

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

INFORME DE GESTIÓN POR PROCESOS

II TRIMESTRE 2019

JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA

GERENTE

2019

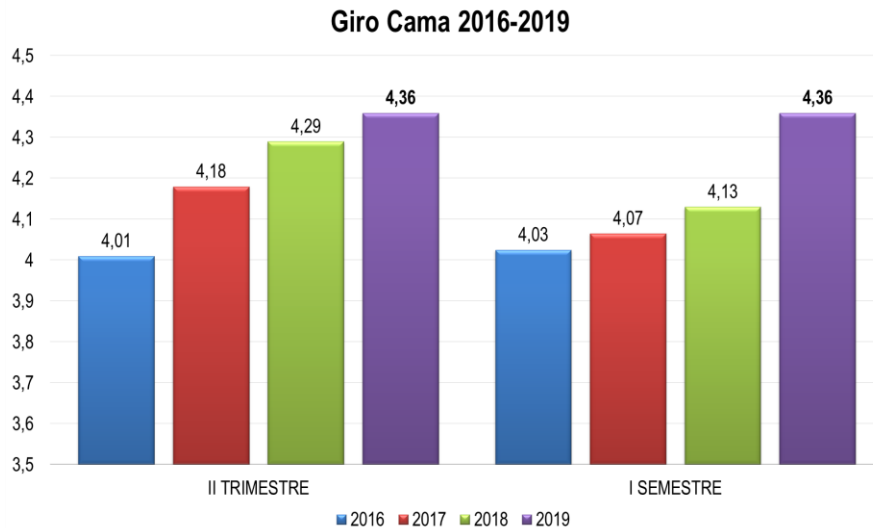
CAPÍTULO I

DIRECCION CIENTIFICA

1.1 ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO

GESTIÓN DEL PROCESO

Gráfica N° 1 Giro cama



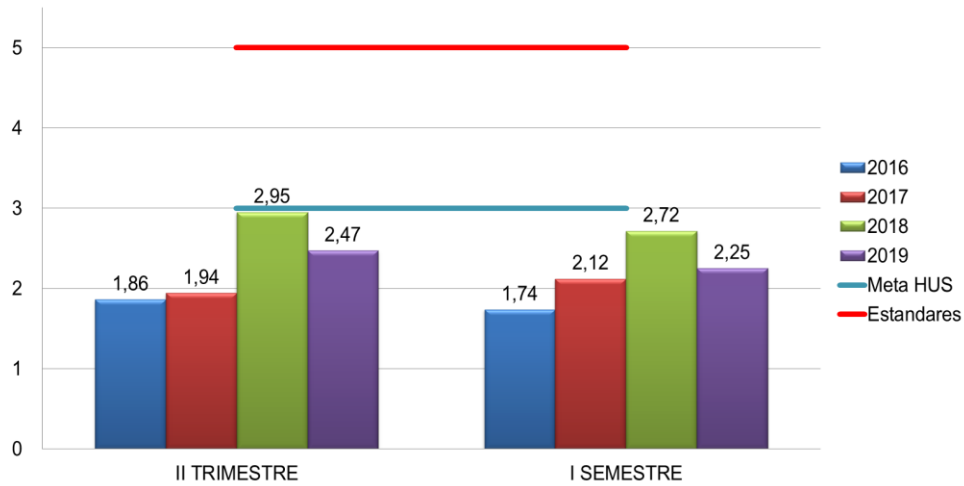
Fuente: indicadores TUCI

Mejor rotación de camas del primer semestre de los últimos 4 años, atribuible a la consolidación de las actividades de auditoría concurrente (gestión directa de estancia), intervención sobre aseguradores (auditores externos) favoreciendo la oportunidad de atención de los pacientes y la capacidad de resolución. En los servicios críticos como unidad de cuidados intensivos adultos, se mantuvo la rotación de camas respecto al primer trimestre del año (3.45), pero superior a vigencias anteriores (2016-2018), gracias a la optimización directa al uso cama (calificación de estancia diaria) y mejores prácticas para la clasificación de ingreso de pacientes críticos (recuperables, crónicos, etc.)

Continúa alta la demanda de pacientes con necesidad de cuidado crítico (UCI e intermedios adultos), las cuales no son satisfechas en todas las ocasiones por no cama disponible, atribuible a la complejidad de los pacientes internados así como las limitaciones para la resolución extra institucional (remisiones cuidados crónicos, PHD, medicamentos, etc.) y otras condiciones para el alta. Sin embargo aclarando que en los últimos periodos ha mejorado la comunicación con aseguradores favoreciendo el alta efectiva para éste tipo de pacientes con mayor oportunidad. Así mismo persiste el ingreso de pacientes con patologías oncológicas que generan un fenómeno no controlable de larga estancia (necesidad de internación permanente por complejidad de la enfermedad), desencadenando en estancamiento parcial en la rotación de camas.

Gráfica N°2 Infección asociada al cuidado de la salud

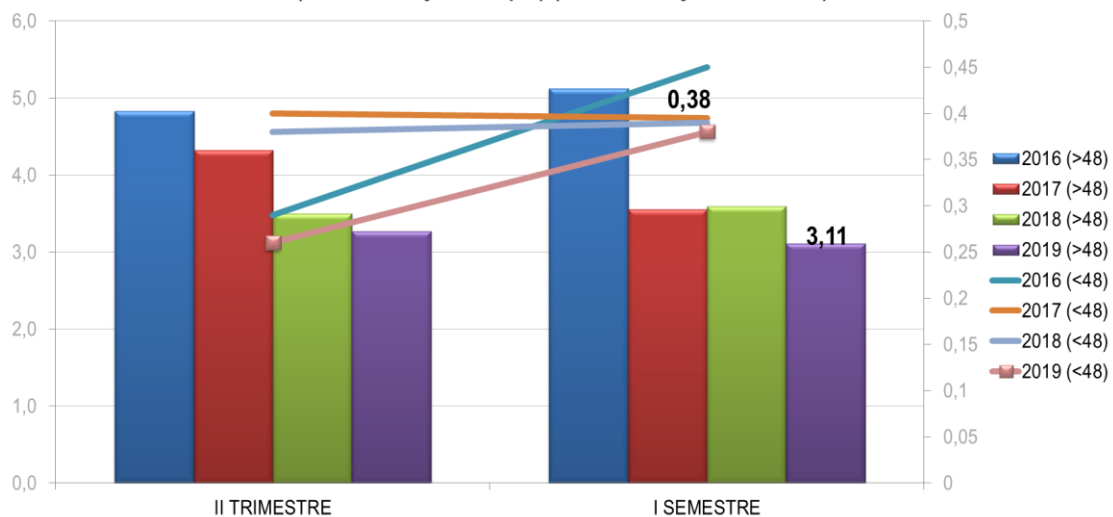
TASA DE INFECCION ASOCIADA AL CUIDADO DE LA SALUD POR DÍAS DE ESTANCIA



Fuente: Indicadores TUCI

Gráfica N° 3 % Mortalidad hospitalaria

PORCENTAJE DE MORTALIDAD HOSPITALARIA 2016-2019 (>48 Horas Eje Principal) (<48 Horas Eje Secundario)



La tasa de infección para el trimestre se mantiene por debajo de la meta 3.0 (2.25), con leve descenso respecto al primer trimestre del año (2.47), pero con tendencia creciente que se atribuye a mejor observación de IAAS (prevención del sub registro), y sobretodo mantenimiento de las actividades permanentes para la implementación de la estrategia multimodal. Siguen las actividades programadas en el plan de mejora para la gestión de flebitis (química, mecánica y bacteriana), pendiente resultados de la vigencia para determinar efectividad de las mismas, sin embargo al corte se nota buen comportamiento de los indicadores meta. No brotes durante el periodo, ni mortalidades atribuibles a IAAS.

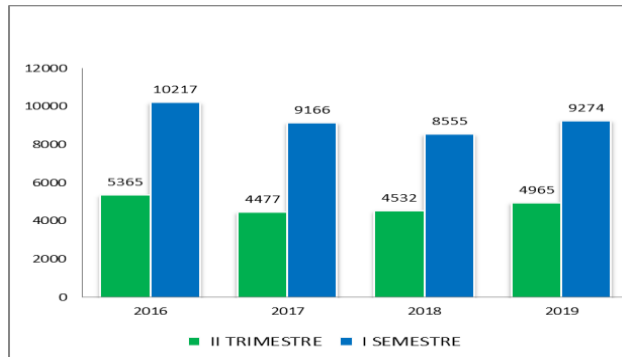
Leve descenso de mortalidad hospitalaria mayor a 48 horas y aumento de mortalidad menor a 48 horas, lo cual explica el tipo de paciente que ingresa a la institución (agudos complejos), sin embargo son índices no controlables puesto que son atribuidos a la demanda espontánea. Las mortalidades en su mayor parte (posterior a análisis) son atribuidas en mayor medida a condiciones inmanentes de los pacientes, sin observar eventos derivados a la atención y/o circunstancias hacia el desenlace. La mortalidad institucional se mantiene relacionada en alta medida a patología oncológica (alta tasa de letalidad) y crónica compleja (escalas de severidad elevadas), proporcional a la demanda elevada de camas en las unidades de cuidados intensivos e intermedios adultos, ampliamente explicado al cambio epidemiológico de la institución (morbi-mortalidad) y confirmado por el perfil de la institución. No mortalidad relacionada a IAAS, ni maternas en el periodo.



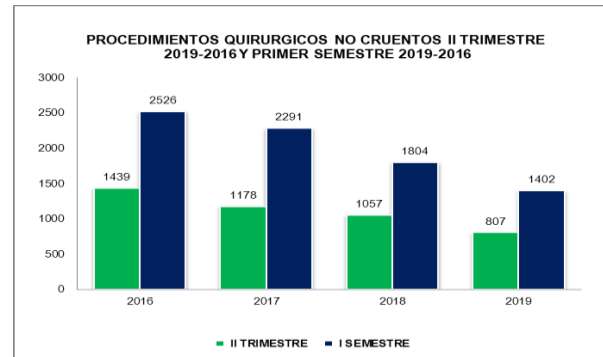
2 ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRURGICO

GESTION DEL PROCESO

Gráfica N° 4 procedimientos quirúrgicos



Gráfica N° 5 procedimientos quirúrgicos no cruentos

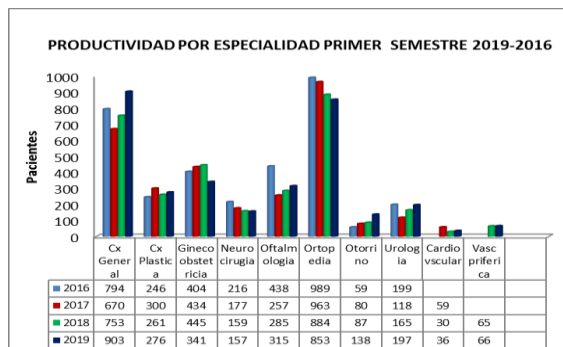


Fuente dinámica gerencial

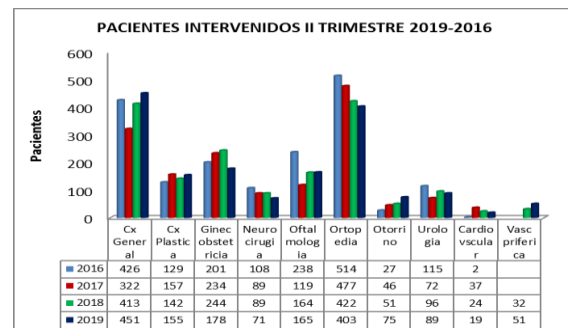
Los procedimientos quirúrgicos en el Hospital Universitario de la Samaritana presentan un incremento del 10% comparando vigencias primer semestre 2018 y 2017. Respecto al primer semestre del año 2016 se observa un descenso del 9%, pero si observamos la gráfica relacionada con procedimientos no cruentos se evidencia que realmente el descenso en el número de procedimientos está relacionado directamente con la disminución en procedimientos no cruentos que corresponde a un 56% durante el primer semestre y que afecta el número de procedimientos global, más no los procedimientos quirúrgicos que se incrementaron en un 10%. El comportamiento trimestral no presenta variabilidad respecto al comportamiento trimestral

La productividad y la complejidad quirúrgica se ha mantenido en forma ascendente asociado a emanadas desde las directivas en cuanto a recursos humanos y de tecnología que cada día permiten que el H.U.S. Se fortalezca en cuanto a su complejidad y capacidad instalada.

Gráfica N° 6 pacientes intervenidos

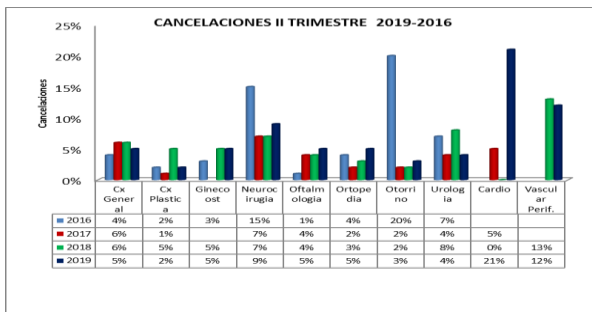
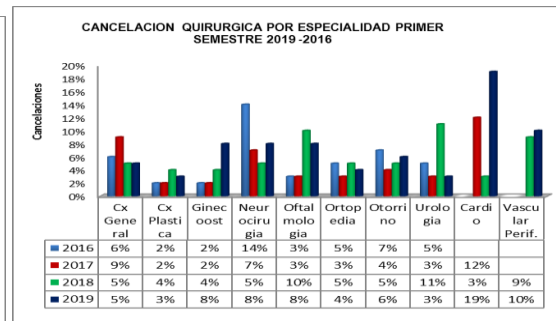


Gráfica N° 7 productividad por especialidad



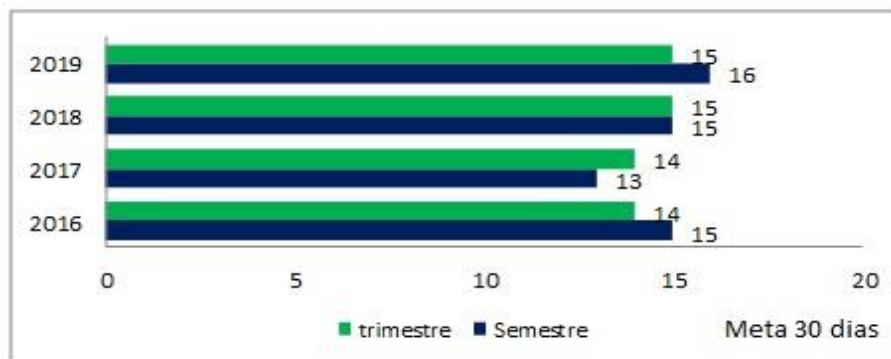
Fuente: Dinámica gerencial y Excel de programación quirúrgica

La productividad por especialidad evidencia el fortalecimiento en cuanto a producción y complejidad de especialidades cuya productividad venía en descenso, tal es el caso de cirugía general con un incremento del 29%, Oftalmología 18%, Vascular periférico 62%, otorrino 64%. También vale la pena destacar que especialidades como ortopedia aunque han disminuido sus procedimientos 21% aumentan su complejidad en lo relacionado a reemplazos articulares y Osteosíntesis. Especialidades que han venido en descenso respecto a su productividad como Neurocirugía con una disminución del 27%, y ginecología con una disminución del 27% respecto a las vigencias anteriores. El II trimestre no varía respecto al comportamiento semestral.

Gráfica N° 8 cancelación quirúrgica

Gráfica N° 9 cancelaciones


Fuente: Dinámica gerencial y Excel de cancelación quirúrgica

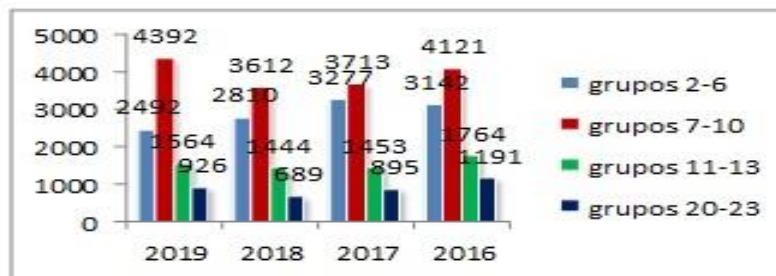
En la gráfica se puede observar el comportamiento de algunas especialidades que afectan el indicador tal es el caso de cardiovascular, vascular periférico y neurocirugía (alta complejidad), con un porcentaje alto de cancelación con variables asociadas a procedimientos de urgencias que requieren el grupo quirúrgico, comorbilidad asociada, no disponibilidad de UCI por pacientes con soporte ventilatorio en quirófano, disponibilidad de insumos que no proveen las casas por disponibilidad. Sin embargo la cancelación cuya pertinencia está asociada a causas institucionales solamente corresponde a un 2,1% siendo la variable de mayor impacto la no disponibilidad de UCI. El comportamiento durante el II trimestre no presenta variación respecto al semestre.

Gráfica N° 10 Oportunidad quirúrgica


Fuente: Dinámica gerencial y Excel de programación quirúrgica

La oportunidad quirúrgica para la vigencia no presenta variabilidad se mantiene en promedio 15 días. Durante la vigencia del primer semestre 2016 se aumentó a 16 días impactado por la afluencia de pacientes de Medimás cuya programación aumento la demanda en algunas especialidades como cabeza y cuello, remplazos articulares que disparo en un día la oportunidad, sin embargo estamos por debajo de la meta nacional. Prolongo para algunas especialidades.

Gráfica N° 11 Procedimientos quirúrgicos por nivel de complejidad

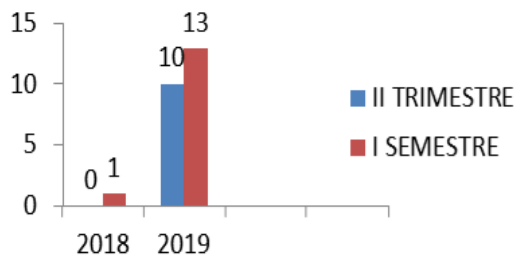


Fuente: Dinámica gerencial y Excel de programación quirúrgica

La dinámica quirúrgica en el H.U.S orienta sus esfuerzos para el cumplimiento y avance de la institución hacia la complejidad, observando incremento de la complejidad en un 3% en grupos (20 a 23) comparando vigencia 2019 - (2018-2017), igualmente para grupos de 11-13 incrementa en 8% relacionado vigencia 2019 - (2018-2017), los grupos relacionados del 7-11 tiene un incremento del 18%, mientras que grupos menores y no cruentos (2-6) descende en un 24%, esta grafica evidencia el esfuerzo y la inversión en recurso tecnológico y humano emanado desde las directivas institucionales.

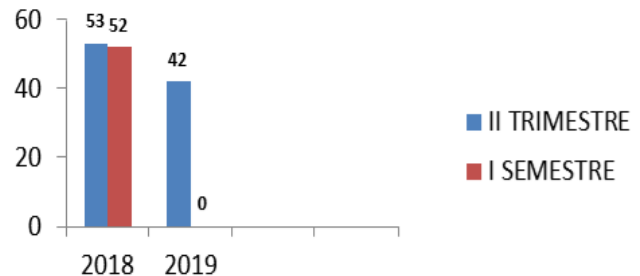
PROGRAMA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS Y TRASPLANTE

Gráfica N°12 Lista de espera



Fuente : Propia del Programa de trasplantes

Gráfica N°13 Trasplantes oculares



Fuente : Propia del Programa de trasplantes

Fuente: Información programa donación de órganos y tejidos.

El programa de trasplante ha venido mejorando la oportunidad en la prestación de servicios de trasplante ocular debido a la contratación de dos Bancos de tejido ocular. Se evidencia. En el I Semestre de 2019 comparativamente con el año 2018, se observa un incremento en el número de trasplantes pasamos de realizar 1 trasplante en el primer semestre del 2018 a 13 trasplantes en el primer semestre de 2019.

Para el año 2018 la lista de espera en red data se encontraba en el I Semestre con 52 personas, para este año en el 2019 en el I Semestre la lista de espera se encuentra con 0 usuarios en espera.

Tabla N° 1 % De notificación de potenciales donantes y número de rescates

PORCENTAJE NOTIFICACIONES REALIZADAS (Reporte mensual)			RESCATES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS		
AÑO	II TRIMESTRE	I SEMESTRE	AÑO	II TRIMESTRE	I SEMESTRE
2018	63.1%	57%	2018	0	0
2019	66%	64.3%	2019	2	2

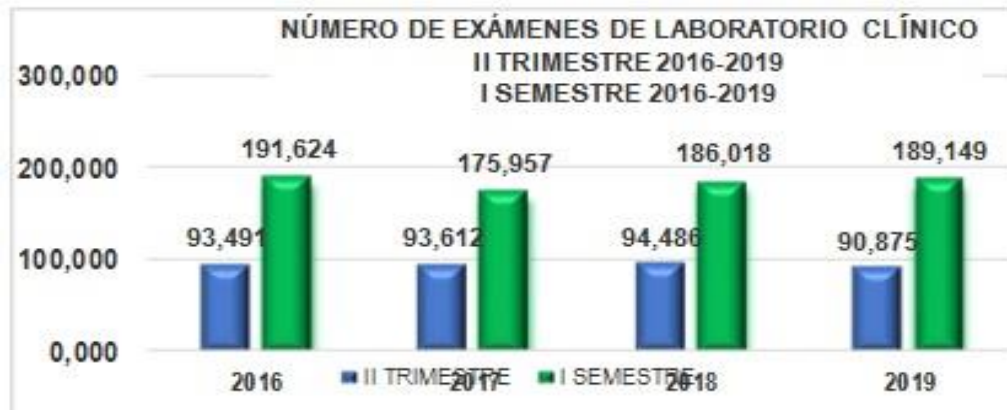
Fuente: Información programa donación de órganos y tejidos

En el I Semestre de 2019 comparativamente con el año 2018, se observa un **incremento del 6%** en el comportamiento de la notificación de potenciales donantes, dentro de los cuales es necesario recalcar que en el año 2018 no se realizó en el 1 semestre rescates de órganos y tejidos ya que fueron descartados por la Red de trasplantes y en este periodo de 2019 en el **1 Semestre fueron efectivos 2 casos** y ambos fueron multi-orgánicos.

1.3 GESTION DEL PROCESO DEL LABORATORIO CLÍNICO

GESTIÓN DEL PROCESO

Gráfica N° 14 # exámenes laboratorio clínico



Fuente: LABCORE

En el I Semestre de 2019 comparativamente con el año 2018, se observa un incremento del 2% en el número total de exámenes realizados de Laboratorio Clínico. Se observa un comportamiento similar en los últimos cuatro años. De acuerdo a la complejidad de la Institución, el servicio de Hospitalización (60%) es el de mayor frecuencia de solicitud, seguido por urgencias (30%) y con un menor volumen el servicio ambulatorio (10%).

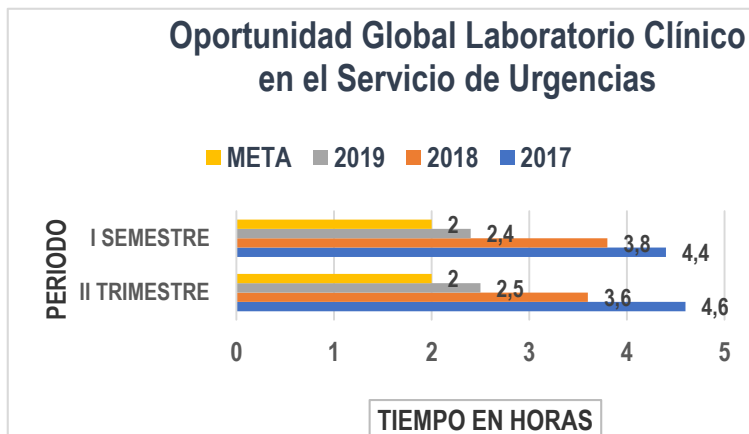
Tabla N° 2 % de cumplimiento en la oportunidad de reporte de exámenes con valores críticos

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA OPORTUNIDAD DE NOTIFICACIÓN DE REPORTES DE VALORES CRÍTICOS (Reporte en un tiempo no mayor a 30 minutos después de validado)		
	II TRIMESTRE	I SEMESTRE
2018	88 %	84 %
2019	94 %	90 %

Fuente: Informe de Resultados críticos vía telefónica 05AD19-V1

Este porcentaje de cumplimiento hace referencia al reporte por parte del laboratorio Clínico en un tiempo no mayor a 30 minutos, después de validado el examen, al médico o especialidad. El laboratorio Clínico ha venido mejorando la oportunidad en la comunicación de exámenes con valores críticos. Se ve reflejado en un incremento de reporte del 84% en el I Semestre del 2018 al 90% en el I Semestre del 2019. La mayor dificultad presentada radica en la comunicación directa con los diferentes servicios. Para facilitar la comunicación de las profesionales del Laboratorio desde el sitio de trabajo se realizó una derivación en la línea telefónica del Laboratorio Clínico, dispuesta en las áreas de mayor reporte de exámenes críticos (hematología e Inmunoquímica) mejorando el llamado inmediato.

Gráfica N° 15 Oportunidad del laboratorio clínico



Fuente: Reporteador LABCORE

Como se observa en la gráfica la mejora ha sido sustancial y cada vez estamos más cerca de la meta (2 horas). La oportunidad global se calcula desde el momento de la solicitud médica hasta el momento de la validación del resultado.

Del I semestre del 2017 al I semestre de 2019, se han reducido los tiempos de 4.4 Horas a 2.4 horas, observando un impacto favorable entre el 2018 y 2019, de 3.8 horas a 2.4 horas. Esto se logró haciendo un seguimiento y un diagnóstico en todos los turnos y se pudo evidenciar que el momento con mayor tiempo de respuesta era entre el momento de la solicitud del examen y la toma de muestras, especialmente en los turnos nocturnos, donde no contábamos con auxiliares propias del Laboratorio Clínico que apoyaran toma de muestras. Atendiendo este hallazgo en octubre de 2018, se realiza una redistribución del personal auxiliar de Laboratorio Clínico, logrando apoyar en todos los turnos la toma de muestras con personal propio del servicio. Con esta mejora se ha logrado impactar la oportunidad global del laboratorio clínico en el servicio de Urgencias.

PROGRAMA DE REACTIVOVIGILANCIA

Porcentaje de cumplimiento de acuerdo a seguimiento desde seguridad de paciente y por visita de INVIMA 100%.

Tabla N°3 Criterios de evaluación del programa de reactivovigilancia de acuerdo a Invima

EJES DE GESTIÓN	Puntaje Obtenido	% Puntaje
RESPONSABLE DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE REACTIVOVIGILANCIA	15	100%
COMITÉ DE REACTIVOVIGILANCIA	5	100%
DOCUMENTACION DEL PROGRAMA	20	100%
GESTIÓN DE REPORTES	40	100%

CAPACITACIONES	5	100%
SEGUIMIENTO DE ALERTAS, INFORMES DE SEGURIDAD Y RECALL	5	100%
CICLO DEL PRODUCTO RESOLUCIÓN 1441 DE 2013 ESTÁNDAR MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS	10	100%
PUNTAJE OBTENIDO DE 100 ESPERADOS	100	
% GRADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA	100%	ALTO
Interpretación del Criterio Grado de Implementación	NIVEL	
0 - 50 %	BAJO	
51 - 80 %	MEDIO	
81 - 100 %	ALTO	

Fuente: RVI Herramienta evaluación INVIMA

TERAPIAS

Tabla 4: procedimientos en pacientes hospitalizados

HOSPITALIZADOS	2016 II	2017 II	2018 II	2019 II
TERAPIA FISICA	6254	6233	6736	7646
TERAPIA RESPIRATORIA	13959	14007	16058	13668

Fuente: Fuente: Base de datos Excel Servicio De Terapias HUS

Al comparar los últimos cuatro años segundo trimestre se puede observar como las Terapias Físicas han ido en aumento, esto puede ser el resultado del acuerdo de servicio realizado el año pasado con el líder de Atención al Paciente Hospitalizado, donde se acordó realizar estas terapias solo en el día, así los pacientes aceptan la intervención y se puede disponer de elementos terapéuticos. Las otras terapias presentaron un pico en 2018 asociado al aumento de interconsultas, pero los otros años se mantuvo su promedio.

Tabla N° 5 Procedimientos servicio ambulatorio

PROCEDIMIENTOS FISIOTERAPIA CONSULTA EXTERNA	2016 II	2017 II	2018 II	2019 II
TERAPIA FISICA	2171	2028	1786	1799
TERAPIA RESPIRATORIA	56	6	58	42

Fuente: Fuente: Base de datos Excel Servicio De Terapias HUS

Las Terapias Físicas en los dos últimos años han mantenido su promedio, a pesar que el número de pacientes que inicia tratamiento ha ido en aumento, esto relacionado a que cada profesional por seguridad del paciente puede ver solo dos pacientes simultáneamente en una hora, de esta forma se garantiza que el paciente cuente con la supervisión permanente promoviendo el alcance de los objetivos propuestos. Seguimos con alta demanda de pacientes de la EPS MEDIMAS.

Tabla N° 6 Procedimientos fonoaudiología

PROCEDIMIENTOS FONOAUDIOLÓGIA	2016 II	2017 II	2018 II	2019 II
TERAPIA FONOAUDIOLÓGIA	496	1874	1913	1660

Fuente: Fuente: Base de datos Excel Servicio De Terapias HUS

El servicio de Fonoaudiología inicio en segundo trimestre de 2016, en el último año se presentó disminución del número de sesiones porque no se tuvo rotación de estudiantes, las áreas críticas son más demandantes y por su complejidad requieren más tiempo, por esta razón es necesario disponer de un tercer profesional de Fonoaudiología garantizando la atención oportuna, segura y continua.

Tabla N° 7 Procedimientos terapia ocupacional

ACTIVIDADES	2018 II	2019 II
INTERCONSULTAS	59	221
ATENCIÓN INDIVIDUAL (VALORACIÓN Y TRATAMIENTO)	140	345

Fuente: Fuente: Base de datos Excel Servicio De Terapias HUS

Tabla N°8 Productividad del Servicio de Terapias:

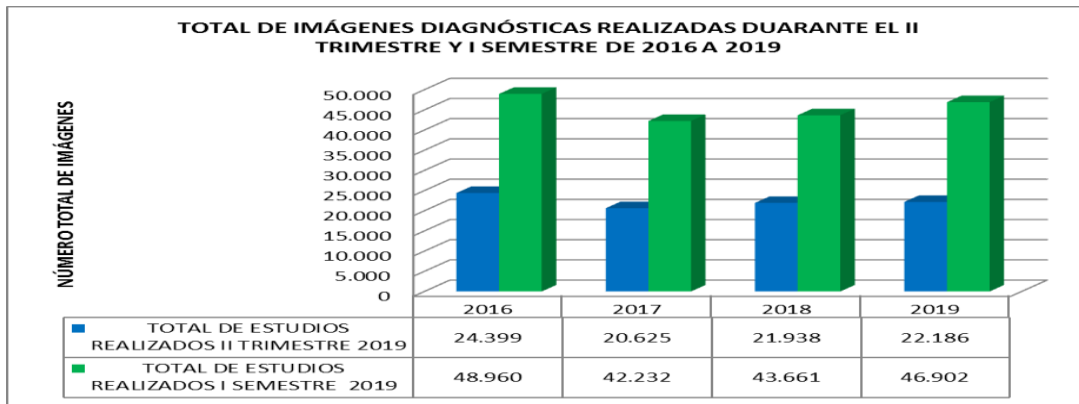
AÑO / TRIMESTRE	PROCEDIMIENTOS	OXIGENO	TOTAL
2016 II	\$ 590.855.900	\$ 169.979.400	\$ 760.835.300
2017 II	\$ 787.843.500	\$ 463.364.500	\$ 1.251.208.000
2018 II	\$ 887.149.400	\$ 434.631.100	\$ 1.321.780.500
2019 II	\$ 750.177.438	\$ 301.352.735	\$ 1.051.530.173

Aunque la productividad disminuyo con respecto al mismo periodo 2018, continúa generando rentabilidad para la institución, es necesario invertir en renovación tecnológica para Consulta Externa, y disponer de más elementos para Terapia Física y Fonoaudiología en Hospitalización.

1.4 IMÁGENES DIAGNOSTICAS

GESTIÓN DEL PROCESO

Gráfica N° 18 comparativo de productividad.



Fuente : Sistema de Información Dinámica Gerencial .

Para el comparativo tanto trimestral como semestral se observa un aumento en la productividad general del servicio, este aumento está relacionado con el aumento de atenciones a pacientes ambulatorios y de urgencias a expensas de los servicios prestados a los usuarios de EPS Medimás, lo cual se ve reflejado en el aumento del porcentaje ocupacional del servicio pasando del 73% al 78%,

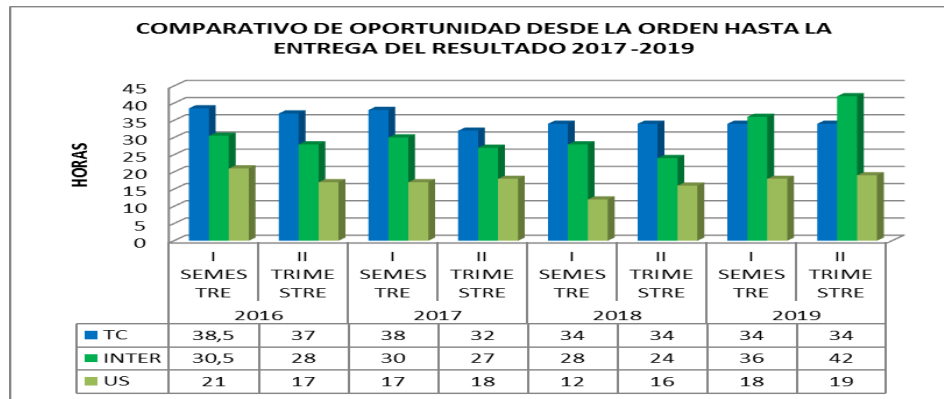
Tabla N° 10 comparativo por área de servicio

No DE INDICADOR	COMPARATIVO TOTAL DE ESTUDIOS	PERIODO	2016	2017	2018	2019	VARIABILIDAD 2018-2019
1648	AMBULATORIOS REALIZADOS EN IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	I	1.368	1.094	1.479	2.813	47%
		II	2.120	1.120	1.925	3.513	45%
		I SEMESTRE	3.488	2.214	3.404	6.326	46%
1647	COMPARATIVO TOTAL IMÁGENES DIAGNÓSTICAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	I	6.626	6.101	12.105	12.804	5%
		II	5.193	5.935	11.620	9.940	-17%
		I SEMESTRE	11.819	12.036	23.725	22.744	-4%
1646	COMPARATIVO TOTAL IMÁGENES DIAGNÓSTICAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	I	2.830	3.916	8.211	9.099	10%
		II	3.020	4.058	8.393	8.733	4%
		I SEMESTRE	5.850	7.974	16.604	17.832	7%

Fuente: indicadores TUCI

En el comparativo por áreas el aumento de la productividad esta dado en su gran volumen a los servicios prestados de forma a ambulatoria durante el I Y II trimestre de la vigencia, este aumento está relacionado a la prestación de servicios a usuarios de centro penitenciarios y usuarios de EPS Medimás.

Gráfica N° 11 comparativo de Oportunidad Imágenes Diagnósticas comparativo 2016 – 2019



Fuente: Sistema de Información RIS.

TAC: La oportunidad para TC Contrastado y Hospitalizado se mantiene con respecto al comparativo del mismo periodo con la vigencia 2018, sin embargo como se observa en el comparativo este tiempo de oportunidad aunque mejoró con respecto a los tiempos de las vigencias 2016 y 2017.

Condición clínica del paciente (pacientes con función renal no apta para la realización del estudio).

Solicitudes de estudios contrastados sin reporte de laboratorios al momento de la orden.

Dificultades y retrasos en los traslados, Novedades de preparación, Reprogramaciones de estudios por novedades en la preparación, No disponibilidad de toma de estudios en el turno de la noche.

Estas variables anteriormente relacionadas aumentan el tiempo de realización el cual comprende desde la generación de la orden hasta la realización de los estudios.

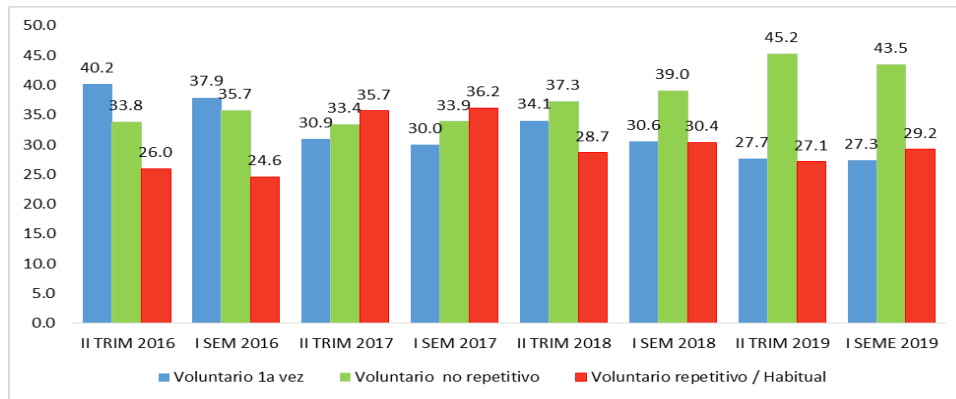
INTERVENCIONISMO: Para esta modalidad se refleja en el comparativo del I Semestre y del II Trimestre de 2019 un aumento con respecto al mismo periodo del año 2018 donde alcanzamos un promedio de 28 horas este aumento de los tiempos de oportunidad se ve reflejado principalmente en los meses de Marzo y Abril donde se presentaron demoras en realización de los procedimientos debido al aumento de la demanda de pacientes en general en todas las modalidades; el pico más alto de este aumento se refleja en el mes de Marzo donde la oportunidad alcanzó las 45 horas y fue un mes crítico ya que adicional al aumento en la productividad no se contó con médico residente. Sin embargo este tiempo ha ido nuevamente disminuyendo progresivamente y para el mes de Mayo y Junio ya estamos en un promedio de 30 horas para hospitalizados y 22 horas para urgencias.

UTRASONIDO: Los tiempos de oportunidad para esta modalidad también mostraron un aumento con respecto al comparativo con las vigencias anteriores en un promedio de 4 horas, lo que está relacionado a la misma causa, el aumento de atenciones durante los meses de febrero, Marzo y Abril de la presente vigencia.

1.5 GESTIÓN DEL PROCESO BANCO DE SANGRE

GESTIÓN DEL PROCESO

Gráfica No. 16 Productividad general del banco de sangre

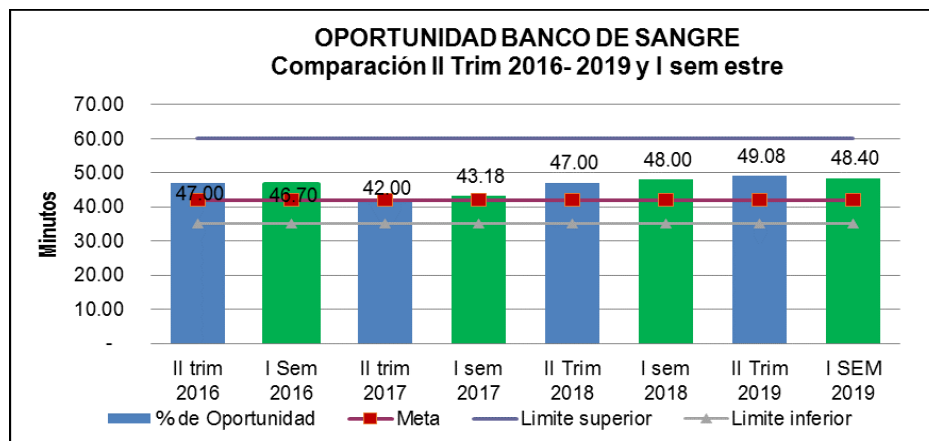


Fuente: Sistema de información Banco de Sangre

En el I Semestre de 2019 comparativamente con el año 2018, se observa una ligera disminución del 1% en donantes habituales repetitivos, debido a que se ha incrementado el donante no repetitivo, ya que seguimos trabajando en las estrategias para la fidelización de donantes habituales, como lo es: llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto personalizados y a los correos electrónicos con el fin de fidelizar a los donantes de sangre.

Así mismo, es importante mencionar que para esta fidelización se trabajó este junio 14 en motivar a la población del municipio de SOPO y en Bogotá fidelizando a nuestros donantes.

Gráfica No. 17 Oportunidad Banco de sangre



Fuente: Excel banco de sangre

Como se observa en la gráfica la oportunidad en el despacho de hemocomponentes del banco de sangre ha aumentado alrededor de 8 min, comprada con la meta actual establecida, es de mencionar que esta meta estaba calculada con el trabajo manual de las profesionales, desde el 2018 se realizó renovación tecnológica y todos las pruebas de inmunohematología se realizan en equipo, aumentando la oportunidad en más o menos 10 minutos, favoreciendo la seguridad transfusional por la trazabilidad en el proceso. Durante el II trimestre del 2019, se atendieron un total de 846 paciente en un total de 6983 hemocomponentes transfundidos, observando un aumento significativo de las unidades transfundidas con respecto al semestre del año anterior que equivalía a 5913 transfusiones en los diferentes servicios ya mencionados lo que conlleva a un aumento adicional de la oportunidad áreas hospitalarias por requerimiento de pruebas adicionales como adsorción, fenotipos, entre otros, para búsquedas de unidades compatibles por contar con anticuerpos significativamente relevantes todo enmarcado según su patología.

PROGRAMA DE HEMOVIGILANCIA

Porcentaje de cumplimiento de acuerdo a seguimiento desde seguridad de paciente se encuentra en un cumplimiento del 93% de las cuales está conformado por:

- 4 líneas estratégicas
- 10 metas
- 10 indicadores
- 1 cronograma

Tabla No. 9 programa hemovigilancia

Trimestral	Trim I			Trim II			Trim III			Trim IV		
	P	E	%	P	E	%	P	E	%	P	E	%
	48	46	96%	50	47	94%	51	0	0%	53	0	0%
Semestre	Semestre I			Semestre II								
	P	E	%	P	E	%						
	98	93	100%	104	0	100%						
Año	Año											
	P	E	%									
	202	93	46.0%									

Fuente: Excel programa de hemovigilancia

1.6 PROCESO ATENCIÓN FARMACÉUTICA

GESIÓN DEL PROCESO

Gráfica N° 20 Programa de Tecnovigilancia

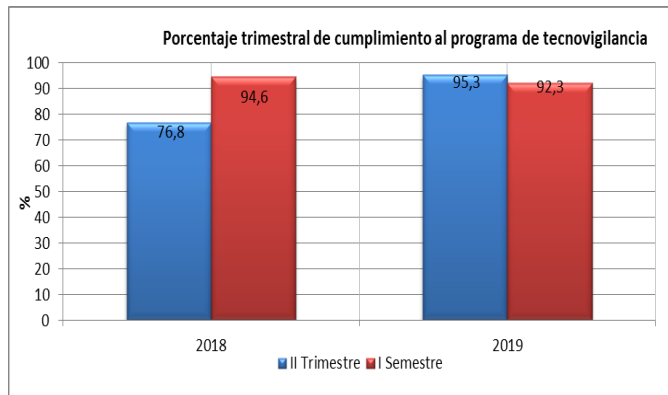


Tabla N° 12 % cumplimiento

PRIMER SEMESTRE	% DE CUMPLIMIENTO
2018	94,6%
2019	92,3%

Fuente: Indicadores TUCI

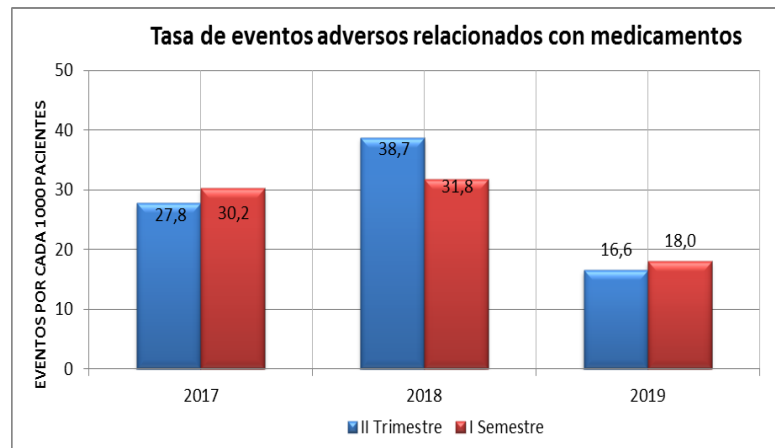
Para el primer semestre del año 2019 se dio cumplimiento al 96.2% del cronograma de tecnovigilancia que corresponden a 50 actividades ejecutadas en frente a 52 actividades programadas acumuladas. Este semestre tuvo un alcance menor (0.2 %) comparado con el año anterior (2018), teniendo un cumplimiento del 96.4% que corresponden a 54 actividades ejecutadas en frente a 56 actividades programadas acumuladas. Se tiene establecido un cumplimiento mínimo del 90%, por lo que se está alcanzando la meta. En el primer semestre del año 2019 se priorizaron 50 novedades de seguridad asociadas al uso de Dispositivos Médicos (DM), de las cuales 40 ya se encuentran cerradas, esto nos da un porcentaje de cumplimiento del 78,2%. Comparado con el primer semestre del año 2018 en el cual se priorizaron 113 novedades de seguridad asociadas al uso de Dispositivos Médicos (DM), de las cuales 80 ya se encuentran cerradas, esto nos da un porcentaje de cumplimiento del 70,3%.

En el primer semestre se tiene un 12.6% (promedio) del personal vinculado capacitado en uso y manejo de algún dispositivo médico y del programa de tecnovigilancia, para el mismo periodo de 2018 se tiene un 24,3% (promedio).

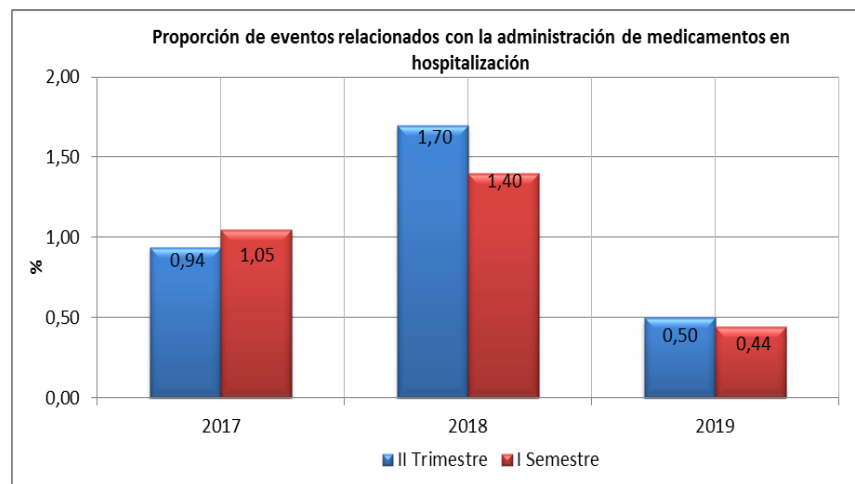
La disminución se debe principalmente a que las novedades de seguridad asociados a dispositivos médicos, no han requerido capacitaciones respectivas. Para el primer semestre del 2019 se tuvo una porción del 3% de 1667 novedades de seguridad del paciente, asociadas a DM en relación con el primer trimestre del 2018 fue del 5.9% de 1619 novedades de seguridad asociadas a DM. Esta tendencia de disminución en el 2019 se puede deber a modificaciones en las dinámicas de reporte y a la gestión del Servicio Farmacéutico para evitar faltantes relacionados con DM.

Los resultados obtenidos en cada uno de los indicadores nos están permitiendo alcanzar nuestro objetivo estratégico (fortalecer la prestación de servicios de salud dentro de las competencias asignadas en el modelo de red departamental) en cuanto a que se están disminuyendo las novedades asociadas a dispositivos médicos, lo que nos permite tener una atención más segura de cara a la tecnología usada en el paciente

Gráfica N° 21 y 22 Programa de Farmacovigilancia



Fuente: Indicadores TUCI

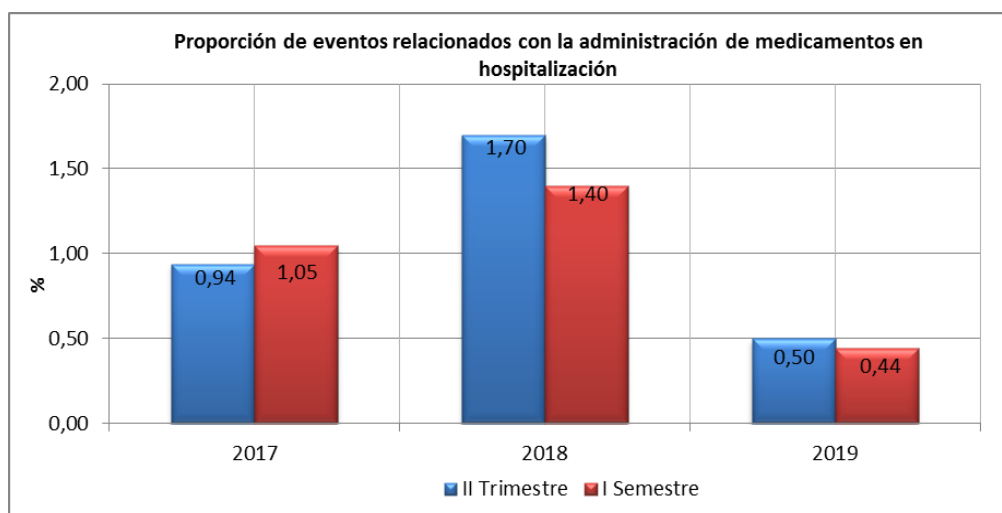


Fuente: Indicadores TUCI

Para el primer semestre 2019 se evidencia un valor promedio de 18,0 el cual es menor comparado con 31.8 y 30.2 para 2018 y 2017 respectivamente, en la Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos, se considera que la disminución hace parte de un menor número de reportes. La tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos para el primer semestre 2019 se evidencia un valor promedio de 5.6 el cual es menor comparado con 11,0 y 8,1 para 2018 y 2017 respectivamente; durante todo el semestre del presente año, se logró la meta menos de 20 eventos/1000 pacientes. En la proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en Urgencias para el primer semestre 2019 se evidencia un porcentaje promedio de 0.05%, menor comparado con 0.1% y 1.4% para 2018 y 2017 respectivamente, lo que se traduce en una disminución de 0,05 puntos promedio frente al mismo periodo del año 2018.

Para el primer semestre 2019 se evidencia un porcentaje promedio de 0.4%, menor comparado con 1.4% y 1.1% para 2018 y 2017 respectivamente en la proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.

Gráfica N° 23 complicaciones medicamentosas



Fuente: Indicadores TUCI

Para el primer semestre 2019 se evidencia un porcentaje promedio de 2.6%, menor comparado con 5.7% y 3.3% para 2018 y 2017 respectivamente de las complicaciones medicamentosas. Se exalta el aumento en la cultura del reporte de novedades de seguridad por la constancia en el aumento de número de observadores (seguimiento farmacoterapéutico, conciliación medicamentosa, del COVE a flebitis y farmacovigilancia activa).

1.7 PROCESOS DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

GESTIÓN DEL PROCESO

COBERTURA DE INDUCCIÓN DE LOS ESTUDIANTES QUE INGRESAN A ROTACIONES EN EL HUS

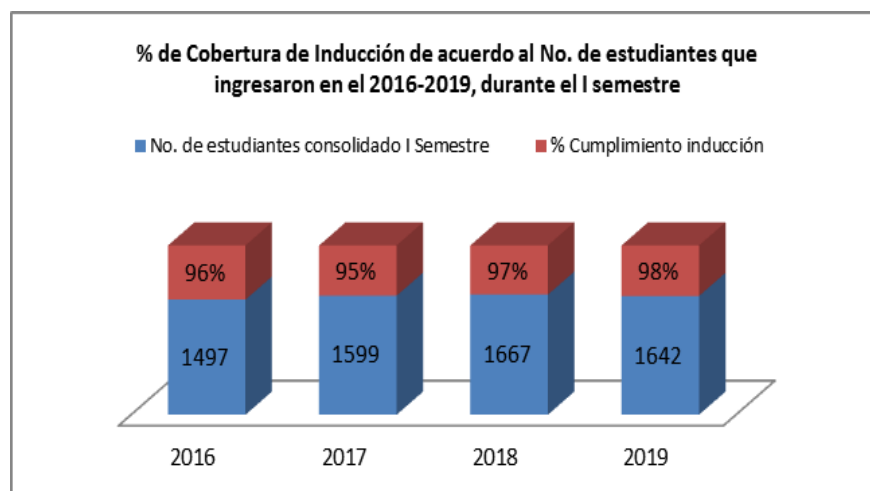
Aunque el indicador no ha estado por debajo de la meta establecida, el porcentaje reportado, se ve afectado principalmente por los estudiantes de posgrado; a pesar de ello las diferentes estrategias han surtido efecto dado que se ha aumentado la cobertura de la inducción en estos estudiantes.

Estas barreras se han establecido de la siguiente manera:

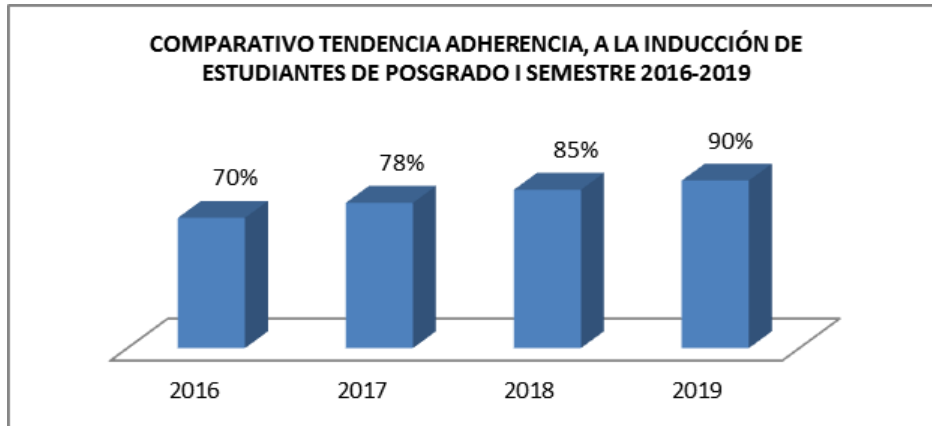
- No entrega de la tarjeta de alimentación ni de parqueadero.
- No entrega de notas a la Universidad, esta es retenida hasta cuando el estudiante cumpla con todo el proceso de inducción, situación que adicional nos pone en una inadecuada situación con el estudiante, dado que informan que cumplieron con su rotación y que el servicio así lo aprobó.
- Se llama y hace seguimiento a los estudiantes vía telefónica y email, actualmente con copia al jefe del servicio.
- Se puede llegar a la suspensión de la rotación si el estudiante no cumple con el proceso de inducción, que afecta adicional la contraprestación con la Universidad.

De otra parte, se destaca que se tiene una cobertura de la inducción del 100% del total de estudiantes de pregrado e internado, que ingresaron al HUS.

Gráfica N° 24 % cobertura de inducción



Gráfica No 25 % Adherencia a inducción.

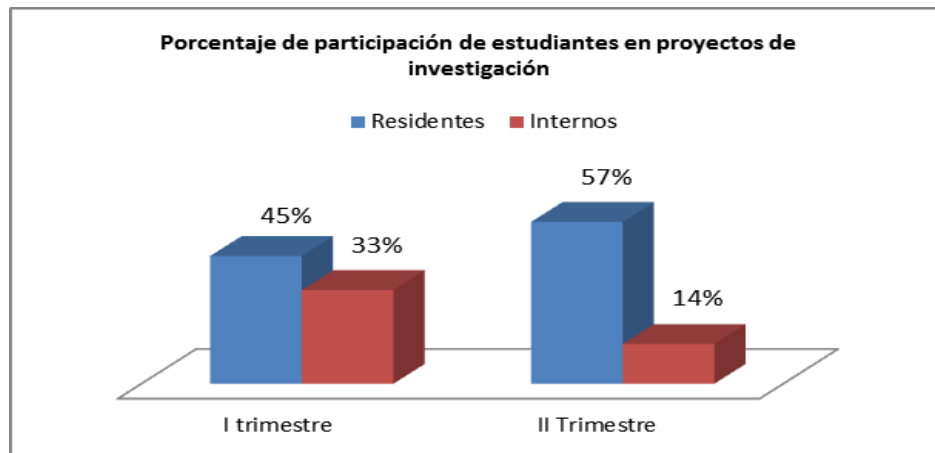


Fuente: Listado de estudiantes/ Curso virtual Moodle

VINCULACIÓN DE ESTUDIANTES EN LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

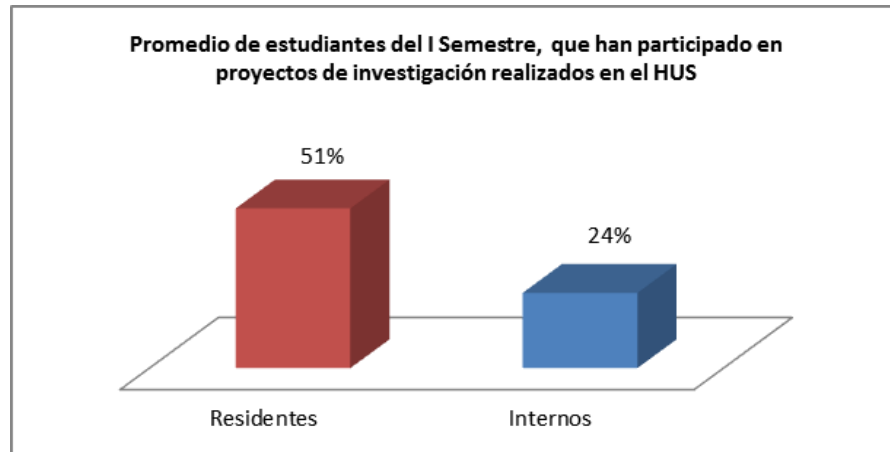
Este indicador se formuló a partir de esta vigencia (2019), teniendo en cuenta que hace parte, de una de las condiciones para la Acreditación de “Hospital Universitario”, además de ser uno de los objetivos del modelo de investigación de nuestro Hospital. Su objeto es incentivar a los estudiantes que rotan en el HUS, a realizar y participar en proyectos de investigación, aportándoles en el conocimiento de bases fundamentales de epidemiología y su labor de generación de nuevo conocimiento. Ver Gráfica No. 3 y 4

Gráfica N° 26 % de participación en investigación



Fuente: Base de datos UNICA CIHUS, 2019

Gráfica No. 27 promedio participación en proyectos



Fuente: Base de datos UNICA CIHUS, 2019

Como resultado del cumplimiento de las condiciones de Hospital Universitario, se ha logrado una vinculación de forma ascendente de los estudiantes de internado a diferentes proyectos de investigación, indicador que muestra una tendencia positiva.

RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO

Convenios

Tabla N° 13 Consecución 3 (tres) nuevos convenios

CONVENIO	INSTITUCIÓN	PROGRAMAS	BENEFICIOS
Interinstitucional	Universidad Antonio Nariño	Terapias Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> - Descuento del 10%, en el valor de la matrícula en los programas académicos y en actividades de educación continuada ofrecidas por la Universidad - Acceso a su biblioteca y asesoría sobre temas específicos que sean de especialidad de la Universidad. - Permitir la utilización de las instalaciones físicas de la Universidad para eventos de educación continuada que desarrolle el HUS

Docencia Servicio	INCAP	Auxiliar Administrativo en Salud y Auxiliar en Servicios Farmacéuticos	- Esta ofrecerá al HOSPITAL acceso a su biblioteca - Asesoría sobre temas específicos que sean especialidad de EL INSTITUTO. - Ofrecerá uso de sus instalaciones con solicitud previa y de acuerdo a la disponibilidad de EL INSTITUTO Por otra parte se suscribió con esta institución un convenio de Colaboración adicional que tiene los siguientes beneficios: - Ofrecimiento a los colaboradores del HUS que se extiende a su núcleo familiar (hasta primer grado de consanguinidad) , un descuento del 10% , para el desarrollo de los programas técnicos laborales y/o cursos de educación continua
Cooperación para el desarrollo de prácticas laborales formativas	Universidad Minuto de Dios	Profesionales administrativas Técnico profesional	- Prácticas Laborales de estudiantes de último año que NO requieren de pago por parte del Hospital, estas se encuentran cubiertas por la Universidad.
Docencia servicio	Universidad Minuto de Dios	Psicología	- Acceso al HOSPITAL acceso a su biblioteca - Asesoría sobre temas específicos que sean especialidad de UNIMINUTO - Ofrecerá uso de sus instalaciones con solicitud previa y de acuerdo a la disponibilidad Por otra parte se suscribió con esta institución un convenio de Colaboración adicional que tiene los siguientes beneficios que se extienden a su núcleo familiar (cónyuge e hijos) : 1. Programas tecnológicos: 25% 2. Programas de Pregrado: 20% 3. Programas de Posgrado: 20% 4. Programas de Posgrado in house: 30% 5. Educación continua: 10%

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

- Para la vigencia en el I semestre, se dio cierre del Curso de “Enfermedades Respiratorias Crónicas – EPOC y ASMA”, el cual tuvo una participación de 300 profesionales de la Salud de la Red de Hospitales de Cundinamarca.
- Actualmente en la plataforma Moodle se adelantan los siguientes cursos:

Tabla N° 14 gestión del conocimiento

ACTIVIDAD ACADÉMICA	DESCRIPCIÓN
Diplomados	1. Prevención y atención a la persona con lesiones y heridas en la piel
CURSOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inducciones estudiantes 2. Creación curso Re-inducción 3. Creación curso inducción Colaboradores 4. Actualización curso virtual Buenas Practicas en seguridad del Paciente 5. Curso taller con la metodología Blended, para la actualización del curso de “Reanimación Básica en Neonatos”

ACREDITACIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Se radico en el nuevo documento con los ajustes, de acuerdo a las recomendaciones generadas por el asesor de área de Talento Humano del Ministerio de Salud y Protección Social.

LOGROS

- ✓ **Reconocimiento Internacional** del HUS en la **AIOF**, al Grupo de Investigación ORTHUS en su línea de investigación de “Fragilidad Ósea”.
- ✓ Compra de equipos de Simulación:

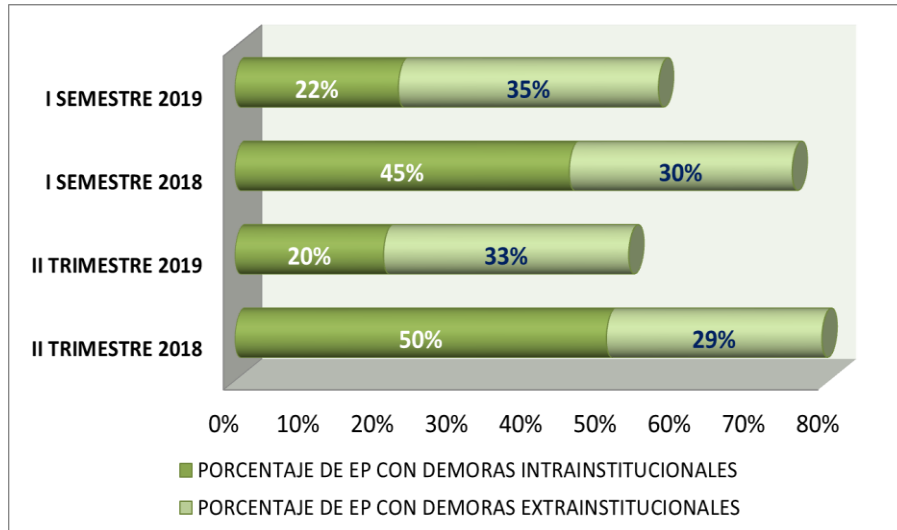
Imagen N° 1 compra de equipos de simulación:



- ✓ **Participación del HUS**, en el proyecto de investigación intersectorial **“Vector Salud”** liderado por la Fundación Cardioinfantil en cooperación con Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Universidad del Rosario, Secretaria de Salud de Bogotá y Fundación Neumológica Colombiana.
- ✓ Participación en el **“VI foro Nacional de soluciones exitosas e innovación en salud”**; con el trabajo **“Retorno de la calidad de vida en pacientes con defectos faciales mediante reconstrucción protésica personalizadas”** en las temáticas Generación de conocimientos en salud e información científica y calidad en la atención

AUDITORIA CONCURRENTE

Gráfica N°28 % de pacientes con estancias prolongadas comparativo ii trimestre 2018-2019



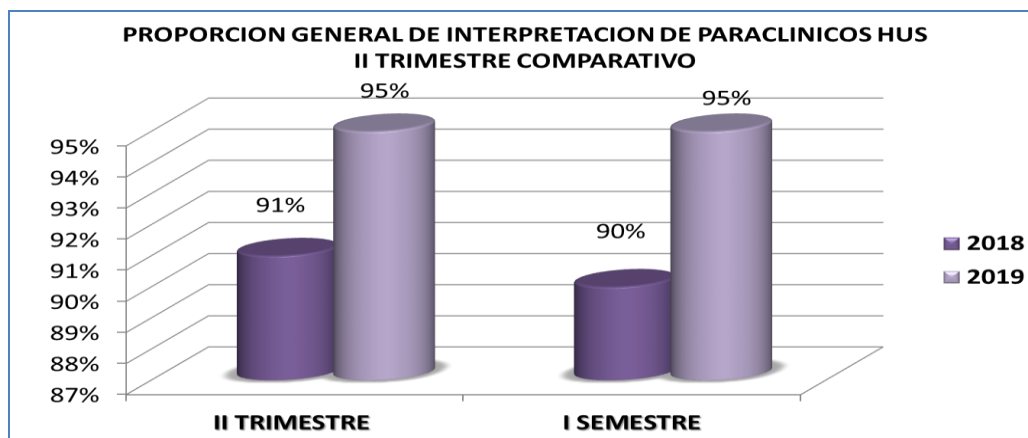
Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente

Las demoras intrainstitucionales como se evidencia en la gráfica han disminuido progresivamente evidenciando en el II trimestre del 2019 que de los pacientes con estancia prolongada el 20% presentan este tipo de demora, esta mejora se encuentra atribuida a las intervenciones realizadas desde auditoria médica. Las demoras extra-institucionales no han presentado una variable significativa, sin embargo, se evidencia reiterada la inoportunidad por parte de la EPS para ubicar dentro unidades oncológicas.

En relación a las demoras intra-institucionales se evidencia en el II trimestre del presente año que los procesos que más están afectando este indicador son Inoportunidad en realización y lectura de ayudas diagnosticas de radiología, respuesta de interconsultas de subespecialidades (ENDOCRINO, REUMATOLOGIA, CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO y HEMATOLOGIA).

Se evidencia claramente un descenso general del porcentaje de demoras intrainstitucionales con una diferencia del 30% lo cual es significativo y se encuentra atribuido a la gestión clínica diaria realizada por concurrencia, a los acuerdos de servicios e intervención directa de la Dirección Científica de los hallazgos identificados. En cuanto a las demoras extrainstitucionales, se evidencio un incremento de un 4 % ellos atribuido a la alta demanda de pacientes oncológicos sin oportuna respuesta por parte de las EPSs.

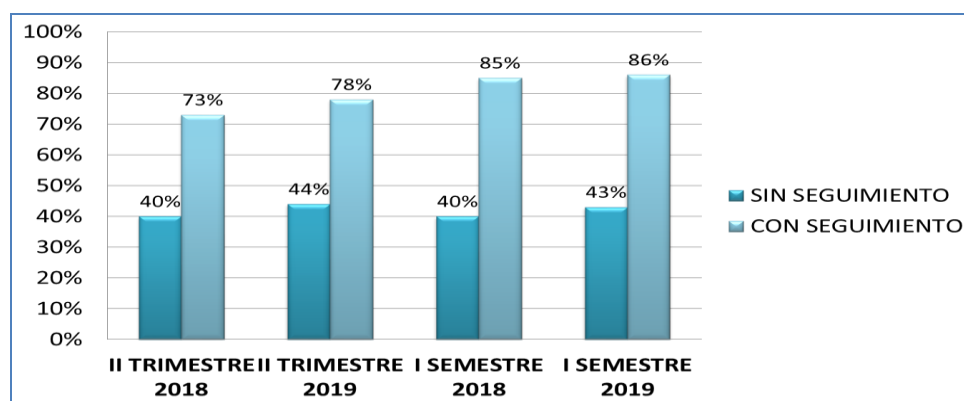
Gráfica N° 29 proporción interpretación de paraclínicos



Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente

Para este indicador se considera una meta de cumplimiento igual o mayor al 95% en un rango de seguridad, la medición es realizada de manera retrospectiva a partir del III trimestre del 2017, en la gráfica anterior se realiza una comparación del II trimestre del 2018- 2019, identificando claramente un ascenso significativo en relación al año inmediatamente anterior, sin embargo, en comparación al I trimestre del 2019, no se observa que el resultado del indicador se encuentra en cumplimiento de la meta, atribuido a las retroalimentaciones realizadas en relación a la importancia de interpretar dentro de la historia clínica todos las ayudas diagnosticas validadas y la obligatoriedad de interpretación dentro de Dinámica Gerencia. En conclusión se evidencia un gran avance y se espera poder avanzar para mitigar las limitantes en relación a la efectividad y eficacia de la medición realizada.

GRAFICA N°30 proporción general de cirugías autorizadas vs realizadas

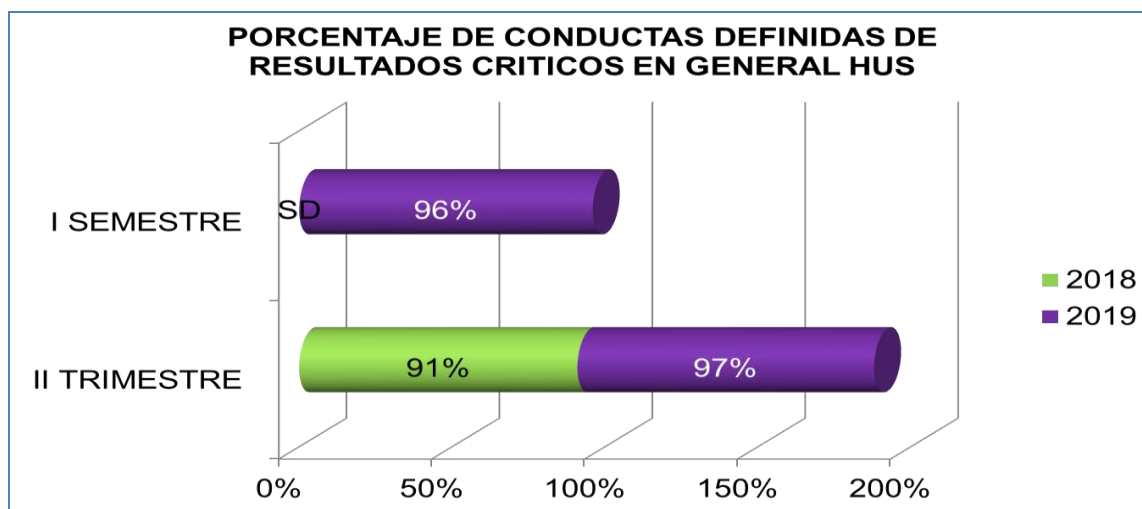


Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente II TRIMESTRE 2019- Área Auditoria Concurrente.

La anterior grafica es un comparativo del porcentaje de productividad sin seguimiento y con seguimiento del II trimestre del 2018 y del 2019, evidenciando que la productividad de las especialidades en relación a las hojas de rutas ambulatorias radicadas no presenta una variable significativa sin seguimiento ya que en el 2018 correspondió al 40% y el 2019 al 44%, evidenciándose claramente en zona de problema, esto se encuentra atribuido a que persiste el proceso de las especialidades una vez la hoja de ruta es radicada son ellos mismos que programan según la disponibilidad del especialistas, salas entre otros. En relación al porcentaje de productividad con el seguimiento respectivo en el II trimestre del 2018 corresponde al 73% y en el 2019 al 78%, esta diferencia entre ambos trimestres esta atribuido a que el seguimiento del mes de junio es culminado en el mes de julio, una vez se termine dicho seguimiento el porcentaje final se encontrara en zona de seguridad, dispuesto para el indicador que corresponde al 85%.

Finalmente, realizando análisis del I semestre del 2019 con el mismo semestre del año inmediatamente anterior, se evidencia que la productividad sin seguimiento y con seguimiento fue superior en el I semestre del año anterior, atribuido a las intervenciones realizadas con las especialidades que presentan mayor inoportunidad para la programación.

Gráfica N° 31 porcentajes de conductas médicas definidas frente a los estudios críticos de laboratorio clínico:



Fuente: Información tomada de la Auditoria concurrente II trimestre 2019

En la anterior grafica se evidencia un incremento progresivo del porcentaje de conductas médicas definidas con base a los reportes críticos reportados, esto atribuido a las múltiples intervenciones realizadas en conjunto con los líderes de los procesos de hospitalización y urgencias. Adicionalmente para este trimestre el 3% de los laboratorios críticos auditados no fueron interpretados y todos los laboratorios críticos tomados como muestreo fueron auditados satisfactoriamente, no se presentaron casos de inconsistencia de datos en la base de datos de laboratorio clínico.

No se puede realizar comparativo del I semestre 2019 con el mismo semestre del año anterior, ya que no se tienen datos del primer trimestre del 2018.

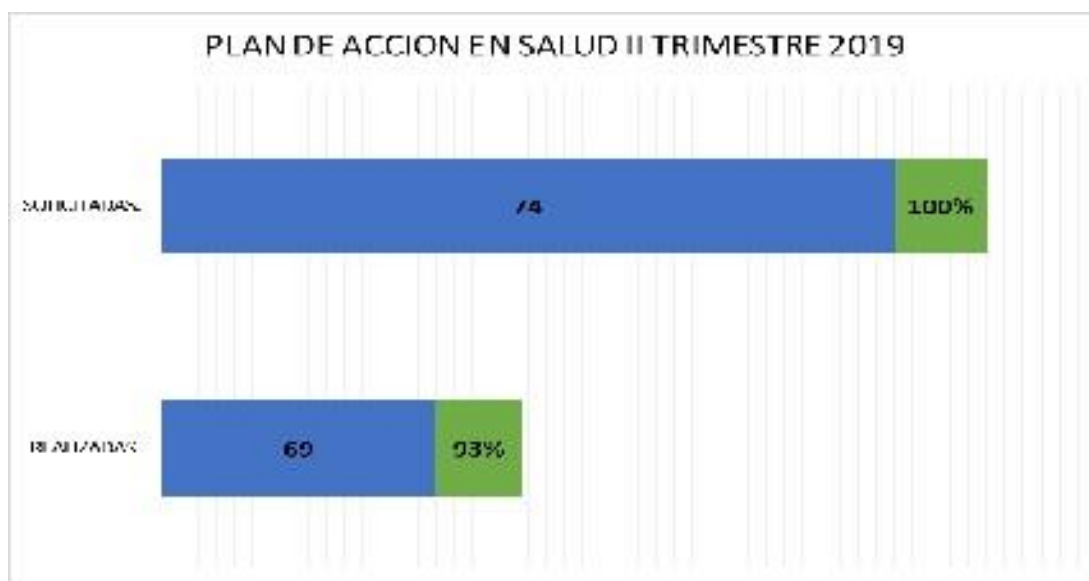
1.8 UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA, CENTRO DE SALUD DE COGUA Y PUESTO DE SALUD SAN CAYETANO

GESTIÓN DEL PROCESO

PLANES INSTITUCIONALES

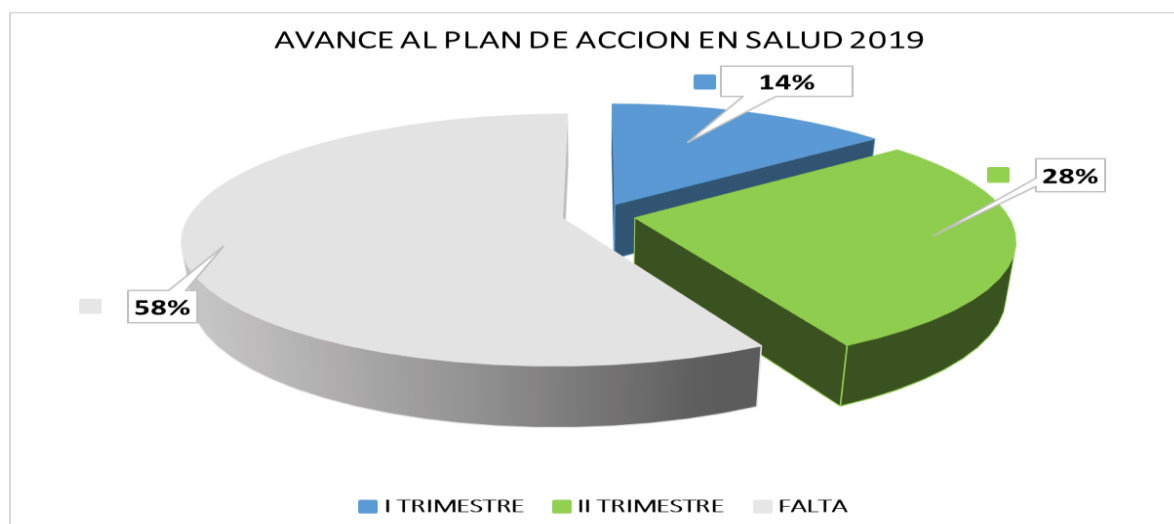
1. PLAN DE ACCION EN SALUD VIGENCIA 2019.

Siguiendo los lineamientos definidos por la Oficina Asesora de Planeación Sectorial de la Secretaría de Salud de Cundinamarca y en cumplimiento del Acuerdo 003 de 2018 el cual contiene para la Unidad funcional Zipaquirá, Centro de Salud de Cogua y Puesto de Salud de san Cayetano; 51 Metas Producto Anual, 76 Estrategias, para el segundo trimestre se designa una ejecución de 74 actividades en la cuales se realizan en su totalidad 69 de las actividades propuestas y donde se observa el cumplimiento del 93% de las actividades del 100%.



(Gráfico 1) nivel de cumplimiento para las actividades de mejoramiento propuestas.

Con respecto a las actividades anuales del plan de acción se han realizado entre los dos primeros trimestres de 2019 el 42% quedando pendiente por realizar en los dos trimestres faltantes de 2019 el 58%.

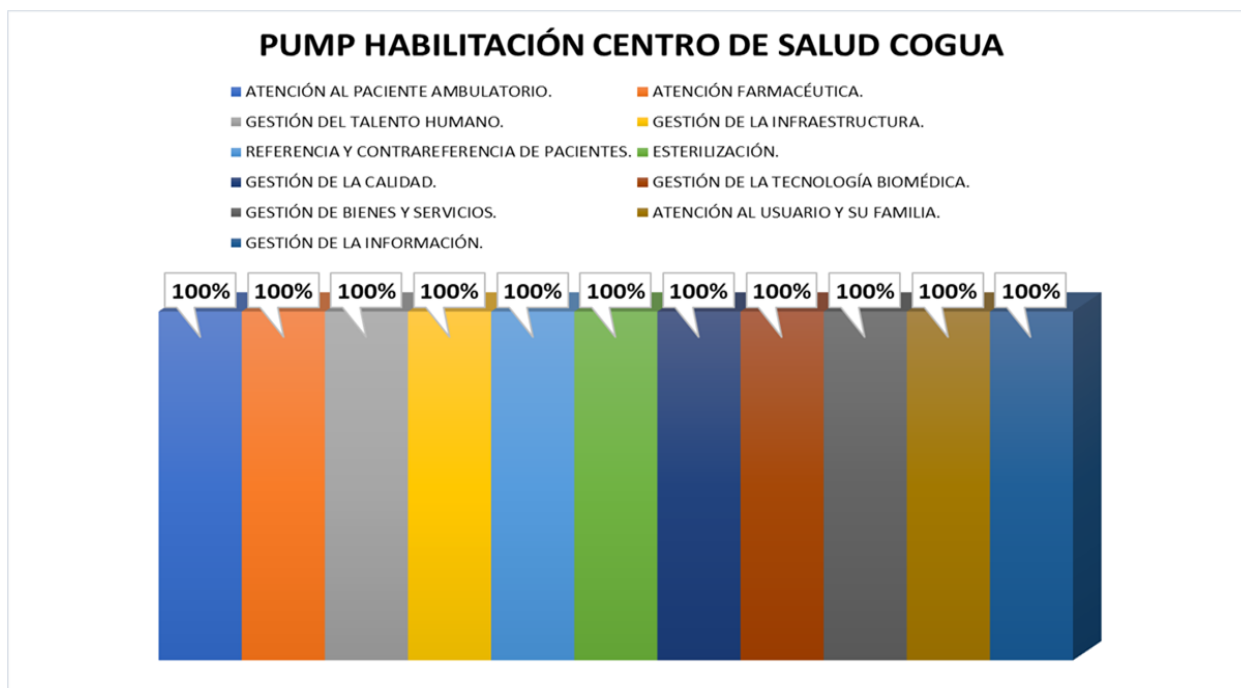


(Grafico 2) nivel de avance de II trimestre y I semestre 2019



2. SISTEMA UNICO DE HABILITACION.

Para el segundo trimestre del año en curso se realizaron las siguientes actividades del sistema único de habilitación.

- Se realizó seguimiento a la obra de infraestructura de Diagnostico Cardiovascular y se está realizando documentación de visita de Auditoria interna de Habilitación.
- Se realizó recorrido por salas de Cirugía revisando infraestructura, proceso de limpieza y desinfección del instrumental y proceso de esterilización, se recorrió esterilización y se revisó ruta de esterilización para aplicar al proceso de limpieza y desinfección de equipos de gastroenterología bajo sedación en salas de cirugía, se adecuó el área para realizar el proceso de ajustó procesos se realizó informe del proceso.
- Se realizó recorrido con la Arquitecta Karen y el Ingeniero Jeffrey en el Nuevo hospital para verificar infraestructura y verificar impedimento de la prestación del servicio en zonas de mayor riesgo.
- Se realizó visita de seguimiento de Habilitación al laboratorio de Patología en acompañamiento con la Dra. Mireya Sarmiento Martínez Coordinadora Administrativa y de Calidad Laboratorio de Patóloga HUS Bogotá. Se generó informe y plan de mejoramiento.
- Se realizó seguimiento al proceso de Habilitación del servicio de Gastroenterología y procesos de limpieza y desinfección y esterilización.
- Se preparó y se recibió visita de habilitación por secretaria de salud de Cundinamarca al **centro de Salud de Cogua** quedando con algunos hallazgos, se realizó seguimiento a los pendientes de la visita de habilitación del centro de salud de Cogua y nuevamente se recibió Visita el día 30 de abril para levantar hallazgos y lograr certificar en condiciones de Habilitación del centro de salud de Cogua por parte de la secretaria de salud de Cundinamarca, quedo plan de mejora por proceso y se realizó al 100%.



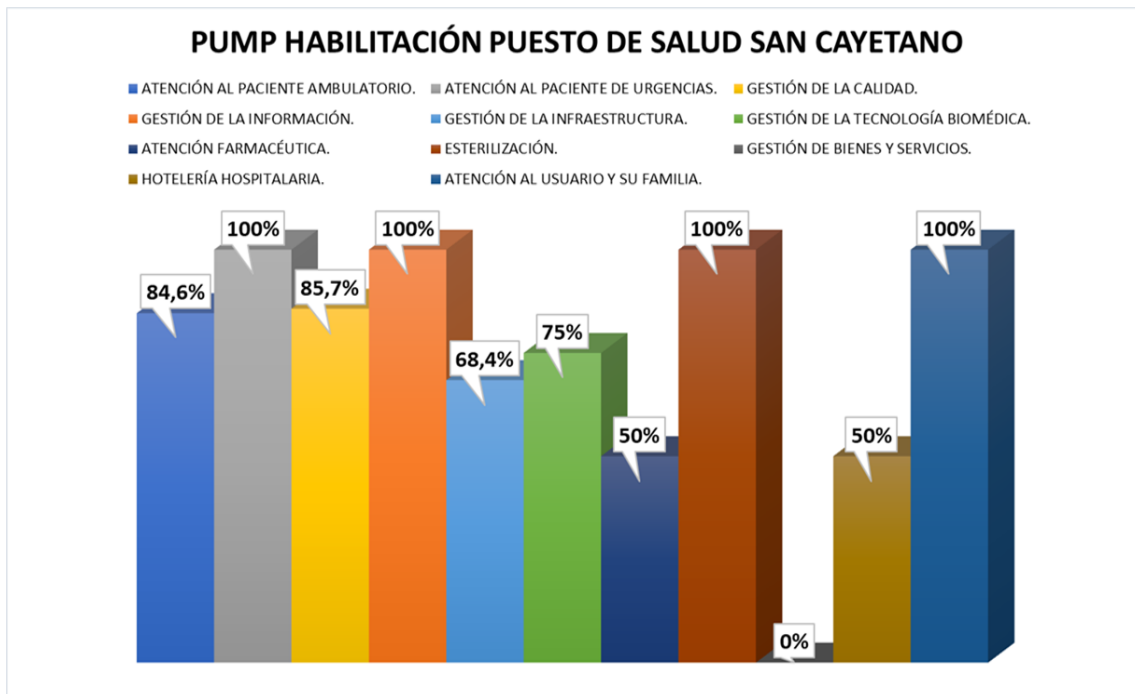
(Grafico 3) avance de cumplimiento de habilitación por proceso- centro de salud de Cogua.

 HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>	CONSOLIDADO		 Calidad soy yo!
PROCESO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS.	ACTIVIDADES REALIZADAS.	TOTAL
Atención al Paciente Ambulatorio.	8	8	100,0%
Atención Farmacéutica.	4	4	100,0%
Gestión del Talento Humano.	2	2	100,0%
Gestión de la Infraestructura.	19	19	100,0%
Referencia y Contrareferencia de Pacientes.	1	1	100,0%
Esterilización.	1	1	100,0%
Gestión de la Calidad.	2	2	100,0%
Gestión de la Tecnología Biomédica.	2	2	100,0%
Gestión de Bienes y Servicios.	3	3	100,0%
Atención al Usuario y su Familia.	2	2	100,0%
Gestión de la Información.	1	1	100,0%
TOTAL	45	45	100,0%

(Tabla 1) consolidado habilitación centro de salud de Cogua

Para el segundo trimestre 2019 de 45 actividades programadas se ejecutaron 45 actividades pertenecientes a los planes de mejora por procesos derivados de la autoevaluación de Habilitación. Según el indicador: Número de actividades ejecutadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación / Total de actividades programadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación, Se presenta el resultado para el primer semestre de **100%**. (Ver tabla 1)

- Se realizó visita y recorrido al Puesto de salud de **San Cayetano**, auditoria de habilitación y seguimiento a la visita de habilitación de la secretaria de salud de Cundinamarca, se realizó informe de los hallazgos y se efectuó plan de mejoramiento con el avance por proceso. (Ver gráfico 4)



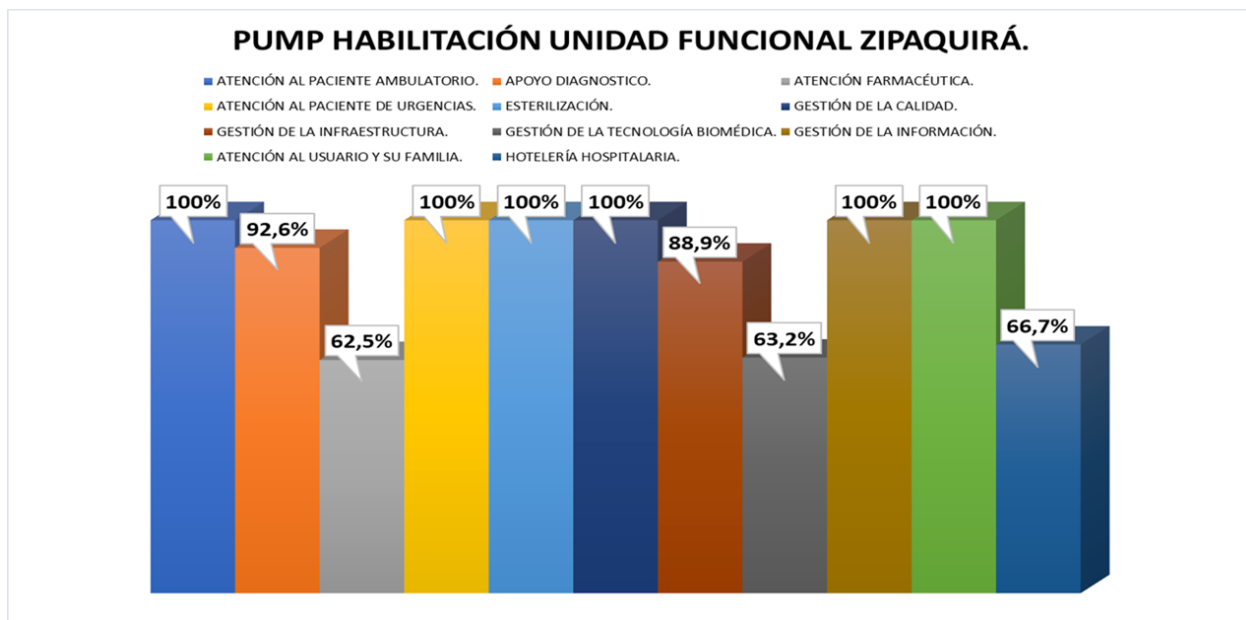
(Gráfico 4) avance de cumplimiento habilitación por proceso- puesto de salud de san Cayetano.

Para el primer semestre 2019 de 70 actividades programadas se ejecutaron 47 actividades pertenecientes a los planes de mejora por procesos derivados de la autoevaluación de Habilitación. Según el indicador: Número de actividades ejecutadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación / Total de actividades programadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación, Se presenta el resultado para el primer semestre de **74%**. (Ver tabla 2)

 HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Empresa Social del Estado		CONSOLIDADO HABILITACION		
PROCESO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS.	ACTIVIDADES REALIZADAS.	TOTAL	
Atención al Paciente Ambulatorio.	13	11	84,6%	
Atención al Paciente de Urgencias.	2	2	100,0%	
Gestión de la Calidad.	7	6	85,7%	
Gestión de la Información.	3	3	100,0%	
Gestión de la Infraestructura.	19	13	68,4%	
Gestión de la Tecnología Biomédica.	4	3	75,0%	
Atención Farmacéutica.	12	6	50,0%	
Esterilización.	1	1	100,0%	
Gestión de Bienes y Servicios.	6	0	0,0%	
Hotelería Hospitalaria.	2	1	50,0%	
Atención al Usuario y su Familia.	1	1	100,0%	
TOTAL	70	47	74,0%	



(Tabla 2) consolidado habilitación puesto de salud san Cayetano

- Se realizó visita de seguimiento a Habilitación de la Unidad Funcional Zipaquirá, se registró en plan de mejoramiento.



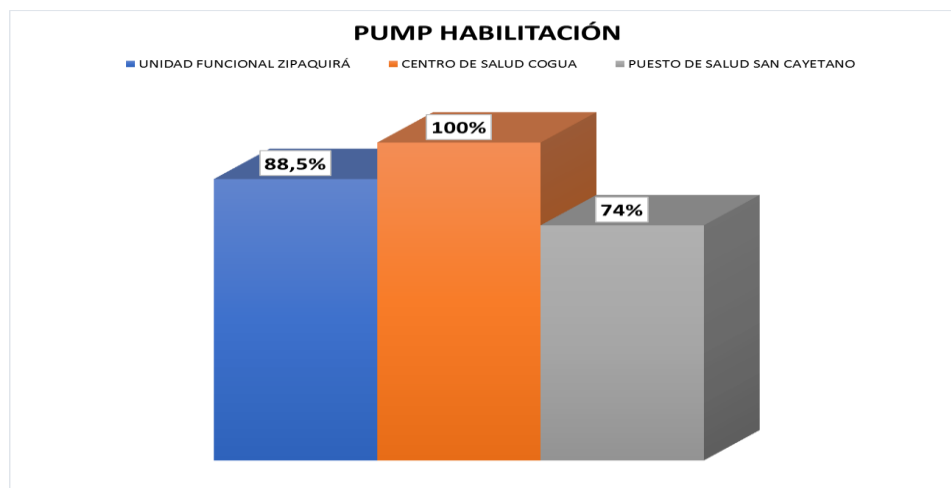
(Grafico 5) avance de cumplimiento de habilitación por proceso- Unidad funcional Zipaquirá.

Para el primer semestre 2019 de 109 actividades se ejecutaron 93 actividades pertenecientes a los planes de mejora por procesos derivados de la autoevaluación de Habilitación. Según el indicador: Número de actividades ejecutadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación / Total de actividades programadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación, Se presenta el resultado para el primer semestre de **88,5%**. (Ver tabla 3)

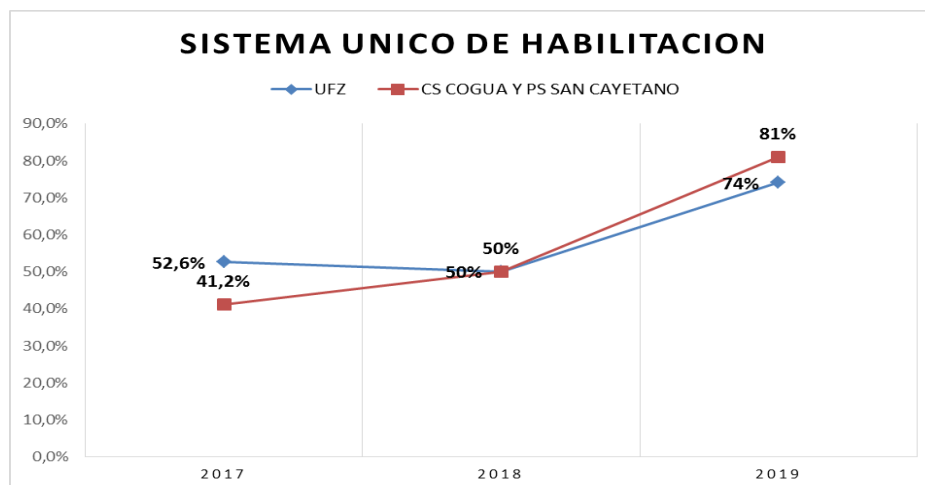
 HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>		CONSOLIDADO		
PROCESO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS.	ACTIVIDADES REALIZADAS.	TOTAL	
Atención al Paciente Ambulatorio.	5	5	100,0%	
Apoyo Diagnóstico.	27	25	92,6%	
Atención Farmacéutica.	8	5	62,5%	
Atención al Paciente de Urgencias.	1	1	100,0%	
Esterilización.	4	4	100,0%	
Gestión de la Calidad.	4	4	100,0%	
Gestión de la Infraestructura.	27	24	88,9%	
Gestión de la Tecnología Biomédica.	19	12	63,2%	
Gestión de la Información.	1	1	100,0%	
Atención al Usuario y su Familia.	10	10	100,0%	
Hotelería Hospitalaria.	3	2	66,7%	
TOTAL	109	93	88,5%	

(Tabla 3) consolidado habilitación UFZ

Así el Centro de salud Cogua, Puesto de salud San Cayetano y Unidad Funcional Zipaquirá quedo consolidada en avance de cumplimiento de habilitación para el II trimestre de 2019 (ver gráfico 6).



(Gráfico 6) consolidado cumplimiento procesos de habilitación, UFZ, centro de salud Cogua y puesto de salud san Cayetano.

COMPARATIVO DE HABILITACION


(Grafico 7) comparativo cumplimiento habilitación)

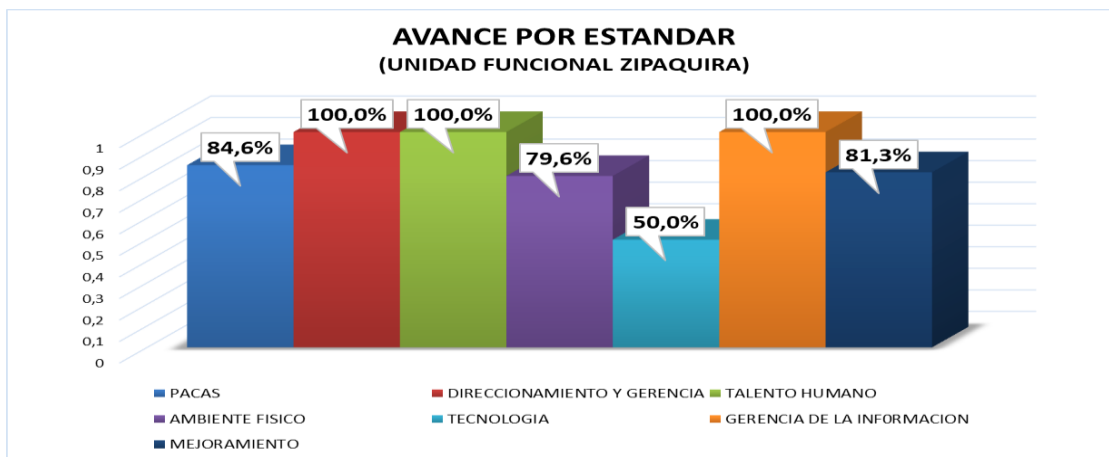
Se observa en cumplimiento de habilitación un gran avance en este año con el 81% en Cogua y San Cayetano y con el 74% en la UFZ. En comparación el año 2017 y 2018 de las cuales se encontró información.

3. PAMEC – PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

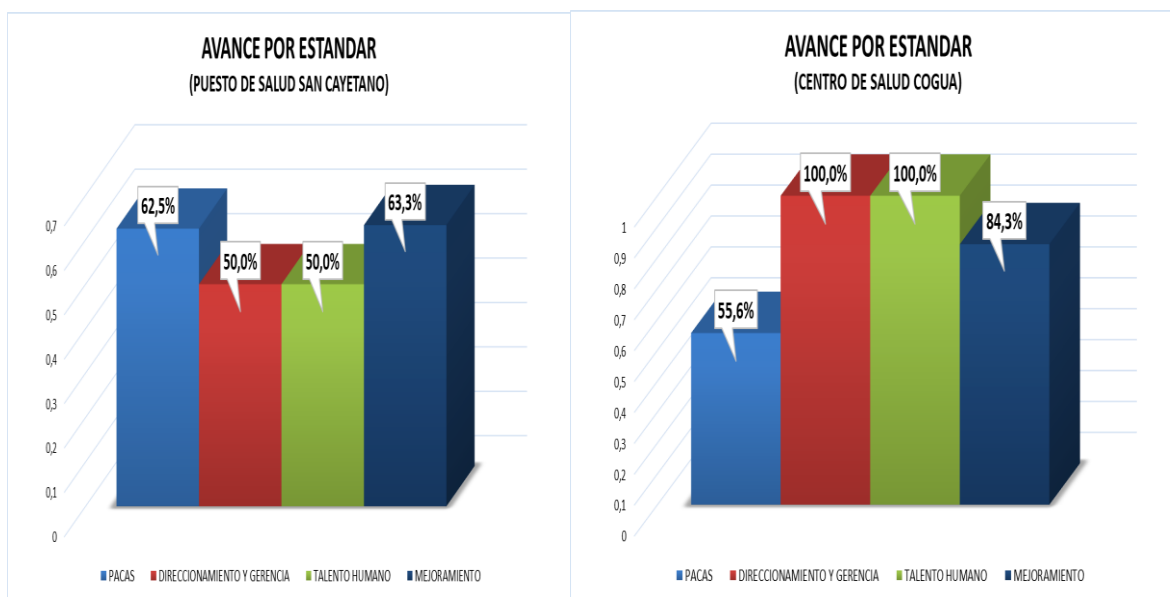
Se realizó y ajustó documento en Word y se entregó en la fecha establecida al igual que el soporte en Excel, Se realizó socialización el día 11 de marzo de 2019 a líderes de procesos, luego el 1er seguimiento el 30 de abril de 2019, se realizó seguimiento el día 30 de junio donde se evidencia un avance de cumplimiento del 57%, pendiente realizar el 3er seguimiento en el mes de agosto – sept del año en curso. Como resultado consolidado de avance del PAMEC se evidencia el 64,8% de avance en su cumplimiento. (Ver tabla 5)

GRUPO DE ESTÁNDARES	CONSOLIDADO PAMEC																				
	TOTAL O. M.			ACCIONES			COMPLETO			EN DESARROLLO			NO INICIADO			ATRASADO			% CUMPLIMIENTO		
	UFZ	COG.	S. CAY	UFZ	COG.	S. CAY	UFZ	COG.	S. CAY	UFZ	COG.	S. CAY	UFZ	COG.	S. CAY	UFZ	COG.	S. CAY	UFZ	COG.	S. CAY
PACAS	25	4	3	26	9	8	22	5	5	4	4	2	0	0	2	0	0	0	84,6%	55,6%	62,5%
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1	2	1	1	2	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	100,0%	100,0%	50,0%
TALENTO HUMANO	2	2	1	2	3	1	2	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	100,0%	100,0%	50,0%
AMBIENTE FISICO	2	0	0	3	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	79,6%	0,0%	0,0%
TECNOLOGIA	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	50,0%	0,0%	0,0%
GERENCIA DE LA INFORMACION	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100,0%	0,0%	0,0%
MEJORAMIENTO	6	2	1	6	4	3	2	1	1	4	3	2	0	0	0	0	0	0	81,3%	84,3%	63,3%
TOTAL	38	10	6	40	18	13	29	11	6	11	7	6	0	0	2	0	0	0	72,5%	61,1%	46,2%
																					64,8%

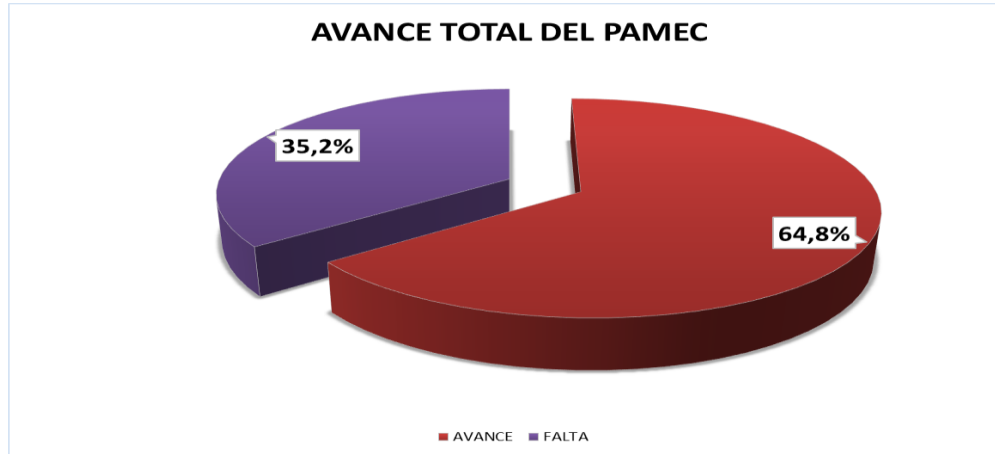
(TABLA 5) AVANCE CONSOLIDADO DE CUMPLIMIENTO DEL PAMEC.



(Grafico 8) consolidado de las actividades completas por cada grupo de estándares de la UFZ.



(Grafico 9) consolidado de las actividades completas por cada grupo de estándares del puesto de salud de san Cayetano y centro de salud de Cogua.



(Gráfico 10) avance de cumplimiento PAMEC en unidad funcional de Zipaquirá, centro de salud de Cogua y puesto de salud de San Cayetano.

Se realizó un avance en el PAMEC del 64,8%, observando que algunos estándares ya están en el 100% de cumplimiento

PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA HOSPITAL UNIVERSITARIO SAMARITANA

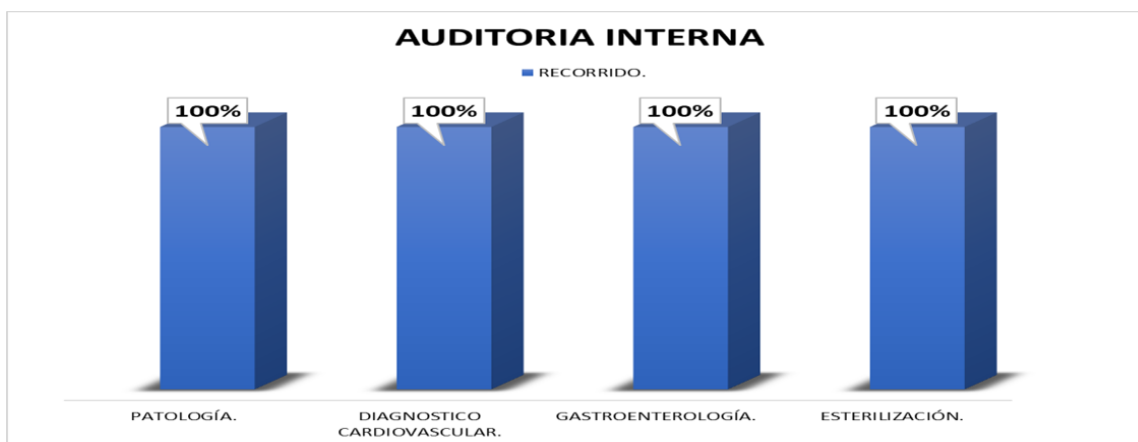
		HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO																	
		PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD 2019																	
Nº	NOMBRE DE LA AUDITORIA	TIPO	ASPECTOS Y CRITERIOS A EVALUAR	EQUIPO AUDITOR Y LIDER	UNIDAD FUNCIONAL	FRECUENCIA	VIGENCIA 2019												TOT AL
							ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
2	CONDICIONES DE HABILITACION	SEGUIMIENTO	RESOLUCIÓN 2003 DE 2014	Coordinador de Calidad Unidad Funcional Zipaquirá	Unidades Funcionales (Zipa, Cogua y San Cayetano)	Anual										1	1	2	
5	SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL	AUDITORIA	Hospital verde	Ing. Ambiental/Planeación y Garantía de la Calidad	Unidades Funcionales (Zipa, Cogua y San Cayetano)	Anual										1	0	1	
8	IMPLEMENTACION DE LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (TODOS Y BIENSEGURIDAD)	SEGUIMIENTO	RESOLUCIÓN 2003 DE 2014	Referente y profesionales de Seguridad del paciente	Unidades Funcionales (Zipa, Cogua y San Cayetano)	semestral					1	0				1	0	3	
12	HISTORIAS CLINICAS MEDICAS	AUDITORIA	Criterios definidos por el Comité de Historias Clínicas	Auditor Médico y Coordinación Científica	Unidades Funcionales (Zipa, Cogua y San Cayetano)	Trimestral			1	1						1	0	4	
18	CONDICIONES HIGIENICO SANITARIAS SERVICIO DE NUTRICION	AUDITORIA	Cumplimiento de condiciones Higiénico sanitaria a servicios de alimentación	Planeación y Garantía de la calidad/Ambiental	Unidades Funcionales (Zipaquirá)	Anual										1	0	1	
20	INSTITUCIONES LIBRES DE HUMO.	SEGUIMIENTO	Verificación Institución 100% libre de humo de tabaco (Ley 1335 de 2009).	Planeación y Garantía de la Calidad/Ambiental	Unidades Funcionales (Zipa, Cogua y San Cayetano)	Anual										1	0	1	
22	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD - PAMEC	SEGUIMIENTO	Criterios establecidos en la circular 012 de la Superintendencia de salud y Pautas de Criterios	Planeación y Garantía de la Calidad	Unidades Funcionales (Zipa, Cogua y San Cayetano)	Semestral						1					1	2	
25	ADHERENCIA A GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	AUDITORIA	Criterios establecidos de acuerdo a la estructura de la Guía	Auditor Médico y Coordinación Científica	Unidades Funcionales (Zipa, Cogua y San Cayetano)	Semestral							1	0			1	2	

(Tabla 6) cronograma de auditorías internas programadas.

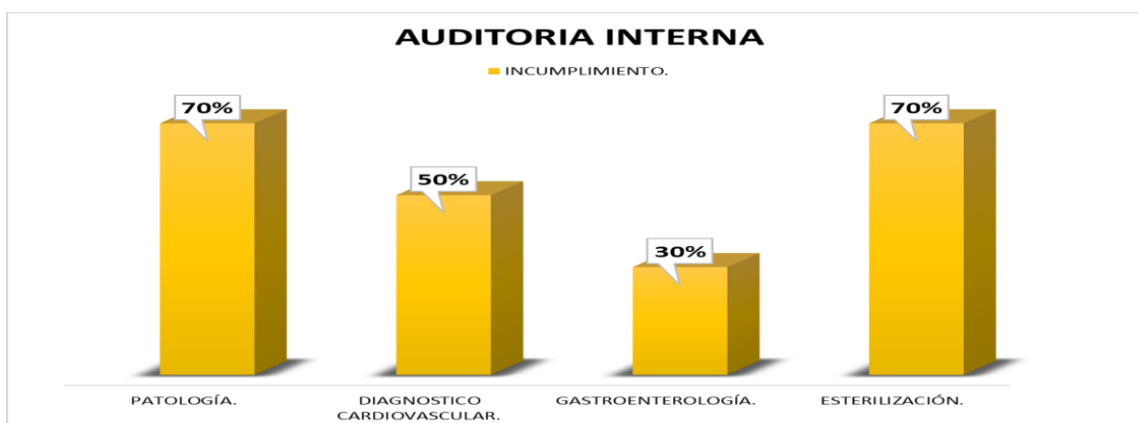
De acuerdo a las auditorías internas programadas en el PAMEC se han realizado el seguimiento a habilitación de la Unidad funcionales, Centro y Puesto de salud, el seguimiento del PAMEC y las auditorias de Historias clínicas programadas.

4. REVISON DOCUMENTAL Y AUDITORIA INTERNA

Se realizó revisión documental a todos los procesos y estándares de Habilitación del Centro de Salud San Cayetano; Puesto de Salud de Cogua, Unidad funcional de Zipaquirá, de las auditorías realizadas a Laboratorio de Patología, por proceso según hallazgos de visitas de Habilitación, se revisó documentación de los procedimientos de esterilización en salas de Cirugía y proceso con ajuste documental, se revisó procesos de limpieza y desinfección de gastroenterología y se ajustó procesos para procedimientos bajo sedación, se está revisando procesos y procedimientos de diagnóstico cardiovascular.



(Grafico 11) avance de recorrido auditoria interna UFZ



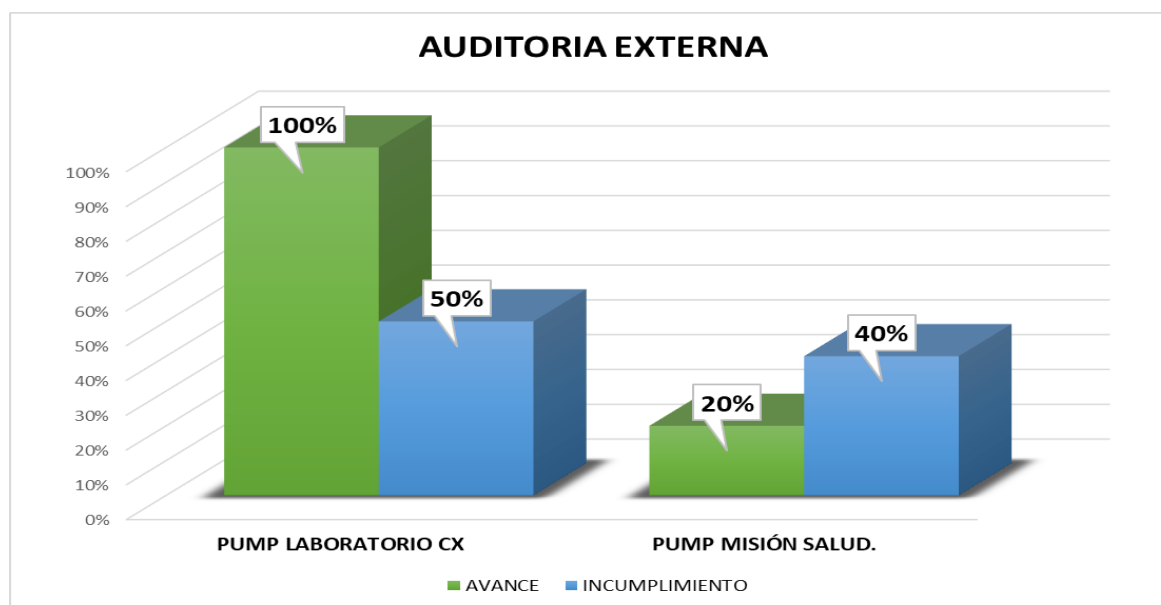
(Grafico 12) incumplimiento de procesos de auditoria interna UFZ



(Grafico 13) avance revisión documental

5. AUDITORIAS EXTERNAS RECIBIDAS

Se reciben las siguientes Auditorias de laboratorio de salud pública de secretaria de salud de Cundinamarca el día 27 de abril de 2019, Misión Salud Secretaria de salud de Cundinamarca el día 15 de mayo de 2019, se realizaron planes de mejoramiento.



(Grafico 14) porcentaje de incumplimiento y porcentaje de avance después de la visita.

5. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2019

El Programa de Seguridad del Paciente de la Unidad Funcional de Zipaquirá HUS en la vigencia 2019 II semestre continua ejecutando las actividades programadas mes a mes fortaleciendo el programa de seguridad del paciente. Al evaluar el grado de cumplimiento de la ejecución de las actividades a cierre de 31 de junio de 2019, II trimestre del año, se identifica de la totalidad de las actividades programadas que eran 52, se lograron ejecutar 49 de esta forma de cumplimiento de 94.2%. (Ver tabla No. 1); al comparar con el mismo el resultado con los años anteriores, se evidencia continuidad y fortalecimiento en las actividades desarrolladas en el Programa de Seguridad del Paciente.

CUMPLIMIENTO			
II TRIM 2016	II TRIM 2017	II TRIM 2018	II TRIM 2019
78%	80.4%	54.3%	94.2%

(Tabla 7)- Cumplimiento del Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente.

6. INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL

- Medición de indicadores relacionado con la Seguridad del Paciente, se desarrollaron los Indicadores definidos por el Programa de Seguridad del Paciente de cada uno de los paquetes instruccionales, los cuales se presentan mensualmente en el comité de Seguridad del Paciente, con excepción de los que no aplican en la Unidad Funcional de Zipaquirá.
- Recolección de información que muestre la trazabilidad en el desarrollo de la Seguridad del Paciente.
- Seguimiento a la ejecución de tareas definidas en el Comité de Seguridad del Paciente, la cual se lleva a cabo de forma mensual en comité.

7. INDICADORES TRAZADORES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DE NOVEDADES.

- **Cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente:**

En el II Trimestre del año 2019 se programaron 52 actividades para la Unidad Funcional de Zipaquirá y se realizaron 49 con un cumplimiento del 94.2%, debido a que no se ha realizado la encuesta percepción de seguridad del paciente a los trabajadores de la unidad funcional a la cual se reprograma para el mes de septiembre, esperando que cuente con personal de apoyo de seguridad del paciente para realizar dicha actividad

- **Proporción de aumento en las novedades de seguridad reportadas:**

Durante el Segundo trimestre del 2019 se reportaron 712 novedades, en comparación a el II trimestre del 2018 que fueron reportadas 485 novedades de Seguridad, la cultura del reporte se está Fortaleciendo en todas sus dimensiones evidenciadas en la cantidad de reportes recepcionados teniendo en cuenta que el aumento fue de un 68%

- **Proporción de novedades de seguridad por forma de identificación**

Durante el II Trimestre del 2019 el 100% de las novedades de seguridad del paciente fueron reportadas en el aplicativo, al igual que en el II Trimestre del 2018. Se evidencia continuidad en el reporte y en la búsqueda activa que se genera diariamente por parte de Seguridad del Paciente y al adherencia la cultura del reporte

• **Proporción de novedades de seguridad por tipo de novedad:**

De acuerdo al tipo de novedad se evidencia que la mayor proporción están Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales en un 43.4% y con trámites administrativos en un 37.7 % debido a falta de insumos (isopañines toallas de manos Guantes) y tramites de remisión, por ultimo novedades Relacionadas con la medicación o la administración de líquidos parenterales. (Ver Tabla 2).

Tabla No. 2 Clasificación de reporte de novedad por tipo de novedad.

TIPO DE NOVEDAD	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud	98	129	37	264
Tipo 11: Caídas de pacientes	4	0	1	5
Tipo 12: Accidentes de pacientes	3	0	0	3
Tipo 15: Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	0	0	0	0
Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	100	96	111	307
Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud	2	0	5	7
Tipo 5: Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	6	2	36	44
Tipo 6: Relacionados con la sangre o sus derivados	3	0	0	3
Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos	3	2	13	18
(en blanco)	22	24	9	55
Tipo 14: Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional	0	0	0	0
TOTAL				706

(Tabla 8)-Clasificación de reporte de novedad por tipo de novedad.

8.5 Proporción de vigilancia de incidentes y eventos adversos:

De acuerdo a la clasificación II el 73,2% corresponde a incidentes y el 20,8% corresponde a evento adverso. (Ver Tabla 3).

Además vemos en la clasificación Inicial que el mayor porcentaje es para Seguridad Clínica con un 35,1%, mientras la seguridad administrativa es de un 36,1%. (Ver Tabla 4) Teniendo en cuenta estos resultados de clasificación se continua con el todo el personal levantando acciones de mejora para mitigar el daño al paciente en el caso que corresponda.

CLASIFICACION II	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
DESCARTADO		10	1	11
EVENTO ADVERSO	50	45	50	145
INCIDENTE	171	185	152	508
REPETIDO	22	2	7	31
TOTAL	243	242	210	695

(Tabla 9) Clasificación de reporte de novedad por Clasificación II.

CLASIFICACION INICIAL (Tipo de reporte)	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
DESCARTADO		10	1	11
REPETIDO	22	14	7	43
SEGUIRIDAD CLÍNICA (SAFETY)	129	116	79	324
SEGURIDAD ADMINISTRATIVA (SECURITY)	93	116	124	333
RIESGOS LABORALES	0	0	0	0
TOTAL	224	256	211	922

(Tabla 10)- Clasificación de reporte de novedad por Clasificación Inicial.

8. FORTALECIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TODOS LOS INDIVIDUOS INMERSOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA UFZ (CLIENTE INTERNO Y EXTERNO)

- Se desarrolló cronograma de educación en seguridad del paciente con un cumplimiento del 100%
- Sensibilización de forma permanente en seguridad del paciente con un cumplimiento del 90%, faltan abordar algunas profesiones médicas.
- Se continua la inducción y re inducción con el programa de seguridad a todos lo colaboradores
- Mes a mes se presentan indicadores en comité de seguridad del paciente y se analizan casos críticos
- Se integró al comité institucional UFZ las actividades y novedades de seguridad del paciente del centro de salud de Cogua y puesto de salud de san Cayetano.
- Durante el segundo Trimestre del año 2019 se realizaron 3 Rondas de Seguridad, las cuales se encuentran por cronograma establecidas para el último Jueves de cada mes y destinado el servicio al cual se realizara
- Soporte actas de comité y de Rondas de Seguridad
- Se establecieron capacitaciones durante el segundo trimestre en relevancia a algunos paquetes instruccionales
- Durante el segundo trimestre se desarrolló actividad pendiente de trimestre anterior referente a la Implementación de actividades de educación y entrenamiento al paciente y la familia en temas relacionados con la Seguridad del Paciente.
- Durante el primer semestre del año se trabajó en falencias conocidas anteriormente en el empoderamiento de los líderes de los paquetes instruccionales, se realizó acercamiento con cada uno de los paquetes instruccionales que se tienen implementados en la institución, se realizó el respectivo seguimiento a la

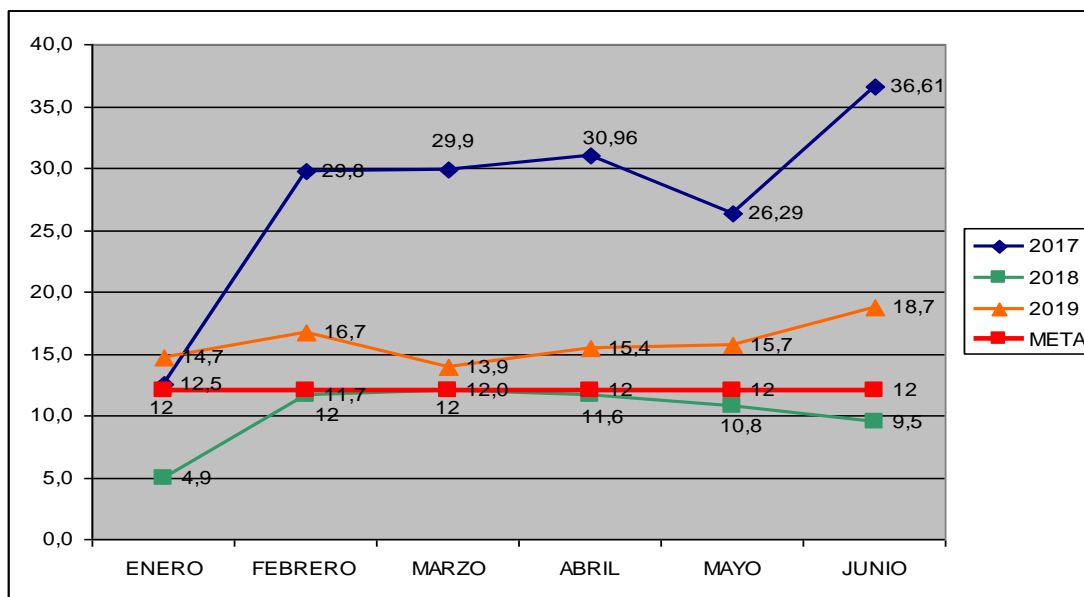
Implementación de cada uno de los paquetes encontrando en menor adherencia al paquete de garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.

En este mismo periodo se está llevando a cabo el curso de seguridad del paciente para los colaboradores inscritos de la unidad funcional para un total de 164 personas entre el área administrativa y asistencial generando así cultura de seguridad del paciente en cada uno de ellos

9. IMPLEMENTACIÓN DE PLAN ACCIÓN DE HOSPITAL VERDE UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ

- **Aumentar el % de Reciclaje Generado**

Se ha realizado un aumento de material reciclado en el puesto Unidad Funcional de Zipaquirá (UFZ), donde se han desarrollado diferentes estrategias para la buena segregación en la fuente y esto se vea reflejado en los indicadores



(Grafica 15) Generación de Reciclaje –Unidad Funcional de Zipaquirá

En el año 2017 se tiene un promedio de producción de material reciclable 27.7 %, en el año 2018 disminuye el porcentaje de producción de residuos reciclables a un porcentaje promedio 10.1% esto debido a que no se siguió depurando el archivo documental y de historia clínica del antiguo Hospital San Juan de Dios, que por condiciones de almacenamiento llegaba a un nivel muy alto de deterioro y había que eliminar dicha documentación, siendo esta una de las fuentes principales de generación de residuos reciclables (Archivo).

Para el año 2019 en el primer semestre se fijó una meta de aumentar en dos puntos porcentuales la generación de residuos reciclables respecto al año anterior, teniendo como meta el **12%**. En el primer semestre del año en curso logramos un porcentaje promedio de **15.8%**, lo indica que hemos superado la meta propuesta, y que las actividades desarrolladas han tenido un impacto considerable dentro de la unidad funcional.

En el primer semestre del año 2019 se lograron reciclar más de **6 toneladas de residuos**, donde 321 kilos se trataron a través de lombricultivo y compostaje.

Para lograr estos resultados se han desarrollado capacitaciones a todos los colaboradores y a los usuarios, se realizan verificaciones en los servicios donde se refuerza el tema de segregación y se solucionan alguna inquietud al respecto, se realiza aprovechamiento de residuos orgánicos a través de lombricultivo. Estas acciones y el compromiso de los colaboradores han logrado un incremento considerable en el porcentaje de reciclaje del primer semestre del año 2019.

- **Aprovechamiento de Residuos Orgánicos**

Desde el mes de mayo se realiza la prueba piloto de Lombricultivo donde se recolecta una parte del material orgánico que sale del área cocina y se realiza aprovechamiento a través de compostaje, para acelerar el proceso se agregaron Lombrices Rojas Californianas, en este dos mes de implementación de Lombricultivo se han podido tratar **321 kilos de residuos orgánicos**, que se dejaron de disponer en un relleno sanitario.

La zona de compostaje se ubicó en la parte trasera de consulta externa donde se cuenta con un amplio espacio verde, el proceso de compostaje y Lombricultivo se elaboró de la manera más tecnificada posible, evitando así se generen algún tipo de incomodidad al usuario o colaboradores.

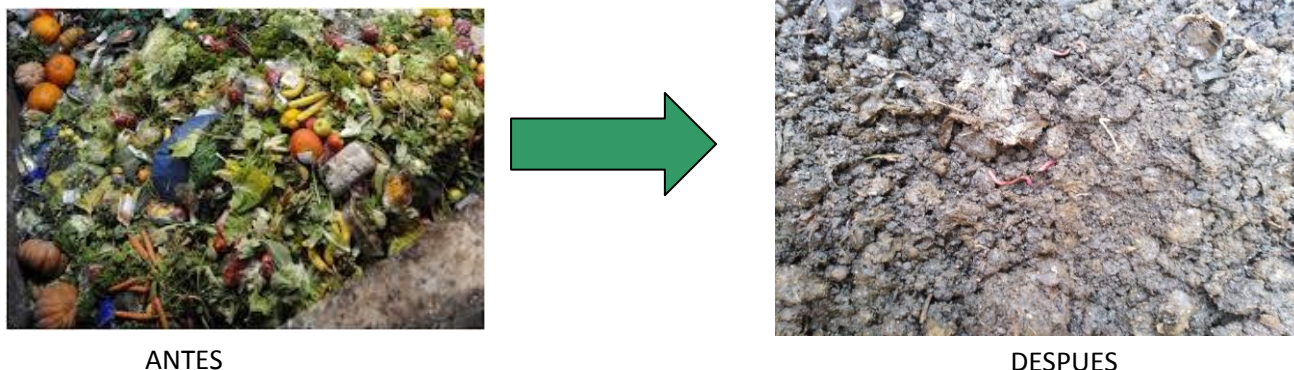
El proceso de descomposición dura alrededor de 5 a 6 semanas, es por eso que se le añade lombrices rojas californianas para mejorar el los tiempos de proceso y obtener un abono mucho más rico nutrientes.

Imagen 1 Lombricultivo



Fuente: Gestión ambiental – Unidad Funcional de Zipaquirá

Imagen 2 Proceso de Descomposición por medio de Lombricultivo



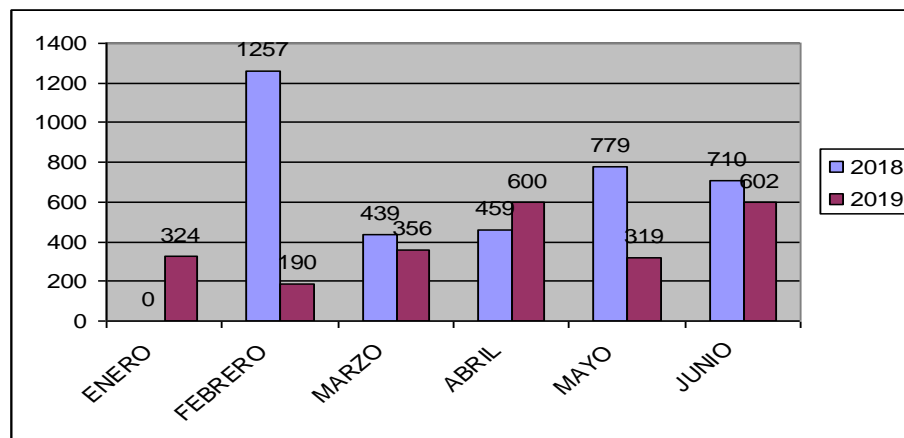
Fuente: Gestión ambiental – Unidad Funcional de Zipaquirá

Mediante este proceso controlado evitamos que lleguen gran cantidad de residuos orgánicos a los rellenos sanitarios, y producimos abono de primera calidad para usarla en las zonas de jardines del Hospital.

- **Estrategia de Cero Papel**

A través de la empresa tercerizada se lleva un consolidado y un seguimiento del papel que se utiliza en la institución, con el fin de realizar seguimientos periódicos y poder identificar las zonas críticas de consumo de papel, permitiendo realizar una intervención más directa en el área.

También se realizó una análisis de masas con el consumo de papel (Entrada) y la cantidad de papel que se desecha como reciclaje (Salida), ya que hay actividades administrativas que es inevitable el uso de papel (Soporte de Facturas EPS), por tal motivo se realizó un análisis de papel que se entregaba (Resmas) a las áreas y el papel que salía (Archivo-Reciclable), e identificar realmente la fuga de papel que se presenta en la institución



(Grafica16) Generación de Reciclaje - Papel

Fuente: RH1 - Gestión ambiental de Unidad Funcional de Zipaquirá

En el primer semestre del año 2018 se desecharon 3644 kilogramos de papel lo que equivale a 1584 resmas y para el primer semestre del año 2019 se desecharon 2391 kilogramos de papel, lo que equivaldría a 1039 resmas de papel. Lo evidencia una disminución en el desperdicio de papel en un 34% en la UFZ, **un ahorro de 545 resmas de papel (1253 kilos de papel) lo equivalente en dinero a \$4.905.000 pesos mt/c**

Esto se logró a través de la sensibilización de las zonas más críticas en el consumo de papel, donde se recalca todo el proceso de la producción de la pulpa de papel y cuáles son los impactos ambientales que estos genera, adicional a esto mensualmente se lleva un control de consumo de papel lo que permite monitorizar constantemente el consumo diario de papel y poder tomar algunas acciones de correctiva en las áreas.

- **Capacitaciones a los colaboradores sobre la Gestión Ambiental de UFZ y Puestos de Salud**

En el primer semestre del año se realizaron diferentes jornadas de capacitación teniendo como resultado:

FECHA	TEMA	NUMERO DE PERSONAS
12/03/2019	Socialización del PGIRH'S y segregación de residuos	14
22/03/2019	Socialización del PGIRH'S y segregación de residuos	55
5-04-2019	Hospital Verde y Saludable	30
15-04-2019	Segregación de residuos	22
8-05-2019	Riesgos ambientales inadecuados gestión de residuos	18
8-05-2019	Socialización de PGIRH'S	18
07-05-2019	Riesgo Ambientales por inadecuada gestión de residuos	18
23-05-2019	Segregación de residuos	34
06-06-2019	PGIRH'S segregación de residuos	28
12-06-2019	PGIRH'S segregación de residuos	33
17-06-2019	PGIRH'S segregación de residuos	15
	TOTAL PERSONAL CAPACITADO	285

(Tabla 11) Consolidado de Capacitaciones a Colaboradores –UFZ

Se ha logrado un total de **285** de colaboradores capacitados en temas asociados a la Gestión Ambiental y el manejo de residuos hospitalarios, lo que equivale aproximadamente al **57%** de los colaboradores de la Unidad Funcional de Zipaquirá y Puestos de Salud

- **Brindar educación ambiental a los usuarios de la Unidad Funcional de Zipaquirá**

- **Intercambio de Termómetros:**

Se Capacitaron **52 usuarios** y familia sobre el adecuado manejo de los recipientes de residuos sólidos en las áreas de hospitalización, de la importancia de realizar un buen uso de las instalaciones físicas: como baños. Habitaciones y del uso racional de los servicios públicos.

Adicionalmente se llevó a cabo **2 jornadas** de intercambio de termómetros de mercurio con el apoyo de Ministerio de Medio Ambiente y Secretaria Departamental de Salud, donde se hacía un intercambio de termómetros de

mercurio por termómetros digitales, con el fin de propiciar entornos más saludables para los usuarios y se complementaba el intercambio con una socialización acerca de los riesgos asociados al mercurio y cómo podemos evitar exponernos a estas sustancias tóxicas, esta socialización se realizó a **180 usuarios** de Unidad Funcional de Zipaquirá



Imagen 3 Jornadas de Intercambio de Termómetros de Mercurio

- **Siembra de plantas medicinales**

El día 5 de junio se logró la articulación del Club de Crónicos de Salud Pública con Gestión Ambiental, donde se realizó la siembra de algunas plantas medicinales y aromáticas en el jardín interno del área de ginecología, esto con el fin de exaltar la importancia de plantas medicinales como coayudante en la mejora de salud o en el tratamiento de algunas enfermedades crónicas, como la hipertensión, diabetes, etc.

Siempre recalcando que no se deben dejar a un lado su tratamiento farmacológico, si no usar las plantas como un ayudante.

En esa jornada participaron 30 usuarios y miembros del club de crónicos y 4 colaboradores de la institución, esto con el ideal de tener una farmacia viva dentro del Hospital, para que los usuarios y colaboradores puedan acceder a las plantas medicinales.



Imagen 3 Registro Fotográfico Jornada de Siembra

- **Curso de Preparación para la maternidad y paternidad**

El área de Gestión ambiental de Hospital se vinculó dentro del Curso de preparación para la maternidad y paternidad, donde se busca a cultivar conciencia en las nuevos padres de todas las necesidad ambientales que se ponen tener un hijo, junto con recomendaciones para tener un entorno saludable en el crecimiento de esa nueva vida, evitando exposiciones a químicos peligrosos desde la gestación y contribuyendo a salud ambiental de la familia.

La vinculación al curso se realiza en dos sesiones:

- 1. Consejos para reducir la exposición a contaminantes ambientales y proteger la salud**

Donde se abordan los químicos más comunes en los hogares, de qué manera se pueden sustituir, hablamos de sustancias como son mercurio, BisfenolA, Ftalatos, Parabenos, etc.

- 2. Impactos ambientales que generan la llegada de una nueva vida**

Se abordan temas como el cuidado del agua, el uso eficiente de la energía y como la crisis climática puede afectar a mi hijo, por eso se realizan esas recomendaciones en los cursos, para generar una conciencia más profunda sobre la problemática ambiental

Todos estos temas se manejan de la manera más lúdica posible, a través de videos, actividades grupales y muy participativas con el objetivo de mostrar de manera más clara por que es importante cuidar el planeta y la vida del nuevo Bebe.



Imagen 4 Curso Preparación Para la Maternidad y Paternidad

Estas actividades se llevan a cabo siempre en conjunto con Salud Publica y Atención al Usuario que se han vinculado activamente con cada una de las actividades desarrolladas con los usuarios.

Fecha de la actividad	Temática Tratada	Número de Usuarios
02/05/2019	Curso de Preparación para la maternidad y paternidad: Consejos para reducir la exposición a contaminantes ambientales y proteger la salud	12
09/05/2019	Curso de Preparación para la maternidad y paternidad: Impactos ambientales con la llegada de una vida	10
15/05/2019	Manejo de Recipientes de residuos y cuidado de las instalaciones físicas	18
31/05/2019	Intercambio de Termómetros de mercurio y efectos nocivos del mercurio para la salud	88
05/06/2019	Siembra de plantas medicinales –Club de Crónicos	30
14/06/2019	Intercambio de Termómetros de mercurio y efectos nocivos del mercurio para la salud	94
31/06/2019	Manejo de Recipientes de residuos y cuidado de las instalaciones físicas	34
	Total de Usuarios Capacitado	286

Tabla 2 Consolidación de Actividades realizadas con Usuarios

• **Visitas de Entes de Control y Otros**

Se realizó solicitud y acompañamiento a las visitas de Concepto Higiénico Sanitario para el Centro de salud de Cogua y Puesto de salud de San Cayetano, ya que ninguno de los dos centros de salud contaba con este certificado. El 13 de junio del 2019 la Secretaria de salud realizo la inspección para el concepto sanitario de Centro de Salud de Cogua, en el cual el concepto fue favorable con un cumplimiento del 95%.

Y el 21 de junio del 2019 se recibió la visita al Puesto de salud de San Cayetano donde el concepto higiénico sanitario fue favorable con requerimientos con un porcentaje del 92%.

Visita	Lugar	Resultado /Concepto	Hallazgos /Recomendaciones
Concepto Higiénico Sanitario	Centro de Salud de Cogua	Favorable -95%	Instalación tanque de almacenamiento agua potable Asignación de funciones miembros del GAGAS
Concepto Higiénico Sanitario	Puesto de Salud de San Cayetano	Favorable con requerimientos : 92%	<ul style="list-style-type: none"> • Rotular sustancias de limpieza y desinfección • Asignaciones de funciones a miembros de GAGAS • Certificado de lavado de tanques de agua potable

Tabla 3 Consolidado de Visitas realizadas por entes de Control.

CAPÍTULO II

DIRECCION DE ATENCIÓN AL USUARIO

2.1 ATENCIÓN AL PACIENTE URGENCIAS

GESTIÓN DEL PROCESO

➤ COMPARATIVO I TRIMESTRE - II TRIMESTRE Y I SEMESTRE

	1ER TRIMESTRE				SEGUNDO TRIMESTRE				PRIMER SEMESTRE			
	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019	2016	2017	2018	2019
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	82	39	16	39	83	24	44	13	165	63	60	52
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	3196	102	98	236	3621	80	157	213	6817	182	255	449
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS	399	3257	3430	5628	316	3352	3972	4783	715	6609	7402	10411
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	573	188	750	1582	479	626	818	2065	1052	814	1568	3647
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	84	1064	650	389	172	490	530	223	256	1554	1180	612
TOTAL PTES CON TRIAGES	4334	4650	4944	7874	4671	4572	5521	7297	9005	9222	10465	15171
TOTAL CONSULTAS	4168	4145	4242	5750	4442	4261	4345	4815	8610	8406	8587	10565
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	3648	3643	3553	5089	3955	3497	3693	4262	7603	7140	7246	9351
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	520	502	689	661	487	764	652	553	1007	1266	1341	1214
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	37,07	19,16	23,70	26,00	39,92	23,82	27,93	25,29	38,49	21,49	25,82	25,65
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	37,07	33,57	33,34	49,54	39,92	36,57	33,957	38,25	38,49	35,07	33,65	43,90
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA	55	55,59	50,83	71,16	61,99	55,08	51,06	60,03	58,50	55,34	50,95	65,60
Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS	73	34	47	40	43	35	44	44	85	69	91	84
Nº DE REINGRESOS ENTRE 24 Y 72 HORAS DESPUÉS DEL EGRESO	1	7	0	0	4	4	0	0	5	11	0	0
TOTAL PTES. ATENDIDOS POR DEMANDA ESPONTANEA	2675	2194	2584	4207	2773	2130	2884	3681	5448	4324	5468	7888

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

ANÁLISIS POR INDICADOR:

➤ NUMERO DE CONSULTAS MEDICINA GENERAL

Análisis: El total de pacientes atendidos en Urgencias en la consulta por los Médicos del servicio, viene en ascenso desde el IV trimestre del año 2018 consolidándose para el I semestre 2019 en donde el incremento fue del 23% comparativamente, la posible causa identificada es la demanda del régimen contributivo; Medimas y Famisanar.

➤ TOTAL PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS POR DEMANDA ESPONTANEA

Análisis. El incremento en este indicador comparativamente entre I semestre 2019 con el año inmediatamente anterior es de un 31% esto debido a que los pacientes de Medimas y Famisanar están radicados en Bogotá, y muy pocos vienen remitidos de los municipios del Departamento.

Como ya se había comentado en los informes anteriores el perfil demográfico cambio disminuyendo a un 47% los pacientes mayores de 60 años (antes era el 60%), el 14% corresponde a pacientes menores a 30 años cuyo diagnóstico de ingreso es el trauma, siendo antes esta franja etaria solo el 8% del total de pacientes (no contando mujeres embarazadas).

Para la morbilidad general del año 2018 del Servicio de Urgencia, el Dolor Abdominal sigue siendo la primera causa.

➤ NUMERO DE PACIENTES CLASIFICADOS EN EL TRIAGE:

Análisis: Este indicador es el mayor impacto por el incremento de la Demanda ya que no existe un filtro por parte de la Red de Medimas que dirija y oriente a sus usuarios para el uso racional de los servicios de urgencias, se observa un incremento de 4706 pacientes que corresponde a un 31% de diferencia comparativamente en el I semestre entre el año 2019 y 2018, a expensas del incremento de los pacientes clasificados como triage IV. Considero y registro nuevamente la necesidad de realizar la consulta prioritaria, ya que existe una obligatoriedad en la Resolución 5596/15 de brindar este servicio.

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE II

Análisis: El tiempo de oportunidad de este Indicador normado según Resolución 5596/15 son 30 minutos, el cual se cumple a cabalidad a pesar del alto flujo de pacientes, esto debido al compromiso de todo el grupo de trabajo del Servicio de Urgencias y la respuesta rápida con que estos pacientes son atendidos obviando en la mayoría de los casos los tiempos administrativos ingresando de forma prioritaria a la atención inicial de Urgencias.

➤ TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE III

Análisis: Indicador que no está normado por la Resolución 5596/15, el Servicio de urgencias estableció la meta en 45 minutos como una mejora interna en los tiempos de Oportunidad del Servicio. Se está cumpliendo y corresponde al compromiso del equipo de Salud del Servicio.

➤ OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE URGENCIAS POR DEMANDA ESPONTANEA

Análisis: Este Indicador congrega tiempos administrativos a cargo del personal de Admisiones y abarca todo el ciclo de atención desde que el paciente es ingresado por el admisionista a DGH, pasando por la atención del Triage y finalizando con la atención inicial de Urgencias por el médico General.

En varios Informes se han registrado los inconvenientes que se tiene con algunos técnicos de admisiones que no cumplen con los tiempos esperados, debido a que no ingresan los pacientes a medida que van llegando sino que acumulan varios ingresos y lo registran juntos, lo que genera un aumento en los tiempos de ingreso global. Durante el I trimestre del año 2019 este Indicador supero la meta, debido a las causas administrativas ya mencionadas y al aumento de la Demanda que supero la capacidad instalada hasta en un 300%. Para el II trimestre mejora el indicador encontrándose en la meta esperada de 60 minutos.

➤ **TIEMPO RESPUESTA INTERCONSULTAS:**

Análisis: El Indicador de Respuesta de Interconsulta está priorizado dentro de la Plan en Salud y Plan Indicativo del HUS como parte de la estrategia del fortalecimiento en la Atención Segura dentro del Proceso de Urgencias. El dato consolidado es de 3 horas para el I semestre 2019 (meta 4 horas) gracias el compromiso de los servicios monitoreados Urología, Ortopedia, Cirugía General M Interna.

➤ **CONSOLIDADO PQRS Y FELICITACIONES**

Análisis: Se observa un disminución del 40% de PQR entre el I trimestre y el II trimestre del año 2019, esto por las múltiples sensibilizaciones que se han realizado por parte del Servicio de Urgencias con el equipo de salud y los compromisos adquiridos por ellos. Para el I semestre del año 2019 se presentaron un total de 42 PQR Y 38 felicitaciones, para un porcentaje de PQR en relación al total de atenciones del 0.16%.

Trato amable: Se presentaron 4 quejas por trato amable relacionadas con la negativa de atención al Triage, que los pacientes identifican como mal trato por parte del Jefe del triage y falta de amabilidad, se revisaron por parte de la Subdirección en apoyo con los Médicos del Servicio y estaban bien clasificados.

Fallas en el proceso: Esta amplia clasificación abarca desde los problemas de infraestructura por la sobre ocupación en el servicios hasta la demora con los procedimientos a realizar por la diferentes especialidades.

2.2 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

GESTIÓN DEL PROCESO

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
NO de remisiones solicitadas al HUS	1792	1406	1326

Para el segundo trimestre del año 2019 el número de solicitudes de remisión disminuyen con respecto al año 2018, la principal causa es atribuible a que EPS Convida ya no está comentando los pacientes del Departamento a nuestra institución si no a otras IPS. Igualmente sucede con otras EPS como Famisanar, Compensar, Nueva EPS, quienes aducen que hay otras instituciones que les ofrecen tarifas más baratas que las del HUS-.

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
No de remisiones solicitadas al HUS por Tipo de asegurador	1792	1406	1326

El número de remisiones solicitadas al HUS por tipo de asegurador disminuyeron con respecto al mismo periodo del año 2018 no obstante aumentaron de forma significativa las solicitudes con líneas de pago vinculados ya que se comentan pacientes de nacionalidad Venezolana por parte del CRUE de Cundinamarca quienes se encuentran en los diferentes municipios del Departamento, así mismo aumentó el # de solicitudes de pacientes, al igual los pacientes con líneas de pago Soat aumentaron durante este periodo de tiempo casi al doble.

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
No de remisiones solicitadas al HUS por especialidad (separar obstetricia de ginecología)	1791	1406	1326

El número de remisiones solicitadas al Hospital Universitario de la Samaritana por especialidad en el segundo trimestre del año 2019 disminuye con respecto al año 2018 de todos modos aumentaron los pacientes comentados en las siguientes especialidades, Cirugía Plástica, Ginecología, Unidad de Recién Nacidos, Cuidados Intermedios, Oftalmología, de ahí que el resto de especialidades baja no de una manera considerable.

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
% de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	63%	50%	40%

El porcentaje total de remisiones aceptadas para el segundo trimestre del año 2019 disminuyeron con respecto al año 2018, aun así se encuentra en un 40%, por consiguiente la falta de camas se constituye en el factor más importante en la negación de pacientes por parte de las especialidades y en consecuencia se debe atender los pacientes que se encuentran en el servicio de urgencias que ingresan como demanda espontánea.

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
Remisiones rechazadas por causa	655	632	699

Para el segundo trimestre del año 2019 aumentó el número de remisiones rechazadas frente al año 2018 de ahí que la no disponibilidad de camas tanto en hospitalización como en el servicio de Urgencias sea la causa más relevante, por otra parte, la falta de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos y de especialistas para el manejo de patologías oncológicas cuyo servicio no se encuentra ofertado por el HUS.

REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	TOTAL 2017	TOTAL 2018	TOTAL 2019
No de remisiones realizadas por el HUS (desde urgencias) a otras IPS por especialidad	351	46	211

El número de remisiones realizadas desde Urgencias a otras IPS aumenta con respecto al año 2018, la causa más relevante es que la población ve como una opción el ingreso al servicio de urgencias y acude en forma masiva sin importar el tipo de convenio que hay, de igual forma las EPS como Compensar, Sanitas, Nueva EPS, remiten a sus pacientes a sus centros de atención con los cuales tengan convenio. Otra causa es el incremento de pacientes con patología Oncológica que llega al servicio de Urgencias en un estado grave ya que no ha tenido continuidad con su tratamiento y manejo

2.3 GESTIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AMBULATORIA

GESTIÓN DEL PROCESO

Gestión del servicio de Consulta Externa del año 2019 comparado con cada año desde 2015:.

COMPORTAMIENTO DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA	II TRIM					I SEM				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
Horas programadas consulta especializada	6.738	6.143	4.698	5.447	4.763	13.077	11.642	9.595	9.853	9.307
Consultas asignadas = programadas	22.160	18.135	13.919	16.257	13.852	42.034	34.099	28.464	29.113	27.209
Consultas realizadas	18.958	15.942	12.054	13.949	11.455	36.162	30.089	24.797	25.023	22.677
% Inasistencia	14%	11%	13%	13%	17%	13%	11%	12%	13%	16%
% Cancelación o causa de NO atención	0,8%	0,6%	0,5%	0,9%	0,5%	0,8%	0,6%	0,5%	1,1%	0,7%
% cancelación - institucional/programadas	0,2%	0,2%	0,1%	0,4%	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,5%	0,3%
% USO CAPACIDAD OFERTA (realizada/oferta)	98%	92%	93%	94%	87%	96%	91%	94%	93%	88%
Rendimiento hora medico consulta	2,8	2,6	2,6	2,6	2,4	2,8	2,6	2,6	2,5	2,4
% Demanda insatisfecha en Consulta	4%	4%	0%	9%	11%	4%	3%	1%	5%	7%

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 1

Con la baja de la demanda (restricción a Medimas) hubo necesidad de disminuir oferta de horas y como consecuencia se afectó la productividad, presentándose una baja, aún más marcada frente al 2015.

A expensas de la baja de la demanda, la productividad se ve afectada obteniendo para el 2019 un promedio de consultas mes de 3.800, mientras que en el 2015 que presentó mejor demanda y se recibieron gran cantidad de solicitudes de la EPS Convida, se atendieron en promedio 6.300 consulta por mes.

La **inasistencia** aumentó 4 puntos comparado con el II trimestre del año anterior y 3 puntos en el acumulado a 1er semestre, marcada por pacientes de Medimas en primer lugar, seguido de Famisanar, particular y Fiduconsorcio (Inpec). Como causas de inasistencia se encuentran: 1. No traslado o llegada tarde por INPEC 2. Dificultad del desplazamiento. 3. Condición del paciente. *Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 3

La **cancelación o no atención fue del 0,5% en el II trim: 54% por causa institucional** (32% falla en asignación de cita), **43% atribuida al paciente** (sin resultado de paraclínicos necesarios para definir conducta, seguido de cita mal solicitada) y **3% por causa externa**. (Inpec por llegada tarde o no espera atención, se aclara que correspondieron a las penitenciarias de fuera de Bogotá, con quienes no se lleva a cabo reunión de seguimiento, sin embargo se reportó a Inpec sede central y a Fiduconsorcio a través de correo, con copia a Subdirección de Contratos y mercadeo.

El **uso de la capacidad** bajó frente al año anterior, a pesar del ajuste periódico de las agendas de acuerdo al comportamiento de la demanda. Disminución en agendas de: Neurocirugía, Nefrología, Medicina Interna, Cardiología, Cardiovascular, Gastroenterología, Ginecología, Obstetricia, Oftalmología Glaucoma y Retina, entre otras. Se ampliaron horas de oferta en: Dermatología y en Otorrinolaringología. Como dificultades, lo cual evidencia la baja del indicador, está: La alta inasistencia de los pacientes; La cancelación por paciente o por causa externa; La cancelación institucional; Baja demanda en varias agendas, quedando cupos libres; Falta de ajuste de tarifas por parte del HUS; Falta de contratación de más especialistas en las especialidades de alta demanda. El **rendimiento**, bajó 6% frente al II trimestre del año anterior, debido a la inasistencia, cancelación y cupos que quedaron libres, por falta de solicitud por parte de los usuarios. El indicador de **Demanda insatisfecha (DI)**, aumentó 2 puntos frente al II trimestre del año anterior, al igual que comparado con el acumulado a I semestre. Este indicador aumentó a

expensas de la **DI financiera** que dentro del 11% de DI total en consulta representó el 70%, se presentó por usuarios que solicitaron cita, sin contar con autorización de la EPS, por lo que no se asignó cita, se presentó también por restricción que inició desde el mes de marzo al contrato de Medimas y por pacientes de Capital salud que solicitaron cita, pero no se asignaron por no contar con contrato para dicha Eps. La **DI por represamiento** en agendas representó el 30%, por la alta demanda en algunas agendas. En orden se encontró: Un 57% de las solicitudes hacia Cx. cabeza y cuello, 44% hacia Endocrinología, 23% hacia Cx. tórax, 19% hacia Reumatología, 18% hacia Cx. Cardiovascular, 13% hacia Cx. Vascular periférica, 9% hacia Otorrinolaringología, 6% hacia Dolor y paliativos y 2% de las solicitudes hacia Hematología.

Oportunidad en asignación de citas

COMPORTAMIENTO DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA	II TRIM					I SEM				
	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
Oportunidad en cita medicina interna (15 días)	12	1	1	1	1	10	2	1	1	1
Oportunidad en cita cirugía (20 días)	11	3	1	1	5	8	3	1	1	4
Oportunidad en cita ginecología (5 días)	6	1	1	1	0	5	1	1	1	0
Oportunidad en cita obstetricia (5 días)	2	1	1	0	0	3	1	1	0	0
Oportunidad en Anestesia (10 días)	6	1	0	1	1	4	2	1	1	1
Oportunidad en demás especialidades (12 días)	9	4	2	2	8	8	4	2	2	5

*Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 6

En **Medicina Interna** se presenta baja demanda (Convida envía a los II niveles). En **Cirugía General** se amplió la oferta de 51 horas, debido a que a finales del I trimestre se incrementó la demanda a expensas de Fiduconsorcio y Medimas. El HUS solo atiende el **Alto Riesgo Obstétrico**, se oferta de lunes a viernes y se monitoriza mensualmente, también es de seguimiento del PAS, al igual que **Ginecología**. Para **Anestesia** (incluida alto riesgo), con el aumento de la demanda desde el II trimestre del año anterior (trimestre desde el cual se ampliaron 5 horas) mejorando la oportunidad, para este II trimestre de 2019 ampliamos otras 16 horas. Se contó con cupos disponibles para el mismo día en: Cardiología, Gastroenterología, Neonatología y psicología entre otras. Las agendas se ajustan periódicamente de acuerdo al comportamiento de la demanda, por cada especialidad. Las especialidades que presentaron oportunidad a más de 10 días en citas de primer vez fueron: Endocrinología (20 días), Cirugía de cabeza y cuello (17 días), Otorrinolaringología (16 días), Cirugía de tórax (13 días), Hematología (12 días) y Cirugía vascular (11 días). La oportunidad en las agendas de Reumatología y Cirugía de cabeza y cuello, no se pudo establecer de manera real, por falta de propuesta oportuna de la agenda por trimestre (sino por mes), que no permite la medición, al no contar con fecha que establezca la operación, por lo cual se refleja como demanda insatisfecha

2.4 PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA

GESTIÓN DEL PROCESO

FORMULA	Bogotá + U.F. Zipa
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por las IPS *100	982/1009
% satisfacción Global HUS I Semestre 2019	97.3%

La Tasa de Satisfacción Global (general) del HUS fue del 97.3% sobre 1009 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud de HUS Bogotá y la sede de Zipaquirá, % muy positivo, lo cual se fundamenta en parte a las acciones implementadas en los planes de mejora, enfoque de gestión por proceso, fortalecimiento de las políticas de humanización, seguridad clínica, modelo de atención, respeto por los derechos de los usuarios, servicio al cliente entre otros generando también una transformación cultural del colaborador frente a la prestación del servicio, situación que no exime la interposición y presentación de quejas y reclamos por parte de los usuarios durante el ciclo del servicio que constituyen un momento de verdad en la atención y representan una oportunidad de mejora.

En el I semestre 2019 el Porcentaje de Satisfacción Global **fue del 99.1% para HUS Bogotá** es decir estuvo por encima de la meta establecida que es del 97% sobre 581 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud de HUS Bogotá, En el I semestre **Cinco (5) Usuarios manifestaron inconformidad por el servicio**, es decir el **0.9% No** están satisfechos con el servicio, específicamente **#2 en Radiología** (1 por demora en la facturación y el otro por falta de trato amable y no suministro de información sobre un examen) **y # 3 en Urgencias** (2 por falta de trato amable y otro por falta de información sobre el medicamento que le estaban suministrando). Los Usuarios manifiestan:

En la Sede de Zipaquirá fue del 94.9 % el cual estuvo por encima de la meta establecida para la vigencia 2019 (87%).

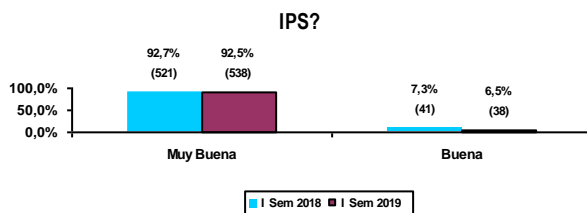
COMPARATIVO SEMESTRAL HUS BOGOTA

FORMULA	I SEM 2015	I SEM 2016	I SEM 2017	I SEM 2018	I SEM 2019
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS	864/888 (97.3%)	458/463 (98.9%)	539/540 (99.8%)	560/562 (99.6%)	576/581 (99.1%)

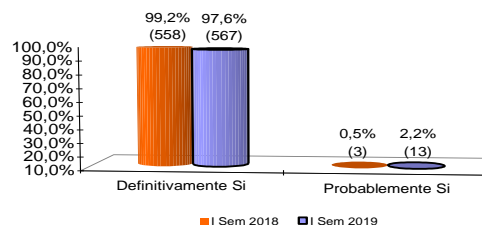
RESOLUCION 0256 DE 2016 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, ANEXO TECNICO N°. 2 (REPORTE DE INFORMACION PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD)

INDICADOR DE HUS BOGOTA: PROPORCION DE
SATISFACCIÓN DEL USUARIO, SEGÚN
RESOLUCIÓN 0256/ 2016 **SEMESTRAL**

¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su



¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?



INDICADOR: PROPORCIÓN DE LEALTAD DEL USUARIO hacia la IPS, SEGÚN RESOLUCIÓN 0256/2016.

A través de estas 2 preguntas establecidas en la Res 256/2016 para aplicar a nuestros usuarios contempladas en la norma se confirma nuevamente una **percepción muy positiva (entre muy buena y buena)** de nuestros usuario por los servicios prestados en el HUS Bogotá al igual que una **lealtad muy alta** hacia el HUS, lo cual se fundamenta en las acciones implementadas y que se enunciaron anteriormente.

ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS INFORMADORAS Y ORIENTADORAS DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO, I SEMESTRE 2019

RONDAS DE SERVICIO A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL
RONDAS DE SERVICIO A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	252	362	269	204	314	271	883

Con el fin de percibir oportunamente las necesidades de los pacientes hospitalizados y satisfacerlas diariamente las 2 informadoras de la Dirección de Atención al Usuario realizan **RONDAS DE SERVICIO** que son visitas cortas de máximo 10 minutos a nuestros pacientes hospitalizados.

VISITAS A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL
VISITAS A PACIENTES EN DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION	72	116	88	74	88	85	276

Por otra parte como estrategia para apoyar a los usuarios hospitalizados y a su familia, las Informadoras diariamente realizan **VISITAS** a los pacientes de los diferentes servicios después de 3 días de su hospitalización y aplican una cartilla de calificación de momentos de verdad en la atención brindada hasta el momento por parte del equipo de salud asistencial y administrativo del HUS, buscando de igual forma percibir oportunamente las necesidades de los pacientes hospitalizados y satisfacerlas o buscar la solución a las dificultades percibidas, al igual que prevenir interposición de quejas y reclamos por inconformidades en la atención. Como producto de ellas se realiza las acciones y gestiones solicitadas por los pacientes o las que haya a lugar como las mencionadas anteriormente.

SOCIALIZACION DE LA DECLARACION INSTITUCIONAL DERECHOS Y DEBERES

ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL
Socialización derechos y deberes pacientes en diferentes servicios de Hospitalización C. Externa y Urgencias	212	259	194	135	288	132	665

La socialización se realiza diariamente a los usuarios durante las visitas diarias a los pacientes hospitalizados, en las salas de espera de los servicios ambulatorios a través de charlas utilizando un rotafolio con temas adicionales como tips de emergencias y desastres, segregación de residuos, puntos ecológicos, rol de la oficina de la Dirección de Atención al Usuario, mecanismos de interposición de PQRSD, entre otros.

Intervenciones Realizadas por la Informadoras en el II Trimestre 2019, durante Rondas y Visitas a Pacientes Hospitalizados

Intervención	Total Trimestre	Observaciones
Paciente manifiesta que no cuenta con dinero para el copago de para a su egreso	1	Se gestiona con Trabajo Social, para el tramite respectivo
Trámite para asignación de Citas Medicas	8	Se logra la asignación de citas en los diferentes servicios
Timbre Dañado	1	Se envía incidencia a Mantenimiento y se logra el arreglo del timbre
Ducha dañada, Baranda cama no baja	1	Se logra el arreglo de la Ducha y la baranda de la cama
Cortina de la habitación se cae mucho	1	Se gestiona con Hotelería y se logra arreglo de la cortina
Total de intervenciones en el Trimestre	12	

Seguimiento a (Casos especiales) Pacientes Hospitalizados durante Rondas y Visitas de las Informadoras y Orientadoras en el II Trimestre 2019

Causa del Seguimiento	Total	Observaciones
Familiar de funcionario	2	* Seguimiento y saludo diario 2 veces al día *Se logró el cambio de habitación a 2 pacientes
Colaborador de HUS	3	* Se realizó acompañamiento en duelo a familiares por fallecimiento de paciente. *Se gestionó con hotelería para la limpieza de los baños.
Especiales – PQRSD – Otros	12	* Se le socializo lo
Total de Seguimientos		17

PAS I SEMESTRE 2019. PROGRAMA DE HUMANIZACION. AVANCES

Se según el cronograma de actividades del Programa Humanización 2019 para el sostenimiento de las 7 Líneas Estratégicas del programa se tienen 180 actividades programadas de las cuales se programaron y ejecutaron 89 para el I Semestre 2019 es decir 49.4%.

La política de humanización del Hospital Universitario de la Samaritana reconoce en toda persona un ser humano en sus dimensiones física, intelectual, emocional, social y espiritual, fomentando una relación respetuosa y cálida entre el equipo humano de la institución, los pacientes y sus familias, este proceso de sensibilización liderado por la Dirección de Atención al Usuario ha permitido espacios que permiten evidenciar el trabajo de equipo y convertir al HUS en un hospital cada vez más humano.

Se Continúa con la **Estrategia de celebración de los cumpleaños de los Pacientes Hospitalizados**

Mes	Nº de Celebraciones
Enero	1
Febrero	7
Marzo	3
Abril	4
Mayo	2
Junio	5
Total	22



Al igual que con la **Estrategia de Estimulación sensorial (auditiva) en pacientes de la UCI adultos y Unidad de Cuidados intermedios**. Las personas que ingresan a la **Unidad de Cuidado Intensivo** están limitadas en sus capacidades físicas y cognitivas y necesitan participar en actividades que proporcionen estimulación multisensorial,

ayudando a aliviar el estrés y el aburrimiento. El hecho de participar en una actividad también implica un acto de comunicación que mejora la sensación de confort y bienestar.

En el primer trimestre se realizó esta actividad con **105** pacientes de las dos Unidades, para el 2 Trimestre un total de **64** pacientes con el apoyo del Grupo de la Pastoral de la Salud el Samaritano y las Damas Rosadas.

En L.E de Privacidad y Confidencialidad se llevó acabo:

1. Sketch que representa una situación cómica de una paciente que es atendida por su médico tratante quien vulnera la privacidad y la confidencialidad de la Historia Clínica.



2. **Lanzamiento de alerta visual para cada habitación y consultorio** donde se invita a respetar la privacidad mediante la frase “Por el respeto a Tú privacidad me anuncio antes de entrar” para hospitalización y para consulta externa, “Por el respeto a Tu privacidad no interrumpo la consulta”



L.E de Ambiente y Tecnología Amigables: Se realizó la **Campaña Señor Orden y Señora Aseo** con **430** personas sensibilizadas en todas las áreas del HUS en el mes de abril de 2019.



Se realizaron campañas permanentes del cuidado de HUS, correcta segregación de residuos, espacios libres de humo, orden y aseo en puestos de trabajo. Se intervinieron además del personal de enfermería, personal de Imágenes diagnósticas, Cardiología, hemodinamia y Gastroenterología por parte del personal frente a explicación del uso de dispositivos y aplican listas de chequeo para verificar adherencia

Para la Unidad Funcional de Zipaquirá, se desplegó la información y la presentación de las estrategias para iniciar la sensibilización del personal con el apoyo del Jefe Gina Moreno de la oficina de Atención al Usuario e intervención a 26 Coordinadores y Jefes de áreas.



REPORTES DE INDICADORES INTRA Y EXTRAINSTITUCIONALES. Se realizó mensualmente el reporte de indicadores de Satisfacción Global a la oficina de Estadística del HUS, se subieron los datos al TUCI y el análisis del resultado general por parte de la DAU. Se remitió el Informe trimestral de Participación Social a la Secretaría de Salud de Cundinamarca: Actas del Comité de Ética, Indicador de satisfacción I Semestre 2019, Informe ejecutivo de las reuniones mensuales de la Asociación de usuarios, Informe de PQRSD por parte de la SDU.

POLITICA PÚBLICA DE PARTICIPACION SOCIAL. Se elaboró el Plan de Acción de la Política Pública de Participación Social 2019, el cual fue liderado por la Dirección de Atención al Usuario, con la participación de los Líderes pertinentes y la Asociación de Usuarios del HUS, fue revisado por la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad del HUS, aprobado por la Gerencia y enviado a al SSC el cual NO hizo observaciones ni ajustes y se incluyó en el Plan General de la PPPS del Departamento de Cundinamarca, el cual puede ser consultado en su página Web al igual que fue publicado en la Página Web del HUS. El Plan se incluyó en el PAS 2019, dando cumplimiento a los lineamientos de la SS Cundinamarca y de la Junta Directiva del hospital. El HUS en la Declaración de los Derechos y Deberes en Salud tiene contemplado como el 7 Derecho” La Participación Social” a través del Cual también se socializa la Política y su Plan de acción al Cliente Interno en las sesiones mensuales de Inducción y Reinducción al igual que al Paciente y su Familia diariamente en las charlas que realizan en las Salas de espera del hospital. Se cumplió con las actividades programadas para el I Semestre. Desde la Subdirección de Desarrollo Humano del HUS, se habló con el MPS y se acordó organizar el curso, ejecutarlo en el HUS y dejarlo como modelo para implementar en los demás hospitales del País (No ha iniciado su ejecución por limitaciones logísticas, presupuestales, etc). Se ha venido Ejecutando el Programa o Plan de acción de Promoción y Prevención del HUS en la sede Bogotá y U.F de Zipaquirá, liderado por el Enfermero Profesional Julián Caballero en el HUS Bogotá y en el U.F de Zipaquirá por el equipo de salud Pública.

PUMP: La Dirección de Atención al Usuario elaboró y publicó el Pum del Proceso de Atención al Usuario al igual revisó, ajustó y aprobó los PUMP de los Procesos de Consulta Externa, Hotelaría, Referencia y Contrareferencia de las dependencias los cuales están documentados (correos, actas de reunión, etc).

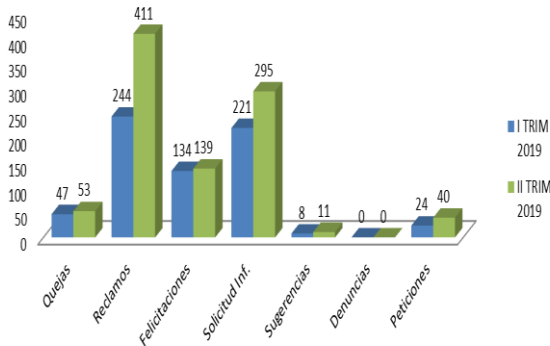
PACTO POR EL TRATO AMABLE: La Directora de Atención al Usuario realizó 14 talleres con los colaboradores internos involucrados en Quejas por calidez y trato amable.

COMPORTAMIENTO DE PQRSD. Total del peticiones I Semestre año 2019

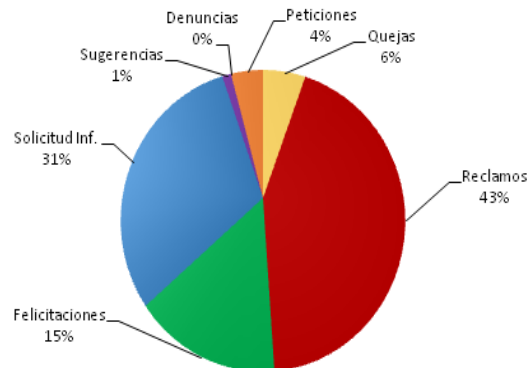
CLASIFICACIÓN	PQRSD AÑO 2019							COMPARATIVO TRIMESTRES 2019			
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	TOTAL	I TRIM 2019	%	II TRIM 2019	%
Quejas	17	14	16	13	24	16	100	47	7%	53	6%
Reclamos	34	96	114	150	159	102	655	244	36%	411	43%
Felicitaciones	50	41	43	43	51	45	273	134	20%	139	15%
Solicitud Inf.	62	69	90	100	113	82	516	221	33%	295	31%
Sugerencias	1	7	0	3	4	4	19	8	1%	11	1%
Denuncias	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0	0%
Peticiones	9	1	14	20	8	12	64	24	4%	40	4%
TOTAL	173	228	277	329	359	261	1627	678	100%	949	100%

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2019 Procesos Atención al Usuario y su Familia

TOTAL PQRSD II TRIMESTRE 2019



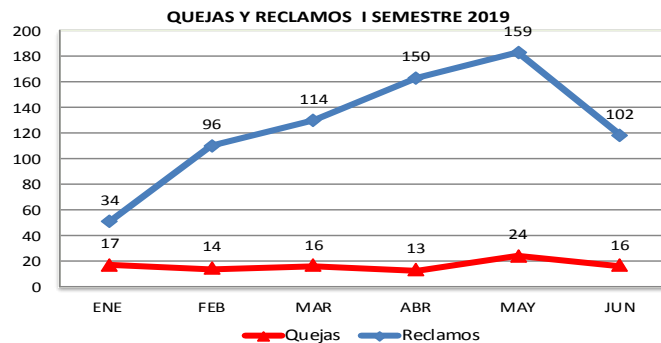
TOTAL PROPORCION DE PQRSD II TRIM-2019



Para el I semestre del año 2019 se tiene un total de 1627 manifestaciones de las cuales el 72% el 40% son reclamos seguido por las solicitudes de información que tiene un 32%, se observa un crecimiento exagerado de casi un 300% para el año 2019 en comparación de los cuatro anteriores años principalmente por la dificultad con la central de citas y el aumento de la demanda de las solicitudes de información.

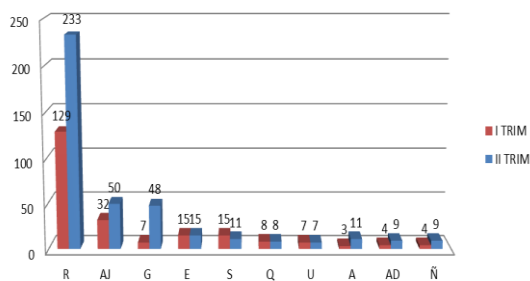
Se presentaron 464 QR durante el II trimestre, de las cuales corresponden al 49% del total de manifestaciones recibidas en el periodo evaluado, quejas (11%) y reclamos (89%), observando que entre el comparativo de los últimos cuatro años del II trimestre los reclamos se desbordan por las causas ya mencionadas de dificultada en la comunicación y disponibilidad de citas entre otros. Todo este crecimiento se debe en parte al aumento de la participación ciudadana, que se ve reflejado en las solicitudes de información, destacando que es positivo por el fortalecimiento del ciudadano en el uso de los diferentes canales de comunicación con el HUS durante el año 2018 y de acuerdo a la normatividad que es cada vez mucho más exigente.

Durante el **I semestre del 2019** se presentaron un total de 755 quejas y reclamos de las cuales los reclamos se aumentan considerablemente durante los meses de marzo, abril y mayo presentando una leve disminución para el mes de junio, **el aumento de los reclamos se debe a las dificultades en la comunicación a través de las líneas telefónicas** para la asignación de citas médicas y de procedimientos las cuales representan el 48% (362) de quejas y reclamos siendo la principal causa del inconformismo del I semestre del año 2019, seguida por la **falta de calidez y trato amable** con un 11% (82), la **tercera causa es demora en la asignación de citas médicas y/o procedimientos en consultorio** con un 7% (55), la cuarta causa se debe a **demora en el proceso de facturación** con un 4% (30) y por último la quinta causa está asociada a **posibles novedades de seguridad del paciente** con un 3% (26).



Los procesos al primer semestre definieron 11 planes de mejoramiento los cuales se encuentran definidos y publicados en el PUM donde se tienen esas principales causas identificadas por cada uno de ellos.

10 PRIMERAS CAUSAS I - II TRIM 2019



De acuerdo a las causas registradas en el I semestre del año 2019 evaluado se observa que del 100% (755) de quejas y reclamos se encuentran clasificadas en 34 causas de las cuales el 89% son porque su frecuencia es mayor a 5 manifestaciones asociadas a la misma causa de las cuales 12 son reiterativas.

Una de las causas de aumento de quejas y reclamos se debe al aumento de demanda de solicitudes de asignación de citas en el call center y la asignación de citas de procedimientos de radiología, neurología y cardiología ya que estas citas deben ser solicitadas directamente en los

servicios y no atreves del call center, sin embargo desde la Gerencia, Dirección de Atención al Usuario y Consulta Externa ya se implementó las estrategias para eliminar la causa raíz que está generando este traumatismo presentado en el primer semestre del año 2018 y el 2019, entre ellas a partir de junio de 2019 se inició la tercerización externo del servicio de central de citas.

Para el I semestre del 2019 se observa que se radicaron 838 manifestaciones entre peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de las cuales se dieron respuesta al peticionario oportunamente dentro de los primeros 15 días hábiles al 97% ya que el 3% corresponde 21 manifestaciones que su respuesta es posterior al 1 julio del 2019 y el corte del informe es al 31 de junio del 2019, por tal motivo y haciendo la aclaración por fechas de corte se da cumplimiento al 100% de las respuesta oportunas de todas las PQRSD en términos de ley de los 15 días hábiles recibidas en el I semestre del 2019. Referente a las solicitudes de información se radicaron un total de 516 en el I semestre del 2019, de las cuales se dieron respuesta al peticionario oportunamente dentro de los primeros 10 días hábiles al 100% ya que 4 solicitudes de información su repuesta es posterior al 01 de julio del 2019 y el corte del informe es al 31 de junio del 2019. En relación a la información y orientación se brindó a la ciudadanía de acuerdo a las necesidades manifestadas e información a desplegar para el I semestre del 2019 un total de 7523 socializaciones.

2.5 GESTIÓN DEL PROCESO DE HOTELERÍA HOSPITALARIA

GESTIÓN DEL PROCESO

Se siguen llevando los indicadores:

- Oportunidad de entrega de ropa hospitalaria adicional
- Porcentaje de adherencia a procedimiento de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias
- Porcentaje de camas hospitalarias disponibles que cumplen con toda la dotación de elementos definidos de hotelería definidos.

Se formularon indicadores derivados de reportes de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo, para gestionar su mejora

- Tasa de pacientes fugados ó desaparecidos durante el proceso de atención de urgencias
- Tasa de pacientes fugados ó desaparecidos durante el proceso de atención de urgencias

PQRS: Las quejas con mayor peso se encuentran en ACCESIBILIDAD y FALTA DE CALIDEZ Y TRATO AMABLE., se definieron las acciones que buscan agilizar y disminuir el tiempo de acceso al HUS por la recepción principal esto debido aumento en las quejas y las cuales se llevarán al PUM del proceso de Hotelería Hospitalaria, el cual fue revisado, ajustado y avalado por la Dirección de Atención al Usuario (al igual para los demás planes formulados y derivados de otras fuentes), acciones a implementar : Ubicar un puesto de trabajo más en el acceso principal, Cambiar el sentido a los molinetes de ingreso y egreso, Recapacitar al personal de recepción en el sistema biométrico. Por otra parte se continúan realizando las actividades frente a Falta de Calidez y Trato Amable a través de Evaluación de Competencias, Seguimiento puntual a colaboradores involucrados.

PUM (PLAN UNICO DE MEJORA) HOTELERIA HOSPITALARIA Se formula para el segundo trimestre acciones de mejora por hallazgo:

FUENTE	HALLAZGOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	INDICADOR
AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	Algunos certificados médicos no reportan aptitud para manipular alimentos	Incluir en los certificados médicos de las personas del Servicio de alimentos describan explícitamente que no presentan enfermedades infectocontagiosas y que tienen aptitud para manipular alimentos, Verificar su cumplimiento y adjuntarlos a la hoja de vida	1. Realizar reunión con la empresa de aseo, para revisar los certificados médicos del personal que manipula alimentos 2. Realizar el ajuste de los certificados médicos del personal para describan aptitud para manipular alimentos 3. Revisar que todo el pe	100% de personal de alimentos con certificado de aptitud para manipulación de alimentos

PLAN DE MEJORA ACREDITACION – PAMEC (HOTELERIA HOSPITALARIA)

HALLAZGO	DESCRIPCION DE LA MEJORA	ACTIVIDADES PUNTUALES	AVANCE A JUNIO DE 2019
No se logró evidenciar programas integrales de salud dirigido a los colaboradores con el fin de prevenir y abandonar el hábito del tabaquismo que logren avanzar más allá del cumplimiento de Ley antitabaco del MSPS y generen impacto en el tiempo.	1. Aprobar programa dirigido a hábitos de vida saludables en donde se desarrollen actividades de intervención, promoción y prevención en el consumo de tabaco. 2. Implementar las estrategias y ejecutar las actividades relacionadas con el consumo de tabaco.	1. Desarrollar las actividades relacionadas en el programa dirigido a hábitos de vida saludable en la estrategia de No consumo de tabaco. 2. Instalar 10 avisos alusivos a evitar consumo de tabaco en zonas donde se evidencia dicho consumo dentro de la institución. 3. Continuar articulando con las empresas tercerizadas el Programa de Seguridad y Salud en el trabajo, para la intervención a colaboradores, incentivando el abandono de consumo de tabaco y sustancias psicoactivas. 4. Fomentar campañas de sensibilización para espacios libres de humo, articulado con Programa de Seguridad y Salud en el trabajo y la línea Estratégica del Programa de Humanización: Ambiente y Tecnologías Amigables.	50%
No obstante, a pesar de observarse en general las instalaciones en condiciones de orden, aseo y limpieza se observó en algunos pocos servicios, cuartos de aseo y limpieza, baños de colaboradores elementos acumulados o fuera de su sitio y en condiciones deficientes de aseo	Continuar con el despliegue, implementación y medición del Programa de Orden y limpieza código 01TH04, con el fin de fortalecer la cultura de seguridad en el ambiente físico del Hospital	1. Desplegar, implementar y medir el Programa de Orden y limpieza código 01TH04	50%

GESTION DEL RIESGO. Se ajustó la matriz para la vigencia 2019, donde se identifican en zona de alto riesgo (luego de controles).

SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DE SERVICIOS:

- Contrato 192 de 2019 aseo y desinfección de áreas hospitalarias - Bogotá
- Contrato 305 de 2019 aseo y desinfección de áreas hospitalarias- U.F. Zipaquirá
- Contrato 191 de 2019 lavado, desinfección y provisión de ropa hospitalaria - Bogotá
- Contrato 304 de 2019 lavado, desinfección y provisión de ropa hospitalaria - U.F. Zipaquirá
- Contrato 196 de 2019 recolección, tratamiento y disposición final de residuos de riesgo químico - Bogotá
- Contrato 307 de 2019 recolección, tratamiento y disposición final de residuos de riesgo químico y biológico - U.F. Zipaquirá

PROCESO DE ADQUISICION DE DOTACIÓN COMPLEMENTARIA Y MATERIALES. Para el segundo trimestre de 2019 se adelantaron procesos de adquisición de materiales para hotelería hospitalaria: colchones, colchonetas, cortinas, recipientes, contenedores plásticos y afines, para Bogotá y la Unidad Funcional de Zipaquirá (con sus respectivos puestos de salud), por valor de \$ 40.846.274. Se encuentra en ejecución

APOYO EN PROCESO DE ADQUISICIÓN DE MOBILIARIO DE NUEVO HOSPITAL REGIONAL DE ZIQAQUIRA

Se adelantó para el segundo trimestre de 2019 la Convocatoria 11 de 2019, de donde se realizó la adjudicación para ADQUISICION COMPLEMENTARIA DE HOTELERIA HOSPITALARIA (MOBILIARIO de oficina, salas de espera y cortinas. A fin de dotar el Nuevo Hospital Regional de Zipaquirá, por valor de \$ 287.400.378. Se apoyó el proceso con la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

2.6 GESTIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

GESTIÓN DEL PROCESO

PROCEDIMIENTO, PROTOCOLO	AÑOS			
	2017	2018	2019	
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE
Terapia farmacológica	94,0%	86,0%	91,0%	86,0%
Recibo y entrega de turno	75,0%	74,0%	79,0%	80,0%
Identificación correcta del paciente	91,0%	92,0%	91,0%	94,0%
Identificación correcta del recién nacido	94,0%	90,0%	96,0%	94,0%
cateterización venosa periférica	93,0%	93,0%	93,0%	91,0%
cateterismo vesical	93,0%	91,0%	93,0%	91,0%
Protocolo piel alto riesgo	93,0%	92,0%	94,0%	93,0%
Protocolo piel neonatos	95,0%	94,0%	99,0%	97,0%
Registros de enfermería	89,0%	89,0%	90,0%	91,0%
Prevención de caídas	93,0%	93,0%	97,0%	96,0%
Plan de atención de enfermería	71,0%	77,0%	78,0%	80,0%

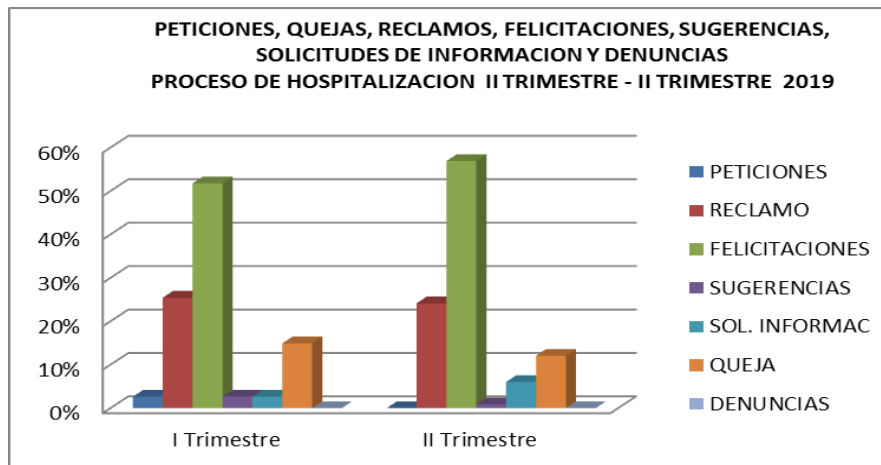
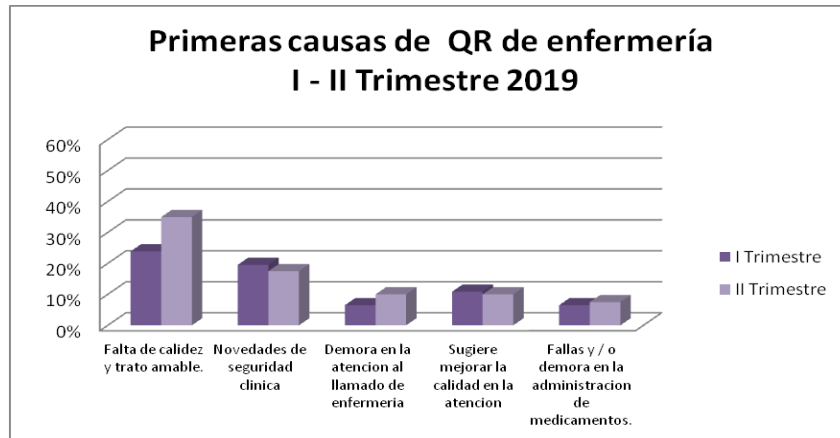
En general el comportamiento de la adherencia de los procesos determinados como prioritarios para el cuidado de enfermería ha mostrado que se encuentra por encima de las metas establecidas, y con tendencia a la mejora en lo corrido del año comparado con los resultados de los años anteriores.

En el año 2017, la adherencia a registros de enfermería se encontraba fuera de la meta, se modificó el procedimiento se realizó capacitación y para los años 2018 y 2019 se observa una tendencia ascendente logrando el último trimestre un porcentaje de adherencia de 91%, todo soportado con un promedio de 200 listas de chequeo mensuales sobre registros de enfermería; el ítem de menor adherencia es “Hay ejecución y seguimiento de las actividades del plan de Cuidados de Enfermería (PAE)” con un del cumplimiento de 78 %, en la última jornada de capacitación se realizó un taller de la ejecución de planes de cuidado, esperando que para el próximo trimestre la adherencia mejore; además los supervisores e integrantes del grupo de calidad durante los acompañamientos de recibo y entrega de turno también realizan seguimiento a la ejecución de los planes de cuidado y realizan la respectiva retroalimentación.

La adherencia al plan de cuidado ha variado en los últimos años, la adherencia más baja fue en primer trimestre del año 2017 con 67 % y en segundo trimestre de 2018 con un resultado similar, en el último semestre de 2019, se logró una adherencia de 80 %, alcanzando a llegar a la meta, se ha venido realizando capacitación y talleres a los profesionales y auxiliares de enfermería con el fin de mejorar la adherencia y nos hemos enfocado en la ejecución ya que es el ítem más bajo con un promedio de adherencia de 75 %, con lista de chequeo de plan de cuidado de enfermería es 3 puntos más bajo que la medición realizada con la lista de chequeo de registros de enfermería.



GESTION DE PQRSD ENFERMERIA



Se evidencia un aumento en las PQR por falta de calidez y trato amable, por lo cual se ha venido trabajando mediante jornadas de capacitación realizadas el 5 y 12 de abril dirigidas al personal auxiliar de enfermería, en la cual se abordaron temas del programa de humanización, se abordaron las 7 líneas de humanización (paciente crónico, privacidad y confidencialidad, apoyando al cuidador, tecnología amigable, comunicación asertiva, manejo del dolor, manejo del duelo y muerte) y se socializaron las principales causas de las quejas presentadas en enfermería.

Se han venido haciendo intervenciones individuales en relación con trato amable (13), aplicación de listas de chequeo en campo en relación con trato amable (10), (2) actas de compromiso. Se ve la tendencia del aumento de las felicitaciones que supera el 50% de las demás causas de PQR.

Así mismo las QR relacionadas con seguridad del paciente hay una tendencia a la disminución, lo cual, obedece a la constante capacitación y seguimiento en la adherencia a los procesos prioritarios de enfermería.

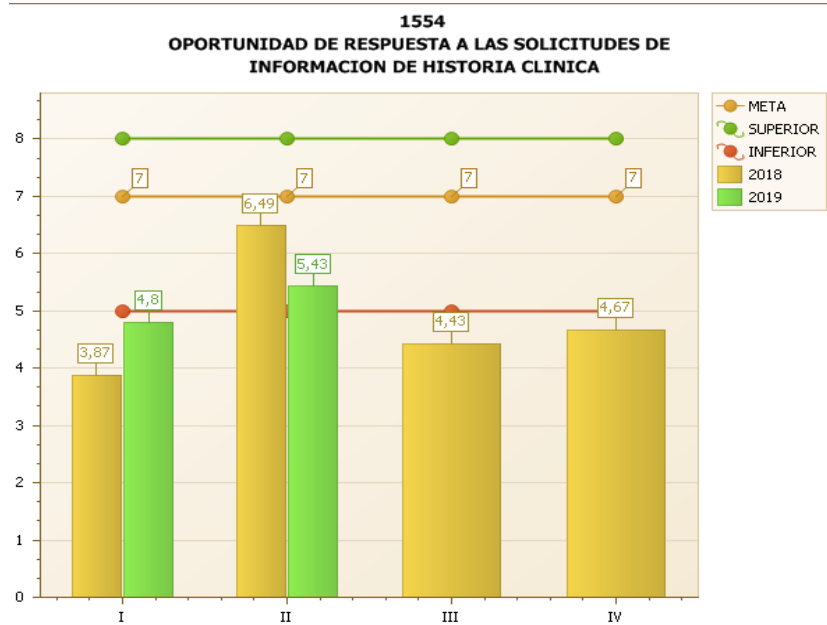
2.7 GESTIÓN OFICINA DE ESTADÍSTICA

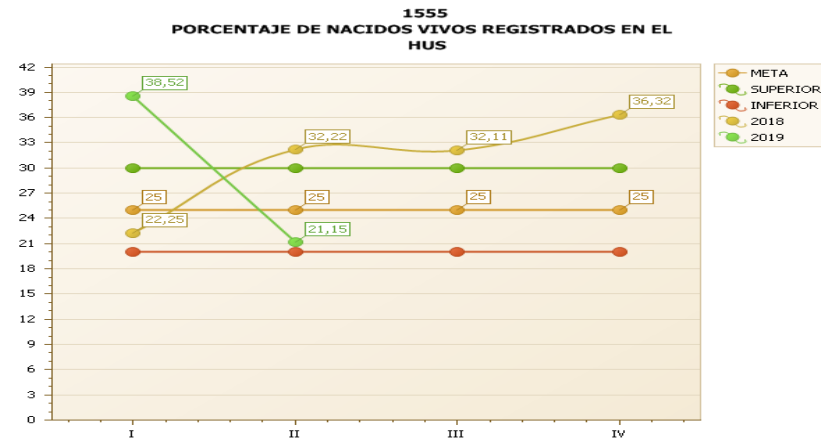
GESTIÓN DEL PROCESO

Durante el segundo trimestre del año 2019 se han realizado los reportes de norma requeridos en lo referente a producción, calidad con corte trimestral, todos se reportaron cumpliendo con las fechas estipuladas en cada una de las resoluciones que los soportan.

ANÁLISIS DE INDICADORES:(Gráficos y análisis tomados del Tablero Único de Control de Indicadores TUCI)

El número de solicitudes de información de historia clínica ha venido creciendo paulatinamente es así como en el trimestre anterior el aumento entre el mismo periodo con el año 2018 presento un aumento del 16% y en este ii trimestre del año comparado con el mismo trimestre del año anterior se registró un aumento del 40% en el número de solicitudes. a pesar de este aumento se registra un resultado satisfactorio de la oportunidad de 5.4 días. Presentando una reducción de 1.1 día por solicitud. Esto dado básicamente por el aumento de respuestas en medio magnético





CUADRO DE CONTROL DE INDICADORES TUCI: Se realizaron los ajustes requeridos en las fichas de los indicadores en el TUCI de acuerdo a los seguimientos y análisis de los líderes de los procesos y la oficina de planeación, adicionalmente se realizaron los ajustes en la categorización de los indicadores quedando parametrizados en indicadores de gestión y operativos. Se categorizó dentro de la agrupación de norma los indicadores estratégicos de seguimiento de la alta gerencia, desde donde se pueden consultar directamente los 69 indicadores establecidos por la alta gerencia como estratégicos. La visita de seguimiento de ICONTEC se soportó en las diferentes áreas con los indicadores parametrizados en la herramienta institucional de indicadores TUCI.

MATRIZ DE INDICADORES DE ICONTEC

Producto del requerimiento dejado por las auditoras de ICONTEC, en la visita de seguimiento, se actualizó la matriz de los indicadores Institucionales a primer semestre del año 2019 en los siguientes componentes:



PREMIO OBTENIDO “IPS CON LA MEJOR CALIDAD DE DATOS EN HEMOFILIA”

La cuenta de alto costo (CAC) del Ministerio de Salud y Protección Social, es un organismo técnico del Sistema General de Seguridad Social en salud en Colombia (SGSSS), cuya misión implica la implementación de diversos mecanismos orientados a la promoción de la gestión del riesgo de las enfermedades de alto costo.

Entre los mecanismos implementados esta la generación de un ranking de Entidades Promotoras de Salud (EPS) y de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de acuerdo con los resultados logrados por cada entidad en cuanto a la contribución en la mejora continua de la calidad de la atención con base en la gestión de la información y del conocimiento.

Se evaluaron más de 6000 instituciones del país de donde se generó el ranking de las 20 instituciones con los mejores resultados en la gestión del riesgo y la mejor calidad del reporte de datos de las enfermedades de alto costo. **El Hospital Universitario de la Samaritana fue nominado en dos categorías: - IPS con los mejores resultados de gestión del riesgo en Cáncer - IPS con la mejor calidad de datos en Hemofilia.** La premiación de las entidades ganadoras se realizó el 9 de mayo de 2019 en el marco de la segunda versión del evento “Reconocimiento a las buenas prácticas de IPS y EPS para el fortalecimiento de la gestión del riesgo y obtención de mejores resultados en salud” en donde con orgullo nuestra institución obtuvo el galardón al primer lugar como IPS con la mejor calidad de datos en Hemofilia.



Este premio es el resultado del trabajo de un grupo interdisciplinario liderado desde la oficina de Estadística del HUS, conformado por: - Oficina de Sistemas, Ingeniero Luis Olaya - Auditoría Médica. Dr. Carlos Solano - Técnico de Estadística. Diego Gómez - Líder de Estadística. Gloria Stella Bernal. Gracias al grupo de trabajo que contribuyó para la obtención de este galardón; continuamos trabajando para lograr altos estándares de calidad en los datos para las diferentes patologías de alto costo reportadas al CAC.

2.8 GESTIÓN TRABAJO SOCIAL

GESTIÓN DEL PROCESO

A continuación se presenta el informe consolidado de las actividades realizadas por el equipo de Trabajo Social durante el segundo trimestre y consolidado I semestre 2019.

ACCIONES ADMINISTRATIVAS

	TRAMITES	TRAMITES	TRAMITES	TRAMITES	DIALISIS
2016	228	311	321	234	54
2017	287	155	334	303	66
2018	327	208	367	334	80
2019	398	95	311	493	37
II TRIMESTRE 2019	247	37	139	248	18

En la tabla anterior se relaciona el total de acciones administrativas realizadas por el equipo de Trabajo Social durante el segundo trimestre de 2019 y consolidado comparativo de los años 2016 a 2019. La variabilidad de los datos cuantitativos está relacionada con el número de ingresos y patologías de nuestros pacientes. Respecto a la oportunidad de las EPS frente a estos trámites encontramos promedio de respuesta en días: para remisiones 5,5 días, exámenes 4,3 días, oxígenos 2,8 y medicamentos 2,3. Promedio que semestralmente se siguen manteniendo gracias a la gestión realizada por el equipo de Trabajo Social ante las diferentes EAPB.

Un dato a señalar relevante de los datos registrados anteriormente hace referencia al trámite de exámenes extrainstitucionales puesto que en comparación con años anteriores ha disminuido el número de solicitudes ya que el HUS inicia operación del resonador para el segundo trimestre del año 2016. El incremento en el año 2019 fue dado por daño del TAC en nuestra Institución, en lo que va corrido del año 2019 no se ha presentado daño de éste equipo.

GESTION SOCIAL

INTERVENCIÓN	USUARIOS INTERVENIDOS I SEMESTRE AÑO 2016	USUARIOS INTERVENIDOS I SEMESTRE AÑO 2017	USUARIOS INTERVENIDOS I SEMESTRE AÑO 2018	USUARIOS INTERVENIDOS I SEMESTRE AÑO 2019
GESTION PACIENTES EN ABANDONO	10	6	6	2
GESTION VIOLENCIA DOMESTICA	20	12	8	13
GESTION HABITANTES DE CALLE	26	32	24	17
GESTION VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL	15	15	10	9

REUBICACIONES A ICBF	7	5	1	1
GESTION POBLACION CON DISCAPACIDAD	19	41	70	64
GESTIÓN POBLACIÓN LGBTI	3	4	2	8
GESTIÓN POBLACIÓN EXTRANJERA	3	10	56	130
GESTIÓN POBLACIÓN AFRO	4	10	1	1
GESTIÓN POBLACIÓN INDIGENA	19	38	44	29
GESTIÓN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO O CONFLICTO ARMADO	13	8	5	14
GESTION POBLACION INPEC	-	-	33	82
TOTAL	139	181	260	370
TOTAL POBLACION II TRIMESTRE 2019				180

La tabla anterior nos indica las acciones de Trabajo Social relacionadas con la atención de población vulnerable, las cuales fueron identificadas y a las que se realiza Estudio Social y se establece plan de tratamiento. Instituciones como Bienestar Familiar, Secretaría de Integración Social, Alcaldías Municipales, Comisarías y Fiscalía entre otros son algunas instituciones a través de las cuales se favorece la restitución de los derechos de los pacientes. Trabajo social colabora con la orientación y el apoyo psicosocial a los paciente que requieren algún tipo tramite, respondiendo a inter-consultas, brindando orientación a los familiares que no cuentan con red familiar en Bogotá para que se ubiquen el albergues cerca al hospital, realiza reporte y seguimiento a los casos que se presentan de paciente víctima de algún tipo de violencia, se comunica con las diferentes entidades del estado para lograr la ubicación de los pacientes que están en abandono.

Teniendo como base las particularidades de las poblaciones se favorece los procesos de inclusión, restitución de derechos y otros respetando siempre sus conocimientos, cultura, creencias o situación por la que afrontan, las cuales están directamente relacionadas con su proceso salud-enfermedad.

INDICADORES

INDICADOR: REUBICACION FAMILIAR, SOCIAL E INSTITUCIONAL DE PACIENTES.

FORMULA	TRIMESTRE II - 2017	TRIMESTRE II - 2018	TRIMESTRE II-2019
# total de pacientes REUBICADOS a nivel familiar, social e institucional / # total de paciente que requieren reubicación social, familiar e institucional *100	54/47	49/48	31/31
Comparativo Total % Reubicación II trimestre	87.0%	97.9%	100%
CONSOLIDADO SEMESTRE	I SEMESTRE 2017	I SEMESTRE 2018	I SEMESTRE 2019
# total de pacientes REUBICADOS a nivel familiar, social e institucional / # total de paciente que requieren reubicación social, familiar e institucional *100	110/94	90/83	91/91
Total Porcentaje reubicación	85.4%	92.2%	100%

Como se puede evidenciar en la tabla anterior la necesidad manifiesta por nuestros usuarios frente a la reubicación social e institucional de pacientes está en promedio en un 92,5 % en el semestre. Sin embargo es pertinente señalar que Trabajo Social ha tenido que dejar de realizar búsqueda activa de estos pacientes con necesidad de ubicación en albergue, teniendo en cuenta que ya no se cuenta con el recurso para apoyar esta gestión desde el HUS y los usuarios o pacientes que se han ubicado se ha dado por el apoyo económico de algunas fundaciones u organizaciones como Damas Rosadas. Motivo por el cual en lo que va corrido de este año ha disminuido el número de pacientes favorecidos frente a la necesidad de Albergue.

INDICADOR 2: ESTUDIOS SOCIALES REALIZADOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS

FORMULA	II TRIMESTRE 2018	II TRIMESTRE 2019
# de estudios sociales realizados a pacientes hospitalizados / total de ingresos hospitalarios.	1922/2710	2077/2977
% PORCENTAJE	70.9%	69.7%
FORMULA	I SEMESTRE 2018	I SEMESTRE 2019
# de estudios sociales realizados a pacientes hospitalizados		



/ total de ingresos hospitalarios.	3339/5535	3934/5777
% PORCENTAJE	60.3%	68.1%

Tabla tomada de informe gestión Trabajo Social I trimestre 2019.

LOGROS

- El apoyo del albergue identificado en la zona por trabajo social a fin de brindar oportunidad de alojamiento a pacientes y/o familiares que no cuentan con red de apoyo en Bogotá ni recursos económicos para asumirlo.
- El avance en el desarrollo de la práctica profesional de estudiantes de trabajo social en el HUS.
- El avance en la identificación y en el fortalecimiento en la gestión social con poblaciones vulnerables que se viene realizando año tras año de acuerdo a las dinámicas sociales.
- El apoyo brindado a nuestros pacientes y/o familia gracias a la gestión interinstitucional con entidades como Alcaldías, INPEC, ICBF, Fiscalía, entes territoriales en general.

NOVEDADES IDENTIFICADAS

- Dificultades con la salida de pacientes renales debido a la ausencia de contratos de las EPSS con las unidades, baja oferta de cupos para estos pacientes y/o ubicación de las unidades en sitios diferentes a ciudad de origen del paciente.
- Dificultades en proceso de remisión de pacientes oncológicos debido a la ausencia de contratos de las diferentes Epss con estas instituciones.

La ausencia de contrato con la Epss Convida Vs. El gran volumen de pacientes hospitalizados de ésta Epss lo que generó un desgaste administrativo del equipo de Trabajo Social para el trámite de remisión de éstos pacientes que finalmente no lograron ser ubicados en muchos de los casos.

2.8 ATENCIÓN AL USUARIO – UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ

GESTIÓN DEL PROCESO

Comportamiento del Indicador Lealtad – Tasa De Satisfacción Global: Circular Única – Supersalud

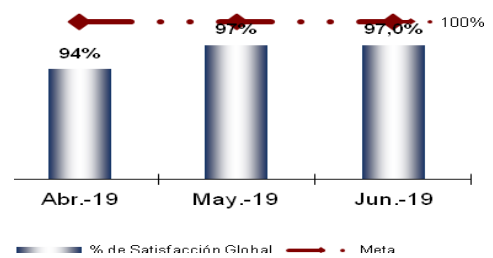
Porcentaje de Satisfacción Global HUS

FORMULA	Abril 2019	Mayo 2019	Junio 2019	%TOTAL II Trimestre
# total de paciente satisfechos con los servicios recibidos / # total de pacientes encuestados por la IPS *100	67/71 94%	69/71 97%	69/71 97%	205/213 96%

Fuente: Base de datos PQR 2017 – 2019 SIAU

Porcentaje de Satisfacción Global HUS

SEGUNDO TRIMESTRE DE 2019



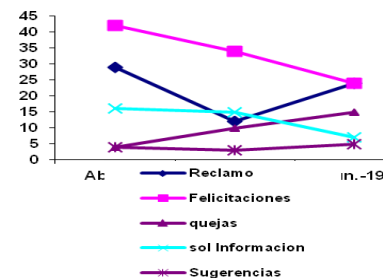
Referente al porcentaje de satisfacción global en la Unidad Funcional se observa en la gráfica arriba presentada que en el segundo trimestre de 2019 la percepción de los usuarios fue positiva donde ellos califican con un 96% satisfactoria la atención recibida, Esto es el resultado de un mayor compromiso por parte de los colaboradores de la UFZ y de la adherencia a los procesos de calidad y una atención enfocada en la Humanización.

Clasificación de Peticiones de Usuarios radicadas en la SIAU:

NÚMERO DE PETICIONES Y PORCENTAJE EN RELACIÓN CON EL TOTAL DEL PERÍODO				
PETICIÓN	Abril 2019	Mayo 2019	Junio 2019	Total II Trimes
Reclamo	29(30%)	12(16%)	24(32%)	65
Felicitaciones	42(44%)	34(46%)	24(32%)	100
Quejas	4(4%)	10(14%)	15(20%)	29
Sol. Información	16(17%)	15(20%)	7(9%)	38
sugerencias	4(4%)	3(4%)	5(7%)	12
TOTAL	95(100%)	74(100%)	75 (100%)	244

Número de Peticiones radicadas

SEGUNDO TRIMESTRE 2019



Fuente: Base de datos PQR 2017 – 2019 SIAU

Con respecto al comportamiento de las PQRS durante el segundo trimestre del 2019, el servicio de Información y Atención al Usuario de la Unidad Funcional recepción, clasificó y tramitó 244 PQRS de las cuales el 41% correspondió a felicitaciones, el 26% a reclamos y un 13% de quejas, es importante resaltar el compromiso de los funcionarios frente a la política de humanización y el impacto de la estrategia del “PACTO POR EL TRATO AMABLE” que se viene desarrollando y el acompañamiento de las auxiliares SIAU sensibilizando tanto al cliente externo como interno, para disminuir quejas especialmente de fallo en el trato amable y digno. En el comparativo de la vigencia se evidencia un aumento significativo en el número de PQRS en virtud a que las felicitaciones de triplicaron frente a los años anteriores. Dentro del proceso es importante también destacar que la oficina de Atención al usuario realiza la proyección de las respuestas y el profesional de apoyo a la gestión científica revisa, corrige y/o complementa y firma la respuesta.

ENCUESTAS DE SATISFACCION: Abril, Mayo, Junio de 2019

SERVICIO	Numero de encuestas aplicadas II trimestre 2019	NUMERO DE USUARIOS SATISFECHOS II trimestre 2019	% DE SATISFACCION (pregunta trazadora)
HOSPITALIZACION	24	24	100%
CONSULTA EXTERNA	24	24	100%
COGUA	24	24	100%
C S SAN CAYETANO	24	24	100%
URGENCIAS	24	20	83%
CIRUGIA AMBULATORIA	24	22	92%
SALA DE PARTOS	21	21	100%
IMAGENOLOGIA	24	24	100%
LABORATORIO	24	24	100%

INTERVENCIONES REALIZADAS DURANTE LAS RONDAS Y VISITAS DE SERVICIO a pacientes hospitalizados II Trimestre de 2019. Se cuenta con dos auxiliares de apoyo para realizar rondas hospitalarias diarias en los servicios de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa. Dentro de las actividades que desarrollan se encuentra: Divulgación Derechos y Deberes 831, Aplicación de encuestas de satisfacción 213, Ronda a paciente hospitalizado 1326, Talleres de Cuidadores # 3, Talleres de Pacto por el Trato Amable #1,

Informadoras de la guía de acompañamiento para la familia del paciente hospitalizado #172, Celebración de cumpleaños de pacientes #2, Censo de fallecimientos para celebración eucarística # 42.

OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS	Abril	Mayo	Junio	TOTAL
Autorizaciones B- salud	175	100	60	874
Portabilidades	32	50	38	187
Autorizaciones ARL	63	80	80	339
Póliza Estudiantil	15	12	12	53
Citas reprogramadas	214	154	130	443
Digiturno	13081	14981	11768	53356

PROGRAMA DE HUMANIZACION. Para la meta del producto anual del Plan Indicativo 2019 de la Unidad Funcional Zipaquirá de acuerdo a la siguiente descripción: (37) Implementar .el Plan de Acción de Humanización en la UFZ .Se cumplieron con las actividades descritas en los cronogramas anuales. DIFICULTADES: débil interés de los funcionarios por empoderarse de los temas de Humanización. y algunas de las actividades requieren recursos financieros para obtener mayor impacto y no contamos con rubros para ello.

SATISFACCION GLOBAL - HUS UFZ 2017-2019

	2017	2018	2019
Pacientes satisfechos con los servicios recibidos	724	842	398
pacientes encuestados	917	902	428
% satisfaccion	79%	93%	93%

Durante las vigencias 2017 -2019 los usuarios aumentaron su percepción de satisfacción frente a la prestación de los servicios que se dan en la Unidad Funcional, especialmente por el reconocimiento que dan a cambios y ajustes o arreglos de infraestructura, mobiliaria y equipos. También han reconocido el paulatino cambio de actitud de algunos funcionarios quienes se sensibilizaron frente al trato amable y cálido en la atención. Los usuarios reconocen las mejoras que se han hecho en el hospital.

DIFICULTADES: falta de tecnología; espacio insuficiente en urgencias, atención más rápida en urgencias y para facturar; cambio de actitud institucional de algunos colaboradores en diferentes servicios.

QUEJAS Y RECLAMOS POR FALTA CALIDEZ Y TRATO AMABLE - HUS UFZ 2017 – 2019 Para la meta del producto anual del Plan Indicativo 2019 de la Unidad Funcional Zipaquirá de acuerdo a la siguiente descripción: (42) quejas y reclamos por falta de calidez y trato amable

Formula: # de QR por fallo de calidez y trato amable / # total de QR recepcionadas * 100

	2017	2018	2019
total de QR recepcionados	264	155	180



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

QR por fallo en calidez y trato amable	89	46	55
%	34%	30%	31%

Fuente Información: Sistema de PQRSFD para la Unidad Funcional de Zipaquirá. Base de datos años anteriores.

Se han capacitado el 70% de los funcionarios de la Unidad Funcional en Humanización Derechos y Deberes y Pacto por el Trato Amable. DIFICULTADES: la resistencia de muchos funcionarios a cambiar de actitud frente al trato poco amable es un problema de cultura institucional.

POLÍTICA DE PARTICIPACION SOCIAL - Para la meta del producto anual del Plan Indicativo 2019 de la Unidad Funcional Zipaquirá de acuerdo a la siguiente descripción: (Política Publica de Participación Social) Ejecución Plan de Acción

vigencias	2017		2018		2019	
	Comité usuarios	Veeduría	Comité usuarios	Veeduría	Comité usuarios	Veeduría
Actividades planeadas	10	2	10	8	4	5
Actividades Ejecutadas	10	2	10	6	2	0
%	100%	100%	100%	75%	50%	0%

Se han realizado reuniones con el Comité Apoyo de Usuarios y se dio cumplimiento a algunas actividades del Plan de Acción.

DIFICULTADES: La PPPS debe ejecutarse especialmente con los grupos de Participación Social, en el caso del hospital, la UFZ debe trabajar con los veedores en salud y ellos no han asistido al hospital durante este I semestre a pesar de las invitaciones y llamadas.

Misión Salud: Identifique logros y dificultades de la estrategia. Revisada trazabilidad proceso PQRSFD se evidencio cumplimiento de términos en las respuestas.

ACCIONES IMPLEMENTADAS EN VIRTUD A LAS PQRS

- Mediante el cumplimiento y ejecución de las actividades de humanización y a través de las capacitaciones han disminuido las PQRS por falta de trato amable
- Se reforzaron capacitaciones al personal de enfermería, médicos y facturación para sensibilizarlas sobre procesos institucionales (humanización, seguridad del paciente, otros)
- Se ha logrado sensibilizar a los colaboradores del HUS UFZ mediante los talleres del Pacto por el Trato Amable
- Arreglos de Infraestructura (centro de salud Cogua)
- Arreglos de Infraestructura (puesto de salud San Cayetano)



- Campañas de aseo, orden y limpieza.
- Se han abordado más usuarios y pacientes en todo el hospital educándolos en Derechos y Deberes.
- Los usuarios se sienten satisfechos con el apoyo de SIAU especialmente en las rondas de servicio, en virtud a que se hace un acompañamiento efectivo durante su estancia hospitalaria.
- Cumplimiento del programa de humanización en todas sus 7 líneas estratégicas.

FORTALEZAS: Call center nuevo, Equipo de trabajo consolidado , con buena actitud y excelentes relaciones interpersonales, Se ha dado cumplimiento a la entrega de informes (Plan Indicativo, PAS, Pamec, Informe Humanización, Informe de gestión, Apoyo estudiantes Sena.

DEBILIDADES

- ❖ La oficina de Atención al Usuario requiere un(1) escáner, Computador para la oficina, Dos sillas de oficina
- ❖ La ausencia de la Veeduría en salud ha sido un obstáculo para el desarrollo de la PPPS
- ❖ El Comité de Apoyo disminuyo número de integrantes
- ❖ Algunos servicios demoran la entrega de las respuestas de PQRS
- ❖ Algunos servicios no entregan los planes de mejora
- ❖ Algunos funcionarios se resisten a adherirse a la política de Humanización.

CAPÍTULO III

DIRECCION FINANCIERA



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

3.1 GESTIÓN FINANCIERA

GESTIÓN DEL PROCESO

3.3.1 Mercadeo y Contratación de servicios de Salud

TABLA 1. VALORES CONTRATADOS 2017 – 2018 Y 2019 II TRIMESTRE – ACUMULADO SEDE BOGOTÁ

RÉGIMEN	2017	%	2018	%	2019	%
Régimen Contributivo	755.000.000	1,8%	1.720.000.000	4,4%	16.907.962.328	37,3%
Régimen Subsidiado	40.259.150.546	96,0%	35.390.000.000	90,3%	24.881.521.857	54,9%
Vinculados	755.000.000	1,8%	-	0,0%	571.428.571	1,3%
PIC (antes PAB)	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
Otras contratos de Servicios de Salud	171.106.854	0,4%	2.091.561.600	5,3%	2.937.396.243	6,5%
TOTAL	41.940.257.400	100,0%	39.201.561.600	100,0%	45.298.308.999	100,0%

Fuente: Informes de Gestión años 2017 y 2018 – Matriz de contratación I semestre año 2019 – Módulo Facturación Dinámica Gerencial I semestre año 2019

TABLA 2. VALORES CONTRATADOS 2017 – 2018 Y 2019 II TRIMESTRE – ACUMULADO SEDE ZIPAQUIRÁ

RÉGIMEN	2017	%	2018	%	2019	%
Régimen Contributivo	427.800.000	3,0%	920.000.000	5,4%	5.355.650.921	35,7%
Régimen Subsidiado	12.674.834.854	88,5%	16.188.182.016	94,4%	9.009.302.015	60,0%
Vinculados	427.800.000	3,0%	-	0,0%	121.006.944	0,8%
PIC (antes PAB)	355.640.000	2,5%	21.120.000	0,1%	183.613.522	1,2%
Otras contratos de Servicios de Salud	429.807.146	3,0%	23.000.000	0,1%	348.068.173	2,3%
TOTAL	14.315.882.000	100,0%	17.152.302.016	100,0%	15.017.641.575	100,0%

Fuente: Informes de Gestión años 2017 y 2018 – Matriz de contratación I semestre año 2019 – Módulo Facturación Dinámica Gerencial I semestre año 2019

TABLA 3. VALORES CONTRATADOS 2017 – 2018 Y 2019 II TRIMESTRE – ACUMULADO CONSOLIDADO

RÉGIMEN	2017	%	2018	%	2019	%
Régimen Contributivo	1.182.800.000	2,1%	2.640.000.000	4,7%	22.263.613.249	36,9%
Régimen Subsidiado	52.933.985.400	94,1%	51.578.182.016	91,5%	33.890.823.872	56,2%
Vinculados	1.182.800.000	2,1%	-	0,0%	692.435.515	1,1%
PIC (antes PAB)	355.640.000	0,6%	21.120.000	0,0%	183.613.522	0,3%
Otras contratos de Servicios de Salud	600.914.000	1,1%	2.114.561.600	3,8%	3.285.464.416	5,4%



TOTAL	56.256.139.400	100,0%	56.353.863.616	100,0%	60.315.950.574	100,0%
-------	----------------	--------	----------------	--------	----------------	--------

Fuente: Informes de Gestión años 2017 y 2018 – Matriz de contratación I semestre año 2019 – Módulo Facturación Dinámica Gerencial I semestre año 2019

De acuerdo a las tablas anteriores se puede evidenciar que para el segundo trimestre de 2019 acumulado, el régimen contributivo refleja un aumento significativo en la contratación para este régimen con respecto a los años anteriores. Para el caso del régimen subsidiado se observa un comportamiento descendente con respecto a los años anteriores, tema que ya se ha explicado en anteriores informes, debido a la disminución en la contratación con la EPS CONVIDA, al igual que los contratos con Nueva EPS, el cual ya no se tiene suscrito, disminución en pacientes de la EPS Medimás en el segundo trimestre de 2019 y contrato con Capital Salud que para el año 2019 ya no se tiene suscrito. Se refleja aumento en la contratación de vinculados, debido a que para el año 2018 para este periodo no se tenía contrato suscrito y para el año 2019 se suscribe en el mes de mayo, al igual que el PIC y la contratación de otros servicios en la cual se evidencia un aumento del 1.7% con respecto al año anterior.

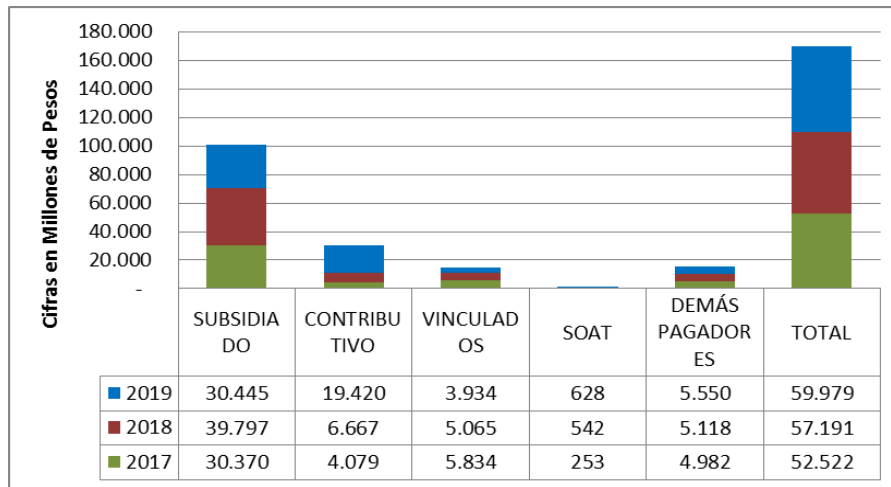
Debido a que el comportamiento de la contratación con el régimen subsidiado no es el más óptimo, teniendo en cuenta que esta población es nuestro mayor cliente, se viene contratando otros servicios con los regímenes de excepción, régimen especial, tele consulta, ARL y pólizas, como son magisterio, Inpec, las ESEs de Cundinamarca y Aseguradoras, que son contratos pequeños pero que tienen una remisión de pacientes constante. La contratación de otros servicios ocupa el 5.4% de toda la contratación para este semestre.

Actualmente ya se tiene suscrito contrato con la Secretaria de Salud de Cundinamarca para atender población vinculada, se suscribe contratos con las alcaldías de Cogua y San Cayetano y Zipaquirá, para el Plan de Intervenciones Colectivas. La contratación del PIC solo ocupa el 0.3% de la contratación total para este Semestre.

En términos generales la contratación del primer semestre año 2019, comparado con el mismo periodo para el año 2018, aumentó en un 7%.

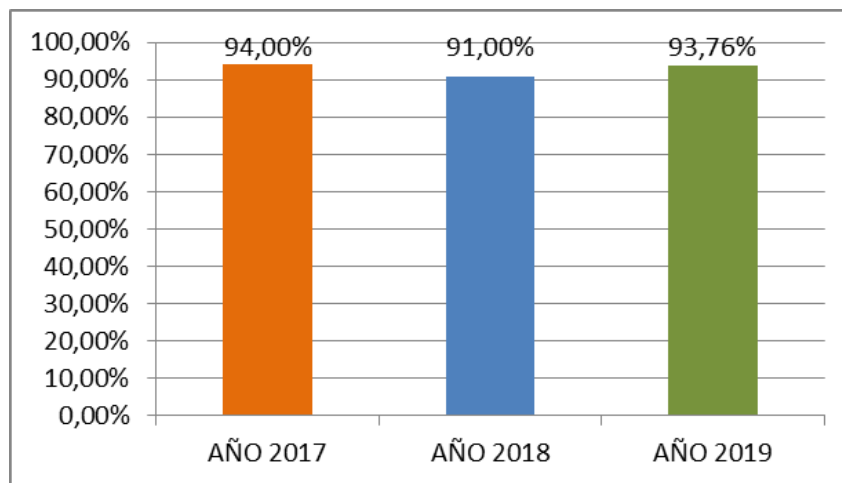
3.3.2 Facturación

GRÁFICA 1. FACTURACIÓN POR RÉGIMEN SEDE BOGOTÁ II TRIMESTRE – ACUMULADO COMPARATIVO AÑOS 2019-2018-2017

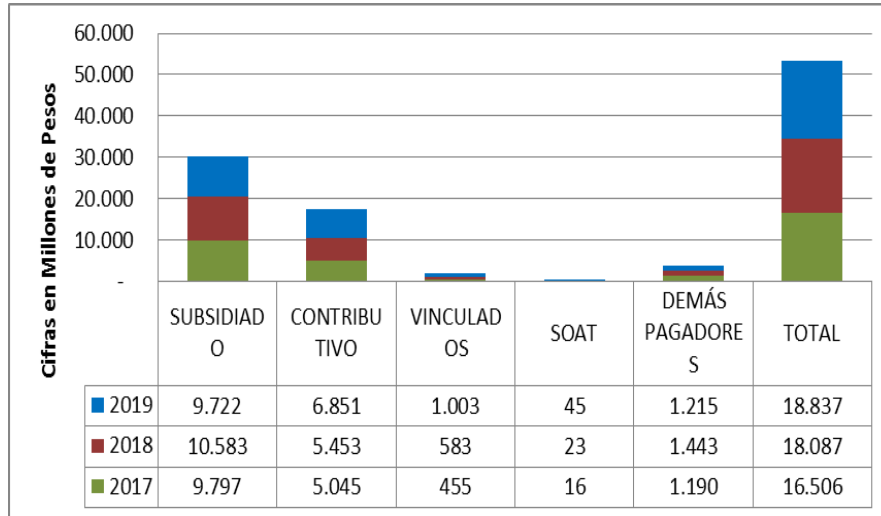


Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 30 Junio 2019

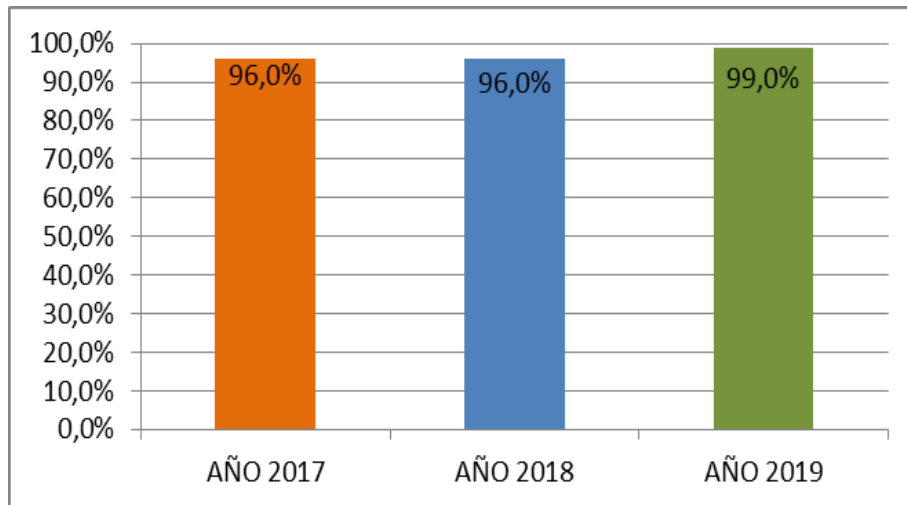
GRÁFICA 2. PORCENTAJE DE RADICACIÓN SEDE BOGOTÁ II TRIMESTRE ACUMULADO - COMPARATIVO AÑOS 2019-2018-2017



Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

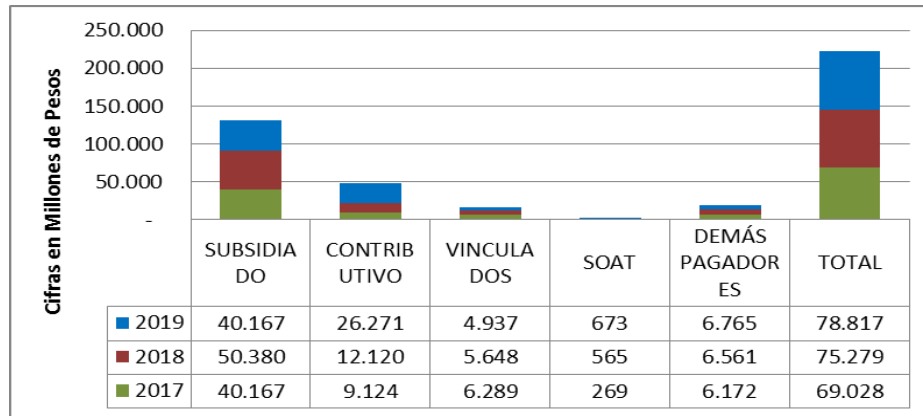
GRÁFICA 3. FACTURACIÓN POR RÉGIMEN SEDE ZIPAQUIRÁ II TRIMESTRE ACUMULADO - COMPARATIVO AÑOS 2019-2018-2017


Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 30 Junio 2019

GRÁFICA 4. PORCENTAJE DE RADICACIÓN SEDE ZIPAQUIRÁ II TRIMESTRE ACUMULADO - COMPARATIVO AÑOS 2019-2018-2017


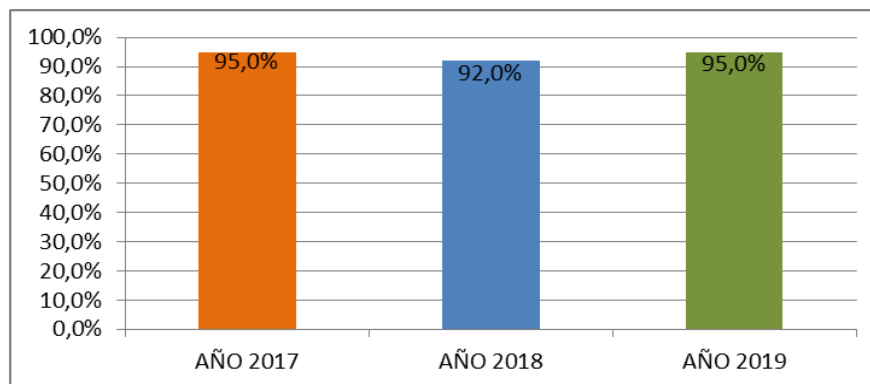
Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 30 Junio 2019

GRÁFICA 5. FACTURACIÓN POR RÉGIMEN SEDE CONSOLIDADO II TRIMESTRE ACUMULADO - COMPARATIVO AÑOS 2019-2018-2017



Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 30 Junio 2019

GRÁFICA 6. PORCENTAJE DE RADICACIÓN CONSOLIDADO I TRIMESTRE COMPARATIVO AÑOS 2019-2018-2017



Fuente: Sistema de información – Módulo de Facturación - Dinámica Gerencial Corte 31 Marzo 2019

En las ventas para el Régimen Contributivo representa el 117% evidencia un aumento con respecto a la vigencia anterior, donde las EPS más representativas son Famisanar, Medimás, Nueva EPS, Salud Total.

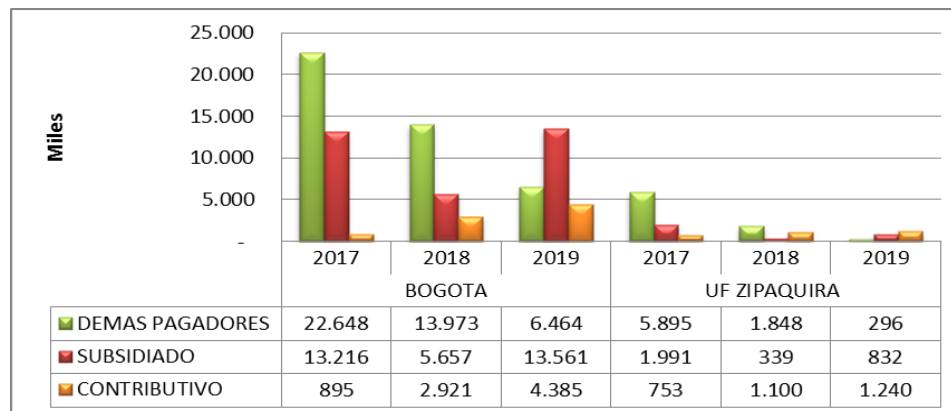
En el Régimen Subsidiado representa una disminución total del 20% con respecto a la vigencia anterior, las principales EPS es Ecoopsos y Comparta con aumento considerable, Con Convida que era nuestro principal pagador se redujo significativamente.

La Secretaria de Salud de Cundinamarca se redujo en un 13%, el pagador de población vinculada más representativo es el Fondo Financiero Distrital, En accidentes de tránsito la principal aseguradora Seguros del Estado. Se evidencia aumento en Soat del 19% y en otros servicios del 3%.

La radicación consolidada se encuentra en un 95%. La nueva metodología de radicación es exigible para normalizar la radicación oportuna con el cierre de ingresos al 100%, para que las cuentas se pasen para su radicación antes de los 15 primeros días del mes siguiente. Actualmente se desarrolla el ajuste gradual para lograr el cumplimiento del PAS.

3.3.3 Objeciones y glosas

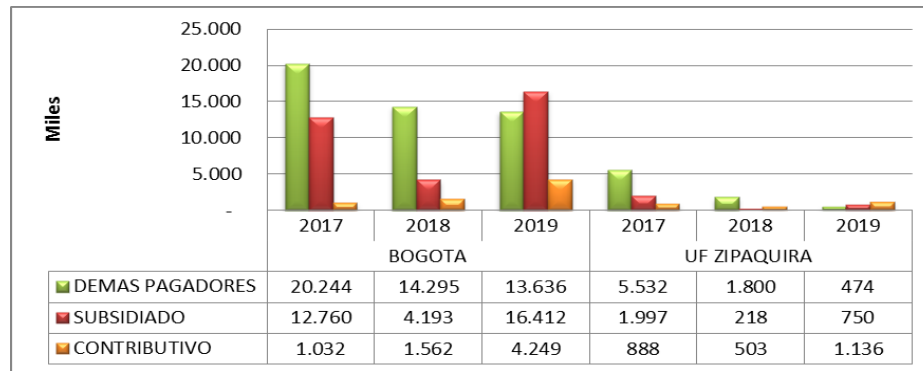
GRÁFICA 7. VALOR GLOSA RADICADA COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 UF BOGOTÁ Y UF ZIPAQUIRA:



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Junio de 2019

Para el I Semestre de 2019 el resultado en sede Bogotá del incremento en la recepción de glosa en Régimen Subsidiado; se fundamentó principalmente por Convida EPS quien notifico glosa acumulada y en UF Zipaquirá en Régimen Contributivo por Famisanar EPS, Sanitas y Sura EPS; adicional al proceso operativo técnico de ingreso de las conciliaciones, depuración del correo Institucional, acceso permanente a páginas WEB y disminución del tiempo del ingreso.

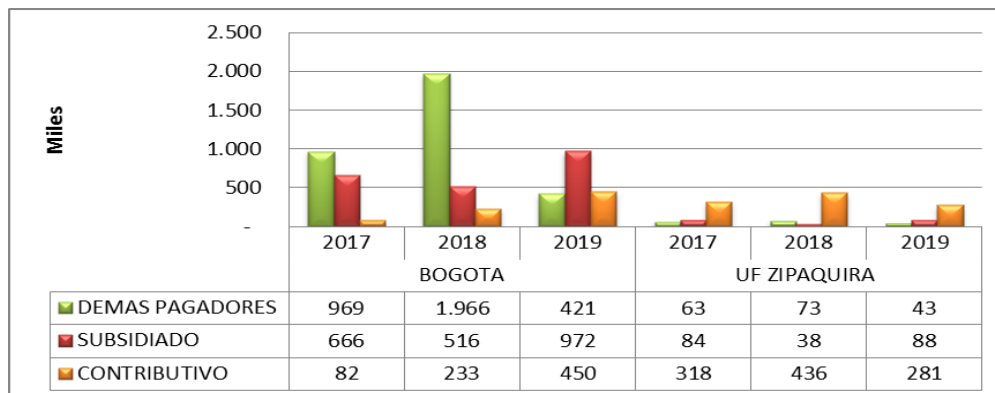
GRÁFICA 8. VALOR GLOSA TRAMITADA COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 UF BOGOTÁ Y UF ZIPAQUIRA



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Junio de 2019

El aumento en la glosa tramitada en Sede Bogotá, corresponde a un resultado efectivo, coherente y de proceso para el I Semestre del 2019 con incremento en la respuesta de la primera estancia y la conciliación posterior con escenarios más equilibrados entre las partes. En la UF Zipaquirá el régimen contributivo de acuerdo a tendencias, presentó un incremento en gestión de glosa con respecto al mismo periodo de la vigencia 2018, por gestión en respuesta, esperamos que con el ingreso de las conciliaciones ya cerradas logremos incrementar aún más la gestión de respuesta.

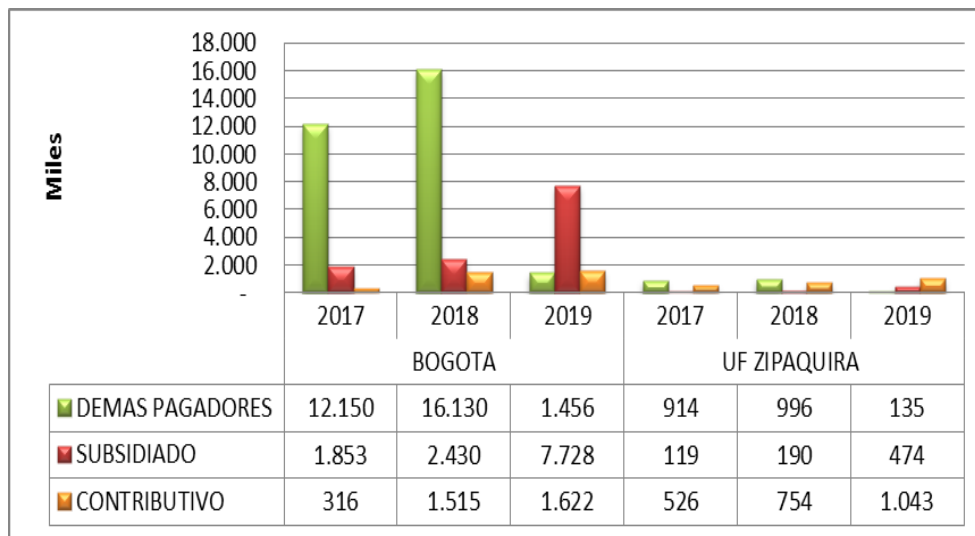
GRÁFICA 9. VALOR GLOSA ACEPTADA COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 UF BOGOTÁ Y UF ZIPAQUIRA



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Junio de 2019

Al cierre del Semestre se realizó un trabajo programado de persistencia en cuanto al fortalecimiento de las conciliaciones (glosa una a una), mejorar la calidad y oportunidad en el ingreso de la glosa y generar un escenario de respuesta inicial dentro de los tiempos, siendo óptimo el resultado ya que al tener una operación más al día, con mayor índice de gestión, se logra mantener el estándar Institucional de aceptación que para este periodo que cerró en **2.9%**.

GRÁFICA 10. VALOR GLOSA EN TRÁMITE COMPARATIVO AÑOS 2017-2018-2019 UF BOGOTÁ Y UF ZIPAQUIRA



Fuente: Sistema de información – Módulo de Glosas – Dinámica Gerencial Corte 30 Junio de 2019

La disminución importante de los saldos de la glosa en trámite al cierre del I Semestre, complementa la integración de los buenos resultados al decrecer en el estado pendientes por tramitar que automáticamente aumenta la glosa tramitada y mejora el proceso final con el área de cartera, más aun cuando aumento el ingreso de la glosa reportada para el mismo periodo.

Complementando lo anterior, el incremento tramitado en Régimen Subsidiado se genera por inclusión de conciliaciones con Convida EPS, Capresoca EPS y Ecoopsos EPS y en Contributivo con Famisanar, Nueva EPS y Sanitas EPS principalmente; que al finalizar el ciclo de registro y confirmación disminuirá nuevamente el saldo de pendientes para la Sede Bogotá y UF Zipaquirá.

3.3.4 Cartera

COMPARATIVO DE CARTERA CONSOLIDADO A JUNIO DE 2019 (RADICADA Y SIN RADICAR)

CARTERA RADICADA JUNIO DE 2019

UNIDAD FUNCIONAL	SALDO	0-30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	ORDENES DE SERVICIO
BOGOTA	152.726.291.088	2.192.168.839	10.657.723.815	9.535.022.696	23.542.554.858	28.757.818.963	78.025.283.505	15.718.413
GIRARDOT	9.112.708.431	0	0	0	0	0	9.112.708.431	0
VEGA	39.795.126	0	0	0	0	0	39.795.126	0
ZIPAQUIRA	33.173.314.578	517.642.892	2.557.346.694	1.797.678.039	5.269.368.712	8.760.586.906	14.262.326.979	8.364.358
Total general	195.052.109.224	2.709.811.731	13.215.070.508	11.332.700.735	28.811.923.569	37.518.405.868	101.440.114.041	24.082.771
		1%	7%	6%	15%	19%	52%	0%

CARTERA SIN RADICAR JUNIO DE 2019

UNIDAD FUNCIONAL	SALDO	0-30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	ORDENES DE SERVICIO
BOGOTA	18.502.908.241	9.431.807.406	3.126.544.457	1.122.147.912	583.886.081	441.304.144	600.441.028	3.196.777.213
GIRARDOT	35.614.910	0	0	0	0	0	35.614.910	0
ZIPAQUIRA	4.636.494.216	3.303.657.461	296.804.085	24.928.776	60.562.137	39.110.499	186.184.308	725.246.950
Total general	23.175.017.366	12.735.464.867	3.423.348.542	1.147.076.688	644.448.218	480.414.643	822.240.245	3.922.024.163
		55%	15%	5%	3%	2%	4%	17%

Total general	218.227.126.590	15.445.276.598	16.638.419.050	12.479.777.423	29.456.371.787	37.998.820.511	102.262.354.286	3.946.106.934
----------------------	------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------	----------------------

PARTIDAS X IDENTIFICAR	-10.987.169.108
CARTERA NETA	207.239.957.482
(-) GIRO DIRECTO	-6.584.836.853
TOTAL CARTERA	200.655.120.629
1485 DEUDAS DE DIFICIL RECAUDO	14.675.027.431
TOTAL CARTERA + DIFICIL RECAUDO	215.330.148.060



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

COMPARATIVO DE CARTERA CONSOLIDADO A JUNIO DE 2018 (RADICADA Y SIN RADICAR)

CARTERA RADICADA JUNIO DE 2018

UNIDAD FUNCIONAL	SALDO	0-30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	ORDENES DE SERVICIO
BOGOTA	153.294.008.672	13.965.158.240	9.561.015.031	7.514.181.320	18.929.434.255	36.681.059.311	62.171.235.448	4.471.925.068
GIRARDOT	12.043.605.200	0	0	0	0	388.201	12.043.216.999	0
VEGA	49.029.351	0	0	0	0	0	49.029.351	0
ZIPAQUIRA	34.369.654.337	3.412.749.270	3.102.900.958	2.947.432.160	6.328.767.149	6.910.049.909	11.049.732.646	618.022.245
TOTAL GENERAL	199.756.297.560	17.377.907.510	12.663.915.989	10.461.613.480	25.258.201.404	43.591.497.421	85.313.214.444	5.089.947.313
	88%	9%	6%	5%	13%	22%	43%	3%

CARTERA SIN RADICAR JUNIO DE 2018

UNIDAD FUNCIONAL	SALDO	0-30 DIAS	31-60 DIAS	61-90 DIAS	91-180 DIAS	181-360 DIAS	MAS DE 360 DIAS	ORDENES DE SERVICIO
BOGOTA	21.866.172.021	12.617.443.915	2.354.823.497	526.609.046	408.237.362	1.167.181.760	320.775.015	4.471.101.426
GIRARDOT	197.633.544	0	0	0	0	0	197.633.544	0
ZIPAQUIRA	5.084.124.778	3.099.944.069	933.091.906	152.861.041	166.964.076	7.288.575	112.394.989	611.580.122
TOTAL GENERAL	27.147.930.343	15.717.387.984	3.287.915.403	679.470.087	575.201.438	1.174.470.335	630.803.547	5.082.681.548
	12%	58%	12%	3%	2%	4%	2%	19%

GRAN TOTAL	226.904.227.903	33.095.295.494	15.951.831.392	11.141.083.567	25.833.402.842	44.765.967.756	85.944.017.992	10.172.628.861
------------	-----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

PARTIDAS PTES X IDENTIFICAR	16.373.851.878
-----------------------------	----------------

CARTERA RADICADA JUNIO 2017

U.FUNCIONAL	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	101.328.130.543	1.415.969.335	6.004.117.757	4.932.722.261	11.478.390.575	29.422.398.804	48.074.531.811
GIRARDOT	20.711.148.765	0	0	0	0	0	20.711.148.765



VEGA	253.620.792	0	0	0	0	0	253.620.792
ZIPAQUIRA	24.332.896.716	2.169.737.437	2.010.774.750	1.713.606.264	4.147.273.303	6.862.891.234	7.428.613.727
Total general	146.625.796.817	3.585.706.772	8.014.892.507	6.646.328.525	15.625.663.878	36.285.290.039	76.467.915.096
	88%	3%	6%	5%	12%	29%	61%

CARTERA SIN RADICAR JUNIO 2017

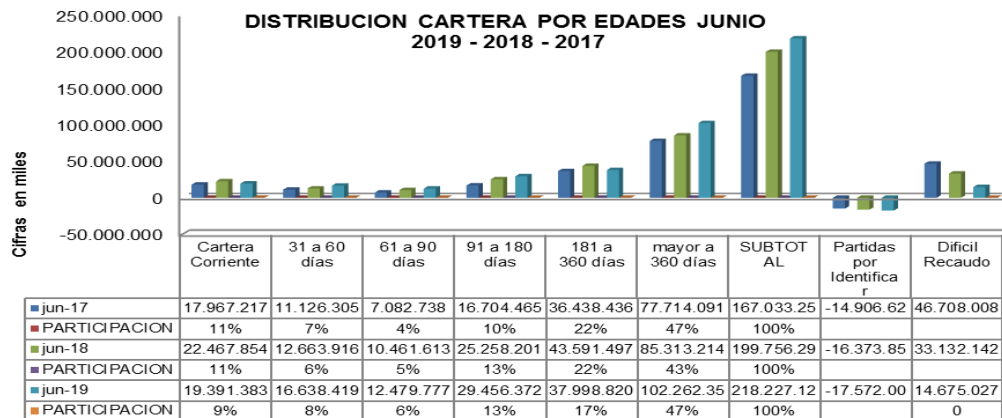
	Suma de total	Suma de d0_30	Suma de d31_60	Suma de d61_90	Suma de d91_180	Suma de d181_360	Suma de mas360
BOGOTA	15.368.264.413	11.400.064.029	2.376.893.907	385.815.851	1.050.929.929	101.230.163	53.330.534
GIRARDOT	975.438.538	0	0	0	0	0	975.438.538
ZIPAQUIRA	4.063.752.759	2.981.446.372	734.518.618	50.593.910	27.871.037	51.915.588	217.407.234
Total general	20.407.455.710	14.381.510.401	3.111.412.525	436.409.761	1.078.800.966	153.145.751	1.246.176.306
	12%	70%	15%	2%	5%	1%	6%

Total general	167.033.252.527	17.967.217.174	11.126.305.032	7.082.738.286	16.704.464.844	36.438.435.790	77.714.091.402
	14%	100%					

Cg x Identificar	14.906.622.200
Total Neto Cartera	152.126.630.328

FUENTE: MODULO CONTABILIDAD - DGH Y EXPRESADO EN PESOS

Al realizar el comparativo de la cartera consolidada del 2° Trimestre del año 2019 con el mismo periodo del año 2018, se puede anotar que hubo una disminución de la cartera en un 4%. En cuanto al año 2019, el 12% aún se encuentra pendiente por radicar y el 88% se encuentra radicado, de la cartera radicada el 23% está a más de 360 días.



A la anterior situación de las tres sedes se resalta que existen valores en cuentas del pasivo que deben ser aplicados a la Cartera y que no se han podido descargar en los valores de cartera de cada una de las sedes por no tener el soporte para la identificación factura a factura debido a que se mantiene la tendencia a que las entidades no entreguen soportes oportunamente, el valor total de estas partidas con corte a 30 de Junio de 2019 asciende a la suma de \$17.572. millones; de los cuales el 27,% corresponde a la Secretaria de Salud de Cundinamarca, por concepto de Contrato con el Sistema General de Participación y no se ha podido cruzar con las Facturas del 2018, ya que el cliente no ha realizado auditoria a estos servicios; el valor registrado en cuentas por identificar, está sobrevalorado debido a que los pagos que realizan los clientes corresponden a las tres sedes y al no poder ser identificados se registra el valor de todas las unidades funcionales en la Unidad Funcional de Bogotá, una vez se hace la respectiva identificación por factura se registran los pagos en cada una de las Unidades respectivas

Recaudo Consolidado

TOTAL CONSOLIDADO DE RECAUDOS A JUNIO DE 2019			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2019	TOTAL
CONTRIBUTIVO	4.396.527.815	1.455.327.117	5.851.854.932
SUBSIDIADO	39.777.365.538	7.741.690.165	47.519.055.703
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	1.897.842.377	0	1.897.842.377
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	20.996.878	14.542	21.011.420
ASEGURADORAS-SOAT	1.177.780.150	898.807.520	2.076.587.670
ECAT-FOSYGA	56.179.599	3.649.236	59.828.835
OTRAS ENTIDADES	1.597.042.777	1.646.729.672	3.243.772.449
TOTAL RECAUDOS CARTERA A JUNIO 2019	48.923.735.134	11.746.218.252	60.669.953.386
	81%	19%	

FUENTE DE INFORMACION: Modulo de Tesorería – Dinámica Gerencial.Net

TOTAL CONSOLIDADO DE RECAUDOS A JUNIO DE 2018			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2018	TOTAL
CONTRIBUTIVO	1.810.287.684	1.820.320.062	3.630.607.746
SUBSIDIADO	27.016.064.766	19.973.387.992	46.989.452.758
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	2.340.792.191	1.452.032	2.342.244.223
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	10.611.891	299.126.958	309.738.849



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co
“Humanización con sensibilidad social”

ASEGURADORAS-SOAT	1.066.646.670	1.501.406.133	2.568.052.803
ECAT-FOSYGA	2.202.828.487	29.466.568	2.232.295.055
OTRAS ENTIDADES	785.134.586	510.364.957	1.295.499.543
OTROS CONCEPTOS	0	0	0
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA	35.232.366.275	24.135.524.702	59.367.890.977
	59%	41%	

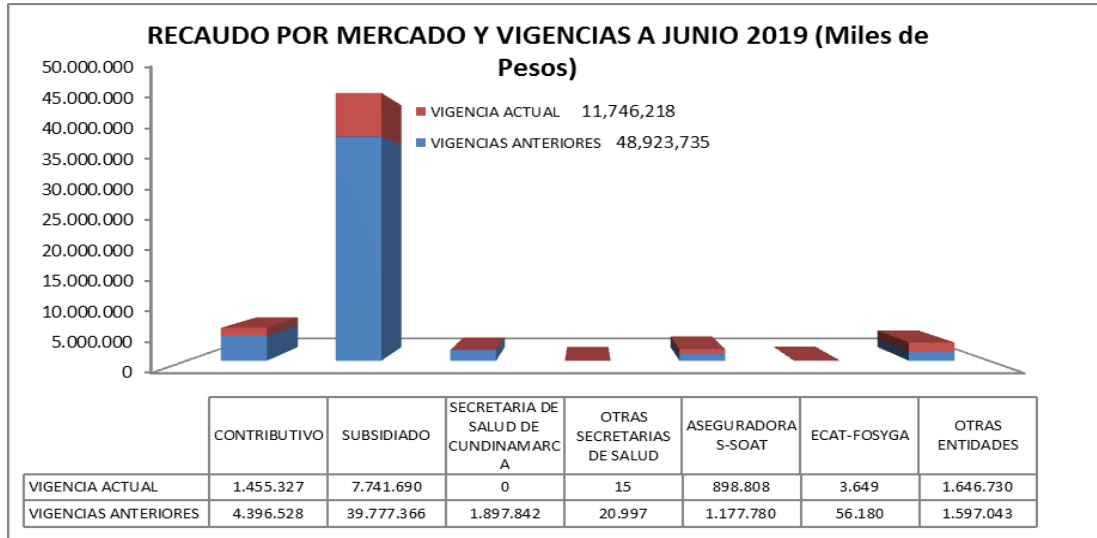
FUENTE DE INFORMACION: Modulo de Tesorería – Dinámica Gerencial.Net

TOTAL CONSOLIDADO DE RECAUDOS A JUNIO DE 2017			
MERCADO	VIGENCIAS ANTERIORES	VIGENCIA ACTUAL 2017	TOTAL
CONTRIBUTIVO	4.245.413.999	2.291.380.715	6.536.794.714
SUBSIDIADO	31.537.063.494	20.076.051.710	51.613.115.204
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	0	0	0
OTRAS SECRETARIAS DE SALUD	753.636.504	0	753.636.504
ASEGURADORAS-SOAT	691.703.790	965.726.304	1.657.430.094
ECAT-FOSYGA	1.064.950	8.606.269	9.671.219
OTRAS ENTIDADES	807.880.262	697.859.284	1.505.739.546
OTROS CONCEPTOS	0	0	0
TOTAL RECAUDOS POR CARTERA	38.036.762.999	24.039.624.282	62.076.387.281
	61%	39%	

FUENTE DE INFORMACION: Modulo de Tesorería – Dinámica Gerencial.Net

El recaudo total consolidado por régimen para el 2° Trimestre de 2019 con mayor representatividad fue: Régimen Subsidiado con un 78% y Contributivo con un 10%, representando estos dos regímenes un 88% sobre el total recaudado.

Del total recaudado durante el 2° Trimestre de 2019, el 81% corresponde a vigencias anteriores y el 19% a la presente vigencia.



La gestión de recuperación de cartera radicada comparada con el año inmediatamente anterior, presenta un incremento de recaudo de cartera de vigencias anteriores, mientras con la cartera de vigencia actual el recaudo disminuyó en un 51%, esto se debe en gran medida a acuerdos de pagos que se realizaron con facturas que corresponden a vigencias anteriores.

Se participó en Mesas de Trabajo donde se hace seguimiento a los registros que se realizan trimestralmente en la plataforma SISPRO que es del Ministerio de Salud, según Circular 030 de 2013, mesas convocadas por la Secretaría de Salud de Cundinamarca y por el Fondo Distrital de Salud, con acompañamiento de delegados de la Contraloría de Cundinamarca y la Superintendencia Nacional de Salud, para las de Cundinamarca y adicionalmente con veeduría de la Contraloría General de la Nación para las mesas del Fondo Distrital de Salud.

El recaudo total ha venido presentando un comportamiento leve de aumento del 2% con respecto al año anterior, teniendo en cuenta que comparando año 2018 con el año 2017 hubo una disminución del 4%, situación que se motiva por los valores por Giro Directo que realiza el Ministerio han venido fluctuado a pesar que la facturación del hospital ha sido constante; en repetidas oportunidades se ha comentado en las diferentes estancias a los entes de control y en mesas de trabajo de Circular 030, a cada uno de los representantes del Ministerio de Salud, Secretaría de Salud de Cundinamarca, Contraloría de Cundinamarca, Superintendencia Nacional de Salud.

Se continúa ejerciendo presión a través de Cruces de Cartera, Comunicados como Notificación de Saldos, Derechos de Petición y envío a Cobro Jurídico a las Entidades Responsables de Pago que presenten servicios mayores a 180 días.

Adicionalmente se han adelantado con la Oficina Asesora Jurídica del Hospital, conciliación de Procesos

Radicados y en trámite con relación a los reportados por las dos áreas; para así llegar a un dato único de Información.

Cliente en Proceso Pre jurídico	Nit	Capital	Fecha entrega Jurídica	Observaciones Cartera
Convida	899999026	7.104.761.088	30-oct-2018	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Convida	899999026	7.297.599.277	30-oct-2018	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Convida	899999026	633.287.409	9-oct-2018	Mayor a 360 días - Sin Contrato
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2018		15.035.647.774		
Convida	899999026	6.095.162.952	11-feb-2019	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Convida	899999026	2.128.536.296	26-mar-2019	Mayor a 360 días - Sin Contrato
Salud Vida	830074184	476.350.813	5-abr-2019	Acuerdo de pago incumplido
Salud Vida	830074184	783.528.601	5-abr-2019	Cartera corriente - sin Acuerdo de Pago
TOTAL ENVIADO JURIDICA 2019		9.483.578.662		
TOTAL ENVIADO JURIDICA		24.519.226.436		

3.3.10.1 Presupuesto

Presupuesto de ingresos Bogotá

CONCEPTO	AÑO 2017		AÑO 2018		2018/ 2017	2018/201 7	AÑO 2019			2019/ 2018	2019/20 18
	RECONOCIMIENT O	RECAUDO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC	APROBADO	RECONOCIMIENTO	RECAUDO	VAR % RECON	VAR % REC
DISPONIBILIDAD INICIAL	39.724.825.215	39.724.825.215	47.907.886.818	47.907.886.818	20,60%	20,60%	46.250.177.768	46.250.177.768	46.250.177.768	-3,46%	-3,46%
INGRESOS CORRIENTES	52.774.440.385	22.221.472.872	57.437.110.794	22.081.472.105	8,84%	-0,63%	63.157.564.374	64.737.011.748	16.546.110.424	12,71%	-25,07%
...VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	50.572.068.112	20.019.100.599	57.191.468.700	21.835.830.011	13,09%	9,07%	55.967.422.178	59.979.666.110	11.788.764.786	4,88%	-46,01%
....REGIMEN SUBSIDIADO	35.726.453.036	13.476.446.905	39.808.111.726	15.637.868.037	11,42%	16,04%	41.226.545.444	30.379.691.622	5.752.691.983	-23,68%	-63,21%
....REGIMEN CONTRIBUTIVO	4.013.585.544	2.198.368.171	6.651.892.173	1.545.421.465	65,73%	-29,70%	3.130.589.805	19.486.304.996	1.002.010.563	192,94%	-35,16%
....ENTIDAD TERRITORIAL SUBSIDIO A LA OFERTA	5.776.630.719	2.067.881.265	5.065.547.061	2.254.715.430	-12,31%	9,04%	5.639.146.994	3.934.413.593	1.954.150.982	-22,33%	-13,33%
....OTRAS ENTIDADES	5.055.398.813	2.276.404.258	5.665.917.740	2.397.825.079	12,08%	5,33%	5.971.139.935	6.179.255.899	3.079.911.258	9,06%	28,45%
...OTROS INGRESOS	318.484.017	318.484.017	245.642.094	245.642.094	-22,87%	-22,87%	500.000.000	203.069.275	203.069.275	-17,33%	-17,33%
...INGRESOS POR TRANSFERENCIAS	1.883.888.256	1.883.888.256	-	-	-100,00%	-100,00%	6.690.142.196	4.554.276.363	4.554.276.363	#DIV/0!	#DIV/0!
INGRESOS DE CAPITAL	1.084.549.862	1.084.549.862	901.676.989	901.676.989	-16,86%	-16,86%	1.200.000.000	798.251.030	798.251.030	-11,47%	-11,47%
CUENTAS POR COBRAR (OTRAS VIGENCIAS)	32.031.326.075	32.031.326.075	31.222.362.428	31.222.362.428	-2,53%	-2,53%	47.926.044.274	40.149.097.446	40.149.097.446	28,59%	28,59%
TOTAL INGRESOS	125.615.141.537	95.062.174.024	137.469.037.029	102.113.398.340	9,44%	7,42%	158.533.786.416	151.934.537.992	103.743.636.668	10,52%	1,60%
TOTAL INGRESOS SIN DIPONIBILIDAD INICIAL	85.890.316.322	55.337.348.809	89.561.150.211	54.205.511.522	4,27%	-2,05%	112.283.608.648	105.684.360.224	57.493.458.900	18,00%	6,07%

Presupuesto de gastos Consolidado

CONCEPTO	AÑO 2017			AÑO 2018			2018/ 2017 VAR % COMP	2018/ 2017 VAR % OBLIG	AÑO 2019			2019/ 2018 VAR % COMP	2019/ 2018 VAR % OBLIG	
	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS			APROBADO	COMPROMISOS	OBLIGACIONES			PAGOS
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	65.826.205.479	42.984.479.673	38.968.475.515	78.999.623.631	49.604.794.555	45.118.205.129	20,01%	15,40%	118.869.388.791	75.778.089.247	50.699.115.693	42.450.520.339	-4%	2%
...GASTOS DE PERSONAL	56.522.052.598	37.187.281.421	34.431.935.670	67.553.273.252	43.162.880.181	39.834.200.686	19,52%	16,07%	93.267.690.285	63.513.890.917	44.133.552.363	37.493.176.119	-6%	2%
...SERVICIOS DE PERSONAL ASOC A LA NOMINA	6.490.068.636	6.490.068.636	6.490.068.636	8.166.038.311	8.166.038.311	8.158.530.118	25,82%	25,82%	22.883.810.000	7.999.900.229	7.999.900.229	7.999.900.229	-2%	-2%
...SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	50.031.983.962	30.697.212.785	27.941.867.034	59.387.234.941	34.996.841.870	31.675.670.568	18,70%	14,01%	70.383.880.285	55.513.990.688	36.133.652.134	29.493.275.890	-7%	3%
...GASTOS GENERALES	8.933.780.500	5.426.825.871	4.169.320.964	10.871.418.771	5.866.982.766	4.712.384.605	21,69%	8,11%	24.410.413.506	11.854.742.940	6.156.107.940	4.547.888.830	9%	5%
...ADQUISICION DE BIENES	911.065.344	690.033.957	181.795.593	1.512.277.758	842.914.367	275.182.562	65,99%	22,16%	3.366.857.923	1.892.516.883	1.172.423.508	397.666.638	25%	39%
...ADQUISICION DE SERVICIOS	8.022.715.156	4.736.791.914	3.987.525.371	9.359.141.013	5.024.068.399	4.437.202.043	16,66%	6,06%	21.043.555.583	9.962.226.057	4.983.684.432	4.150.222.192	6%	-1%
...IMPUESTOS, TASAS, MULTAS Y CONTRIBUCIONES	258.128.900	258.128.900	258.128.900	257.703.600	257.703.600	257.703.600	-0,16%	-0,16%	367.496.000	276.734.310	276.734.310	276.734.310	7%	7%
...TRANSFERENCIAS CORRIENTES	112.243.481	112.243.481	109.089.981	317.228.008	317.228.008	313.916.238	182,62%	182,62%	823.789.000	132.721.080	132.721.080	132.721.080	-58%	-58%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PRESTSS	25.660.184.771	9.467.642.465	2.895.103.344	26.731.614.942	11.197.371.048	2.030.274.491	4,18%	18,27%	28.221.136.536	24.692.253.726	11.151.248.311	2.786.411.062	-8%	0%
...COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	25.262.568.771	9.344.706.161	2.886.775.244	26.223.286.942	10.894.703.018	1.974.576.443	3,80%	16,59%	27.441.119.536	24.051.174.386	10.872.693.906	2.767.987.287	-8%	0%
...MEDICAMENTOS	7.117.253.889	2.890.245.410	480.781.127	7.114.887.597	2.541.095.097	42.874.814	-0,03%	-12,08%	7.134.112.536	6.498.246.599	3.167.242.206	679.315.775	-9%	25%
...OTRAS COMPRA DE BIENES PARA LA VENTA	18.145.314.882	6.454.460.751	2.405.994.117	19.108.399.345	8.353.607.921	1.931.701.629	5,31%	29,42%	20.307.007.000	17.552.927.787	7.705.451.700	2.088.671.512	-8%	-8%
...COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA VENTA	397.616.000	122.936.304	8.328.100	508.328.000	302.668.030	55.698.048	27,84%	146,20%	780.017.000	641.079.340	278.554.405	18.423.775	26%	-8%
INVERSION	-	-	-	75.315.601	75.315.600	69.007.410	#DIV/0!	#DIV/0!	44.680.698.749	105.060.963	-	-	39%	-100%
CUENTAS POR PAGAR (Vigencias anteriores)	18.297.131.931	13.676.430.599	11.964.120.875	19.522.642.952	16.325.051.277	13.461.834.255	6,70%	19,37%	23.616.625.383	21.215.142.157	17.938.467.037	15.094.949.634	9%	10%
TOTAL GASTOS	109.783.522.181	66.128.552.737	53.827.699.734	125.329.197.126	77.202.532.480	60.679.321.285	14,16%	16,75%	215.387.849.459	121.790.546.093	79.788.831.041	60.331.881.035	-3%	3%

Indicadores Financiera y Administrativa

INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO				
ESTÁNDAR: Mayor o igual que 0,00				
RESULTADO: Sin Riesgo				
CALIFICACIÓN: 5				
INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTA	ZIPAQUIRÁ	TOTAL
Riesgo fiscal y financiero	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo	0.57	0.52	0.64
	RESULTADO INDICADOR	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo



INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA
ESTÁNDAR: <0.90
RESULTADO: 0.85
CALIFICACIÓN: 5

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTÁ	ZIQUAIRÁ	TOTAL
Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	Resultado Indicador : Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior-en valores constantes del año objeto de evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia anterior)	0.89	0.74	0.85

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO				
ESTÁNDAR: >1.00				
RESULTADO: 0.96				
CALIFICACIÓN: 0				
Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Resultado Indicador: Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (Incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores.	1.03	0.59	0.96

3.10.2 Contabilidad

Balance Contable

Estado de Situación Financiera Comparativo

Segundo Trimestre 2018-2019 (Cifras en miles)

El Estado de Situación Financiera se elabora en forma mensual en la Entidad, y se presenta a los Entes de Control y vigilancia de forma trimestral, en este Estado se presenta la información de todas las actividades financieras, económicas de la Entidad.

Los Estados Financieros se presentan según lo establecido en la Resolución 414 y el Instructivo 002 de Junio de 2014 - Marco Normativo de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF). A continuación se describe la situación presentada a Junio de los periodos comparativos 2018 y 2019.

	jun-18	jun-19	Análisis horizontal		Análisis vertical	
			Variación	inc o dis % (18-19)	2018	2019
ACTIVO						
CORRIENTE	165.329.290	169.296.181	3.966.891	2	63	62
EFFECTIVO Y EQUIVALENTES A EFEC	51.296.335	55.639.222	4.342.887	8	20	20
CUENTAS POR COBRAR	102.956.459	101.971.955	-984.504	-1	39	37
INVENTARIOS	3.701.033	4.206.631	505.598	14	1	2
OTROS ACTIVOS	7.375.463	7.478.373	102.910	1	3	3
NO CORRIENTE	96.682.192	102.705.138	6.022.946	6	37	38
INVERSIONES E INSTRU. DERIVADOS	178.511	183.381	4.870	3	0	0
CUENTAS POR COBRAR	38.934.307	44.184.969	5.250.662	13	15	16
PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO	56.233.674	58.181.355	1.947.681	3	21	21
OTROS ACTIVOS NO CTES	1.335.700	155.433	-1.180.267	-88	1	0
TOTAL ACTIVO	262.011.482	272.001.319	9.989.837	4	100	100
PASIVO						
CORRIENTE	29.384.571	29.976.566	591.995	2	11	11
CUENTAS POR PAGAR	12.582.394	12.278.546	-303.848	-2	5	5
OTRAS CUENTAS POR PAGAR	3.676.605	2.978.724	-697.881	-19	1	1

BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS	7.633.770	9.364.895	1.731.125	23	3	3
PASIVOS ESTIMADOS	3.951.350	1.233.116	-2.718.234	-69	2	0
PROVISIONES	581.923	983.415	401.492	69	0	0
OTROS PASIVOS	958.529	3.137.870	2.179.341	227	0	1
NO CORRIENTE	0	2743128	2.743.128	100	0	1
CUENTAS POR PAGAR	0	0	0	0	0	0
PROVISIONES	0	2743128	2.743.128	100	0	1
TOTAL PASIVO	29.384.571	32.719.694	3.335.123	11	11	12
PATRIMONIO					0	0
PATRIMONIO DE LAS EMPRESAS	232.626.911	239.281.625	6.654.714	3	89	88
TOTAL PATRIMONIO	232.626.911	239.281.625	6.654.714	3	89	88
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	262.011.482	272.001.319	9.989.837	4	100	100

El Activo: Presenta un aumento del 4% al pasar de \$262 mil millones de pesos, a \$272 mil millones de pesos de Junio de 2018 a Junio de 2019. Las cifras más representativas de este incremento, están dadas por la Cartera en \$4,2 millones, y el efectivo en \$4.3 millones.

La cuenta más representativa del Activo se concentra en la Cartera con un porcentaje de participación del 53%, de los cuales la cartera corriente representa un 37% y la cartera No corriente representa un 16%. De la Cartera se tiene contabilizado por concepto de deterioro en Norma Internacional \$72.752 millones de pesos de las cuentas catalogadas de difícil recaudo y cuentas a más de 360 días, en los porcentajes indicados por área de cartera. Las deudas de difícil recaudo bajan considerablemente al pasar de \$33.132 millones de pesos a \$14.675 millones de pesos en \$18.457 millones de pesos que equivalen a un 56%, dado principalmente por el castigo realizado a la cartera de entidades liquidadas, soportadas por el área de cartera al Comité de Sostenibilidad Contable y a la Revisoría Fiscal.

El Efectivo y Equivalente al efectivo aumentó a corte a Junio de 2019 en un 8% con relación a la vigencia anterior, al pasar de \$51.296 millones en el 2018 a \$55.639 mil millones en 2019, dado por la gestión de pagos realizada al final del periodo. Existe Efectivo de uso restringido destinado para proyectos del Hospital por valor de \$ 26 mil millones de pesos comprendidos por la estampilla Departamental \$16.694 millones, Recursos propios destinados para proyectos \$7.684 millones y convenios \$2.003 millones.

Los inventarios de Materiales fluctúan de acuerdo a la facturación requerida y a la gestión permanente que se hace al stock de inventarios utilizados para la atención oportuna de los servicios asistenciales, éstos pasan de \$3.701 millones a \$4.206 millones, con un incremento de \$505 millones.

Las inversiones de Administración de la Clínica el Country aumentaron de un periodo a otro en un 3% valor que corresponde a los intereses causados en el periodo en \$4.8 millones.

La Propiedad Planta y Equipo en la presente vigencia presenta un aumento del 3% equivalente a \$1.947 millones de pesos representados principalmente en la adquisición de Equipo médico y científico, Muebles y enseres y Equipos de Cómputo. La depreciación acumulada aplicada en el período asciende a \$4.958

Con respecto al Pasivo total: Se evidencia en el presente ejercicio, un incremento del 11% representada en \$3.335 millones de pesos, al pasar de \$29.384 millones de pesos a \$32.719 millones de pesos. Las cifras significativas del incremento corresponden a Beneficios a Empleados, cesantías por \$1.731 millones y el pasivo diferido por Subvenciones condicionadas en \$2.344 millones.

Del Pasivo total la cuenta más representativa se concentra en las cuentas por pagar a proveedores de bienes y servicios y Anticipos recibidos. Los pagos se realizan según los términos contractuales, dentro de los 90 días siguientes a su radicación.

Dentro del pasivo se encuentra registrado unos recursos por transferencias de la SSC según convenio de desempeño 668 de 2018 como apoyo al proyecto de la UCI.

El Patrimonio presenta un incremento del 3% al pasar de \$232.626 millones de pesos, a \$239.281 millones de pesos, con un incremento de \$6.654 millones de pesos, correspondientes al Resultado del ejercicio..

Estado de Resultados

CONSOLIDADO Comparativo Segundo Trimestre 2018-2019 (Cifras en miles)

El Estado de Resultados representa las operaciones ordinarias y extraordinarias con el fin de calcular el resultado o déficit operacional del ejercicio.

Cuentas	jun-18	jun-19	inc o dis \$ (18-19)	inc o dis % (18-19)
INGRESOS PRESTACION DE SERVICIOS	75.279.185	78.817.656	3.538.471	4,7
COSTO POR PRESTACION DE SERVICIOS	66.255.170	68.059.313	1.804.143	2,7
UTILIDAD BRUTA	9.024.015	10.758.343	1.734.328	19
GASTOS DE ADMON Y OPERACIÓN	7.290.920	10.355.363	3.064.443	42,0
DE ADMINISTRACIÓN	5.089.342	4.990.870	-98.472	-2
DETERIORO, DEPRECIACIONES Y AMORT.	2.201.578	5.364.493	3.162.915	143,7
Deterioro	1.859.219	5.142.049	3.282.830	177
Depreciación	342.359	222.444	-119.915	-35
RESULTADO OPERACIONAL	1.733.095	402.980	-1.330.115	-77
Subvenciones ***	204.708	2.236.632	2.031.924	992,6
OTROS INGRESOS	2.012.169	3.447.013	1.434.844	71,3

Financieros	1.373.214	1.514.002	140.788	10
Ingresos Diversos	530.137	1.477.900	947.763	179
Ingresos Diversos - Margen Contratos Ss.	0	0	0	0
Ingresos Diversos - Recuperaciones	108.818	455.111	346.293	318
OTROS GASTOS	4.427.361	3.328.278	-1.099.083	-24,8
Financieros (Incluye Glosas Vigencia Anterior.)	3.351.443	2.240.112	-1.111.331	-33,2
Gastos - Diversos - Margen en la contratación Ss.	709.276	499.736	-209.540	-29,5
Gastos – Diversos (Dev. Rebajas y Descuentos.)	366.642	588.430	221.788	60,5
RESULTADO DEL PERIODO	-477.389	2.758.347	3.235.736	-677,8

Los ingresos operacionales de Junio de 2018 a Junio de 2019 aumentaron en \$3.538 millones, lo que equivale a un incremento del 4,7%. En un plan de contingencia se logró el cierre de la mayoría de los ingresos abiertos. Los ingresos por ventas de servicios diarios están alrededor de \$438 millones de pesos.

Los Costos de Junio de 2018 a Junio 2019 aumentaron en \$1.804 millones, lo que equivale a un incremento del 2,7% como resultado propio de la facturación normal del ejercicio.

Dentro de los Gastos Operacionales se contempla el deterioro. En este periodo por políticas contables se genera cada 6 meses generando \$5.066 millones, con un incremento significativo toda vez que se aumenta la cartera.

Los Otros Gastos disminuyeron a Junio de 2019 en \$1.099 millones de pesos equivalente a un 24%, dado principalmente por la disminución de la Glosa de vigencias anteriores. El margen de contratación de contratos capitados produjo una pérdida de \$499 millones, pero con relación a la vigencia anterior disminuyó en \$209 millones que equivalen a un 29.5%.

Por los motivos expuestos anteriormente se presenta un resultado del ejercicio a Junio de 2019 de \$2.758 millones de pesos.

Indicadores financieros

1. LIQUIDEZ	jun-18	jun-19
1.1 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente)	135.944.719	139.319.615
1.2 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente - Cartera Cte)	57.263.144	56.694.636
1.3 RAZÓN CORRIENTE (Activo corriente/Pasivo corriente)	5,63	5,65
1.4 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-Inventarios/Pasivo corriente)	5,50	5,51
1.5 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-cartera/Pasivo corriente)	2,95	2,89
2. ENDEUDAMIENTO	jun-18	jun-19

2.1 ENDEUDAMIENTO TOTAL (Pasivo total/Activo total)	0,11	0,12
2.2 PATRIMONIAL (Pasivo total/Patrimonio total)	0,13	0,14
2.3 SOLIDEZ (Total activo/Pasivo total)	8,92	8,31
3. RENTABILIDAD	jun-18	jun-19
3.1 MARGEN RENTABLE EN VENTAS (Utilidad/Ventas)	-0,01	0,03
3.2 MARGEN RENTABLE EN ACTIVO (Utilidad/Activo total)	0,00	0,01
3.2 MARGEN RENTABLE EN EL PATRIMONIO (Utilidad/Patrimonio total)	0,00	0,01
4. ACTIVIDAD	jun-18	jun-19
4.1 VENTAS PROMEDIO DIARIAS (Ventas/dias)	418.218	437.876
4,2 ROTACIÓN DE CARTERA EN VECES (Ventas/CxC)	2,15	2,34
4,3 ROTACION DE CARTERA DIAS	387	420
4.4 ROTACION ACTIVO CORRIENTE (Ventas/Activo corriente)	0,46	0,47
4.5 ROTACION DE ACTIVO TOTAL (Ventas/ Activo total)	0,29	0,29
4,6 ROTACION DE INVENTARIOS veces (Costo de Ventas/Inv.)	9	8
4,7 PERIODO DE REP. INVENTARIOS Dias (Inv*360/Costo de Vtas)	20	22

5. EBITDA	jun-18	jun-19
(=) EBITDA -Ganancias antes de impuestos, depreciaciones y amortizaciones.	1.724.189	8.122.840
MARGEN EBITDA: Ebitda/ventas	2%	10%
EBITDA MENSUAL	287.365	1.353.807

3.3.10.3 Estado de tesorería

Composición Efectivo y equivalente al efectivo junio 2018 – junio de 2018

(Cifras en miles de pesos)

CUENTA	2019	2018	VARIACIÓN	%
CAJA	31.797	32.706	-908	-3%
DEPÓSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS	29.225.141	21.461.515	7.763.627	36%

EFFECTIVO DE USO RESTRINGIDO	26.382.283	29.802.114	-3.419.831	-11%
EFFECTIVO Y EQUIVALENTES A EFFECTIVO	55.639.222	51.296.335	4.342.887	8%

Fuente Dinámica Gerencial DGH Módulo Información Financiera NIIF

Entre el primer semestre de 2018 y 2019 el total del efectivo y equivalentes de efectivo de que dispone la TESORERIA del Hospital aumento \$4.342.887 millones equivalentes al 8%, lo anterior producto de los siguientes factores representativos:

Los Depósitos en Instituciones Financieras aumentaron \$7.763.627 millones, equivalentes al 36%, debido a que se recibieron \$642 millones por parte de CAPRECON Entidad en liquidación, así mismo, transferencias correspondientes a Estampilla Pro Hospitales por (\$2.210 millones), transferencias producto de Convenios Interadministrativos celebrados entre el Departamento de Cundinamarca -Secretaria de Salud y El Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E así:

Convenio 668 de 2018, para la adecuación y mejoramiento de la infraestructura física existente de la unidad de cuidado intensivo de la ESE, por (\$1.172 millones), Convenio 651 de 2018, para apalancar financieramente al Hospital con el fin de garantizar recursos para atender gastos de funcionamiento, de operación y pago de pasivos, por (\$1.950 millones)

Adicionalmente el efectivo de uso restringido disminuyo 11% (\$3.419 millones) debido a que se realizaron pagos de la cuenta maestra correspondientes a aportes patronales del primer semestre de 2019, y a que se ejecutaron \$1.950 millones del convenio 651 de 2018.

El valor total del efectivo de uso restringido a junio de 2019 (\$26.382.283) está distribuido así: Estampilla \$16.694.646, Recursos propios destinados para proyectos \$3.912.976 cuenta maestra recaudadora \$3.771.735, pagadora \$ 359.007, Convenio 651 de 2018 \$459.493, Convenio 668 de 2018 \$1.184.425 millones.

3.3.10.4 Cuentas por pagar

Comparativo cuentas por pagar años 2017 – 2018 – 2019

	2017	2018	2019
BIENES	7.598.731	10.919.829	10.449.081
PROD. MEDICA	2.827.697	3.319.624	3.322.572
SER. TECNICOS	0	0	2.995.029
MANTENIMIENTO	1.412.913	1.662.565	1.829.465
TOTAL	11.839.342	15.902.018	18.596.148

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.

ESTÁNDAR: Tres (3) o variación negativa
RESULTADO: -1,535389604
CALIFICACIÓN: 3

Actividades y estrategias ejecutadas

El recaudo obtenido permitió generar flujo de recursos para el pago de acreencias del hospital, se gestionó la liquidación de contratos de vigencias anteriores lo que permitió el pago de los mismos.

Se efectuaron los pagos de las obligaciones por concepto de salarios y prestaciones del personal de planta, colaboradores y personal especializado que cumplieron con los requisitos estipulados contractualmente para realizar el pago dentro del periodo

Logros

Los salarios y prestaciones de personal de planta se cancelaron oportunamente.

Dificultades

En el mes de junio del 2019 quedo pendiente el pago de las obligaciones con la temporal Coltempora y la cooperativa Coopsein ya que no cumplieron con algunos requisitos estipulados contractualmente para realizar el pago dentro del periodo.

Se presentan deudas superiores a 30 días las cuales resultan del incumplimiento de la totalidad de los requisitos para el pago de las mismas, estipulados contractualmente; específicamente, la ausencia de radicación oportuna de las certificaciones de Interventoría y/o Actas de liquidación a la oficina de cuentas por pagar por parte de los supervisores de los respectivos contratos

Evidencias y soportes

Anexo N° 7

- Informe Detallado y consolidado cuentas corte comparativo junio de 2018 y 2019

3.3.10.5 Activos Fijos

Detalle	jun-19	jun-18	Variación	%
Terrenos	13.250.916	13.250.916	0	0,00
Edificaciones	22.690.063	21.309.018	1.381.045	6,48
Repuestos	0	99.812	-99.812	-100,00
Planta, ductos y túneles	977.306	877.895	99.411	11,32
Redes, líneas y cables	630.768	397.949	232.819	58,50
Maquinaria y equipo	933.476	722.720	210.756	29,16
Equipo médico y científico	34.417.827	31.455.960	2.961.867	9,42
Muebles y enseres y equipo de oficina	1.074.164	464.600	609.564	131,20
Equipo comunicación computación	4.612.190	3.276.822	1.335.368	40,75
Equipo de transporte	790.709	444.655	346.055	77,83
Equipo de comedor cocina despensa y hotelería	2.304.035	1.677.905	626.130	37,32
Total	81.681.454	73.978.253	7.703.201	10,41
(-) Depreciación Acumulada	-17.744.578	-23.500.100	-5.755.522	-24,49
Valor Neto de la Propiedad Planta y Eq.	56.233.674	58.181.354	1.947.679	3,35

Fuente: Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria (DGH) - (Cifras Miles de Pesos)

La Propiedad Planta y Equipo en la presente vigencia presenta un aumento del 3,35% equivalente a \$1.947 millones de pesos.

3.3.10.6 Costos

INFORME RENTABILIDAD UNIDADES DE NEGOCIO

ENERO A JUNIO DE 2019

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

NOMBRE DEL PROCESO	UNIDAD DE NEGOCIOS	TOTAL COSTOS Y GASTOS	TOTAL FACTURADO	RENTABILIDAD PERDIDA OPERACIONAL
Total APOYO DIAGNOSTICO		9.359.225.160	12.338.257.346	2.979.032.187
Total ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO		13.387.127.952	10.642.859.881	-2.744.268.072

Total ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	4.628.394.956	4.868.533.556	240.138.600
Total ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO	14.877.236.193	14.982.464.235	105.228.042
Total ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	9.215.177.564	9.322.171.431	106.993.867
Total ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA	0	0	0
Total ATENCION FARMACEUTICA	14.399.881.385	14.590.777.224	190.895.838
Total BANCO DE SANGRE	1.115.727.672	1.684.915.421	569.187.749
Total DOCENCIA	303.555.193	258.805.749	-44.749.445
Total IMÁGENES DIAGNOSTICAS	5.424.817.993	9.960.032.701	4.535.214.708
Total INVESTIGACION	46.747.441	0	-46.747.441
Total REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES	292.291.984	168.838.152	-123.453.831
TOTAL GENERAL	73.050.183.494	78.817.655.695	5.767.472.201

Rentabilidad por procesos:

U.F. BOGOTA, Se observa una rentabilidad mayor o igual a \$1.000 millones, en las áreas de Imagenología, observación urgencias, consulta de Cirugía General y hospitalización Cirugía General. Por el contrario y en el mismo rango de valores las unidades de negocio que presentan pérdida operacional son Quirúrgicos Ginecología, Consulta Urgencias, Unidad Renal, Consulta Cardiovascular y Hospitalización Medicina Interna.

En las áreas con difícil financiero se efectuara una revisión de todo lo referente a cargas y asignaciones de costos, parametrizaciones de ventas, con cada uno de los líderes de las respectivas áreas. Capítulo aparte merecen las Unidades de Negocio de Angiografía, cardiovascular y cardiología, ya que según lo evidenciado existen errores con los registros de estas áreas y es posible que sus ventas se difuminen en otras áreas o entre ellas mismas sin la corresponsabilidad de equilibrio con los registros de los costos, por lo tanto es necesario establecer controles en los registros de la información financiera en cada módulo y en las parametrizaciones del sistema.

U.F. ZIPAQUIRA, Se presenta indicadores de Rentabilidad muy buenos en los procesos de Apoyo Diagnostico, Atención Hospitalizado, Atención Quirúrgico. Por el contrario la Atención al Paciente Ambulatorio, Atención farmacéutica presentan resultados negativos en cuanto a la operación financiera, se pide plan de mejora y revisión registros de ventas de medicamentos cargados a otras áreas por parametrizaciones del sistema en el caso de la Atención Farmacéutica.

El análisis a nivel de rentabilidad por Unidades de negocio y /o áreas de servicios nos muestran que en áreas como Laboratorio Clínico, Estancia Cirugía General, Consulta de Neonatología, Quirúrgicos Cirugía General, Promoción y Prevención, se presentan como las áreas más rentables durante el semestre, mientras las no rentables de este semestre que merecen una revisión del proceso y sus registros son Consulta Medicina General, Quirúrgicos Anestesia (ajuste proceso de ventas), consulta medicina interna, Farmacia, Puesto de salud Cogua, Consulta Pediatría, que inciden en indicadores negativos de los procesos, se pide la revisión de la facturación de estas áreas, y le asocio del sistema con cada uno de sus productos, para verificar posibles problemas de Subfacturación y/o registro a otras áreas de la Unidad. Se procederá a realizar ajuste la área de QX Anestesia ya que esta área

participa en la producción y ventas del proceso quirúrgico pero sus ventas no se registran la área sino al área tratante.

Visto desde la perspectiva de los procesos consolidados de las dos sedes, la rentabilidad presento un valor de **\$8,726.691,989** de utilidades de los cuales Imágenes Diagnosticas participan con un 52%, Apoyo Diagnostico un 34%, Banco de Sangre un 7%, A.P. Urgencias 3%, A. Farmacéutica 2%. Mientras que la pérdida operacional presento una cifra de - **\$ 2.959.218.788**, de los cuales A.P. Ambulatorio representa el 92%, Referencia y Contra referencia Ambulancias el 4%, e Investigación y Docencia el restante 4%.

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

ANALISIS RUBROS TOTALES

ENERO A JUNIO DE 2017 - 18 - 19

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA					
	2017	2018	%	2019	%
MANO DE OBRA	26.350.318.798,43	29.479.421.138,51	12%	29.629.598.091,33	1%
INSUMOS	12.763.726.080,95	14.389.806.920,26	13%	13.295.331.257,15	-8%
GASTOS GENERALES	2.724.213.243,42	2.946.531.132,31	8%	2.747.616.976,91	-7%
DEPRECIACION	1.257.680.007,00	1.158.325.741,00	-8%	1.318.443.723,29	14%
COSTOS INDIRECTOS	15.772.554.066,51	18.281.085.132,96	16%	21.068.323.423,50	15%
GASTOS ADMON	4.759.849.677,37	5.089.339.750,31	7%	4.990.870.021,93	-2%
TOTALES	63.628.341.873,68	71.344.511.833,35	12%	73.050.183.494,11	2%

En el comportamiento comparativo de los dos cortes año 2018 vs 2019 Se evidencia un aumento de los costos y gastos del 2%. Este incremento se registró de la siguiente manera. En Bogotá un aumento total del 2% (\$988.073 millones) y en Zipaquirá un aumento del 4%, (\$ 717.601 millones).estas cifras se relacionaron de la siguiente manera por ítems.

Disminuciones en Gastos Generales (-17%) Bogotá, Insumos (-10%) Bogotá, Gastos Administración (-2%) Bogotá, Gastos de Administración (-2%) Zipaquirá. Incrementos en Depreciaciones del (100%) Zipaquirá (9%) Bogotá, (adquisición de nuevas tecnologías y ajuste registro contable) y Costos Indirectos (17%) Bogotá (7%) Zipaquirá, Insumos (31%) Zipaquirá y Gastos Generales (19%) Zipaquirá.

Las disminuciones y/ o bajos incrementos en los costos en general obedecen a estabilización de lo contratado durante el año anterior, que para el efecto del análisis del presente periodo se ha regularizado y funciona constante en la operación de la institución. En el caso de los costos indirectos su incremento se ve influenciado por ajuste de registro de costos y paralelamente este efecto se ve en la baja en los gastos generales.

3.3.10.7 PQRS

En el Proceso de Gestión Financiera durante el Primer trimestre de 2019 no se presentaron peticiones a través del SIAU (Sistema de Información de Atención al Usuario)

3.3.10.8 Planes Únicos De Mejora PUMP

A la fecha ya elaborado, publicado y socializado el PUMP de Gestión Financiera de la vigencia 2019, se efectuó evaluación y seguimiento por parte de la Oficina Asesora de Planeación según acta del día 19 de julio de 2019 en proceso de medición de resultados.

05DE07 – V3

GESTIÓN FINANCIERA						DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA					AVANCE
# HALLAZGO	FUENTE	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	EJE DE LA ACREDITACIÓN	MODELO DE ATENCIÓN	OBJETIVO ESTRATEGICO VULNERADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/ año)	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE
1	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	SEGURIDAD	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	3. Identificar, Analizar y Valorar los riesgos del proceso de gestión financiera que se derivan de cada uno de las actividades que se llevan a cabo en las áreas que lo conforman Tesorería, Presupuesto, Costos, Cuentas por Pagar y Contabilidad.	1. Identificar, analizar y valor los riesgos del proceso de gestión financiera e incluirlos dentro de la matriz de riesgo del proceso. 2. Si se materializara algún riesgo identificado elaborar el plan de mejora correspondiente	1. Matriz de riesgo actualizada y publicada 2. Soportes de seguimiento y monitoreo a los riesgos identificados.	31/12/2019	Efectividad del control	COMPLETO
2	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	COORDINACIÓN	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.	Capacitar a todos los responsables de los hechos económicos según el perfil y el alcance de sus funciones.	1. Dar cumplimiento al plan interno de capacitaciones de la Dirección Financiera 2. Elaborar y socializar el flujograma del componente financiero	1. Registro de asistencia a capacitaciones de acuerdo al plan interno de capacitaciones incluida socialización del flujograma componente financiero 2. Publicación del flujograma del componente financiero en la pirámide documental.	31/12/2019	Pre test - Post test de la capacitación	EN DESARROLLO
3	GESTIÓN DEL RIESGO	CONTINUIDAD	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	capacitaciones de la Dirección Financiera en cuanto a la estructura de costos de la Institución. 2. Dar continuidad a la Consecución de actividades tiempos y movimientos de las 30 Unidades de Negocio programadas para la vigencia 2019 en el PAS	1. Realizar la capacitación de la estructura de costos al personal en general de la Institución de acuerdo al plan interno de capacitación. 2. Socializar el informe de costos en el Comité de Sostenibilidad Contable y Comité de Dirección la científica 3. Incluir en el Informe de gestión del Hospital lo correspondiente al área de costos incluidos los avances en la consecución de tiempos y movimientos de las 30 unidades de negocio.	1. Registro de asistencia a capacitaciones. 2. Actas del Comité de Sostenibilidad Contable y Dirección científica. 3. Informes de Gestión	31/12/2019	Porcentaje de capacitación Porcentaje de avance según actividades y estrategias.	EN DESARROLLO
4	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	EFECTIVIDAD	Gestión del Riesgo	Seguro	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Realizar las gestiones necesarias para la reingeniería de los indicadores en la plataforma TUCI	1. Ajustar las fichas de los indicadores de rentabilidad para el cargue en la herramienta. 2. Parametrizar los indicadores en la herramienta TUCI. 3. Ingresar datos necesarios requeridos para el calculo del indicador. 4. Definir los responsables de los analisis de los resultados . 5. Elaborar el Informe de rentabilidad analizando las desviaciones encontradas. 6. Poner en conocimiento el informe de rentabilidad en el Comité de Sostenibilidad Contable y a la Alta Dirección para la toma de decisiones.	1. Indicadores reflejados en la herramienta TUCI 2. Informe de Gestión 3. Acta Comité de Sostenibilidad Contable	31/12/2019	Porcentaje de cumplimiento de los compromisos adquiridos en Comité de Sostenibilidad Contable	EN DESARROLLO
5	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	COORDINACIÓN	Proceso de transformación Cultural permanente	Mejoramiento	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Documentar y socializar el procedimiento "Recepción manejo y custodia de dineros públicos.	Elaborar , publicar y socializar el procedimiento "Recepción manejo y custodia de dineros públicos. En publicación	1. Procedimiento publicado. 2. Socialización del procedimiento	31/08/2019	Hallazgos por desviaciones encontradas / Arqueos de caja realizados	EN DESARROLLO
6	GESTIÓN DEL RIESGO	EFICIENCIA	Gestión del Riesgo	Mejoramiento	6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Evaluar la situación presentada por el riesgo no pago de obligaciones suscritas por pagaré en Comité de Sostenibilidad Contable e Información Financiera	1. Presentar al Comité de Sostenibilidad Contable los saldos que presentan las cuentas por concepto de pagarés. 2. De acuerdo a las recomendaciones dadas por el Comité llevar a cabo las acciones correspondientes.	1. Acta 2. Evidencias acciones adelantadas	30/11/2019	Porcentaje de disminución de saldos cuentas por cobrar por concepto de pagarés	EN DESARROLLO
									EN DESARROLLO	83%	
									NO INICIADO	0%	
									CIERRE DE CICLOS	17%	

3.3.10.9 Plan de acción en salud PAS

Meta de producto anual	Indicador de producto				Valor ejecutado meta producto II trimestre	% de avance meta II trimestre	Descripción de estrategias y actividades	Peso % de la actividad ad frente a la meta	II Trim	Ejecutado II trimestre	TOTAL Ejecutado Segundo Trim	DESCRIPCIÓN	
	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Línea base AÑO 2019										Valor esperado Año 3
			Valor	Año									
Continuar con la Implementación de costos por producto	% de avance según actividades y estrategias.	Actividades realizadas de las estrategias / Total de actividades programadas de las estrategia. * 100	50%	2019	100%	50%	100%	Consecución de información actividades tiempos y movimientos de 30 Unidades de Negocio DE LAS 60 UNIDADES DE NEGOCIO	50%	50%	50%	50%	Se anexan actas con las mediciones de tiempos y movimientos de 15 Unidades

3.3.10.10 Gestión del Riesgo

Mapa de riesgos (A la fecha publicada y socializada matriz de riesgos de Gestión Financiera de la vigencia 2019 con soportes de evidencias de seguimiento a controles establecidos. Pendiente evaluación por parte de la Oficina Asesora de Planeación.

Procesos	Número de riesgos priorizados	Número de riesgos con plan de mejora	Número de acciones planeadas	Porcentaje avance de cumplimiento las acciones de mejora	Número de cierre de ciclos	Número de riesgos con Reducción en la zona de riesgos
Gestión Financiera	13	2	2	En evaluación	0	11

En relación con la evaluación de la matriz de riesgos del Proceso de Gestión Financiera, aquellos que quedaron en **EXTREMO** en la evaluación del mismo, fueron unificados y consolidados dentro del Plan Único de Mejora por Procesos (PUMP).

3.3.10.11 Programas

En el Proceso de Gestión Financiera no se está trabajando ningún programa para esta vigencia.

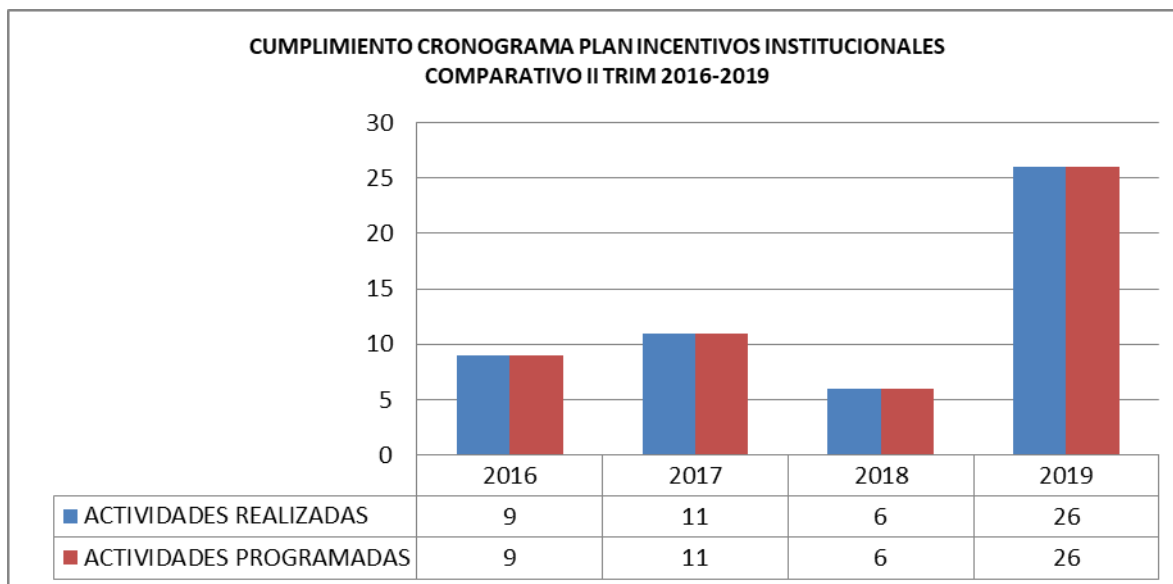
CAPÍTULO IV

DIRECCION ADMINISTRATIVA

4.1 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

GESTIÓN DEL PROCESO

- PLAN INCENTIVOS INSTITUCIONALES

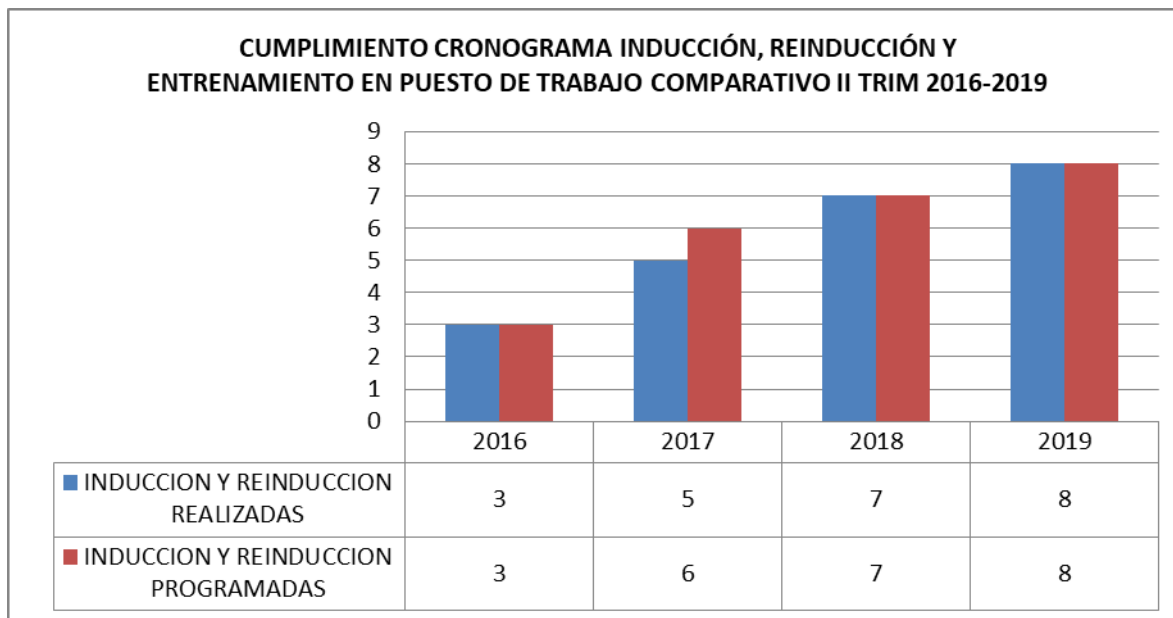


El Programa de Bienestar Social Laboral e incentivos Código 01TH02 acogiéndose a la actualización de la norma, se transformó en el Plan de Incentivos Institucionales Código 05GC28. El cual a diferencia del Plan institucional de Capacitación en el que se determinaron actividades para cada una de las sedes por separado, ha consolidado realizar cada una de la acciones proyectadas en el Cronograma de Ejecucion del Plan de Incentivos institucionales de manera simultánea en la sede Bogotá y Zipaquirá; todo esto con miras a lograr la inclusión de todo el personal de la E.S.E, en estos beneficios e incentivos.

Esta decisión fue resultado del diagnóstico de necesidades de Bienestar social laboral e incentivos, aplicada al inicio de esta vigencia, para la formulación del Cronograma vigencia 2019, con el fin de hacer partícipes a todos los empleados y conocer así sus preferencias para el mejoramiento de la oferta del Plan de Incentivos y cumplir con el proposito motivador del mismo.

Así entonces, se proyectaron 113 actividades para el 2019, de las cuales para el II Trimestre se ejecutaron 26, cumpliendo con el 100% de lo proyectado para los primeros tres meses, y con el 34% del total del año, teniendo en cuenta que la mayor cantidad de actividades a desarrollar estan programadas para el II Semestre de la Vigencia.

• **INDUCCIÓN, REINDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO**



El programa de inducción está orientado a dar a conocer y contextualizar al cliente interno en las generalidades institucionales enmarcadas en los sistemas de gestión de garantía de la calidad, sus compromisos y derechos, y entrenarlo en las labores propias de su empleo, cargo o actividad. Es un programa que durante los últimos 4 años ha mostrado cambios significativos en cuanto a la forma, y el método para llegar a los nuevos colaboradores; permitiendo que en el desarrollo de este se incluyan las socializaciones de Talento Humano, Planeación Y Calidad, SARLAFT - Gestión Del Riesgo, Gestión De La Información, Sistema, SSGSST, MECI Y Control Interno, Bioseguridad, Seguridad Del Paciente, Nutrición, Gestión Ambiental, IAMII, PQRSD, Humanización, Hospital Universitario , Emergencias y Desastres , y Cuidado De La Piel.

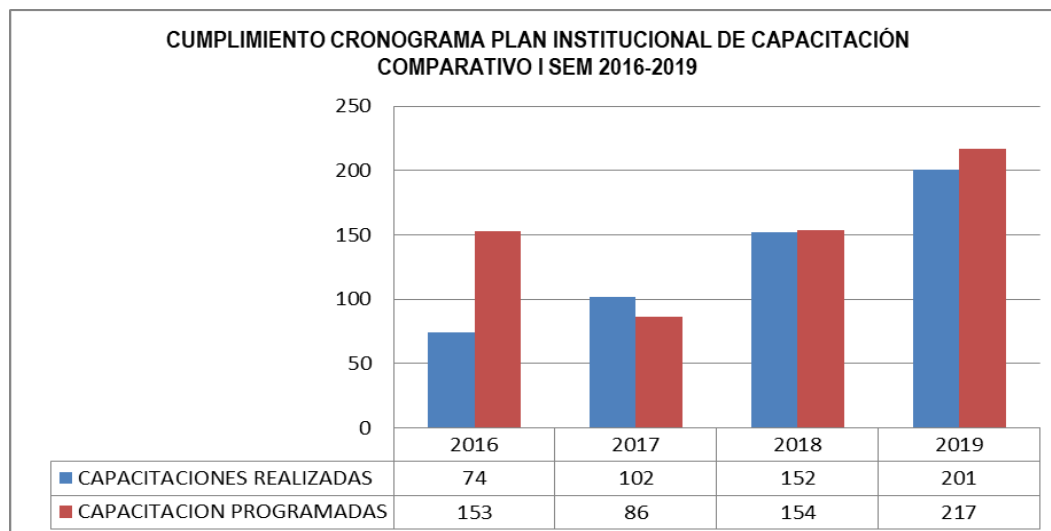
Para el II Trimestre de 2019, se proyectaron 8 actividades que fueron ejecutadas de la siguiente manera:

- Inducción: 6 sesiones programadas y realizadas (100% cumplimiento del cronograma) – 87 asistentes
- Reinducción: 1 Sesión programada y realizadas (100% cumplimiento del cronograma) – 1337 asistentes
- Entrenamiento en puesto de trabajo: 1 actividad de seguimiento programada y realizada (100% cumplimiento del cronograma) - 172 entrenamientos realizados.

A la fecha 30 de Junio se ha cumplido con el 53% de las capacitaciones del año, haciendo salvedad que el Cronograma de Ejecución del PIC 2019, está sujeto a aumentar o a disminuir su número inicialmente proyectado dado que las necesidades surgen durante el desarrollo de actividades y de las visitas de ICONTEC y acreditación para la Vigencia.

Así mismo, dada la necesidad de seguir implementando programas de capacitación y no sesiones aisladas de las temáticas propuestas, varias de ellas podrían ser fusionadas en una sola programación. De esta manera, para el

2019, se hace una búsqueda ardua para lograr mayores aliados estratégicos y convenios que permitan el desarrollo y ejecución sin contratiempos de la totalidad del cronograma y para el enriquecimiento del Plan.



Reconocimiento por felicitaciones PQRSDf – Piscilago (1)

- 24 de Junio, 43 asistentes, fueron elegidos los colaboradores con más felicitaciones recibidas a través del sistema de PQRSDf, bien sea del paciente y su familia o de otros colaboradores y/o jefes. Actividad en la cual los colaboradores se retiran de las instalaciones del Hospital y se dirigen hacia el Parque Acuatico Piscilago en la ciudad de Melgar; allí cuentan con el ingreso al parque y a todas las atracciones del mismo, adicionalmente un refrigerio y un almuerzo por cada uno. Incluye transporte ida y regreso.
- **Inducción, Reinducción y Entrenamiento en puesto de trabajo**
- **INDUCCION**

Número De sesiones realizadas: 6 inducciones presenciales

Asistentes: 87

Cobertura sobre ingresos: 100%

Calificación promedio evaluación Pre: 4.0

Calificación promedio evaluación Post: 4.5

Puntaje Adherencia al conocimiento: 0.6

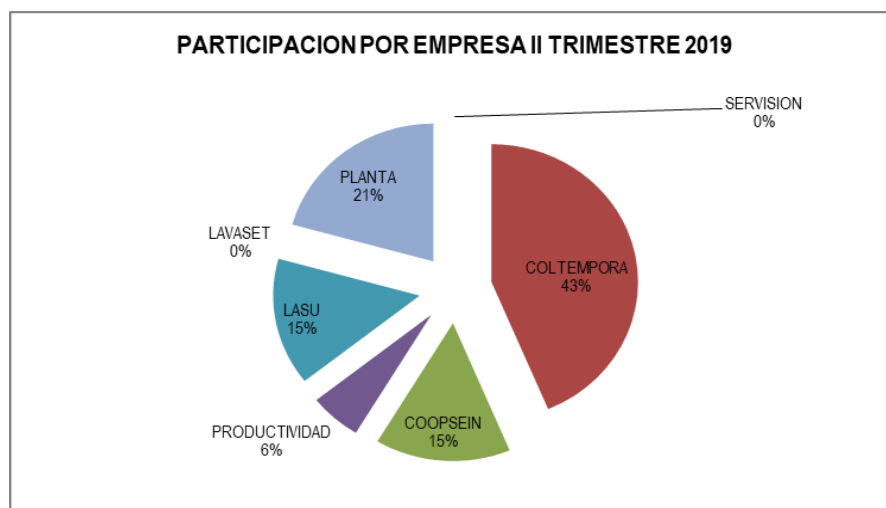
Se realizaron todas las jornadas de inducción programadas, de un total de 6 sesiones, para un cumplimiento 100%. Para las jornadas de inducción para el segundo Trimestre se contó la una participación de 87 colaboradores. Frente a la inasistencia cada mes se envió el respectivo informe a los interventores de los contratos solicitando la respectiva intervención y así poder darle cumplimiento del 100% sobre los ingresos.

El impacto de este programa, en cuanto el nivel de adherencia al conocimiento se ha presentado de la siguiente manera:

FECHA	PRE	POST	TOTAL
08/04/2019	4,4	3,7	0,7
22/04/2019	4,4	4,0	0,5
06/05/2019	4,3	3,8	0,5
20/05/2019	4,5	4,1	0,4
10/06/2019	4,8	4,1	0,7
17/06/2019	4,9	4,3	0,6
TOTALES	4,5	4,0	0,6

Mostrando el aumento de 1 a 6 puntos porcentuales entre los conocimientos con los que llega el colaborador y el conocimiento con el que termina la sesión de inducción.

II TRIMESTRE	
COLTEMPORA	38
COOPSEIN	13
PRODUCTIVIDAD	5
LASU	13
LAVASET	0
PLANTA	18
SERVISION	0
TOTAL	87



INDUCCIÓN VIRTUAL - INGRESOS PLANTA 2019	
CITADOS	104
APROBADOS	101
AUSENTES	3
% COBERTURA INDUCCION VIRTUAL GRUPO PILOTO	97
PRE	8,7
POST	9
% ADHERENCIA	↑0,2

Este curso se implementó a través de la herramienta Moodle en comunión con la Subdirección de Educación Médica, donde por medio del aula virtual se permite la creación de usuarios para el grupo Piloto, el cual estuvo conformado por los ganadores del concurso de méritos.

Para la Vigencia 2019, se programó un seguimiento semestral al cumplimiento de realización del entrenamiento en puesto de trabajo. Así entonces, se encuentra para el I Semestre de la vigencia los siguientes resultados:

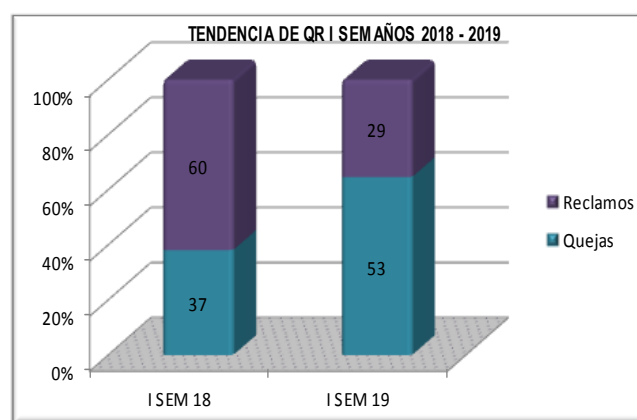
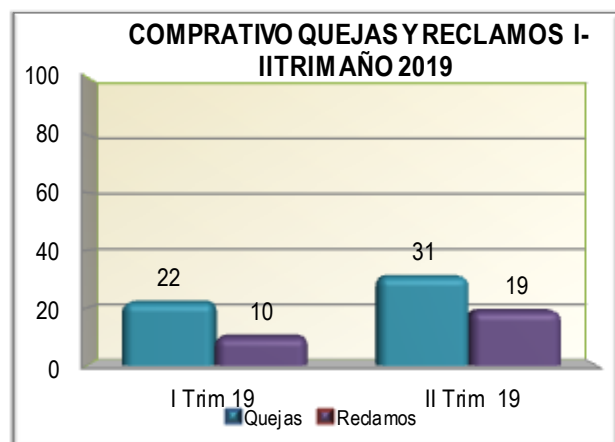
ENTRENAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO - 2019	
INGRESOS	176
REALIZADOS	172
AUSENTES	4
% COBERTURA ENTRENAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO	98

Se logró entrenar en puesto de trabajo al 98% de los ingresos de la vigencia, siendo uno de los resultados más prometedores de las último cuatrienio. Su participación por procesos fue:

PROCESO	CANTIDAD
ARQUITECTURA Y MANTENIMIENTO	2
BANCO DE SANGRE	2
BIOMEDICA	1
CARTERA Y OBJECIONES	2
CONSULTA EXTERNA	2
CONTRATOS Y MERCADEO	2
DESARROLLO HUMANO	6
DIRECCION ADMINISTRATIVA	2
DIRECCION CIENTIFICA	15
DIRECCION FINANCIERA	1
ENFERMERIA	86
FACTURACION	4

HOTELERIA	4
JURIDICA	14
LASU	13
MEDICINA INTERNA	1
NEUROLOGIA	1
NUTRICION	7
RADIOLOGIA	3
TRABAJO SOCIAL	4
TOTAL ENTRENAMIENTOS PRIMER SEMESTRE 2019	172

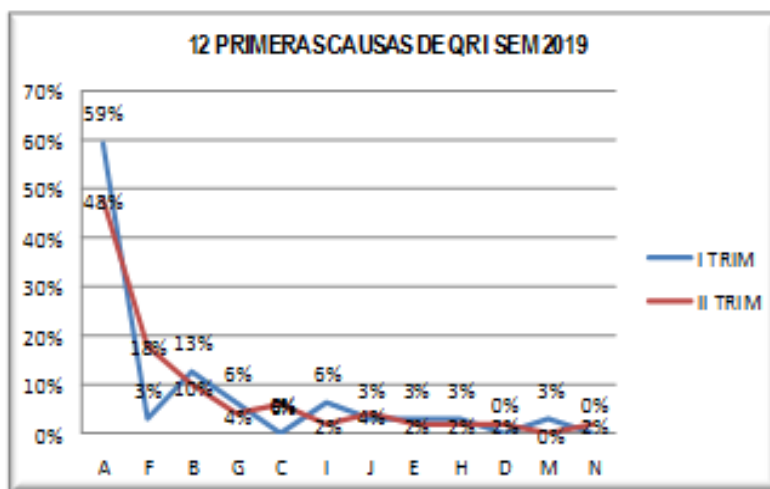
De esta forma, se da cumplimiento del 100% de la actividad de seguimiento de Entrenamiento en puesto de trabajo, programada en el Cronograma de ejecución de Inducción, Reinducción Y Entrenamiento En Puesto De Trabajo de la Vigencia 2019.



Observando el comparativo del I trimestre de los últimos dos años se presenta un aumento en las quejas para el año 2019 comparando la tendencia que se tenía, el cual era en promedio de 37 quejas, el reclamo a comparación durante los últimos dos años presenta una disminución de 31 manifestaciones en el periodo descrito en promedio en un 27%. La disminución de las quejas y reclamos se debe a la mejora que se obtuvo con la empresa temporal para el primer semestre del año 2019

Causas de Quejas y Reclamos gestionados en el período evaluado

Las quejas y reclamos son clasificadas en diferentes causas de motivos de insatisfacción por el no cumplimiento de las expectativas como las siguientes 12 primeras del II trimestre y del I semestre 2019



3.5 SGSST

AUSENTISMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA (HUS)

A continuación, se procede a describir el ausentismo del HUS por áreas, según origen de la enfermedad (común, laboral o accidente de trabajo), días perdidos, causas, accidentalidad por empresas y global.

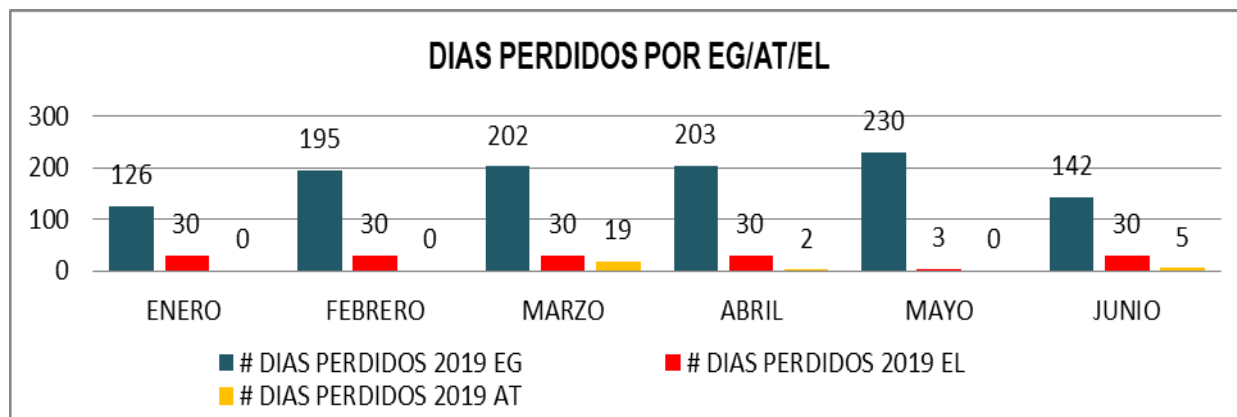
TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE AUSENTISMO POR ÁREA. PRIMER SEMESTRE AÑO 2019.

MES	ADMINISTRATIVO		ASISTENCIAL	
	# DE CASOS	DIAS PERDIDOS	# CASOS	DIAS PERDIDOS
ENERO	7	30	25	141
FEBRERO	2	4	32	221
MARZO	21	154	25	97
ABRIL	5	42	28	191
MAYO	3	14	42	246
JUNIO	4	16	25	161

Durante el segundo trimestre del año 2019 se evidenció que el área con mayor ausentismo laboral por todas las causas (enfermedad común, accidentalidad y enfermedad laborales) fue la asistencial, siendo más considerable en el mes de mayo. **Esto coincide con lo evidenciado en el primer trimestre de 2019, periodo en el cual también el personal asistencial presentó mayor índice de incapacidad.**

De alguna manera, el primer hallazgo se soporta en el hecho de que el área asistencial es la que cuenta con mayor número de trabajadores (global). **Dicha ventaja numérica ha aumentado progresivamente a lo largo del primer semestre de 2019 con la incorporación de nuevo personal asistencial de planta.**

GRÁFICA 2. AUSENTISMO POR TODAS LAS CAUSAS. PRIMER SEMESTRE AÑO 2019.



Durante el segundo trimestre del año 2019 se identifica en el personal del HUS disminución del número de casos y días de ausentismo por accidente de trabajo y enfermedad laboral. Al igual que en el primer trimestre de 2019, continúa predominando el ausentismo por enfermedad general en la institución

TABLA 4. ACCIDENTALIDAD POR EMPRESAS.

ACCIDENTALIDAD GLOBAL						
AÑO	COLTEMPORA	HUS	LASU	COOPSEIN	SERVISION	LAVASET
2016	15	19	2	3	1	0
2017	78	14	34	3	4	2
2018	94	12	7	6	0	0
2019	36	11	5	4	1	0

3.6 NÓMINA

PLANTA DE EMPLEOS PUBLICOS DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

A continuación se Relaciona la planta global de Empleos Públicos, para la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana, aprobada según Acuerdo No. 012 del 29 de junio de 2016, así:

NÓMINA DE PLANTA

**GASTOS NÓMINA PRIMER SEMESTRE
COMPARATIVO AÑOS 2016 - 2017 - 2018 - 2019**

AÑOS	VALOR GASTOS DE NOMINA 2016	No. SERVIDORES AÑO 2016	VALOR GASTOS DE NOMINA 2017	No. SERVIDORES AÑO 2017	VALOR GASTOS DE NOMINA 2018	No. SERVIDORES AÑO 2018	VALOR GASTOS DE NOMINA 2019	No. SERVIDORES AÑO 2019
ADMINISTRATIVO	\$3.020.801.200	128	\$2.887.632.022	126	\$2.899.512.117	121	\$2.506.695.616	117
ASISTENCIAL	\$4.626.392.451	187	\$3.892.987.432	180	\$4.096.365.729	166	\$4.785.016.783	232
TOTALES	\$ 7.647.193.651	315	\$6.780.619.454	306	\$6.995.877.846	287	\$7.291.712.399	349

Fuente: Subdirección de Personal – Nómina

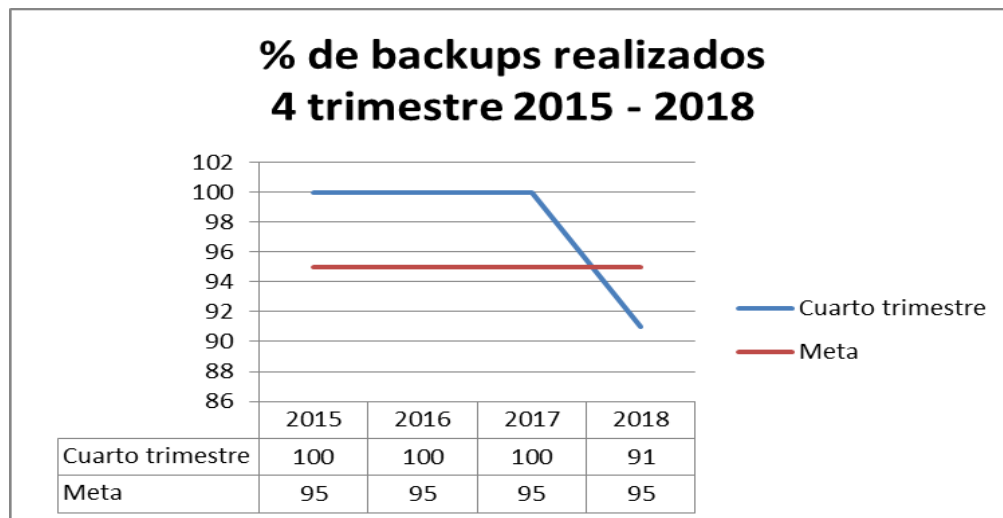
4.2 GESTIÓN DE INFORMACIÓN

GESTIÓN DEL PROCESO

Para el cuarto trimestre de los años 2017 y 2018 la tarea de mantenimientos preventivos fue realizada al **99%** y **100%** respectivamente, teniendo en el año 2018 un incremento en 41 equipos con respecto al año anterior. Se realizó auditoria en los mantenimientos obteniendo una calificación favorable sin ninguna novedad de un **96,8%**.

En el año 2018 no se presentó ningún ataque informático efectivo y se evidencia que aunque los ataques informáticos en el año 2018 aumento, es de resaltar que ninguno de estos fue efectivo, todos fueron controlados por ISP del checkpoint.

% de Backups Realizados



Se generan y entregan los Backups a la empresa de seguridad, Los backups correspondientes al mes de diciembre se entregan en enero debido a que la consolidación de la información (cierre anual), es programada por el área financiera para el mes de enero o febrero de 2019.

Se realizó el Proyecto de Actualización y modernización de infraestructura de TIC's (Implementación WIFI HUS). Con una avance del 100%

Se definieron 6 Actividades para el 2018 las cuales fueron:

ACTIVIDAD ESPECÍFICA	RESPONSABLE	2018												TOTAL						
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	P	E					
		P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E			P	E			
Realizar el estudio de mercado para la implementación de red WIFI en el HUS	Subdirección de Sistemas						1	1	1									2	2	
Radicación de Estudios Previos	Subdirección de Sistemas								1	1								1	1	
Adjudicación de proyecto WIFI en el HUS	Subdirección de Sistemas									1	1							1	1	
Instalación y configuración de red WIFI en el HUS	Subdirección de Sistemas										1	1	1	1				2	2	
Relajación de Pruebas de Red Wifi en el HUS	Subdirección de Sistemas																1	1	1	1
Puesta en Producción Red WIFI en el HUS	Subdirección de Sistemas																1	1	1	1

Resumen del Proyecto:

Se realizó la contratación e implementación de la solución de WIFI en el HUS, donde se adquirieron los siguientes componentes de Hardware y Software:

Acces point (AP): Estos equipos son donde se conectaran usuarios dispositivos móviles, tablets portátiles de funcionarios, visitantes, estudiantes etc.

Controladoras wifi: Son las encargadas de la configuración de los AP , configuración de seguridad, creación de usuarios de acceso y perfiles.

Data Wifi: Es el software donde se puede parametrizar portales para publicar información dependiendo las zonas de acceso a internet libre.

Esta solución cuenta con 62 Access Point (AP) para los interiores del HUS, y Tres (3) tres Access Point para exteriores para poder brindar un 100% de cobertura en los edificios Administrativos y edificios asistenciales, estos a su vez se autentican a las controladora (en HA) y estas se integran con el software Data wifi. Se utilizan dos controladoras para tener redundancia, y en caso de falla de la controladora principal el hospital no quede sin servicio Wi-fi.

Se configuraron las siguientes zonas Wi-Fi

WIFI - visitantes

Esta zona es de libre acceso a internet y dirigidas especialmente a nuestros visitantes y están ubicadas:

1. En la entrada principal (recepción del hospital)
2. Plaza de Banderas Punto de encuentro
3. Consulta externa sótano (Zona Norte y sur)
4. Salas de espera primer piso (laboratorio, radiología)

WIFI - Estudiantes

Esta zona se configuro para el acceso a estudiantes con un usuario y una contraseña de tal forma que se controle por estudiante el acceso a internet, estas zonas están ubicadas en Educación médica (descanso médico, biblioteca, casilleros)

WIFI – Auditorios

Esta zona se configuro para el acceso a para charlas, conferencias o necesidades específicas de acceso a internet con un usuario y una contraseña de tal forma que se controle el acceso a internet, estas zonas están ubicadas en Educación médica (descanso médico, biblioteca, casilleros)

WIFI – Gerencia

Esta zona se configuro para el acceso a los asistentes de sala de Juntas de Gerencia y la Gerencia.

WIFI – Pacientes

Esta zona se configuro en el edificio asistencial en las áreas de hospitalización la cual permitirá que los pacientes hospitalizados se les asignen un usuario y una contraseña para acceso a internet para máximo 3 personas.

Manual de instrucciones



Las Zonas WIFI para visitantes fueron señalizadas para que el usuario pueda conocer las instrucciones para acceder al campus WIFI del HUS



Canal You Tube - Número de Suscriptores

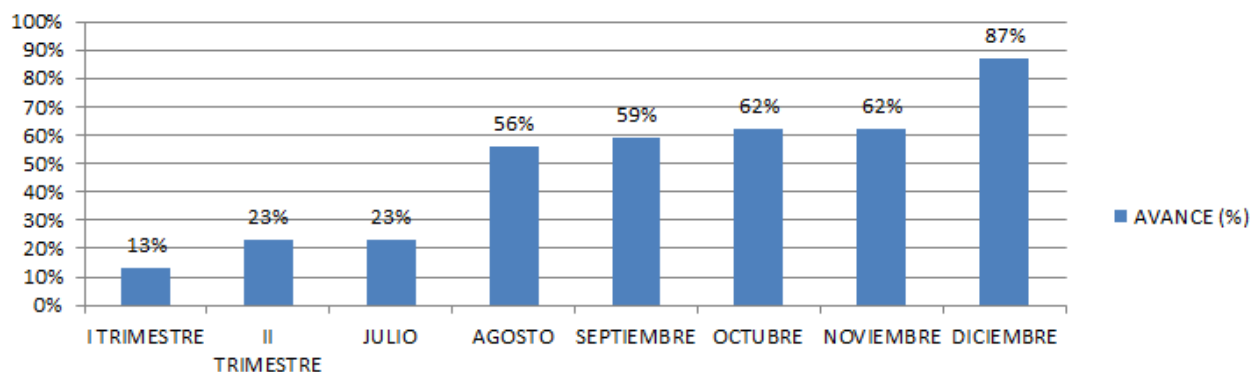
En el año 2018 se registraron **318** suscriptores en el canal de YouTube. Se percibe un aumento significativo de **82** suscriptores que corresponde con la mayor publicación de contenidos en el canal como las charlas magistrales las cuales, son vistas por los médicos internos y personal asistencial de la Red Departamental de Salud.

TWITTER

En el año 2017 contábamos con 250 seguidores, al mes de diciembre de 2018, el hospital cuenta con 828 seguidores, demostrando así un incremento de 578 seguidores, este aumento a sido gracias a la publicación de información impactante y noticiosa recepcionada a las entidades aliadas del sector de la salud como Gobernación de Cundinamarca @CundinamarcaGob, Secretaria de salud, @SecSaludCun, e instituciones del sector hospitalario con el cual el HUS mantiene relaciones estratégicas

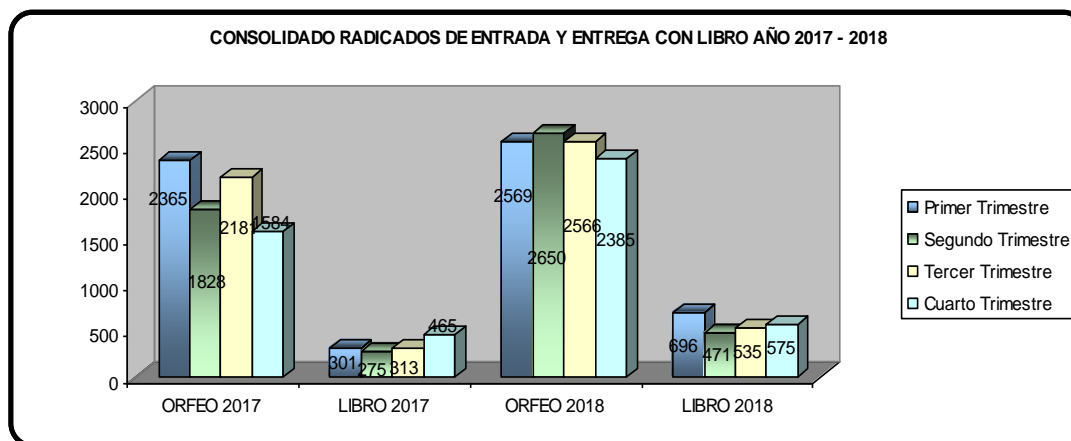
Otros

Plan Anticorrupcion



Se realizaron validaciones con control interno sobre el Plan Anti Corrupción 2018 de los siguientes ítems

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL – ORFEO I FASE



La oficina de correspondencia y radicación recibe alrededor de 10.170 documentos que son radicados en el sistema de gestión documental Orfeo y 2277 documentos que son entregados con libro dado que son documentos no radicales por el sistema, para la vigencia 2018

1. Obligatoriedad de la conformación de archivos:

- Se establece espacio físico (Archivo Central), bodega con estantería normalizada para ubicación física del archivo en el año 2014.
- La entidad adquiere unidades y material para la conservación documental teniendo en cuenta la normatividad que aplica (Acuerdo 049 de 2000) (carpetas, cajas x-200, ganchos plásticos legajadores y estantería según especificación técnica).
- Se implementa Oficina Central de Radicación y Correspondencia (comunicaciones recibidas y enviadas en el Sistema de Gestión Documental ORFEO).
- De acuerdo a los tres módulos con que se cuenta en el sistema de Gestión Documental Orfeo se definen perfiles de usuario de acuerdo al rol de cada una de las áreas, los cuales cuentan con un usuario y una contraseña donde se asignan permisos correspondientes.
- Se lleva a cabo un avance del 70% aproximadamente en cuanto a todos los procesos de organización, clasificación, selección y expurgo del acervo documental de la entidad, dado que es el más extenso por lo dispendioso de las actividades a realizar.



2. Diagnóstico integral de archivo fondo documental de la entidad desde el año 1990 e inventario natural en Access, realizando levantamiento de Inventario Documental de las bodegas de la entidad donde se realizan los diferentes procesos archivísticos a la documentación inventariada en el archivo central (clasificación, ordenación y descripción documental).
3. Tablas de Retención Documental TRD, tiene por objeto además de cumplir con las normas establecidas relacionadas con esta temática y los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación, visualizar los cambios orgánico-funcionales de la entidad, evidenciar las nuevas series y subseries documentales que las unidades administrativas tramitan en función de sus actividades y soporte para la automatización o digitalización de los procesos archivísticos anexos al Sistema de Gestión de la Calidad.

VIGENCIA 2018

4. Definición de los procedimientos archivísticos en la entidad:
 - Actualización Procedimiento Custodia del Acervo Documental 02GIS05
 - Actualización de Procedimiento Administración de Correspondencia 02GIS06
 - Manual Gestión Documental y comunicaciones 01GIS03
 - Política Gestión Documental
 - Programa de Gestión Documental PGD
 - Manual organización de series documentales 01GIS12
 - Procedimiento Valoración de Documentos 02GIS19
5. Acceso y consulta de los documentos, Todas las personas tienen derecho a consultar los documentos de archivos públicos y a que se les expida copia de los mismos (dándose respuesta dentro de los tiempos establecidos).

VIGENCIA 2019

6. Se establece los criterios de conformación del archivo central y el acceso a la información implementando el Formato Único de Inventario documental FUID. Teniendo en cuenta observaciones realizadas por parte del área de Control interno se da cumplimiento y avance de 100% de cumplimiento, así.
 - Se realiza contrato de arrendamiento de bodega tres (3) pisos para uso y ubicación física de archivo central de la entidad.
 - Adecuación de las instalaciones (acondicionamiento de la planta física pintura, instalación de electricidad, agua, desmontaje y montaje de estantería de la bodega antigua a la nueva bodega, desmontaje y montaje de estantería de la bodega caldera a la nueva bodega).
 - Adecuación física de rampa para el ingreso, instalación de extintores y rutas de evacuación, instalación de tapas eléctricas
 - Traslado de la documentación de archivo de las calderas, bodega de archivo a la nueva bodega para Archivo central de la entidad.
 - Contamos con capacidad de almacenamiento de alrededor 6.000 cajas x-200.
 - Adquisición de estantería de archivo



7. Levantamiento de información para el proceso de Tablas de Valoración Documental que busca rescatar el patrimonio histórico y cultural de la entidad.

4.3 GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

GESTIÓN DEL PROCESO

a) SEDE BOGOTÁ

PORCENTAJE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO VS CORRECTIVO

N° de mantenimientos 2019

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS					
	ABR	MAY	JUN	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	133	193	167	493	53,13%
M. PREVENTIVOS	140	181	114	435	46,88%
TOTAL	273	374	281	928	100,00%

N° de mantenimientos 2018

MATRIZ DE MANTENIMIENTOS					
	ABR	MAY	JUN	TOTAL	PORCENTAJE
M. CORRECTIVOS	85	85	99	269	31,83%
M. PREVENTIVOS	211	256	109	576	68,17%
TOTAL	296	341	208	845	100,00%

NUMERO DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS VS PREVENTIVOS

En cuanto a los porcentajes comparados con el año 2018 el mantenimiento correctivo aumento en un 21.3% lo anterior debido a que el uso obligatorio de la plataforma “Mesa de ayuda” para solicitar todo tipo de mantenimientos género que las actividades correctivas se lograran cuantificar en su totalidad.

1. PROGRAMA

- SEDE BOGOTÁ.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PARA PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

NÚMERO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS PROGRAMADOS		
	PROGRAMADAS	REALIZADAS
ENERO	53	53
FEBRERO	52	52
MARZO	50	50
ABRIL	36	36
MAYO	38	38
JUNIO	29	29
JULIO	51	
AGOSTO	52	
SEPTIEMBRE	50	
OCTUBRE	43	

NOVIEMBRE	46		
DICIEMBRE	36		
TOTAL	536	258	48%
% CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO			
SEGUNDO TRIMESTRE	100%		

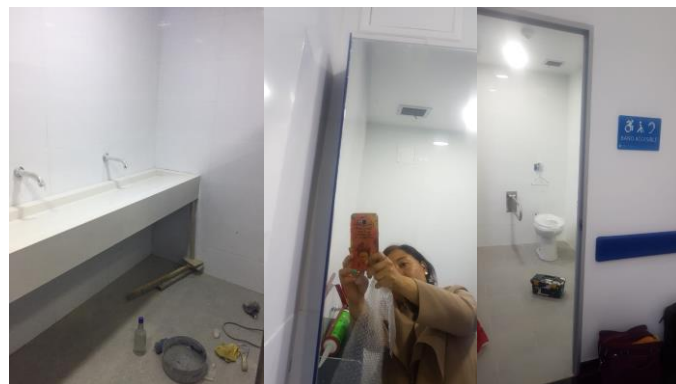
Para el corte de segundo trimestre se obtiene un cumplimiento del 100% de ejecución del plan de mantenimiento preventivo, y con un cumplimiento de 48% para todo el año 2019.

PRINCIPALES LOGROS

Avance de obra de SALA DE PARTOS con un 50% de ejecución del valor total con adición y prórroga solicitada en el trimestre



- Remodelación baños públicos 90% del valor inicial, posterior se realiza adición.



REGISTRO FOTOGRAFICO MANTENIMIENTO PREVENTIVO/ CORRECTIVO LO MAS SIGNIFICATIVO



ADECUACIONES ESTERILIZACIÓN SALAS DE CIRUGÍA- PROCEDIMIENTOS GASTRO



4.4 GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

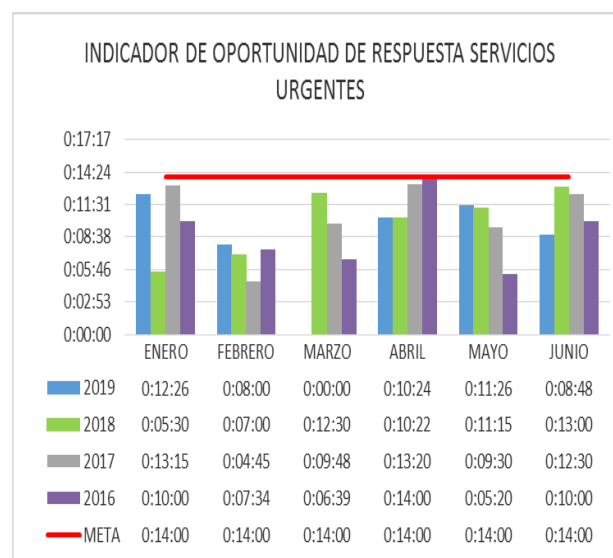
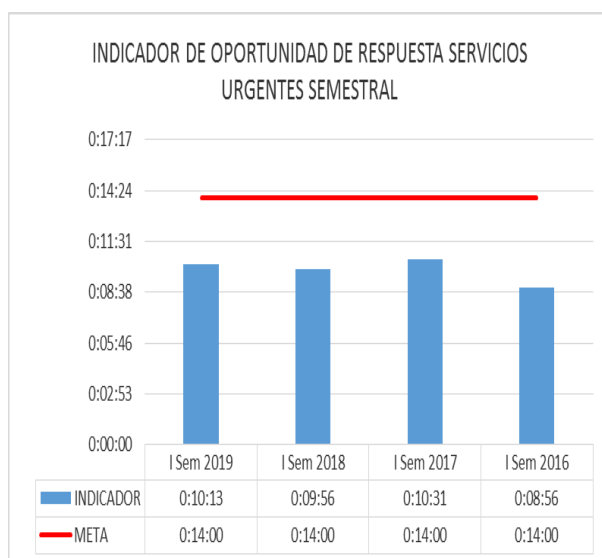
GESTIÓN DEL PROCESO

INDICADOR OPORTUNIDAD DE RESPUESTA – SERVICIOS URGENTES

Indicador oportunidad de respuesta urgente – BOGOTÁ

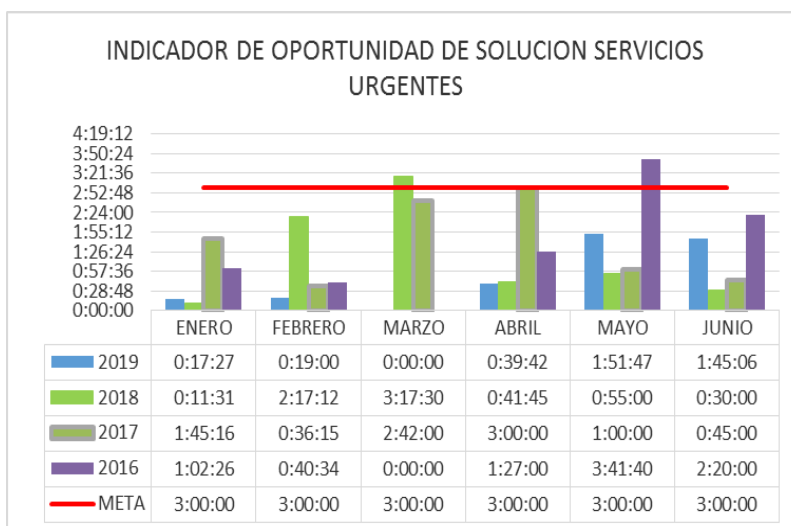
Durante el primer semestre del año se presentaron un total de 42 requerimientos de servicio de mantenimiento por falla, mal funcionamiento o avería de tecnología biomédica, siendo el segundo trimestre el de mayor número: (7- ene, 1-feb, 0-mar, 10-abr, 14-may, 10-jun). La respuesta oportuna a estos servicios urgentes, se mantiene dentro del límite estimado.

El segundo trimestre de 2019 en particular presenta el segundo promedio más bajo de los últimos cuatro años con un tiempo de respuesta de 00:10:30 siendo el más bajo en 2016 con 00:09:47



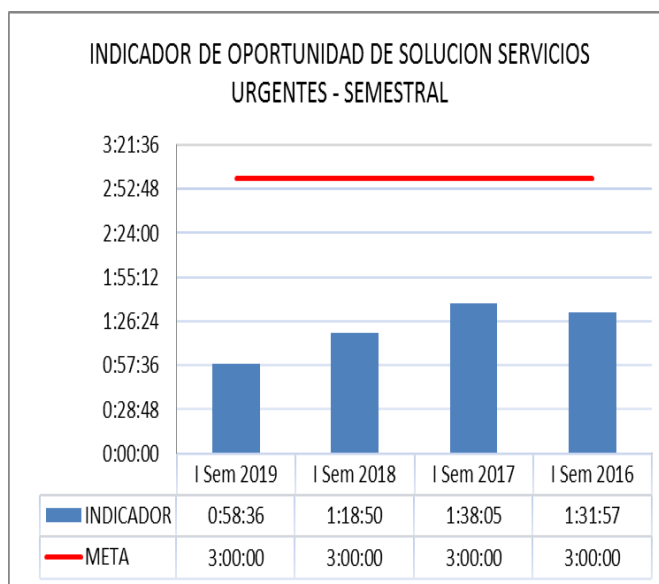
INDICADOR OPORTUNIDAD DE SOLUCIÓN – SERVICIOS URGENTES

Indicador oportunidad de solución – servicios urgentes – Bogotá



El factor que más incidencia tuvo en el incremento de los tiempos de solución en los meses de mayo y junio, fue el cambio de algunos accesorios de los colchones alternantes de las camas de UCI. Este tipo de daños precisaban de unos repuestos que tardaron en ser conseguidos, pero que finalmente llegaron y fueron instalados de forma inmediata según disponibilidad. De los 42 requerimientos totales en el semestre, 21 fueron por colchones alternantes, principalmente en el segundo trimestre. En términos generales, el Indicador de Oportunidad de Solución para servicios Urgentes no se ve rebasado.

El segundo trimestre de 2019 en particular presenta el segundo promedio más bajo de los últimos cuatro años con un tiempo de solución de 01:25:32 siendo el más bajo en 2018 con 00:42:15



4.5 GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS GESTIÓN DEL PROCESO

INDICADORES

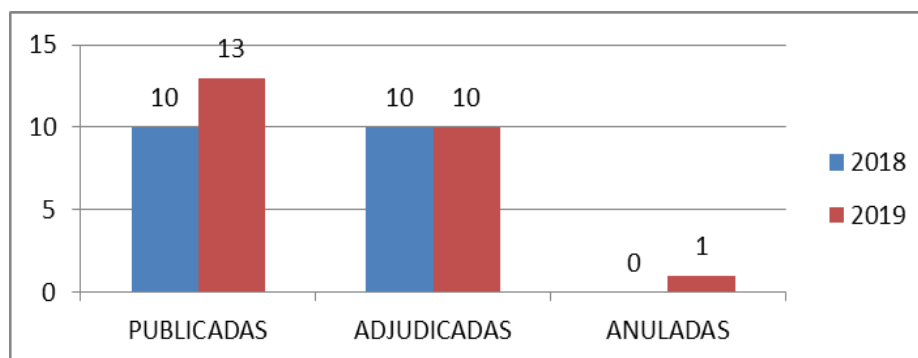
Los procesos que se adelantaron durante el segundo trimestre involucraron las áreas de Farmacia, Hotelería, Nutrición, Almacén General, Sistemas, Osteosíntesis, Comunicaciones, Personal, Desarrollo Humano, Atención al Usuario y Arquitectura, Mantenimiento y Equipo Médico, los cuales radicaron en la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros sus necesidades, teniendo en cuenta los consumos promedios históricos, los precios de adquisición del año anterior, así como tendencias de crecimiento para el año 2019. Estos estudios sirvieron para llevar a cabo las Convocatorias y Compras Directas las cuales pretenden, primero que todo atender los requerimientos del Hospital y finalmente satisfacer todas las necesidades de la institución en cada uno de sus áreas.

PROCESOS ADELANTADOS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

La Subdirección de Bienes, Compras y Suministros llevó a cabo durante el segundo trimestre, procesos mediante la modalidad de contratación por Convocatoria Pública y Contratación Directa, con el fin de suplir las necesidades presentadas por cada una de las áreas del Hospital.

De acuerdo a lo anterior, se presenta relación de cantidad de procesos ejecutados durante el periodo presentado en mención, realizando comparativo con la vigencia inmediatamente anterior (2018-2019).

TOTAL CONVOCATORIAS		
	2018	2019
PUBLICADAS	10	13
ADJUDICADAS	10	10
ANULADAS	0	1



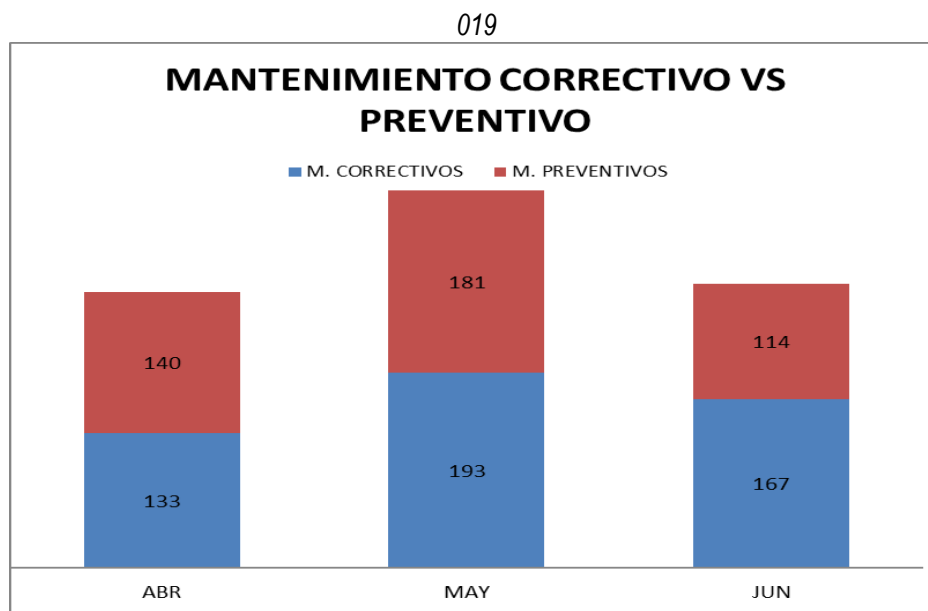
TOTALES	\$25.899.426.598,00	\$23.108.075.725,95	\$2.791.350.872,05	89%
----------------	----------------------------	----------------------------	---------------------------	------------

Los procesos de Convocatorias Públicas de la vigencia 2019 se llevaron a cabo de acuerdo a lo establecido en los Pliegos de Condiciones y en el Manual de Contratación, las adjudicaciones se ajustaron a las propuestas presentadas dando como resultado un 88% del presupuesto asignado, contribuyendo a la satisfacción de la necesidad del amparo de los Bienes e Intereses del Hospital. De lo anterior cabe aclarar que, se relaciona la Convocatoria Pública No. 10 la cual tuvo que ser anulada toda vez que existieron vicios en el procedimiento que modificaban sustancialmente el proceso; también se relaciona la Convocatoria Pública No. 12 la cual no ha podido ser definida, toda vez que existen dos fuentes de recurso, pero con la posibilidad de uso de uno solo; y por último, se relaciona la Convocatoria Pública No. 13 la cual se encuentra en curso en este momento, estando en la actividad de evaluaciones de las propuestas.

Como ha venido siendo una constante durante los últimos periodos, incluso en las últimas vigencias, se puede observar que el rubro de mayor participación durante los años 2018 y 2019 de acuerdo a los datos aportados, es el de **MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO** con un total de 30 y 22 órdenes respectivamente para cada año. Otro rubro que ha tenido una reducción significativa es el de **MATERIALES** el cual pasó de 13 a 3 ordenes durante el segundo trimestre de las vigencias 2018 y 2019. Sin embargo, se evidencia que existe un equilibrio en los demás rubros toda vez que, mientras unos aumentan los otros disminuyen, hablando en cuanto a las cantidades de órdenes.

RUBRO	CANTIDAD ORDENES DE SERVICIO VIGENCIA 2018-2019 POR		
	2018	2019	VARIACION
ARRENDAMIENTOS	0	2	2
CAPACITACIÓN	1	0	-1
COMUNICACION Y TRANSPORTE	1	1	0
GESTION AMBIENTAL	4	0	-4
HONORARIOS	3	2	-1
IMPRESOS Y PUBLICACIONES	1	0	-1
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	2	0	-2
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (BIENES)	1	0	-1
MANTENIMIENTO HOSPITALARIO (SERVICIOS)	10	7	-3
MATERIALES	0	1	1
PROYECTO TELEMEDICINA CONV 681/17	1	0	-1
TOTAL	24	13	-11

De acuerdo al anterior gráfico, evidenciamos como sigue la tendencia a la baja en cuanto a la cantidad de Órdenes de Servicios donde, de los diez rubros que tuvieron movimiento, 8 disminuyeron en cantidad de Órdenes emitidas, solo los rubros de **MATERIALES** y **ARRENDAMIENTOS** aumentaron la cantidad de órdenes en 1y2 respectivamente. Solo el rubro de **COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE** mantuvo su tendencia, registrando una orden en el Segundo trimestre de cada vigencia.



ALMACEN GENERAL

1. PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUM

Se presentan SIETE (7) actividades para el PUM, las cuales están relacionadas con el LEVANTAMIENTO DEL INVENTARIO FISICO Y DE AVALUO COMERCIAL DE LOS BIENES INMUEBLES, MUEBLES, EQUIPOS Y VEHICULOS , para el cual se desarrolló la ejecución del Contrato No.400 de 2018, con la Empresa Corporación Registro de Avaluadores y Lonja Colombiana de la Propiedad Raíz, proyecto con el cual se cumplió con el 100% de las actividades a 30 de Junio de 2019, las cuales con el acompañamiento de la Oficina de Planeación se desarrollará el cierre de estos hallazgos de Control Interno.

2. PLAN ANUAL DE COMPRAS

CONTRATOS Y EJECUCIÓN A 30 DE JUNIO DE 2019.

LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE

Total Contratos: 12 Contratos por valor de \$2.180.407.413

Ejecución: \$953.098.298

Saldo por ejecutar \$1.227.309.115

CONSUMIBLES MEDICO QUIRURGICO

Total Contratos: 11 Contratos por valor de \$741.495.542

Ejecución: \$515.867.768

Saldo por ejecutar \$225.627.774

MATERIALES APOYO CLINICO

Total Contratos: 15 Contratos por valor de \$1.264.830.277

Ejecución: \$793.193.510

Saldo por ejecutar \$471.636.767

3. OTRAS ACTIVIDADES.

- Informe de calificación de proveedores 2019.
- Se realizó el acompañamiento de notificación de Actas de Inventarios Personalizados.
- Se elaboraron 121 Ingresos en Dinámica Gerencial, a los cuales se elaboraron trámite para el pago e informes de Supervisión. Se atendieron 1.231 solicitudes de pedido.
- En los procesos de Bodega de Almacén General, Bodegas Zipaquirá (Almacén y Mantenimiento). Bodega Mantenimiento Bogotá, Inventarios de Activos Fijos (Bogotá y Zipaquirá), se ejerce el control de inventario mensual (ingresos y salidas).

En la Bodega de Mantenimiento se registran 455 salidas de inventario en Dinámica Gerencial. Se atendieron 487 solicitudes de pedido. Total insumos entregados 5.752. Total saldo en Inventario \$132.849.472.

CAPÍTULO V

OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO

5.1 OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO

GESTIÓN DEL PROCESO

Objetivo del proceso de evaluación y seguimiento: Evaluar de manera independiente Objetiva y Oportuna el sistema de control interno, a través de seguimientos y auditorias generando alertas tempranas que contribuyan con el mejoramiento continuo en la gestión del Hospital Universitario de la Samaritana que sirva como apoyo a la toma de decisiones del nivel directivo

En el presente documento se rinde informe sobre las actividades realizadas por la Oficina de control Interno del Hospital Universitario de la Samaritana.

1. INFORME EJECUTIVO ANUAL DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO.

Se presentó auditoría sobre la implementación del Mecí en la vigencia 2018, para lo cual se tuvo como insumo entre otros aspectos la información publicada en la intranet y la autoevaluación del grado de implementación diligenciada por los funcionarios mediante una encuesta. Se diligenció la herramienta FURAG en el aplicativo del DAFP por parte de la oficina de control interno en los términos señalados, por lo anterior el DAFP calificó la implementación del MECI en un 58,6% modalidad de enfoque.

No se cuenta con calificación del índice de desempeño institucional MIPG correspondiente al 2018, lo anterior obedece a que la oficina de Planeación no diligenció el formulario FURAG. Por lo anterior no se pueden mostrar los avances de las 7 dimensiones del MIPG.

Nota: Se recomienda reactivar el comité institucional de gestión y desempeño MIPG, elaborar y ejecutar el plan de acción que permita medir la mejora, y realizar la autoevaluación de la vigencia 2019.

La calificación emitida por el DAFP por componentes en la dimensión de control interno (MECI) obtenida fue la siguiente:

COMPONENTES	CALIFICACIÓN 2018	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	QUINTIL	CALIFICACIÓN 2017	PUNTAJE MAXIMO DEL GRUPO PAR	QUINTIL	DIMENSIÓN DE MIPG
Componente de ambiente de control	63,8	98,31	3	66.5	85.5	2	Dimensión de direccionamiento estratégico y planeación
Componente de gestión del riesgo	52,1	95,50	2	70.0	88.4	3	Dimensión de direccionamiento estratégico y planeación Dimensión de gestión con valores

							para los resultados
Componente de actividades de control	54,3	94,21	2	74.4	90.7	4	Dimensión de direccionamiento estratégico y planeación Dimensión de gestión con valores para los resultados
Componente de información y comunicación	64,6	96,82	3	71.8	84.8	4	Dimensión de información y comunicación
Componente de actividades de monitoreo	57,7	98,64	2	72.5	88.1	4	Dimensión de control interno
Resultado institucional	58,6	80,01	2	72.7	87.1	4	
(Nota: el resultado no se obtiene de sumar y dividir las calificaciones de cada dimensión, el resultado está en el informe emitido por el DAFP y se conocen los parámetros y/o variables estadísticas utilizados)							

Según la calificación emitida por el DAFP la dimensión de control interno obtuvo una calificación de 58,6 ubicándose en el quintil 2 para un grado de implementación de enfoque. En virtud de lo anterior se recomienda elaborar de manera expedita el plan de acción del equipo MECI con el fin de que se implementen acciones tendientes a mantener el resultado y a mejorarlo teniendo en cuenta que el porcentaje máximo del grupo par fue de 80.1.

Nota: Los resultados de la calificación obtenida fueron socializados al comité directivo mediante oficio y de manera presencial en el comité Coordinador de Control Interno.

RESULTADOS DE LAS VIGENCIAS ANTERIORES.

COMPONENTES	RESULTADOS DAFP-2017	QUINTIL	FACTOR	RESULTADOS DAFP-2016	RESULTADOS DAFP-2015	RESULTADOS DAFP-2014	RESULTADOS DAFP-2013
AMBIENTE DE CONTROL	66.5	2	ENTORNO DE CONTROL	1,23	1,91	2,28	2,19
				INICIAL	BASICO		
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	71.8	4	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	3,43	3,71	2,93	3,16
				INTERMEDIO	SATISFACTORIO		

Nota: Direccionamiento estratégico ahora está inmerso en: ACTIVIDADES DE CONTROL	74.4	4	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	2,98	3,45	2,47	2,44
				INTERMEDIO	INTERMEDIO		
GESTIÓN DE RIESGO	70	3	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	2,64	4,11	2,45	2,47
				INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
ACTIVIDADES DE MONITOREO	72.5	4	SEGUIMIENTO	3,26	3,7	3,09	2,86
				INTERMEDIO	SATISFACTORIO		
CALIFICACIÓN TOTAL	72.7	4	CALIFICACIÓN TOTAL OBTENIDA	42,75%	59,40%	41,01	40,60%
RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	ALTO		RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO	INTERMEDIO
CONVENCIONES QUINTIL 1,2,3 BASICO 4 Y 5 ALTO			CONVENCIONES INICIAL : 0-10 BASICO: 11-35 INTERMEDIO: 36 –65 SATISFACTORIO: 66-90 AVANZADO: 91 - 100				

1.1 INFORME CUATRIMESTRAL ESTADO DE CONTROL INTERNO

Se radicó y publicó en términos el informe cuatrimestral de los siguientes cortes:

Noviembre de 2018 – febrero 2019

Marzo 2019 – junio 2019

Pendiente:

Julio 2019 – Octubre 2019

Con las recomendaciones de estos informes se debe elaborar el plan de acción del equipo MECI vigencia 2019.

1.2 COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO. CUMPLIMIENTO DEL 100%

Se programaron las 3 reuniones obligatorias del comité, de las cuales ya se han realizado dos la primera para socializar los resultados de la evaluación del MECI emitida por el DAFP y la segunda para revisar el plan de acción del equipo MECI vigencia 2019.

1.3 FORTALECIMIENTO DEL MECI

Se ha buscado llegar a funcionarios que por sus actividades no tienen acceso al computador para consultar el correo, a través de la creación del grupo en WhatsApp MECI-HU de la Samaritana que en la actualidad se aumentó de 81 a 127 participantes. Por este medio se les envía la información sobre control interno.

SOCIALIZACIÓN MEDIANTE VIDEOS

2019

1. las 3 líneas de defensa 365 visitas
2. Inducción sobre control interno 67 visitas
3. Se capacitó al personal del proceso de atención farmacéutica en gestión del riesgo (para lo cual se analizó el mapa de riesgos que tenían vigente y sus controles) se transmitió la capacitación por Facebook la cual tiene 246 reproducciones.

2018

1. Se produjo video en el mes de abril sobre la implementación de MIPG el hoy ya cuenta con 1.951 visitas.
2. Se emitió video sobre el pensamiento basado en riesgos que cuenta con 155 visitas
3. Se produjo video sobre inducción y reinducción (control interno MECI) que cuenta con 158 visitas.

4. Se produjo video sobre control interno subiendo el nivel de conciencia que cuenta con 111 visitas
5. Se emitió video sobre austeridad del gasto que cuenta con 154 visitas.

6. Seguimiento a riesgos y controles con 346 visitas.

2017

1. MECI – plan de mejoramiento en entidades públicas. 537 visitas
2. Autocontrol MECI. 483 visitas.
3. Gestión del riesgo primera parte. 312 visitas
4. Gestión del riesgo segunda parte. 148 visitas
5. Gestión del Riesgo tercera parte 199 visitas

2 INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE

Calificaciones obtenidas luego de rendir el informe de control interno contable en el validador de la CGR – CHIP:

VIGENCIA	CALIFICACIÓN	RANGO	TOTAL RECOMENDACIONES
2013	4,09	SATISFACTORIO	8
2014	3,96	SATISFACTORIO	21
2015	3,78	SATISFACTORIO	19 13 correspondiente a años anteriores. 16 correspondiente al año 2015 Total 29 Se atendieron en su totalidad 4 recomendaciones. Parcialmente se atendieron 21 y 4 no se atendieron.
2016	3,65	ADECUADO Nuevos rangos resolución 193 de 2016 exp por la contaduría general de la Nación 1-3 DEFICIENTE 3.4 ADECUADA 4.5 EFICIENTE	4 recomendaciones de 2013 6 recomendaciones de 2014 19 recomendaciones del 2015 15 recomendaciones del año 2016.

2017	4.27	EFICIENTE	Cuatro recomendaciones vigentes del 2014 12 recomendaciones pendientes del 2015 18 recomendaciones pendientes del 2016 16 recomendaciones de la vigencia 2017
2018	4.31	EFICIENTE	Cuatro recomendaciones vigentes del 2014 12 recomendaciones pendientes del 2015 18 recomendaciones pendientes del 2016 16 recomendaciones de la vigencia 2017

3 AUDITORÍA PARA RENDIR INFORME SOBRE DERECHOS DE AUTOR

VIGENCIA	HALLAZGOS	CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES
2013	6 HALLAZGOS	Se atendió uno de seis hallazgos. 16%
2014	9 HALLAZGOS	Se atendieron 3 de 9 recomendaciones. 33.33%
2015	Se reiteran 6 y dos nuevas. Total 8	Se atendieron 3 de 8 recomendaciones 37.5%
2016	19 HALLAZGOS Y 5 RECOMENDACIONES	Se realizaron actividades para atender las recomendaciones pero las 5 recomendaciones siguen vigentes 0%
2017	12 y 12 recomendaciones	Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento.
2018	2016 5 recomendaciones 2017 7 recomendaciones 2018 6 recomendaciones Total 18 recomendaciones	Pendiente entrega del plan de mejoramiento

4. AUDITORIA PARA LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS.

Se radicó el correspondiente informe el 7 de febrero de 2019, correspondiente a la vigencia 2018.

Pendiente la entrega del correspondiente plan de mejoramiento correspondiente a la vigencia 2018.

5 CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORÍAS. 47.61%

AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2019	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2018	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2017	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2016	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2015	AUDITORIAS REALIZADAS	AUDITORIAS PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2014	AUDITORIAS REALIZADAS
21	17	20	17	13	12	5	5	14	7	8	6
SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:		SE REALIZARON LAS SIGUIENTES:	
1.AUDITORÍA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE	1	1.AUDITORÍA PARA RENDIR EL INFORME DEL ESTADO DE	1	AUDITORÍA PARA RENDIR EL INFORME DEL	1	DAFP	1	DAFP	1	DAFP	1

IMPLEMENTACIÓN DEL MECI.1		IMPLEMENTACIÓN DEL MECI.1		ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI- CUMPLIDA									
2.INFORME CUATRIMESTRAL DEL MECI – 3 INFORMES 100%	1	2.INFORME CUATRIMESTRAL DEL MECI – 3 INFORMES 100%	1	AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE- CUMPLIDA	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	CONTROL INTERNO CONTABLE	1		
3.AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE.1	1	3.AUDITORIA PARA RENDIR INFORME ANUAL DE CONTROL INTERNO CONTABLE.1	1	AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR- CUMPLIDA	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1	DERECHOS DE AUTOR	1		
4.AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR.1	1	4.AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR.1	1	AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS— CUMPLIDA	1			EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	PLANEACIÓN	1		
5.AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS.1	1	5.AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS.1	1	AUDITORIA GESTIÓN LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS- CUMPLIDA	1			AUDITORÍA DE PQRS, LEY ANTITRAMITES , CERO PAPEL, REDUCCIÓN DEL GASTO	1	AUDITORIA INTEGRAL A CONTRATOS	1		
6.AUDITORIA ENTREGA DE TURNOS-1	1	6.AUDITORIA ENTREGA DE TURNOS-1	1	CUMPLIMIENTOS- PUMP-FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO-CONTROL INTERNO-CONTRALORIA- CUMPLIDA	1			REPORTE Y VERIFICACIÓN DEL SIA CONTRALORIA – VIGENCIA 2014	1	PROCESO DE ESTERILIZACIÓN	1		
7.AUDITORIA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA. 1	1	7.AUDITORIA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA. 1	1	AUDITORIA ENTREGA DE TURNOS- CUMPLIDA	1			AUDITORIA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1				
8. AUDITORIA A RIESGOS Y CONTROLES DE LOS PROCESOS. 1		8. AUDITORIA A RIESGOS Y CONTROLES DE LOS PROCESOS. 1	1	AUDITORIA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA- CUMPLIDA	2			AUDITORIA DE PQRS	1				
9. CUMPLIMIENTO DEL PUMP FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO. 1	SE RETIRA POR QUE SE MODIFICÓ PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PUMP EN EL CUAL SE OBSERVA QUE CONTROL INTERNO NO TIENE ACTIVIDADES ASIGNADA	9. CUMPLIMIENTO DEL PUMP FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO. 1	1					EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1				
10. SEGUIMIENTOS POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN (OFICIOS ENVIADOS A LOS LÍDERES DE	1	10. SEGUIMIENTOS POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN (OFICIOS ENVIADOS A LOS LÍDERES DE	1	AUDITORIA PQRS	1								

LOS PROCESOS SOLICITANDO INFORMARAN SOBRE POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN)		LOS PROCESOS SOLICITANDO INFORMARAN SOBRE POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN)									
11. AUDITORÍA DE AUSTERIDAD EN EL GASTO DECRETO 1068 DE 2015. 1		11. AUDITORÍA DE AUSTERIDAD EN EL GASTO DECRETO 1068 DE 2015. 1	1	AMBIENTAL PGIRS							
12. AUDITORÍA DE PGIRHS. 1		12. AUDITORÍA DE PGIRHS. 1	1	CAJAS MENORES	1						
13. AUDITORÍA PROCESOS DISCIPLINARIOS. 1		13. AUDITORÍA PROCESOS DISCIPLINARIOS. 1	1	INVENTARIOS ACTIVOS FIJOS	INCLUIDA EN LA AUDITORIA DE CONTROL INTERNO CONTABLE						
14. AUDITORÍA PQRSD. 1		14. AUDITORÍA PQRSD. 1	1	DISCIPLINARIOS	1						
15. AUDITORÍA MIPG. 1	1	15. AUDITORÍA MIPG. 1	1								
16. AUDITORÍA CAJAS MENORES. 1		16. AUDITORÍA CAJAS MENORES. 1	1								
17. AUDITORÍA RECOMENDACIONES ELABORACIÓN PAS Y PI. 1		17. AUDITORÍA RECOMENDACIONES ELABORACIÓN PAS Y PI. 1	1								
18. GESTIÓN DOCUMENTAL,		GESTIÓN DOCUMENTAL,									
19. SARLAF,		SARLAF,									
20. ACTIVOS FIJOS		ACTIVOS FIJOS									
21. AUDITORÍA SUIT	1										
	47.61%		85%	PORCENTAJE DE AVANCE	92.3%	PORCENTAJE DE AVANCE	100%	PORCENTAJE DE AVANCE	50%	PORCENTAJE DE AVANCE	75%
AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2018		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2018	1	AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2017		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2016		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN-2015		AUDITORÍAS QUE NO SE INCLUYERON EL PLAN -2014	
Auditoría cargue contratación secop y sia observa		AUDITORÍA DE TRANSPARENCIA E INFORMACIÓN AL CIUDADANO.		AUDITORÍA AL PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL- PUMP DE ACREDITACIÓN CUMPLIDA	1	AUDITORÍA PARA EL CUMPLIMIENTO DE PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS	1				
Entrega de Turno						Auditoría realizada por solicitud de junta directiva	1	Auditorías programadas en el plan de mejoramiento de la contraloría sobre: la revisión del envío del informe mensual del SIA	6		
Auditoría informe final ingresos abiertos						Auditoría para verificar el cargue de información a los entes de control SIA OBSERVA Y SIA MENSUAL	1	Auditorías programadas en el plan de mejoramiento de la contraloría sobre: Mediciones	2		

								a la adherencia de las directrices de los informes de supervisión			
						AUDITORIA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO- 18 DE ENERO 2016-OCI- HUS.001-16	1	AUDITORIA ENTREGA DE TURNO ADMINISTRATIVO	1		
								EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1	EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS	1
TOTAL	13	TOTAL	18	TOTAL	13	TOTAL	9	TOTAL	17	TOTAL	7

Se recomienda que incluyan las acciones de mejora en los PUMP 2019 de los procesos correspondientes, toda vez que en la vigencia 2018 solo el 10 % de las acciones de mejoramiento tenían como fuente Control Interno.

Se han realizado 16 seguimientos de los siguientes temas:

1. Pago de prestaciones sociales trabajadores en misión Coltempora
2. Cartera mayor a 360 enviada para cobro jurídico / implementación de las tres facturas originales
3. Entrenamiento en el puesto de trabajo
4. Recaudo de la estampilla
5. Ingresos abiertos
6. Supervisión de contratos
7. Inventario, propiedades, planta y equipos, activos intangibles
8. Rendición de cuentas
9. Acuerdos de gestión 2019
10. Auditoría concurrente – Dirección científica
11. Rendición de informes a entes externos
12. Facturación con cumplimiento de requisitos.
13. Condiciones de habilitación sistemas de gestión.
14. RUAF
15. Inventario Propiedad planta y equipo
16. Cumplimiento de funciones Líder de facturación. Tercera línea de defensa.

En el segundo semestre se le realizará seguimiento a:

2. Rentabilidad y/0 pérdida operacional y sistema de costos
3. Implementación de MIPG
4. Actualización del Manual de funciones
5. Implementación de las 3 facturas.

Seguimiento No 12. El Líder de facturación Álvaro Augusto Guevara informó mediante oficio del 9 de abril de 2019, quien informó que en el área de hospitalización se le han presentado inconvenientes para la firma de las 3 facturas como: registro inoportuno de devoluciones, suministros medicamentos y epicrisis. En urgencias se presentan inconvenientes como sistemas enfermería, y médico tratante por lo cual se les hace firmar la boleta de salida a los usuarios.

Seguimiento 16. El Líder de facturación Álvaro Augusto Guevara informó mediante oficio del 8 de abril de 2019, llama la atención la respuesta emitida por el funcionario del área de facturación, quien de manera clara narra varios inconvenientes que ameritan que se atiendan y resuelvan de manera inmediata a través de plan de mejoramiento avalado por sus superiores.

6. CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL-CONTRALORIA

AUDITORÍA ESPEC IAL FINSEMA 2015 - 2018	DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2017	DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2016	DESCRIPCION	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2015	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2014	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2013	HALLAZGOS AUDITORIA vigencia 2012
SIN HALLAZGOS	Calificación de:	Calificación de:	Calificación de:	Calificación de:					
	Concepto sobre La gestión	NA	Concepto sobre La gestión	Con OBSERVACIONES	Concepto sobre La gestión	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES	Con OBSERVACIONES
	Opinión sobre los Estados contables	NA	Opinión sobre los Estados contables	Con salvedades	Opinión sobre los Estados contables	Negativo	Con Salvedades	salvedad	Con Salvedades
	Fenecimiento	No se fenece de forma	Fenecimiento	Se fenece	Fenecimiento	No fenece	Se fenece	fenece	fenece
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO									
	Primer trimestre		primer trimestre	27.5	primer trimestre	34.43%	16,60%	26,38%	
	Segundo trimestre	47.22%	Segundo trimestre	51.00%	Segundo trimestre	37.35	45,50%	54,93%	44,26%
	Tercer trimestre		Tercer trimestre	67.15	Tercer trimestre	76.12	70.00%	73,73%	50,95%
	Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL		Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL	91.92%	Cuarto trimestre Y CUMPLIMIENTO FINAL	89.25%	93,40%	95,20%	90,03%.
	Nivel de cumplimiento		Nivel de cumplimiento	Plan Cumplido	Nivel de cumplimiento	Plan Cumplido	Plan Cumplido	Plan Cumplido	Plan Cumplido

7. PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS CON LA SUPERSALUD

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD- 2014.

Con oficio 123861 de 10 de octubre de 2017, se radicó el avance y soportes del plan de mejoramiento el cual reporto un porcentaje de cumplimiento del 99.32%. Con oficio del 4 de abril de 2019 se envió a la Supersalud el avance correspondiente a uno de los tres hallazgos que se encuentran pendientes. Se encuentra pendiente por cumplir: Acuerdos de gestión, hoja testigo de historias laborales inactivas, actualización caracterizaciones de los procesos de: Atención al paciente extramural, atención al paciente quirúrgico, atención farmacéutica.

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD- 2015. CERRADO.

Se radicó plan de mejoramiento correspondiente a la visita de auditoría de la Supersalud vigencia 2015.

El 4 de abril de 2019 se radicó en la Supersalud el seguimiento al plan de mejoramiento en el cual se observa que 11 de los 13 componentes se encuentran en un estado cerrado, quiere decir que el avance es del 84.61%.

Con oficio del 21 de junio de 2019 No 2019400003200-2 la Supersalud le informó al Gerente que cerraban 12 de los componentes y dejaban abierto solo el que tiene que ver con el tema del integrante de la Junta Directiva por el sector científico externo, en ese oficio de la Supersalud se informa que se dio traslado a la procuraduría para lo de su competencia.

8. CUMPLIMIENTO DEL PUMP. 66%

1. Hallazgo

Estandarizar la evaluación de los riesgos y controles del hospital, para que permitan hacer una autoevaluación de los mismos por parte de los líderes de los procesos y una evaluación por parte de la oficina de control interno.

Acción de mejora.

Parametrizar una encuesta que permita la evaluación de los riesgos y controles.

Su cumplimiento se realizará en el segundo semestre

2. Hallazgo. Cumplimiento del 100%

Continuar con la digitalización de todo el archivo de la oficina.

Acción de Mejora.

Escaneo del archivo de gestión de cada vigencia

Actividad cumplida evidencia en los archivos digitales de la Secretaria de Control Interno.

3. Hallazgo. Cumplimiento del 100%

Masificar la capacitación por parte de control interno a los funcionarios y partes interesadas

Acción de mejora

Producir videos con información relevante para la consulta permanente del cliente interno y externo.

Actividad cumplida con la publicación de 3 videos 2019

1. las 3 líneas de defensa 365 visitas
2. Inducción sobre control interno 67 visitas
3. Se capacitó al personal del proceso de atención farmacéutica en gestión del riesgo (para lo cual se analizó el mapa de riesgos que tenían vigente y sus controles) se transmitió la capacitación por Facebook la cual tiene 246 reproducciones.

9. SEGUIMIENTO A INDICADORES, RIESGOS Y CONTROLES

Riesgos del proceso de auditoría y control

En el mapa de riesgos se identificaron dos riesgos así:

1. Posibilidad de emitir informes de auditoría sesgados a causa de influencias de terceros que limiten la independencia de la evaluación. No se materializó este riesgo los controles han sido efectivos.
2. Posibilidad de entrega parcial, ocultamiento y/o no entrega de información por parte del proceso auditado que origine un informe que no proporcione el panorama integral de lo evaluado. No se materializó este riesgo los controles han sido efectivos.

Nota: La oficina de control interno hace una auditoría anual para el seguimiento de indicadores riesgos y controles.

El mapa institucional de riesgos 2018 no fue publicado en esa vigencia.

El mapa de institucional de riesgos 2019 se publicó en la intranet el día 8 de julio de 2019.

Se realizará el segundo semestre

10. SEGUIMIENTO ENTREGAS DE TURNO

Porcentaje de asistencia.

MES	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ENERO	71,94%	63,80%	48,71%	54,67%	51,37%	52.02%	56.98%	62.33%
FEBRERO	77,94%	63,06%	47,32%	67,00%	54,8%	55.27%	63.36%	65.50%
MARZO	82,42%	60,24%	49,00%	60,75%	51.50%	50.17%	63.27%	49.36
ABRIL	77,86%	60,76%	53,78%	57,65	51.59%	50,6%	65.17	64.25%
MAYO	79,82%	60,27%	48,47%	60.75%	57.11%	55.27%	64.37	61.55%
JUNIO	77,53%	57,59%	57,87%	60.64%	51.96%	45.66%	63.32	64.15%

JULIO	69,24%	53,64%	70,22%	53.4%	50.14%	49.67%	64.93	
AGOSTO	77,47%	55,56%	61,76%	53.92%	43.82%	57.7%	63.1	
SEPTIEMBRE	76,30%	55,61%	58,93%	57.58%	46.81%	55.03%	66.23	
OCTUBRE	69,10%	58,33%	49,37%	53.68%	50%	53.40%	63.03	
NOVIEMBRE	61,39%	47,78%	58,43%	54,24	48.90%	54.66%	65.00	
DICIEMBRE	47,23%	46,40%	52,94%	46,57	53.55%	51.6%	55,3%	
Total	72,35%	56,92%	54,73%	56,67%	50.96%	50.08%	62.84%	

Se elaboró informe de auditoría del cual a la fecha no se ha presentado plan de mejora por parte de las áreas que intervienen en esa actividad.

Se asistió al turno administrativo programado y se rindió el correspondiente informe.

11. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

VIGENCIA	ACTIVIDADES A EJECUTAR	ACTIVIDADES EJECUTADAS AL 100%	% DE CUMPLIMIENTO
2014	19	7	37%
2015	16	6	37,5%
2016	33	12	36.36% Avance incluidas las actividades con cumplimiento parcial 65,9%
2017	41	28	68.29% Avance incluidas las actividades con cumplimiento parcial 90%
2018	35	24	68% Avance 86%
2019	35	2	Seguimiento con corte a abril de 2019. Avance del 30.12% Se publicado el mapa de riesgos de corrupción en la intranet el 26 de junio, en el proceso de

			Direccionamiento Estratégico no está publicado en la página web
--	--	--	--

12. SEGUIMIENTO AL SIA OBSERVA y PUBLICACIÓN EN EL SECOOP

Se elaboró un informe de verificación de:

SIA OBSERVA CON SIA CONTRALORÍAS HASTA LA VIGENCIA 2018

VERIFICACIÓN DEL CARGUE DE LA INFORMACIÓN EN EL SECOP Y SIA OBSERVA HASTA MAYO DE 2019

13. ACUERDOS DE GESTIÓN

Se debe informar por parte de la Sub Dirección de Desarrollo humano la suscripción de la totalidad de los acuerdos de gestión y los resultados de la calificación el primer semestre de 2019.

14. COMITÉ DE CONCILIACIONES.

Se ha asistido a las reuniones informadas del comité de conciliaciones.

Se recomienda se tenga en cuenta para el comité de conciliaciones lo siguiente:

Se socialicen los avances en materia de prevención del daño antijurídico

15. RECOMENDACIONES GENERALES AL SEÑOR GERENTE.

El tema más relevante es el de la entrega de cartera a la oficina asesora jurídica para el cobro jurídico, motivo por el cual se elevó a función de advertencia; le sigue la ausencia de implementación del sistema de costos y la suscripción de los acuerdos de gestión.

De los seguimientos realizados llama la atención la respuesta emitida por el funcionario Álvaro Guevara Posada Profesional Especializado III del área de facturación, quien de manera clara narra varios inconvenientes que ameritan que se atiendan y resuelvan de manera inmediata a través de plan de mejoramiento avalado por sus superiores.

Se recomienda dar cumplimiento por parte de gestión financiera y facturación y recaudo a la directriz emitida por el Gerente sobre la firma en original de las 3 facturas de prestación de servicios de salud.

Se recomienda al señor Gerente exigir a los procesos la elaboración oportuna de los planes de mejoramiento dando prioridad al que se derive de la auditoría de austeridad del gasto.

Se debe actualizar el manual de funciones.

Se debe contratar un firma experta parametrizar los indicadores compuestos que permitan evaluar misión, visión, objetivos estratégicos, depuración de indicadores etc

16. ACREDITACIÓN

Se ha ejercido las funciones de secretaria del estándar de Direccionamiento y Gerencia.

Reuniones realizadas:



26 de febrero

1 de marzo

4 de marzo

24 de abril

29 de abril

6 y 7 de mayo

6 de junio

3 de julio

Se solicitó a los responsables que enviaran los soportes del cumplimiento del PAMEC de Direccionamiento y Gerencia de 2018 y 2019 y no lo enviaron.

17. CUMPLIMIENTO DEL PAS 2019.

CUMPLIMIENTO DEL PAS 2019. Cumplimiento para el Semestre 100%

Avance general de las 4 actividades 75%

1. ACTIVIDAD

Realizar Seguimientos periódicos a los controles establecidos por la institución (NA Se realiza en el 4 trimestre).

2. ACTIVIDAD

Aplicación de la encuesta a los funcionarios para medir el grado de implementación del MECI. 50% (primer trimestre). **Cumplimiento del 100% los soportes se entregaron en el trimestre anterior.**

Evidencia: Con oficio del 17 de enero de 2019 se enviaron a los líderes de los procesos y procedimientos de la entidad las encuestas de implementación del MECI contestaron 21 funcionarios de 44 encuestas enviadas a funcionarios.

Con oficio 12 de marzo de 2019 No [2019110003322-1](#) se socializó al Comité Directivo los resultados de las encuestas practicadas, en el cual se observa que la autoevaluación bajo de 79,93% a 74,12%. Este soporte no se adjuntó en el seguimiento anterior.

3. ACTIVIDAD

Elaborar y socializar el informe de auditoría anual del MECI vigencia 2018. 50%. (Primer trimestre) **Cumplimiento del 100%. Los soportes se entregaron en el trimestre anterior.**

Evidencia: El 12 de marzo de 2019, se radicó informe de auditoría anual del MECI 2018, a todo el Comité Directivo, informe que está publicado.

El 8 de marzo de 2019, se envió informe cuatrimestral al comité directivo en donde se evidencias fortalezas y recomendaciones a las 7 dimensiones de MIPG, entre ellas la de control interno y se les manifiesta que ese informe debe tenerse en cuenta para la elaboración del plan de acción del MECI

El 15 de marzo de 2019 se radicó al comité directivo el informe de auditoría de implementación de MIPG, en el cual también se audita el MECI.

4. ACTIVIDAD

Socializar los resultados de la evaluación emitida por el DAFP según la encuesta diligenciada en el aplicativo dispuesto por el DAFP. (Segundo Trimestre) . **Cumplimiento del 100%**

La calificación del MECI fue del 58,6 resultado que no es comparable con la vigencia anterior en la que se obtuvo un puntaje de 72.7 por cuanto el DAFP cambió la metodología de evaluación.

La calificación de MIPG no se obtuvo por cuanto la Oficina de planeación no diligenció la encuesta en el aplicativo del DAFP.

Evidencias

Se socializaron los resultados de la evaluación emitida por el DAFP a través de:

Con Oficio No [2019110007744-1](#) del 24 de mayo de 2019 dirigido al Comité Directivo con copia al equipo MECI se socializaron los resultados de la evaluación del DAFP obtenida para el MECI.

En Comité coordinador de control interno realizado el 11 de junio de 2019 se socializaron los resultados a los miembros del comité coordinador de control interno y del equipo MECI que asistieron. Se adjunta listado de asistencia.

Con el Informe Cuatrimestral radicado el 10 de julio de 2019, con oficio [2019110009874-1](#), se socializó a toda la entidad los resultados de la evaluación del DAFP.

18. SOLICITUD DE PERSONAL

Se ha solicitado trimestralmente en el informe de gestión, así como mediante oficio y de manera verbal, al Gerente del HUS que designe más personal para la Oficina de control interno, indicando la cantidad y las calidades, todo soportado en la cantidad de informes reportes, seguimientos y responsabilidades asignadas. Lo anterior se requiere teniendo en cuenta el Decreto 648 de 2017 y la circular 049 de la Contraloría Departamental de Cundinamarca. Es importante recordar que la oficina de control interno solo cuenta con la suscrita y una profesional Especializada.

De esta manera queda rendido el informe de gestión correspondiente al período de enero a junio de 2019.

CAPÍTULO VI

OFICINA ASESORA JURÍDICA

6.1 GESTIÓN JURÍDICA

GESTIÓN DEL PROCESO

Estructura funcional de la Oficina Asesora Jurídica

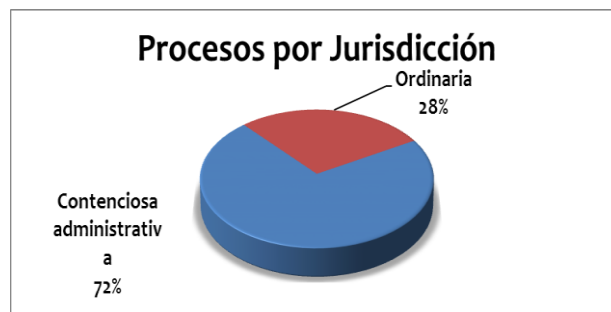
Tiene como líder al Jefe de la Oficina Asesora Jurídica (1) abogado y un (1) secretario en misión. Actualmente cuenta con siete (7) abogados en misión que están contratados a través de empresa temporal, de estos uno (1) es abogado externo y la oficina además cuenta con tres (3) técnicos en misión.

Los asuntos que conoce tienen que ver con:

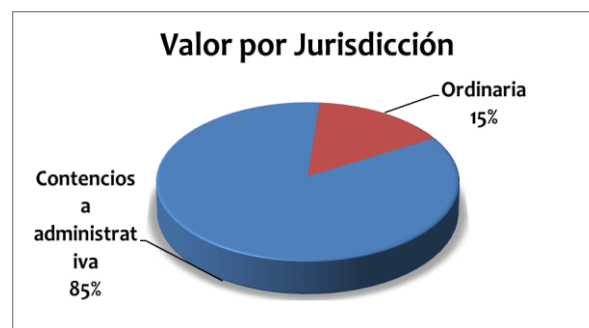
- Defensa judicial:
- Cobro jurídico de cartera:
- Defensa administrativa y atención de requerimientos administrativos:
- Contratos:
 - Apoyo, asistencia y asesoría:
- Apoyo, asistencia, asesoría a PQRs:

- **DEFENSA JUDICIAL - PROCESOS JUDICIALES:**

Esta comparación incluye tanto los procesos en los que la institución es demandada como demandante al cierre del II Trimestre de 2019.



El HUS hace parte de procesos en las jurisdicciones contenciosa administrativa y ordinaria, el número de procesos contenciosos representa el 72% y los encontrados en la jurisdicción ordinaria el 28%.



Con respecto a la participación por valor de las pretensiones entre las dos jurisdicciones encontramos que la Jurisdicción Contenciosa Administrativa presenta un mayor valor, esta diferencia se debe a que por la naturaleza jurídica y características de la entidad, la mayoría de los casos los demandantes deben acudir a la Jurisdicción Contenciosa Administrativa.

A continuación, relacionamos la anterior información ilustrando el número de procesos y el valor de la cuantía a 2do trimestre de 2019:

NÚMERO TOTAL DE PROCESOS		
Jurisdicción	A 2do trimestre 2019	
	No. Procesos	Cuantía
Contencioso Administrativa	119	\$51.030.432.955
Ordinaria	45	\$2.409.297.909
TOTAL	164	\$55.363.710.893

Como se puede observar, a corte 30 de junio de 2019 existen 165 procesos en los cuales el Hospital Universitario de La Samaritana es parte, procesos cuya cuantía asciende a \$55.363.710.893; los cuales podemos discriminar por jurisdicción, dentro de la Jurisdicción Contencioso Administrativa se encuentran 119 demandas, con unas pretensiones que suman un valor de \$51.030.432.955 y por otra parte, en la Jurisdicción Ordinaria se están tramitando un número de 46 procesos con una cuantía de \$4.333.277.938.

Es importante aclarar que el Hospital se encuentra vinculado como víctima en 11 procesos penales por el delito de Hurto por medios informáticos, procesos que no se encuentran relacionados en la tabla anterior.

Comparativo trimestral y semestral vigencias anteriores:

NÚMERO TOTAL DE PROCESOS PRIMER SEMESTRE								
Jurisdicción	1er sem Año 2016		1er sem Año 2017		1er sem Año 2018		1er sem Año 2019	
	Nº	Cuantía	Nº	Cuantía	No.	Cuantía	No.	Cuantía
Contencioso Administrativa	79	\$39.228.344.014	90	\$40.407.190.680	108	\$44.629.270.173	119	\$51.030.432.955
Ordinaria	12	\$1.211.756.078	11	\$115.909.008	7	\$2.837.267.615	45	\$2.409.297.909
TOTAL	91	\$40.440.100.092	101	\$40.523.099.688	115	\$47.466.537.788	164	\$53.439.730.864

Vale aclarar que la totalidad de los procesos al 2do trimestre de cada año se realiza del consolidado total que se reporta para ese período, razón por la cual el reporte del 1er semestre contiene la misma cifra que el trimestre razón por la cual frente a este aspecto se hará el análisis conjunto tanto del trimestre como del semestre de cada vigencia.

Porcentualmente podemos indicar lo siguiente: Entre 2016 y 2017 se presentó un incremento de 11% en el total de los procesos en los que el HUS es parte, con respecto al 2017 y 2018 se presentó un aumento de 15%, en el total de los procesos en que el HUS es parte y entre el año 2018 y el 1er semestre de 2019, podemos indicar que porcentualmente se presentó un aumento de 43% en el total de los procesos en que el HUS es parte.

1.1.1 DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD

De las demandas contra la entidad 111 (72%) se encuentran en la jurisdicción administrativa por un valor que asciende a los \$45.626.544.115. Con respecto a la jurisdicción ordinaria 43 (28%) de los procesos son en contra de la entidad por un valor de \$1.738.518.379

jurisdicción	Número	Participación	Cuantía
ADMINISTRATIVA	111	72%	\$45.626.544.115
ORDINARIA	43	28%	\$1.738.518.379
TOTAL	154	100%	\$47.365.062.494

1. DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD - JURISDICCIÓN CONTENCIOSA

Los procesos en contra el HUS que se adelantan en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, para el 1er semestre de 2019 se encuentran discriminados así:

Contencioso Administrativo	No. Procesos	%	Cuantía
Reparación directa (<i>falla médica</i>)	77	69.6%	\$44.027.042.919
Reparación directa (<i>pago por arrendamiento de equipo biomédico</i>)	1	0.9%	\$51.754.560
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	6	5.3%	\$68.972.305
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	5	4.5%	\$69.529.387
Nulidad y restablecimiento Proceso Disciplinario	1	0.9%	\$2.466.666
Nulidad y restablecimiento Contrato realidad	20	17.9%	\$437.300.528
Controversia Contractual	1	0.9%	\$1.021.232.310
Total parcial	111	100%	\$45.626.544.115

De las demandas contra la entidad el 72% se encuentran en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, la mayor participación en procesos en esta jurisdicción es por causa de Reparación Directa (69,6%), procesos cuyas pretensiones ascienden a \$ 44.078.797.479.

Dentro de los procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho encontramos treinta y dos (32) procesos que representan el 29% de los tramitados ante la jurisdicción contenciosa administrativa, por una cuantía de \$578.268.886, dentro de los cuales veinte (20) de ellos en los que se pretende se declare la existencia de un contrato realidad y que constituyen el 17.9% dentro de los procesos de nulidad y restablecimiento del derecho de los procesos instaurados en contra del HUS ante lo contencioso, suman unas pretensiones de \$ 437.300.528.

Finalmente, la única controversia contractual impetrada por el E.S.E Hospital de Girardot y que representa el 0.9% del total de procesos en contra del HUS ante ésta jurisdicción, tiene unas pretensiones por un valor de \$1.021.232.310.

Lo dicho anteriormente porcentualmente representa lo siguiente, del 100% de las acciones en curso en contra de la entidad en la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo el 70% corresponde al medio de control de reparación directa, el 29% a nulidades y restablecimiento del derecho y 1% a demandas por controversias contractuales:

MEDIO DE CONTROL JURISDICCIÓN CONTENCIOSA	NUMERO DE PROCESO	%	VALOR DE LAS PRETENSIONES
Controversia Contractual	1	1%	\$1.021.232.310
Nulidad y restablecimiento del derecho	32	29%	\$578.268.886
Reparación Directa	78	70%	\$44.027.042.919
	111	100%	\$45.626.544.115

Con respecto a la clasificación de las demandas tramitadas ante Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo por unidad funcional tenemos que en contra de la sede Bogotá se tramitaron 62 demandas (56%), en la unidad funcional de Girardot se presentaron 44 (40%), y finalmente en la unidad funcional Zipaquirá se interpusieron 5:

Unidad Funcional	Número de proceso	Valor de las pretensión
Bogotá	62	\$29.341.305.627
Girardot	44	\$14.496.480.530
Zipaquirá	5	\$1.788.757.958
Total	111	\$45.626.544.115

Comparativo trimestral Jurisdicción Contencioso Administrativa

Es de aclarar que la totalidad de los procesos al 2do trimestre de cada año se realiza del consolidado total que se reporta para ese período, razón por la cual el reporte del 1er semestre contiene la misma cifra que el segundo trimestre razón por la cual frente a este aspecto se hará el análisis conjunto tanto del trimestre como del semestre de cada vigencia.

Contencioso Administrativo	II Trimestre Año 2016			II Trimestre Año 2017			II Trimestre Año 2018			II Trimestre Año 2019		
	No.	%	Cuantía	No.	%	Cuantía	No.	%	Cuantía	No.	%	Cuantía
Reparación directa (falla médica)	48	64,0%	\$37.673.237.780	59	71,1%	\$37.822.384.952	75	79,8%	\$42.923.992.480	77	69,4%	\$43.975.288.359
Reparación directa (pago por arrendamiento de equipo biomédico)	0	0,0%	0	0	0,0%	\$0	1	1,1%	\$51.754.560	1	0,9%	\$51.754.560
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	19	25,3%	\$294.208.025	15	18,1%	\$170.396.724	9	9,6%	\$108.718.128	6	5,4%	\$68.972.305
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	7	9,3%		8	9,6%	\$140.305.917	6	6,4%	\$77.747.499	5	4,5%	\$69.529.387

Nulidad y restablecimiento Proceso Disciplinario	1	1,3%		1	1,2%	\$2.466.666	1	1,1%	\$2.466.666	1	0,9%	\$2.466.666
Nulidad y restablecimiento Contrato realidad	0	0,0%	0	0	0,0%	\$0	1	1,1%	\$37.902.011	20	18,0%	\$437.300.528
Controversia Contractual	0	0,0%	0	0	0,0%	\$0	1	1,1%	\$1.021.232.310	1	0,9%	\$1.021.232.310
Total parcial	75	100%	\$37.967.445.805	83	100,0%	\$38.135.554.259	94	100,0%	\$44.223.813.654	111	100,0%	\$45.626.544.115

Es de resaltar, que dentro de las demandas instaurada en contra del Hospital en la jurisdicción contenciosa, el peso porcentual más representativo en todas las vigencias siempre se ha encontrado en la reparación directa por falla médica, 64% den el 2016, 71,1% en el 2017, 79,8% en el 2018 y 69,4% en el 2019

Contencioso Administrativo	2016	2017	2018	2019	2016-2017	2017-2018	2018-2019
Reparación directa (<i>falla médica</i>)	48	59	75	77	22,9%	17,0%	2,7%
Reparación directa (<i>pago por arrendamiento de equipo biomédico</i>)	0	0	1	1	0,0%	1,1%	0,0%
Nulidad y restablecimiento Sobresueldo 20%	19	15	9	6	-21,1%	-6,4%	-33,3%
Nulidad y restablecimiento Bonificación por servicios	7	8	6	5	14,3%	-2,1%	-16,7%
Nulidad y restablecimiento Proceso Disciplinario	1	1	1	1	0,0%	0,0%	0,0%
Nulidad y restablecimiento Contrato realidad	0	0	1	20	0,0%	1,1%	1900,0%
Controversia Contractual	0	0	1	1	0,0%	1,1%	0,0%
Total parcial	75	83	94	111	16,1%	11,7%	1852,7%

Si observamos los incrementos con respecto a la vigencia inmediatamente anterior observamos que el principal incremento de demandas por falla en la prestación del servicio se encuentra entre la vigencia 2016-2017 (22,9%) y nulidad y restablecimiento contrato realidad entre la vigencia 2018- 2019.

2. DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD - JURISDICCIÓN ORDINARIA

Por su parte los procesos contra el HUS que se ventilan en la Jurisdicción Ordinaria se discriminan de la siguiente manera para el 1er semestre del 2019:

Ordinario	No. Procesos	%	Cuantía
Laboral sobresueldo 20%	3	7,0%	\$30.190.140
Laboral contrato realidad	38	88,4%	\$1.606.624.515
Acreencias laborales e indexación (<i>convención colectiva</i>)	1	2,3%	\$14.754.340
Ejecutivo contractual	1	2,3%	\$86.949.384
Total parcial	43	100%	\$1.738.518.379

A 1er semestre de 2019 se encuentran cuarenta y tres (43) procesos en la jurisdicción ordinaria.

En cuanto al proceso que se estaba tramitando en Tribunal de Arbitraje, en donde actuaba como accionante la Fundación Integral para la Salud y la Educación Comunitaria del Magisterio FINSEMA, por el incumplimiento del contrato No. 128 del 2005 en contra de la entidad, en el cual el valor de las pretensiones ascendía a \$6.734.956.000; el Tribunal profirió el Acta No. 10 por medio de la cual declaró que debido al no

pago de los honorarios por parte de Finsema, se declaraban concluidas las funciones y extinguidos los efectos de la cláusula compromisoria para el caso en concreto, ordenando a las partes la devolución de los documentos radicados y de los recursos cancelados, por lo cual, el proceso se retira de la matriz de procesos judiciales del HUS para el trimestre objeto de este informe.

Comparativo trimestral Jurisdicción Ordinaria

Es necesario aclarar que la totalidad de los procesos al 2do trimestre de cada año se realiza del consolidado total que se reporta para ese período, razón por la cual el reporte del 1er semestre contiene la misma cifra que el segundo trimestre razón por la cual frente a este aspecto se hará el análisis conjunto tanto del trimestre como del semestre de cada vigencia.

A II Trimestre Año 2017				A II Trimestre Año 2018			A II Trimestre Año 2019		
Ordinario	No.	%	Cuantía	No.	%	Cuantía	No.	%	Cuantía
Laboral sobresueldo 20%	3	30%	\$30.190.140	3	20%	\$30.190.140	3	6,98%	\$30.190.140
Laboral contrato realidad	6	60%	\$406.891.965	10	67%	\$462.759.808	38	88,37%	\$1.606.624.515
Acreecias laborales e indexación (convención colectiva)	0	0%	\$0	1	7%	\$29.508.680	1	2,33%	\$14.754.340
Incumplimiento contractual	0	0%	\$0	0	0%	\$0	0	0,00%	\$0
Ejecutivo contractual	1	10%	\$86.949.384	1	7%	\$86.949.384	1	2,33%	\$86.949.384
Total parcial	10	100%	\$524.031.489	15	100%	\$609.408.012	43	100,00%	\$1.738.518.379

Realizando un comparativo por representatividad en la participación por año tenemos que, en la Jurisdicción Ordinaria el mayor número de procesos en los que se acciona en contra del HUS durante las vigencias del 2017, 2018 y 2019 durante el primer semestre es el de la existencia de contrato realidad el cual se ha mantenido con mayor peso porcentual durante todas las vigencias, tenemos entonces que:

Comparativo A1er trimestre con A 2do trimestre de 2019

DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD				
Contencioso Administrativo	A 1er TRIMESTRE 2019	A 2do TRIMESTRE 2019	Diferencia	Incremento-Disminución
	No. Procesos	No. Procesos		
Reparación directa (falla médica)	78	77	-1	-1%
Reparación directa (pago por arrendamiento de equipo biomédico)	1	1	0	0%
Nulidad y Restablecimiento (sobresueldo 20%)	6	6	0	0%
Nulidad y Restablecimiento (bonificación por servicios)	5	5	0	0%

Nulidad y Restablecimiento (Contrato Realidad)	20	20	0	0%
Nulidad y Restablecimiento (proceso disciplinario)	1	1	0	0%
Controversia contractual	1	1	0	0%
Total parcial	112	111	-1	-1%

DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD				
Contencioso Administrativo	A 1er TRIMESTRE 2019	A 2do TRIMESTRE 2019	Diferencia	Incremento-Disminución
	No. Procesos	No. Procesos		
Laboral sobresueldo 20%	3	3	0	0%
Laboral contrato realidad	28	38	10	10%
Acreencias laborales e indexación (convención colectiva)	1	1	0	0%
Incumplimiento Contractual	1	0	-1	-1%
Ejecutivo contractual	1	1	0	0%
Total parcial	34	43	9	9%
TOTAL	146	154	8	8%

En el comparativo del primer trimestre con el segundo trimestre del 2019, se puede notar que hubo un aumento en las demandas por procesos ordinarios laborales, con un incremento del 10% respecto del primer trimestre de 2019.

Comparativo con el 1 semestre (a II trimestre) de las vigencias anteriores:

DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD COMPARATIVO AÑOS 2017 - 2019					
Contencioso Administrativo	1er semestre 2017	1er semestre 2018	1er semestre 2019	2017-2018	2018-2019
Reparación directa (falla médica)	59	73	77	24%	5%
Reparación directa (pago por arrendamiento de equipo biomédico)	0	1	1	100%	0%
Nulidad y Restablecimiento (sobresueldo 20%)	15	9	6	-40%	-33%
Nulidad y Restablecimiento (bonificación por servicios)	8	7	5	-13%	-29%
Nulidad y Restablecimiento (Contrato Realidad)	1	1	20	0%	1900%
Nulidad y Restablecimiento (proceso disciplinario)	0	1	1	100%	0%
Controversia contractual	0	1	1	100%	0%

Total parcial	83	93	111	271%	1844%
Ordinaria	1er semestre 2017	1er semestre 2018	1er semestre 2019	2017-2018	2018-2019
Laboral sobresueldo 20%	3	3	3	0%	0%
Laboral contrato realidad	6	10	38	67%	280%
Acreencias laborales e indexación (convención colectiva)	0	1	1	100%	0%
Ejecutivo contractual	1	1	1	0%	0%
Total parcial	10	15	43	167%	280%
TOTAL GENERAL	93	108	154	16%	43%

En demandas contra la entidad en general (incluye contencioso y ordinario) se observa un incremento en el 1er semestre de la vigencia 2017 al 2018 en 16% y del 2018 al 2019 del 43%

1.1.3. DEMANDAS A FAVOR DE LA ENTIDAD:

Se presentan los procesos contenciosos administrativos y ordinarios en que el HUS es la parte actora así:

Contenciosa administrativa	Causas	A II trimestre de 2016		A II trimestre de 2017		A II trimestre de 2018		A II trimestre de 2019	
		No.	Cuántía	No.	Cuántía	No.	Cuántía	No.	Cuántía
Reparación directa	Dano al angrograno Toshiba por cortes de fluido eléctrico	1	\$508.556.550	1	\$508.566.550,00	1	\$508.566.550	1	\$508.566.550
Repetición	Condena en sentencia judicial por falla médica	3	\$1.260.898.209	3	\$1.280.898.209,00	3	\$1.315.723.610	3	\$1.315.723.610
Contractual	Incumplimiento contrato No. 128	0	0	0	\$0,00	0	\$0,00	1	\$2.066.054.029
Lesividad	Prima técnica	1	\$424.819.651	1	\$424.819.651,00	1	\$424.819.651	1	\$424.819.651
Ejecutivo	Incumplimiento contractual	0	0	0	\$0,00	1	\$1.049.725.000	1	\$1.049.725.000
Contractual	Restitución de inmueble	1	\$39.000.000	1	\$39.000.000,00	1	\$39.000.000,00	1	\$39.000.000,00
Total parcial		6	\$2.233.274.410	6	\$2.253.284.410	7	\$3.337.834.811	8	\$5.403.888.840

Ordinaria	Causas	A II trimestre de 2016		A II trimestre de 2017		A II trimestre de 2018		A II trimestre de 2019	
		No.	Cuántía	No.	Cuántía	No.	Cuántía	No.	Cuántía
Declarativo	Divisorio	1	\$320.779.530	1	\$320.779.530	1	\$320.779.530	1	\$320.779.530
Laboral	Laudo Arbitral	0	0	1	\$350.000.000	1	\$350.000.000	1	\$350.000.000
Declarativo	Arbitramento	0	0	0	\$0,00	1	\$1.142.738.029	0	\$0
Total parcial		1	\$ 320.779.530	2	\$670.779.530	3	\$1.813.517.559	2	\$670.779.530
TOTAL GENERAL		7	\$2.554.053.940	8	\$2.924.063.940	10	\$5.151.352.370	10	\$6.074.668.370

Realizando un análisis del comparativo entre los años 2017, 2018 y 2019 a segundo trimestre, es posible evidenciar que al año 2017 el Hospital adelantaba un número de ocho (8) procesos como accionante, con unas pretensiones que oscilaban en \$2.924.063.940; en el transcurso del segundo trimestre del año 2018 las pretensiones se incrementaron en \$2.227.288.430 con un número total de diez (10) procesos; finalmente durante el 2019, se adelantaron diez (10) procesos por una cuantía que ascendió a los \$6.074.668.370.

1.1.4. CONTESTACIONES DE DEMANDA 2017, 2018 y 2019: (indicador de proceso)

NÚMERO TOTAL DE CONTESTACIONES DE DEMANDAS			
Jurisdicción	2do trimestre 2017	2do trimestre 2018	2do trimestre 2019
	No. contestaciones	No. contestaciones	No. contestaciones
Contencioso Administrativa	11	4	0
Ordinaria	2	1	18
TOTAL	13	5	18

En lo referente a contestaciones de demandas en el segundo trimestre, para el año 2017 se realizaron trece (13) contestaciones de demanda, once (11) de ellas ante la Jurisdicción Contenciosa Administrativa; durante el año 2018, se presentaron cinco (5) contestaciones de demanda dentro del término establecido, cuatro (4) de ellas en la Jurisdicción Contenciosa Administrativa y uno (1) en la Jurisdicción Ordinaria; finalmente, durante el 2019 al segundo trimestre se han contestado diez y ocho (18) demandas ordinarias laborales.

Fallos a favor y fallos en contra:

Luego de haber realizado un estudio de las vigencias 2016, 2017, 2018 y 2019, es posible determinar que durante el primer semestre de cada año (1er y 2do trimestre), ninguna autoridad judicial profirió fallos condenatorios en contra del Hospital;

Con respecto a los fallos a favor tenemos que en el año 2016 a segundo trimestre fue decidida una acción de reparación directa de forma favorable para la entidad y dos procesos de Nulidad y Restablecimiento del Derecho. En el 2017 los fallos a favor fueron los siguientes:

- Fallo del 07 de abril del 2017 dentro del proceso de Nulidad y Restablecimiento del Derecho iniciado por el señor Luis Eladio Acero Martínez (pretensiones estimadas en \$13.307.000), mediante el cual pretendía se reconociera y se le pagaran las bonificaciones por servicios prestados; este proceso fue fallado en segunda instancia confirmando la sentencia que negó las pretensiones del actor.
- Fallo del 14 de marzo del 2017 dentro del proceso de Nulidad y Restablecimiento del Derecho iniciado por cual la señora Carmen Florinda Avellaneda Báez solicitaba se reconociera y se le pagaran las bonificaciones por servicios prestados por cuantía de \$8.218.112; el Ad Quem (segunda instancia) confirma la decisión de primera instancia que negaba las pretensiones.

Se debe resaltar que del total de pretensiones en contra del hospital en la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo cuyo monto ascendía a \$38.135.554.259 al primer semestre de 2017, las sentencias que se profirieron a favor del HUS cuya cuantía se estimó en \$21.525.112, lo cual demuestra la efectividad de la representación judicial de la entidad en la vigencia primer semestre del 2017.

Por otra parte, en la vigencia del primer semestre del año 2018, no se profirieron fallos ni a favor ni en contra del Hospital, debido a que en esta vigencia los fallos fueron emitidos para el segundo semestre.

Finalmente, en lo que va de corrido del año 2019 (1er trimestre y 2do trimestre) se profirió fallo a favor del HUS en el proceso de Nulidad y Restablecimiento del Derecho adelantado por la señora Nelly Esperanza Castro Ramírez por cuantía de \$23.704.000, por medio del cual pretendía se le reconociera y se le cancelara el sobresueldo del 20%. Al primer semestre de esta vigencia el total de las pretensiones en contra del hospital en la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo ascendían a \$45.626.544.115, por lo tanto, el fallo a favor del HUS en el caso de la señora Castro Ramírez el cual representa el 0.05% del total de las pretensiones.

Procesos archivados

Así mismo, en la vigencia del 2019 a primer semestre, se relaciona un trámite arbitral iniciado por FINSEMA en contra del Hospital, en ocasión al incumplimiento del contrato No.128 suscrito en el año 2005, en el cual el valor de las pretensiones ascendía a \$6.734.956.000. Luego de que el Tribunal profiriera el Acta No. 10 por medio de la cual declaró que debido al no pago de los honorarios por parte de FINSEMA, se declaraban concluidas las funciones y extinguidos los efectos de la cláusula compromisoria para el caso en concreto, ordenando a las partes la devolución de los documentos radicados y de los recursos cancelados, por lo tanto al II trimestre se procedió a retirar el mismo de la matriz de procesos judiciales del HUS.

1.2. DEFENSA JUDICIAL - ACCIONES DE TUTELA: (indicador de proceso)

1.2.1. SEGUNDO TRIMESTRE 2019

En el segundo trimestre de 2019 se tramitaron 165 Acciones de Tutela, de las cuales la mayor participación se encuentra en Solicitud Cita Especialista (27%), seguido de Solicitud de Cirugía (18%), Solicitud Medicamentos y Solicitud Remisión, con una participación igual (12%) y Solicitud Exámenes (19%). Ahora, el siguiente es el comparativo con la vigencia anterior:

MOTIVO ESPECÍFICO	A 2DO TRIMESTRE 2018	A 2DO TRIMESTRE 2019	DIFERENCIA	INCREMENTO /DISMINUCIÓN
AFILIACIÓN	1	0	-1	-100%
SOLICITUD AUDÍFONOS	0	1	1	100%
CERTIFICACIÓN	2	0	-2	-100%
CITA ESPECIALISTA	8	44	36	82%
DERECHO DE PETICIÓN	2	0	-2	-100%
EXÁMENES	12	19	7	37%
EXONERACIÓN PAGO	1	0	-1	-100%
INFORMACIÓN	10	0	-10	-100%
MEDICAMENTOS	10	20	10	50%
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	0	1	1	100%
REMISIÓN	18	20	2	10%
SOLICITUD CIRUGÍA	29	30	1	3%
SOLICITUD INFORMACIÓN	1	14	13	93%
SOLICITUD TRANSPORTE	1	2	1	50%
PAGO INCAPACIDAD MÉDICA	0	3	3	100%
SOLICITUD AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL	0	1	1	100%
SOLICITUD SUSPENSIÓN PROVISIONAL	0	1	1	100%

RESOLUCIÓN DE INSUBSISTENCIA				
SOLICITUD RESULTADOS EXÁMENES	0	1	1	100%
TRATAMIENTO INTEGRAL	0	1	1	100%
SOLICITUD PROCEDIMIENTO	0	7	7	100%
Total general	95	165	70	

Se observa que incrementaron las Tutelas en 73% respecto al mismo periodo en comparación con la vigencia 2018. Los principales incrementos se observan cita especialista, solicitud cirugía, medicamentos y remisión.

DECISIÓN DEL FALLO O INCIDENTE - A FAVOR / EN CONTRA / NO EMITE ORDEN AL HUS	Total	Participación
DESVINCULA	31	20%
NIEGA	31	19%
NO EMITE ORDEN A HUS	37	31%
EL FALLO NO FUE NOTIFICADO	55	20%
ORDENA	10	4%
PREVIENE	1	7%
Total general	165	100%

En los diez (10) fallos que proferieron orden a la entidad.

1.2.2. 1ER SEMESTRE

Tenemos que en el primer semestre se resolvieron 288 tutelas. La mayor causa de interposición corresponde a solicitud de especialista y solicitud de exámenes

Motivo	Año 2019 a I Semestre	Participación
	No. Tutelas	
AFILIACIONES	1	0%
AUTORIZACIÓN	-	-
ALIMENTACIÓN	-	-
CERTIFICACIÓN	-	-
DERECHO DE PETICIÓN	8	3%
SOLICITUD OXÍGENO	-	-
MEDICAMENTOS	27	9%
PAGO INCAPACIDADES	3	1%
PAGO LICENCIA EPS	-	-
PROCEDIMIENTOS	7	2%
INFORMACIÓN	-	-
REMISIÓN AL HUS	-	-
REMISIÓN	35	12%
OTROS SERVICIOS	-	-
SOLICITUD CIRUGÍA	57	20%
SOLICITUD CITA ESPECIALISTA	69	24%
SOLICITUD EXÁMENES	45	16%
EXONERACIÓN COPAGO	-	-
SOLICITUD H.C.	-	-

REINTEGRO	3	1%
SOLICITUD INFORMACIÓN	23	8%
SOLICITUD AUDÍFONOS	1	0%
TRANSPORTE	3	1%
TUTELA CONTRA PROVIDENCIA JUDICIAL	2	1%
TRATAMIENTO INTEGRAL	1	0%
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	1	0%
SOLICITUD RESULTADOS	1	0%
SOLICITUD SUSPENSIÓN PROVISIONAL RESOLUCIÓN	1	0%
TOTAL	288	100%

1.2.3 COMPARATIVO 1ER SEMESTRE VIGENCIAS 2017-2018-2019 Primer Semestre

Al comparar el primer semestre del 2019 con la anterior vigencia observamos que se ha incrementado el 77% el número de tutelas siendo las principales causas solicitud de especialista, solicitud de cirugía y solicitud de exámenes

Motivo	Año 2017 I Semestre	Año 2018 I Semestre	Año 2019 a I Semestre
AFILIACIONES	1	2	1
AUTORIZACIÓN	1	-	-
ALIMENTACIÓN	-	1	-
CERTIFICACIÓN	-	2	-
DERECHO DE PETICIÓN	-	2	8
SOLICITUD OXÍGENO	2	-	-
MEDICAMENTOS	14	13	27
PAGO INCAPACIDADES	3	-	3
PAGO LICENCIA EPS	1	-	-
PROCEDIMIENTOS	29	-	7
INFORMACIÓN	-	10	-
REMISIÓN AL HUS	4	-	-
REMISIÓN	-	24	35
OTROS SERVICIOS	5	-	-
SOLICITUD CIRUGÍA	11	49	57
SOLICITUD CITA ESPECIALISTA	21	22	69
SOLICITUD EXÁMENES	1	28	45
EXONERACIÓN COPAGO	-	2	-
SOLICITUD H.C.	3	1	-
REINTEGRO	-	1	3
SOLICITUD INFORMACIÓN	-	2	23
SOLICITUD AUDÍFONOS	-	-	1
TRANSPORTE	8	4	3
TUTELA CONTRA PROVIDENCIA JUDICIAL	-	-	2
TRATAMIENTO INTEGRAL	-	-	1
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	-	-	1
SOLICITUD RESULTADOS	-	-	1
SOLICITUD SUSPENSIÓN PROVISIONAL RESOLUCIÓN	-	-	1
TOTAL	104	163	288

1.3. DEFENSA JUDICIAL – SANCIONATORIOS ADMINISTRATIVOS: (indicador de proceso)

1.3.1. SEGUNDO TRIMESTRE 2019

En el 2do trimestre del año 2019, se realizaron tres (3) actuaciones, durante el mismo periodo del año 2018 se realizaron nueve (9) actuaciones.

ACTUACIÓN	2do TRIM 2017	2do TRIM 2018	2do TRIM 2019
INDAGACIÓN PRELIMINAR (APORTE DOCUMENTOS)	-	-	3
DESCARGOS	3	3	
ALEGATOS	5	2	
RECURSOS	5	4	
Total	13	9	3

Al 2do trimestre del año 2019 se encuentran sesenta y siete (67) procesos vigentes, 21 (33%) incumplimientos normativos y 46 (67%) por irregularidades en la prestación del servicio médico, durante el mismo periodo de 2018 se encontraban setenta y dos (72) procesos vigentes, veintiuno (21) por incumplimientos normativos y cincuenta y uno (51) por irregularidades en la prestación del servicio médico, se nota una disminución con respecto a la vigencia anterior.

MOTIVO DE QUEJA	A 2DO TRIMESTRE 2018	A 2DO TRIMESTRE 2019
INCUMPLIMIENTOS NORMATIVOS	21	21
IRREGULARIDADES PRESTACIÓN SERVICIO MÉDICO	51	46
Total	72	67

A corte 30 de junio de 2019 se fallaron 7 procesos a favor del HUS, y uno en contra. Este fallo corresponde a un proceso iniciado en el año 2016.

Durante el 2do trimestre ingresaron tres (3) nuevos procesos todos por irregularidades en la prestación del servicio médico.

Al discriminar la muestra por tipo de entidad encontramos que el 64% (43) de los procesos se encuentran en la Secretaría de Salud Departamental y el 30% (20) en la Secretaría de Salud Distrital seguido por la Superintendencia Nacional de Salud 3% (2), INVIMA con 1% (1) y CAR Cundinamarca con 1% (1).

ENTIDAD	Total	Participación
CAR – CUNDINAMARCA	1	1%
INVIMA	1	1%
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	43	64%

SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL	20	30%
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	2	3%
Total	67	100%

UNIDAD FUNCIONAL	Total	Participación
BOGOTÁ	32	50%
GIRARDOT	19	30%
ZIQUAIRÁ	16	20%
Total general	67	100%

Se precisa que el día 24 de octubre de 2018, se elevó concepto ante la Supersalud para definir la competencia de las Secretarías de Salud Distrital y Departamental que ejercen funciones de inspección, vigilancia y control respecto de la actuación de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana, se realizó nuevamente requerimiento para que profirieran contestación el día 16 de Abril de 2019, a la fecha de presentación de este informe no se ha recibido respuesta a la petición. (Pendiente por verificar)

1.3.2. 1ER SEMESTRE 2019

En el primer trimestre del año 2019 se realizaron 4 actuaciones y en el segundo 3 actuaciones para un total de 7 durante el semestre.

ACTUACIÓN	1er TRIM 2019	2 do TRIM 2019	1ER SEMESTRE 2019
INDAGACIÓN PRELIMINAR (APORTE DOCUMENTOS)	0	3	3
DESCARGOS	1	0	1
ALEGATOS	3	0	3
RECURSOS	0	0	0
Total	4	3	7

COMPARATIVO VIGENCIAS 2017-2018-2019 A Primer Semestre

ACTUACIÓN	PRIMER SEMESTRE 2017	PRIMER SEMESTRE 2018	PRIMER SEMESTRE 2019
INDAGACIÓN PRELIMINAR (APORTE DOCUMENTOS)	-	-	3
DESCARGOS	16	4	1

ALEGATOS	13	4	3
RECURSOS	6	4	
Total	35	12	7

Como se puede observar han ido disminuyendo el número de actuaciones en el año 2019 con comparación con el semestre de las vigencias anteriores

A primer semestre del año 2016 se encontraban 53 procesos vigentes por investigaciones administrativas adelantadas contra la entidad. A primer semestre del año 2017 se encontraban cincuenta y cinco (55) procesos vigentes, 44 por irregularidades en la atención (80%) y 11 por incumplimientos normativos (20%). A primer semestre del año se encontraban 72 procesos vigentes, 21 por incumplimientos normativos (29%) y 51 por irregularidades en la atención (71%). Ahora bien, para el primer semestre del año 2019 se encuentran 67 procesos vigentes, 21 por incumplimientos normativos (33%) y 46 por irregularidades en la prestación del servicio médico (67%).

Al discriminar la muestra por tipo de entidad, que el mayor número de investigaciones administrativas se encuentran en todas las vigencias en el segundo semestre en la secretaría departamental seguida por la secretaría Distrital como lo vemos en la siguiente tabla:

ENTIDAD	1er semestre 2016	1er semestre 2017	1er semestre 2018	1er semestre 2019
CAR – CUNDINAMARCA	-	-	1	1
INVIMA	-	-	1	1
INSPECCIÓN DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL DE GIRARDOT	1	1	-	-
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	43	44	46	43
SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL	9	10	22	20
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	-	-	2	2
Total	53	55	72	67

Durante semestre de 2017 fueron resueltas 3 investigaciones administrativas, de las cuales 1 fue favorable para la entidad y 2 en contra. Las medidas contra la entidad fueron 1 amonestación por tardanza en la remisión del paciente y 1 multa por valor de \$2.757.816 por irregularidades en la calidad de la atención relacionadas con los estándares de accesibilidad oportunidad y seguridad.

En el segundo trimestre de 2018 se resolvió un proceso administrativo sancionatorio 2017-44671 a favor de la entidad.

A corte 30 de junio se fallaron 7 procesos a favor del HUS, y uno en contra. Este fallo corresponde a un proceso iniciado en el año 2016.

1.4. DEFENSA JUDICIAL - DERECHOS DE PETICIÓN: (indicador de proceso)

1.4.1. DERECHOS DE PETICION II TRIMESTRE DE 2019

Durante el segundo trimestre de 2019 se resolvieron 73 derechos de petición

TIPO	II TRIMESTRE 2019
CERTIFICACIÓN CONTRATOS PRODUCTIVIDAD	29
CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS	38
SOLICITUD COPIAS	0
RECONOCIMIENTO OBLIGACIONES ECONÓMICAS	0
SOLICITUD DESEQUILIBRIO ECONÓMICO	0
SOLICITUD MODIFICACIÓN RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN	0
SOLICITUD VERIFICACIÓN EVALUACIÓN TÉCNICA	6
SOLICITUD INFORMACIÓN	0
SOLICITUD CERTIFICACION	0
OTROS	0
Total general	73

1.4.2. COMPARATIVO SEGUNDO TRIMESTRE DE LAS VIGENCIAS 2017, 2018 Y 2019.

Se hace el análisis comportamental sobre el reporte de la información, realizada durante la vigencia 2017, 2018 y 2019, así:

TIPO	II TRIMESTRE 2017	II TRIMESTRE 2018	II TRIMESTRE 2019
CERTIFICACIÓN CONTRATOS PRODUCTIVIDAD	52	33	29
CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS	17	41	38
SOLICITUD COPIAS	2	0	0
RECONOCIMIENTO OBLIGACIONES ECONÓMICAS	0	1	0
SOLICITUD DESEQUILIBRIO ECONÓMICO	2	0	0
SOLICITUD MODIFICACIÓN RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN	1	0	0
SOLICITUD VERIFICACIÓN EVALUACIÓN TÉCNICA	1	0	6
SOLICITUD INFORMACIÓN	0	1	0
SOLICITUD CERTIFICACION	0	0	0
OTROS	0	1	0
Total general	75	77	73

1.4.3. DERECHOS DE PETICION I SEMESTRE DE 2019

Durante el primer semestre del 2019 se resolvieron 461 derechos de petición

TIPO	I TRIMESTRE 2019	II TRIMESTRE 2019	1er SEMESTRE 2019
CERTIFICACIÓN CONTRATOS PRODUCTIVIDAD	289	29	318
CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS	95	38	133
SOLICITUD COPIAS	0	0	0
RECONOCIMIENTO OBLIGACIONES ECONÓMICAS	0	0	0
SOLICITUD DESEQUILIBRIO ECONÓMICO	0	0	0
SOLICITUD MODIFICACIÓN RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN	1	0	1
SOLICITUD VERIFICACIÓN EVALUACIÓN TÉCNICA	0	6	6
SOLICITUD INFORMACIÓN	3	0	3
SOLICITUD CERTIFICACION	0	0	0
OTROS	0	0	0
Total general	388	73	461

1.4.4. COMPARATIVO PRIMER SEMESTRE DE LAS VIGENCIAS 2017, 2018 Y 2019.

Lo anterior, refleja que al hacer el análisis del primer semestre de los Derechos de petición, reportados en el informe de gestión durante la vigencia 2019, se ha aumentado las actividades realizadas respecto de los dos años anteriores. El incremento con respecto al año 2018 es de 129%

TIPO	1er SEMESTRE 2017	1er SEMESTRE 2018	1er SEMESTRE 2019
CERTIFICACIÓN CONTRATOS PRODUCTIVIDAD	168	111	318
CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS	117	81	133
SOLICITUD COPIAS	5	1	0
RECONOCIMIENTO OBLIGACIONES ECONÓMICAS	1	4	0
SOLICITUD DESEQUILIBRIO ECONÓMICO	2	0	0
SOLICITUD MODIFICACIÓN RESOLUCIÓN DE ADJUDICACIÓN	1	0	1
SOLICITUD VERIFICACIÓN EVALUACIÓN TÉCNICA	1	0	6
SOLICITUD INFORMACIÓN	2	2	3
SOLICITUD CERTIFICACION	1		0
OTROS	1	2	0
Total general	299	201	461

1.5. CONTRATACIÓN – OTRAS GESTIONES REALIZADAS

Este es el seguimiento durante el primer trimestre, segundo trimestre y primer semestre de las vigencias 2017, 2018 y 2019, teniendo en cuenta los siguientes factores reportados, así:

✓ Productividad- invitaciones a contratar



- ✓ Evaluaciones Jurídicas
- ✓ Elaboración de contratos
- ✓ Elaboración de modificaciones –Adiciones y/o Prórrogas
- ✓ Aprobaciones de Pólizas
- ✓ Liquidaciones Contratos 2017, 2018 y 2019.

1.5.1. SEGUNDO TRIMESTRE 2019

GESTIÓN	II TRIMESTRE 2019	II TRIMESTRE PARTICIPACION
Productividad - invitaciones a contratar	2	0,3%
Evaluaciones Jurídicas	140	19,4%
Contratos suscritos	160	22,2%
Adiciones y prórrogas	67	9,3%
Aprobación de pólizas	207	28,8%
Liquidaciones vigencias 2016, 2017, 2018 y 2019.	144	20,0%
TOTAL	720	100,0%

Durante el segundo trimestre del año 2019 se gestionaron 720 actividades el mayor número de actividades corresponde a elaboración e contratos y aprobación de pólizas.

1.5.2. COMPARATIVO SEGUNDO TRIMESTRE DE LAS VIGENCIAS 2017, 2018 Y 2019.

GESTIÓN	II TRIMESTRE 2017	II TRIMESTRE 2018	II TRIMESTRE 2019
Productividad - invitaciones a contratar	58	4	2
Evaluaciones Jurídicas	151	144	140
Contratos suscritos	118	162	160
Adiciones y prórrogas	30	25	67
Aprobación de pólizas	289	100	207
Liquidaciones vigencias 2016, 2017, 2018 y 2019.	86	169	144
TOTAL	732	604	720

Lo anterior, refleja que las actividades de la gestión contractual para el segundo trimestre de las tres vigencias, es decir, 2017, 2018 y 2019, mantuvieron una constante. Del segundo trimestre del 2017 al segundo trimestre del 2018 disminuyó en -17,5% y del segundo trimestre del 2018 al primer trimestre del 2019 incrementaron las actividades en 19,2%

1.5.3. PRIMER SEMESTRE 2019

GESTIÓN	1er SEMESTRE 2019	II TRIMESTRE PART
Productividad - invitaciones a contratar	66	4,4%
Evaluaciones Jurídicas	231	15,5%
Contratos suscritos	381	25,6%
Adiciones y prórrogas	145	9,8%
Aprobación de pólizas	372	25,0%
Liquidaciones vigencias 2016, 2017, 2018 y 2019.	291	19,6%
TOTAL	1.486	100,0%

Durante el primer semestre se gestionaron 1.486 actividades, el mayor número de actividades corresponde a elaboración e contratos y aprobación de pólizas.

1.4.5. COMPARATIVO PRIMER SEMESTRE DE LAS VIGENCIAS 2017, 2018 Y 2019.

GESTIÓN	1er SEMESTRE 2017	1er SEMESTRE 2018	1er SEMESTRE 2019
Productividad - invitaciones a contratar	114	56	66
Evaluaciones Jurídicas	337	235	231
Contratos suscritos	320	344	381
Adiciones y prórrogas	60	73	145
Aprobación de pólizas	878	263	372
Liquidaciones vigencias 2016, 2017, 2018 y 2019.	179	204	291
TOTAL	1.888	1.175	1.486

Lo anterior, refleja que al hacer el análisis del primer semestre de otras actividades propias de la contratación de Bienes y Servicios, la vigencia 2017 tuvo un incremento mayor de actividades respecto de las vigencias 2018 y 2019.

1.6. COBRO JURÍDICO DE CARTERA DEL HOSPITAL – (indicador de proceso)

1.6.1. ANÁLISIS TRIMESTRE VIGENCIA 2019

A continuación se presenta un comparativo del primer y segundo trimestre de 2019, más adelante se detallará el comparativo con vigencias anteriores

TIPO DE CARTERA	Procesos 1er trimestre 2019	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Procesos 2do trimestre 2019	Suma de Valor deuda (intereses más capital)
CARTERA LIMPIA	22	\$35.795.916.001	21	\$36.544.786.743
GLOSAS	22	\$9.896.661.291	16	\$7.372.476.959
Total General	44	\$45.692.577.292	37	\$ 43.917.263.702

En la gestión de cartera correspondiente al 2do trimestre de 2019, se evidencia una disminución de un (1) proceso de cartera limpia y seis (6) procesos por conflicto de glosas con respecto al primer trimestre de 2019.

Ahora bien con respecto a los procesos por conflicto de glosa terminados durante el 2do semestre de 2019, los mismos corresponden a 6 procesos tramitados en contra de la EPS Ecoopsos, en los que se había solicitado la terminación por acuerdo de pago.

A continuación se detallan los procesos terminados durante el segundo trimestre de 2019 y cuya deuda consistente en intereses y capital asciende a \$5.544.193.004:

Conforme a la remisión del área de cartera en el 2do trimestre de 2019, se radicó solicitud de conciliación extrajudicial por valor de \$2.128.536.296, en la cual se fijó audiencia para el 17 de julio del hogar.

Al discriminar por tipo de cartera encontramos que referente al valor la participación corresponde a 17% de conflicto de glosas y 83% de cartera limpia, presentándose variación frente al 1er trimestre de 2019, donde conflicto de glosas representaba 22% y cartera limpia el 78%, modificación que obedece a la terminación e inclusión de los procesos que se relacionaron en líneas anteriores.

TIPO DE CARTERA	VALOR DEUDA(intereses más capital)	No. Procesos
Cartera limpia	\$36.544.786.743,00	21
Conflicto de Glosas	\$7.372.476.959,04	16
Total general	\$43.917.263.702,04	37

JURISDICCION	No. PROCESOS
JURISDICCION ORDINARIA	16
En proceso	16
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	21
En proceso	17
Pendiente cumplimiento de la obligación	4
Total general	37

Se indica que los cuatro (4) procesos se encuentran pendientes de cumplimiento de la obligación, correspondiente a acuerdo de pago suscritos ante la Superintendencia Nacional de Salud con la EPS CONVIDA. :

CLIENTE	VALOR SOLICITADO	VALOR CONCILIADO	CONDICIONES DE PAGO
Convida	\$ 7.297.599.227	\$6.904.684.067	7 cuotas a diciembre de 2019
Convida	\$6.095.162.952	\$5.736.186.343	6 cuotas a diciembre de 2019
Convida	\$633.287.409	\$633.287.409	1 cuota a febrero de 2019- pendiente certificación de pago
Convida	\$ 7.104.761.088	\$1.093.895.068	1 cuota enero de 2019 pendiente certificación de pago
Total:	\$21.130.810.676	\$14.368.052.887	N/A

Se debe aclarar que todos los procesos de cobro de cartera (cartera limpia, glosas y devoluciones) no se contabilizan en la base general de los procesos de la entidad, ya que en su momento se adelantaban ante la Superintendencia Nacional de Salud bajo un procedimiento preferente y sumario en virtud de la Ley 1122 de 2007.

Ahora bien, se encuentran activos treinta y siete (37) procesos por un valor de CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DIECISIETE MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SETECIENTOS DOS PESOS M/Cte (\$43.917.263.702) deuda de intereses y capital de los cuales:

- 16 se encuentran en la jurisdicción ordinaria por valor de CINCO MIL CIENTO SIETE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL SESISCIENTOS CUATRO PESOS MLCTE (\$ 5.107.431.604) capital más intereses.

- 21 se encuentran en proceso ante la Superintendencia Nacional de Salud por valor de TREINTA Y OCHO MIL OCHICIENTOS NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS MIL NOVENTA Y OCHO PESOS MLCTE (\$38.809.832.098) capital más intereses:

Al respecto se informa que de los 21 procesos competencia de la Superintendencia Nacional de Salud, 7 se encuentran pendientes de auto que de por terminados los procesos en virtud de acuerdo de pago entre las partes, 5 en trámite de sentencia de primera instancia, 1 a la espera del auto que obedece y cumple lo dispuesto por el superior, 4 en cumplimiento de la obligación 1 surtiendo recurso de apelación, 2 con sentencia de primera instancia y en 1 se reprogramó audiencia de conciliación.

EVALUACIÓN PORCENTUAL POR ENTIDAD:

Al discriminar la cartera en el Área Jurídica por deudor se observa que el mayor valor está en cabeza de Convida EPS (71.53%), seguida por Ecoopsos (14.4%).

Cliente	Suma de No. Procesos	Suma de Valor deuda (intereses mas capital)	%
Alcaldía de Cartagena de Indias	1	11.365.119,00	0,026%
Alianza Medellín Antioquia EPS	1	22.157.848,00	0,050%
Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico	1	96.621.762,00	0,220%
Caja de Compensación Familiar de Cartagena-Comfamiliar	1	6.355.422,00	0,014%
Caja de Composición familiar de Cundinamarca-Comfacundi	2	1.143.946.469,00	2,605%
Convida	5	31.437.355.139,00	71,583%
Ecoopsos	7	6.349.912.546,04	14,459%
Emdisalud	1	1.329.128.419,00	3,026%
Empresa Cooperativa de Servicios de Salud Emcosalud	2	446.101.559,00	1,016%
EPS Cafesalud MEDIMÁS EPS	5	787.717.480,00	1,794%
EPS Coomeva	1	1.984.248.506,00	4,518%
ESE Hospital San Antonio Arbeláez	1	3.875.919,00	0,009%
ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá.	1	59.853.933,00	0,136%
Famisanar y Convida EPS	1	29.459.265,00	0,067%
Gobernación de la Guajira - Secretaria Departamental.	1	1.372.380,00	0,003%
Salud Total EPS SA	2	74.845.236,00	0,170%
Secretaria de Salud de Boyacá	1	16.942.597,00	0,039%
Secretaria de Salud del Valle	2	14.239.804,00	0,032%
Secretaria Departamental del Chocó	1	101.764.299,00	0,232%
Total general	37	43.917.263.702,04	100%

Procesos remitidos por el área de cartera 1er trimestre de 2019.

Los siguientes procesos corresponden a los remitidos por el área de cartera durante el 1er trimestre de 2019.

Cliente	Capital	Intereses +Capital	Tipo de cartera	Jurisdicción	Observaciones
Convida	\$2.128.536.296	\$2.787.222.863	Cartera limpia	Superintendencia Nacional de Salud	En trámite de conciliación
Convida	\$6.095.162.952	\$8.028.214.474	Cartera limpia	Superintendencia Nacional de Salud	En cumplimiento de acuerdo de pago
Emdisalud	\$335.014.070	\$425.418.610	Cartera limpia	N/A	No se radico pues se suscribió acuerdo de pago entre las partes (extraprocesal)

Procesos remitidos por el área de cartera 2do trimestre de 2019.

Los siguientes procesos corresponden a los remitidos por el área de cartera durante el 2do trimestre de 2019.

Cliente	Capital	Intereses +Capital	Tipo de cartera	Jurisdicción	Observaciones
Salud Vida	\$1.259.879.414	<i>Sin certificación de intereses</i>	Cartera limpia	N/A	No se tramito por solicitud del área cartera

Estado de los a los procesos monitorios en trámite:

1. Cafesalud - Medidas, Rad. 2019-484 Juzgado 47 de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple: el 04 de junio de 2019 se subsanó demanda y el 06 de junio entra al despacho para pronunciarse sobre admisión.
2. Cafesalud - Medidas, Rad. 2019-432 Juzgado 23 de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple: el proceso se encuentra al Despacho desde el pasado 22 de marzo de 2019 para calificación de la demanda.
3. Secretaría de Salud del Valle rad. 2019-0052 Juzgado 43 de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple: El pasado 03 de abril de 2019 se profirió Auto Admisorio de la demanda se gestionó la notificación de demanda pendiente notificación por aviso.

Estado de los Acuerdos de pago en Trámite:

- **En cuanto al acuerdo de pago de Ecoopsos:** Conforme a la reunión con el Ejecutivo de Cartera José Luis Rodríguez, informó que corte 30 de junio de 2019, el Acuerdo de Pago celebrado con Ecoopsos, se ha venido cumpliendo de manera satisfactoria con el siguiente detalle:
 - **Valor reconocido con el Acuerdo de Pago:** \$8.291.516.659.91
 - **Número de cuotas y monto fijo pactado:** Treinta y seis (36) cuotas a partir del mes de junio de 2018, por la suma de \$230.319.907.
 - **Cumplimiento de la obligación:** Se ha efectuado un pago por parte de la cuota 13 lo que asciende a la suma de \$2.994.158.791
 - **Saldo pendiente a favor del HUS: \$5.297.357.868.9**
- **En cuanto al acuerdo de pago de Emdisalud** 1. el mismo fue suscribió el pasado 11 de abril de 2019, por valor de \$1.202.800.870, pagaderos en 12 cuotas a partir de julio de 2019 a junio de 2020 por valor de (\$100.233.405), por lo que se está a la espera de la cualquier novedad que informe el área de cartera.

- **En cuanto al acuerdo de pago de Convida.** A 30 de junio de 2019, de los cinco (5) procesos que se encuentran en la función de conciliación ante Superintendencia Nacional de Salud, cuatro (4) se encuentran en cumplimiento de acuerdo de pago los cuales se suscritos en la vigencia 2019 con el siguiente detalle:

CLIENTE	VALOR SOLICITADO	VALOR CONCILIADO	CONDICIONES DE PAGO
Convida	\$ 7.297.599.227	\$6.904.684.067	7 cuotas a diciembre de 2019
Convida	\$6.095.162.952	\$5.736.186.343	6 cuotas a diciembre de 2019
Convida	\$633.287.409	\$633.287.409	1 cuota a febrero de 2019- pendiente certificación de pago
Convida	\$ 7.104.761.088	\$1.093.895.068	1 cuota enero de 2019 pendiente certificación de pago
Total:	\$21.130.810.676	\$14.368.052.887	N/A

Adicionalmente en trámite de conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud, tenemos un proceso cuya fecha de audiencia se programó para el día 04 de septiembre de 2019 por valor de \$2.128.536.296, en la que se convoca a la EPS Convida.

Gestiones de Acuerdo próximos a suscribirse Se acordaron las cláusulas proyectadas para acuerdo de pago con la EPS COMEVA EPS, del cual estaba pendiente el cruce de cartera a 15 de julio de 2019, para definir valor final del acuerdo, sin embargo a la fecha no se ha suscrito, sin embargo del área de cartera se han remitido por el área de cartera varios requerimientos a fin de suscribir acuerdo, en caso de que la EPS sea renuente a la firma del acuerdo se procederá a notificar el auto que libra mandamiento de pago dentro del proceso judicial 76001310300320170033800, en la que se libró mandamiento a favor de la entidad.

Sentencias a favor del HUS segundo Trimestre de 2019.

Mediante de sentencia de 08 de mayo de 2019, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Quibdó, confirmó sentencia del 01 de abril de 2019, Juzgado Primero Laboral del Circuito Judicial de Quibdó, providencias que accedieron a las pretensiones del hospital, declarando la prestación de servicio del Hospital y reconociendo la deuda la deuda a su favor y con cargo a la Gobernación del Choco por valor de \$71.375.469, más intereses y las costas procesales, la sentencia se encuentra en cobro ante la Gobernación del Choco.

Conciliaciones cartera-jurídica

En el primer semestre de 2019, se ha adelantado procesos de conciliación entre el área de cartera y la Oficina Asesora jurídica, desarrollada entre los ejecutivos de cartera y la abogada en misión delegada para asuntos de cartera; a través del cual se busca consolidar la información de las dos áreas y una constante retroalimentación entre las áreas respecto de la gestión administrativa del cobro de cartera y la gestión jurídica de los procesos en trámite; en virtud de lo anterior, en primer semestre de 2019, se programaron dos sesiones de reunión con cada ejecutivo de cartera las que fueron desarrollada en el mes de marzo y junio, en dichas sesiones se puso en conocimiento del ejecutivo de cartera el estado de la gestión de cada proceso activo en cobro jurídico y se adquirieron compromisos de las áreas para su gestión.

1.5.2 ANALISIS COMPARATIVO 2DO TRIMESTRE 2017, 2018 y 2019

Con relación a la información suministrada en el informe de gestión reportado para la vigencia 2016 se encontraban en trámite en la Oficina Asesora Jurídica la suma total de \$24.796.775.655 en gestión de cobro de cartera y se informa que para 2do trimestre de 2016, se radico un proceso por valor de \$6.819.689.542 fue radicado desde el

mes de abril de 2016, se debe resaltar que la información reportada en los informes de gestión posteriores se ha ido aumentando por lo que el detalle de las vigencias posteriores permite un análisis a mayor profundidad.

Sin embargo se puede mencionar que de los datos rendidos en informes anteriores se debe considerar que el valor de la cartera total a II trimestre de 2016, 2017, 2018 y 2019, reportó los siguientes valores:

TIPO DE CARTERA	Procesos a 2do trimestre 2017	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Procesos a 2do trimestre 2018	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Procesos a 2do trimestre 2019	Suma de Valor deuda (intereses más capital)
Cartera limpia	46	\$40.303.642.151	18	\$18.966.458.310	21	\$36.544.786.743
Glosas	31	\$16.221.474.046	24	\$10.811.967.469	16	\$7.372.476.959
Total general	77	\$56.525.116.187	42	\$29.778.425.779	37	\$ 43.917.263.702

Si se analiza únicamente la gestión del trimestre es decir lo correspondiente al mes de abril, mayo y junio del con relación al mismo periodo de vigencias posteriores, se presenta una disminución de 28 procesos por cartera limpia entre el 2do trimestre de 2017 y el 2do trimestre de 2018 y una disminución de valor de \$21.337.183.841, sin embargo para el 2do trimestre de 2019 se presenta un aumento de tres procesos y un aumento del valor en gestión de cobro de \$17.588.328.433, con respecto al 2do trimestre de 2018.

En relación con los con los procesos por conflicto de glosa tenemos que con relación al 2do semestre de 2017 en el mismo periodo de 2018 se presentó una disminución de 7 procesos y una disminución del valor de la deuda en cobro de \$5.409.506.577, con respecto al 2019, se reporta para el 2do trimestre una disminución de cinco procesos y en valor de \$3.439.490.510, con respecto al 2do trimestre de 2018, lo anterior obedece a que a raíz del acuerdo de pago con la EPS ECOOPSOS, se desistió de los procesos jurisdiccionales en contra de esta EPS.

1.5.3 ANALISIS COMPARATIVO 1ER SEMESTRE 2017, 2018 y 2019

TIPO DE CARTERA	Procesos 1er Sem 2017	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Procesos 1er Sem 2018	Suma de Valor deuda (intereses más capital)	Procesos 2do Sem 2019	Suma de Valor deuda (intereses más capital)
Cartera limpia	46	\$40.303.642.151	18	\$18.966.458.310	21	\$36.544.786.743
Glosas	31	\$16.221.474.046	24	\$10.811.967.469	16	\$7.372.476.959
Total general	77	\$56.525.116.187	42	\$29.778.425.779	37	\$ 43.917.263.702

Analizando el primer semestre de 2017 encontramos un total de 77 procesos 46 por cartera limpia y 31 por conflicto de glosas, y se analiza con respecto al primer semestre de 2018, encontramos una disminución de 28 procesos por cartera limpia al primer semestre de 2018, y un aumento de 3 frente al segundo semestre de 2019, lo anterior obedece a que en el 1 semestre de 2018 se realizó una serie de devolución de procesos no iniciados al área de cartera por documentación incompleta o sin el lleno de los requisitos para el inicio del cobro jurídico.

En lo que respecta al 1er semestre de 2019, se ha gestionado la presentación de solicitudes de conciliación ante la superintendencia Nacional de Salud convocando a la EPS Convida, radicándose dos solicitudes de conciliación por valor de \$8.223.699.248 (valor capital) suma que con intereses asciende a la suma de \$10.815.436.337.

Los procesos de conflicto de glosas tramitados ante la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud, ha tenido una disminución constante entre del 2017 a 2018 presentan una variación de 7 y del 2018 a 2019 de 8 procesos, lo anterior obedece tanto a que paulatinamente se han estado notificando la aceptación de la transacción de los procesos que se tramitaban en contra de la EPS Ecoopsos, como a las devoluciones que se realizaron al área de cartera.

En el segundo semestre de 2019 el porcentaje correspondió a 17% de conflicto de glosas y 83% de cartera limpia, presentándose variación lo que justifica en el aumento de las solicitudes de conciliación extrajudicial ante la Superintendencia Nacional de Salud, convocando a la EPS Convida, que se ha gestionado entre 2018 y 1er semestre de 2019.

Con relación a los procesos tramitados por jurisdicción tenemos que para el primer semestre de 2018, se encontraban en trámite ante la jurisdicción ordinaria 15 procesos, por valor de \$3.610.539.424; lo que representa un aumento de 1 proceso con respecto al 1er semestre de 2019, en el que se reportan 16 procesos por un valor de \$3.610.539.424, lo anterior obedece a que un proceso en contra de la EPS Cafesalud que en la vigencia 2018 se tramitó por \$21.164.665, se retiró para tramitarse en 2 monitorios, es la razón que aumenta el número de procesos y no el capital de la deuda.

Con respecto a los procesos tramitados ante la Superintendencia Nacional de Salud en 1er semestre de 2018 se encontraban en trámite 27 procesos y en el 2do semestre de 2019, se encuentran activos 21, número que disminuye teniendo en cuenta que se han notificado la terminación tramitados en contra de la EPS Ecoopsos.

En los dos semestres comparados la entidad más representativa sigue siéndola la EPS Convida, cuyo porcentaje en el 1er semestre de 2017 fue de 44% seguido por salud vida con 27% en el 1 semestre de 2018 la entidad más representativa fue la EPS Convida con el 43%, seguido por Ecoopsos con un 33%, con respecto al 1er semestre de 2019 encontramos que la EPS con más participación sigue siendo la EPS Convida con un 71,5% y Ecoopsos con un 14%.

Resaltamos la suscripción de los siguientes acuerdos de pago durante el 1 semestre de 2017

Cliente	Fecha acuerdo	Monto del acuerdo
Asociación Barrios Unidos de Quibdó	23 de enero de 2017	\$33.280.46244
Convida	21 de abril de 2017	\$7.602.144.864
Convida	05 mayo de 2017	\$434.639.101
Convida	05 mayo de 2017	\$679.274.920
Total		\$ 12.044.105.129

De igual manera se debe resaltar que en la misma vigencia el 20 de febrero de 2017 la Superintendencia Nacional de Salud delegada para asuntos jurisdiccionales profiere sentencia en favor de las pretensiones del HUS por \$35.679.507 más intereses moratorios dentro de una demanda por conflicto de glosa seguido en contra de la EPS Convida. Se tiene que en el 1 semestre fueron radicadas 2 procesos por conflicto de glosas en contra de Cajacopi y la EPS Convida y tres por cartera limpia en contra de la EPS Convida.

En el 1er semestre de 2018 se celebró Acuerdo de pago No. 001 de 2018, suscrito el 30 de mayo de 2018, entre el Hospital Universitario de la Samaritana y la Empresa Promotora de Salud Ecoopsos EPS SAS, por valor \$8.291.516.659.91., el cual hasta la fecha ha sido cumplido de manera satisfactoria.

Los aspectos a resaltar del 1 semestre de la vigencia 2019, se detallan en precedencia, por lo que no se hace necesario volverlos a mencionar.



1. INDICADORES PROPIOS DEL PROCESO

- **Porcentaje de respuestas a requerimientos judiciales. (100%)** En el segundo trimestre se registraron 219 requerimientos judiciales (163 contestaciones de tutelas e incidentes de desacato y 56 trámites procesales y judiciales). **Todos contestados dentro de los términos.**
- **Porcentaje de procesos judiciales y de recuperación de cartera gestionados. (100%)** En el segundo trimestre se radico 1 solicitud de conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud, en donde la entidad convocada es Convida EPS por valor de \$ 2.128.536.296. En ese orden de ideas el indicador se cumplió en un 100% toda vez que los procesos radicados por el área de cartera fueron tramitados y gestionados. *Estos indicadores se encuentran analizados en páginas anteriores.*

TABLERO ÚNICO DE CONTROL DE INDICADORES

Indicador: % de cumplimiento a las actividades procesales / total de actividades procesales

Se define por parte de la Oficina Asesora Jurídica DOS (2) indicadores de seguimiento a través de la plataforma TUCI Institucional de los cuales se procede a realizar análisis individualizado:

1. **PROPORCIÓN DE PROCESOS JUDICIALES Y DE RECUPERACIÓN DE CARTERA GESTIONADOS:** El indicador se define como: “Número de procesos judiciales y de recuperación de cartera gestionados / Número de procesos judiciales y de recuperación de cartera recibido”. Para el segundo trimestre de 2019 se gestionaron 1 procesos de recuperación de cartera, En conclusión en el indicador trimestral se evidencia el cumplimiento del 100%, bajo el entendido que el indicador se calcula a partir del número de procedimientos recibidos y tramitados.
2. **PROPORCIÓN DE RESPUESTA OPORTUNA A LOS REQUERIMIENTOS JUDICIALES:** El indicador se define como: “Número de requerimientos judiciales respondidos oportunamente / Número de requerimientos judiciales recibidos”. Se contabiliza los trámites de Tutelas, de Incidentes de Desacato, los procesos que se llevan ante Jurisdicción Ordinaria (civil, laboral, penal) así como ante la Contenciosa Administrativa. Se evidencia un cumplimiento del 100% del indicador propuesto

Análisis: Se evidencia un total de 219 cumplimientos dentro de términos sobre 219 requerimientos judiciales y trámites procesales dentro del segundo trimestre de 2019, por lo que el cumplimiento del indicador es de 100%..

2. PQRS

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, no se recibió ninguna petición, queja o reclamo. Se relacionan los derechos de petición en el área de contratación.

4. PLANES ÚNICOS DE MEJORA PUMP:

El PUMP del Proceso de Gestión Jurídica para el año 2019 encontramos que para junio se tienen dos actividades para cumplimiento el 16 de diciembre de 2019 los cuales tienen sus respectivos. Al respecto producto de los hallazgos de la auditoria de control interno contable se está en estudio para la adopción de nuevos planes de mejora.

5. PLAN DE ACCIÓN EN SALUD (PAS):

Frente al seguimiento del PAS a 30 de junio de 2019 se debía dar cumplimiento a dos actividades las cuales se cumplieron: Actualización de los procedimientos de contratación de acuerdo al Nuevo Manual de Contratación del HUS y Capacitación en Estatuto y Manual de Contratación y funciones de Supervisores e interventores.

6. DECÁLOGO DEL GERENTE:

Se toman los mismos compromisos de la vigencia anterior ya que no se han pactados nuevos. Se trata de cinco actividades a las cuales se les ha dado cumplimiento

7. MISIÓN SALUD

Se toman los mismos compromisos del año anterior ya que no se han pactado nuevos. Como son Revisar y ajustar los procedimientos de Contratación, Establecer plan de defensa jurídica y Procesos judiciales en Físicos completos los cuales se han cumplido.

8. PLAN ANTICORRUPCIÓN

Dentro del Plan anticorrupción de la Entidad, la Oficina Jurídica desarrollará 6 actividades. Ha dado cumplimiento de acuerdo a las fechas programadas.

9. PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA CONTRALORÍA

Dentro de las actividades de mejora para el año 2019, se encuentra una actividad a cargo de la oficina la cual se está cumpliendo mes a mes

El cumplimiento a junio de 2019 se reporta con el cruce mensual que entre el área jurídica, la subdirección de bienes compras y suministros y la dirección administrativa realiza frente a la revisión de la información reportada en SIA Observa y SECOP a junio de 2019. Se han levantado seis actas correspondientes a los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio.

10. PLAN INDICATIVO

Las actividades establecidas en el Plan Indicativo para la Oficina Asesora Jurídica en la vigencia 2019, son las siguientes:

Meta de Producto Anual

57. En relación con el número 57 correspondiente a: *Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia*, se anexa certificación de cumplimiento de etapas contractuales. Se cumplió 100% al primer trimestre

Meta de resultado:

Como cumplimiento de la meta de resultado *Fortalecer el Proceso de Gestión Jurídica institucional* como soporte se anexa, certificación del resumen del cumplimiento de la meta de producto anual a I semestre de 2019, conforme a la caracterización del proceso de gestión jurídica: Se cumplió 100% al primer trimestre

11. INFORME DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS



Para el año 2019 la Oficina Jurídica tiene las siguientes actividades: Se tienen cuatro (4) actividades para el cumplimiento durante la vigencia, se están dando cumplimiento a cada una de ellas

11. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

La Oficina Asesora Jurídica **NO** tiene plan de mejoramiento específicamente al área.

12. MIPG

Se ha realizado las actividades programadas dentro del Plan de acción del MIPG seis (6) en el primer trimestre y trece (13) en el segundo trimestre

13. GESTIÓN DEL RIESGO

El 17 de junio de 2019 se publicó la Matriz de riesgos de gestión jurídica 08GJ01-V6 en la pirámide de gestión documental de gestión jurídica.

14. PROGRAMAS

La Oficina Jurídica adelanta el **programa de daño antijurídico** cuyas líneas estratégicas son:
Líneas estratégicas de descripción.

1. Disminuir disminución en la cuantía de las pretensiones en los fallos por hechos ocurridos a partir de 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre del 2020 en 10 % de los fallos de falla en la prestación del servicio en salud.
2. Realizar actualizaciones permanentes a los profesionales de la salud, en responsabilidad médica para que dichos profesionales conozcan de forma inequívoca las consecuencias jurídicas de un erróneo procedimiento médico. De igual forma capacitar en responsabilidad médica a los abogados que representan a la entidad en los procesos judiciales.

CAPÍTULO VII

OFICINA ASESORA PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD



7.1 PROGRAMA DE AUDITORÍA DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL (PAMEC)

GESTIÓN DEL PROCESO

OBJETIVO:

Realizar informe ejecutivo con los resultados alcanzados en la Gestión del primer semestre 2019 correspondiente al Programa de Auditoría de Mejoramiento Institucional (PAMEC) y resultados de asesoría y acompañamiento a procesos.

ALCANCE:

Para todas las actividades de mejoramiento contempladas en el PAMEC institucional y los resultados de asesoramiento de los procesos de: Atención al Paciente Hospitalizado, Atención al paciente quirúrgico, Esterilización, Apoyo Diagnóstico y Banco de Sangre.

METODOLOGÍA:

Verificar a través de concurrencia el cumplimiento de las actividades establecidas en el PAMEC institucional vigencia 2019 con fuente exclusiva de mejoramiento el Sistema Único de Acreditación.

Realizar a través de acompañamiento a los procesos las asesorías solicitadas para apoyar y fortalecer la mejora continua a nivel institucional

PARTE I

1. PAMEC 2019:

Dentro de las actividades desarrolladas para el PAMEC 2019 se encuentran:

PRIMER TRIMESTRE: Formulación del PAMEC de la vigencia con las siguientes fuentes:

1. Oportunidades de Mejoramiento no cerradas en el PAMEC 2018, las cuales son trasladadas para la continuidad del mejoramiento.
2. Oportunidades Identificadas del proceso de Autoevaluación vigencia 2018.

NOTA: Una vez la entidad reciba el Informe del ente Acreditador, realizará inclusión de las OM en el documento institucional.

Los resultados muestran un total de Hallazgos, OM y acciones detalladas a continuación para cada grupo de estándares:

CONSOLIDADO VIGENCIA 2019

GRUPO DE ESTÁNDARES	HALLAZGOS	OPORTUNIDADES NUEVAS - AUTOEVALUACIÓN	OPORTUNIDADES TRASLADADAS 2018	TOTAL OM	ACCIONES
PACAS	12	11	15	26	43
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	13	15	6	21	42
TALENTO HUMANO	8	3	5	10	24
AMBIENTE FISICO	6	1	6	7	14
TECNOLOGIA	10	10	4	14	33
GERENCIA DE LA INFORMACION	3	0	3	3	6
MEJORAMIENTO	3	2	3	3	11
TOTAL	55	42	42	84	173

SEGUNDO TRIMESTRE: Para el segundo trimestre se realizan los acompañamientos a los equipos de mejora institucional en el cumplimiento de las acciones y se realiza un seguimiento de las Actas que muestran resultados de cumplimiento global del **90%**

De igual manera el seguimiento al Plan de mejoramiento PAMEC se tiene contemplado para el mes de Julio de la vigencia

2. ASESORÍA A PROCESOS:

En lo transcurrido de la vigencia se ha realizado asesoría al 100% de los procesos asignados contemplando revisión de actividades de:

- *Actualización de estructura documental
- * Seguimiento al PUMP Institucional
- * Seguimiento al análisis de indicadores
- *Asesoría en la formulación de actividades de mejoramiento, entre otras.

De igual manera las actividades de asesoría están soportadas bajo actas que permiten el establecimiento y seguimiento a los compromisos

RESULTADOS COMPARATIVOS DE LAS ACTIVIDADES DE ACREDITACION

Dentro de las actividades que contribuyen al mejoramiento se encuentran las relacionadas con:

1. **AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN:** Con una periodicidad anual se vienen realizando el ejercicio de autoevaluación de los estándares soportados en los lineamientos establecidos en la Resolución 123 de 2012 del Ministerio de Salud y protección Social. Los resultados comparativos se muestran a continuación:



Tabla 1: Resultados de Autoevaluación Cuantitativa y Evaluación del ICONTEC

GRUPO DE ESTÁNDARES	RESULTADOS AUTOEVALUACIÓN			RESULTADOS EVALUACIÓN EXTERNA ICONTEC
	2016	2017	2018	2017
PACAS	3,1	3,14	3,5	3,2
GERENCIA	3,6	3,42	3,4	3,3
DIRECCIONAMIENTO	3,1	3,03	3,5	3,4
G TALENTO HUMANO	3,4	3,26	3,4	2,8
G AMBIENTE FISICO	3,3	3,11	3,4	3,1
G TECNOLOGIA	3,3	3,31	3,6	3,2
G INFORMACION	3,3	3,24	3,3	3,2
MEJORAMIENTO	3,2	3,12	3,4	3,1
PROMEDIO	3,3	3,2	3,4	3,2

Fuente: Informe ICONTEC, y Autoevaluaciones internas de Acreditación

De igual manera los resultados muestran a través de las vigencias un mejoramiento gradual de los procesos.

2. RESULTADOS DE CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO:

Para cada una de las vigencias se realizan los respectivos planes de mejoramiento con resultados del:

VIGENCIA	ACCIONES EJECUTADAS	ACCIONES PROGRAMADAS	% DE CUMPLIMIENTO
2016	21	33	64%
2017	462	509	91%
2018	349	381	92%
2019		175	EN PROCESO

Así mismo una vez se reciba el informe del ente evaluador ICONTEC, se procederá a incluir las Oportunidades en el Plan de Mejoramiento- PAMEC

7.2 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

GESTIÓN DEL PROCESO

I. CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2019

El Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana en la Vigencia 2019 se desarrolla a través de un Cronograma de Cumplimiento (Ver Anexo. 1) con actividades programadas para ser realizadas mes a mes consolidadas trimestralmente, las cuales permiten implementar los objetivos y líneas estratégicas del Programa y por ende de la Política Institucional de Seguridad del Paciente. Al evaluar el grado de cumplimiento de la ejecución de actividades al cierre del II Trimestre de 2019, se identifica que de 36 actividades programadas en total se lograron ejecutar 32, de esta forma se da un cumplimiento del **88,9%**.(Ver Tabla No.1); que comparado con el resultado del desempeño obtenido al finalizar el II Trimestre del año 2018 de un 100%, muestra una evidente disminución en el porcentaje el cual se encontró directamente relacionado con la falta de recurso humano del programa, ya que durante un periodo de 6 meses el programa contaba con una profesional y la referente de Seguridad del paciente lo que llevo a generar un atraso en una de las principales actividades del programa como la Gestión de novedades donde no se puede garantizar que el 100% de estas sean investigadas y analizadas, solamente se realiza una clasificación parcial para el II trimestre. Una vez se realice un empalme con el nuevo software Almera, el objetivo es alcanzar el 100% de las novedades con investigación, lo que puede generar cambios en la clasificación de las novedades.

Tabla 1: Cumplimiento Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente II Trimestre 2019

AÑO 2018		AÑO 2019	
Al II Trimestre	Total en la Vigencia 2018	Al II Trimestre	Total en la Vigencia 2019
100 %	51 de 150 : 34 %	88,9%	32 de 124 : 25%

Fuente: Cronograma de Seguridad del Paciente II Trimestre 2018 y II Trimestre de 2019

Ahora bien en lo referente al Cumplimiento en la ejecución del cronograma del Programa de Seguridad del Paciente para el I semestre de 2019, del total de actividades programadas que son 52 se ejecutaron 48 actividades, con un cumplimiento del 92,3% (Ver Tabla No 2). Comparando el resultado con el cumplimiento obteniendo el I semestre de 2018 que fue del 98.6%, a pesar de su disminución se evidencia el fortalecimiento y la continuidad en el desarrollo del programa de Seguridad del Paciente como eje transversal en la institución, sin embargo la falta de recurso humano ha provocado en el Programa que el cumplimiento del cronograma no se lleve a mejorar al 100% por lo que finalizando el I semestre se cuenta nuevamente con personal profesional para Seguridad del paciente y el acompañamiento personal médico encaminado al manejo de Guías de práctica clínica y la gestión de novedades del cronograma de la línea 4 del programa.

Tabla 2: Cumplimiento Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente I Semestre 2019

AÑO 2018		AÑO 2019	
Al I Semestre	Total en la Vigencia 2018	Al I Semestre	Total en la Vigencia 2019
98.6%	69 de 150: 46%	92.3%	48 de 124: 38,7%

A continuación, se describirán los principales desarrollos y actividades pendientes por cada una de las 6 líneas estratégicas del Programa de Seguridad del Paciente, lo que soporta el porcentaje de cumplimiento anteriormente mencionado:

1. INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL

- Se programó 2 actividades en el II Trimestre de 2019 que se desarrollaron en su totalidad.
-Se refiere al Seguimiento a la ejecución de Tareas definidas en el Comité de Seguridad del Paciente, la cual se llevó a cabo en cada comité realizado durante el II Trimestre

- La segunda actividad para realizar para el II trimestre está relacionado con Medición de indicadores relacionado con la Seguridad del Paciente (definidos por Programa y por resolución 256) a la cual se le da cumplimiento con el envío de la información al área de estadística quienes cargan las información.

***Actividades adicionales: el comité de Seguridad del Paciente se encuentra trabajando en el documento que plantea la versión 3.1 de acreditación que es la comunicación del evento adverso al paciente y su familia.

***Asistencia a las reuniones de Referentes de Calidad y Seguridad del Paciente, programadas por Gobernación de Cundinamarca, con el cumplimiento del cargue de los diferentes compromisos al aula virtual de Gobernación

Soportes: 1 Actas del Comité de Seguridad del Paciente. 2. Soporte de correo de envío de información para cargue de información de la resolución 256.

La Línea Estratégica No 1: Integración del Programa de Seguridad del Paciente con el Sistema de Gestión de La Calidad Institucional, tiene programado 12 actividades para la vigencia 2019, en el II Trimestre de 2019 tiene un cumplimiento del 100% por cuanto se ejecutó la actividad programada; ahora bien, frente al total de las actividades de la Línea Estratégica No 1 para la vigencia 2019, representa un 25% en su ejecución.

2. FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE FÁRMACO, TECNO, HEMO, REACTIVO, BIOVIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD.

-Seguimiento de la ejecución de los Programas de Farmacovigilancia, Tecnovigilancia Hemovigilancia, Reactivo vigilancia Biovigilancia y Programa de Control de Infecciones, actividad que está programada para hacerlo dos veces al año, el primer seguimiento se desarrolló a cabalidad por las profesionales de Seguridad del Paciente; adicionalmente en cada sesión del Comité de Seguridad del Paciente, los líderes de los 6 Programas de Vigilancia Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo, Biovigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, informan las gestiones realizadas en sus programas.

Soportes: 1. Actas de Seguimiento a la Ejecución de los Programas de Vigilancia y Actas del Comité de Seguridad del Paciente.

La Línea Estratégica No 2: Fortalecimiento de Los Programas de Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo, Biovigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención En Salud, tiene programado la realización de 2 actividades para la vigencia 2019, en el Primer Semestre se ejecutó la actividad que estaba programada con el 100% cumplimiento, y frente a lo programado durante la vigencia lleva un 50% de ejecución.

3. FORTALECIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TODOS LOS INDIVIDUOS INMERSOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA (CLIENTE INTERNO Y EXTERNO)

- Para este II Trimestre de 2019 se programaron 14 actividades, ejecutándose 12 actividades a continuación se describe, su desarrollo:

-Rondas de Seguridad: Se realizaron 2 rondas programadas según cronograma en los servicios de: Urgencias, Hospitalización Unidad de Cuidados Intensivos con su respectivo informe escrito se plasman los compromisos que se adquieren en el cierre de las rondas, además, en el cierre se cuenta con la participación de las diferentes direcciones, para el mes de Mayo contamos con la participación del Dr. Mancera en el cierre de Ronda de la Unidad de Cuidados Intensivos. Con esto se evidencia el empoderamiento de la alta Gerencia en los temas relacionados con la Seguridad del Paciente y el apoyo como eje transversal en la institución.

-Seguimiento y medición del impacto a la ejecución de acciones correctivas y/o planes de mejora producto de las rondas de Seguridad del Paciente. Esta actividad es un producto nuevo del programa para realizar el seguimiento a los diferentes compromisos que se adquieren al cierre de cada Ronda de Seguridad. Con el fin de dar a socializar los hallazgos a los se le dio solución de manera prioritaria, se presenta en el mes Junio de 2019 al comité de Seguridad la socialización de la actividad.

--Seguimiento de los Paquetes Instruccionales para la Seguridad del Paciente: la periodicidad de su ejecución es dos veces al año y se dio cumplimiento según cronograma al primer seguimiento con la participación del líder designado; previo a la evaluación se ajustó la Lista de Chequeo de Grado de Cumplimiento en la implementación de Paquetes Instruccionales Código 05GC55-V2, a los cinco criterios de evaluación se les realizó un ajuste en el porcentaje asignado, la lista de chequeo fue socializada a los líderes de los paquetes donde se hicieron observaciones puntuales a tener en cuenta al momento de la evaluación. Se cuenta con un porcentaje de implementación global de los Paquetes Instruccionales para el primer trimestre 2019 con un 81% en comparación al cierre del año 2018 con un 80%, se ha reflejado a través de todas las vigencias el empoderamiento de los líderes y las diferentes estrategias que han utilizado para realizar el despliegue de los paquetes instruccionales.

-Para la actividad de la socialización de los resultados de la medición de los paquetes instruccionales: esta se realizó a través de diferentes fuentes, entre ellas la socialización del Comité de Seguridad Del Paciente.

-Para la actividad relacionada con Desarrollo de la Metodología Trazadora, según cronograma se programó una actividad como seguimiento a la implementación de Planes de mejora producto de la aplicación de la metodología trazadora. Actividad que se desarrolló en el envío de correo masivo a los diferentes líderes de Comité de Seguridad del Paciente y se socializó en Comité de Seguridad los diferentes hallazgos que se documentaron en el desarrollo

de la metodología trazadora, sin embargo no se evidencia planes de mejora relacionados con este informe a lo que el Equipo no puede realizar seguimiento frente a esta actividad.

-Para la actividad relacionada con la adherencia de Guías de Práctica Clínica se encuentra liderado por una profesional especializada médica quien brinda su informe de la siguiente manera: Durante el segundo trimestre de 2019 se trabajó Guías de Práctica Clínica así:

Adopción:

Se adoptaron guías nuevas

Servicio	Patología	GPC
Psiquiatría	Ideación y conducta suicida	<i>GPC para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y conducta suicida. MSPS. 2018</i>
Nefrología	Enfermedad renal crónica	<i>GPC para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. MSPS. 2016</i>
Neurocirugía	Trauma raquímedular cervical	<i>Guidelines for the Management of Acute Cervical Spine and Spinal Cord Injuries. Asociación americana de neurocirugía. 2013</i>
Neurocirugía	Trauma raquímedular toracolumbar	<i>Guidelines on the Evaluation and Treatment of Patients with Thoracolumbar Spine Trauma. Asociación americana de neurocirugía. 2019</i>

Se actualizaron guías

Servicio	Patología	GPC
Urología	Urolitiasis	<i>EUA Guidelines Urolithiasis 2019</i>
Urología	Infección de vías urinarias	<i>Guía De Práctica Clínica De Infección De Vías Urinarias En El Adulto. Sociedad Colombiana de Urología. 2018</i>

De la misma manera, los servicios de UCI y Anestesiología están trabajando en la documentación de sus guías adoptadas.

Implementación:

Se desarrollaron los planes de implementación para las GPC de:

Trauma craneoencefálico

Preparación del paciente para el acto quirúrgico

Síndrome coronario-servicio de urgencias.

Igualmente se está trabajando con los servicios de Psiquiatría, Ginecobstetrica, Unidad de Cuidados Intermedios, UCI y Anestesiología en el desarrollo de los planes de implementación de las guías adoptadas.

Evaluación de adherencia:

Recibí el proceso de parte del Dr. Carlos Solano el día 24 de julio de 2019 (adjunto resultados de adherencia del I semestre de 2019). Desde ese momento se cambió el método de evaluación con preguntas que buscan evidenciar la implementación de recomendaciones trazadoras en la historia clínica.

Retroalimentación de resultado de auditoría:

A razón de la auditoría de acreditación que realizó el Icontec se le informó verbalmente a cada servicio el resultado de su adherencia a las guías de práctica clínica.

Soportes: 1. Informe de Rondas de Seguridad. 2. Cronograma de Programa Seguridad del Paciente 2. Cronograma de referente de guías de Práctica Clínica 3. Informe de Paquetes Instruccionales. 4 Actas de Comité de Seguridad del Paciente. Informe de Paciente trazador 2018.

La Línea Estratégica No 3. Fortalecimiento de las Buenas Prácticas Para La Seguridad del Paciente en todos los Individuos Inmersos en el Proceso de Atención en Salud en la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana (Cliente Interno Y Externo,) tiene programado la realización de 46 actividades para la vigencia 2019, con un cumplimiento para la línea 3 en el año del 32.6% de ejecución del programa. Para el II Trimestre de 2019 se programan 14 de las cuales se ejecutaron 12 para un cumplimiento del 85%

4. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CONSISTENTE EN LA IDENTIFICACIÓN, CLASIFICACIÓN, ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS NOVEDADES DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN E IDENTIFIQUEN EN LA INSTITUCIÓN.

- Para el II Trimestre de 2019 se Planearon 10 actividades, sin embargo fueron elaboradas 8 para un cumplimiento en esta línea del 80% las cuales fueron desarrolladas así:

-Documentar y realizar seguimiento a la Gestión de las Novedades de Seguridad: Se realizó seguimiento a todas las novedades reportadas, su revisión y clasificación fue remitida al Líder del área donde se presentó la novedad, con el objetivo que ellos conozcan que se presenta en su servicio y de considerarlo, generen planes de mejora que permitan evitar que se presenten de nuevo las novedades o reducir su ocurrencia.

-Retroalimentación de los resultados de las Novedades de Seguridad por diferentes mecanismos: de forma mensual en el Comité de Seguridad del Paciente; Remisión mensual y consolidado trimestral de Novedades a Líderes de Paquetes Instruccionales, Referentes de Programas de Vigilancia y Jefes de áreas; Socialización de las Novedades de Seguridad a colaboradores, actividad realizada de forma personalizada en los diferentes servicios por las profesionales de Seguridad del Paciente.

- Mantenimiento Base de Datos Institucional para la clasificación, seguimiento de las Novedades de Seguridad: Durante II Trimestre de 2019 se reportaron e identificaron un total de 1652 novedades de Seguridad de las cuales 764 (46%) corresponden a la Unidad Funcional de Zipaquirá y las restantes 888 (54%) son de Bogotá.

Para el cierre del primer semestre de 2019 se cuenta con un total de 3267 novedades de Seguridad, un aumento muy significativo en el reporte de novedades de las cuales 1555 corresponden a Zipaquirá con un 48% del total de novedades y para Bogotá 1712 con un 52%.

Para el mantenimiento de esta base de datos se han encontrado dificultades relacionadas con el análisis de las novedades sobre todo en el II trimestre del año, por lo que no damos al cumplimiento del 100% dejando en claro que la contratación de la nueva colega que se integra al equipo se realizó en el mes de Agosto, después de tener 6 meses de ausencia lo que replica en el desarrollo de esta línea y su cumplimiento. Por otro lado la gestión de novedades debería estar a cargo por el líder de cada proceso teniendo en cuenta que fue un hallazgo por parte de la visita de acreditación.

-Comunicación a través de correo electrónico al prestador de donde proviene el paciente que ingresa con posible Novedad de Seguridad: Luego de identificar que la Novedad es Extra institucional, se procede a informar vía correo electrónico a la institución respectiva y retroalimentar la novedad; en todos los casos no es fácil comunicarse con las instituciones, más si son en otros departamentos y ubicar al referente de seguridad o Coordinador de Calidad de la institución respectiva, por lo que el proceso se vuelve un poco dispendioso de realizar; dado lo delicado de informar acerca de la ocurrencia de una posible novedad de seguridad, cuando no se logra contactar al Referente o al Líder, no se deja información con terceros.

Soportes: 1. Base de Datos de Novedades de Seguridad del Paciente (05GC35 con corte a 30 de JUNIO de 2019, Análisis Ancla y Actas de Reunión. 2. Actas de Comité, Boletín Trimestral, Listado de socialización en los diferentes servicios, correo electrónico dirigido a Líderes de Paquetes y Jefes de Área, Informes Rondas de Seguridad. 3. Comunicación al prestador de donde proviene el paciente que ingresa con posible Novedad de Seguridad.

La Línea Estratégica No 4. Fortalecimiento del sistema de información para la seguridad del paciente consistente en la identificación, clasificación, análisis y seguimiento de las novedades de seguridad que se presenten e identifiquen en la institución, tiene programado la realización de 39 actividades para la vigencia 2019, a lo que para el II Trimestre se cumple con el 80 % por todo el tema de la gestión de novedades para el I semestre este representa un 41% de la línea en la ejecución del año 2019.

5. FORTALECIMIENTO DE LA FORMACIÓN CONTINUA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE ALINEADO AL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN.

- En este II Trimestre de 2019 se programaron 9 actividades, desarrolladas de la siguiente manera:

-Actualizar y presentar el proceso inducción y reinducción institucional en lo referente a Seguridad del Paciente: se asiste y participa activamente a 3 Jornadas de Inducción en los meses de Abril, Mayo y Junio organizadas por la

Subdirección de desarrollo Humano, dirigidas al personal de planta y tercerizados, para el cierre del I semestre de 2019 se cuenta con una asistencias de 450 personas capacitadas a través de inducción y reinducción.

-Implementación de actividades de educación y entrenamiento al paciente y la familia en temas relacionados con la Seguridad del Paciente: teniendo en cuenta que en sus actividades el equipo del Programa de Promoción y Prevención, liderado por el Jefe Julián Caballero, tienen inmerso brindar educación y con el ánimo de unir esfuerzos para evitar reprocesos, es este equipo, quienes ejecutan en su mayoría las actividades de educación y entrenamiento al paciente, familiares y cuidadores en temas relacionados con la Seguridad del Paciente, que unido a lo realizado por Seguridad del Paciente arrojan resultados favorables.

-Se realizó revisión y ajuste de los módulos del curso virtual en Buenas Prácticas clínicas de Seguridad del Paciente, enfocado desde las experiencias exitosas de los paquetes Instruccionales, cuenta 8 módulos de conocimiento de los diferentes colaboradores administrativos y asistenciales, se realizaron módulos sencillos y con implementación relacionada en el Hospital Universitario Samaritana.

- Apoyo en la formulación de Seguridad del Paciente por diferentes mecanismos: esta actividad se realizó a través de diferentes estrategias como presencial y de forma virtual, para este semestre solo se oferto de modo virtual una cohorte con el curso Virtual Buenas Practicas en Seguridad del Paciente con un cierre de 134 inscritos certificados en el curso, debido a la actualización que se dio al curso la segunda cohorte inicio en el mes de Julio, lo que cuenta para el III trimestre. También se enfocó el tema de formación en Seguridad del paciente desde la Ruta de acreditación para los días 11, 12, 13 Junio de 2019 donde se trataron datos puntuales de Seguridad del Paciente, como por ejemplo política de Seguridad del Paciente, Programa de Seguridad, paquetes Instruccionales, Programas de Vigilancia Reporte de Novedades, con un total de capacitados de 1337 personas capacitadas entre asistenciales y administrativos. Además también se realizaron capacitaciones al personal auxiliar en las jornadas de capacitación desde la subdirección de Enfermería los días 5 y 12 del mes de Abril 2019.

-Se realiza para el mes de Junio el desarrollo de la encuesta percepción de seguridad del paciente y su familia, donde se evidencio un total de 93% donde el paciente y su familia nos siente como un Hospital Seguro en sus diferentes procesos, este desarrollo se encuentra a cargo del Equipo de Seguridad el cual se encuentra consignado en un informe, el cual se socializa en comité de Seguridad del Paciente.

-Las actividades relacionadas con planes de mejora de las mediciones del año anterior se cumple por parte del Equipo de Seguridad, este tema se dio a conocer en Comité de Seguridad donde se encuentran diferentes líderes de proceso, sin embargo no se evidencia planes de mejora para realizar su seguimiento.

Soportes: 1. Listado de asistencia Inducción y re inducción Soportes con Talento Humano 2. Listado de Educación a paciente y familia en seguridad del paciente Soportes con Líder de P y D 3. Correos de seguimiento a los participantes del curso virtual.4. Correo de información de indicador de capacitación enviado por Talento Humano (anexado en el informe) Cartilla Ruta de Acreditación. 5. Soportes de Firmas de los participantes de la Ruta de Acreditación, 6. Soportes de firmas de capacitación a Enfermería. 7. Soporte Informe de encuesta sobre la percepción de seguridad del paciente y su familia. 8. Actas de Comité

La Línea Estratégica No 5. Fortalecimiento de la formación continua en seguridad del paciente alineado al plan institucional de capacitación, tiene programado la realización de 24 actividades para la vigencia 2019, en el II Trimestre se ejecutaron 9 actividades de las 9 programadas, con un cumplimiento del 100%; ahora bien, frente al total de las actividades de la Línea Estratégica No.5 para la vigencia 2019, representa un 54,2% en su ejecución.

6. INTEGRACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA INVESTIGACIÓN QUE SE DESARROLLA EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

-Acompañamiento a Grupos de Investigación desde el Programa de Seguridad del Paciente: actividad que es realizada según necesidad, es decir según lo requieran los grupos de investigación, durante el II Trimestre de 2019 no se presentaron solicitudes.

II. INDICADORES PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el Programa de Seguridad del Paciente para la vigencia 2019, se definieron indicadores trazadores que permiten evaluar su grado de desarrollo:

1. Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente en 90%.

El II Trimestre de 2019 cierra con un cumplimiento en la ejecución del programa de Seguridad del Paciente del 88,9%

Tabla 1: Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente II Trimestre 2019

Formula: No de actividades realizadas / No total de actividades definidas en el cronograma	
II Trimestre de 2019	32 / 36 = 88.9%

Fuente: Cronograma de Ejecución Programa de Seguridad del Paciente Vigencia 2019

Tabla 2: Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente en el I Semestre 2019

Formula: No de actividades realizadas / No total de actividades definidas en el cronograma
48/52 = 92,3% En el I semestre de 2019 se tiene un cumplimiento de 92,3% como se puede observar en el cronograma anexo.

2. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos.

Para el II trimestre de 2019 se cuenta con un total de 245 eventos adversos, consolidada la información de los diferentes procesos, para este trimestre solo se ha realizado la clasificación, sin embargo aún está pendiente la información de la investigación por parte del equipo de Seguridad del Paciente. Esta información puede estar sujeta a cambios de acuerdo a días posteriores que se tenga el 100% de la investigación de cada novedad. (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Clasificación global de Reportes de Novedades II Trimestre 2019 en el HUS		
CLASIFICACIÓN DE LA NOVEDAD	Total	%
COMPLICACIÓN	106	12
DESCARTADO	124	14
EVENTO ADVERSO	245	27

INCIDENTE	267	30
REPETIDO	135	15
RIESGOS LABORALES	1	0
SEGURIDAD ADMINISTRATIVA (SECURITY)	10	1
Total General	888	100

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

Tabla 4. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos

Formula: Número total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados	
Trimestre 2019	181 / 245 = 74%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

3. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Hay un fortalecimiento en el aumento del reporte de los incidentes en los años 2016, 2017, 2018 y ahora en el II trimestre de 2019 lo que muestra el impacto de las gestiones institucionales realizadas en el fomento del Reporte y la búsqueda activa desde los Programas de Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo, Biovigilancia y el Programa de IAAS, Seguimiento Farmacoterapéutico, Auditoria Concurrente, Lideres de Paquetes Instruccionales; al igual que para los eventos adversos aún se encuentra pendiente la investigación de los incidentes, sin embargo se realizó la clasificación de los mismos, obteniendo un 75% de gestión de este tipo de novedad (Ver Tabla 4)

Tabla 5. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Formula: Número total de incidentes detectados y gestionados / Número total de incidentes detectados	
II Trimestre 2019	201 / 267= 75%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

4: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

Comparando cada Trimestre del 2017, 2018 y 2019 se evidencia una tendencia general de aumento en la Proporción de Reporte de Novedades de Seguridad, se encuentra relacionado, con las gestiones institucionales realizadas para el fomento del reporte y la búsqueda activa desde los Programas de Fármaco, Tecno, Hemo, Reactivo, Biovigilancia y el Programa de IAAS; Búsqueda activa del COVE, Seguimiento Farmacoterapéutico; Auditoria Concurrente del HUS; Defensoría del Usuario ; Auditoria Externa, Lideres de Paquetes Instruccionales (Ver Tabla 6)

Tabla 6: Proporción de aumento de Novedades de Seguridad reportadas

		Datos:
Formula: (No. Total de novedades reportadas en el trimestre actual – No. Total de novedades reportadas en el trimestre anterior) / No. Total de novedades reportadas en el trimestre anterior		II Trimestre 2015:190 II Trimestre 2016: 766 II Trimestre 2017: 537 II Trimestre 2018: 778 II Trimestre 2019: 888
AÑO 2017	AÑO 2018	AÑO 2019
IITRIM	II TRIM	IITRIMESTRE
$(888-537)/537 = 0,65$ (65%)	$(888-778) / 778=0,14$ (14%)	$(888-824) /824= 0.077$ (7.7%)

Fuente: Bases de datos de Novedades de Seguridad del Paciente años. 2017-2018-2019

5. Proporción de novedades de seguridad por forma de identificación

Durante el II trimestre de 2019 la forma de identificación por la cual se realizó el mayor número de reportes de las Novedades de Seguridad fue el Aplicativo Digita con 745 novedades que representa el 84% (ver tabla 6), lo que constituye una mejora, ya que al realizar los reportes a través del aplicativo, se hace casi de inmediato cuando la novedad se presenta y le garantiza a quien reporta total anonimato, esto ha permitido fortalecer la cultura del reporte. El restante fue identificado por auditoria concurrente con 101 novedades que corresponde al 11%, desde Atención al usuario se recibieron 23 novedades que representa el 3% y por último se recibe reporte de auditoria Externa con 19 novedades que corresponden al 2%, con ello obteniendo el 100% de las novedades que corresponden a 888 novedades reportadas por diferentes fuentes.

Tabla 7: Proporción Novedades de Seguridad por forma de identificación

Formula: No. de novedades de seguridad identificadas por los diferentes medios (reporte, quejas, demandas, comités, etc.) / No. Total de novedades de seguridad identificadas en el periodo.		
Forma de identificación	II Trimestre 2019	%
Aplicativo	745	84
Auditoría Concurrente	101	11
Atención al Usuario	23	3
Auditoría Externa	19	2
Total General	888	100%

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

6.

7. Proporción de novedades de seguridad por tipo de la novedad

Las Novedades de Seguridad más frecuentemente reportadas por Tipo de Atención en salud insegura durante el II Trimestre de 2019 se relacionan con: fallas en Procesos o procedimientos asistenciales (51.8%) si como es de resaltar es el mayor porcentaje por tipo de Atención Insegura y esto se encuentra reflejado en los diferentes análisis que se realizan a las novedades donde el factor humano es uno de los fallos más comunes, la comunicación no efectiva en el personal que brinda la atención en el paciente, la no adherencia a los protocolos institucionales entre otros hace que este tipo por histórico siempre sea unas los más significativos en cuanto a porcentaje le sigue en segundo lugar los Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales (22,5%); infecciones asociadas a la atención en salud (8.6%), Tipo 9: Relacionados con los dispositivos y equipos médicos (3,7%), Caídas de pacientes (3,4%); dentro de lo más frecuentemente reportadas han permanecido constantes; (Ver Tabla. 8).

Tabla 8: Proporción de novedades de seguridad por tipo de novedad año 2019

NOVEDADES POR TIPO DE ATENCIÓN INSEGURA ABRIL A JUNIO 2019	COMPLICACIÓN	EVENTO ADVERSO	INCIDENTE	TOTAL	%
Tipo 2:Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	71	141	108	320	51,8
Tipo 5:Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	29	42	68	139	22,5
Tipo 4:Infección ocasionada por la atención en salud		53		53	8,6
Tipo 9:Relacionados con los dispositivos y equipos médicos			23	23	3,7

Tipo 11:Caídas de pacientes		4	17	21	3,4
Tipo 15:Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	2	1	12	15	2,4
Tipo 1:Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud		1	14	15	2,4
Tipo 10:Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	3	1	11	15	2,4
Tipo 6:Relacionados con la sangre o sus derivados	1	1	6	8	1,3
Tipo 14:Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional			4	4	0,6
Tipo 13:Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico		1	2	3	0,5
Tipo 12:Accidentes de pacientes			2	2	0,3
Total general	106	245	267	618	100

Fuente: Base de datos de Novedades de Seguridad del Paciente año 2019

En relación a la consolidación para el primer semestre de 2019 por Tipo de Novedad se obtiene:

Tabla 9: Proporción de novedades de seguridad por tipo de novedad año 2019

Formula: No de novedades de seguridad por Tipo de Atención Insegura / No total de novedades de seguridad identificadas en el periodo				
TIPO DE ATENCION INSEGURA	COMPLICACIÓN	EVENTO ADVERSO	INCIDENTE	Total general
Tipo 1:Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud		1	33	34
Tipo 10:Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente	3	1	19	23
Tipo 11:Caídas de pacientes		11	36	47
Tipo 12:Accidentes de pacientes			2	2
Tipo 13:Relacionados con la infraestructura o el ambiente físico		1	6	7
Tipo 14:Relacionados con la gestión de los recursos o con la gestión organizacional			8	8
Tipo 15:Relacionados con el laboratorio clínico o el de patología	5	1	16	22

Tipo 2:Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales	122	324	199	645
Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos			11	11
Tipo 4:Infección ocasionada por la atención en salud		106		106
Tipo 5:Relacionados con la medicación o la administración de líquidos parenterales	41	77	134	252
Tipo 6:Relacionados con la sangre o sus derivados	11	1	11	23
Tipo 9:Relacionados con los dispositivos y equipos médicos		1	48	49
Total general	182	524	523	1229

8. Porcentaje de Eventos Adversos

Para el II Trimestre de 2019 el porcentaje de Eventos Adversos es del 1.05 % frente al total de atenciones que incluyen: los Egresos Hospitalarios (2700), las Consultas generadas en Consulta Externa (11455), Consultas de Urgencias (4815) y los Procedimientos Quirúrgicos (4309). (Ver Tabla 10)

Tabla 10: Comparativo Porcentaje de Eventos Adversos II Trimestre de 2016, 2017, 2018,2019

Formula: Número total de eventos adversos en el periodo	
/ Número total de Atenciones en el periodo	
II Trimestre 2016	184 /28158= 0,65 %
II Trimestre 2017	187 / 23389= 0,8 %
II Trimestre 2018	283 /25480= 1,1 %
II Trimestre 2019	245/23279 = 1.05%

Fuente: Sistema TUCI Indicadores / Base de Datos Novedades de Seguridad 2019

Tabla 11: Comparativo Porcentaje de Eventos Adversos I Semestre de 2016, 2017, 2018,2019

Formula: Número total de eventos adversos en el periodo	
/ Número total de Atenciones en el periodo	
I Semestre 2016	334 / 53761 = 0.6 %
I Semestre 2017	415 / 47391 = 0.8 %

I Semestre 2018	568 / 47238 = 1.2 %
I Semestre 2019	524/47886=1.09%

9. Adherencia a Guías de Práctica Clínica

Desde el año 2016 a la fecha se ha evaluado la adherencia a GPC de los servicios de Urgencias, Ginecobstetricia, Urología, Medicina Interna, Ortopedia, Neurocirugía, Gastroenterología, UCI, Intermedios, Neonatología y Reumatología.

Durante el I semestre de 2019 se mantuvo una buena adherencia a las GPC con un resultado de 90.73%, muy similar a los años anteriores (tabla 12).

Tabla 12: Adherencia a GPC

Formula: Número de historias clínicas con evidencia de adherencia a las recomendaciones trazadoras de las guías/número de historias clínicas evaluadas con CIE 10 correspondiente a nombre de guía de práctica clínica	
2016	91,5%
2017	92,04%
2018	92,17%
I semestre 2019	90,73%

PLANES DE MEJORA

Para este segundo semestre, producto de Novedades de seguridad se han establecido en la matriz institucional de Pump, 8 planes de mejora de los procesos como: arquitectura y mantenimiento, este enfocado con todo el mantenimiento de cubiertas del hospital, desde el área de farmacia se han elaborado 3 hallazgos relacionados con la dispensación y administración de medicamentos. Así mismo también se evidencia mejoras en los procesos de radiología, banco de sangre y el proceso de hotelería con el acompañamiento de la seguridad administrativa en el todo el proceso de fugas del hospital.

III. ANEXOS

Anexo 1: Cronograma para la ejecución del programa de Seguridad del Paciente año 2019

7.3 GESTIÓN AMBIENTAL

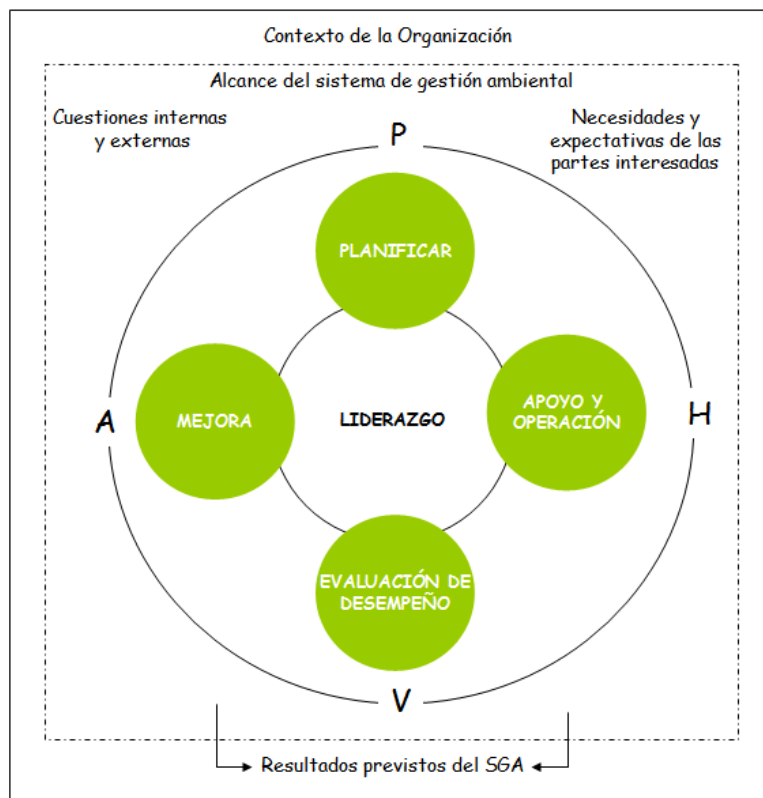
GESTIÓN DEL PROCESO

OBJETIVO:

Realizar entrega de las actividades del primer semestre 2019 correspondiente a la gestión ambiental de la ESE Hospital Universitario la Samaritana, mediante las seis líneas estratégicas establecidas en el Programa de gestión ambiental con código 01GC07 y la implementación de la Norma ISO 14001:2015

METODOLOGIA

Se evalúa el avance según el sistema de gestión ambiental y los lineamientos de la ISO 14001 de 2015, desde la perspectiva del ciclo PHVA



1. Línea estratégica liderazgo

1.1 Establecer un sistema de gestión ambiental bajo la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 14001:2015

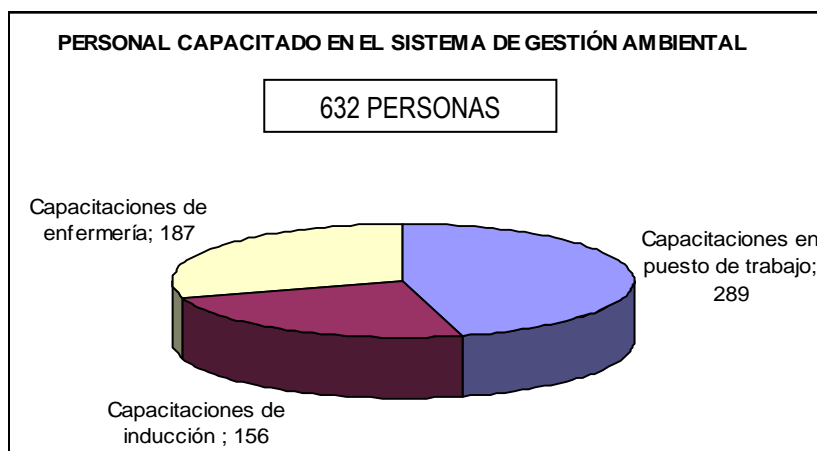
Planear

Para la etapa de planeación se establecieron los siguientes documentos que son base para la implementación de la norma ISO 14001 2015

Código	Documento
01DG18	Política Ambiental
01GC17	Manual de Gestión Ambiental
01GC07	Programa de Gestión ambiental
02GC15	Procedimiento para la evaluación de las partes interesadas del SGA
08GC04	Matriz general de partes interesadas, sus requisitos, necesidades y expectativas
02GC12	Procedimiento para la identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales
05GC51	Matriz multicriterio de identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales
02GC16	Procedimiento de evaluación de requisitos legales ambientales
05GC52	Matriz evaluación de requisitos legales ambientales

Implementar

Socialización del sistema de gestión ambiental mediante jornadas de capacitación y campañas de sensibilización



Campañas de sensibilización

Se realizan campañas ambientales con el fin de que la comunidad hospitalaria conozca acerca de aspectos ambientales del sistema de gestión ambiental y son desplegadas a través de: Correo masivo, pantallas, carteleras, redes sociales, y demás.



Rondas de verificación a diferentes servicios donde se evalúan aspectos ambientales como: educación ambiental, gestión de residuos hospitalarios, ruta sanitaria, vehículos, almacenamiento de residuos hospitalarios y similares y el uso eficiente de los recursos.

Fecha	Servicio	Cumple	No cumple	No aplica	% de cumplimiento
Jueves 31 de enero	Neonatos	23	16	5	59%
Jueves 28 de febrero	Hospitalización – Piso 4	23	17	4	58%
Jueves 28 de marzo	Radiología	N/A	N/A	N/A	N/A
Jueves 25 de abril	Urgencias	21	19	4	53%
Jueves 28 de mayo	Unidad de cuidado intensivo	28	11	5	72%
Miércoles 31 de Julio	Medicina Interna 5 piso	27	9	8	75%

Actuar

Seguimiento a 23 oportunidades de mejora consignadas en el Plan Único de Mejora por Proceso PUMP del proceso de Gestión de la Calidad, proveniente de diferentes fuentes como las auditorías internas realizadas, con el fin de mejorar el sistema de gestión ambiental de la Institución.

Oportunidades de mejora	Completas	En desarrollo	Atrasadas
23	7	13	3

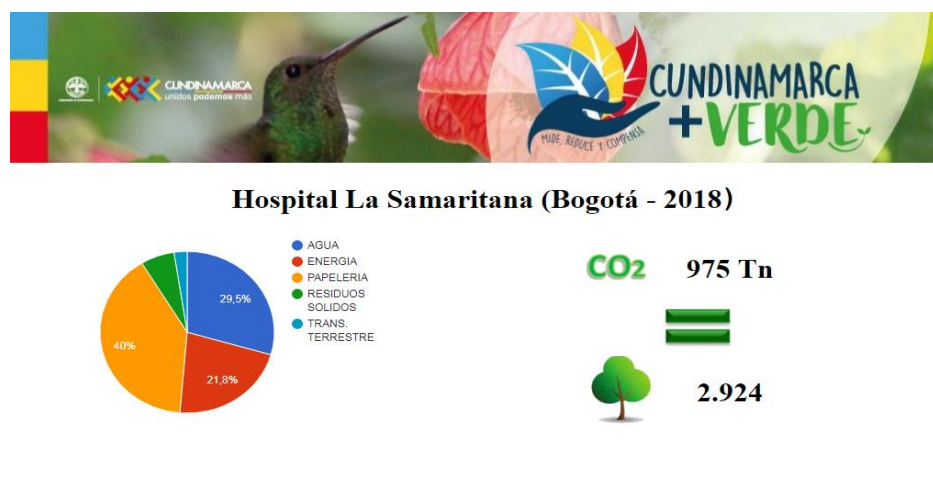
1.2 Participación en redes territoriales de hospitales y/o entidades comprometidas con la promoción de políticas de salud ambiental.

El Hospital Universitario de la Samaritana se encuentra vinculado a dos programas, por una parte el Grupo Ambiental Empresarial GAE liderado por la Secretaría de Ambiente Y el segundo es la red global de Hospitales verdes liderado por la Secretaria de Salud. En estos programas se brindan capacitaciones, visitas y tutorías de acompañamiento para poder implementar sistemas de gestión ambiental y el desarrollo de estrategias ambientales para lograr la producción sostenible

Estrategia	N°	Tema de capacitación	Fecha
Grupo Ambiental Empresarial GAE – Secretaría Distrital de Ambiente	Sesión 1	Presentación de la Estrategia Acercar - GAE	19 de marzo
	Sesión 2	Planificación, aspectos e impactos ambientales	26 de marzo
	Sesión 3	Parte 1 Indicadores GAE: obtención y confiabilidad.	20 de junio
	Sesión 4	Parte 2 Reporte de indicadores ambientales.	27 de junio
Hospitales Verdes – Secretaria de Salud	Sesión 1		
	Sesión 2	Tercer encuentro de referentes ambientales	29 y 30 de abril
	Sesión 3	Foro Compras sostenibles en instituciones de Salud	13 de Junio

1.3 Medición, compensación y establecimiento de actividades que permitan disminuir la huella de carbono.

Se realizó el cargue de la información de la huella de carbono en la Plataforma de Cundinamarca + verde y en la Red Global de Hospitales Verdes (Consumo de agua, consumo de energía, papelería, Gasolina, residuos).



2. Línea estratégica de compras verdes

Se realiza seguimiento y análisis de las compras realizadas en la vigencia impulsando la responsabilidad ampliada del productor (EPR, por sus siglas en inglés), con el fin de plantear acciones de corresponsabilidad en el manejo del impacto ambiental (control, minimización y/o eliminación) de materias primas y/o insumos que generen impactos ambientales significativos desde la adquisición de bienes y/o servicios. Se presenta el consolidado de las evaluaciones técnicas evaluadas por parte del sistema de gestión ambiental

SOLICITUDES	CUANTIA	TIPO	SOLICITUDES	CUANTIA	TIPO
AG000020190005	\$6.645.767	CONTRATO	OC000020190060	\$3.047.590	ORDEN
AG000020190009	\$35.116.400	CONTRATO	OC000020190061	\$7.654.080	ORDEN
AG000020190012	\$43.428.969	CONTRATO	OC000020190063	\$22.102.346	ORDEN
AG000020190013	\$15.493.800	CONTRATO	OC000020190067	\$21.658.000	ORDEN
MO000020190001	\$30.000.000	CONTRATO	OC000020190069	\$38.991.540	CONTRATO

MO000020190002	\$53.000.000	CONTRATO	OC000020190070	\$56.143.319	CONTRATO
MO000020190003	\$50.000.000	CONTRATO	OC000020190072	\$476.422.961	CONTRATO
OC000020190024	\$13.826.610	ORDEN	OC000020190078	\$5.350.954	CONTRATO
OC000020190029	\$33.000.000	CONTRATO	OC000020190079	\$305.059.125	CONTRATO
OC000020190030	\$33.000.000	CONTRATO	OC000020190082	\$449.225.000	CONTRATO
OC000020190045	\$55.130.601	CONTRATO	OC000020190083	\$4.301.374	ORDEN
OC000020190055	\$7.396.000	ORDEN	OC000020190085	\$259.909.800	CONTRATO
OC000020190057	\$252.000.000	CONTRATO	OC000020190086	\$174.160.760	CONTRATO
OC000020190058	\$10.000.000	CONTRATO	OC000020190100	\$4.822.070	ORDEN
OC000020190059	\$28.000.000	CONTRATO	TOTAL	\$2.494.887.066	

3. Línea estratégica de Residuos

Se realizan mediciones de la generación de residuos generados en la Institución e identificación de residuos potencialmente reciclables

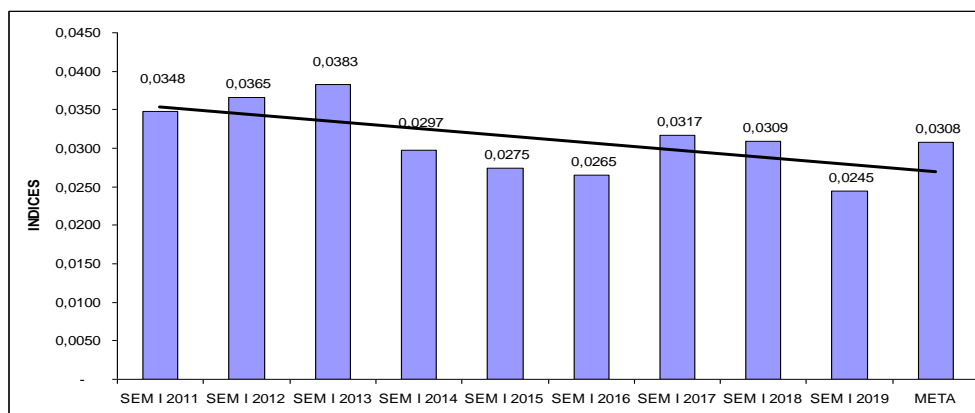
INDICADORES DE GESTIÓN DE RESIDUOS

TIPO DE RESIDUO Kg	SEM I 2011	SEM I 2012	SEM I 2013	SEM I 2014	SEM I 2015	SEM I 2016	SEM I 2017	SEM I 2018	SEM I 2019
ORDINARIOS / INERTES / RECICLABLE	120.047,00	119.562,00	114.179,00	112.816,00	110.354,00	114.420,00	119.319,00	116.536,00	102.359,00
Ordinarios	61.196,00	71.778,00	71.714,00	69.624,00	68.822,00	74.400,00	76.844,00	76.141,00	68.135,00
Inertes	3.095,00	2.977,00	2.658,00	2.643,00	2.413,00	2.433,00	2.356,00	2.111,00	1.959,00
BIODEGRADABLES	14.230,00	14.315,00	14.247,00	14.258,00	14.253,00	14.607,00	14.547,00	14.585,00	12.084,00
RECICLABLES	41.526,00	30.492,00	25.560,00	26.291,00	24.866,00	22.980,00	25.572,00	23.699,00	20.181,00
RIESGO BIOLÓGICO	86.884,00	91.428,00	89.226,00	86.457,00	90.733,00	75.894,00	69.720,00	74.040,00	61.205,00
Anatomopatológicos	9.316,00	9.398,00	9.118,00	9.580,00	10.011,00	10.257,00	8.589,00	10.075,00	8.414,00
biosanitarios	76.639,00	81.057,00	79.285,00	76.015,00	79.784,00	64.679,00	60.182,00	62.914,00	51.947,00
cortopunzantes	929,00	973,00	823,00	862,00	938,00	958,00	949,00	1051,00	844,00
QUÍMICOS	3.871,94	5.202,73	4.690,94	4.105,94	5.017,94	6.254,12	6.565,01	7.247,01	6.338,68
Farmacos	3.843,00	2.972,00	3.132,00	3.091,00	3.634,00	4.714,00	4.978,00	5.372,00	4.683,00
Reactivos	0	2.201,57	1530	986	1355	1509	1556	1844	1630
Contenedores Presurizados	28,9408	29,1584	28,9408	28,9408	28,9408	31,1168	31,008	31,008	25,6768
TOTAL	210.802,94	216.192,73	208.095,94	203.378,94	206.104,94	196.568,12	195.604,01	197.823,01	169.902,68
RECICLAJE	11.678,00	12.337,00	12.187,00	16.627,00	16.711,00	11.726,00	12.718,00	11.131,00	12.033,00

De acuerdo al comportamiento de los últimos 8 años, y permitiéndonos que la meta establecida se evalúe a través del promedio obtenido de las vigencias anteriores (115.904,13 Kgs), vemos que para el 2019 ha disminuido en un 11, 69% a nivel general y para algunos tipos estos han disminuido como es el caso de los biológicos, cabe aclarar

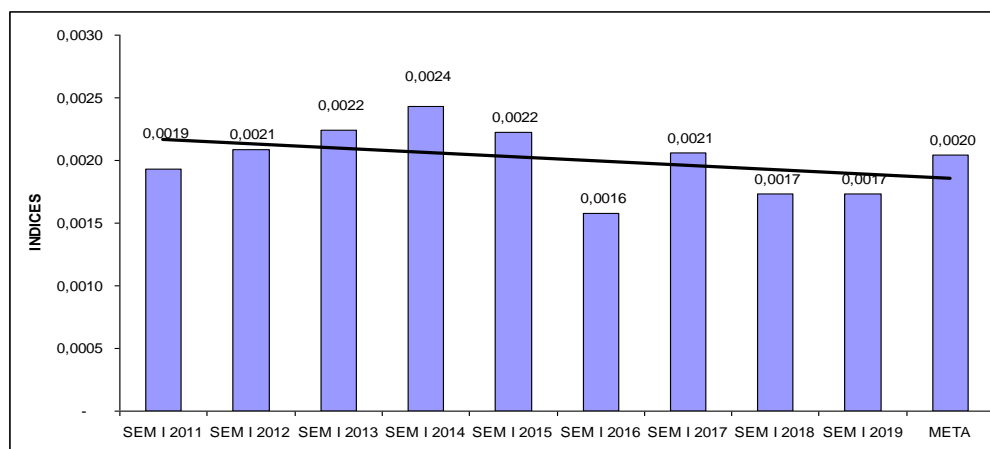
que estas variaciones están supeditadas a la producción general de la prestación del servicio que para el periodo evaluado esta ha aumentado con relación al periodo de la vigencia anterior en 4.1%.

GRÁFICA: Generación de residuos sólidos TOTAL en Kilogramos por UVR producida.



En concordancia con el análisis anterior y teniendo en cuenta el comportamiento de la producción en relación con la meta definida desde el promedio de las vigencias anteriores, en este sentido se observa que para el año 2019 en el acumulado del periodo, en cuanto a generación de residuos el periodo tuvo una disminución con relación al acumulado de la vigencia anterior en un 20 %. A manera general la disminución obedece a la adherencia a los procedimientos y protocolos.

GRÁFICA: Residuos RECICLABLES RECUPERADOS Y COMERCIALIZADOS.



4. Línea estratégica agua y energía - consumo de servicios públicos

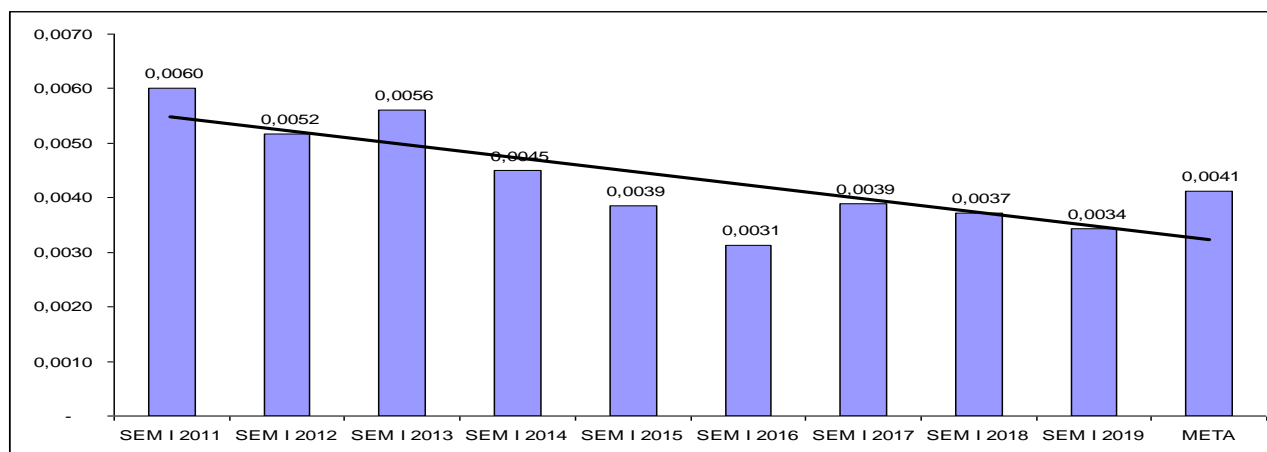
El consumo racional de los servicios públicos es uno de los comportamientos que nos permite evaluar la adherencia e innovación tecnológica que permite percibir ahorros en el consumo, los servicios que más influyen a la hora de evaluar son, agua energía y gas natural los cuales analizaremos a continuación

Presentamos los comportamientos observados comparados con las vigencias anteriores

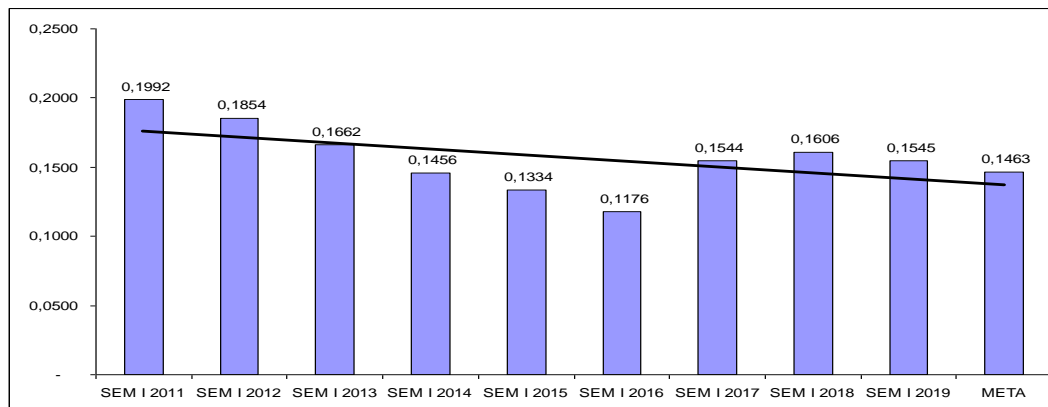
COSUMO DE RECURSOS	TRIM I 2011	TRIM I 2012	SEM I 2013	SEM I 2014	SEM I 2015	SEM I 2016	SEM I 2017	SEM I 2018	SEM I 2019
ENERGIA KW/H	1.204.800,05	1.096.997,86	902.400,00	996.000,00	1.001.654,00	872.150,00	951.277,49	1.029.600,00	1.072.277,29
AGUA m3	36.333,00	30.615,00	30.452,00	30.819,00	28.995,00	23.265,00	23.952,00	23.825,00	23.890,00
GAS m3	59.020,00	61.244,00	46.769,00	60.394,00	56.420,00	46.441,00	54.781,00	53.408,00	54.335,00

Consumo de agua: de acuerdo a los consumos evaluados, este se encuentra por debajo de la META propuesta evidenciando en este sentido una diferencia del 19.7% en ahorro, que de acuerdo a las inversiones realizadas, implementación de la estrategia multimodal (lavamanos de censor), elementos ahorradores, cisternas de menor capacidad y sensibilización podemos ver que la tendencia en los últimos años ha mejorado, de acuerdo a la meta del programa, esta se mantiene siendo el limite el mantener un 2% sostenido de ahorro en el consumo de este para el periodo evaluado. Se mantiene en ahorro en relación con el periodo de la vigencia anterior lo cual se ve soportado junto con la disminución de la producción que evidencia un incremento, es necesario tener en cuenta que con relación a la vigencia anterior la disminución es del 7.38%.

GRÁFICA: Consumo de servicios públicos AGUA en Metros Cúbicos por UVR producida

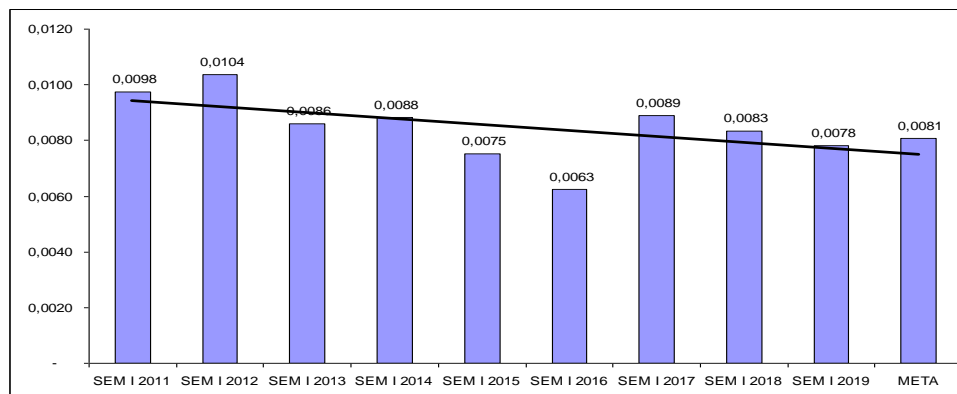


GRÁFICA: Consumo de servicios públicos ENERGÍA en Kilovatios Hora por UVR producida



Para el caso de la energía, en comparación con la tendencia que está presentando, viene con un aumento del 5.3%, por encima de la META propuesta, un punto menos que en la evaluación del periodo anterior lo cual denota un comportamiento deficiente ya que el consumo se está viendo afectado por el uso indiscriminado de electrodomésticos en las áreas administrativas como el uso de hornos microondas, cocinas de resistencia, grecas, cafeteras, calentadores de agua, máquinas dispensadoras, entre otras a las cuales se suman los usos inadecuados de los cargadores de aparatos móviles y su conexión prolongada sin hacer ningún uso, baja adherencia a las prácticas ambientales sostenibles relacionadas con el uso de equipos ofimáticos, en relación con el comportamiento del mismo periodo de la vigencia anterior este disminuyo en un 3.81%

GRÁFICA: Consumo de servicios públicos GAS NATURAL en Metros Cúbicos por UVR producida



Para el caso del consumo de gas, las actividades supeditadas a este consumo se dan tanto para el área de esterilización como para hospitalización y nutrición, son actividades constantes y representan gran parte de los consumos de este combustible que frente a la META propuesta tuvo una disminución del 3.1%, si bien es cierto son parte integral de la prestación del servicio, también se deben desagregar dentro de la atención que se ofrece a los usuarios, funcionarios y visitantes que de manera permanente siguen accediendo a todos los servicios asociados al bienestar dentro de la institución, almuerzos, entre otros que siguen afectando los consumos de servicios públicos dentro de la organización, en comparación al consumo del periodo inmediatamente anterior se evidencia de igual manera una disminución del 6.03%

7.4 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

GESTIÓN DEL PROCESO

Para el segundo trimestre del año 2019 se realiza el seguimiento a los planes de mejoramiento por procesos descritos en los PUMP, pertenecientes a 15 de los procesos de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana y derivados de la autoevaluación de Habilitación

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

- Para el año 2019 se plantearon 100 actividades en los planes de mejora.
- Para el primer semestre 2019 se ejecutaron 62 actividades pertenecientes a los planes de mejora por procesos derivados de la autoevaluación de Habilitación.
- Según el indicador: Número de actividades ejecutadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación / Total de actividades programadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación, Se presenta el resultado para el primer semestre y el resultado total.

SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO DERIVADOS DE HABILITACION			
	ACTIVIDADES PROGRAMADA AL AÑO 2019	CON CORTE A JUNIO 2019	ACTIVIDADES EJECUTADAS CON CORTE A JUNIO 2019
	100	78	62
% DE CUMPLIMIENTO A JUNIO DE 2019	79%		
% DE CUMPLIMIENTO TOTAL	62%		

1.2. Referenciación Comparativa:

- Para el segundo trimestre de 2019 se ejecutó el 34,6 % de las referenciaci3nes programadas, según cronograma de referenciaci3nes.

Tabla N 1. Ejecuci3n de la Referenciaci3n Comparativa Programada en 2019.

REFERENCIACION COMPARATIVA HUS 2018	
Total 26 Programadas	Desarrollo
Realizadas	9
Solicitadas	14
Por solicitar	3
Informes presentados	9

Ref Interna programada	1
Ref Interna realizadas	1
	% Avance
	% Realizadas
	34,6%

INDICADOR	AÑO	MES	Frecuencia	Codigo	Código	RESULTADO INDICADOR
				/numerador:	/denominador:	
Código	Nombre					100%
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS REFERENCIACIONES EXTERNAS COMPARATIVAS PROGRAMADAS			SEMESTRAL	NUMERO DE REFERENCIACIONES COMPARATIVAS EXTERNAS REALIZADAS EN EL HUS	NUMERO DE REFERENCIACIONES COMPARATIVAS EXTERNAS PROGRAMADAS EN EL HUS	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS REFERENCIACIONES EXTERNAS COMPARATIVAS PROGRAMADAS	2019	julio	SEMESTRAL	9	26	34,6

- Se realizó una auditoría interna, entre los servicios del hospital, una del laboratorio clínico al servicio de Farmacia.

Tabla 2. Referenciaci3nes comparativas internas en el primer semestre del año 2019.

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA						HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA <i>Empresa Social del Estado</i>		
CRONOGRAMA DE DE REFERENCIACIONES INTERNAS COMPARATIVA DEL HUS						05DS02-V1		
PROCESO A REFERENCIAR	OBJETIVO DE LA REFERENCIACION	INSTITUCION A REFERENCIAI	CIUDAD	FECHA	RESPONSABLE	ESTADO DE LA REFERENCIACION	OBSERVACION DEL ESTADO	INFORME
14 APOYO DIAGNOSTICO LABORATORIO CLINICO	IMPLEMENTACION DE MIPRES	FARMACIA	HUS	ABRIL	RUTH ROJAS	REALIZADA	Referenciacon interna realizada con el proceso de Atencion Farmaceutica el 15	PRESENTADO

- En el primer semestre del 2019 se recibieron 14 Instituciones que solicitaron referenciación comparativa en diferentes temas y procesos de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, de un total de 23 solicitudes de referenciaci3nes comparativas.

Tabla 3. Referencias comparativas recibidas en el HUS en el año 2019.

REFERENCIAS RECIBIDAS EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA				
AÑO 2019				
Nº	FECHA	INSTITUCION O ENTIDAD	CIUDAD/ DEPARTAMENTO	TEMA REFERENCIADO
1	01-feb-19	Hospital Universitario San Ignacio	Bogotá	Servicio Transfusional
2	13-feb-19	E.S.E Hospital San Rafael de Pacho	Cundinamarca	Talento humano, personal- Nomina.
3	20-feb-19	E.S.E Hospital San Rafael de Pacho	Cundinamarca	Financiera- Costos
4	19-mar-19	Ministerio de Salud del Perú	Perú	Telemedicina
5	28-mar-19	Hospital Internacional de Colombia	Bucaramanga	Banco de sangre
6	24-abr-19	Subred Integrada de Servicios de Salud - Centro Oriente	Bogotá	Atención Farmacéutica
7	14-may-19	Federación Médica de Buenos aires FEMEBA	Argentina	Sistema de salud de Colombia, Situación médica, procesos de atención
8	16-may-19	Johnson y Johnson	12 vicepresidentes de Indonesia, Europa, China, Estados Unidos	Hospital, Instalaciones, servicios, especialidades
9	22-may-19	Subred Integrada de Servicios de Salud - Oriente E.S.E	Bogotá	Atención Farmacéutica
10	20-jun-19	Hospital José Cayetano de Puerto Boyacá	Boyacá	Farmacovigilancia
11	20-jun-19	E.S.E Hospital Universitario Clínica Sn Rafael	Bogotá	Laboratorio Clínico, Servicio Transfusional
12	20-jun-19	Hospital San Antonio de Guatavita	Cundinamarca	Laboratorio Clínico, Servicio Transfusional
13	20-jun-19	Hospital Pedro León Álvarez Díaz de la Mesa	Cundinamarca	Laboratorio Clínico, Servicio Transfusional
14	20-jun-19	Instituto Roosevelt	Bogotá	Laboratorio Clínico, Servicio Transfusional
15	21-jun-19	E.S.E Hospital San Rafael de Tunja	Boyacá	Programa de Hemovigilancia y servicio transfusional
16	26-jun-19	Subred Centro Oriente	Bogotá	talento humano, Docencia e investigación

➤ Resultados según indicadores para el primer semestre del 2019.

Código	INDICADOR	AÑO	MES	Frecuencia	Código	Código	RESULTADO INDICADOR
					/numerador:	/denominador:	
2108	PORCENTAJE DE REFERENCIACIONES EFECTIVAMENTE RECIBIDAS	2019	Junio	SEMESTRAL	3689-NUMERO DE REFERENCIACIONES COMPARATIVAS RECIBIDAS EN EL HUS (DE OTRAS INSTITUCIONES)	3690- NUMERO DE REFERENCIACIONES COMPARATIVAS SOLICITADAS DE OTRAS INSTITUCIONES	60,9

Con las solicitudes recibidas en el transcurso del año 2019 y las del año 2018, se tienen actualmente (al mes de junio) 23 solicitudes de las cuales se han recibido 14 a corte del mes de junio de 2019. De estas 14 referenciaci3nes tres internacionales:

- Perú: Ministerio de Salud del Perú referenciaci3nes en nuestros servicios de Telemedicina, Neurocirugía, Radiología e Imágenes diagn3sticas.
- Johnson y Johnson con directivos de diferentes países.
- Federaci3n Médica de Buenos aires FEMEBA- Argentina.

Las otras 12 referenciaci3nes fueron de instituciones de los departamento de Boyacá (2 hospitales), Santander (1), Cundinamarca (3 hospitales) y de Bogotá (6).

2. Planes Únicos de Mejora PUM

En el seguimiento al PUMP del proceso de desarrollo de servicios, se obtuvo un porcentaje de avance del 100% y un cumplimiento del 67%.

Tabla 4. Plan de Mejora del Proceso Desarrollo de Servicios.

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA GESTION DE LA CALIDAD PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP														RESULTADOS					
VIGENCIA 2019														05GC24-V3					
DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA														CUMPLIMIENTO 1: FECHA: 12 de Diciembre 2019					
PROCESO	DESCRIPCION DE LA ACCION DE MEJORA	PROBLEMA DE LA ACCION DE MEJORA	ANALISIS DE LA ACCION DE MEJORA	TIPO DE ACCION	AREA DE INTERVENCION	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESPONSABLES DE LA ACCION	INDICADORES CON LOS CUALES SE MEDIRAN LOS RESULTADOS	PROGRESO DE LA ACCION	EFFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	RESULTADO Y/O	
DESARROLLO DE SERVICIOS	Realizar la autoevaluaci3n aplicando el instrumento para el servicio de trasplante de páncreas, realizar el fraude, sede, el auto-evaluaci3n, solicitar la visita previa para habilitar el servicio y redactar el formulario con la necesidad de apertura y según el resultado se habilita el servicio.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
DESARROLLO DE SERVICIOS	Gestionar para la apertura del servicio de Transporte socializado Busto en la ESE Hospital Universitario de la Samaritana sede Bogotá.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
												Avance	100%						
												Cumplimiento	67%						
												Cierre de Ciclo	67%						

- Se realiza seguimiento a los PUMP de los procesos de Talento Humano y del proceso de atención farmacéutica, el cual se encuentra publicado en la pirámide documental.

3. Plan Operativo Anual

Tabla 5. PAS 2019.

A Estrategia	B Eje del Plan Departamental y de Desarrollo	C Objetivo Estratégico Institucional	D Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública	E Meta de producto anual	F Nombre del indicador	G Descripción de la fórmula	H Unidad de medida	I Indicador de producto			K Valor esperado Año 3	L % de avance meta II trimestre	M LOGROS	N DIFICULTADES	O Descripción de estrategias y actividades	P Peso % de la actividad frente a la meta
								J Línea base AÑO 2018	I Año	J Año						
1.1	INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Mantener las condiciones de Habilitación de HUS Bogotá	Cumplimiento a la ejecución de planes de mejoramiento producto de la autoevaluación de Habilitación	Número de actividades ejecutadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación / Total de actividades programadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación	Porcentaje	100%	2018	100%	62%	Avance en el mantenimiento de las condiciones de habilitaciones de según normatividad vigente. Conocimiento sobre nuevo proyecto de Resolución de Habilitación para adaptación a cambios normativos	En la consolidación de los seguimientos de los procesos de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana. Resolución de Habilitación no aprobada a la fecha.	Seguimiento a la ejecución de Planes de Mejoramiento producto de la Autoevaluación de los servicios de Habilitación realizado en la vigencia 2018	30%	
														Capacitación en los nuevos estándares del Sistema Único de Habilitación a Líderes de procesos y/o servicios (Borrador o Resolución aprobada)	70%	
2.	INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Mantener el certificado de Acreditación para el HUS Bogotá	Promedio de Evaluación de los Estándares de Acreditación	Sumatoria de Evaluación cuantitativa de los estándares de Acreditación / Total de estándares autoevaluados	Promedio	3,4	2018	3,4			Evaluación de Estándares de Acreditación realizada por ente externo (Seguimiento)	100%		

Tabla 6. Indicador del PAS 2019.

Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Numerador	Denominador	% de avance meta II trimestre
Cumplimiento a la ejecución de planes de mejoramiento producto de la autoevaluación de Habilitación	Número de actividades ejecutadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación / Total de actividades programadas de los Planes de Mejoramiento de Habilitación	62	100	62%

Descripción de estrategias y actividades:

1.1. Seguimiento a la ejecución de Planes de Mejoramiento producto de la Autoevaluación de los servicios de Habilitación realizado en la vigencia 2018.

Se realizó el seguimiento a la ejecución de las actividades los planes de mejoramiento de los procesos con oportunidades de mejora con fuente habilitación. Se plantearon 100 actividades para el año 2019 y para el primer semestre se ejecutaron 62 de estas para un porcentaje de cumplimiento del 62%.

1.2. Capacitación en los nuevos estándares del Sistema Único de Habilitación a Líderes de procesos y/o servicios (Borrador o Resolución aprobada)

Se realizó la capacitación a los líderes de proceso y servicios en comité directivo ampliado el 25 de junio de 2019, sobre el nuevo proyecto de Resolución de Habilitación.

4. Programa de Auditorías Internas

Para el segundo trimestre del año 2019, se ha ejecutado el 23% de las auditorías programada, según cronograma de auditorías internas.

				servicios, los cuales fueron verificados por el mismo ente de control.
2017	Diciembre	Anual	87	Para el año 2017 se incrementan los servicios habilitados ya que se realiza la apertura de tres nuevos servicios: Servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos no oncológicos, en modalidad ambulatoria y hospitalaria, complejidad media. Código: 364 Consulta externa, 232 Grupo Quirúrgico. Grupo Consulta externa. 309. Dolor y cuidados paliativos oncológicos, modalidad ambulatoria, complejidad media. Para un total de 87 servicios habilitados y 87 servicios prestados.
2018	Diciembre	Anual	88	Para el año 2018 se realiza la apertura del Servicio de Terapia Ocupacional, Código 728. Para un total de 88 servicios habilitados y 88 servicios prestados.
2019	Junio	semestre	89	Para el año 2019 se realiza la apertura del Servicio Traslado asistencial Medicalizado. Código: 602. Una vez realizada la visita previa por la secretaria Distrital de Salud se habilita el servicio (28 de mayo), para un total de 89 servicios habilitados.

5.4.2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN DE AUDITORIAS INTERNAS

AÑOS	NUMERO DE AUDITORIAS INTERNAS EJECUTADAS EN EL HUS	NUMERO DE AUDITORIAS INTERNAS PROGRAMADAS	RESULTADO DEL INDICADOR	OBSERVACION
2016	4	19	21,1	
2017	21	22	95,5	Para el año 2017 se programaron 22 auditorías de la cuales se ejecutaron 21 , para un cumplimiento del 95%
2018	31	33	93,9	Para el año 2018 se programaron 33 auditorías según el programa de auditoria interna, del cual se ejecutaron 31 de las programadas para un tener un cumplimiento del 93 %. En comparación del año anterior se incrementó el número de auditorías programadas derivados de auditorías la necesidad de los servicios, de auditorías externas como entes de control y de acreditación.

5.4.3. REFERENCIACIONES COMPARATIVAS

5.4.3.1. PORCENTAJE DE ACCIONES IMPLEMENTADAS PRODUCTO DE LAS REFERENCIACIONES COMPARATIVAS EXTERNAS.

AÑOS	NUMERO DE ESTRATEGIAS ACCIONES O PRACTICAS EXITOSAS IMPLEMENTADAS EN EL HUS DERIVADAS DE LA REFERENCIACION COMPARATIVA REALIZADA EN OTRA INSTITUCION	NUMERO DE ESTRATEGIAS ACCIONES O PRACTICAS EXITOSAS IDENTIFICADAS EN LA REFERENCIACION COMPARATIVA REALIZADA POR EL HUS EN OTRA INSTITUCION	RESULTADO DEL INDICADOR PORCENTAJE	OBSERVACION
2016	7	15	46,7%	En el año 2016 se identificaron 15 aspectos a implementar, de los cuales se ejecutaron 7 de las referenciaci3nes realizadas por: Farmacia: conciliaci3n y seguimiento farmacoterap3utico, 4 acciones implementadas. Comit3 de 3tica hospitalaria an3lisis de caso: 1 acci3n implementada. Servicio de enfermeria y plan de cuidado de enfermeria: 2 acciones implementadas.
2017	23	39	59,0	En el a3o 2017 se implementaron 23 acciones de los 39 aspectos identificados para implementar en el HUS : Proceso de laboratorio: Manejo integral de muestras biol3gicas programa de informe de resultados cr3ticos, medici3n de oportunidad y socializar los indicadores que se llevan en dicho proceso. Dos acciones implementadas. - Referenciaci3n interna del laboratorio al banco de sangre. Una acci3n implementada. - Referenciaci3n interna del banco de sangre al laboratorio cl3nico, una acci3n implementada. - Banco de sangre: tres acciones implementadas. - Procedimiento de cancelaci3n de citas consulta externa, referenciaci3n interna al servicio de consulta externa. Una acci3n. - Servicio quir3rgico y esterilizaci3n, cuatro acciones derivadas de dos referenciaci3nes a dos instituciones diferentes. - Tecnovigilancia y farmacovigilancia, cuatro acciones derivadas de dos referenciaci3nes a diferentes instituciones. - referenciaci3n interna - fisioterapia y gastroenterolog3a al proceso de investigaci3n: dos acciones. - Servicios de apoyo: Servicios de cafeter3a y alimentaci3n y servicios complementarios a la salud, dos acciones. - Comit3 de 3tica, Consentimiento Informado: una acci3n. - REFERENCIACI3N INTERNA del servicio de Fisioterapia al servicio del LABORATORIO CL3NICO; una acci3n. - Promoci3n y Prevenci3n una acci3n.

2018	26	29	89,7	<p>Nutrición: Atención al paciente hospitalizado, se implementaron tres acciones.</p> <p>Auditoría concurrente, implemento tres acciones de dos referenciaciones realizadas a instituciones diferentes.</p> <p>El comité de infecciones implemento dos acciones de la referenciación realizada al Instituto Nacional de Cancerología.</p> <p>Atención al usuario implemento cuatro acciones de la referenciación realizada al Hospital San Ignacio con el objetivo de Identificar acciones de humanización que logran impacto en la transformación cultural del Hospital.</p> <p>Programa de seguridad del paciente, 6 acciones implementadas de dos referenciaciones realizadas.</p> <p>Proceso de Tecnología Biomédica: dos acciones derivadas de la referenciación con el hospital de San Ignacio.</p> <p>Educación Médica, implemento tres acciones derivadas de la referenciación.</p> <p>Referenciación interna del programa de Donación al Banco de Sangre, una acción implementada.</p> <p>Referenciación interna del Programa de Biovigilancia al programa de seguridad del paciente, se implementó una acción.</p> <p>Referenciación interna de farmacia al banco de sangre, un acción que se está implementando.</p>
------	----	----	------	---

5.4.3.2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS REFERENCIACIONES COMPARATIVAS INTERNAS

AÑOS	3687- NUMERO DE REFERENCIACIONES COMPARATIVAS INTERNAS REALIZADAS EN EL HUS	3688- NUMERO DE REFERENCIACIONES COMPARATIVAS INTERNAS PROGRAMADAS EN EL HUS	RESULTAADO DEL INDICADOR	OBSERVACION
2017	8	12	66,7%	
2018	4	4	100%	<p>En el año 2018 se programaron cuatro referenciaciones internas, las cuales fueron realizadas.</p> <p>Programa de trasplantes con banco de sangre. Tema: promoción de la Donación.</p> <p>Programa de Biovigilancia con Programa de seguridad del paciente.</p> <p>Fisioterapia con Laboratorio clínico. Tema Reporte de resultados críticos.</p> <p>Farmacia con Banco de Sangre. Tema implementación entrenamiento en puesto de trabajo</p>

2019	1	1	100%	Para el año 2019, dentro del cronograma de referenciaciones se tienen contemplada una del servicio de Laboratorio Clínico al servicio de Farmacia: Implementación y seguimiento a MIPRES. La cual se realizó. Continúa abierta el cronograma de referenciaciones internas para recibir solicitudes.
------	---	---	------	---

5.4.3.3. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS REFERENCIACIONES **EXTERNAS** COMPARATIVAS PROGRAMADAS

AÑOS	NUMERO DE REFERENCIACIONES COMPARATIVAS EXTERNAS REALIZADAS EN EL HUS	NUMERO DE REFERENCIACIONES COMPARATIVAS EXTERNAS PROGRAMADAS EN EL HUS	RESULTADO DEL INDICADOR
2016	14	22	63,6%
2017	26	38	68,4%
2018	13	27	48,1
JULIO 2019	8	26	30,8

Para el año 2019, se tienen en cuenta las solicitudes del año anterior que no se pudieron recibir por motivos de organización de agenda con los líderes, priorización de temas y otros. Con las solicitudes recibidas en el transcurso del año 2019, se tienen actualmente (al mes de junio) 23 solicitudes de las cuales se han recibido 14 a corte del mes de junio de 2019. De estas 14 referenciaciones dos internacionales:

Perú: Ministerio de Salud del Perú referenciaciones en nuestros servicios de Telemedicina, Neurocirugía, Radiología e Imágenes diagnósticas.

Johnson y Johnson con directivos de diferentes países. Las otras 12 referenciaciones recibimos instituciones del departamento de Boyacá (2 hospitales), Santander (1), Cundinamarca (3 hospitales) y de Bogotá (6): Hospital José Cayetano Vásquez de Puerto Boyacá, Hospital San Rafael de Tunja.

Banco de Sangre de Bucaramanga.

E.S.E Hospital San Rafael de Pacho Cundinamarca, Hospital San Antonio de Guatavita, Hospital Pedro León Álvarez Díaz de La Mesa Cundinamarca.

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Instituto Roosevelt, Hospital Santa Clara, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, HOMI Fundación Hospital Pediátrico La Misericordia, Hospital San Ignacio.

7.5 PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP

GESTIÓN DEL PROCESO

OBJETIVO: Verificar la formulación de las acciones de mejoramiento establecidas en el PUMP 2019, cuyas fuentes pueden ser entre otras, Autocontrol, Auditorías Internas de Calidad (Habilitación, Acreditación, Gestión de Calidad, Gestión Ambiental, Gestión en Salud y Seguridad en el Trabajo, Gestión del Riesgo, Seguridad del Paciente) Auditorías de Control Interno, Auditorías de Entes Externos, Revisión Gerencial y PQRS.

ALCANCE: Desde la concertación con el líder del proceso para la formulación del PUMP, hasta la evaluación del grado de cumplimiento con las evidencias que soporten dichas acciones.

METODOLOGÍA: Revisar con el líder del proceso la formulación del PUMP de la vigencia 2019, teniendo en cuenta que las acciones que no se cumplieron en la vigencia 2018, deberán trasladarse al PUMP de la vigencia 2019 y cumplir con lo descrito en el Procedimiento Formulación, Seguimiento y Cierre del Plan Único de Mejora por Proceso – PUM Código: 02GC03 –V5.

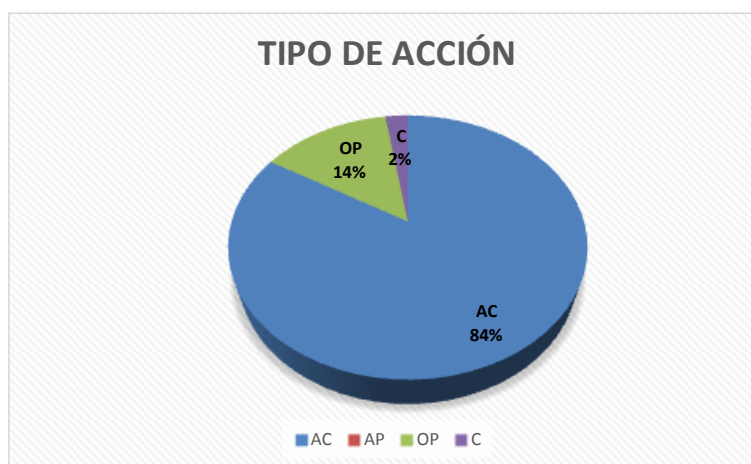
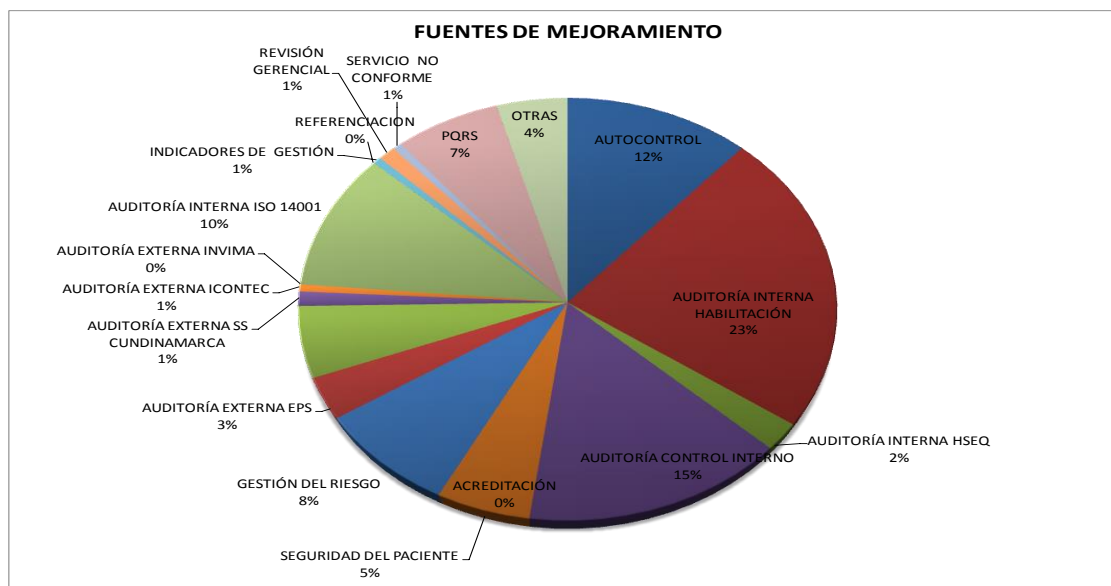
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN:

Los resultados de la formulación y publicación de los PUMP para la vigencia 2019 a la fecha del 30 de junio del 2019 son los siguientes:

FUENTE	Número	Porcentaje
AUTOCONTROL	21	11,54%
AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	42	23,08%
AUDITORÍA INTERNA HSEQ	4	2,20%
AUDITORÍA CONTROL INTERNO	28	15,38%
ACREDITACIÓN	0	0,00%
SEGURIDAD DEL PACIENTE	10	5,49%
GESTIÓN DEL RIESGO	15	8,24%
AUDITORÍA EXTERNA EPS	6	3,30%
AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	10	5,49%
AUDITORÍA EXTERNA SS CUNDINAMARCA	2	1,10%
AUDITORÍA EXTERNA CONTRALORÍA	0	0,00%
AUDITORÍA EXTERNA ICONTEC	1	0,55%
AUDITORÍA EXTERNA INVIMA	0	0,00%
AUDITORÍA EXTERNA SUPERSALUD	0	0,00%
AUDITORÍA INTERNA ISO 14001	19	10,44%
REFERENCIACION	0	0,00%
INDICADORES DE GESTIÓN	1	0,55%
REVISIÓN GERENCIAL	2	1,10%
SERVICIO NO CONFORME	1	0,55%
PQRS	12	6,59%
OTRAS	8	4,40%
TOTAL	182	

Cuadro 1

Para el primer seguimiento del 2019, la fuente de mejoramiento más utilizada por los líderes de procesos es Auditoría Interna Habilitación con un porcentaje del 23,08%, seguida por el Auditoría de Control Interno con un 15,38%.



El tipo de acción más utilizada por los líderes de procesos es la acción correctiva (AC) identificada 138 veces en los PUMP lo que equivale a un 83,6%, seguida de la Oportunidad de Mejora (OP) identificada 23 veces con un 14%.

TIPO DE ACCIÓN	Número	Porcentaje
AC	138	83,6%
OP	23	13,9%
C	4	2,4%



El atributo de calidad más vulnerado es el de seguridad identificado 68 veces por los líderes de proceso lo que equivale a un 41.5%.

ATRIBUTO DE CALIDAD	Número	Porcentaje
PERTINENCIA	9	5,5%
ACCESIBILIDAD	3	1,8%
CONTINUIDAD	6	3,7%
OPORTUNIDAD	18	11,0%
SEGURIDAD	68	41,5%
COORDINACIÓN	13	7,9%
EFICIENCIA	17	10,4%
ACEPTABILIDAD	7	4,3%
COMPETENCIA	13	7,9%
EFFECTIVIDAD	10	6,1%
TOTAL	164	

BARRERAS DE CUMPLIMIENTO IDENTIFICADAS

- ✚ Poco claridad del procedimiento Formulación, Seguimiento y Cierre del Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP por parte de las asesoras.

De igual Manera durante este segundo trimestre se realizó la asesoría a los procesos en cuanto a la actualización de la documentación, Procedimientos, Protocolos y formatos.

7.6 PROGRAMA HUMANIZACIÓN

GESTIÓN DEL PROCESO

I. Paquete Instruccional y Programas

Seguridad de Paciente: Paquete Instruccional de consentimiento informado

Con el fin de apoyar la implementación del procedimiento de consentimiento informado y del formato en la Historia Clínica de DGH, se llevó a cabo en mayo actualización de plantillas para implante de catéter arterial, venoso y la realización de hemodiálisis. Soporte en la intranet figura

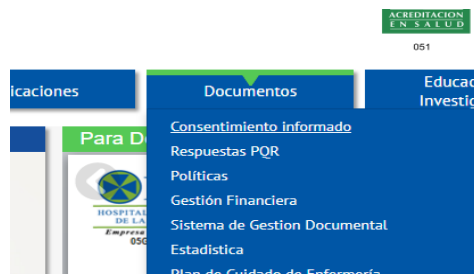


Figura 1

Contamos con dos indicadores para el seguimiento:

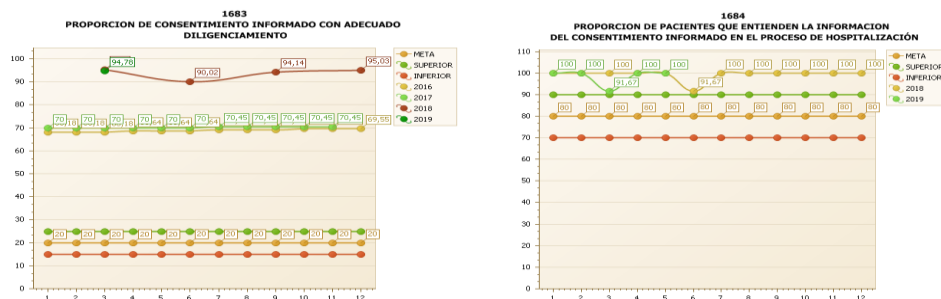


Figura 2

Indicador 1683: Es un indicador medido por auditoría médica, el cual, comparado con años anteriores 2016 o 2017 muestra una mejora significativa, gracias a la implementación de estrategias de socialización y seguimiento llevadas a cabo en coordinación con la Dirección científica y auditoría concurrente.

Indicador 1684: Este indicador se obtiene gracias a los datos de la encuesta de satisfacción aplicada por la Dirección de atención al usuario, el indicador se ha mantenido a lo largo del tiempo estable cerca al 100%. Sin embargo, es importante evaluar la posibilidad de identificar oportunidades de mejora en este aspecto. ver figura 2

Paquete de comunicación adecuada entre las personas que atienden y cuidan a los Pacientes. Se realiza el acompañamiento a la Líder del Paquete con la programación de acuerdo al cronograma planteado, para este trimestre se incluyó en el curso virtual de seguridad del paciente el módulo de comunicación que contiene: Presentación, vídeo y evaluación; el curso dio inicio el 15 de julio.

Programa de Humanización

Para la línea estratégica asignada de *privacidad y confidencialidad*, se ejecutó el cronograma con las actividades del segundo trimestre del año en curso, resultado de estas actividades se ven reflejados en el informe enviado a la Dirección de Atención al Usuario.

En resumen se realizaron las rondas de privacidad en todos los servicios asistenciales con el fin de identificar oportunidades de mejora para esta línea, encontrando en ortopedia, sala de partos y urgencias algunos pacientes que manifiestan inconformidad, por otra parte, hay colaboradores que no reconocen la línea como parte del programa, por estos motivos, para el mes de mayo se definieron dos actividades de forma simultánea, que fueron materializadas para el día 13 de junio:

- Sketch que representa una situación cómica de una paciente que es atendida por su médico tratante quien vulnera la privacidad y la confidencialidad de la Historia Clínica.
- Lanzamiento de alerta visual para cada habitación y consultorio donde se invita a respetar la privacidad mediante la frase “Por el respeto a Tú privacidad me anuncio antes de entrar” para hospitalización y para consulta externa, “ Por el respeto a Tu privacidad no interrumpo la consulta”

Dando alcance a 391 trabajadores de área asistencial que corresponden al 30% aproximadamente, y por otra parte, para hacer extensiva la socialización quedó en todas las puertas de las habitaciones y consultorios el alerta visual para la permanente recordación.

II. Actividades de la oficina

- Se llevó a cabo el acompañamiento en la actualización de la matriz de riesgos junto con la líder de riesgos a todos los procesos asignados e inclusión de riesgos extremos en el PUMP.
- Participación en la ruta de acreditación llevada a cabo por la Institución, acompañamiento en el estándar de Información para la visita de seguimiento de Acreditación de ICONTEC e ISO 9001: 2015.
- Actualización de los documentos de acuerdo con la necesidad de los líderes de cada proceso asignado.
- Informe de seguimiento a los comités para el I y II trimestre del año.
- Se llevó a cabo la audiencia pública de rendición de cuentas de acuerdo a lo planeado en la UFZ, con la participación de 218 asistentes, de los diferentes grupos de interés, resultado de la misma publicado en el sitio web; *planeación, gestión y control, rendición de cuentas 2018*.
- Participación como expositor en las inducciones y reinducciones, que cada quince días se llevan a cabo en la Institución.
- Junto con el equipo MECI, cierre del plan 2018 y elaboración del plan MECI 2019, soporte en actas.

III. Participación en comités

- Participación en el comité de Ética e investigación según cronograma, el tercer jueves del mes, como especialista en Bioética. Las evidencias reposan en la oficina del centro de Investigación.
- Participación en el comité de Ética hospitalaria según cronograma, el segundo miércoles del mes como especialista en Bioética y trabajo conjunto de temas afines del comité. Las evidencias reposan en la carpeta del comité en la oficina de la subdirección de enfermería, Jefe Carlos Jaimes.

Participación en dos comités IAMMII de acuerdo al cronograma. Se ha brindado asesoría de acuerdo a lo solicitado, en los temas de calidad.

7.7 GESTIÓN DEL RIESGO

GESTIÓN DEL PROCESO

1. DOCUMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO

Para el 2019 realiza actualizaciones en la documentación relacionada con gestión del riesgo según la tabla 1. Documentación actualizada.

Tabla 4. Documentación actualizada

Código	Nombre de documento	Modificación
01DE06	Política Administración del riesgo	Se incluyen los sistemas de riesgos de Seguridad digital, riesgos clínicos (colectivos e individuales) y estratégicos.
01GC04	Programa Gestión y administración del riesgo	Se incluye el objetivo y línea estratégica “fortalecer la gestión integral del riesgo en salud”, articulándolo con política de administración de riesgos.
02GC05	Procedimiento Administración del riesgo	Se actualiza el procedimiento según la actual metodología del Departamento de la Administración de la Función Pública - DAFP descrita en el documento “Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas versión 4.”

2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

El programa de Gestión y Administración del Riesgo se desarrolla a través de un cronograma de cumplimiento con seguimiento trimestral, elaborado por líneas estratégicas que se encuentran articuladas con los objetivos del programa y por ende al cumplimiento de la política.

Indicador : 2122 Porcentaje de cumplimiento del cronograma del programa de gestión del riesgo															
Formula														Meta	
(Número total de actividades realizadas del cronograma de gestión del riesgo / Número total de actividades planeadas en el cronograma de gestión del riesgo) * 100														90%	
Datos															
% de cumplimiento	2016				2017				2018				2019		
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	
Trimestral	100%	100%	75%	88%	100%	100%	88%	92%	No aplica	No aplica	88%	50%	No aplica	90%	
Semestral	100%			79%	100,0%		89,5%		No aplica		71,4%		90%		
Anual	91,8%				91,0%				71,4%						

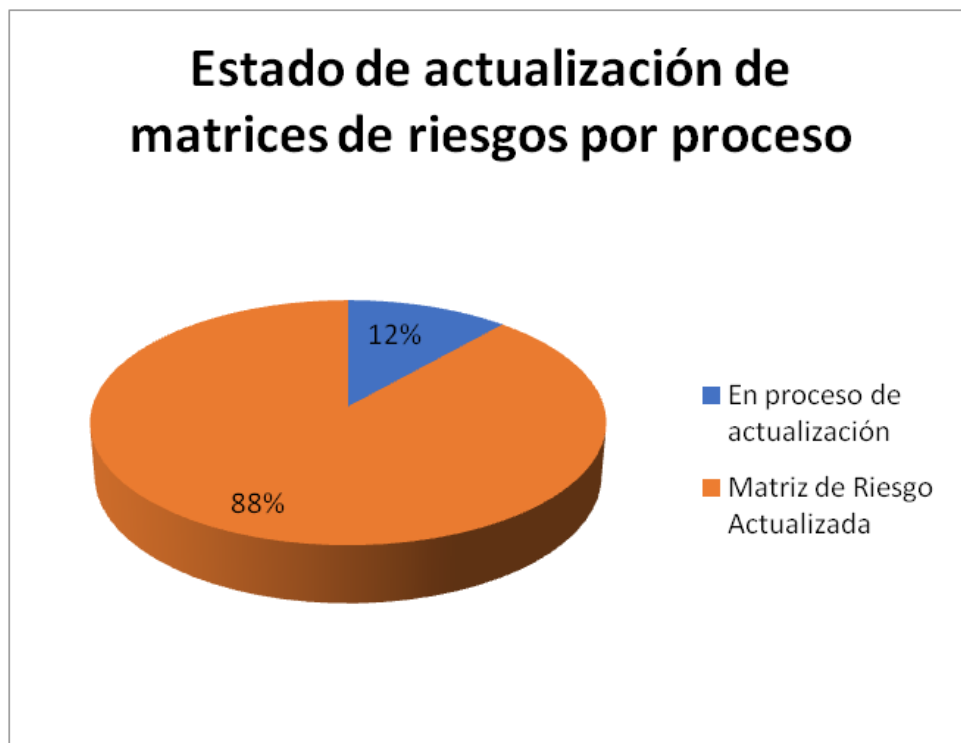
La tendencia del cumplimiento se encuentra dentro de los rangos aceptables según la meta del indicador exceptuando el resultado del año inmediatamente anterior el cual finalizó con un cumplimiento del 71,4%, debido a la falta de continuidad del referente institucional de gestión de riesgos, para lo cual en noviembre del año 2018 el Hospital Universitario de la Samaritana financia la capacitación de 12 colaboradores de diferentes dependencias a través del Diplomado con la Universidad de la

Sabana de Gerencia del Riesgo. Para el 2019 se tiene un cumplimiento del 90% del cronograma aumentando el cumplimiento con respecto a la base del año anterior, cumpliendo con 18 actividades de 20 programadas teniendo pendiente finalizar con la divulgación de todas las matrices de riesgos.

A continuación se describirán los avances de cada línea estratégica del programa de gestión y administración del riesgo.

Línea estratégica 1. Identificar, valorar y priorizar los riesgos por proceso, en cada una de las Unidades funcionales de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana (HUS)

Para el primer semestre del 2019 se realiza la actualización y valoración de los riesgos del 88% de los procesos, con la metodología adoptada de la Departamento de la Administración de la Función Pública - DAFP, Donde se fortalece la descripción, calificación del diseño y ejecución de los controles ejecutados para mitigar los riesgos.



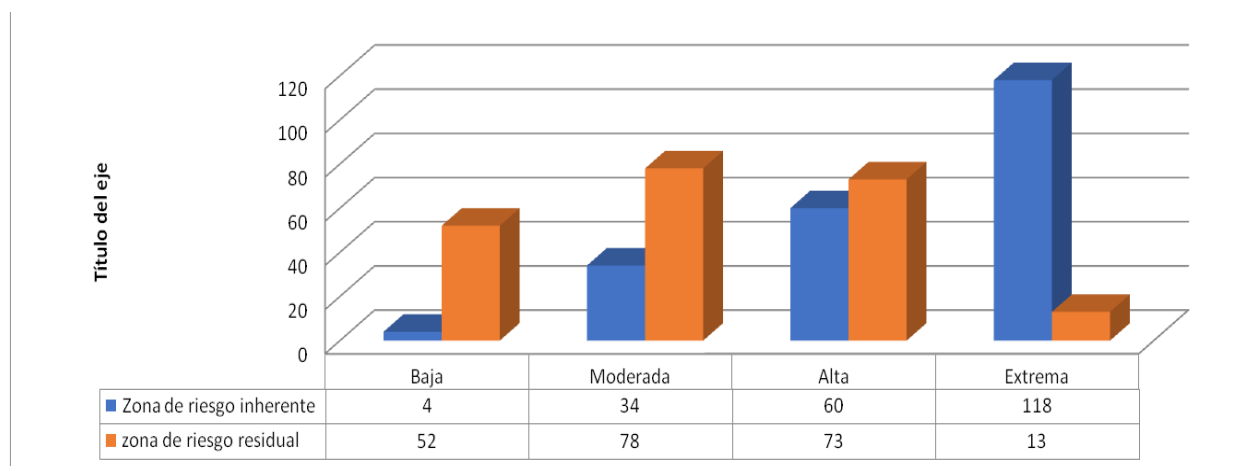
Gráfica 1. Estado de actualización de matriz de riesgos

Indicador: 2121 Proporción de riesgos en zona extrema y alta				
Formula			Meta	
(Número total de riesgos en zona alta y extrema/ Número total de riesgos)*100			40%	
Datos				
Año	2016	2017	2018	2019
Porcentaje de cumplimiento	45%	50%	50%	40%

Para el 2019 se disminuye el porcentaje de riesgos en zona residual extrema y alta a comparación de los años anteriores, debido al fortalecimiento de los controles que han trabajado desde cada uno de los proceso y para los cuales siguen en el proceso de fortalecer desde los planes de mejora continuos. Se tiene identificados 216 riesgos para el primer semestre del año donde el 6% está valorado en la zona de riesgo residual extrema y el 34% en zona alta.

Para el 2019 se realiza la actualización de la identificación, análisis y valoración de los riesgos por procesos, en la actual versión de matriz de riesgos donde se fortalece la descripción y la calificación de los controles, con el fin de identificar el riesgo residual; en la **Grafica 2. Comparativo de valoración del riesgo inherente a riesgos residual** se muestra el comparativo de la valoración del riesgo inherente vs la valoración del riesgo después de los controles.

Gráfica 2. Comparativo de valoración del riesgo inherente a riesgos residual



Línea estratégica 2. Gestionar y administrar el riesgo en cada uno de los procesos y unidades funcionales de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana (HUS)

Indicador: Porcentaje de Cumplimiento de Planes de Mejora definidos por Gestión del Riesgo.	
Formula	Meta
(Número total de acciones de mejora de gestión del riesgo completas / Número de acciones planeadas en el PUMP de gestión del riesgo)* 100	90%
Datos	

Año	2016	2017	2018	2019
Porcentaje de cumplimiento	28%	26,7%	50%	

Para los años del 2016 y 2017 se observa un bajo cumplimiento en cuanto al cierre del ciclo de los planes de mejora relacionada con Gestión del Riesgo. Para el 2018 aumenta el porcentaje de cumplimiento con respecto a los años anteriores, sin embargo se debe a la generación de menos acciones mejora con fuente “Gestión del Riesgo” a comparación de los años pasados.

Para el primer semestre del 2019, nueve procesos tiene identificadas acciones de mejora para fortalecer la reducción de los riesgos priorizados.

Línea estratégica 3. Realizar Seguimientos periódicos a los controles establecidos por el Hospital.

Indicador : 2123 Porcentaje de materialización de eventos asociados a riesgos priorizados				
Formula				Meta
(Número total de riesgos priorizados materializados / número total de riesgos priorizados) * 100				40%
Datos				
Año	2016	2017	2018	2019
Porcentaje de cumplimiento	Sin dato	50%	50%	

En el 2017 se establecen los riesgos relacionados con los objetivos estratégicos y se mantiene la tendencia del 50% de la materialización de los eventos asociados a los riesgos priorizados por la institución, para lo cual en el 2019 se describen los controles actuales y los líderes del proceso identifican si es necesario crear más controles o reforzar los que existen, con el fin de disminuir el porcentaje de materialización del riesgo.

Línea estratégica 4. Gestionar los riesgos de forma integral (Emergencias y Desastres, Seguridad y Salud en el Trabajo, Jurídicos, Ambientales, Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo- SARLAFT, Seguridad del Paciente, entre otros) a uno institucional que dé respuesta a las necesidades del Hospital.

Indicador: Porcentaje de articulación de los sistemas de riesgos institucionales				
Formula				Meta
(Número de sistemas de riesgos articulados / total de sistemas de riesgos institucionales) *100				100% de articulación de los sistemas de riesgos.
Datos				
Año	2016	2017	2018	2019
Porcentaje de cumplimiento	No aplica	57,14%	57.14	

Para el 2017 y 2018 se definieron siete (7) sistemas de gestión (Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), Modelo Estándar de Control interno (MECI), Riesgo Jurídico, seguridad del paciente, Emergencias y desastres, seguridad y salud laboral y Gestión Ambiental).

Para el año 2019 se incluye los riesgos relacionados con seguridad digital y riesgos colectivos e individuales; se adelanta reuniones con el proceso de gestión de la información para articular la seguridad digital a la matriz de riesgos, para el segundo trimestre inicio el proceso de Gestión de la información con la fase de identificación y valoración de activos de información.

Línea estratégica 5. Fomentar la cultura de Gestión del Riesgo

Indicador: Porcentaje de mejora de cultura de gestión del riesgo				
Formula			Meta	
(Resultado final cultura gestión del riesgo – resultado de cultura de gestión del riesgo de la vigencia anterior /Resultado de cultura de gestión del riesgo de la vigencia anterior)*100			Aumentar en un 5% la calificación de cultura de la gestión del riesgo.	
Datos				
Año	2016	2017	2018	2019
Porcentaje de cumplimiento	29.74%	Sin medición	Sin medición	
Análisis				
Para el 2016 se evalúa a 120 colaboradores y estudiantes, reforzando la divulgación con temas relacionados con riesgos por medio de la inducción y reinducción, capacitación en la metodología de identificación de riesgos a cada líder de proceso y se realizó socialización en la ruta de acreditación; para el 2019 se tiene programado realizar la evaluación de la cultura de gestión del riesgo en el mes de diciembre con el fin de evaluar la adherencia a las actividades realizadas en el año referentes al programa.				

Línea estratégica 6. Fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud (GIRS)

Se realiza referenciación comparativa con la Clínica los Nogales, con el fin de identificar estrategias para la identificación y gestión del riesgo clínico en el ámbito ambulatorio. Para el tercer trimestre del año se trabajara en la ruta de atención materna, con la identificación de hitos para realizar el seguimiento.

7.8 GESTIÓN DE PROYECTOS

GESTIÓN DEL PROCESO

Con el fin de mostrar el avance alcanzado con corte al 30 de Junio del 2019, se relacionan las actividades realizadas con el fin de dar cumplimiento a las metas de producto documentadas en el Plan de acción en salud, en este se observan las siguientes metas enfocadas a la gestión de proyectos de inversión.

1. Elaborar y radicar Proyectos para la modernización de infraestructura y dotación:

Estas tres iniciativas se encuentran pendientes de aprobación por parte del consejo territorial y del ministerio de salud en este orden. De igual forma a la fecha se encuentran ya aprobados 10 proyectos como se lista a continuación.

		nombre del proyecto	valor en plan bienal
proyectos 2018-2019			
BOGOTA	1	Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de un neuronavegador y un sistema para la adquisición de imágenes multi-dimensionales en quirófano para el hospital universitario de la samaritana Bogotá	\$ 6.000.000.000
	2	Reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial	\$ 1.050.000.000
	3	implementación de acciones por diagnostico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	\$ 1.200.000.000
	4	modernización del sistema de ventilación mecánica y 2 salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica en el HUS	\$ 3.209.600.000
	5	dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	\$ 2.912.830.000
ZIPAQUIRA	6	remodelación adecuación primera etapa edificio consulta externa unidad funcional Zipaquirá hospital universitario de la samaritana	\$ 1.500.000.000
proyectos 2018-2019 ajuste 1			
BOGOTA	7	remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	\$ 1.187.253.000
	8	adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de 2 ascensores camilleros y un ascensor de carga en la ese hospital universitario de la samaritana	\$ 900.000.000
ZIPAQUIRA	9	dotación de equipos de control especial para la nueva infraestructura hospitalaria del municipio de Zipaquirá del departamento de Cundinamarca	\$ 11.272.110.000

		proyectos 2018-2019 ajuste 2	
COGUA	10	remodelación y adecuación de la infraestructura del centro de salud de Cogua	\$ 780.000.000
		proyectos 2018-2019 ajuste 3	
BOGOTA	11	Implementación de un sistema de protección contra incendios según la normatividad vigente para las estructuras del Hospital Universitario de la Samaritana Cundinamarca	\$ 2.000.000.000
	12	implementación de una planta de tratamiento de aguas residuales PTAR en el hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	\$ 743.105.000
	13	adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de dotación y equipo médico por renovación de tecnología para el hospital universitario de la samaritana Bogotá	\$ 6.576.727.000

Durante el Segundo trimestre de la vigencia se han realizado diferentes actividades en pro de continuar con la gestión de los proyectos de la institución, subsanando así varias observaciones planteadas por el ente territorial en aquellos que se encuentran en proceso de revisión.

	nombre del proyecto	valor en plan bienal	radicados	observación
proyectos 2018-2019				
1	adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de un neuronavegador y un sistema para la adquisición de imágenes multi-dimensionales en quirófano para el hospital universitario de la samaritana Bogotá	\$ 6.000.000.000		MGA en proceso de construcción en acompañamiento con el Doctor Jefferson Arango
2	reforzamiento estructural etapa dos edificio asistencial	\$ 1.050.000.000		Pendiente estudio
3	Implementación de acciones por diagnóstico índice de seguridad hospitalaria hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	\$ 1.200.000.000	X	pendiente requisitos mínimos y cotizaciones de equipos eléctricos, se realizó la solicitud de actualización de viabilidad de carga y aprobación de diseños
4	modernización del sistema de ventilación mecánica y 2 salas de cirugía integrada de la unidad quirúrgica en el HUS	\$ 3.209.600.000		
5	dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en la ese hospital universitario de la samaritana sede Bogotá	\$ 2.912.830.000	X	las cotizaciones enviadas por los diferentes oferentes se encuentran en revisión, estas fueron solicitadas con el fin de subsanar las observaciones del Ministerio de Salud

6	remodelación adecuación primera etapa edificio consulta externa unidad funcional Zipaquirá hospital universitario de la samaritana	\$ 1.500.000.000	X	Se replanteo el diseño ya que en el anterior no se tuvo en cuenta la operación del nuevo hospital regional de Zipaquirá, sumado a esto, se encontraron algunas observaciones con referencia a los niveles topográficos
proyectos 2018-2019 ajuste 1				
7	remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	\$ 1.187.253.000	X	
8	Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de 2 ascensores camilleros y un ascensor de carga en la ESE Hospital Universitario de la Samaritana	\$ 900.000.000	X	
9	dotación de equipos de control especial para la nueva infraestructura hospitalaria del municipio de Zipaquirá del departamento de Cundinamarca	\$ 11.272.110.000	X	Proyecto a cargo de la gobernación de Cundinamarca.
proyectos 2018-2019 ajuste 2				
10	Remodelación y adecuación de la infraestructura del centro de salud de Cogua	\$ 780.000.000		se envió oficio a Cogua solicitando información de avances en estudios, hasta la fecha no se obtenido respuesta formal
proyectos 2018-2019 ajuste 3				
11	Implementación de un sistema de protección contra incendios según la normatividad vigente para las estructuras del Hospital Universitario de la Samaritana Cundinamarca	\$ 2.000.000.000		
12	implementación de una planta de tratamiento de aguas residuales PTAR en el hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	\$ 743.105.000	X	Proyecto radicado, en revisión posible viabilidad la siguiente semana según dialogo con el arquitecto
13	adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de dotación y equipo médico por renovación de tecnología para el hospital universitario de la samaritana Bogotá	\$ 6.576.727.000		

Ahora, si tomamos como base que se plantea elaborar y radicar 13 proyectos, de los cuales se han radicado 6 de acuerdo a la gestión realizada a la fecha, por lo tanto podemos observar un avance total del 46%; adicional esto, en comparación con el semestre de la vigencia anterior, podemos evidenciar una mejora en la gestión dado que se pasó de radicar 1 proyecto a radicar 3 lo que representa un aumento 33%.

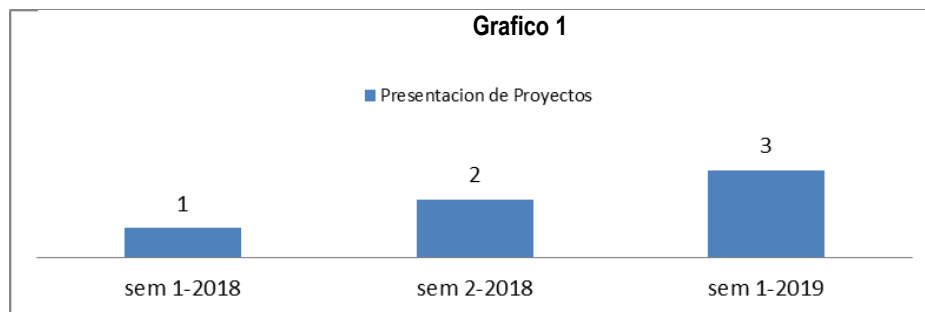
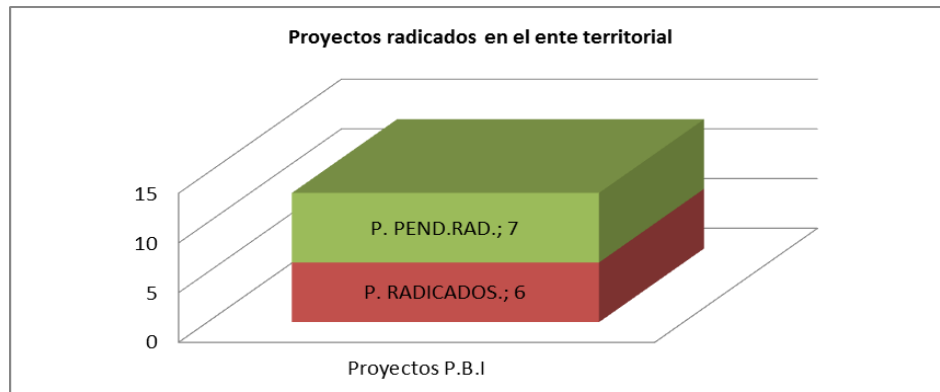


Grafico 2

2. Ejecutar Proyectos para la modernización de infraestructura y dotación previamente presentados por la Gerencia a la Junta Directiva:

Con respecto a esta meta de producto, se documenta a continuación la gestión realizada con el objetivo de iniciar con la ejecución de proyectos, esta meta está directamente ligada con la que se describió anteriormente, ya que es consecuencia directa de la aprobación de aquellos proyectos elaborados y radicados en los entes territoriales, resultado de esto se relacionan a continuación los proyectos que cuentan con dicho aval.

		RADICADOS	P. AVALADOS
Remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del hospital universitario de la samaritana Cundinamarca	\$ 1.187.253.000	X	X
Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de 2 ascensores camilleros y un ascensor de carga en la ese hospital universitario de la samaritana	\$ 900.000.000	X	X

Realizando el mismo ejercicio planteado para la anterior meta de producto, podemos realizar la apreciación que se encuentran en ejecución el 33% esto tomando como base los 6 proyectos radicados ante el ente territorial.

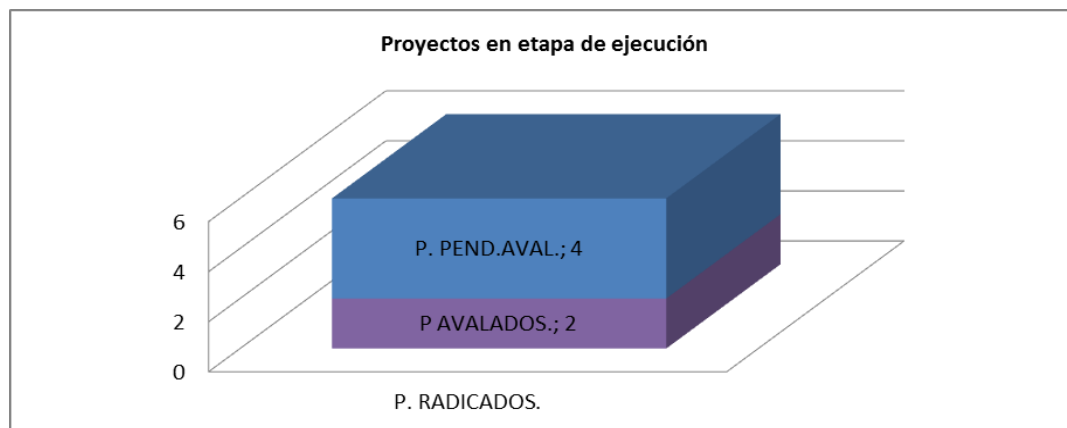


Grafico 3

A continuación se presenta un cuadro resumen de los proyectos de acuerdo a su tipo y estado de avance

Los valores de los proyectos documentados en el plan bienal de inversiones en salud son valores estimados que pueden diferir del valor proyectado durante la documentación en la metodología general ajustada MGA

	Cantidad	porcentaje	valor (redondeado)
total de Proyectos	13	100%	\$ 39.332.000.000
proyectos de equipamiento fijo	3	23%	\$ 2.843.000.000
proyectos de tecnología biomédica	4	31%	\$ 26.762.000.000
Proyectos de infraestructura	6	46%	\$ 9.727.000.000
Proyectos en revisión	4	31%	\$ 6.357.000.000
proyectos viabilizados	3	23%	\$ 13.359.000.000
Proyectos en documentación	6	46%	\$ 19.616.000.000
Proyectos financiados entes territoriales	1	8%	\$ 1.172.000.000