





| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
|  NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 1 de 34 | |

**EVALUACION INFORME DE GESTION GERENCIAL
VIGENCIA 2018**

PRESENTADO POR:

JULIO OSWALDO QUIÑONES MAYORAL
GERENTE

| | | | |
|--|---|--------------------------------------|---|
|  HOSPITAL LOCAL ESE NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 2 de 34 | |

PRESENTADO A:

JUNTA DIRECTIVA

PUERTO ASIS PUTUMAYO 1 ABRIL DE 2019.

EQUIPO PROFESIONAL DE APOYO PARA LA GESTION

SUBGERENTE CIENTIFICA

Profesional Especializado en Salud Deaza Hernández

SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Mónica Barón Vallejo

CONTADOR

Profesional Harold Javier Cultid



JEFE DE CONTROL INTERNO

Profesional Mary Mery Quintero

REVISOR FISCAL

Profesional *Katherine Gonzales Cárdenas*

Personal Asistencial, Médicos, Auxiliares, especialistas y personal de nivel asistencial y operativo en general.

| | | | |
|---|--|-------------------------------|--|
|  NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 3 de 34 | |

INTRODUCCION

En cumplimiento de la resolución 408 de 2018, que sustituye la resolución 710 de 2012, anexos 2,3,4. Modificada por la Resolución 743, me permito en mi calidad de Gerente y dentro del término señalado por las disposiciones enunciadas y en atención al artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 numeral 74.1, presentar ante ustedes, señores miembros de la Junta Directiva, el informe detallado del plan de Gestión correspondiente al periodo 2017, con el fin de analizar, verificar y evaluar el avance, cumplimiento de cada indicador contemplado en el Plan de Gestión aprobado y presentado el respectivo ajuste ante la Junta Directiva el pasado 28 de febrero de 2018.



Agradecer a mi equipo de trabajo desde el nivel directivo hasta el asistencial con quienes hemos desarrollado un trabajo arduo y articulado que permite hoy mostrar ante esta instancia administrativa, el compromiso, seriedad y respaldo que cada interlocutor de la ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS, ha apropiado en pro del cumplimiento de la MISION y con miras a fortalecer su VISION.

El presente informe resume la gestión realizada por la Gerencia de la E.S.E. Hospital Local de Puerto Asís, frente a cada uno de los indicadores estipulados por el Ministerio de Salud y Protección Social y tiene como objetivo consolidar el desempeño, logros y dificultades por cada uno de los indicadores que aplican para el nivel de complejidad de la E.S.E.

El Hospital está ubicado en el Municipio de Puerto Asís quien a su vez se encuentra sobre la margen izquierda del río Putumayo, más abajo de la desembocadura del río Guamuez, a 88 km. por carretera al sur de Mocoa (capital del Departamento). Ofrece servicios a la ciudad de mayor población del departamento del Putumayo con cerca de 55.759 habitantes según Censo del DANE en el año 2005. En Puerto Asís se concentra el 18,0% de la población del departamento, con una densidad poblacional de 20,1 hab/km².

Los siguientes son los datos demográficos:



Población Total: 62. 232 habitantes, Población Cabecera Municipal: 34.807 habitantes, población Rural: 27.425 habitantes

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
|  NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 4 de 34 | |

Para la atención de su Población objetivo el Hospital, presta servicios de atención básica en salud con enfoque hacia la promoción, prevención y detección temprana de las enfermedades de atención de baja complejidad contando con los servicios de consulta de Medicina General y un grupo de Especialistas de alto nivel profesional para tender los servicios habilitados dentro de los que se cuentan consulta externa de ortopedia, pediatría, medicina interna, medicina familiar, así como atenciones en Odontología, Enfermería, Psicología. Además contamos con el servicio de Urgencias e Internación para adultos, niños y maternas garantizando dicha atención las 24 horas del día, y los servicios de apoyo diagnóstico- terapéutico dentro de los que se encuentran Laboratorio Clínico, Rayos X, farmacia, y cirugía.

A su vez agradezco el apoyo incondicional del equipo asesor para la coordinación y seguimiento para la construcción de este instrumento.

Cordial Saludo,



| | | | |
|---|--|-------------------------------|---|
|  NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 5 de 34 | |

CONTENIDO DEL PLAN DE GESTION.

El presente documento se desarrolla en atención y de conformidad con el artículo 2º de la Resolución 408 de 2018, que dispone “La Evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión que debe presentar el Director o Gerente... deberá realizarse sobre los resultados obtenidos entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior”. El informe contendrá los anexos de gestión y resultados relacionados con las condiciones y metodología para la presentación y evaluación del plan de gestión, los indicadores y estándares son por áreas de gestión, el instructivo para la calificación, la matriz de calificación y la escala de resultados, desarrollando como mínimo las siguientes áreas de gestión:

| | |
|--|----|
| 1. ANALISIS DE RESULTADOS INDICADORES Y ESTANDARES POR AREA DE GESTIÓN. | 6 |
| 1.1 Indicadores de Dirección y Gerencia..... | 6 |
| 1.2 Indicadores de Financiera y Administrativa..... | 15 |
| 1.3 Indicadores Gestión Clínica o Asistencial. | 25 |
| Ilustración 1. Ruta crítica. | 7 |
| Ilustración 2. Relación del Componente de Auditoria con Acreditación..... | 8 |
| Ilustración 3. Estructura de los Estándares. | 9 |
| Ilustración 4. Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad..... | 12 |

De conformidad con los anexos 2, 3,4 de la Resolución 408 de 2018 y el anexo 5 de la Resolución 710 de 2012.

| | | | |
|---|--|-------------------------------|---|
|  HOSPITAL LOCAL ESE NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| Versión: 01 | Página 6 de 34 | | |

1. ANALISIS DE RESULTADOS INDICADORES Y ESTANDARES POR AREA DE GESTIÓN.

1.1 Indicadores de Dirección y Gerencia.

| | | |
|---|-------------|---------------|
| INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLES A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR | | |
| LINEA BASE: 1.20 | | |
| RESULTADO: 1,2. | | |
| 1. Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia | 1,20 | = 1,20 |
| 2. Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia anterior. | 1,20 | |

Fuente: Ficha Técnica autoevaluación



ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- Se rediseño el programa de mejoramiento 2018 – 2019 con el fin de hacerlo entendible, manejable y armónico a toda la Entidad, mediante una metodología de formulación, seguimiento practico y académico a través de líderes de procesos.
- La ESE, a través del comité de calidad verifico las AUTOEVALUACIONES y estableció estrategias para su continuidad afines al programa de mejoramiento de la calidad.
- En el segundo semestre se llevó a cabo seguimiento mediante autoevaluación a los estándares.

A continuación se resumen los resultados de mejoramiento obtenidos a partir de la cuarta autoevaluación interna del año 2018 frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación (S.U.A.), en el ciclo de preparación de la ruta crítica.

Ésta fue realizada por los equipos de trabajo conformados en el Hospital Local de Puerto Asís, acorde a la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y de Protección Social a través del manual técnico de Acreditación Versión 3. Al 2018 para el 2019 se define la autoevaluación con el manual versión 3.1

En primera instancia se presenta la metodología aplicada desde la conformación de los equipos de autoevaluación y mejoramiento, la autoevaluación cualitativa y cuantitativa hasta la formulación del plan de mejoramiento, los responsables y el cronograma de su ejecución, (Matrices de autoevaluación por sección de estándares).

| | | | |
|---|--|-------------------------------|---|
|  HOSPITAL LOCAL ESE NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 7 de 34 | |

Por último se presenta el informe de resultados de la autoevaluación con la calificación Institucional obtenida comparada con la vigencia anterior.

Ilustración 1. Ruta crítica.

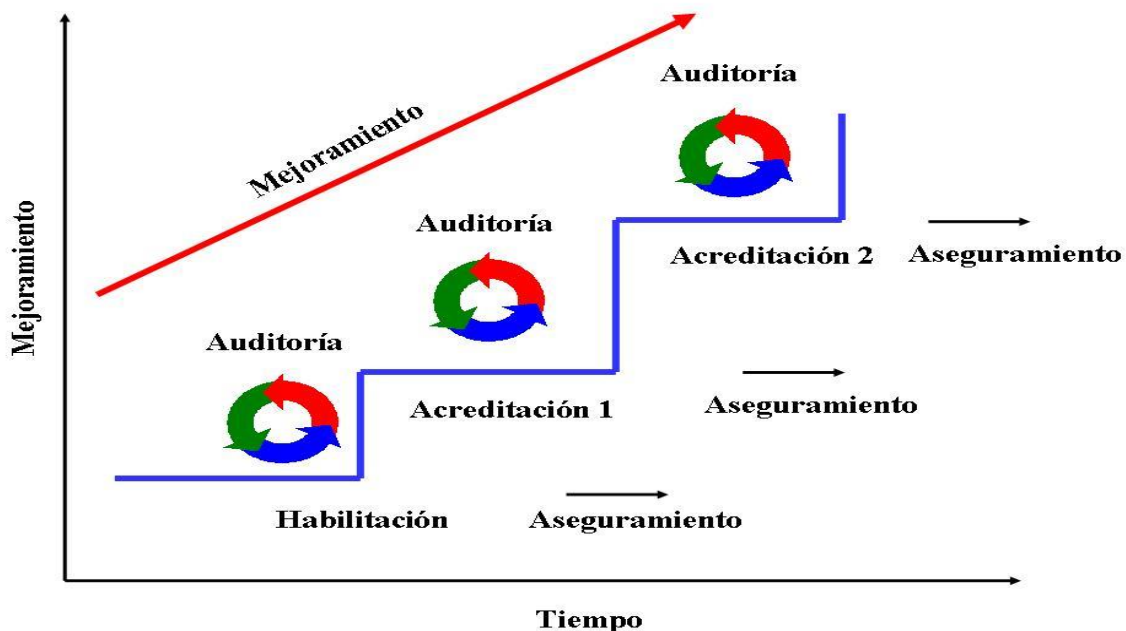


Fuente: Consultores Habilitación en Salud.

La auditoría permite establecer en los procesos identificados como prioritarios, la brecha para alcanzar el nivel óptimo deseado de alcanzar con base en la evaluación de la acreditación, cómo se diseñan e implementan las estrategias de mejoramiento, cómo se mantienen estas estrategias en el tiempo, cómo se monitorizan los logros y se comparan al final y cómo se logra la cultura de autocontrol en los procesos intervenidos. Así mismo, conserva el espíritu del mejoramiento continuo de la calidad ya expresado en la acreditación.

En forma gráfica la relación de la auditoría con la acreditación puede ser verse de la siguiente forma:

Ilustración 2. Relación del Componente de Auditoria con Acreditación.



Fuente: Consultores Habilitación en Salud.

Tal como puede apreciarse, la auditoria es un excelente complemento a la gestión y mejoramiento de los procesos del día a día, que redundará y apoyará cada cierto tiempo la preparación para el logro de la calidad deseada por la institución ó para el logro de la acreditación, dado que es un instrumento de evaluación que en forma sistemática evalúa la calidad observada versus la calidad deseada por la institución.

Partiendo del concepto anterior, y siguiendo con el primer paso de la ruta crítica, la autoevaluación se realizó tomando como referencia los estándares de acreditación descritos en el manual único ambulatorio-hospitalario:



Ilustración 3. Estructura de los Estándares.



Fuente: Consultores Habilitación en Salud.

La metodología de autoevaluación aplicada conllevó a las siguientes fases:

1. Conformación de equipos de autoevaluación y mejoramiento:
2. Capacitación a los equipos en metodología de autoevaluación.
3. Calificación cualitativa: está basada en la redacción de las fortalezas y oportunidades de mejoramiento, la cual se presentan en las matrices de autoevaluación por sección de estándares, La cuantitativa se realizó teniendo en cuenta las 3 dimensiones establecidas en la hoja radar: Enfoque, Implementación y Resultados. Cada una de estas dimensiones se califica de 1 a 5 de acuerdo a las variables establecidas para la evaluación de los requisitos de los estándares.
4. Priorización de oportunidades de mejoramiento: la priorización de las oportunidades de mejora tuvo en cuenta la calificación frente al Riesgo, Costo y Volumen, a partir de estos se generó el plan de mejora a intervenir.

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASÍS | |  |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 10 de 34 | |

5. Informe de autoevaluación.

A continuación se presenta el informe de autoevaluación 2018 E.S.E. Hospital Local de Puerto Asís.

| CONSOLIDADO AUTOEVALUACIÓN | |
|--|------------------------------|
| ESTÁNDAR | PROMEDIO CALIFICACIÓN |
| Asistencial. | 1 |
| Direccionamiento. | 1.21 |
| Gerencia. | 1.27 |
| Talento Humano. | 1.2 |
| Ambiente Físico. | 1.3 |
| Tecnología. | 1.1 |
| Información. | 1.2 |
| Mejoramiento de la Calidad | 1.2 |
| TOTAL | 9.6 |
| Resultado Autoevaluación - 2018 | 1.2 |

Fuente: Ficha técnica de autoevaluación

LOGROS



- Establecer e identificar el nivel de mejoramiento continuo de la calidad y así formular un plan de mejoramiento conforme a las acciones priorizadas.
- Documentar al cliente interno en el proceso de acreditación de la entidad

DIFICULTADES

- Recurso Humano.
- Compromiso institucional.
- Las condiciones laborales que ofrece el Hospital a los empleados. (alta rotación de personal administrativo y de apoyo asistencial por su forma de contratación).

EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Documento diligenciado del resultado de la AE; frente a los estándares de acreditación en salud.

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASÍS | |  |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 11 de 34 | |

| | | |
|---|----|------|
| INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD | | |
| LINEA BASE Documento del cumplimiento promedio de los PMC implementados con enfoque de acreditación = 0,91 | | |
| RESULTADO:0,61 | | |
| Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas. | 19 | 0.61 |
| Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC. | 31 | |

Fuente: Instrumentos de autoevaluación – Área de Calidad.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS.

1. La reformulación del PAMEC, el cual estableció en forma clara el proceso de Mejora continua para la calidad.
2. La priorización y seguimiento por parte al programa de Auditoria a través de la ruta crítica.

La E.S.E. Hospital Local cuenta con un “Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad” (PAMEC); orientado al cumplimiento de las necesidades y expectativas de los clientes y a la mejora gradual de los procesos considerados como prioritarios, su implementación y seguimiento ha sido un reto y una oportunidad que permite que todos los servidores se vean comprometidos a través del ejercicio del “autocontrol” que evita el automatismo en el que hacer y permite que se trabaje con un enfoque basado en procesos centrados en los usuarios y en mejorar la prestación de los servicios.

El Hospital definió el PAMEC bajo la intencionalidad de los estándares del SUA Sistema Único de Acreditación lo que implica que los planes de mejoramiento por cada grupo de estándares se convierte en la carta de navegación que orienta el desarrollo de las acciones identificadas para dar alcance a las oportunidades de mejora por cada estándar evaluado; este enfoque permite el avance en paralelo de los otros componentes del SOGC.

METODOLOGIA APLICADA A LA MEJORA CONTINUA CON LA INTENCIONALIDAD DE ESTANDARES DE ACREDITACION

El mejoramiento continuo en el Hospital Local se orienta al cumplimiento de estándares superiores de calidad definidos por el Sistema Único de Acreditación por lo que la auditoria para el mejoramiento se convierte en una herramienta para el seguimiento de los planes de mejora resultantes del proceso de autoevaluación y priorización del tercer ciclo de preparación para acreditación que se desarrolló en 2017

En el desarrollo del PAMEC 2017, se realizó la implementación del ciclo de mejora basado en la ruta crítica propuesta por el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud.



Ilustración 4. Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad.



Fuente Consultores Habilitación en Salud.

1.1. Se realizó la conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares.

1.2. Se realizó el ciclo de autoevaluación 2018, de todos los estándares, dando como resultado la calificación cuantitativa de 1,20:

| | | | |
|---|--|-------------------------------|---|
|  NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 13 de 34 | |

LOGROS

- Integración de los colaboradores de la E.S.E. en el proceso de Acreditación.

DIFICULTADES

- Rotación del cliente interno lo que genera reproceso e inicio de ciclo nuevamente.
- El proceso de intervención de infraestructura de la ESE que debe ser urgente para todos los servicios y sedes.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Certificación Súper-salud
- Documento PAMEC 2018 - 2019.
- Reporte Circular 012. En término.

| | | |
|--|-----------|-------------|
| INDICADOR 3: GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL | | |
| LINEA BASE: 0,95 | | |
| RESULTADO 0.93 | | |
| Nº Metas del Plan Operativo Anual Cumplidas en la vigencia objetivo de evaluación. | 45 | 0.93 |
| Nº Metas Plan Operativo Anual Programadas en la vigencia objetivo de la evaluación | 48 | |

Fuente: Base de Datos – Matriz Anual Plan Desarrollo Año 2018.



ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- Se diseñó matriz de seguimiento al Plan de Desarrollo compuesto por el PLAN INDICATIVO Y EL PAS, el cual fue aprobado por la Junta Directiva.
- Articulación en la formulación del Plan de Desarrollo en armonía con el Plan decenal de Salud Pública.

LOGROS

- Se ejecutó el 93% (n= 45) de las actividades programadas en el PAS vigencia 2018.
- El compromiso institucional de apoyo asistencial por parte de los coordinadores de Consulta Externa y Promoción y Mantenimiento de la Salud – P y M.

| | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| AVANCE PLAN DE DESARROLLO | |
| METAS RESULTADO | ESTADO DE CUMPLIMIENTO |
| 45 | 93% |



| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 14 de 34 | |

DIFICULTADES

- La captura de la información a través del sistema de información para la calidad el cual ha reflejado la necesidad del contraste de dato.
- Modos de falla en el proceso de cargue de datos, por parte de los profesionales encargados (personal asistencial médicos)
- No contratación oportuna del Plan de Acción en Salud (LPAS), el cual permite el fortalecimiento de acciones para la mejora continua en la prestación de los servicios, promoción , prevención y otras acciones en salud que potencializan el cumplimiento de las metas planteadas en el Plan Decenal de salud pública

EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Informe del responsable de planeación E.S.E.
- Evaluación y seguimiento al Plan de Desarrollo.

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 15 de 34 | |

1.2 Indicadores de Financiera y Administrativa.

INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

LINEA BASE: Sin Riesgo

OBSERVACION: Expedida la resolución 2249 del 30 de mayo de 2018 la E.S.E. se encuentra categorizada en **SIN RIESGO**, lo cual lleva a la inaplicación del Indicador como resultado de la gestión del periodo evaluado.

INDICADOR 5: EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA (2)

LINEA BASE : 1,03

RESULTADO: 1.04



Estándar =< 0,90

| | | |
|---|------------------------|------|
| Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación | \$24.769.824,68 | 1.04 |
| Nº. UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación | \$1.497.186.38 | |
| Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicio comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación | \$20.912.315,80 | |
| Nº de UVR producidas en la vigencia anterior | \$1.312.946.92 | |

Fuente: Base de Datos. Área de Financiera. Año 2018.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- Revisar la capacidad instalada vs producción
- Verificar sistema de información la trazabilidad de la atención
- Revisión de la facturación por los servicios prestados
- Verificar los costos de producción acorde a los servicios Prestados.
- Definir indicadores de seguimiento por Unidad Funcional y Sub-proceso
- Establecer puntos de control en los diferentes procesos financieros y productivos.

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 16 de 34 | |

LOGROS

- Los Gastos de funcionamiento se comprometieron en un 95.17% del presupuesto apropiado para la vigencia.
- El comportamiento de los gastos de operación comercial y prestación de servicios fue del 88.49%

DIFICULTADES.



- A raíz de la demanda de servicios y con el fin de propender por una atención integral con enfoque diferencial; la institución se ve obligada a realizar inversiones en gastos de operación comercial y prestación de servicios, los cuales apunta a una prestación oportuna, eficaz y eficiente.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Ficha técnica de la página WEB del SIHO DEL Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ejecuciones presupuestales vigencia 2018.

| | | |
|---|---------------------------|---------------|
| INDICADOR 6: PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO-QUIRURGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: A). COMPRAS CONJUNTAS B) COMPRAS A TRAVES DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO. C) COMPRAS A TRAVES DE MECANISMOS ELECTRONICOS | | |
| LINEA BASE : =0,80 | | |
| RESULTADO: 88.6 | Estándar = 0,70 | |
| Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas. b) Compras a través de cooperativas de E.S.E. c) Compras a través de mecanismos electrónicos | \$2.980.757.187 | = 88.6 |
| Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada. | \$3.361.951.609.05 | |

Fuente: Base de Datos. Área de Financiera. Año 2018.

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 17 de 34 | |

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS DIFICULTADES

Los acuerdos que permitan un mejor resultado en relación con compras conjuntas.

- Desconocimiento de análisis de mercado y manejo integrales contables y financieros por parte de los diferentes actores del sistema respecto a las compras conjuntas.
- Para el Departamento del Putumayo no se cuenta con alta gama de oferta de proveedores de insumos de medicamentos y material médico-quirúrgicos en comparación al interior del país.
- Es de resaltar que contamos con la oferta de países vecinos (Ecuador), pero estos no cumplen en su totalidad con los requisitos instaurados por el INVIMA.

LOGROS

- en condiciones favorables relacionado con ventajas en la provisión de los mismos.
- Frente al proveedor existente por su capacidad financiera y por pertenecer al territorio municipal permite acuerdos de pago de acuerdo con el flujo de caja de la E.S.E., frente a otros proveedores que por histórico de pagos no contratan con la E.S.E. Hospital Local en las mismas condiciones.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Certificación del Revisor Fiscal.
- Certificación de negociación conjunta con la E.S.E. Hospital Pio XII del Municipio de Colon.

| | | |
|---|-----|---------------------|
| INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE LA PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR | | |
| LINEA BASE: 0 | | |
| RESULTADO: 0 | | Estándar = 0 |
| 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 Dic de la vigencia objeto de evaluación. | \$0 | 0 |
| 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 Dic de la vigencia objeto de la 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 Dic de la vigencia anterior | \$0 | |



Fuente: Base de Datos. Área de Financiera. Año 2018.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- Cumplir y hacer cumplir las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación.
- Compromiso que la administración viene cumpliendo ya durante dos vigencias consecutivas, no tener deudas por concepto de salarios con contratistas ni empleados de la ESE superior a 30 días.
- Seguimiento a la ejecución y pago de las obligaciones laborales tanto del personal de planta como de prestación de servicios.
- Aplicación de recursos obtenidos tanto por venta de servicios de salud como por aportes por convenios departamentales y municipales en estricto orden de priorización de gastos y pagos.

LOGROS

- Se cumplió con la cancelación de las obligaciones laborales y de prestación de servicios con corte 31 de diciembre de 2019, con recursos propios en gran porcentaje.
- La E.S.E. canceló sus obligaciones en forma mensual.
- El pago oportuno de los compromisos laborales es un incentivo para los trabajadores del hospital y permite que se motiven más hacia las actividades institucionales.

| | | | |
|---|--|-------------------------------|---|
|  NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 19 de 34 | |

- Compromiso que la administración viene cumpliendo ya durante dos vigencias consecutivas, no tener deudas por concepto de salarios con contratistas ni empleados de la ESE superior a 30 días.
- Seguimiento a la ejecución y pago de las obligaciones laborales tanto del personal de planta como de prestación de servicios.



DIFICULTADES

- No fueron mayores las dificultades para el logro de este indicador de gestión.
- El no pago oportuno de la seguridad social por parte de algunos de los contratistas dificulta certificación y pago de cuentas oportunamente.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Certificación Revisor Fiscal

Certificación del Contador por medio del cual se contracreditan cuentas por pagar de vigencias anteriores.

| | | | |
|--|---|-------------------------------|---|
|  HOSPITAL LOCAL ESE NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 20 de 34 | |

| |
|--|
| INDICADOR 8: UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS |
|--|

| |
|----------------------|
| LINEA BASE: 4 |
|----------------------|

| | |
|------------------------------|---------------------|
| RESULTADO: 4 INFORMES | Estándar = 4 |
|------------------------------|---------------------|

Fuente: Base de datos. Área de Facturación – RIPS. Año 2018.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- La entidad conto con el apoyo de la Junta Directiva, para reformular la presentación de los informes RIPS de la ESE, en articulación con la Secretaria Municipal de Salud.
- Inclusión en el informe de análisis de prestación de servicios la pirámide poblacional, junto con el análisis de carga de enfermedad de la población Asisense.
- Durante el año 2018 se hizo presentación a la junta directiva de los informes de RIPS de los siguientes periodos:



| FECHA DE PRESENTACIÓN | PERIDO | NUMERO DE ACTA |
|-----------------------|----------|----------------|
| 13/11/2018 | I,II,III | 182 |
| 14/12/2018 | IV | 184 |

Fuente: Archivo – Oficina Gerencia. Año 2018.

- En cada una de las presentaciones se tuvieron en cuenta los contenidos mínimos planteados y se realizaron las gráficas y análisis correspondientes.
- Se realiza al interior de la ESE la socialización de la información con los responsables de la toma de decisiones, lo que ha permitido ajustar conductas y políticas institucionales de acuerdo al comportamiento de la producción de servicios, la población sujeto de las acciones contratadas y su perfil epidemiológico.

LOGROS

- La presentación de informe RIPS, que permitieron el fortalecimiento de acciones con el personal asistencial a través de las reuniones técnicas de área.
- El fortalecimiento de auditoria de gestión clínica para la minimización devoluciones.
- Se logró una mejora en la calidad de los RIPS y su consistencia con las demás fuentes de información del sistema CNT por lo cual ya no se basa en los reportes manuales generados por los responsables de los servicios.
- El análisis de la prestación de los servicios y de la población atendida ha permitido la toma de decisiones para mejorar la prestación de los servicios así, como para

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
|  NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 21 de 34 | |

retroalimentar a los trabajadores del hospital y que entiendan la razón de la toma de algunas medidas administrativas o técnicas en la planeación de la oferta de servicios de salud.



- Se han disminuido los requerimientos de soporte del proveedor del sistema ya que con las últimas actualizaciones y versiones se ha ido mejorando los criterios de calidad. Así mismo las mejoras en la historia clínica y la parametrización arrojan mayor consistencia, control y calidad de la información del sistema de información

DIFICULTADES

- Tecnológicas y operativas en razón al registro de datos.
- Los RIPS como fuente de información para el análisis requieren aun un seguimiento y capacitación continua, dado la alta rotación del personal asistencial para asegura una buena calidad de los mismos con los diferentes profesionales, Esto ha hecho obligatorio su diligenciamiento para el cierre de las historias clínicas y se requiere aun supervisión de su diligenciamiento.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

- informe de análisis RIPS.
- Actas Junta Directiva.

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 22 de 34 | |

| INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO | | |
|---|---------------------------|------|
| LINEA BASE: 0,92 | | |
| RESULTADO: 0, 96 | Estándar =>1,00 | |
| Total recaudos incluyendo cuentas por cobrar | \$27.441.956.165,00 | 0.96 |
| Total gastos incluyendo cuentas por pagar | \$28.681.243.113,00 | |

Fuente: Base de Datos. Área de Financiera. Año 2018.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- Se avanza en la depuración y gestión de las cuentas por cobrar de las vigencias anteriores. Se realiza circularización a los diferentes pagadores para aclarar saldos y soportes de pagos recibidos.

LOGROS

- Mejoramiento en los procesos de facturación y de auditoría de cuenta medicas.



DIFICULTADES

- Difícil conciliación y el logro de acuerdo de pago de cuentas por cobrar con las diferentes EPS.
- Dificultades en ubicación de soportes y cuentas de vigencias de años anteriores lo que representa tiempo aumentado del talento humano dedicado a la gestión de cartera y conciliaciones.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Ficha Técnica de la página del SIHO ejecuciones presupuestales del 2193
- Certificación del Subgerente Administrativos y Financiero y del Técnico de Presupuesto de la E.S.E.
- Ejecuciones presupuestales soportado
- Soportes de gestión de cobro y conciliaciones adelantadas con los diferentes pagadores.

| INDICADOR 10: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR UNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA | |
|--|----------------------------|
| LINEA BASE: No oportuno | |
| RESULTADO: No oportuno | Estándar = Oportuno |

| | | | |
|---|--|-------------------------------|---|
|  NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| Versión: 01 | | Página 23 de 34 | |

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- Elaboración y registro del informe semestral
- Validación de los archivos de acuerdo a las especificaciones del página de la Superintendencia Nacional de Salud
- Firmar digitalmente los archivos.
- Cargar la información.

LOGROS

- Envío de la información requerida dentro del sistema de información para la calidad, pero no dentro de los términos.

DIFICULTADES



- Consolidación de información, dado que se generó como acción el seguimiento a los indicadores a reportar, la necesidad de contrastar el dato a registrar, lo cual ocasiono retrasos sin que se afectara la entrega dentro de los términos establecidos. Es decir los reportes se efectuaron dentro de los términos establecidos.
- El cambio normativo (Resolución 408 de 2018) cuyos lineamientos hacen que a la fecha de presentación del informe se incluyan reportes que durante la vigencia 2018 no se encontraban inmersos en el reporte de la circular única. En consecuencia incluir las Circulares 012 y 016 como parte de este indicador en retrospectiva sin comunicación previa y oportuna durante el año 2018 menoscaba la eficiencia en la gestión gerencial y por ende no puede ser objeto de calificación.

EVIDENCIAS Y SOPORTES EVIDENCIAS

Certificación de Reporte expedido por la Súper Salud
Reporte al SISPRO

| | |
|--|---|
| INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004. COMPILADO EN LA SECCION 2 CAPITULO 8, TITULO 3 PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 – DECRETO UNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCION SOCIAL O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA. | |
| LINEA BASE: Cumplimiento oportuno | |
| RESULTADO: Cumplimiento dentro del término previsto | Estándar = Cumplimiento oportuno |

Fuente: Base de datos SIHO. Año 2018.

| | | | |
|---|--|-------------------------------|---|
|  NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| Versión: 01 | Página 24 de 34 | | |

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- Elaboración y registro del informe trimestral, semestral y anual.
- Validar y corregir las inconsistencias presentadas.
- Enviar a la Secretaría de Salud para validación de la información.
- Sustentar la información suministrada por medio de la plataforma.
- Se hizo presentación de los informes trimestrales en las siguientes fechas:

| Periodo | Año | Fecha reporte |
|-------------------|------|---------------|
| Primer Trimestre | 2018 | 06/06/2018 |
| Segundo Trimestre | 2018 | 05/09/2018 |
| Tercer Trimestre | 2018 | 26/11/2018 |
| Cuarto Trimestre | 2019 | 04/03/2019 |

LOGROS



- Envío oportuno y dentro de los términos contemplados por el Ministerio de Protección Social.

DIFICULTADES

- Integrar la información por parte de las diferentes áreas involucradas en el proceso con el propósito de corregir inconsistencias bloqueantes dentro de los términos por ajustes en convergencia.
- Problemas con el sistema de información CNT, durante el proceso de unificación de información.
- Problemas tecnológicos con la internet y el suministro de energía eléctrica (El municipio presenta dificultades con la estabilización del voltaje).
- Se han presentado inconsistencias en algunos reportes lo que ha generado devoluciones y re-procesos de la información con los consiguientes tiempos entre cada uno de los ajustes y su revisión y posterior validación por parte del ente territorial.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Reporte de cumplimiento emitido por el ministerio de salud de acuerdo a Link: <https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/work.aspx>
- Certificación del Ministerio de Salud y de la Protección Social.
- Pantallazos del SIHO relacionado con el envío del reporte.

| | | | |
|---|--|-------------------------------|---|
|  NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 25 de 34 | |

1.3 Indicadores Gestión Clínica o Asistencial.

| INDICADOR 21: PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN | | |
|---|------------------------|------|
| LINEA BASE: =0,54 | | |
| RESULTADO: 0.91 | Estándar = 0,85 | |
| N°. de mujeres gestantes a quienes se les realizo por lo menos una valoración médica y se inscribieron al programa de control prenatal de la ESE más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de la evaluación | 750 | 0.91 |
| Total de mujeres gestantes identificas en la vigencia objeto de evaluación. | 822 | |

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- Captación de Gestantes a través de demanda inducida, estrategias de Información, comunicación y educación.
- Modulación estratégica entre las diferentes dependencias que operan al interior de la institución (Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización Laboratorio, SIVIGILA, entre otras).
- Implementación Tablero de Control de Promoción y Mantenimiento.
- Para el periodo del año 2018, la E.S.E Hospital Local, dio inicio al programa de control prenatal a 822 gestante; de las cuales 750 fueron captadas antes de la semana 12; lo que equivale al 91,2%.

Para lo anterior la E.S.E Hospital Local ha identificado lo siguiente:

| DEBILIDADES | FORTALEZAS | AMENAZAS | OPORTUNIDADES |
|---|---|--|---|
| Problemas de afiliación o trámites administrativos para traslado de una EAPB a otra o de un régimen a otro. | Trabajo articulado con la oficina de aseguramiento y de SISBEN para agilizar trámites administrativos | Trabajos temporales a nivel municipal lo que genera movilidad territorial. | La E.S.E. asume los gastos de la primera atención de la gestante cuando se capta con problemas administrativos. |
| Se evidencia poca adherencia e importancia a iniciar tempranamente a los controles prenatales por factores de nivel educativo y cultural. | Se cuenta con 8 gestoras calidad de vida realizando demanda inducida y canalización a los servicios de salud. | Limitación territorial por georreferenciación con municipios aledaños. | Se realiza demanda inducida al programa desde el momento que laboratorio clínico reporta una prueba de embarazo positiva. |

| | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| Algunas parejas son adolescentes que conviven y se presenta dificultad para el ingreso al régimen subsidiado | Trabajo articulado de la E.S.E. con protección social, aseguramiento, comisaria familia, SIAU y programa de infancia y adolescencia municipal para dar garantía de los derechos. | Pobre red de apoyo de algunas de las gestantes | Cumplimiento de la Estrategia IAMI. |
|--|--|--|-------------------------------------|

Fuente:

LOGROS

- Captación temprana y oportuna de las gestantes dentro de la institución.
- Mantener en cero la mortalidad materna y perinatal
- Cumplimiento a la resolución 412 con las gestantes captadas

DIFICULTADES

- Población fronteriza y diferencial lo que dificulto la captación dentro del término.
- Contextos-etno culturales usos y costumbres propios del territorio los cuales generan barreras frente al acceso a los servicios maternos perinatales.



EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Informe de comité de historias clínicas, (Acta)
- Planillas de identificación de gestantes y certificación de captación por parte del líder de PyM.

| | |
|--|------------------------------|
| INDICADOR 22: INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE | |
| LINEA BASE: 0 Casos | |
| RESULTADO : 1 casos | Estándar = Cero Casos |

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- La Sífilis Congénita en Colombia representa un grave problema de salud pública; existe una necesidad interna y también un compromiso ante la comunidad por parte de la Entidad para llevar a cabo la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en el Municipio.
- Sensibilización al personal de Laboratorio para el reporte de casos de serologías positivas.
- En el comité de vigilancia en Salud Publica se definieron funciones y se incluyó el reporte estadístico de casos de sífilis, para ser informados por la oficina de vigilancia en salud pública.
- Notificación obligatoria a SIVIGILA por parte del personal médico y auxiliar de estadística.

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
|  | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASÍS | |  |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 27 de 34 | |

- Incluir dentro del plan de choque materno institucional, actividades de detección de sífilis congénita.
- En la E.S.E. durante el año 2018 se atendieron partos que por su nivel de riesgo ameritaron no ser referidos a otro nivel de complejidad. En la totalidad de población atendida no se presentaron casos de sífilis congénita para el periodo reportado.
- Entre las estrategias fundamentales para lograr la eliminación de la Sífilis Congénita están la optimización de la cobertura y la calidad de la atención prenatal mejorando los procedimientos críticos relacionados, considerando que el objetivo del plan es prevenir la transmisión materna de la sífilis al fruto de la gestación.

LOGROS

- Mantener en cero la sífilis congénita
- Seguimiento de protocolos de vigilancia en salud pública de sífilis congénita
- El cumplimiento de ejecución de este indicador se resume en el siguiente cuadro DOFA:

| FORTALEZAS | DEBILIDADES | AMENAZA | OPORTUNIDADES |
|---|---|--|---|
| Trabajar de forma articulada con Aseguramiento con el fin de no generar barreras de acceso administrativas a nuestras pacientes y de esta forma garantizar la prestación del servicio. | Problemas de afiliación o trámites administrativos para traslado de una EPS a otra o de un régimen a otro. | Pobre red de apoyo de algunas gestantes. | Realizar pruebas de serología para sífilis a todas las gestantes. |
| Se cuenta con un grupo extramural correspondiente a Promotores realizando demanda inducida y canalización a los servicios de Salud. | Pobre adherencia a los Controles Prenatales por parte de las gestantes | Desconocer la importancia de la prevención y detección temprana de la Sífilis congénita | Se realiza seguimiento a reporte reactivo. |
| Los promotores y en acción conjunta con el PIC municipal realizan seguimiento a las gestantes para verificar cumplimiento y evolución de los controles prenatales. Se realiza seguimiento domiciliario a gestantes de alto riesgo por enfermera jefe. | La no detección temprana de los factores de riesgos asociados durante la primera consulta de atención prenatal. Es importante determinar si existen factores de riesgo se debe hacer prueba no treponémica en el tercer trimestre de gestación. | La ausencia de atención prenatal oportuna y adecuada es el factor más importante en la incidencia de sífilis congénita; el control adecuado incluye la búsqueda, tratamiento y seguimiento oportunos de la enfermedad. | La institución cuenta con el software del SIVIGILA donde se reportan todos los casos de sífilis gestacional y sífilis congénita, para el periodo del 2017 no se reportó ningún caso reactivo. |



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASÍS**

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD

INFORME DE GESTION 2018

Código: GCIA- INF- 001



Fecha aprobación: Abril /2019

Versión: 01

Página 28 de 34



| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>La Entidad cuenta con tamizaje para sífilis que se solicita a las gestantes en primer y tercer trimestre de gestación. Se garantiza la realización de la prueba. (VDRL).</p> | | <p>Nivel socioeconómico o educativo bajo, pues existe un menor nivel de educación sexual, un desconocimiento del riesgo en que se incurre, una limitada capacidad de negociación de la relación sexual, una baja cobertura en los servicios de salud, una mayor incidencia al abuso y al trabajo sexual, y un menor nivel de la mujer en la familia.</p> | <p>La oferta de los servicios en el proceso de atención de la Sífilis Gestacional y la Sífilis Congénita, debe incluir los procedimientos de: · Educación para la prevención · Detección</p> |
| <p>La Entidad cuenta con un trabajo articulado a través de un alto nivel de profesionales con especialización en Gineco-Obstetricia.</p> | | | <p>La detección de casos de sífilis gestacional y congénita se fundamenta en la búsqueda sistemática en todas las gestantes durante el control prenatal, a través de la realización de pruebas serológicas no treponémica (RPR o VDRL) durante: · La primera consulta de atención prenatal.</p> |
| <p>Se realiza asesoría para realizar la prueba a gestantes y recién nacido al momento del parto.</p> | | | |
| <p>Se realiza seguimiento a los resultados desde el laboratorio clínico para detección de pacientes con reportes de VDRL positiva y se realiza búsqueda activa institucional.</p> | | | |
| <p>Se revisa reportes de recién nacido en el primer control médico del recién nacido de partos atendidos en otras instituciones de salud.</p> | | | |
| <p>Se realiza asesoría para realizar la prueba a gestantes y recién nacido al momento del parto.</p> | | | |

| | | | |
|---|--|-------------------------------|---|
|  NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 29 de 34 | |

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Concepto del Cove en el que se certifica el cumplimiento de la ESE frente a la NO existencia de casos de sífilis congénita.

CD con base de datos de los eventos reportados al SIVIGILA en el año 2018.



| | | |
|--|-----|-----------------------|
| INDICADOR 23: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA | | |
| LINEA BASE: 0,92 | | |
| RESULTADO: 100 | | Estándar =0,90 |
| N° de Historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación. | 500 | 100 |
| Total de Historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación | 500 | |

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- Número de usuarios inscritos en el programa de hipertensión arterial = 500
- El Proceso de evaluación de historias clínicas se realiza mediante la aplicación del instrumento diseñado por el equipo de Auditoria médica con el acompañamiento del área de calidad institucional. En este se contemplan los diferentes aspectos que conllevan la elaboración de la historia clínica, la observancia de los principios de norma y la adherencia a los diferentes protocolos y guías de manejo de acuerdo a las patologías más frecuentes. Se ponderan: La calidad formal, la calidad del contenido y la adherencia a los protocolos y guías de manejo, otorgando una calificación a cada uno de los ítems contenidos en cada uno de sus apartes, lo que nos permite finalmente obtener una calificación promedio ponderada de cada registro clínico.
- Instalación de la Guía en DRIVE de la Institución, para facilitar la consulta.
- Revisión de la metodología de evaluación en la cual se obtiene como valor positivo de adherencia a la guía porcentajes superiores al 85% de los ítems del programa.
- Se realiza muestreo por cada profesional para asegurar estandarización del programa

LOGROS

- Se nota la progresión de mejora en el indicador. Se cuenta con buena adherencia histórica de los pacientes al programa dado que es un programa priorizado.

| | | | |
|---|--|-------------------------------|---|
|  NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| Versión: 01 | Página 30 de 34 | | |



- Mejoramiento de la adherencia a los tratamientos antihipertensivos de los pacientes, y a los programas de clubes de hipertensos, así como a los controles periódicos. Se reorganiza el programa de acuerdo a la clasificación de los diferentes grupos de hipertensos optimizando la oportunidad en la atención.
- Ajuste gradual de la Historia clínica sistematizada, complementándola con instrumentos haciendo énfasis en las actividades de Promoción y Prevención, con formatos específicos, para un adecuado desarrollo de la consulta de control de la Enfermedad Hipertensiva.
- Estandarización gradual de la Consulta de control a pacientes hipertensos.
- Leve disminución de la comorbilidad asociada a la enfermedad hipertensiva.

DIFICULTADES

- La alta necesidad de espacios de socialización y re inducción con los médicos y del personal profesional de Servicio Social Obligatorio, que duplica los esfuerzos en la capacitación y adherencia a los procesos y procedimientos institucionales para no perder resultados obtenidos en este indicador.
- La actualización del software, que dificulta la interface con la versión anterior, y se presenta un subregistro que aún no ha sido valorado, pero que se considera que no afecta los indicadores de manera importante.
- La asimetría en los niveles de preparación en las actividades de Promoción y Prevención, en los diferentes profesionales de la salud de Servicio Social Obligatorio.
- Rotación del personal médico en S.S.O.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Informe del comité de Historias Clínicas, en el que se allana acta de auditoria.
- Listado de pacientes con Hipertensión arterial y seguimiento.
- Muestra de la Historias clínicas evaluadas

| | | | |
|---|--|-------------------------------|---|
|  NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASÍS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 31 de 34 | |

| INDICADOR 24: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO | | |
|---|-------|-----------------------|
| LINEA BASE: >0,87 | | |
| RESULTADO : 0.90 | | Estándar =0,80 |
| N°. De Historial clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se le aplico estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación. | 1720 | 0.90 |
| N° de historial clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación | 1.909 | |

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS



- Dentro de la optimización de los servicios se continúa en la captación y sensibilización de los usuarios del programa para que los padres se ajusten a las frecuencias de uso del programa de crecimiento y desarrollo de acuerdo a la edad del niño establecidos en la resolución 412 de 2000, ya que en algunos rangos de edad se sobredemanda la consulta de crecimiento y desarrollo.

LOGROS

- Implementación sistematizada de la historia clínica AIEPI. Se resaltó en la auditoria la implementación sistematizada de la historia clínica AIEPI en los servicios y en los grupos atareos a los que aplica la estrategia
- Se continúa en la sensibilización y captación de usuarios del programa, ajustando las frecuencias de uso de acuerdo a edad del paciente. Lo anterior debido a que en la revisión de historias se evidencio que algunos niños son llevados al programa con una frecuencia superior a la indicada en el programa y otros no cumplen con la periodicidad definida en la resolución 412 de 2000.

DIFICULTADES

- La rotación de profesionales del servicio social obligatorio demandó alto desgaste institucional en procesos de inducción, re inducción y seguimiento al cumplimiento de las guías adoptadas.

| | | | |
|--|---|-------------------------------|---|
|  HOSPITAL LOCAL ESE NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 32 de 34 | |

EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Acta de comité de historias clínicas con presentación de resultados de la evaluación de este indicador.
- Consolidado de niños menores de 10 años atendidos en el servicio de consulta externa.
- Guía para la Detección temprana de las alteraciones de Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años.
- Formato de evaluación de adherencia estricta a la Guía de Detección temprana de las alteraciones de Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años.
- Muestra de la Historias clínicas evaluadas.

| | | |
|--|-------|------------------------|
| INDICADOR 25: PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIOS DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS. | | |
| LINEA BASE: <0,012 | | |
| RESULTADO : 0,03 | | Estándar = 0,03 |
| N° de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación | 274 | = 0,03 |
| N° total de pacientes atendidos en el servicio de Urgencias en la vigencia objeto de la evaluación | 9.988 | |



Fuente: Bases de Datos - RISP. Año 2018.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- En lo concerniente a los reingresos en los servicios de urgencias estos son multi-causales y se encuentran asociados directamente con los determinantes sociales en salud, uno de ellos son los determinantes estructurales: Modelo de atención en salud, políticas públicas entre otros. Intermedios: deficientes situaciones socio-económicas, culturales, edad, educación. Todo este conjunto de situaciones afectan de manera directa e indirecta la relación salud-enfermedad de la población Asésense.
- A pesar de la información y comunicación brindada por el personal asistencial sobre el manejo terapéutico y abordaje de la enfermedad aún se evidencian sesgos de información y buenas prácticas del paciente.

LOGROS

- Captura e identificación oportuna de los reingresos al servicio de urgencias.
- Fortalecimiento de Auditoria permanente concurrente la cual permite una acción de mejora en la prestación de los servicios

| | | | |
|--|---|-------------------------------|---|
|  HOSPITAL LOCAL ESE NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 33 de 34 | |

- Estructuración de la base de datos-estadísticos la cual permite el monitoreo y seguimiento oportuno de la prestación de los servicios.

DIFICULTADES

- El déficit de ciudadanía activa, (derechos y deberes del usuario en salud) los cuales generan barreras administrativas en la prestación de los servicios barreras, generando estas fallas y modos de falla al interior de la Institución.
- Barreras culturales frente a los modelos de atención en salud, debido al desconocimiento del usuario afiliado a las EAPB.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Ficha técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

| INDICADOR 26: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGANCION DE CITA DE MEDICINA GENERAL. | | |
|--|--------------------------|-------------|
| LINEA BASE: = 0,55 | | |
| RESULTADO: 0,8 | Estándar = 3 días | |
| Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación | 526 | 0,77 |
| Nº total de citas de medicina general de primera vez asignadas en la vigencia objeto de la evaluación. | 676 | |



Fuente: Bases de Datos - RISPS. Año 2018.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

- Se realiza monitoreo periódico de la oportunidad.
- Se continuo con el ajuste y supervisión en el manejo de agendas de pacientes crónicos
- Se continúa con política de asignación de citas todos los días a toda hora.
- Se asignan citas todos los días se ampliaron y redefinieron franjas de consulta y con movilidad de los profesionales entre consulta externa y urgencias según la demanda de cada servicio.
- Se ha mejorado el sistema de medición de la oportunidad mediante el sistema de información módulo de CNT.

LOGROS

- Oportunidad de citas conforme al indicador de 256
- No se presentaron quejas de los usuarios respecto a la asignación de citas
- Aplicación de encuestas mayor porcentaje de satisfacción del usuario.

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|
|  NIT: 846000253-6 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS | |  TODOS JUNTOS POR LA ACREDITACIÓN |
| | SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD | | |
| | INFORME DE GESTION 2018 | | |
| | Código: GCIA- INF- 001 | Fecha aprobación: Abril /2019 | |
| | Versión: 01 | Página 34 de 34 | |

DIFICULTADES

- Existe todavía algún grado de desconocimiento por parte de los usuarios acerca de los horarios para asignación de citas y persisten en madrugar o asistir al comienzo de cada mes a solicitar citas lo que afecta la forma como se presenta el indicador en algunos periodos de cada mes (picos de demanda).
- No se presentó inconvenientes ni técnicos ni humanos.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

- Ficha técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.


JULIO OSWALDO QUIÑONES MAYORAL
 Gerente