



**E.S.E HOSPITAL**  
**REGIONAL DE II NIVEL**  
**DE SAN MARCOS**  
NIT. 800.191.643-6

*INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018*

**E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL SAN MARCOS**

**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

## **PRESENTACION**

Para perfeccionar el ejercicio de Rendición de Cuentas de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos, se relaciona el siguiente informe con el objeto de tener de primera mano información suficiente a la ciudadanía y recibir retroalimentación de parte de la misma sobre la gestión realizada por la ESE Hospital Regional de II Nivel de San Marcos - Sucre. En busca de identificar las actividades y responsables en materia de rendición de cuentas, identificando los diferentes espacios y mecanismos institucionales para la realización de rendición de cuentas 2018, visibilizando la gestión de la institución. Generando espacios (virtuales y presenciales) de discusión con los actores interesados en la definición, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas, programas, regulaciones y reglamentaciones del sector salud.

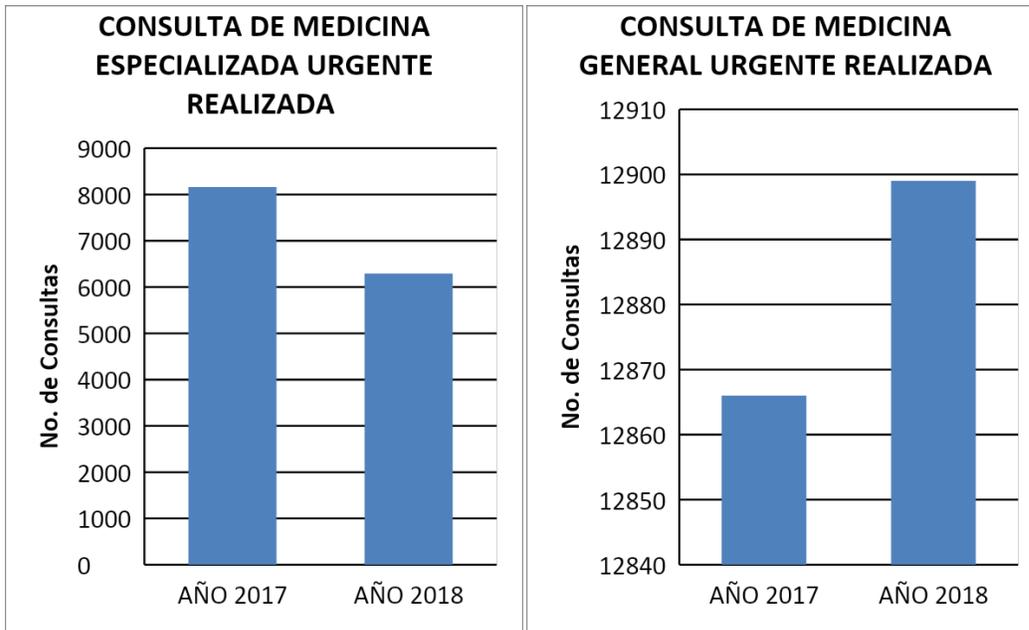
Par este menester se relaciona por las diferentes áreas un informe de la gestión adelantada en el 2018 por las diferentes áreas tanto de la asistencial como la administrativa y su comparación con la vigencia anterior



## **AREA ASISTENCIAL**

### **PRODUCCION - AÑO 2018**

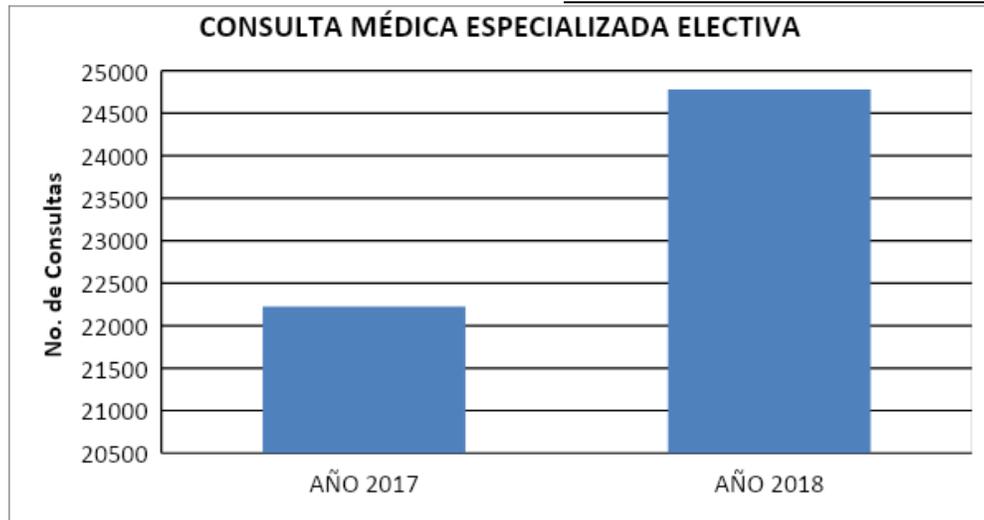
<b>AMBULATORIOS</b>	<b>AÑO 2017</b>	<b>AÑO 2018</b>	<b>DIFERENCIA</b>
Consulta de medicina general urgentes realizadas	12866	12899	33
Consulta de medicina Especializadas Electivas realizadas	22223	24782	2559
Consulta de medicina especializada urgentes realizadas	8162	6294	-1868
<b>PARTOS</b>			
Partos vaginales	618	722	104
Partos por cesárea	453	401	-52
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>			
TOTAL EGRESOS	12313	13038	725
Total de días estancia de los egresos	20409	22583	2174
Tota de días cama ocupados	19424	19746	322
Total de días cama disponibles	24090	23958	-132
<b>QUIROFANOS</b>			
Total de cirugías realizadas (sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	3155	2117	-1038
<b>AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPEÚTICAS</b>			
Exámenes de laboratorio	57909	54466	-3443
Número de imágenes diagnósticas tomadas	10605	13183	2578
Números de sesiones de terapias respiratorias realizadas	977	539	-438
Números de sesiones de terapias físicas realizadas	2917	4855	1938



Respecto a la consulta especializada en urgencias, se observa un descenso en la producción de este servicio del -22.8% con respecto al mismo periodo de la vigencia anterior.

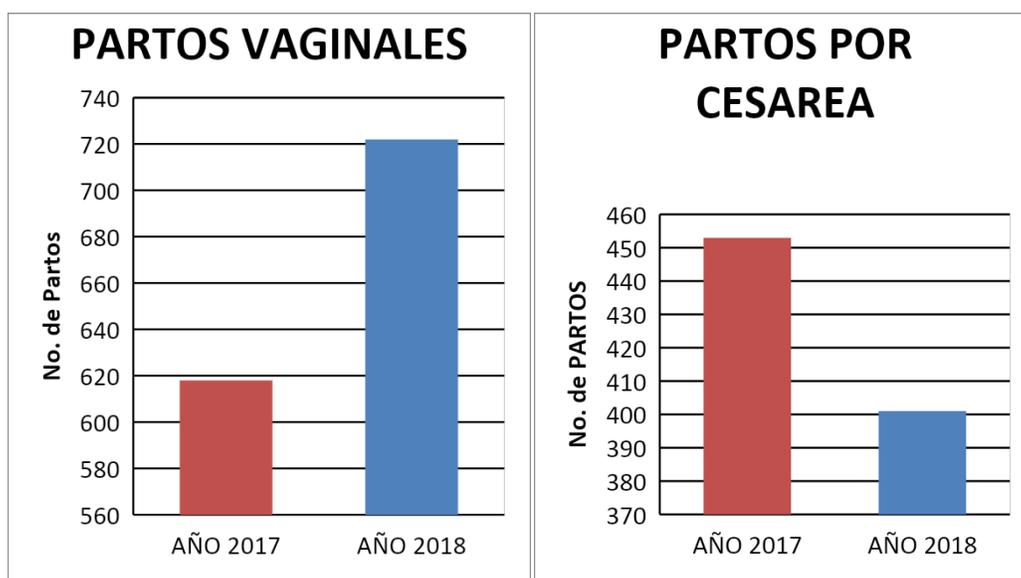
Por otro lado la consulta de medicina general urgente se mantiene estable en la vigencia 2018 en comparación con el 2017.

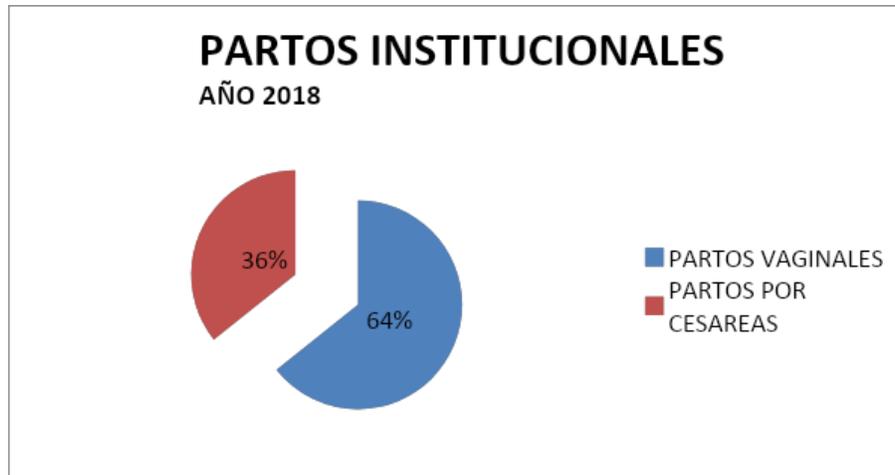
Los casos obstétricos, Fiebre no específica y otros dolores abdominales son las principales causas del aumento de las consultas de urgencias, ya que presentan incremento mes a mes. Los casos de dificultad respiratoria y Disnea presentan crecimiento, y esto podría deberse al aumento de la contaminación en el aire, debido a la remoción de tierra por la instalación de los tubos del alcantarillado y/o también por los cambios de temperaturas en la temporada de lluvias.



Las consultas especializadas electivas realizadas, muestran crecimiento 12% en el periodo evaluado, debido a que se ha aumentado el número de hora especialista en la consulta externa, y además se implementó el proceso de asignación citas médicas vía telefónica, logrando con esta estrategia eliminar barreras de acceso a los servicios de salud.

En el servicio de consulta externa se está realizando captación de pacientes hipertensos y diabéticos que consultan por medicina interna, con el objeto de alimentar base de datos del programa de Nefroprotección, que adelanta la ESE en coordinación con la EPS COMPARTA.





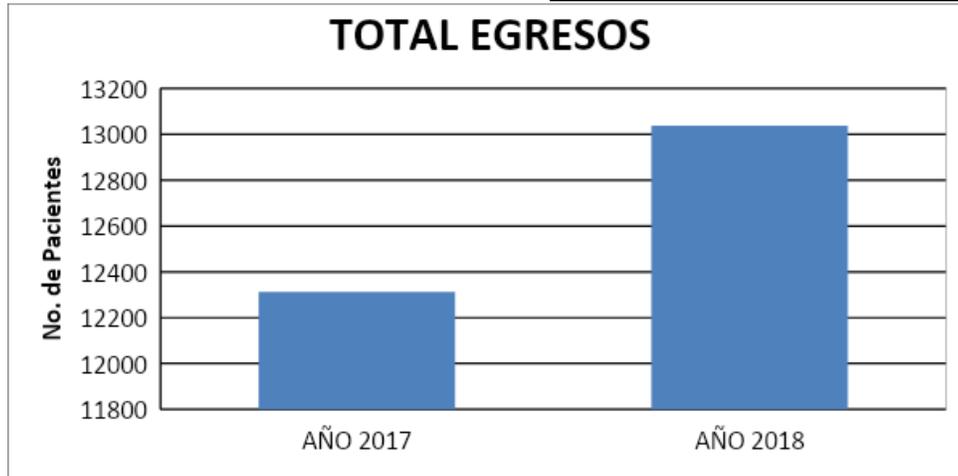
Se observa que el promedio de partos institucionales es de 94 mensuales. Los partos vaginales tienen tendencia a aumentar, mientras las cesáreas se mantienen estables, la tasa es por cada 10 partos atendidos 4 son por cesáreas.

Por directrices de la alta gerencia institucional de la ESE Hospital Regional de II Nivel de San Marcos, se está promoviendo el parto vaginal, ya que como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años

después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como cualquier embarazo futuro.

Según un estudio, en Latinoamérica casi cuatro de cada diez partos se realizan por cesárea (38,9%), muy por encima de lo recomendado desde hace 40 años por la OMS entre 10% y 15%. Colombia presenta una tasa del 43% en esta práctica.

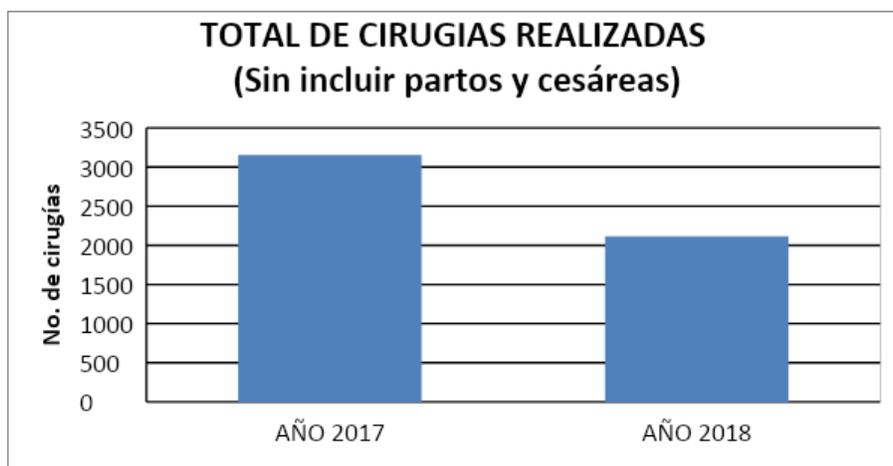
OMS en 1985 en Fortaleza (Brasil). "La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario."



Como se observa los egresos totales aumentaron en la vigencia 2018, en un 6%

con respecto a la vigencia anterior, presentando un promedio de 1086 egresos mensuales.

Los egresos no quirúrgicos representan el 70% de los egresos totales, seguidamente de los obstétricos con el 16% y por último los quirúrgicos con el 14%.



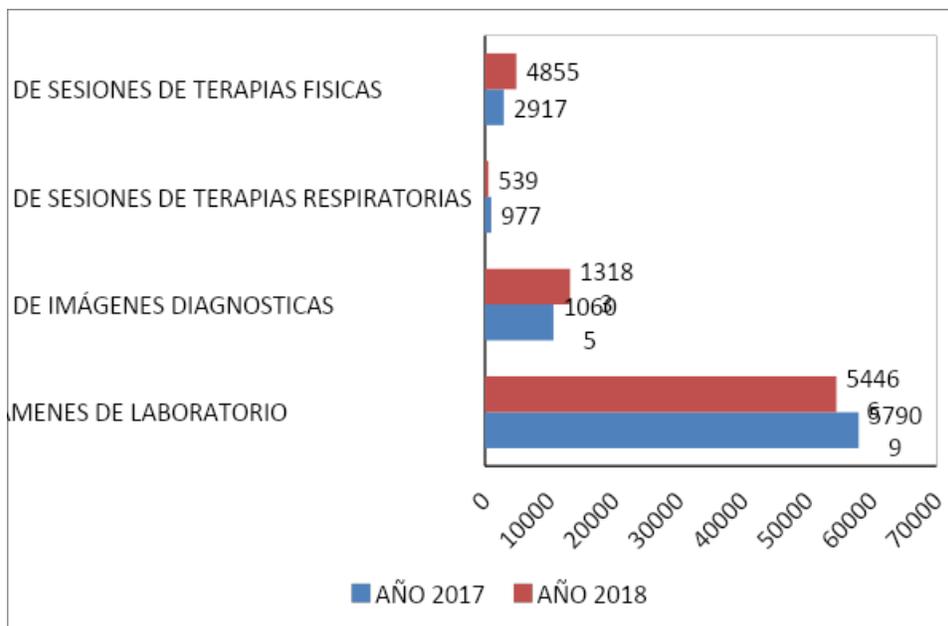
El servicio muestra un fuerte descenso en la producción para la vigencia 2018 del -33%, que equivale 1038 cirugías menos, en comparación con



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

la vigencia anterior. Son varios los factores que influyen en esta tendencia, como por ejemplo:

1. Se está trabajando con un solo quirófano, porque el quirófano No. 2 se encuentra inhabilitado debido a que la lámpara cielitica está dañada desde hace varios meses.
2. No se están realizando procedimientos de Urología debido a que no contamos con el especialista, la alta gerencia está en el proceso de consecución y contratación, pero hasta la fecha ha sido infructuoso.



La realización de exámenes de laboratorio muestra una disminución en la producción del (6%), en comparación con la vigencia anterior. Esta situación tiene su explicación por la disminución en los egresos en urgencias. Otra causa es la contratación con la EPS MUTUAL SER, quien contrató este servicio con otra IPS del municipio a partir del mes de abril 2017.

Además, la institución ha venido haciendo seguimiento al proceso de atención, considerando la pertinencia y racionalidad de las órdenes de exámenes de laboratorio y otras ayudas diagnósticas en el servicio de urgencias.

Por otro lado se observa un crecimiento en el Número de imágenes diagnóstica tomadas del (24.3%) en la vigencia actual, en



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

comparación con la vigencia anterior. Estos resultados se deben a la gestión de contratación con las distintas aseguradoras del sistema para

La prestación de este servicio en pacientes de consulta externa. No se tiene el dato de cuantas de estas imágenes fueron leídas por el radiólogo.

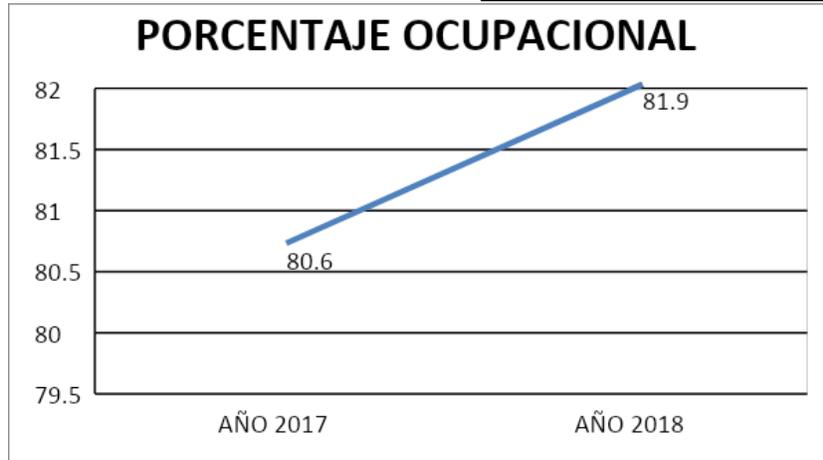
Con respecto al procedimiento de sesiones de terapias respiratorias se observa una disminución en su producción del -45%, es decir, 438 sesiones menos que la vigencia del 2017. Se puede

Evidenciar que en el servicio de urgencia se presentaron los siguientes casos: Síndrome de Dificultad respiratoria adulto 95 casos, Bronquiolitis 52 casos, Asma 36 casos, Bronquioneumonía 28 casos, Neumonía bacteriana 20 casos. Para cada uno de estos casos es necesario realizar por lo menos 6 sesiones de terapias respiratorias, de igual forma es de tener en cuenta que para la esta época de lluvia se aumentó el stock en medicamentos como Berodual y Salbutamol solución, esenciales para el tratamiento de IRA.

Por el contrario como se puede observar en la gráfica el comportamiento del número de sesiones de terapias físicas realizadas, aumentaron en un 66.5%, en comparación con la vigencia del 2017.

**INDICADORES DE EFICIENCIA HOSPITALARIA**

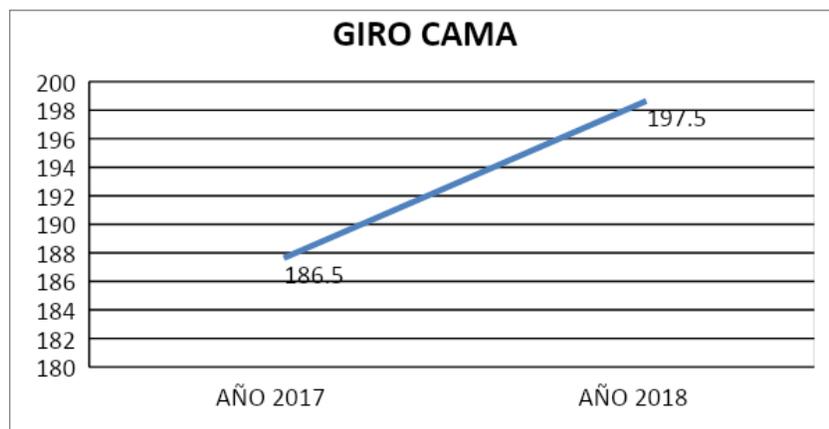
	AÑO 2018
<u>Porcentaje ocupacional</u>	81.9%
<u>Promedio días estancia</u>	1.7 días
<u>Giro cama</u>	197.5



Este indicador indica el aprovechamiento del recurso cama en un determinado período. En este caso el cálculo es 81.9% el cual está por encima de la línea base que es 79%, esto significa que el indicador se mantuvo dentro del rango establecido, durante el periodo en evaluación se han tenido camas disponibles. El estándar meta es 85%. Por lo tanto tuvo un porcentaje de cumplimiento del 96.3%, con respecto a la meta.

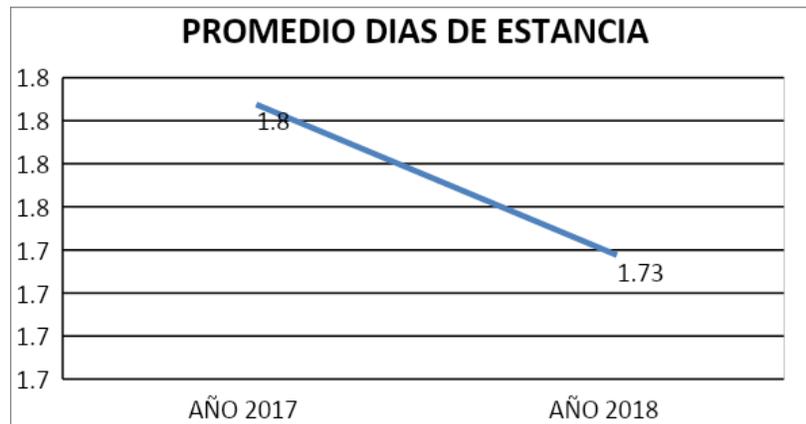
Es un indicador de utilización del recurso cama y a partir del mismo permite ajustar la planificación y la utilización de las camas disponibles dentro del Hospital.

Es útil para determinar la cantidad de pacientes que en promedio han sido atendidos en un periodo, lo cual es muy importante para el cálculo de raciones diarias alimenticias y otros insumos.





Este indicador permite conocer la intensidad de la utilización de una cama disponible durante un período dado. Es una medida de afluencia de pacientes, ya que aumenta a medida que ingresan y egresan pacientes a la ESE. Orienta sobre el rendimiento de la cama y permite, por lo tanto, una mejor distribución de las mismas.



El promedio de la estancia de los pacientes en la institución se muestra estable en comparación con el año de la vigencia anterior.

**Los egresos obstétricos** (partos, cesáreas y otros obstétricos), son los que muestran mayor estancia con 2.5 promedio días de estancia, **Los egresos quirúrgicos** (sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos), presentan 2.2 días de estancia y los egresos no quirúrgicos presentan 1.6 días de estancia.

La relación entre indicadores de utilización, rendimiento del recurso cama y la eficiencia administrativa de la ESE se califica en descenso en el año 2018.

**La fuente es Software SIOS y el Informe de producción que genera la dependencia de Información y Estadística.**



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

## **CALIDAD**

El departamento de Calidad de la ESE Hospital Regional II Nivel San Marcos, en la implementación de su plan de acción de la vigencia 2018, estableció una serie de actividades a desarrollar las cuales respondían a las necesidades evidenciadas en el diagnóstico situacional inicialmente realizado a la institución. Producto de esta actividad se concretó un plan de trabajo que se materializó de manera inicial con la realización y registro de la autoevaluación de los requisitos mínimos de habilitación ante el REPS, el cual se realizó de manera oportuna, así como la presentación de novedades de apertura de nuevos servicios. De igual manera se estableció a partir de plan anual de auditorías internas el diagnóstico de necesidades en donde se evidenció las condiciones generales de los servicios habilitados y el cumplimiento de los estándares evaluados de la infraestructura hospitalaria, el recurso humano en salud disponible, la dotación, medicamentos e Insumos, así como los registros asistenciales y la adherencia de los manuales de procesos y procedimientos para orientar las acciones de mejora propuestas a partir de los hallazgos evidenciados en la prestación de servicios de salud.

Se debe destacar el compromiso del equipo de trabajo en identificar los aspectos más relevantes, en busca de dar cumplimiento a los objetivos planteados por el departamento de calidad, identificando en el proceso los avances alcanzados por cada una de las dependencias dentro del desarrollo de sus actividades rutinarias, identificando las fortalezas y debilidades sobre las que debe orientar las acciones de mejora propuestas en los procesos de auditoría. De manera similar se establece el desarrollo del programa de seguridad del paciente el cual ha sido permanente en la vigencia, a través de la implementación de un plan de acción específico para el fomento de la seguridad del paciente institucional, así como el seguimiento de los diferentes comités de obligatorio cumplimiento y la implementación del PAMEC, con enfoque en acreditación el cual logró avances importantes en la vigencia.

Por otra parte se plantea dentro de este análisis final, la necesidad de implementar las acciones de auditorías por pares, en la búsqueda del cumplimiento de la Política de la Calidad, el mejoramiento continuo de los procesos institucionales y al cumplimiento de los objetivos misionales.

### **AVANCES PLAN DE ACCIÓN DEPARTAMENTO DE CALIDAD 2018**

El departamento de calidad para la vigencia 2018, proyectó su plan de acción a partir de los hallazgos evidenciados en sus procesos de autoevaluación de servicios (anexo técnico “estándares y criterios” resolución 2003 del año 2014). Así como también por la realización de auditoría interna, las cuales fueron realizadas en los diferentes servicios asistenciales ofertados por la ESE Hospital Regional de II Nivel



**E.S.E HOSPITAL  
REGIONAL DE II NIVEL  
DE SAN MARCOS**  
NIT. 800.191.643-6

***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

de San Marcos, estos hallazgos fueron priorizados según su impacto dentro de la organización y la población objeto de nuestras atenciones. A partir de este análisis se generó el documento y las herramientas orientadas a la implementación, el cumplimiento y el seguimiento de lo expuesto en el plan de acción, el cual para el último semestre del año recibe su segunda evaluación, arrojando los siguientes resultados:

**1. Infraestructura física hospitalaria con incumplimientos en el estándar de habilitación según resolución 2003 de 2014:**

el departamento de calidad hace seguimiento al cumplimiento de este y otros estándares y criterios mínimos exigidos para la habilitación de servicios de salud por parte de las IPS. En este particular la ESE Hospital Regional de San Marcos, en el segundo periodo de este año, se muestra avances en el mejoramiento de la infraestructura física disponible, actualmente se cuenta con una parte de la edificación remodelada pero otra parte aun no es intervenida de manera total, esta se ha intervenido priorizando sobre los aspectos más críticos que puedan afectar la seguridad de los pacientes y el normal desarrollo de las actividades diarias realizadas en los diferentes servicios, se ejecutó remodelación del servicio de pediatría (adecuación en sala de respiratorios, intervención de baños) adecuación de nuevos espacios, ajustes y reparación de redes eléctricas e hidrosanitarias los cuales fueron aspectos relevantes en la evaluación realizada para esta vigencia 2018. Se tiene previsto continuar con un cronograma de mejoramiento integral de la infraestructura física hospitalaria el cual se debe ejecutar a través del programa de mantenimiento hospitalario de la ESE. El cual incluye red eléctrica, la red hidrosanitaria, el mantenimiento de la dotación hospitalaria y de gases medicinales, etc. en pro de garantizar el cumplimiento de la norma mencionada y el mejoramiento continuo y la seguridad de los pacientes y usuarios que asisten a los servicios ofertados por la institución.

La institución tiene estructurado dentro de sus políticas institucionales, la adecuada gestión de suficiencia y mantenimiento de la dotación de equipos biomédicos en los diferentes servicios asistenciales ofertados por la institución, esta actividad es contratada externamente. Se debe mencionar que la alta gerencia con visión hacia el futuro, viene gestionando ante el Ministerio de Salud y Protección Social y el Acompañamiento de la Secretaria Departamental de Salud de un proyecto de dotación hospitalaria de equipos biomédicos y de instrumental médico quirúrgico el cual garantizaría en el futuro cercano la suficiencia de estos elementos para la prestación de servicios con calidad y eficiencia.

**2. Implementación del mejoramiento continuo a los procesos prioritarios asistenciales en los servicios asistenciales:**

sobre este punto en particular para el periodo evaluado el departamento de calidad a través de un cronograma de auditorías internas para la vigencia 2018, pudo establecer un grado de cumplimiento



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

parcial de este estándar, a pesar de contar con la información suficiente para identificar las desviaciones en el cumplimiento e implementación de los procesos prioritarios asistenciales en la institución, este se realizó con un enfoque en la gestión del riesgo en salud, ya que este impacta de manera directa a los usuarios en sus procesos de atención. Por lo que teniendo en cuenta lo anterior se logra identificar desde cada servicio las necesidades en relación a la construcción y socialización de manuales de procesos y procedimientos, guías de práctica clínica, protocolos de atención requeridos por servicio, entendiendo que estos documentos soportan las atenciones ofertadas de manera permanente a nuestros usuarios por lo que se hace imperioso su existencia y aplicabilidad.

Entre los avances a destacar se encuentra la valoración por servicios del cumplimiento y/o incumplimiento y proyección de acciones tendientes a la resocialización de estos documentos (protocolos, guías y manuales), de igual manera se estableció y documentó el cronograma de capacitaciones y la metodología de evaluación de adherencia de dichos documentos para la vigencia 2017 y 2018, proceso que se inició en el último semestre del año con la resocialización de los protocolos y manuales de identificación y custodia de pacientes, protocolo de uso correcto de medicamentos y el manual de bioseguridad por servicios entre otros, para un total de resocializaciones de diecisiete (17) protocolos en total con sus respectivas evaluaciones de conocimientos, los cuales generaron cultura de actualización a la misión médica de la institución.

Con respecto al cronograma de auditorías internas programadas para la vigencia por el departamento de calidad en el 2018, se cumplió según lo estipulado, con un alcance del 70% de lo proyectado, con cierre del ciclo PHVA para esta vigencia, lo que ha generado avances en la cultura de adopción de planes de mejoramiento en los servicios intervenidos y un cambio positivo de actitud dentro de los colaboradores que de manera activa participan en los procesos de mejora propuestos. Se tiene previsto realizar en el primer trimestre del año 2019 una mesa de trabajo con los líderes de los diferentes servicios auditados para analizar los resultados finales de las auditorías, con el objetivo de que puedan manifestar sus experiencias individuales y grupales dentro del desarrollo de las acciones propuestas y ejecutadas, así como las dificultades, fortalezas y debilidades encontradas durante este proceso. Los servicios asistenciales auditados fueron: internación de medicina interna, laboratorio clínico, servicio de rayos X, ecografía, maternidad, vacunación, quirófano.

**3. Cumplimiento en los estándares de acreditación según resolución 123 de 2102:** sobre este particular el departamento de calidad una vez realizada la autoevaluación con estándares de acreditación como lo define la resolución antes mencionada y como resultado de este ejercicio se pudo obtener una calificación de incumplimientos por estándar y criterios los cuales arrojaron unos resultados que permitieron al equipo de calidad priorizar los procesos a intervenir,



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

los cuales fueron incorporados en el documento PAMEC 2018, de igual manera para la vigencia se logran concretar la presentación de algunos planes de mejoramiento orientados al cumplimiento sistemático de los criterios priorizados por dependencias y servicios, como evidencia de dicha actividad en el segundo semestre del año 2018 se evaluaron los avances de las acciones propuestas para el mejoramiento con base en los estándares priorizados y las necesidades requeridas y evidenciadas en pro de cumplir con la proyección del mejoramiento continuo de los procesos asistenciales dentro de la institución.

A continuación se presenta la relación de las actividades desarrolladas en la vigencia 2018, periodo en el que se establece el compromiso permanente del departamento de calidad en cumplir con su plan de trabajo, evidenciando en este análisis el avance periódico de las actividades propuestas.

**1.-SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD**

**a. SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>EVIDENCIAS</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>
Realización de la autoevaluación obligatoria ante el REPS.  Identificación de oportunidad de mejora a partir de la autoevaluación de requisitos de habilitación, resolución 2003 de 2014.	Certificación de autoevaluación ante el REPS.  Planes de mejoramiento  Evaluación de avances con el cierre del ciclo PHVA	<b>100%</b>
Gestión del cumplimiento de habilitación para todos los servicios ofertados por la ESE	Distintivos de habilitación, planes de mejoramiento por auditorías realizadas	<b>100%</b>

En relación a la realización de la autoevaluación obligatoria anual en la plataforma REPS esta se realizó de manera oportuna para el mes enero de 2018. Se logra establecer en el primer trimestre del año 2018 la actualización de la capacidad instalada en cuanto al número de camas de hospitalización adultos, (número real de camas reportadas 66, número de camas registradas en el REPS 76). Cantidades que afectan los indicadores de calidad reportados por la institución en la plataforma SIHO (decreto 2193).



**E.S.E HOSPITAL  
REGIONAL DE II NIVEL  
DE SAN MARCOS**  
NIT. 800.191.643-6

**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

A demás de lo ya señalado anteriormente, se debe mencionar que en la vigencia de 2017, la ESE recibió una serie de visitas de algunos entes de inspección, vigilancia y control (Secretaria de Salud Departamental y Superintendencia de Salud). como resultado de esas inspecciones se pudo determinar que la ESE debía ajustar su portafolio de servicios, toda vez que existen una serie de inconsistencias en la información reportada en la plataforma REPS, en temas puntuales, como es el caso de la habilitación del servicio de laboratorio clínico y la toma de muestras de laboratorio clínico, estaba tercerizado con la IPS Soluciones Diagnosticas del Rio, presentándose una doble habilitación en el REPS, lo que genero incumplimiento de la resolución 2003 de 2014. Situación que obligo a presentar la novedad de cierre que sea más conveniente y que garantice el mejor y oportuno desarrollo de la actividad asistencial del servicio aquí relacionado (para 2018 dicha actividad se reporta con cumplimiento con el cierre del servicio por parte del prestador tercerizado).

De igual manera se pudo determinar que la ESE no cuenta con la dotación de algunos equipos biomédicos requeridos para la prestación del servicio de Ultrasonido (falta ecógrafo), actualmente se suple la necesidad con la contratación del radiólogo que incluye el equipo solicitado, situación está que da incumplimiento, pues establece que la dotación debe ser del prestador que oferta el servicio, de igual manera no se logra concretar la Licencia de funcionamiento del Equipo de Rayos X, a pesar de las adecuaciones que gestiono la alta gerencia para cumplir con lo exigido en la norma para prestar este servicio ( estudio de radio protección) el problema radica en el recurso humano ( técnico de Rx) ya que en el departamento de sucre la escuela que capacitó al personal técnico, se descubre que no está certificada, por lo cual no se le da la el número de registro profesional y por ende carnet de radio protección de radio protección a los técnicos y este es uno de los requisitos que pide el formulario de solicitud de licencia de funcionamiento de equipos de rayos X, solicitud de la Secretaria Departamental lo cual genera dificultades a la institución y da incumplimiento a la resolución 2003 de 2014. El propósito de la gerencia es solicitar el recurso humano en otros departamentos para así hacer la solicitud nuevamente en el primer periodo del año 2019.

Para la vigencia 2018 se amplió el portafolio de servicios con la apertura del servicio de psicología clínica, profesional que entra a complementar el servicio de consulta externa por medicina especializada y a realizar el apoyo en los servicios de hospitalización en la modalidad de interconsulta.

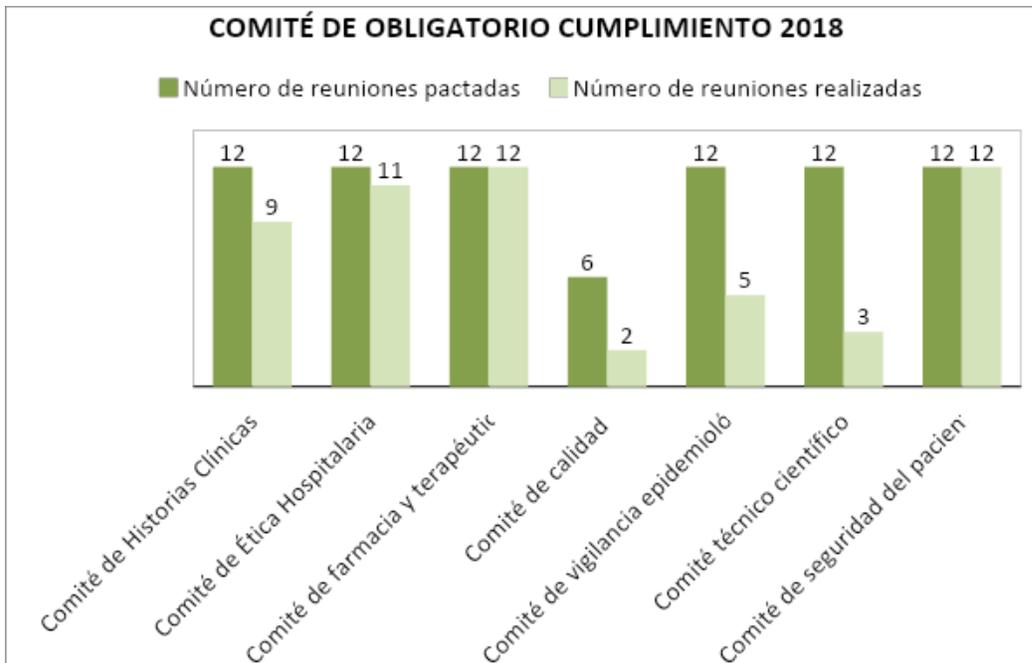
A continuación se hace una descripción de las novedades presentadas en el REPS en la vigencia y las recomendaciones hechas por los entes de inspección, vigilancia y control a partir de los hallazgos evidenciados en relación al sistema único de habilitación (SUH).



## **COMITÉS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO VIGENCIA 2018**

En cumplimiento con lo exigido por el SOGC de garantizar la vigencia de los comités de obligatorio cumplimiento en las instituciones prestadoras de servicios de salud, manteniendo activos los diferentes comités mediante la realización de reuniones de los comités como son: Historias clínicas, Tecnico-Científico, Auditoria de la calidad, Seguridad del Paciente, Ética Hospitalaria, Farmacia y Terapéutica, Vigilancia epidemiológica, los cuales deben cumplir con el cronograma de reuniones para la vigencia.

Como resultado para la vigencia 2018 podemos concluir mediante la siguiente grafica el comportamiento y desarrollo de los comités en el año.



**Comité de Historias Clínicas** con nueve (09) reuniones con sus respectivas actas de 12 pactadas para la vigencia 2018

**Comité de Ética Hospitalaria** con once (11) reuniones con sus respectivas actas de 12 pactadas para la vigencia 2018

**Comité de farmacia y terapéutica** con doce (12) reuniones con sus respectivas actas de 12 pactadas para la vigencia 2018.

**Comité de calidad** con dos (02) reuniones con sus respectivas actas de 06 pactadas para la vigencia 2018

**Comité de vigilancia epidemiológica** con cinco (05) reuniones con sus respectivas actas de 12 pactadas para la vigencia 2018.



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

**Comité técnico científico** con tres (03) reuniones con sus actas de 12 pactadas para la vigencia 2018

**Comité de seguridad del paciente** con doce (12) reuniones con sus actas respectivas de 12 pactadas para la vigencia 2018

De esta manera se cierra el ciclo de reuniones pactadas en el cronograma vigencia 2018 de comités de obligatorio cumplimiento en la institución los cuales fueron coordinados por el departamento de calidad y los diferentes responsables de cada comité con un porcentaje de cumplimiento de actividades de un 80 % en general.

**CUADRO REVISIÓN DOCUMENTOS DE REGISTRO DE SERVICIOS OFERTADOS Y REGISTRADOS EN LA PLATAFORMA REPS**

<b>Acción aclaratoria registro REPS</b>	<b>Acción Realizada</b>	<b>Cumplimiento</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se presentó novedad de cambio en la información de datos del prestador (cambio de contacto de correo electrónico y pagina web)</li><li>• Novedad cierre otorrinolaringología.</li><li>• Apertura de servicios, se apertura ron los programas de protección específica y detección temprana de Atención del Parto y del Recién Nacido</li><li>• Cierre en número de camas de general adultos (reportadas en el REPS 76, reales en el servicio y/o institución 66 camas)</li><li>• Cierre del servicio de laboratorio clínico y toma de muestra de laboratorio clínico, por doble habilitación de servicios (la ESE y la IPS Soluciones Diagnosticas del Rio)</li></ul>	Se presentaron novedades de cambio de datos del prestador con novedad en el REPS y radicado en (SDS), quedando saneada las irregularidades identificadas en la vigencia 2017.	100% a pesar que la (SDS), cargo de manera tardía la novedad en el REPS.



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

<ul style="list-style-type: none"> <li>La ESE de II nivel de san marcos, para el segundo periodo del 2018, no presenta novedades de su portafolio de servicios ante el REPS, quedando así actualizado y subsanando novedades ante la SDS.</li> </ul>	<p>Se realiza renovación de constancia de autoevaluación ante el REPS, el día 03 de enero de 2019 fecha de impresión, con su portafolio de servicio definido para esta vigencia.</p>	<p>100% Certificación de autoevaluación ante el REPS.</p>
<p>Definir la adquisición del ecógrafo del servicio de ultrasonido para evitar el cierre del servicio.</p>	<p>Establecer los mecanismos para la adquisición y compra de un nuevo ecógrafo para la correcta prestación del servicio de ultrasonido ofertado por la ESE.</p>	<p>0%, se está a la espera de la aprobación por parte del Min Salud del proyecto de dotación hospitalaria</p>
<p>Solicitud de Licencia de Funcionamiento de equipo de Rayos X</p>	<p>Se radica solicitud formulario de solicitud de licencia de funcionamiento de equipo de rayos x ante la SDS.</p> <p>Se presenta estudio y evaluación de las instalaciones de rayos x, de protección radiológica de Rx convencional julio 2018 hospital regional de san macos II nivel.</p>	<p>30% se esta la espera de definir recurso humano que cumpla con las exigencias de la resolución 482 de 2018. "por la cual se reglamenta el uso de equipos de generadores de radiaciones ionizantes, su control de calidad, la prestación de servicios de protección radiológica y se dictan otras disposiciones"</p>

Sobre el cuadro anterior, se establecen los ajustes realizados y presentados ante el REPS y radicados ante la (SDS). En el análisis gerencial, legal y administrativo de ajuste al portafolio de servicios, se logran concretar avances en el primer semestre importantes para la vigencia 2018, estableciendo un portafolio de servicios real a lo ofertado y el cual refleja de manera cierta la realidad de servicios habilitados por la ESE.



- Ver cuadros anexos portafolio de servicios habilitados en las vigencias 2018

<b>PORTAFOLIO DE SERVICIOS HABILITADOS POR LA ESE EN LA VIGENCIA 2018</b>	
• Diagnostico cardiovascular	• Anestesia
• Laboratorio clínico	• Internación general adulto
• Toma de muestra de laboratorio clínico	• Internación general pediátrica
• Transfusión sanguínea	• Internación obstétrica
• Radiología e imagen diagnosticas	• Cuidado básico neonatal
• Ultrasonido	• Consulta externa de anestesia
• Servicio farmacéutico	• Consulta externa de ginecoobstetricia
• Terapia respiratoria	• Consulta externa de oftalmología
• Fisioterapia	• Consulta externa de cirugía general
• Psicología	• Consulta externa de ortopedia y/o traumatología
• Hospitalización general adulto	• Consulta externa pediátrica
• Hospitalización gineco - obstetricia	• Consulta de urología
• Tamizaje de cáncer de cuello uterino	• Consulta externa de medicina interna



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía ortopédica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta externa de medicina general</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía urológica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta de Nutrición y Dietética</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía ginecológica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Quirófano y sala de partos</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía oftalmológica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Pacientes en observación</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía general</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sala de reanimación</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Transporte asistencial básico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Servicio de urgencias</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Transporte asistencial medicalizado</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Protección específica- atención del parto</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Protección específica – vacunación</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Protección específica- atención al recién nacido</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Proceso de esterilización</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•</li></ul>

**b. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:**

El programa institucional de seguridad del paciente, mediante la definición y programación de la aplicación de las actividades detalladas dentro del mismo, se observaron avances importantes, generando evidencias de las acciones implementadas, siendo estas positivas y progresivas en la mayoría de las actividades.

En relación con la construcción documental que complementa la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente y que viene a soportar las atenciones dentro de los diferentes servicios, muestra en la evaluación final que se han realizado algunos avances para la vigencia, dejando como evidencia un cronograma de trabajo para la construcción y resocialización de manuales, protocolos y guías de práctica clínica, actividad que se realizó con el apoyo de la subgerencia científica, en el cual quedaron definidos los documentos a construir los responsables y fechas para su realización, así como la documentación de la metodología para la evaluación de adherencia de los documentos que soportan el programa de seguridad del paciente y la estructuración de las primeras evaluaciones



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

programadas para la vigencia 2017 y la proyección de las actividades a ejecutadas en el año 2018.

Como producto de esta actividad podemos concluir un avance del 90% de la actividad planeada, ya que en el segundo periodo del año se resocializaron un total de 17 protocolos institucionales y se realizaron la evaluación de medición de adherencia al personal asistencial conformados por médicos, enfermeras, auxiliares, servicio general, camilleros etc.

A continuación se relaciona el listado de protocolos resocializados para vigencia 2018 por el departamento de calidad.

**RELACION DOCUMENTAL DE PROCESOS PRIORITARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS**

**SOCIALIZACION Y MEDICIÓN DE ADHERENCIA A GUIAS, PROTOCOLOS, MANUALES DE ATENCION**

<b>PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, GUÍAS O MANUALES</b>	<b>SOCIALIZADO</b>	<b>EVALUACIÓN DE ADHERENCIA</b>
1. Protocolo de identificación de pacientes	•	•
2. Protocolo de atención de pacientes en triage	•	•
3. Protocolo de gestión de residuos hospitalarios y segregación en la fuente	•	•
4. Protocolo de bioseguridad	•	•
5. Uso y manejo de equipos biomédicos	•	•
6. Tecno vigilancia y manejo de equipos de emergencias	•	•
7. Protocolo para la minimización de caídas intrahospitalarias de pacientes	•	•
8. Protocolo de prevención de infecciones intrahospitalaria	•	•
9. Protocolo de quirófano	•	•
10. Protocolo de buenas prácticas de esterilización	•	•
11. Protocolos de asepsia y antisepsia	•	•
12. Protocolo de administración de medicamentos	•	•
13. Protocolo de sondaje vesical	•	•



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

14. Protocolo de control de líquidos endovenosos	•	•
15. Protocolo de lavados de manos	•	•
16. Protocolo de limpieza y desinfección de áreas y superficies	•	•
17. Protocolo de venopunción	•	•

El departamento de calidad con este programa socialización y medición adherencia a guías, protocolos, manuales de atención para la vigencia 2018, tiene como objetivo reducir la ambigüedad sobre qué es lo que se debe hacer, qué es lo prioritario a hacer y a clarificar los comportamientos que son más útiles, así también como el uso de herramientas de simple implementación, para el análisis datos para la obtención información valiosa para el mejoramiento continuo de los procesos de atención, Incentivando al personal utilizando estrategias que permitan el fomento continuo de la seguridad del paciente y la gestión del riesgo asociado al proceso de atención y con el fin de evitar y/o mitigar complicaciones en los pacientes que reciben atención en salud en la institución.

Se debe mencionar que se han presentado retrasos en el cumplimiento de las exigencias del estándar de procesos prioritarios, según res 2003/14, en lo que corresponde a las guías de práctica clínica a consecuencia del poco apoyo por parte de los médicos en la construcción y revisión de los temas propuestos, situación que no se ha subsanado dejando a la fecha unos avances mínimos en las actividades a desarrollar en esta vigencia, se espera para el próximo año lograr avances en esta actividad que es de gran importancia para el departamento de calidad.

**RONDAS DE SEGURIDAD INSTITUCIONAL:**

Con respecto a las rondas de seguridad la metodología realizada consistió en un día a la semana para el desarrollo de esta actividad en la que sin previo aviso, se hicieron presentes los funcionarios de áreas clínicas (auditores, jefe del servicio, médicos, auxiliares partícipes de los procesos de atención) para la realización del recorrido de verificación, en un periodo aproximado de tiempo de una hora o un poco más, usando como complemento las listas de chequeo ideadas para este fin las cuales facilitan el proceso de verificación y evaluación a través de una serie preguntas que se hacen al personal del servicio.

Posteriormente una vez finalizada la ronda se realiza la reunión con los participantes y el jefe del servicio evaluado para hacer la retroalimentación necesaria y elaborar



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

planes de acción como respuesta a las oportunidades de mejora detectadas en la ronda.

En la ese hospital de II nivel de san marcos se considera que las rondas de seguridad además de servir para observar las condiciones de calidad y seguridad de la atención y detectar posibles fallas en el proceso de atención, nos permiten también interactuar con los pacientes y sus familiares e indagar sobre temas relacionados con la percepción de la atención recibida en la institución. Igualmente facilita la interacción con los colaboradores del área asistencial, ampliando sus conocimientos en temas relacionados con la seguridad del paciente y otros temas que según su concepto se deberían implementar dentro de la organización para ayudarles a entregar un cuidado médico más seguro. Una vez terminada la ronda, se realiza la entrega de resultados, la discusión de los hallazgos y la generación de planes de acción para implementar las mejoras, a continuación se relacionan los procesos evaluados en cada ronda realizad por servicio en la institución.

- Implementación y adherencia a las buenas prácticas de seguridad del paciente (valoración de riesgo de caídas, escaras, mitigación de la infecciones asociadas a la atención en salud, correcta identificación del paciente, procedimiento y de la muestra, etc.)
- El diligenciamiento correcto y oportuno de la Historia clínica y registros asistenciales
- Oportunidad en la atención (valoraciones médicas, en el uso de medicamentos, toma y entrega de resultados de exámenes de laboratorio y de imágenes de apoyo diagnóstico)
- Condiciones de seguridad de la infraestructura física y de la dotación de insumos y equipos biomédicos
- El uso, gestión y disposición de medicamentos
- La evaluación de las condiciones adecuadas de limpieza y desinfección de áreas y superficie.
- Evaluación de la implementación y adherencia de las estrategias de seguridad disponibles para la mitigación y no ocurrencia de incidentes y eventos adversos (formato de evaluación de riesgo de caídas, dotación y uso de elementos para el correcto lavado de manos, seguimiento al protocolo de ven punción en el cambio de catéter venoso no mayor a 72 horas, etc.)
- El estado y mantenimiento de los equipos biomédicos, etc.

## **SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**

Se debe mencionar que desde el mes de Julio de la vigencia se vienen realizando cambios en el sistema de reporte de incidentes y eventos adversos disponibles en el software de historia clínica, incorporando un nuevo módulo exclusivo para el reporte y gestión de eventos adversos (módulo de seguridad del paciente), el cual ha tenido dificultades para su parametrización por parte del proveedor de la



**E.S.E HOSPITAL  
REGIONAL DE II NIVEL  
DE SAN MARCOS**  
NIT. 800.191.643-6

**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

tecnología SYSNET, toda vez que exigía la construcción de una información por servicio que incluía un listado de posibles eventos adversos, así como la metodología para su análisis, que contenía la incorporación y determinación de los factores de causa, el impacto en el paciente y la institución, la frecuencia de ocurrencia, la severidad del caso y la realización de actividades complementarias en el proceso de investigación de eventos centinelas a través de entrevistas a los directamente implicados. A pesar de que esta información fue entregada por el departamento de calidad de manera oportuna al responsable del manejo del software de historia clínica, a la fecha no se ha logrado parametrizar el módulo de seguridad del paciente, toda esta información debía ser alimentada por los funcionarios del departamento de calidad, lo cual presento gran dificultad ya que no hubo seguimiento por los funcionario del área de sistemas y era tedioso y complicado asumir estas funciones ya que como personas ajenas a esta software con una sola explicación no fue suficiente para asumir este reto, por lo cual no se concreta esta actividad. ocasionando descenso en el reporte desde los diferentes servicios de incidentes y eventos adversos, con una baja ostensible ya que se cuenta como únicas herramientas el formato institucional de reporte de eventos adversos, así como el formato de registro de ocurrencia de incidentes y eventos adversos disponibles en los diferentes servicios.

A partir del análisis mensual de incidentes y eventos adversos realizado en compañía de los jefes de servicios y de los funcionarios que intervienen en los procesos asistenciales, se han construido espacios que facilitan y garantizan un enfoque de atención de pacientes más seguras en cada uno de los servicios ofertados, sin dejar del lado que se logra incrementar y fomentar dentro de los colaboradores la cultura de seguridad de los pacientes, proyectando acciones de mejora que mitiguen el daño y la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. Como propósito adicional de este análisis se destaca la obtención de los indicadores de gestión que alimentan los informes exigidos por las diferentes instancias internas, externas y proyectando a partir de su análisis la toma de decisiones tendientes al mejoramiento continuo de la calidad de los procesos asistenciales. Por último se determina la medición de esta actividad con una calificación del 100%, ya que esta es realizada con cumplimiento permanente por parte de los responsables de su ejecución.

Es importante mencionar que el departamento de calidad cuenta con un plan de acción para la implementación del programa de seguridad del paciente institucional, el cual define los alcances y mide los avances alcanzados de manera periódica dentro del programa, el cual incluye todas las estrategias a desarrollar y a implementar como las define el documento base. Este plan de acción ya fue evaluado en la vigencia mostrando un cumplimiento del 90%. Se tiene previsto para la vigencia 2019, realizar ajuste al plan de acción incluyendo nuevas actividades que entren a complementar las actividades propuestas, en busca de incrementar la



### ***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

cultura de seguridad de los pacientes entre los colaboradores con las siguientes actividades a desarrollar.

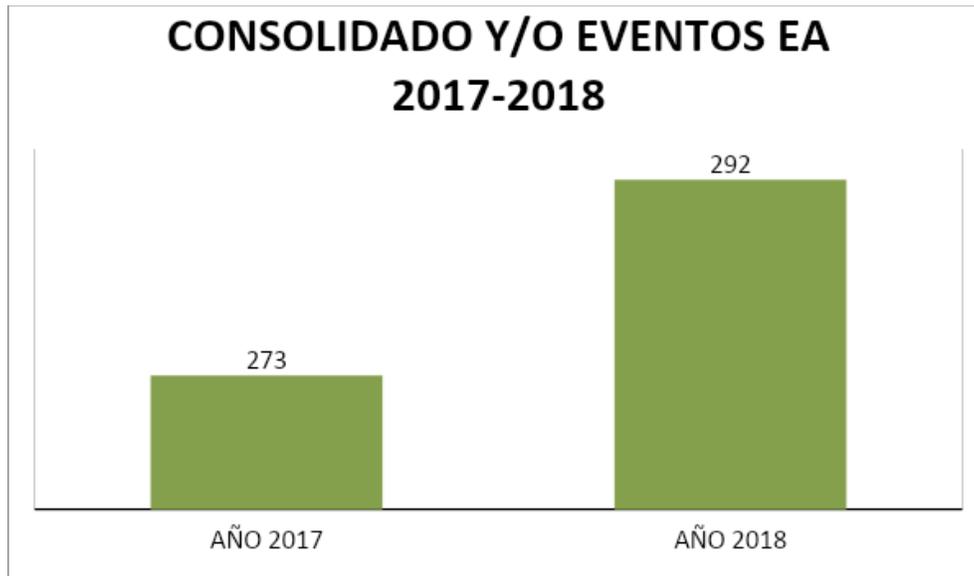
Otras actividades realizadas en relación a la implementación del programa de seguridad del paciente:

- Fomento y despliegue de la Política y programa de seguridad del paciente entre los interesados (clientes internos y externos), dicha actividad se realiza de manera permanente, a través de la realización de una serie de actividades entre las que están la realización de rondas de seguridad, capacitaciones relacionadas con temas de seguridad del paciente, gestión y análisis de incidentes y eventos adversos, etc.
- Medición y reporte de indicadores que establecen el grado de cumplimiento de la política de seguridad del paciente. En relación este punto el departamento de calidad continúa generando información a través de indicadores de gestión referente a la seguridad del paciente, en relación al número de eventos reportados por mes, el tipo de evento y el servicio de ocurrencia del mismo. En aras de ampliar el horizonte de análisis de ocurrencia y enriquecer la información reportada y analizada, por lo que en razón a lo anterior se construyó el manual de gestión de riesgo aplicables a las buenas prácticas de seguridad, ampliando los indicadores de gestión de seguridad del paciente, tomando como base los paquetes instruccionales de las buenas prácticas de seguridad del paciente aplicables a los servicios ofertados por la ESE. De igual manera se pudo establecer y diseñar algunas fichas técnicas de dichos indicadores, situación que permite técnicamente un mayor control y gestión del riesgo de la seguridad del paciente institucional.
- Por último el departamento de calidad, desarrollo el documento soporte para la medición de adherencia a los manuales, guías y protocolos que soportan las buenas prácticas de seguridad del paciente, dicho documento se soporta en un cronograma que contiene los documentos que fueron socializados y resocializados a todos los colaboradores en la vigencia 2018 y que servirán de guía para la evaluación de cumplimiento y adherencia por parte del recurso humano que ejecuta atenciones con esa misma base documental.

A continuación se hace una descripción grafica sobre el reporte de incidentes y eventos adversos por mes y comparativos anuales entre la vigencia 2017 y 2018, el cual incluye el análisis por el número de eventos, el tipo de eventos y los servicios donde más se presentan reportes de incidentes y eventos adversos.



## EVENTOS ADVERSOS CONSOLIDADO POR AÑOS 2017 – 2018

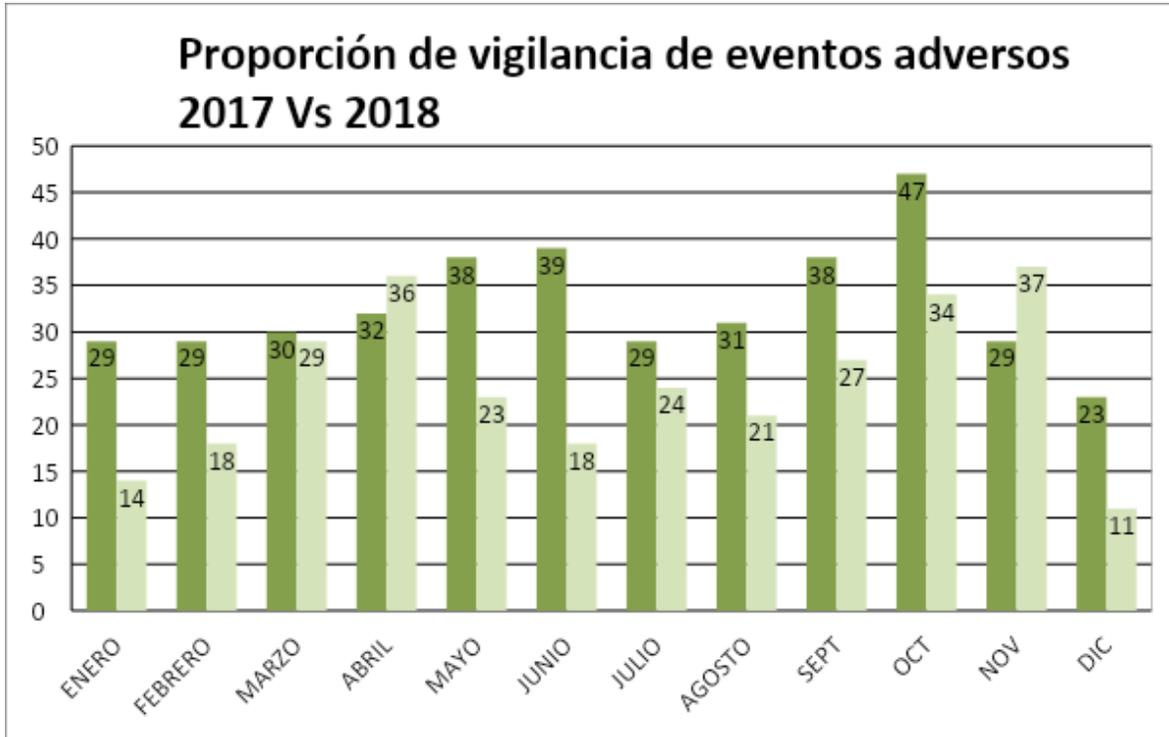


En el análisis realizado a la proporción de ocurrencia de incidentes y eventos adversos vigencias 2017 VS 2018, se establece como resultado principal que:

- Para el año 2018 se determina un leve crecimiento de ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos del 6.6% con respecto al año 2017, aunque aumento se mantiene con lo establecido en la política y el programa de seguridad del paciente, mediante el reporte en la ocurrencia de casos, una vez analizados se implementan estrategias preventivas y correctivas previstas por cada riesgo identificado.
- Es importante resaltar que aunque los eventos aumentaron la población atendida en la institución también aumento, para esta vigencia la institución tiene más contrataciones con las EPS con respecto al 2017, por lo cual al tener mayores consultantes, es mayor la tarea para el programa de seguridad del paciente, para implementar las barreras de ocurrencia preventiva y correctivas por cada riesgo identificado.
- Que las estrategias de fomento de seguridad del paciente a los funcionarios que realizan las atenciones en salud y el resto de funcionarios de la institución, así como pacientes y acompañantes da resultados positivos en el análisis obtenido por vigencias, ya que mediante la cultura del reporte de eventos por servicios es de vital importancia para el departamento de calidad, estos son analizados en el comité de análisis de eventos adversos, donde se generan acciones y planes de mejoramientos de casos de mayor impacto en la institución.



**EVENTOS ADVERSOS POR MES VIGENCIA 2017- 2018**



La grafica destaca un total de **292** eventos adversos reportados en el año 2018 desde los diferentes servicios, presentando un leve crecimiento en relación al año inmediatamente anterior, año en el cual se reportaron **273** incidentes y/o eventos adversos, correspondiente a un **6,6%** más que en relación al año 2017. Esto se explica por el aumento de contratos con las EPS y por ende aumenta la población consultante. Para esta vigencia se evidencia el compromiso por parte del personal asistencial con el reporte de eventos, los cuales nos permite alimentar el programa e identificar fallas en los diferentes procesos ejecutados por la misión médica, se reportar usando el formato institucional de eventos adversos, así como el formato de registro disponible en cada uno de los servicios.

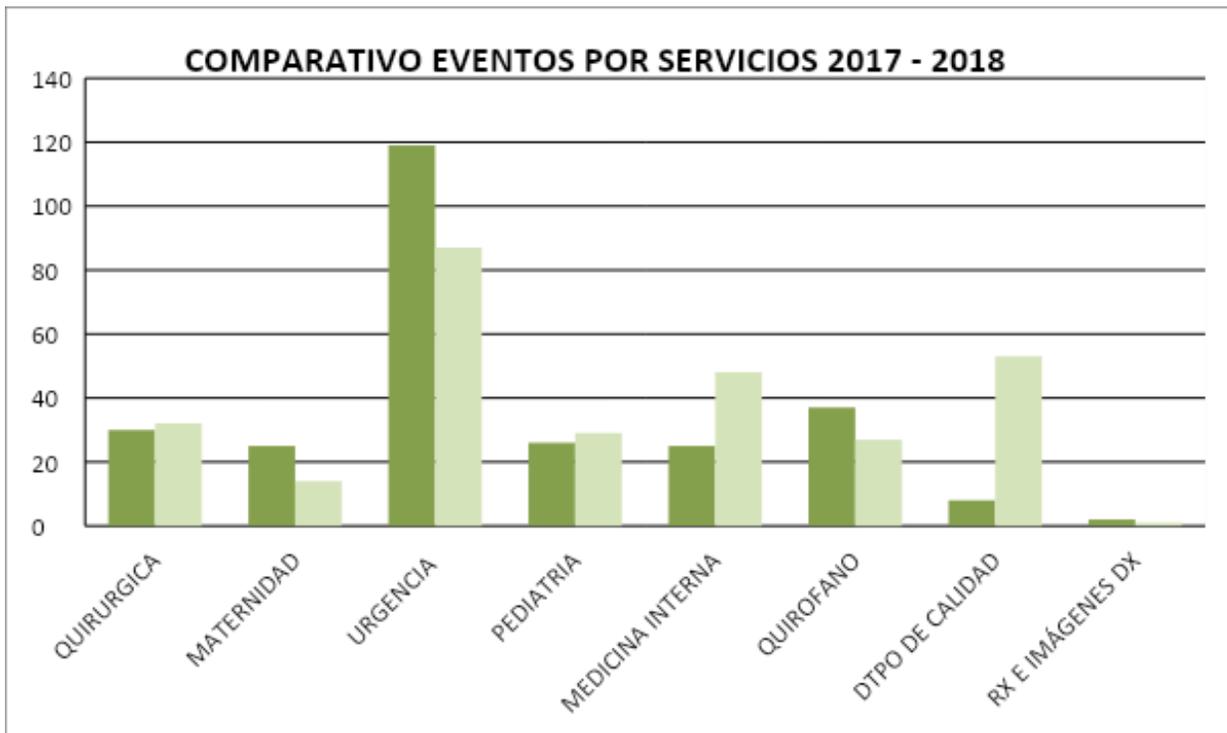
Se observa que el mes con mayor reporte fue el de noviembre con 37 reportes explicado en el mayor compromiso de los funcionarios en el reporte de incidentes y EA, el cual aumenta en relación a la vigencia 2018, comparando con el año 2017 para ese mes se presentaron 29 casos reportados. Se debe destacar el resultado del mes de diciembre de 2018, con 11 reportes y el impacto en relación a la vigencia 2017 donde se reportaron 25 incidentes y/o eventos adversos. De igual manera se observa el mes de enero, febrero y junio presentaron menor número de reportes con 14, 18,18 respectivamente, esto es probablemente a causa del compromiso de algunos funcionarios en el seguimiento y reporte, este tipo de situaciones



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

presentadas como cambio de personal lo cual genera pasivos al momento de reportar, ya que deben familiarizarse con el proceso.

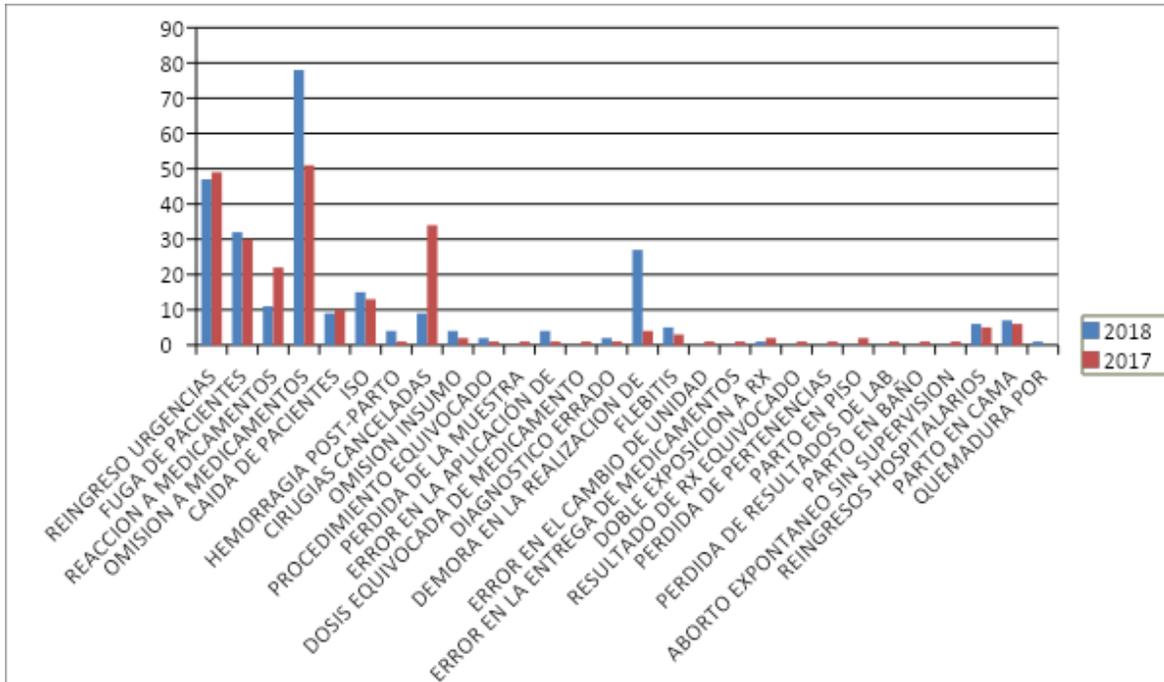
**EVENTOS POR SERVICIOS**



En el análisis de la gráfica anterior, se puede establecer que es el servicio de urgencias es el de mayor numero de reportes de evento adversos con un total de 87 reportes, esto se explica en que es el servicio de mayor volumen de atención de pacientes, razón por la cual es el servicio donde probablemente se presenten más situaciones de riesgo en la atención, entendiendo que en relación con la vigencia 2017 se observa un reportaron 119 eventos desde este servicio. Se destacan el servicio de medicina interna y quirúrgica hospitalización con 48 y 32 reportes respectivamente como los servicios que más reportes realizaron en la vigencia 2018, comparativamente se observa un aumento respecto al año 2017 con 30 y 25 eventos, esto se infiere a partir del tipo de pacientes que manejan y los procedimientos que realizan, que por obvias razones implican posibles situaciones de riesgo en los procesos de atención. Se debe mencionar que los servicios que menos reportes presentan son los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutica explicada en lo depurado que tienen sus procesos de atención el cual se ampara en la documentación de todos los procedimientos que realizan.



**EVENTOS ADEVEROS POR TIPO COMPARATIVO VIGENCIA 2017 - 2018**



Por último la gráfica anterior muestra los tipos de incidentes y eventos adversos más reportados en la vigencia 2018, observándose que los reingresos antes de las 72 horas por el servicio de urgencias por la misma causa o causa relacionada con 49 casos reportados en el año 2017 VS 47 casos reportados en el año 2018, se determina una disminución, entendiéndose este resultado como consecuencia de múltiples factores que van desde el mejoramiento de la oportunidad en la atención y el mejoramiento en la oportunidad para la realización de ayudas diagnósticas disponibles, con mayor adherencia a las guías de práctica clínica, sin dejar de mencionar que los casos reportados se relacionan con la complejidad clínica de algunos pacientes. Le siguen en orden de ocurrencia la omisión de medicamentos y la fuga de pacientes con 78 y 32 eventos reportados respectivamente en el año 2018 VS 51 y 30 eventos en el año 2017, este dato llama la atención por el incremento de la omisión de medicamentos que se incrementó en el 2018 respecto al año inmediatamente anterior, quizás esta situación se presenta por el incumplimiento de algunos proveedores de medicamentos los cuales amparados en las distancias geográficas establecidas entre el municipio de san marcos y la dificultad del traslado de las mercancías incumplen reiterativamente en su entrega. Llama la atención la incidencia de ISO con 15 reportes en la vigencia 2018, respecto al 2017 con 13 eventos con aumento no significativo estadísticamente del 15% respecto a la vigencia anterior, dato importante si se toma en cuenta que la institución cuenta con una serie de medidas y de políticas institucionales para el



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

control de desinfección y limpieza de áreas y superficies para todos los servicios, situación que obliga a la revisión de los procedimientos realizados con este fin, haciendo control y verificación de su efectividad y eficiencia, los eventos reportados como las cancelación de cirugía para esta vigencia bajo con respecto a la vigencia anterior.

**EVALUACION DE ACTIVIDADES**

A continuación se presenta el cuadro de evaluación de cumplimiento de actividades programadas y desarrolladas en el año 2018, el cual contiene las actividades, evidencias y evaluación de las mismas en el periodo.

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>EVIDENCIAS</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>
Disponer en los servicios el formato institucional de reporte de EA. Software SIOS web, módulo de historia clínica, Link “Eventos Adversos”	Copias de Formatos. Informes de EA ocurridos por mes, generados desde el software (en procesos de ajustes)	50%
Reporte físico, voluntario o espontáneo de eventos relacionados con seguridad del paciente	Formatos diligenciados por las jefes	50%
Reporte electrónico, a través del link “Evento Adverso” dispuesto en la intranet: <a href="mailto:calidad@esehospitalregionalsanmarcos.gov.co">calidad@esehospitalregionalsanmarcos.gov.co</a>	Estado de Correos recibido	20%
Ejecución de rondas de seguridad, para detectar no conformidades por incidentes y eventos adversos en los servicios asistenciales.	Registros de acciones Inseguras	60%
Aplicación y seguimiento de la metodología para la monitorización de la seguridad del paciente que incluye el reporte, análisis y seguimiento de incidentes y eventos adversos	Registros de acciones Inseguras y actas de análisis desde el comité de seguridad del paciente.	100%



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

Identificación e implementación de barreras de no ocurrencia, con la participación de los jefes de enfermería de los diferentes servicios, la subgerencia científica y el apoyo del departamento de calidad,	Plan de mejoramiento	70%
implementación de nuevas estrategia de fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente	Alertas para la mitigación en la ocurrencia de caída de pacientes y formación de escaras y/o úlceras por presión, recambio de catéter venoso, cinco correctos.	50%
Definición y medición de indicadores que establecen el grado de cumplimiento de la política de seguridad	Actas de reunión comité de seguridad del paciente, reporte de indicadores de gestión, informe análisis de EA.	100%
Aplicación, de formatos para la clasificación del riesgo de caídas de los pacientes, ficha de notificación de implementación de barreras de seguridad por los jefes de enfermería	Formatos, fichas de registros, valoración de riesgo desde la urgencia	60%
Socialización y medición de adherencia del documentos-protocolos-guías etc. Relacionadas con la buenas prácticas de seguridad del paciente.	Cronograma de capacitaciones ejecutado total de 17 protocolos resocializados y evaluados.	90% (pendiente el cronograma de la subgerencia científica en relación a las GPC)



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

	Metodología para la medición de la adherencia a documentos que soportan el programa de seguridad del paciente.	
--	--	--

**EVALUACION DE ACTIVIDADES**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>EVIDENCIAS</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>
Reformular documento del PAMEC, vigencia 2017	Documento PAMEC vigencia 2017	100%
Socialización PAMEC 2017 a los jefes de dependencia y/o dueños de procesos.	Lista de asistencia y acta	100%
Cronograma de auditorías internas vigencia 2017	Cronograma de auditorías vigencia 2017	100%
Cumplimiento cronograma auditorías internas, marzo 2017, (auditorías iniciales) octubre 2017 (auditorías de seguimiento)	Informes y actas	30%
Seguimiento al cumplimiento de plan de mejoramiento del PAMEC, con enfoque en las oportunidades de mejora y la priorización de procesos a mejorar obtenidos a partir de la autoevaluación de en acreditación.	Oficios notificadorios, actas de reuniones comité de calidad, ciclo PHVA aplicado por cada oportunidad de mejora dentro del plan propuesto.	0%

**d. SISTEMA DE INFORMACIÓN**

En cuanto a la elaboración, análisis y entrega de indicadores de calidad fueron elaborados y entregados en los tiempos que determina la normatividad. De igual forma se reportaron la resolución 0256 del 2016 en la plataforma SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social, SIHO del decreto 2193 del 2013.



## **EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES**

<b>Actividades</b>	<b>Evidencia</b>	<b>Cumplimiento</b>
Recolección y valoración de la información para indicadores de calidad, alerta temprana, circular 009, Resolución 1552, producción, análisis e informes de los mismos	Registros documentales	100%
Reporte mensual de indicadores del sistema de información a la Supersalud, EPS y demás instituciones.	Registros documentales	100%
Auditoria, seguimiento e informe a Subgerencia científica y coordinación de enfermería del cumplimiento de requisitos de habilitación en los procesos prioritarios	Informe-oficios	100%
Definición y medición de indicadores que establecen el grado de cumplimiento de la política de seguridad	Registros documentales	100%

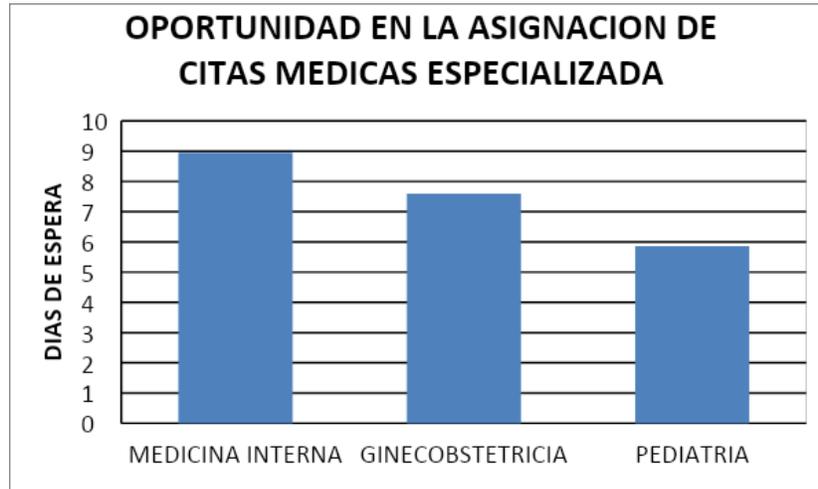
## **OBSERVACIONES:**

- **Análisis del comportamiento de indicadores de calidad.** El análisis de estos indicadores determinará prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios de la institución, desde el punto de vista de la oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad y pertinencia característico del SOGC. En el departamento de calidad estamos atentos al cumplimiento de este objetivo.
- **Análisis del comportamiento de indicadores de producción.** Para el análisis de estos indicadores el departamento de Archivo y Estadística que el responsable de recopilar la información tiene que esperar hasta los cinco (5) primeros días de cada mes para que facturación haga el cierre del mes inmediatamente anterior, el cual viene siendo el mes objeto de análisis. Por este motivo el departamento de calidad podrá tener los indicadores listo los diez (10) primeros días de cada mes.
- Comportamiento de indicadores de eficiencia.



**COMPORTAMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD**

**AÑO 2018**



Para el primer trimestre del 2018 la oportunidad en la asignación de citas de Medicina Interna se encontraba dentro de los parámetros establecidos, con disminución en el número de días de espera para la atención en el mes de marzo. Teniendo en cuenta que la producción de esta especialización va en incremento mes a mes, creciendo en un 24,3% con respecto al mes anterior, es decir, paso de 617 consulta en el mes de febrero a 767 en el mes de marzo. Para un total de 150 consulta más que el mes anterior.

En el segundo trimestre el mes que muestra mayor crecimiento en la producción del servicio es abril con 849 consultas, seguido por mayo con 668. El mes de Junio se muestra estable en comparación con el mismo mes de la vigencia anterior. El indicador se encuentra dentro de los parámetros establecidos según el Acta de Concertación entre la secretaria de Salud Departamental y el Hospital (12 días).



**E.S.E HOSPITAL**  
**REGIONAL DE II NIVEL**  
**DE SAN MARCOS**  
NIT. 800.191.643-6

**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

Para el tercer trimestre se puede observar la oportunidad en la asignación de citas de Medicina Interna se encuentra dentro de los parámetros establecidos, y la producción del servicio mantiene un incremento mensualmente, es así que en Julio se atendieron 618 consultas, en agosto 749 y en septiembre 824. Otro aspecto a tener en cuenta en esta especialidad es que se cancelaron 437 citas médicas en el trimestre que equivalen a un 20% de las asignadas, por motivos que se analizarán en otro informe. Para el IV trimestre del 2018, se

Atendieron 1876 consultas, manteniendo el promedio mensual de producción del todo el año.

En el I trimestre La oportunidad en la asignación de citas de gineco-obstetrica, mejoró en tres (3) días el tiempo de espera para la consulta, y se encuentra dentro de los parámetros establecidos once (11) días según acta de concertación entre la secretaria de Salud Departamental y la ESE, resaltando que la producción del servicio aumentó en 51,3%, en comparación con el mes inmediatamente anterior, es decir, paso de 405 consulta en el mes de Febrero a 613 en Marzo, un aumento de 208 consultas. Se evidencia avances en la oportunidad y en la producción del servicio, es decir, la especialidad fue oportuna y eficiente.

Se observa en el II trimestre que el mes de mayor crecimiento es abril con 803 consultas, seguido de mayo con 777. En general la oportunidad en el servicio de ginecobstetricia se encuentra dentro de la estándar meta.

**E**l tiempo de espera para la consulta de gineco-obstetrica, se mantiene estable y se encuentra dentro de los parámetros establecidos once (11) días según acta de concertación entre la secretaria de Salud Departamental y la ESE. Teniendo en cuenta que la producción del servicio decrece mes a mes, es decir, en julio se atendieron 823 consultas, en agosto 719 y septiembre 661. Por otro lado se cancelaron 247 citas médicas en el trimestre que equivalen a un 11% de las asignadas. El indicador se mantiene dentro del estándar meta. Para el IV trimestre del 2018, se atendieron 1949 consultas.

Para el I Trimestre del 2018, la oportunidad en la asignación de citas en la consulta de pediatría se mantiene con tendencia a desmejorar mes a mes, toda vez que se observa el aumento en un (1) día la oportunidad en



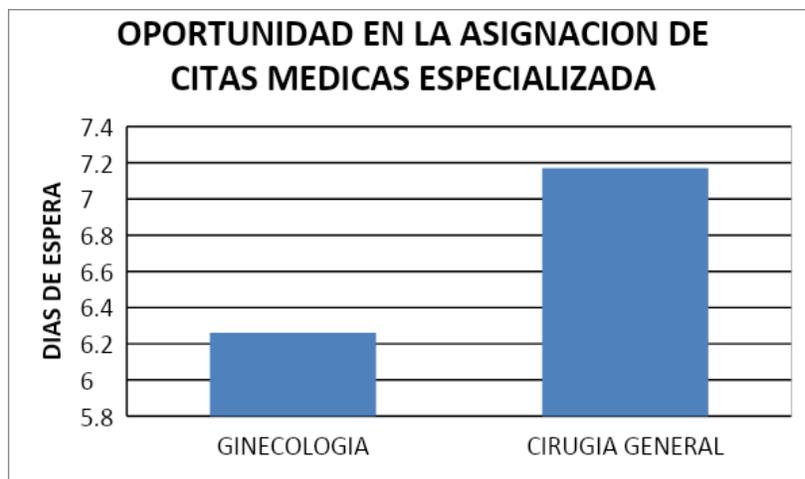
***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

la atención del servicio. Teniendo en cuenta que la producción del servicio creció en un 31,7% con respecto al mes anterior, es decir, paso de 331 consulta en el mes de Febrero a 436 en Marzo, presentando un aumento de 105 citas en comparación con el mes de febrero. Se podría decir que el aumento en los días de atención se debe al aumento en la producción, pero si se observa el mes de enero se evidencia la misma producción de marzo con una oportunidad dentro de los parámetros establecidos. Es preciso prestar mucha atención al comportamiento de este indicador ya que su deterioro conlleva a someterlo a un plan de mejoramiento.

En el segundo trimestre el Indicador de Oportunidad en la atención de pediatría se evidencia una recepción, ya que se disminuyó en el número de días para la atención de las citas médicas. En general, el indicador se encuentra dentro de la estándar meta según el acta de concertación (7 días).

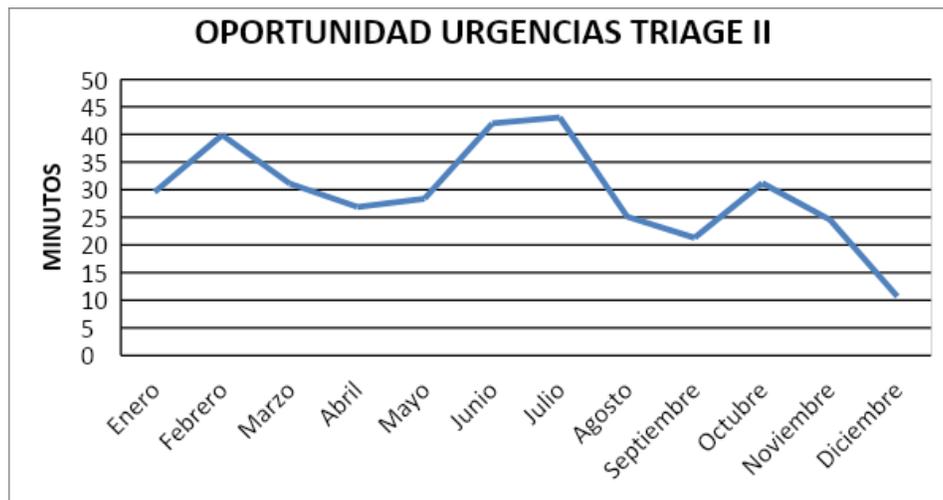
La oportunidad en la asignación de citas en la consulta de pediatría se sale del parámetro en el mes de Agosto, teniendo en cuenta que la producción del servicio se mantiene estable mes a mes. La oportunidad en la prestación del servicio para el mes de septiembre se encuentra dentro de los parámetro establecido según el Acta de concentración entre la secretaria de Salud Departamental y la E.S.E siete (7) días. Para el IV trimestre del 2018, se atendieron 1294 consultas.

Los resultados alcanzados en las tres especialidades básicas se deben a las estrategias implementadas por la alta gerencia, en busca de presta servicios de salud oportunos.

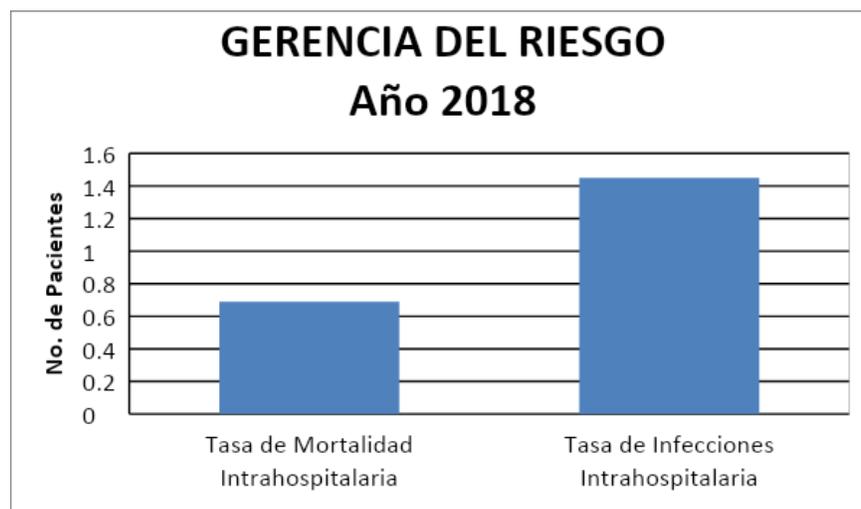




El indicador de oportunidad en la asignación de citas de cirugía general se muestra estable mes a mes. Manteniéndose dentro de los parámetros establecidos. De igual forma se presentaron 12 consultas canceladas por motivo atribuibles al paciente.



El estándar meta según acta de concertación para la oportunidad en el servicio de urgencias traje II es de 35 minutos, aunque se observa inestabilidad mes a mes en este indicador, el promedio para el Año 2018 es de **30.1** minutos, por lo tanto el indicador cumple con el estándar.



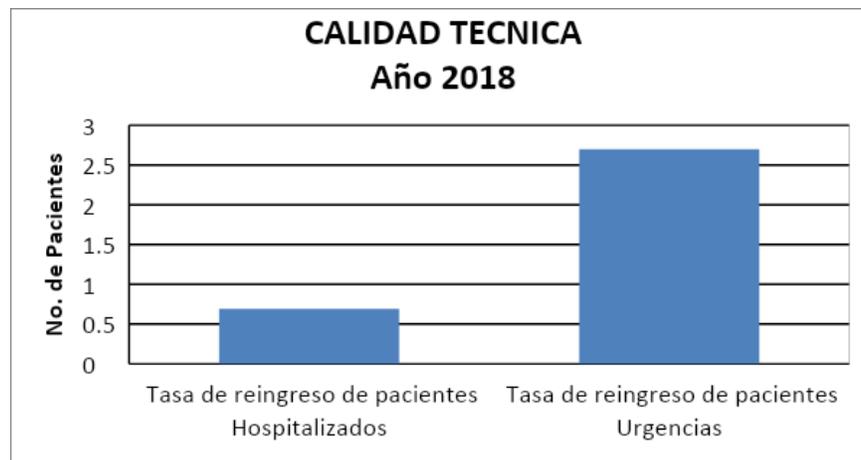


***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

El indicador de tasa de infecciones intrahospitalaria se encuentra dentro de los parámetros establecidos, según el acta de concertación de la secretaria de salud departamental. Teniendo en cuenta que la tasa en Colombia es de 0.83 para el 2015, la ESE tendrá que doblregar esfuerzos para mejora aún más sus resultados.

En el Año 2018 la tasa de mortalidad intrahospitalaria es uno (1) paciente fallecido por cada mil (1000) egresos.

La tasa de mortalidad hospitalaria es un indicador que ha sido utilizado en la ESE para evaluar resultados relacionados con la atención en salud brindada durante la hospitalización del paciente y detectar problemas de calidad en la atención.



La tasa de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en el año 2018, es tres (3) pacientes por cada mil (1000) egresos. Según el acta de concertación entre la Secretaria de Salud Departamental y ESE es de cinco (5) pacientes por cada mil (1000) egresos en urgencias. Se observa una tendencia a la disminución de reingresos de pacientes al servicio de urgencias, pero no se logra evidenciar capacitaciones del personal asistencial sobre adherencia a los protocolos y guías clínicas, por lo tanto se supone que esta disminución se debe al no reporte de este evento adverso.

El reingreso de los pacientes a los servicios de urgencias se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por



**E.S.E HOSPITAL  
REGIONAL DE II NIVEL  
DE SAN MARCOS**  
NIT. 800.191.643-6

***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados.

Con respecto a los reingresos de los pacientes en el servicio de Hospitalización se encuentra dentro de los parámetros establecidos que son el tres (3) por cada mil egresos hospitalarios.

Desde la oficina de calidad con la participación activa de todos los colaboradores de la entidad, se le está haciendo gestión al 100% de los eventos adversos, incidentes y acciones inseguras, que en el semestre suman 281 casos.

El nivel de satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos en la ESE es del 95%, debido a quejas verbales de algunas usuarias, relacionadas con especialista en el servicio de Maternidad, en Urgencias ha mejorado la atención en salud a los usuarios, aunque se siguen encontrando quejas de los pacientes por falta de camillas.

En el Año 2018 se presentaron cinco (9) eventos adversos medicamentoso, cuatro (4) caídas de pacientes en hospitalización y cuatro (4) en el servicio de urgencias.

***PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD –  
PAMEC 2018***

En cuanto a los compromisos acordados en el acta del comité de calidad de la ESE Hospital Regional II nivel de San Marcos, en donde quedaron tareas asignadas a los jefes de dependencia y/o dueños de procesos para la realización de los planes de mejoramiento con énfasis en acreditación en salud, estos se realizaron de manera parcial, algunos planes fueron elaborados presentando evidencias de su ejecución, no siendo estos de gran impacto sobre lo esperado por el departamento de calidad, se determina como causa principal la falta de compromiso de los funcionarios responsables, entendiendo que estas actividades eran cumplibles porque se trataba de documentar procesos y procedimiento que facilitan la realización de actividades rutinarias en los diferentes servicios, áreas y/o dependencias.

Para la vigencia en evaluación se priorizaron 20 oportunidades de mejoras, de las cuales 19 fueron ejecutadas. Estos resultados fueron cargados en la plataforma de



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

la SUPERSALUD, dando cumplimiento a lo reglamentado en la Circular Externa 000012 del 2016.

**EVALUACION DE ACTIVIDADES**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>EVIDENCIAS</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>
Reformular documento del PAMEC, vigencia 2018	Documento PAMEC vigencia 2018	100%
Socialización PAMEC 2018 a los jefes de dependencia y/o dueños de procesos.	Lista de asistencia y acta	100%
Cronograma de auditorías internas vigencia 2018	Cronograma de auditorías vigencia 2017	100%
Cumplimiento cronograma auditorías internas, marzo 2018, (auditorías iniciales) octubre 2018 (auditorías de seguimiento)	Informes y actas	70%
Seguimiento al cumplimiento de plan de mejoramiento del PAMEC, con enfoque en las oportunidades de mejora y la priorización de procesos a mejorar obtenidos a partir de la autoevaluación de en acreditación.	Oficios notifica torios, actas de reuniones comité de calidad, ciclo phva aplicado por cada oportunidad de mejora dentro del plan propuesto.	100%

***SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN - SUA***

El resultado de la Autoevaluación bajo estándares de Acreditación para el año 2018 es de 2.62, resultado que se obtuvo de la suma de los promedios de cada uno de los estándares definidos por las resoluciones 0123 y la 1445 de 2006.

**AÑO 2018**

<b>N°</b>	<b>GRUPO DE ESTANDARES</b>	<b>CALIFICACION PROMEDIO</b>
1	PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	2,65
2	DIRECCIONAMIENTO	2,63
3	GERENCIA	2,5
4	TALENTO HUMANO	2,56
5	AMBIENTE FISICO	2,7
6	GESTION TECNOLOGICA	2,61



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

7	MEJORAMIENTO DE LA INFORMACION	2,6
8	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	2,7
	TOTAL	<b>2,62</b>

**e. OTRAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCION DE LA DEPENDENCIA**

El departamento de calidad de la ESE Hospital Regional de II Nivel de San Marcos, además de las actividades y programas relacionados anteriormente en este informe, realiza otras actividades de apoyo a la gestión del sistema obligatorio de la garantía de la calidad de los servicios de salud, que son requeridas con el objetivo de realizar gestión del riesgos a las atenciones en salud y a los procesos asistenciales, las cuales se relacionan a continuación:

- En relación con la revisión, normalización y actualización de los manuales procesos y procedimientos asistenciales, el departamento de calidad viene desarrollando estrategias concertadas con todos los actores responsables de la ejecución de las actividades asistenciales, en busca de construir a través del dialogo soluciones a los hallazgos encontrados en las auditorías internas y externas realizadas, las rondas de seguridad y la manifestación libre de opiniones por parte del recurso humano que participa en estas actividades. Para la vigencia 2018 la ESE Hospital Regional de II Nivel de San Marcos, recibió visitas de verificación por parte de la Secretaria de Salud Departamental, dando como resultado una serie de hallazgos de incumplimiento en el Sistema Único de Habilitación (SUH), los cuales fueron relacionados en este documento. De igual manera la ESE en esta vigencia recibió varias auditorías externas promovidas por las diferentes EPS con las que se tienen firmados contratos de prestación de servicios de salud, las cuales se relacionan a continuación:

**CUADRO DE RELACIÓN DE AUDITORIAS EXTERNAS (EPS) VIGENCIA 2018**

EPS	FECHA DE REALIZACIÓN	ESTADO	AVANCE
COMFASUCRE	28 de febrero de 2018	Sin cierre de ciclo, con plan de mejoramiento vigente	Sin evaluación de avance por parte de la EPS
MUTUAL SER	06 de abril 2018	Sin cierre de ciclo, con plan de	Sin cierre de ciclo, con plan de mejoramiento vigente



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

		mejoramiento vigente	
COOSALUD	16 de agosto de 2018	Cierre de ciclo con auditoría realizada el día 14 de noviembre de 2018	El avance solo alcanzo el 6,25% sobre un incumplimiento del 93,75%
COMPARTA	02 de octubre de 2018	Se inició el ciclo con el plan de mejoramiento producto de los hallazgos evidenciados	Sin cierre de ciclo, con plan de mejoramiento vigente, cierre de ciclo previsto para el 13 de diciembre de 2018

Sobre el cuadro anterior se establece muy pocos avances en la gestión de cumplimiento, toda vez que a pesar de la notificación y seguimiento permanente a las dependencias y funcionarios responsables de ejecución de actividades de mejoramiento no se logra concretar un compromiso real de subsanar los hallazgos. Se debe aclarar que algunas EPS no han realizado auditorias de cierre de ciclo y que no hay fechas definidas para la realización de esta actividad.

- En relación al cumplimiento de los cronogramas de reuniones de los comités de obligatorios de la ESE, estas se desarrollaron de manera parcial en el año 2018, toda vez que existe incumplimiento por parte de algunos funcionarios responsables de su ejecución, a continuación se hace una relación de las actividades realizadas en los cuadros anexos en este documento:

**Tabla N° 01. Relación de comités de la E.S.E Hospital regional II nivel de san marcos para la vigencia 2018**

Relación De Comités					
Nombre de Comité / Equipo primario	Periodicidad	Acta y fecha de conformación	Observación	Mes pendiente	Observación
Comité de Vigilancia Epidemiológica – Comité de Infecciones	Mensual	Resolución N° 0159 de marzo de 2009		Nueve (09), se realizaron dos (02)  Enero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre	Opera de manera parcial



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

Comité Técnico Científico	Mensual	Resolución N° 0321 de mayo 02 de 2008	Este comité para la vigencia de 2017 estaba parcialmente inoperante	Nueve (09)  Enero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre	Única reunión con evidencias mes de febrero de 2017
Comité de Calidad	Bimensual	Resolución N° 0871 de noviembre 26 de 2008		Febrero  Abril  Junio  Dos (02) reuniones de cuatro (04) posibles	Se realizaron dos reuniones de cuatro programadas según cronograma
Comité de Historia Clínica	Mensual	Resolución N° 0185 de abril 13 de 2009	Este comité para la vigencia de 2017 estaba parcialmente inoperante	Enero, febrero, abril, mayo, julio, agosto, septiembre  Siete (07) meses de nueve posibles	Dos reuniones con evidencias meses de marzo y junio de 2017
Comité de Ética Hospitalaria	Mensual	Resolución N° 0172 de marzo 31 de 2009	Este comité para la vigencia de 2017, se reactivó de manera parcial	Cinco (05) meses de nueve posibles  Mayo, junio, julio, agosto, septiembre	Cuatro (04) reuniones en la vigencia
Comité de Farmacia y Terapéutica	Mensual	Resolución N° 0259 de abril 29 de 2009	Este comité para la vigencia 2017, se reactivo	Cuatro (04) meses pendientes enero, junio, julio, septiembre	Se realizaron cinco (05) una reunión de nueve (09) previstas, para la vigencia 2017.



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

Comité de Seguridad del Paciente	Mensual	Resolución N° 0041 de enero 22 de 2016	Se está en proceso de consolidación de la información y cierre de casos	Pendiente dos (02) de nueve posibles meses de agosto, septiembre	Se ha cumplido parcialmente el cronograma estipulado, existe evidencia de asistencia y entrega de informe de reunión
Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria	Mensual	Resolución N° 2947 del 31 de diciembre 2013	Este grupo de apoyo hace las veces del plan institucional de gestión ambiental	Pendientes nueve (09) Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto septiembre	Este comité esta inoperante en la vigencia 2017

Tabla No 02: Numero de comités realizados por Vigencia 2018, **E.S.E Hospital regional II nivel de san marcos.**

Comité	Periodicidad	Comités realizados			% de cumplimiento
		2018		Total	
		Proyectadas	Ejecutadas		
Comité de Farmacia	Mensual	12	5	5	50%
Comite de transfusión sanguínea	No existe	12	0	0	0
Comité de Historia clínica	Mensual	12	2	2	17%
Comité de infecciones	Mensual	12	2	2	17%
Comité de seguridad del paciente	Mensual	12	9	9	75%
Comité Plan de Gestión ambiental	Otra denominación	12	0	0	0
Comité de Tecno-vigilancia	Mensual	12	1	1	8%
Comité de Calidad	Bimensual	6	2	2	33%
Comité de vigilancia epidemiológica	Mensual	12	2	2	17%
Comité de ética	Mensual	12	4	4	33%
<b>Total promedio</b>					<b>25%</b>

Fuente: Información allegada por la institución.



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

En relación con el desarrollo de los Cronogramas de reuniones de los comités de obligatorio seguimiento y cumplimiento, este no se pudo cumplir a cabalidad, ya que se evidencia el incumplimiento de los mismo por parte de los responsables, dejando muy poca evidencia de su gestión, es así como se ha determinado como poca o nula operatividad del comité de Historias clínica y de otros comités los cuales son inoperantes. Se debe aclarar que el departamento de calidad ha venido exigiendo de manera periódica el cumplimiento del cronograma de reuniones con actas de las mismas sin obtener respuesta por parte de los responsables.

Se tiene previsto para la vigencia 2019, establecer un cronograma de reuniones de los diferentes comités con estricto seguimiento, liderado desde el departamento de calidad en busca de establecer el cumplimiento de los actos administrativos de conformación y de funciones de cada uno de los comités, así como los cronogramas anuales de reuniones y dejando evidencia de sus compromisos y tareas en cabeza de los líderes responsables del seguimiento y su ejecución.

**EVALUACION OTRAS ACTIVIDADES**

<b>Actividades</b>	<b>Evidencia</b>	<b>Cumplimiento</b>
Ejecución del plan de acción del Departamento de calidad vigencia 2018	Plan de acción vigencia 2018	60%
Estructuración y socialización del plan de Capacitación a funcionarios del equipo de apoyo a la implementación de la política de seguridad del paciente y evidencias de la autoevaluación de servicios habilitados	Plan de capacitaciones, oficios de notificación	50%
Ejecución y socialización del plan de reuniones de los comités de obligatorio cumplimiento, seguimiento al cumplimiento de reuniones, tareas y compromisos	Carpeta con oficios notifica torios, Cronogramas de reuniones y actos administrativos de creación. Actas de reuniones y listas de asistencia.	25%

**d. - Dificultades:**

1. Falta de apropiación y compromiso del personal asistencial sobre la importancia de la implementación de estrategias orientadas a la Seguridad del Paciente, siendo de mayor impacto negativo la actitud de los médicos que aún no participan activamente en estos procesos



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

2. Se dificulta establecer una comunicación adecuada entre los equipos de trabajo, situación que impacta de manera negativa en la gestión de procesos seguros de atención y genera conflictos personales entre los diferentes funcionarios.
  3. La estrategia publicitaria del fomento de la política y programa de seguridad del paciente se ha visto limitada por los escasos recursos que no permiten un adecuado despliegue a los clientes internos y externos.
  4. Las acciones de mejora propuestas dentro de los planes de mejoramiento para los servicios asistenciales auditados, no están generando el impacto esperado, se presentan dificultades relacionadas con el apoyo requerido por la alta gerencia y de otras dependencias. La disponibilidad de los recursos físicos, humanos y financieros son limitados a los requerimientos exigidos.
  5. Se evidencia aún dentro de los equipos de trabajo asistenciales mucho desconocimiento de las políticas institucionales de atención en salud, incluido las guías, manuales, protocolos de atención, razón por la cual se evidencian errores recurrentes en algunos temas relacionados con la adherencia a los manuales de procesos y procedimientos de algunos servicios.
- No se logra concretar el compromiso de los funcionarios responsables de liderar algunos comités institucionales, a la fecha no presentaron evidencia de la realización de reuniones acogiéndose a un cronograma de reuniones establecido, razón por la cual no se logra evidenciar la existencias de actas, compromisos y tareas establecidas dentro de los mismos.

## **AUDITORIA MEDICA**

Dando respuesta a la circular N 010 de 2019, en la cual se solicita informe 2018 de las áreas para consolidación general de la ESE Hospital Regional II Nivel San Marcos nos permitimos hacer un resumen para consolidar la información del área de auditoría de cuentas médicas detallando la siguiente información:

<b>CONCILIACIONES REALIZADAS 2018</b>			
	<b>GLOSA</b>	<b>ACEPTADO IPS</b>	<b>LEVANTA EPS</b>
<b>COOSALUD</b>	35.494.847	5.622.024	29.872.823
<b>MUTUAL SER</b>	11.363.958	9.112.696	2.251.262
<b>COMFASUCRE</b>	469.347.844	68.723.264	400.624.579
<b>COMPARTA</b>	494.704.487	198.396.411	296.308.076
<b>DIR SANIDAD NAVAL</b>	207.440	62.232	145.208



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

ANASWAYUU	278.412	83.523	194.889
COMFACOR	40.252.457	12.478.262	27.774.195
MEDIQGROUP - EMDISALUD	3.436.050	190.625	3.245.425
COOMEVA	4.608.786	443.427	4.165.359
SALUDVIDA	105.397.041	18.009.141	87.387.900
FONDO FINANCIERO DISTRITAL	1.389.482	157.429	1.232.053
<b>Total Glosado</b>	<b>1.166.480.804</b>	<b>313.279.034</b>	<b>853.201.769</b>
<b>Total Radicado 2018</b>	<b>11.724.905.550</b>		
Porcentaje de glosa general	3		

RESPUESTAS GENERADAS, SIN CONCILIACION DEFINITIVA			
	GLOSA	ACEPTADO IPS	LEVANTA EPS
COOSALUD	5.948.897		5.948.897
COLPATRIA	226.800		226.800
SEGUROS DEL ESTADO	1.374.873		1.374.873
NUEVA EPS	113.080		113.080
COLSANITAS	2.813.800		2.813.800
PREVISORA	603.000		603.000
ECOOPSOS	93.900		93.900
MUNDIAL DE SEGUROS	4.993.097		4.993.097
	<b>16.167.447</b>		

OTRAS CONCILIACIONES REALIZADAS EN 2018				
OPERADOR	FACTURADO	GLOSA	ACEPTA IPS	VALOR A PAGAR POR HOSPITAL
ESE SAN JOSE	<b>1,144,800</b>	0	0	1,144,800



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

PATOLOGOS ASOCIADOS DE SINCELEJO	934,100	0	0	934,100
PATOLOGOS ASOCIADOS DE SINCELEJO	1,199,700	0	0	1,199,700
PATOLOGOS ASOCIADOS DE SINCELEJO	1,896,800	0	0	1,896,800

LABORATORIO CLINICO SOLUCIONES DIAGNOSTICAS DEL RIO						
MES	FACTURA	VALOR	GLOSA INICIAL	GLOSA LEVANTA HOSPITAL	GLOSA DEFINITVA ACEPTADA POR LABORATORIO	% DE GLOSA ACEPTADO
AGOSTO DE 2018	4880	95,182,636	5,685,199	1,888,964	3,796,235	3.99
SEPTIEMBRE DE 2018	4953	101,310,240	5,826,902	2,143,500	3,683,402	3.64
OCTUBRE DE 2018	5027	84,244,160	12,289,589	5,961,824	6,327,765	7.51
NIVIEBRE DE 2018	B 5106	79,765,920	9,873,966	4,390,700	5,483,266	6.87
DICIEMBRE DE 2018	B 5119	89,117,520	10,119,162	3,856,300	6,262,862	7.03
<b>TOTAL</b>		<b>449,620,476</b>	<b>43,794,818</b>	<b>18,241,288</b>	<b>25,553,530</b>	<b>5.68</b>

Además de lo resumido en los cuadros anteriores las siguientes actividades se realizan diariamente en el área:

1. Entrega de Informes de contraloría para los dos semestres 2018.
2. Entrega de información para reporte de SIHO-2193
3. Envío de portafolio de servicio a diferentes EPS
4. Propuestas de contratación a diferentes EPS
5. Se enviaron las observaciones y/o Planes de mejoramiento de las conciliaciones a las diferentes áreas donde hubo responsabilidad.
6. Respuesta glosas pendientes por acta definitiva con las siguientes Entidades Responsables de Pago
7. Apoyo y seguimiento para al proceso de contratación con la EPS, solicitud de documentos necesarios para la contratación 2018 a las áreas encargadas
8. Apoyo a los procesos de notificación de calidad realizados al correo de los diferentes hallazgos a usuarios.
9. Auditoria al proceso de Facturación.
10. Proceso de Auditoria a cuentas de operadores externos (Laboratorio Clínico Solucione Diagnosticas del Rio, Patólogos Asociados de Sincelejo y ESE San José)

**FACTURACION**

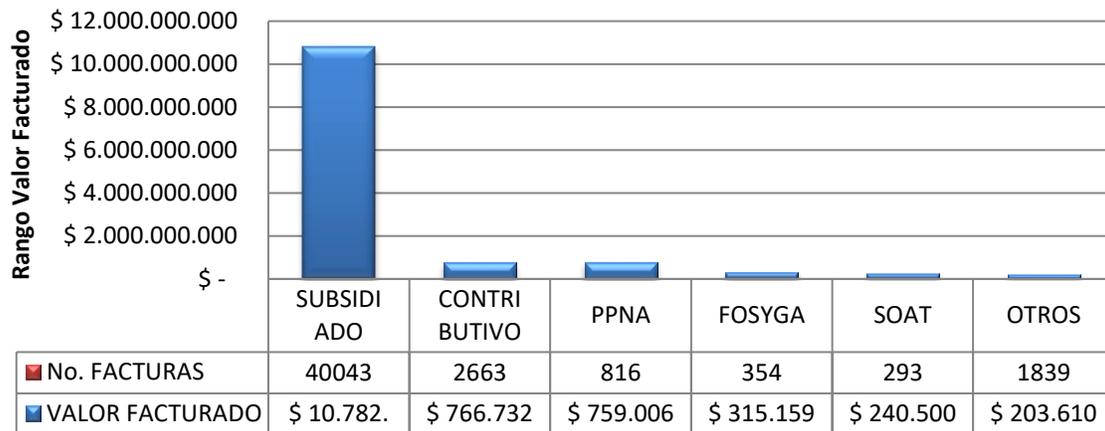
REGIMEN	VALOR FACTURADO	No. FACTURAS
SUBSIDIADO	\$ 10.782.819.967	40043
CONTRIBUTIVO	\$ 766.732.341	2663
PPNA	\$ 759.006.701	816
FOSYGA	\$ 315.159.347	354



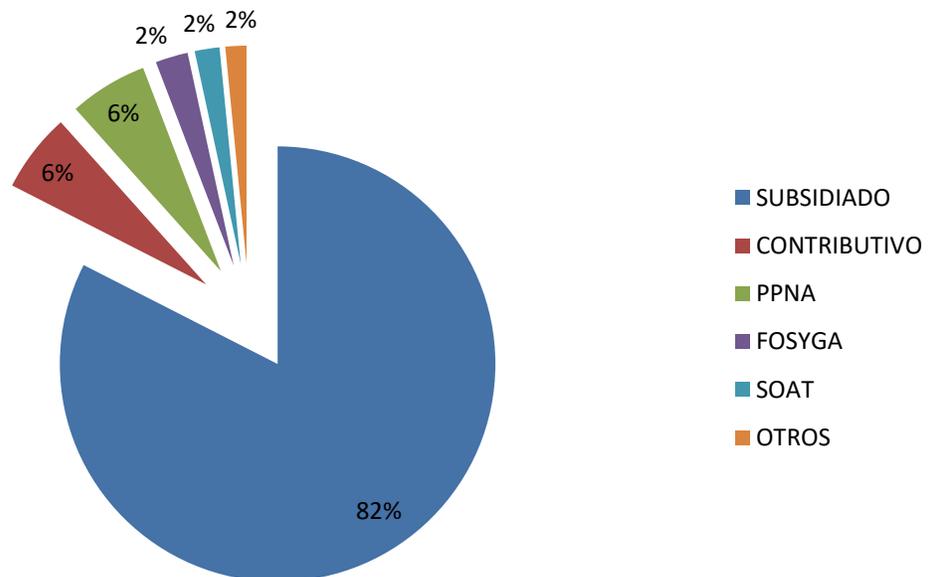
**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

SOAT	\$ 240.500.914	293
OTROS	\$ 203.610.349	1839
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 13.067.829.619</b>	<b>46008</b>

**Facturación 2018**



**Porcentaje de Facturación 2018**





***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

**CONSOLIDADO FACTURACION AÑO 2018**

**Más Facturadas Año 2018**

ADMINISTRADORA	REGIMEN	VALOR FACTURADO	No. FACTURAS
COMPARTA EPS	SUBSIDIADO	\$ 4.409.711.853,00	23.102
MUTUAL SER E.S.S - EPSS	SUBSIDIADO	\$ 1.965.476.141,00	3.941
AMBUQ	SUBSIDIADO	\$ 1.444.544.343,00	6.278
COMFASUCRE EPS	SUBSIDIADO	\$ 1.198.098.235,00	4.106
GOBERNACION DE SUCRE	PPNA	\$ 724.860.445,00	778
NUEVA EPS	SUBSIDIADO	\$ 672.711.934,00	727
COOSALUD EPS S. A - REG SUBS	SUBSIDIADO	\$ 431.068.359,00	1.470
SALUDVIDA EPS S.A	SUBSIDIADO	\$ 421.492.327,00	423
ADRES	ADRES	\$ 314.781.347,00	353
COMFACOR	SUBSIDIADO	\$ 240.824.733,00	357
MEDIMAS EPS S.A.S REG CONTRIBUTIVO	CONTRIBUTIVO	\$ 235.295.819,00	1.329
EMDISALUD EPS-S	SUBSIDIADO	\$ 126.193.762,00	113
SEGUROS DEL ESTADO S.A	SOAT	\$ 94.575.770,00	116
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	SUBSIDIADO	\$ 87.696.034,00	207

**AREA ADMINISTRATIVA**

**RECURSOS HUMANOS**

La Oficina de Recursos Humanos de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL SAN MARCOS en cumplimiento de la administración y coordinación del Talento Humano al interior de la entidad gestiona y coordina los procesos y actividades de los empleados con el fin de mantener un Talento Humano competente e idóneo, con sentido de pertenencia y compromiso, basado en los valores y principios éticos. Promover el crecimiento personal de los servidores públicos desarrollando las competencias Laborales y Comportamentales acordes a las normas vigentes. (Ley 909 de 2004, Decreto 1083 de 2015 y Decreto 815 de 2018)

El Talento Humano es el activo más importante de la entidad, si el talento humano no está dispuesto a esforzarse, la entidad dará marcha atrás.

Es deber de la Administración implementar buenas prácticas de manejo y uso eficiente de los recursos.



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

La tarea consiste en integrar y coordinar todos los recursos organizacionales, tales como personas, materiales, dinero, tiempo espacio, entre otros. Con el fin de alcanzar los objetivos definidos de forma eficaz y eficiente.

**ALCANCES**

- Fortalecimiento institucional en las políticas de incentivos de ascensos de los funcionarios de carrera administrativa
- Aplicación de la normatividad de carrera administrativa
- Selección de Personal (Ingreso).
- Entrenamiento y capacitación.
- Implementación de Sistemas de Evaluación de Desempeño.
- Orientación profesional.
- Conceptos y modelos de actitudes y motivación.
- Reducción de conflictos
- Estudios de Clima Laboral, entre otros.

**OBJETIVO GENERAL**

Fortalecer las políticas de talento humano mediante incentivos y ascensos para los funcionarios en carrera administrativa, políticas que integren los esfuerzos hacia el cumplimiento de las metas y objetivos de la institución

**ANALISIS DE LA PLANTA DE EMPLEOS**

Código	Denominación del Empleo	Intensidad Horaria	No. Empleos	Sueldo Mensual	TOTAL MESUAL	TOTAL ANUAL
<b>GERENCIA</b>						
085	Gerente de E.S.E	8	1	8.310.311	8.310.311	99.723.732
105	Asesor Jefe Control Interno	8	1	4.712.138	4.712.138	56.545.656
425	Secretario Ejecutivo	8	1	2.501.065	2.501.065	30.012.780
<b>SUBGERENCIA CIENTÍFICA</b>						



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

072	Subgerente Científico	8	1	6.686.199	6.686.199	80.234.388
<b>PLANTA GLOBAL</b>						
206	Líder de Programa	8	1	4.586.001	4.586.001	55.032.012
213	Médico Especialista	8	2	6.471.047	12.942.094	155.305.128
211	Médico General	8	3	5.229.166	15.687.498	188.249.976
219	Profesional Universitario	8	4	3.308.452	13.233.808	158.805.696
237	Profesional Universitario Área Salud	8	2	3.308.452	6.616.904	79.402.848
243	Enfermero	8	1	3.188.416	3.188.416	38.260.992
314	Técnico Operativo	8	5	2.501.065	12.505.325	150.063.900
323	Técnico Área Salud	8	1	2.501.065	2.501.065	30.012.780
425	Secretario Ejecutivo	8	1	2.501.065	2.501.065	30.012.780
412	Auxiliar Área Salud	8	1	1.585.531	1.585.531	19.026.372
412	Auxiliar Área Salud	8	14	1.866.528	26.131.392	313.576.704
407	Auxiliar Administrativo	8	6	1.585.531	9.513.186	114.158.232
477	Celador	8	2	1.389.044	2.778.088	33.337.056
480	Conductor	8	3	1.522.244	4.566.732	54.800.784
470	Auxiliar de Servicios Generales	8	2	1.389.044	2.778.088	33.337.056
<b>TOTAL</b>			<b>52</b>	<b>62.641.299</b>	<b>143.324.906</b>	<b>1.719.898.872</b>

La planta de personal de la ESE desde el proceso de ajuste de 2007 ha venido en proceso de reducción de costos en ocasión del retiro de los funcionarios que se han acogido al beneficio de la pensión de vejez y por renuncia voluntaria de algunos funcionarios, bajando significativamente los costos de la nómina.



### ***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

La planta de empleos vigente cuenta con 52 cargos de los cuales 24 son del área administrativa y 28 misionales incluidos los tres cargos de Conductor de ambulancia. La planta ha sido modificada mediante la supresión y creación de cargos requeridos en cumplimiento de procesos institucionales y sentencias judiciales.

Los cargos suprimidos en la planta son: Un (1) cargo de Médico Especialista y Dos (2) cargos de Auxiliar de Servicios Generales.

Los Cargos creados o nuevos son: Un (1) cargo de Asesor de Control Interno y Un (1) cargo de Auxiliar Área Salud.

## **PROCESOS**

El área de Talento Humano de la ESE Hospital San Marcos desarrolla múltiples procesos encaminados a lograr los siguientes objetivos:

- Proveer de manera oportuna las vacantes mediante proceso meritocrático.
- Atender las funciones misionales y de apoyo al interior de la institución.
- Fortalecer las habilidades y competencias de los trabajadores, a través de actividades de capacitación, entrenamiento, inducción y reinducción, acordes con las necesidades identificadas en los diagnósticos realizados.
- Propiciar condiciones para el mejoramiento de la calidad de vida de los servidores públicos de la Entidad y su desempeño laboral, generando espacios de conocimiento, esparcimiento e integración familiar, a través de programas que fomenten el desarrollo integral y atendiendo las necesidades de los servidores y el modelo de cultura organizacional.

## **GESTION DESARROLLADA**

Los procesos más relevantes desarrollados en el área de Talento Humano además de la gestión administrativa, nómina y archivo son:

- Proceso de Actualización y Seguimiento del Cálculo Actuarial del Pasivo Pensional – Pasivocol.
- Proceso de Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP.



**E.S.E HOSPITAL  
REGIONAL DE II NIVEL  
DE SAN MARCOS**  
NIT. 800.191.643-6

**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

- Proceso de Sistema de Certificación Electrónica de Tiempos Laborados – Cetil.
- Proceso de Saneamiento de Aportes Patronales y Depuración de Deudas presuntas con AFP. (Fondos de Pensiones).
- Proceso de Evaluación del Desempeño Laboral.

**ANALISIS DE RESULTADOS**

**PLANTA DE EMPLEOS**

La planta de Personal Global de la ESE Hospital Regional de II Nivel de San Marcos Empresa Social del Estado, está conformada por Cincuenta y Dos (52) Cargos vigentes que tienen un costo anual de **\$1.719.898.872**, el cual incluye el incremento salarial de 2019 equivalente al 4.5%.-

Se encuentran provistos cuarenta y siete (47) cargos y tienen un costo mensual de **\$ 123.991.638.00.-**

Los cargos no provistos (vacantes) generan un ahorro mensual de **\$19.33.276** que al año asciende a **\$231.999.315**

**PASIVOCOL**

Se ha diligenciado la información de la historia laboral de más de 130 funcionarios beneficiarios del pasivo pensional en las bases diseñadas por el Ministerio de Hacienda.

Las bases que se han enviado al Ministerio de Hacienda fueron aprobadas.

**CETIL**

La ESE Hospital Regional de II Nivel San Marcos desde Diciembre de 2018 se encuentra vinculada al Sistema de Certificación Electrónica de Tiempos Laborados –CETIL. Sistema que permite diligenciar y certificar en línea los tiempos de servicios laborados por los funcionarios que han sido vinculados a la entidad.



## **INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

### **SIGEP**

La ESE Hospital Regional de II Nivel San Marcos tiene implementado el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público se han registrado en la plataforma del SIGEP la Hojas de vida de todos los funcionarios activos vinculados a la planta de empleos. Se está realizando el proceso de registro de las Declaraciones de Bienes y Rentas de 2018.-

### **SANEAMIENTO DE APORTES**

El proceso de saneamiento de aportes con los Fondos de Pensiones no se ha continuado. Es importante efectuar la conciliación de los aportes patronales financiados con recursos del SGP durante las vigencias 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016 de acuerdo a la Resolución No 1545 de junio 10 de 2019.-

Además es urgente y necesario depurar el Pasivo Pensional de la ESE Hospital Regional de II Nivel San Marcos, el cual debe abarcar la totalidad de las personas que estuvieron vinculadas desde la vigencia de 1962, según las bases del PASIVOCOL.

Igualmente se deben verificar las deudas por aportes deducidos a los trabajadores y no girados al Fondo de Pensiones.

Con la AFP Colpensiones se ha venido coordinando la corrección de inconsistencias en las Historias laborales de los empleados activos y retirados, mediante el envío de los soportes del pago realizado para poder aplicarlos.

### **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

La oficina de seguridad y la salud en el trabajo (SST) permite que los empleadores desarrollen en el trabajo, un conjunto de acciones dentro de un proceso para tratar de forma básica todos los conceptos factores y requisitos legales que se deben ejecutar en el trabajo los propósitos definidos para el año 2018 un plan de acción basado en la política estructurada para una institución como es el Hospital Regional San Marcos con una trayectoria de gran responsabilidad, sensibilización y humanismo no solo para los clientes externos sino también para los clientes



### ***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

externos. La oficina de Seguridad y Salud en el trabajo viene proyectando las actividades basadas en la normatividad vigente y con gran sentido de compromiso y cumplimiento.

## **ACTIVIDADES**

Dentro de las actividades enmarcadas en el plan de acción 2018, se cumplieron a cabalidad las siguientes:

- Revisión y ajuste al diseño de SG-SST
- Resocialización de la política de SST
- Actualización de la matriz de peligro.
- Conformación del nuevo comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST) periodo 2018-2020
- Realización de Inspecciones informales y formales o planeadas a todos los procesos misionales del Hospital Regional II Nivel De San Marcos.
- Se llevó con gran satisfacción la semana de seguridad y salud en el trabajo involucrando a todas áreas de la institución en la cual se realizaron jornadas de rumbaterapia, charlas de los temas más importantes de SST, entrega de incentivos para el área más limpio y el personal más asistentes a los eventos de la Semana, entre muchas otras.
- Programa de vigilancia del Riesgo Biológico.
- Se realizó la Inducción y Reinducción en SST, basado en el programa que sigue la oficina de SST.
- Se continúa con la inspección del uso de elementos de protección personal.



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

- Se lleva a cabo la respectiva investigación de accidentes de trabajos y vigilancia de procesos a los trabajadores con posibles enfermedades laborales.
- Se cumplió a cabalidad con las respectivas reuniones de los diferentes comités llevados por esta dependencia (Copasst yEmergencia).
- Jornadas de limpieza y desinfección en las áreas del HRSM, principalmente el área de urgencia.
- Realización de jornadas de pausas activas en todas las áreas de la institución enmarcadas más que todo al personal de servicios generales y área administrativa.
- Se reorganizó la brigada de Emergencias de la institución, capacitándola para llevar a cabo el simulacro realizado anualmente.
- Se cumplió con la realización de los exámenes Médicos Ocupacionales a los trabajadores.
- Se llevó a cabo actividad de promoción y prevención de SST, dirigida a todos los trabajadores del HRSM como fue brigada de salud visual solicitada por ellos mismos.

**CAPACITACIONES REALIZADAS DURANTE LA VIGENCIA 2018.**

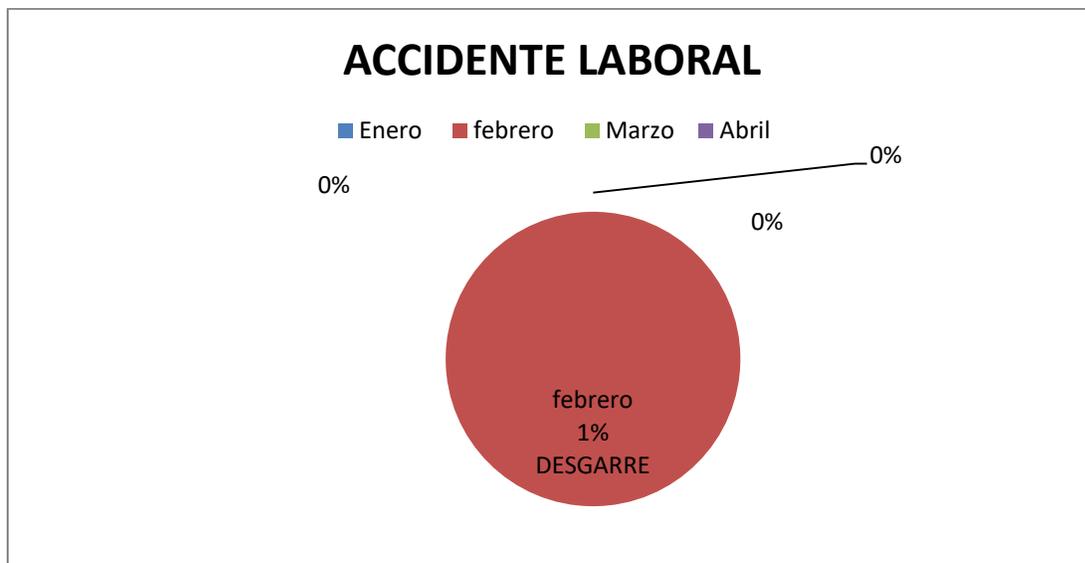
<b>TEMA DE CAPACITACIONES</b>	
1	socialización de reporte de accidente y enfermedad laboral
2	socialización plan de emergencia hostiarios
3	Capacitación socialización manejo integral de residuos hospitalarios y segregación en la fuente.
4	Resocialización manual de bioseguridad
5	Capacitación de importancia del orden y el aseo



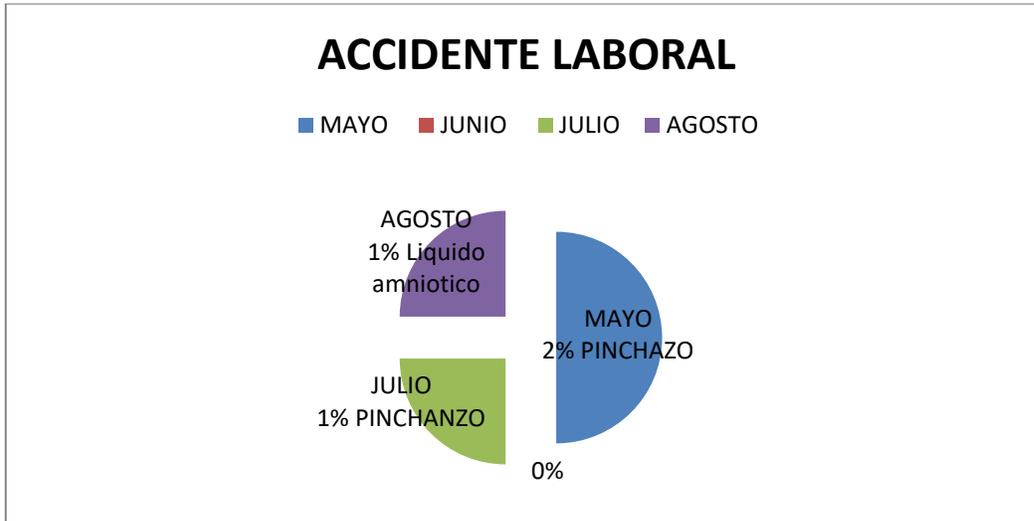
**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

6	Socialización de reporte de accidente y enfermedad laboral
7	Capacitación residuos hospitalarios
8	Capacitación comunicación asertiva
9	Capacitación de los miembros del comité paritario de seguridad y salud en trabajo
10	Capacitación a brigadas y grupo de apoyo
11	Capacitación de prevención de fuego y primeros auxilios
12	Capacitación de manejo de carga
13	Charla de regulación del estrés
16	Socialización estándares de seguridad en la movilización de pacientes y manejo de carga
17	Capacitación de investigación y análisis de accidentes de trabajo (COPASST)
18	Capacitación de inducción al riesgo laboral y notificación y reporte de accidente

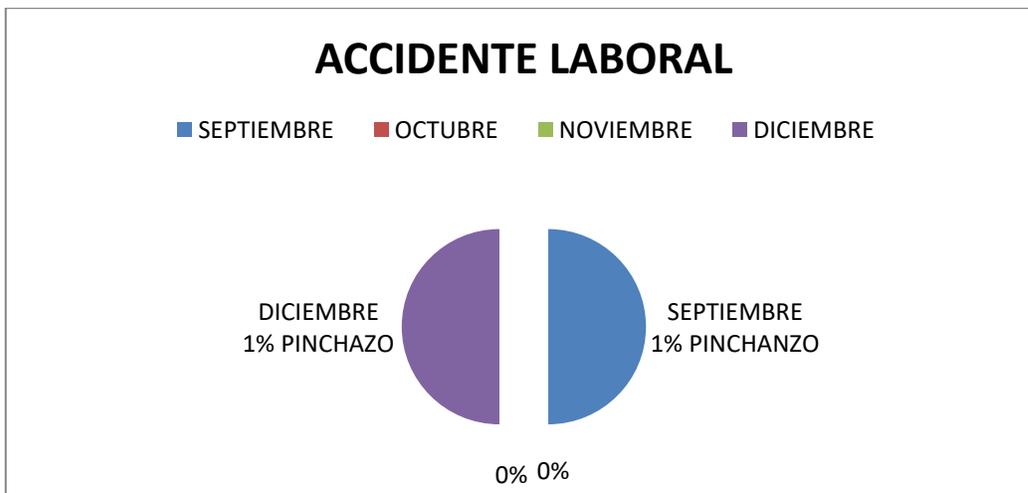
**ACCIDENTES LABORALES**



**ANALISIS:** Como se puede observar la gráfica, durante los 4 primeros meses de 2018 solo se presentó un accidente laboral de tipo Osteomuscular.



**ANALISIS:**En esta grafica observamos que para el periodo comprendido entre Mayo – Agosto de 2018 todos los accidentes ocurridos fueron de tipo biológico.



**ANALISIS:**Para el periodo comprendido entre Septiembre – Diciembre de 2018 la ocurrencia de accidentes sigue siendo de tipo biológico ya solo en dos meses de este periodo.

Durante toda la vigencia 2018 se presentaron 7 accidentes laborales la mayoría de tipo Biológico disminuyendo con relación a la vigencia 2017.



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

Cabe observar que se continúa con la constante educación al personal en todo lo que son normas de bioseguridad y segregación en la fuente pues de anotar que la Seguridad y Salud en el trabajo es responsabilidad de todos.

**EVIDENCIA DE ACTIVIDADES REALIZADAS**

Actividad de pausas activas





**JORNADA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN**





**SEMANA DE SEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO**





**ELECCIONES DEL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN TRABAJO  
(COPASST)**





## **BRIGADA DE SALUD VISUAL**



## **GESTION AMBIENTAL**

### **ACTIVIDADES REALIZADAS**

La entidad cumple el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares “PGYRS” totalmente actualizado y sus respectivos Manuales “MPGYRS” como también el Plan de Gestión Ambiental (PIGA).

En la entidad durante el transcurso del año 2018 hubo una permanente socialización del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares.

Se resocializó la política ambiental con todos los empleados de la E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS.

Se realizó una campaña de ahorro de energía con la participación de los empleados de la E.S.E.



**E.S.E HOSPITAL  
REGIONAL DE II NIVEL  
DE SAN MARCOS**  
NIT. 800.191.643-6

**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

Se realizó una capacitación sobre el manejo de los residuos hospitalarios con el respaldo de la coordinadora de la SG-SST y de la ARL SURA.

Se capacita a los empleados de la E.S.E sobre los temas segregación en la fuente y las normas de Bioseguridad.

Se socializa el PGIRS, haciendo mayor énfasis en la disposición final de los medicamentos en la E.S.E HOSPITAL REGIONAL.

Se realiza una jornada de limpieza y desinfección con el respaldo de las aseo de la E.S.E.

Se realizó reuniones con el propósito del mejoramiento de las unidades sanitarias para evitar los malos olores en el área de urgencias.

Durante el transcurso del año se realizan inspecciones en todas las áreas de la E.S.E con el propósito de controlar y detectar el manejo que se le están dando a los residuos Hospitalarios y similares además, que factores se presentan en la E.S.E HOSPITAL que puedan conllevar a causar efectos sobre el medio ambiente.

Se realizan auditorias de manera mensual a los formatos RH1.

Se organizó el comité de Grupo Administrativo de Gestión Ambiental, mediante el cual se realizaron reuniones mensuales.

Se realizó inspección al parque tecnológico ambiental del caribe en la cual se observaron los procesos efectuados para la disposición final de residuos hospitalarios y similares e industriales.

Se inspeccionó las actividades de mantenimiento y limpieza del entorno físico, vertimientos de aguas residuales, fumigación y control de vectores y roedores, limpieza y adecuación de sistemas de agua potable de la E.S.E hospital regional II nivel san marcos.

La Entidad hace permanentemente control de las actividades que generan riesgo ambiental, evidenciándose el cumplimiento de las recomendaciones del Ministerio de Salud y normatividad vigente.

Se ha dado estricto cumplimiento a los reportes de ley, como evidencia de ese cumplimiento se anexan los reportes a las autoridades ambiental e IDEAM.



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

## **TRABAJO SOCIAL Y SIAU**

Durante este periodo la Trabajadora Social tuvo su intervención ante las necesidades sociales de los usuarios, acompañamiento y apoyo en la resolución de sus problemas en las relaciones humanas, fortaleciendo incrementar su bienestar y el de su familia, relacionados con su medio ambiente e integrar esfuerzos con diferentes actores sociales para solucionar problemas que afectan a los individuos que inciden en el proceso salud – enfermedad, orientando a los usuarios a encontrar respuesta a su necesidad o solución a su problema

La satisfacción del usuario es un tema de interés que ha ido tomando más fuerza, convirtiéndose su medición en el eje fundamental de la evaluación del proceso de atención. Recordando el concepto, la medición de la Satisfacción del Usuario se entiende como el conjunto de actividades necesarias que debe realizar el prestador de los servicios de salud, para conocer en forma técnica y objetiva, la percepción que tienen los usuarios de la calidad, eficiencia, eficacia, efectividad y calidez de la atención en los servicios que han recibido. Esta actividad se realiza a través de encuestas que evalúan el grado de satisfacción de los usuarios y, de acuerdo con los resultados obtenidos, se implementan las acciones de mejora que sean necesarias para intervenir estos resultados, se realizaron encuestas de satisfacción al usuario, en los diferentes servicios de:

- Urgencia
- Hospitalización
- Ambulatorios

Con los resultados de estas encuestas medimos y analizamos la opinión y conceptos de los usuarios, para mejorar cada inconformidad presentada por los usuarios respecto al servicio recibido, en el segundo semestre del 2018, la satisfacción de los usuarios en cuanto a la calidad de los servicios ofertados por la institución fue buena, ya que contamos con una planta física más estructurada, la formación continua del talento humano, en temas de seguridad del paciente y humanización del servicio.

Se realizaron seguimientos en la oficina de información y atención al usuario (SIAU), a los procesos de recepción, registro, trámite y gestión de las solicitudes y peticiones (PQRS), mediante aperturas de buzones de sugerencias todos los lunes,



### ***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

y recepción en la dependencia, dándole respuesta a todas aquellas inquietudes y necesidades de los usuarios así como también combatir las debilidades o amenazas de la Institución reorganizando procesos a través de los planes o acciones de mejoras, producto del análisis realizado a las observaciones hechas por los usuarios.

Charlas de sensibilización a los usuarios sobre deberes y derechos en los diferentes servicios del Hospital Regional San Marcos, con el fin de facilitarles el acceso al conocimiento, manejo y uso de esta información.

Realización de estudios socioeconómicos a usuarios para conocer la situación económica y social de los usuarios, identificando las condiciones de vida, características familiares y de vivienda, el ingreso promedio, para ubicarlo en un nivel de clasificación económica, para identificar áreas en las que es necesario intervenir y determinar el monto del subsidio que obtendrá el paciente, respecto al costo de los servicios de atención médica.

Reunión con los representantes de la Asociación de Usuarios, para escuchar sus inquietudes, quejas y necesidades con el fin de garantizar su pronta y oportuna respuesta

Reunión con los representantes del Comité de Ética con el fin de hacer seguimiento a procesos institucionales, garantizar que se presten servicios con calidad y oportunidad y la defensa de los deberes y derechos de los usuarios en salud.

### **ANALISIS DE RESULTADOS**

**POBLACIÓN ENCUESTADA:** 100 Usuarios que asisten a los servicios que presta la ESE. Hospitalización, Urgencia y Servicios Ambulatorios.

### **FACTORES EVALUADOS:**

- Oportunidad en la prestación del servicio.
- Atención a las solicitudes, peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.
- Acompañamiento y el seguimiento durante la prestación del servicio.
- Calidad de la prestación del servicio.



## **INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

### **Resultados:**

Realizando el consolidado de este indicador a través de encuestas de satisfacción al usuario en los diferentes servicios de la institución en el periodo año 2018, se pudo determinar que el nivel de satisfacción es del 96%. Indicador muy positivo para la institución el cual sirve como incentivo para seguir trabajando en el mejoramiento continuo de los procesos en favor de nuestros usuarios.

En referencia al insumo usado para obtener la información que alimenta este indicador, está definido por las encuestas aplicadas y diligenciadas por los pacientes o usuarios durante el proceso de atención de los servicios ambulatorios y hospitalarios ofertados por la ESE, teniendo en cuenta para esto:

Numero de encuestas aplicadas por servicio

Servicios producto de evaluación

Frecuencia de uso

Metodología de aplicación

Formula de obtención de la muestra para la aplicación

Análisis de resultados

La calidad en la atención al usuario es un reto muy importante para el personal de salud. Por lo general, los usuarios de los servicios opinan que la calidad de los profesionales y de la institución es buena; quienes afirman que reciben la orientación, apoyo y acompañamiento para satisfacer las necesidades que se presentan, sin embargo, la calidad relacional (administrativos y demás personas que presta el servicio, la comunicación con ellos, la información que se les facilita y cómo se les brinda, la capacidad de escucha), no obtiene tan buen resultado. La mayor parte de las quejas y reclamos de los usuarios se presentan por problemas de atención y trato.



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

## **OPORTUNIDAD DE MEJORA**

Se evidencia un crecimiento significativo de demanda de servicios por parte de los usuarios lo que se va a ver reflejado en muchas ocasiones en peticiones quejas y reclamos.

Aun no se evidencia una política clara, adoptada y socializada en lo referente a la atención preferencial de las poblaciones vulnerables.

Se observan aún debilidades en la utilización de los Buzones de Sugerencias por parte de los usuarios para lograr mayor conocimiento a través de este medio cual es la percepción que tiene ellos acerca de la prestación de los servicios utilizados.

De igual forma, se hace necesario fortalecer los mecanismos de registro y seguimiento de PQRS. Actualmente se están implementando una serie de herramientas de registros en la dependencia que permitan obtener información certera de las solicitudes recogidas en los procesos de interacción con los usuarios, en pro del mejoramiento continuo de los servicios.

## **FORTALEZAS**

-Se cuenta con carteleras informativas que orientan al usuario, familiares y visitantes, la cual provee información básica y general de institución y de los servicios ofertados

- Se está cumpliendo con el N<sup>a</sup> de encuestas de satisfacción a realizar en los servicios.

-La entidad dispone de documentos ya socializados e implementados de manuales de procesos y procedimientos de la oficina de sistema de Información y Atención al Usuario SIAU.

-Cumplimiento con los informes periódicos de gestión de parte de la Líder

-Fortalecimiento de la oficina de atención al usuario, mas confiabilidad en el tiempo estipulado y de las manifestaciones



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

-La participación de los coordinadores Subdirección Científica, Recursos Humanos y los de Calidad que analizan las PQRS y facilita el trámite y solución de estas.

-Se cuenta con una funcionaria del área de Trabajo Social designado, para dar respuesta a las solicitudes presentadas por los usuarios, en la oficina de información y atención al usuario SIAU, lo que ha permitido tener una interacción directa con los usuarios.

Cuenta con herramientas adecuadas de participación ciudadana como son:

Buzones de Sugerencias.

Oficina de Atención al Usuario - SIAU.

Línea telefónica exclusiva(095) 2954800

Link de Quejas y Reclamos Página Web.

Link de contactos Página Web [www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co](http://www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co).

Emails [Siau@esehospitalregionalsanmarcos.gov.co](mailto:Siau@esehospitalregionalsanmarcos.gov.co).

Por lo que se cumple con la adopción por parte de la entidad de diferentes medios de divulgación en desarrollo de los principios constitucionales y legales de transparencia, permitiendo a los usuarios ejercer plenamente sus derechos, a través de los diferentes mecanismos de participación y control social.

La oficina de información y atención al usuario (SIAU) de la ESE Hospital Regional de II Nivel de San Marcos, tiene implementados los manuales de procesos de recepción, registro, trámite y gestión de las solicitudes y peticiones radicadas por sus usuarios, usando mecanismos de comunicación que permiten la interacción entre el usuario y la institución.

Producto de este proceso se obtuvieron los datos que conforman el informe de gestión de análisis de PQRS del periodo Julio a Diciembre de 2018, entregando información útil en la detección de no conformidades interpuestas por nuestros usuarios con la oportunidad en las respuestas a las solicitudes, quejas y reclamos presentadas. De igual manera producto del análisis realizado a la información recolectada se logra determinar los ajustes que se requieren para garantizar que el sistema de recepción y gestión de PQRS sea eficiente y logre el objetivo de responder a todas las inquietudes que tiene el usuario sobre los servicios recibidos,



**E.S.E HOSPITAL  
REGIONAL DE II NIVEL  
DE SAN MARCOS**  
NIT. 800.191.643-6

**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

y así contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios que hacen uso de estos servicios que brinda la ESE Hospital Regional de II Nivel de San Marcos.

**ANALISIS DE LA INFORMACIÓN**

A continuación se presenta un análisis descriptivo con base en los datos suministrados a la oficina de SIAU, para el seguimiento y revisión de los procesos de PQRS Periodo año 2018.

**PORCENTAJE A LA GESTION DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y  
SUGERENCIAS EN LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS DURANTE EL AÑO DE 2018**

**TOTAL DE PQRS PRESENTADAS: 15**

Para la construcción del siguiente informe de seguimiento del proceso de recepción, trámite y gestión de las de peticiones Quejas, Reclamos, Sugerencias presentadas por los usuarios de la ESE Hospital Regional de II Nivel de San Marcos, se hace recopilación y análisis de la información a partir de los datos recolectados por medio de los canales de comunicación dispuestos por la institución para la interacción con sus usuarios y teniendo en cuenta los siguientes aspectos relacionados:

**Buzón de sugerencias**

Se realizó la apertura de buzones de sugerencias, soportado con sus respectivas actas como lo define el manual de procesos y procedimientos del área y en los periodos de tiempo establecidos, el cual estipula que este se realice de manera semanal, dichos buzones están ubicados estratégicamente en los servicios de Hospitalización (1), Consulta Externa (5) y Urgencias (0), donde se cuenta con los insumos de formatos de PQRS para que se realicen las respectivas observaciones. Se consolidó la información obtenida a partir de las PQRS instauradas por los usuarios en los diferentes servicios, dando como resultado en el periodo evaluado que la recepción de PQRS en buzones de sugerencia fue del **40%**, de solicitudes presentadas.

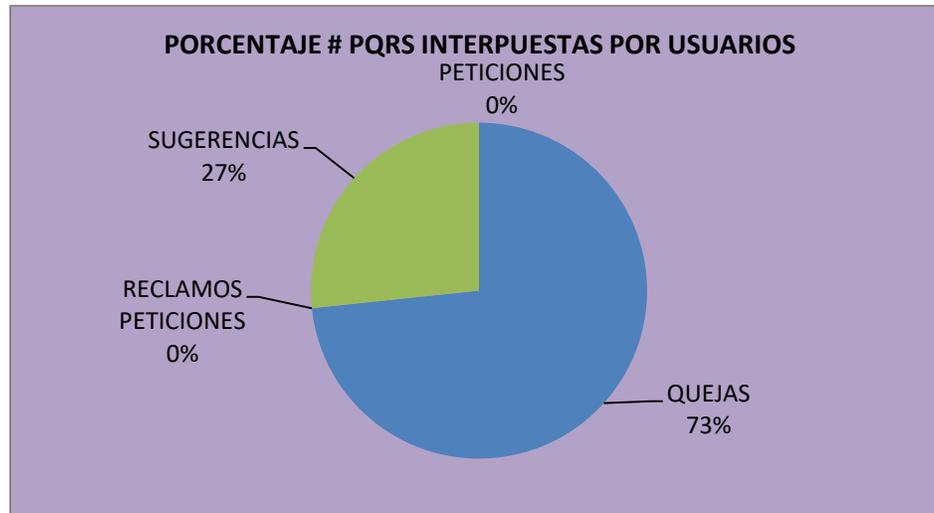
**Personalmente en la Oficina del Sistema de Información y Atención al Usuario  
“SIAU”**

Se puede observar que la recepción PQRS presentadas por los usuarios en la oficina de información y atención al usuario SIAU, las cuales se radicaron ante el funcionario líder de esta dependencia, representaron durante el periodo analizado un **60%**, con nueve (9) solicitudes radicadas.



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

TOTAL:	15	N°	%
QUEJAS		11	73
PETICIONES		0	0
SUGERENCIAS		4	27
RECLAMOS		0	0



**Tipo de solicitudes Recepcionadas**

(Fuente: Buzones de Sugerencias, Recepción directa en la oficina de atención al usuario).

En el análisis relacionado por los tipos de solicitudes presentadas, se puede establecer que el periodo analizado en el año 2018, fueron interpuestas quince (15) solicitudes por nuestros usuarios, de las cuales once (11) fueron presentadas como quejas, lo cual representa un 73% del total de solicitudes presentadas en el periodo y cuatro (4) como sugerencia que representa el 27%, del total de la solicitudes recepcionadas, no presentándose en el periodo analizado felicitaciones y reclamos

TOTAL:	15	N°	%
QUEJAS		11	73
PETICIONES		0	0
SUGERENCIAS		4	27
RECLAMOS		0	0



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

En el análisis de esta grafica podemos demostrar que en el año 2018 se recibieron cinco (11) quejas (73%), y cuatro (4) sugerencia (27%), determinando un porcentaje de dos tipos de solicitudes, para el periodo en mención. En relación a la gestión de quejas y no conformidades presentadas por los usuarios, la Trabajadora Social con el apoyo de los responsables involucrados, se realizan ajustes a los procesos y procedimientos de la dependencia, con el fin de optimizar oportunidades de mejora, apropiándonos en la busca de solución y alternativas a estas PQRS, asimismo se observa la respuesta al usuario cuando quedan registrados los datos

**CLASIFICACIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS RECIBIDAS POR SERVICIO Y/O PROCESOS**

SERVICIO O PROCESO	PETICIONES	QUEJAS	RECLAMOS	SUGERENCIAS	TOTAL
Urgencias		5			5
Programación Cirugías					
Servicio Farmacéutico					
Pediatría					
Medicina Interna		1		1	2
Ginecobstetricia					
Quirúrgica de Mujeres					
Consulta Externa		5		2	7
Laboratorio clínico					
Servicio transfusional					
Ser. Ecografía Dr. Hernandez				1	1
Otras (Hospitalización)					
Servicios Generales					
Infraestructura (Maternidad)					
Servicio de Vigilancia					
<b>TOTAL:</b>		<b>1</b>		<b>4</b>	<b>15</b>

**Cuadro N° 3**

El resultado del análisis del cuadro N°3, muestra que durante el año 2018, las PQRS recibidas por servicio y/o proceso fueron en total quince (15).

Quejas: En el servicio de Urgencias cinco (5), Consulta Externa cinco (5), Medicina Interna una (1).

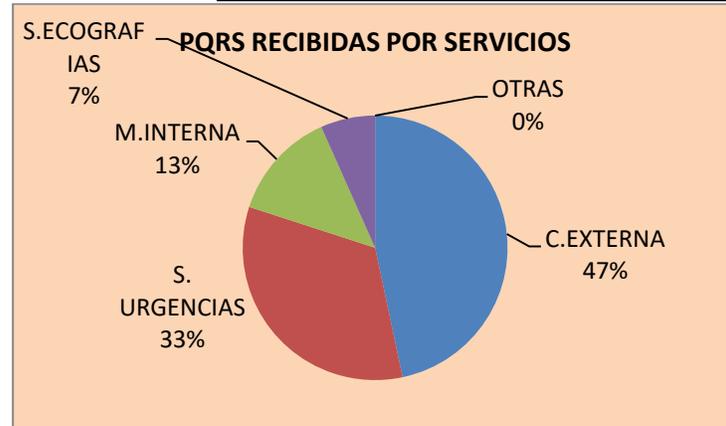
Sugerencias: Una (1) en el servicio de Medicina Interna (erradicación de insectos-hormigas), dos (2) en Consulta Externa y una (1) Ser Ecografías.

<b>C.EXTERNA</b>	<b>47%</b>
<b>URGENCIAS</b>	<b>33%</b>



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

<b>MEDICINA INTERNA</b>	<b>13%</b>
<b>S. ECOGRAFIAS</b>	<b>7%</b>



**CLASIFICACIÓN DE PQRS POR CAUSA GENERADORA E IMPACTO EN LA SALUD Y VIDA DEL PACIENTE Y LA GESTIÓN DE LA EMPRESA**

En el análisis de PQRS relacionadas por causa generadora y el impacto que tiene la queja en la salud y la gestión de la empresa en el periodo evaluado, en el año 2018, en primera medida muestra que de las quince (15) solicitudes recepcionadas por los diferentes mecanismos de participación institucionales dispuestos para este fin, once (11) fueron en modalidad de queja, correspondiente aún 73% del total y cuatro (4) de sugerencia con un 27% del total de solicitudes presentadas.

**CUADRO N°4 CLASIFICACIÓN DE PQRS POR CAUSA GENERADORA E IMPACTO EN LA SALUD Y VIDA DEL PACIENTE**

CLASIFICACIÓN	NUMERO	TIPO	IMPACTO	ESTADO
<b>QUEJAS</b>	<b>11</b>	Prestación de servicios (procesos y procedimientos) Insatisfacción por la demora en la atención, por parte de un profesional de salud (medico), y la no atención de este profesional en el servicio de Urgencias,	<b>MODERADA</b>	<b>CERRADA</b>
		Prestación de servicios (procesos y procedimientos) Trato inadecuado a una paciente por parte de una Auxiliar de Enfermería en el servicio de Hospitalización	<b>MODERADA</b>	<b>CERRADA</b>
		Prestación de servicios (Consulta Externa) Insatisfacción por la demora en la atención en consulta externa por parte del especialista a la hora que le estipularon para esta,	<b>MODERADA</b>	<b>CERRADA</b>
		Prestación de servicios (Consulta Externa)	<b>MODERADA</b>	<b>CERRADA</b>



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

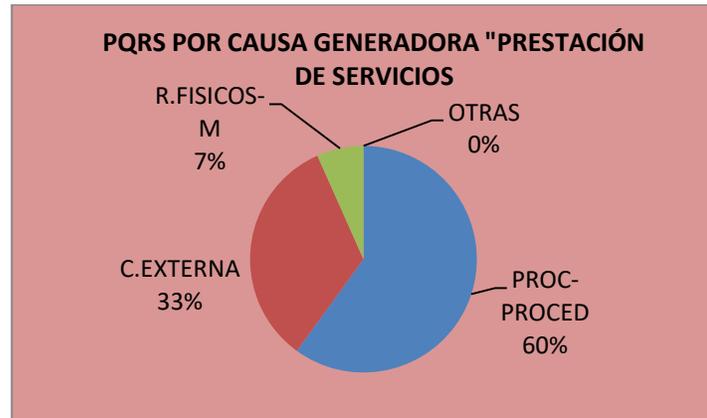
		Insatisfacción por la demora en la atención en consulta externa por parte del especialista a la hora que le estipularon para esta,		
		Prestación de servicios (procesos y procedimientos) *Trato inadecuado a un usuario por un profesional de la salud (grosería) en el servicio de urgencias	<b>MODERADA</b>	<b>CERRADA</b>
		Prestación de servicios (procesos y procedimientos) No atención a un usuario por un profesional de la salud (auxiliar de enfermería) en el servicio de consulta externa	<b>MODERADA</b>	<b>CERRADA</b>
		Prestación de servicios (Consulta Externa) No atención a un usuario por un profesional de la salud (Ginecólogo) en el servicio de consulta externa	<b>MODERADA</b>	<b>CERRADA</b>
		Prestación de servicios (procesos y procedimientos) Queja es enviada por la Secretaria de Salud Municipal el cual solicita descargos por fallas en la no atención a una menor por un profesional de la salud en el TRIAGE (medico) en el servicio de Urgencias	<b>MODERADA</b>	<b>CERRADA</b>
		Prestación de servicios (procesos y procedimientos) Trato inadecuado a un usuario por unos profesionales de la salud (Médicos Generales) en el servicio de urgencias	<b>MODERADA</b>	<b>CERRADA</b>
		Prestación de servicios (procesos y procedimientos) Supuesta irregularidades en la prestación de los servicios de salud en el servicio de Urgencias	<b>MODERADA</b>	<b>CERRADA</b>
		Prestación de servicios (procesos y procedimientos) Agresión con un atril, por un usuario con trastornos mentales en el servicio de urgencias	<b>GRAVE</b>	<b>CERRADA</b>
<b>SUGERENCIAS</b>	<b>4</b>	Prestación de Servicios (Recursos físicos-Mantenimiento) Realizar mantenimiento a los ventiladores que se encuentran instalados en el servicio de Hospitalización (mucho ruido) y la presencia de hormigas en la habitación.	<b>LEVE</b>	<b>CERRADA</b>
		Prestación de servicios (procesos y procedimientos) Que los menores de edad, adulto mayor sean atendidos prioritariamente, en el servicio de Ecografías.	<b>MODERADA</b>	<b>CERRADA</b>
		Prestación de servicios (Consulta Externa) Insatisfacción por el orden de llegada de los usuarios cuando van a apartar una cita para consulta externa.	<b>LEVE</b>	<b>CERRADA</b>
		Prestación de servicios (Consulta Externa)	<b>LEVE</b>	<b>CERRADA</b>



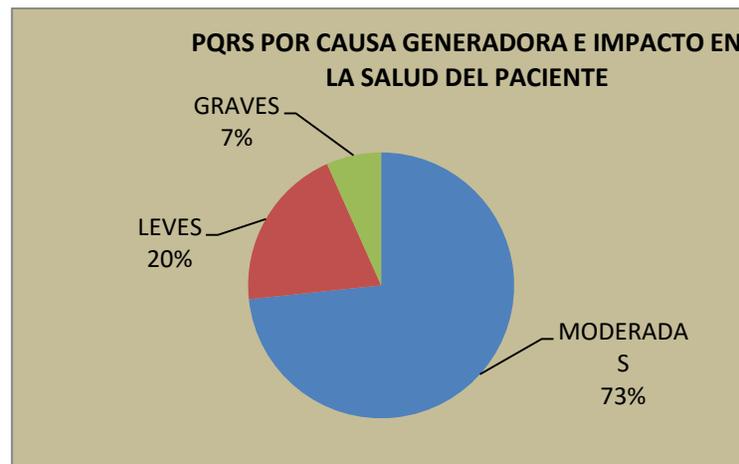
**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

		Insatisfacción por la no atención al usuario por el orden de llegada, cuando van a apartar una cita para consulta externa.		
--	--	--	--	--

<b>P.PROCEDIMI</b>	<b>60%</b>
<b>C.EXTERNA</b>	<b>33%</b>
<b>R.FISICOS-MANTENI</b>	<b>7%</b>



<b>MODERADAS</b>	<b>73%</b>
<b>LEVE</b>	<b>20%</b>
<b>GRAVE</b>	<b>7%</b>



**QUEJAS RESUELTAS Y CERRADAS**

Por Procesos y procedimientos se presentaron quince (15), desagregada de la siguiente manera.

- Una (1) Queja: Insatisfacción por la demora en la atención, por parte de un profesional de salud (medico), y la no atención de este profesional en el servicio de Urgencias, se considera moderada, se comunica a Subdirección Científica sobre el caso presentado, esta queja fue cerrada, con planteamientos de acciones correctivas para que no se vuelvan a repetir estos casos y dándole explicación a la usuaria que expuso la queja.



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

- ▶ Una (1) Queja: Trato inadecuado a una paciente por parte de una Auxiliar de Enfermería en el servicio de Hospitalización, se considera moderada la cual ya fue resuelta, según su estado está cerrada, con planteamiento de acciones correctivas realizadas en los servicios y con respuesta a las usuaria que colocaron la queja.
- ▶ Dos (2) Quejas: Insatisfacción por la demora en la atención en consulta externa por parte del especialista a la hora que le estipularon para esta, se realiza la respectiva investigación sobre la queja presentada y se le informa al usuario el porqué de la demora en la atención por parte del especialista, se considera moderada la cual fue resuelta, según su estado está cerrada con explicación a la usuaria sobre el tema expuesto.
- ▶ Una (1) Sugerencia: Realizar mantenimiento a los ventiladores que se encuentran instalados en el servicio de Hospitalización (mucho ruido), y así evitar que se generen riesgos a los pacientes que se encuentran en este servicio, e insatisfacción por la presencia de hormigas, se considera moderada, en cuanto al mantenimiento del ventilador dañado esta sugerencia fue resuelta la erradicación de hormigas se encuentra en proceso de buscar otro procedimiento para ver cómo se exterminan ya que los venenos que se le echan (Spray), no logran acabarlos, se le informa a la usuaria acerca de lo que se realizó y la forma de cómo se va a combatir esta clase de insectos.
- ▶ Una (1) Queja: Trato inadecuado a una usuaria por un profesional de la salud (especialista) en el servicio de urgencias, se hace llamado de atención con compromisos de no repetición con el fin de recordarle como debe ser el trato y respuesta que le debe brindar a un usuario cuando necesite de sus servicios, además de recomendarle para que cambie de actitud en cuanto a su temperamento hacia los usuarios que llegan a solicitar el servicio en la institución, y así crear una verdadera cultura de calidad en la atención, asociado con la humanización, la ética y los valores.
- ▶ Una (1) Queja: No atención a un usuario por un profesional de la salud (auxiliar de enfermería) en el servicio de consulta externa, se considera moderada la cual ya fue resuelta, según su estado está cerrada, con planteamiento de acciones correctivas realizadas en los servicios y con respuesta a las usuaria que colocaron la queja.
- ▶ Una (1) Sugerencia: Que los menores de edad, adulto mayor sean atendidos prioritariamente, en el servicio de Ecografías, se considera moderada esta sugerencia fue resuelta priorizando la atención de los menores de edad al igual que la población de los adultos mayores y embarazadas, en este caso esta queja fue cerrada con planteamientos de acciones correctivas, quedando que la funcionaria que atiende este servicio, priorice la población antes mencionada con el fin de evitar disgustos en los usuarios, se le dio respuesta a la usuaria personalmente.



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

- ▶ Una (1) Queja: Insatisfacción por la demora en la atención en consulta externa por parte del especialista (Ginecólogo), por estar hablando por celular, se considera moderada, se comunica a Subdirección Científica sobre el caso presentado, esta queja fue cerrada, acordándose con el especialista, evitar responder llamadas y mantener conversaciones por celular mientras este en el proceso de atención a pacientes, en este caso esta queja fue cerrada con respuesta a la usuaria por celular
- ▶ Una (1) Queja: Esta queja es enviada por la Secretaria de Salud Municipal el cual solicita descargos por fallas en la no atención a una menor por un profesional de la salud en el TRIAGE (medico) en el servicio de Urgencias, se considera moderada, ya que fue atendida en el servicio del TRIAGE, se le realizaron una serie de preguntas a la madre de la menor por la enfermedad de la niña, el cual responde que la había llevado al primer nivel que le corresponde, donde le habían indicado manejo de los medicamentos que debía tomar la menor, notando que no había comenzado el tratamiento, en este caso esta queja fue cerrada con respuesta a la Secretaria de Salud Municipal con evidencias de la atención, para que ella le informe a la usuaria sobre la respuesta dada
- ▶ Trato inadecuado a un usuario por unos profesionales de la salud (Médicos Generales) en el servicio de Urgencias, se considera moderada, fue cerrada solicitando disculpas sinceras por los desagradables acontecimientos y compromisos de no repetición tener más tolerancia y dar explicaciones a los usuarios en los casos requeridos.
- ▶ Una (1) Sugerencia: Insatisfacción por la no atención al usuario por el orden de llegada cuando van a apartar una cita por consulta externa, se considera Leve, el Subdirector Científico toma las acciones correctivas que consisten en la apertura de agendas con mayor anticipación, de manera que permita disminuir las aglomeraciones y largas filas al momento de la solicitud y asignación de las citas, con esta modalidad se espera que no se tengan las mismas dificultades y se continúa identificando las distintas situaciones que se puedan presentar e ir tomando las acciones correctivas, a fin de obtener el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales y administrativos que busquen la satisfacción de nuestros usuarios, en este caso esta queja fue cerrada con respuesta a la usuaria por celular.
- ▶ Una (1) Queja: Supuesta irregularidades en la prestación de los servicios de salud en el servicio de Urgencias, se considera moderada, el Subdirector



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

Científico, realizan una investigación a la historia clínica de la paciente, informando que el paciente registra atención el 31 de Agosto a las 11:33 minutos AD 221356, por la doctora Elsy Judith Contreras Gómez, quien clasifica la atención como TRIAGE II y ordena dejar en observación, registra además atención el mismo 31 de Agosto del presente año a las 5:52 valoración por medicina interna, doctor José Ignacio Fernández, quien considera seguir manejo en observación según su evolución, registra de nuevo valoración por medicina interna el 1 de Septiembre de 2018, con el doctor Iván Aldana, quien ordena seguir manejo ambulatorio y ordena de alta, esta queja fue cerrada con respuesta a la Secretaria de Salud, con evidencias de la atención al paciente, observando que la queja es temeraria, toda vez que al usuario se le brindo la atención requerida en forma oportuna y pertinente, la secretaria de salud debe comunicarse con el usuario y explicarle lo que se hizo en el caso expuesto.

- ▶ Una (1) Queja: Agresión con un atril, por un usuario con trastornos mentales en el servicio de urgencias, se considera grave, el Subdirector Científico realiza la gestión de seguimiento a la queja en mención y verifica que el hecho tal como lo anota la usuaria sucedió en el servicio de Urgencias, donde el paciente con trastornos mentales estaba en su habitación, pero con la congestión del servicio y la consecuente ocupación del personal médico y paramédico atendiendo a otros pacientes, el usuario se tornó violento y no se percataron del incidente, este caso fue notificado como evento adverso, esta queja fue cerrada con planteamientos de acciones correctivas, como es que cuando ingresen estos pacientes en estado de agresividad debe notificarse a las autoridades de policía para el acompañamiento con el fin de sedarlo e inmovilizarlos en su momento pertinente y referirlos a una institución para manejo por psiquiatría, ya esta institución no cuenta con este servicio, se le dio respuesta a la usuaria personalmente.
- ▶ Una (1) Sugerencia: Insatisfacción por la no atención al usuario por el orden de llegada, cuando van apartar una cita para consulta externa, se considera leve, se realizan la respectiva gestión de seguimiento a la sugerencia interpuesta por la usuaria, y se concreta que el modelo de atención por orden de llegada se hace pensando en las personas que vienen de la zonas rurales u otros municipios, al priorizar las atenciones en el orden de llegada, para que al desocuparse de manera pronta puedan regresar a sus domicilios lo más temprano posible. La línea telefónica PBX, funciona correctamente y es atendida en citas en el horario que tiene habilitado para tal fin, lo que puede ocurrir es que por las cantidades de llamadas que entran se puede hacer dispendioso esperar a que el turno de la llamada sea respondido, con lo ocurrido el Subdirector Científico espera que



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

no se tengan las mismas dificultades, y se están coordinando con la oficina de sistemas, mirando otras alternativas que puedan facilitar la comunicación vía telefónica que sería lo ideal para evitar que los usuarios que viven lejos puedan tener una comunicación más efectiva, esta queja fue cerrada con respuesta a la usuaria por celular.

**ESTADO DE LAS SOLICITUDES (Necesidades detectadas)**

Dentro de la totalidad de las solicitudes interpuestas a través de PQRS en el periodo evaluado, se observa que las once (11) quejas, y cuatro (4) sugerencias se les dio trámite oportuno interno por parte del líder de la oficina del SIAU, lo que corresponde a un **100%** del total de la solicitudes interpuesta quedando en su gran mayoría cerradas con notificación al usuario en respuesta al proceso de investigación iniciado a partir de la solicitud.

**Cuadro N°5**

<b>ESTADO DE SOLICITUDES (Necesidades Detectadas)</b>	<b>CANTIDAD</b>
Cerrados, o con comunicación de fondo al usuario y seguimiento posterior	15
Sin Respuesta (Términos vencidos)	0
Rechazadas	0
<b>TOTAL:</b>	15

**PROMEDIO TIEMPO DE RESPUESTA DE LAS QUEJAS Y RECLAMOS**

En promedio el tiempo de respuesta a las solicitudes presentadas por los usuarios corresponde a un periodo menor a quince (15) días hábiles, de conformidad con los registros del área de atención a usuarios, usando los mecanismos disponibles de presentación personal en la oficina del SIAU, uso de los buzones de sugerencias y la realización de rondas por los diferentes servicios. Resultados soportados de conformidad con los registros del área de atención a usuarios.

**ANALISIS DE RESULTADOS**

De acuerdo a información suministrada por el área de atención al usuario, se pudo determinar:



## **INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

### **INDICADOR 1: PROPORCION DE RESPUESTAS**

El cumplimiento de este indicador quince (15) solicitudes es del **100%** puesto que se dieron las respuestas oportunas a los usuarios dentro del rango de tiempo establecido en el manual de procesos y procedimientos de la dependencia que determina un tiempo promedio entre 1 y 15 días hábiles, para que las solicitudes interpuestas que son clasificadas según el impacto en salud de los usuarios entre graves, leves y moderadas sean contestadas. Por otro lado se debe mencionar que las respuestas fueron entregadas de forma oportuna a los usuarios que hicieron solicitudes de PQRS, y fueron resueltas en virtud de las necesidades detectadas en nuestros usuarios.

### **INDICADOR 2: RECEPCIÓN, APERTURA Y TRAMITE DE PQRS EN BUZONES DE SUGERENCIAS**

El cumplimiento de este indicador fue de un **100%**, en relación a que el procedimiento de la recepción y apertura de buzones de sugerencias se realizó semanalmente durante estos meses, dejando evidencias del proceso, dándole cumplimiento al el procedimiento de trámite y respuesta a las solicitudes presentadas por los usuarios, aclarando que se cumplió con la oportunidad del tiempo de respuesta, para el cierre de la solicitud del usuario, implementando estrategias de mejoramiento con el fin de brindar un buen servicio a los usuarios que lo solicitan.

### **INDICADOR 3: NIVEL DE SATISFACION GLOBAL**

Aunque la conceptualización y el entendimiento de las causas son complejos y diversos por la percepción subjetiva del usuario sobre los servicios recibidos respecto a sus necesidades y expectativas, en el marco de la prestación de los servicios de salud, la satisfacción del usuario es un tema de interés que ha ido tomando más fuerza, convirtiéndose su medición en el eje fundamental de la evaluación del proceso de atención, recordando el concepto, la medición de la Satisfacción del Usuario se entiende como el conjunto de actividades necesarias que debe realizar el prestador de los servicios de salud, para conocer en forma técnica y objetiva, la percepción que tienen los usuarios de la calidad, eficiencia, eficacia, efectividad y calidez de la atención en los servicios que han recibido. Esta actividad se realiza a través de encuestas que evalúan el grado de satisfacción de los usuarios y, de acuerdo con los resultados obtenidos, se implementan las acciones de mejora que sean necesarias para intervenir estos resultados Realizando el consolidado de este indicador a través de encuestas de satisfacción al usuario en los diferentes servicios de la institución en el año 2018 se pudo determinar que el nivel de satisfacción es del **96%**. Indicador muy positivo para la



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

institución el cual sirve como incentivo para seguir trabajando en el mejoramiento continuo de los procesos en favor de nuestros usuarios.

En referencia al insumo usado para obtener la información que alimenta este indicador, está definido por las encuestas aplicadas y diligenciadas por los pacientes o usuarios durante el proceso de atención de los servicios ambulatorios de urgencias y hospitalarios ofertados por la ESE, teniendo en cuenta para esto:

- ▶ Numero de encuestas aplicadas por servicio
- ▶ Servicios producto de evaluación
- ▶ Frecuencia de uso
- ▶ Metodología de aplicación
- ▶ Formula de obtención de la muestra para la aplicación
- ▶ Análisis de resultados

**PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA PQRS DEL AÑO 2018**

<b>OPORTUNIDAD DE MEJORA</b>	<b>ACCIONES CORRECTIVAS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>RESPONSA BLE</b>	<b>CIERRE DE LA PQRS</b>	<b>F.R 2018</b>	<b>F.C 2018</b>
Notificación a Subdirección Científica, para investigar las causas que llevaron a colocar esta queja, de respuesta sobre esta y tomar acciones correctivas	Reunión con el profesional involucrado en la queja, para iniciar las investigaciones pertinentes sobre el caso y verificar lo sucedido con la paciente.	Se hace llamados de atención con compromisos de no repetición con el fin de recordarle como debe ser el trato y respuesta que le debe brindan a un usuario cuando necesite de sus servicios. Recomendación para que cambie de actitud en cuanto a su temperamento hacia los usuarios que llegan a solicitar el servicio en la institución, y así crear una verdadera cultura de calidad en la atención, asociado con la humanización, la ética y los valores.	Subdirección Científica	Esta queja fue cerrada con planteamientos de mejoramiento con acciones correctivas con respuesta a la usuaria	07/02	14/02
Notificación a la Coordinadora de Enfermeras, para que	Se reúne con la auxiliar implicada, para comunicarle sobre la queja	La funcionaria comunica que en ningún momento fue grosera con la usuaria, que esta se molesta	Coordinadora de Enfermería	.	13/03	21/3



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

dé respuesta sobre la queja expuesta	expuesta y escuchar su versión sobre el caso, informando la funcionaria que fue lo que sucedió.	porque tenía que encender la luz para los tratamientos de las otras pacientes ya que la sala donde está hospitalizada no es unipersonal, no considerándolo como una falta ante la paciente ya que ella estaba realizando la labor que le correspondía como auxiliar. La Jefe les recuerda sobre la importancia de una buena atención al paciente tanto en trato como en procedimientos.				
Notificación a Subdirección Científica, para que tenga conocimiento sobre el caso presentado, de respuesta sobre la queja y tomar acciones correctivas	Se investiga sobre el caso presentado por el usuario. Se comunica a los usuarios acerca de la atención de la consulta por parte de los especialistas (No tiene hora de llegada por rondas Medicas en Hospitalización y Urgencias.)	Información al usuario sobre los procesos que se llevan dentro de la institución. La Trabajadora Social en las rondas diarias que realiza en consulta externa siempre comunica a los usuarios sobre el porqué de la demora en la atención por parte de los especialistas.	Subdirección Científica	Esta queja fue cerrada el Subdirector Científico establecerá un plan de mejoramiento que conlleven a mejorar estas quejas, y puedan ser atendidos los usuarios de una forma más rápida, para que estos hechos no generen insatisfacción en los usuarios.	12/03	15/03
Notificación a Subdirección Científica, para que tenga conocimiento sobre el caso presentado, de respuesta sobre la queja y tomar acciones correctivas	Se investiga sobre el caso presentado por la usuaria. Se comunica a los usuarios acerca de la atención de la consulta por parte de los especialistas (No tiene hora de llegada por	Información al usuario sobre los procesos que se llevan dentro de la institución. La Trabajadora Social en las rondas diarias que realiza en consulta externa siempre comunica a los usuarios sobre el porqué de la demora en la atención por parte de los especialistas.	Subdirección Científica		20/03	26/03



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

	rondas Medicas en Hospitalización y Urgencias.)					
Notificación al Jefe de Recursos Físicos, con el fin de tenga conocimiento sobre la sugerencia presentada y buscar la solución para este caso.	El Jefe de Recursos Físicos, realiza la inspección del área donde se encuentra el ventilador , para verificar sobre los daños que presenta además verifica sobre los insectos mencionados(hormigas), para buscar la solución a este problema presentado,	Se realizó mantenimiento al ventilador dañado quedando en buen estado para su utilización nuevamente, en cuanto a la erradicación de las hormiga se está buscando una solución temporal un veneno que no atente contra la salud de los pacientes que se encuentran hospitalizados en este servicio y en los todos los demás.		Esta queja fue cerrada con planteamientos de mejoramiento con acciones correctivas con respuesta a la usuaria	13/03	21/03
Notificación a Subdirección Científica, para investigar las causas que llevaron a colocar esta queja, de respuesta sobre esta y tomar acciones correctivas	. Se realiza reunión con el profesional involucrado en la queja, para iniciar las investigaciones pertinentes sobre el caso y verificar lo sucedido con la usuaria,	Reconocimiento por parte del especialista sobre su comportamiento despectivo y grosero hacia la usuaria. Después de realizar la gestión de seguimiento, se hace llamado de atención con compromisos de no repetición. Se le recuerda la forma adecuada del trato, el cual debe ser con calidad, amable y cortés y respuesta que le debe brindar a un usuario cuando necesite de sus servicios. Se hace recomendación sobre la cultura de la calidad en la atención, trato humanizado y consideración con la dignidad de las personas que acuden a solicitar servicios de salud y a los familiares de los mismos.	Subdirección Científica	Esta queja fue cerrada con planteamientos de acciones correctivas, se llevara un registro de quejas por profesionales y evaluar las cantidades y motivos de las quejas que se presentan, se le dio respuesta a la usuaria personalmente.	21/03	05/04



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

<p>Notificación a la Coordinadora de Enfermeras, para que investigue las causas que llevaron a colocar esta queja, de respuesta sobre esta y tomar acciones correctivas</p>	<p>Reunión con la auxiliar involucrada en la queja, para iniciar las investigaciones pertinentes sobre el caso y verificar lo sucedido con la paciente.</p>	<p>Realizando el respectivo seguimiento a la queja presentada la funcionaria manifiesta, que el especialista que iba atender las consultas de Ortopedia de ese día, se presentó tarde ya que tuvo que entrar al quirófano para intervenir unos pacientes quirúrgicamente, pero a los usuarios se les explico la demora en la atención, además se les informa cuando llega el especialista que debían pasar primero los que venían de veredas u otros municipios, en cuanto a repetir los nombres el mismo especialista manda el nombre del usuario que va atender, la auxiliar que presta la atención en este servicio en muchas ocasiones tiene que trasladarse a varios consultorios de ahí que a veces en algún momento no se encuentra en su sitio de trabajo, en cuanto a que come en horas laborales ella manifiesta que lo hizo con una ensalada de frutas ya que padece de gastritis y le extendió su jornada laboral.</p>	<p>Coordinadora de Enfermeras</p>	<p>En este caso esta queja fue cerrada con planteamientos de acciones correctivas, manifestándole a la funcionaria la comunicación que debe tener con los usuarios recordándoles siempre sus turnos y responderle cuando se acercan a hacerle alguna pregunta, se le informa personalmente sobre los descargos y respuesta a la queja expuesta.</p>	<p>05/06</p>	<p>13/06</p>
<p>Notificación a Subdirección Científica, para investigue las causas que llevaron a colocar esta sugerencia, de respuesta sobre esta y tomar acciones correctivas</p>	<p>Se reúne con el profesional del servicio de Ecografías, para comunicarle sobre la sugerencia y buscar una solución para este caso presentado.</p>	<p>Reunión con el profesional involucrado en la sugerencia, para iniciar las investigaciones pertinentes sobre el caso presentado, el especialista manifiesta estar de acuerdo que la atención de los menores de edad al igual que la población de</p>	<p>Subdirección Científica</p>	<p>Esta queja fue cerrada con planteamientos de acciones correctivas, quedando que la auxiliar del servicio debe informar al especialista la</p>	<p>15/05</p>	<p>30/05</p>



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

		los adultos mayores y embarazadas debe ser prioritaria.		presencia de esta población que requiera dicha atención, se le dio respuesta a la usuaria personalmente		
Notificación a Subdirección Científica, para investigar las causas que llevaron a colocar esta queja, de respuesta sobre esta y tomar acciones correctivas	Reunión con el profesional involucrado en la queja, para iniciar las investigaciones pertinentes sobre el caso y verificar lo sucedido con la paciente.	El especialista se compromete a no atender llamadas telefónicas cuando está atendiendo un usuario. El especialista entiende la molestia de la usuaria y solicita que se le ofrezca una disculpa a su nombre. El Subdirector Científico acuerda con el especialista, evitar responder llamadas y mantener conversaciones por celular mientras este en el proceso de atención a pacientes	Subdirección Científica	Esta queja fue cerrada con planteamientos de mejoramiento con acciones correctivas con respuesta a la usuaria	13/08	22/08
Notificación a Subdirección Científica, para investigar las causas que llevaron a colocar esta queja, de respuesta sobre esta y tomar acciones correctivas	Reunión con el profesional, para iniciar las investigaciones sobre el caso y verificar lo sucedido con la paciente. Realizar la respectiva gestión de seguimiento a la queja presentada. Solicitud a la profesional involucrada en la queja información sobre la no atención a la menor	Después de ser investigada la queja, se verifica con evidencias que si fue atendida en el servicio del TRIAGE. Se le realiza una serie de pregunta a la madre de la menor por la enfermedad de la niña, el cual responde que la había llevado al primer nivel que le corresponde, mas no le comenzó el tratamiento. Por el trato indebido de los usuarios al cuerpo médico y asistencial en general, se acordó elevar la queja a la respectiva EPS, con el fin de que tengan la obligación de resaltar a sus asegurados, los deberes que tiene como usuarios	Subdirección Científica	Esta queja fue cerrada con respuesta a la Secretaria de Salud Municipal para que ella le informe a la usuaria sobre la respuesta dada.	29/08	30/08



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

<p>Notificación a Subdirección Científica, para que investigue las causas que llevaron a colocar esta queja, de respuesta sobre esta y tomar acciones correctivas</p>	<p>Reunión con los profesionales, para iniciar las investigaciones pertinentes sobre el caso y verificar lo sucedido con la paciente. Establecer si el familiar del usuario fue atendido por los profesionales en turno. Brindar información acerca de las demoras a los pacientes que esperan en el servicio.</p>	<p>Verificación de la atención a la usuaria, por parte de los profesionales cuestionados. La usuaria fue atendida con evidencias por otro profesional que se encontraba en otro servicio (maternidad). Autoevaluar el desempeño profesional siendo amables, teniendo un trato cordial, cálido y empático en la atención. Evitar choques con el paciente, estar en actitud de escuchar, y establecer límites para todo tipo de conducta</p>	<p>Subdirección Científica</p>	<p>Esta queja fue cerrada, ambos solicitan disculpas sinceras por los desagradables acontecimientos y compromisos de no repetición tener más tolerancia y dar explicaciones a los usuarios en los casos requeridos.</p>	<p>27/09</p>	<p>04/10</p>
<p>Notificación a Subdirección Científica, para que tenga conocimiento sobre el caso presentado, de respuesta sobre la queja y tomar acciones correctivas</p>	<p>Se investiga sobre la sugerencia presentada por los usuarios firmantes. Se comunica a los usuarios acerca de la atención de la consulta por parte de los especialistas (No tiene hora de llegada por rondas Medicas en Hospitalización y Urgencias.)</p>	<p>Información al usuario sobre los procesos que se llevan dentro de la institución. Apertura de agendas con mayor anticipación, de manera que permita disminuir las aglomeraciones y largas filas al momento de la solicitud y asignación de las citas. Ir identificando situaciones que se vayan presentando, para mejorar procesos asistenciales y administrativos que busquen la satisfacción de nuestros usuarios</p>	<p>Subdirección Científica</p>	<p>Esta queja fue cerrada, esperando no tener las mismas dificultades, identificando las distintas situaciones que se puedan presentar.</p>	<p>13/09</p>	<p>22/08</p>
<p>Notificación a Subdirección Científica, para que tenga conocimiento sobre el caso presentado, de respuesta sobre la</p>	<p>Reunión con el equipo profesional en turno, para iniciar las investigaciones sobre el caso y verificar lo</p>	<p>El Subdirector Científico, realizan una investigación a la historia clínica de la paciente, informando que el paciente registra atención el 31 de Agosto a las 11:33 minutos AD 221356, por la doctora Elsi</p>	<p>Subdirección Científica</p>	<p>esta queja fue cerrada con respuesta a la Secretaria de Salud, con evidencias de la atención al paciente,</p>	<p>09/10</p>	<p>19/10</p>



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

queja y tomar acciones correctivas	sucedido con la paciente. Realizar la respectiva gestión de seguimiento a la queja presentada.	Judith Contreras Gómez, quien clasifica la atención como TRIAGE II y ordena dejar en observación, registra además atención el mismo 31 de Agosto del presente año a las 5:52 valoración por medicina interna, doctor José Ignacio Fernández, quien considera seguir manejo en observación según su evolución, registra de nuevo valoración por medicina interna el 1 de Septiembre de 2018, con el doctor Iván Aldana, quien ordena seguir manejo ambulatorio y ordena de alta,		observando que la queja es temeraria, toda vez que al usuario se le brindo la atención requerida en forma oportuna y pertinente, la secretaria de salud debe comunicarse con el usuario y explicarle lo que se hizo en el caso expuesto		
Notificación a Subdirección Científica, para que tenga conocimiento sobre el caso presentado, de respuesta sobre la queja y tomar acciones correctivas	Reunión con el equipo profesional en turno, para iniciar las investigaciones sobre el caso y verificar lo sucedido con la paciente. Realizar la respectiva gestión de seguimiento a la queja presentada.	EL Subdirector Científico realiza la gestión de seguimiento a la queja en mención y verifica que el hecho tal como lo anota la usuaria sucedió en el servicio de Urgencias, donde el paciente con trastornos mentales estaba en su habitación, pero con la congestión del servicio y la consecuente ocupación del personal médico y paramédico atendiendo a otros pacientes, el usuario se tornó violento y no se percataron del incidente, este caso fue notificado como evento adverso.	Subdirección Científica	Esta queja fue cerrada con planteamientos de acciones correctivas, como es que cuando ingresen estos pacientes en estado de agresividad debe notificarse a las autoridades de policía para el acompañamiento con el fin de sedarlo e inmovilizarlos en su momento pertinente y referirlos a una institución para manejo por psiquiatría, ya esta institución no cuenta con este servicio, se le dio respuesta	13/11	23/11



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

				a la usuario personalmente.		
Notificación a Subdirección Científica, para que tenga conocimiento sobre el caso presentado, de respuesta sobre la queja y tomar acciones correctivas	Se investiga sobre la sugerencia presentada por la usuaria firmante. Se comunica a la usuaria sobre los procesos que se realizan en la institución acerca de la atención de la consulta por parte de los especialistas (No tiene hora de llegada por rondas Medicas en Hospitalización y Urgencias.)	Se realizan la respectiva gestión de seguimiento a la sugerencia interpuesta por la usuaria, y se concreta que el modelo de atención por orden de llegada se hace pensando en las personas que vienen de la zonas rurales u otros municipios, al priorizar las atenciones en el orden de llegada, para que al desocuparse de manera pronta puedan regresar a sus domicilios lo más temprano posible. La línea telefónica PBX, funciona correctamente y es atendida en citas en el horario que tiene habilitado para tal fin, lo que puede ocurrir es que por las cantidades de llamadas que entran se puede hacer dispendioso esperar a que el turno de la llamada sea respondido	Subdirección Científica	Con lo ocurrido el Subdirector Científico espera que no se tengan las mismas dificultades, y se están coordinando con la oficina de sistemas, mirando otras alternativas que puedan facilitar la comunicación vía telefónica que sería lo ideal para evitar que los usuarios que viven lejos puedan tener una comunicación más efectiva, esta queja fue cerrada con respuesta a la usuaria por celular	13/11	23/11

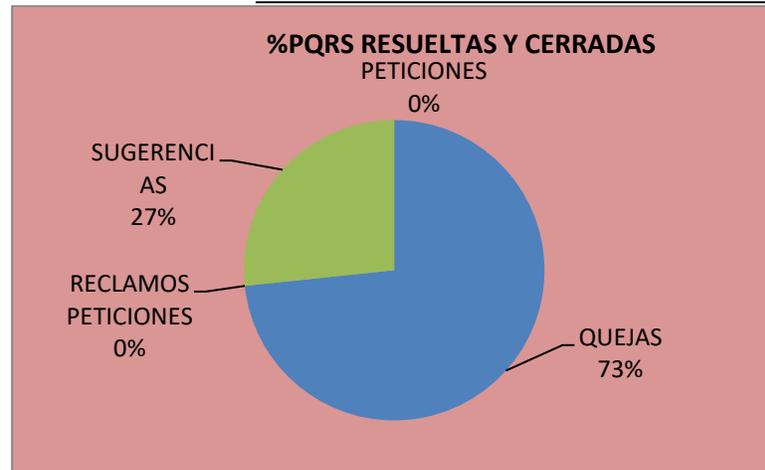
N° %

▶ QUEJAS	11	83
▶ PETICIONES	0	0
▶ SUGERENCIAS	4	17
▶ RECLAMOS	0	0



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

QUEJAS	73%
PETICIONES	0%
RECLAMOS	0%
SUGERENCIAS	27%



### OPORTUNIDAD DE MEJORA

- ▶ Se evidencia un crecimiento significativo de demanda de servicios por parte de los usuarios lo que se va a ver reflejado en muchas ocasiones en peticiones quejas y reclamos.
- ▶ No se evidencia una política clara, adoptada y socializada en lo referente a la atención preferencia de las poblaciones vulnerables.
- ▶ Se observan aún debilidades en la utilización de los Buzones de Sugerencias por parte de los usuarios para lograr mayor conocimiento a través de este medio cual es la percepción que tiene ellos acerca de la prestación de los servicios utilizados.
- ▶ De igual forma, se hace necesario fortalecer los mecanismos de registro y seguimiento de PQRS. Actualmente se están implementando una serie de herramientas de registros en la dependencia que permitan obtener información certera de las solicitudes recogidas en los procesos de interacción con los usuarios, en pro del mejoramiento continuo de los servicios.

### FORTALEZAS

- Se cuenta con carteleras informativas que orientan al usuario, familiares y visitantes, la cual provee información básica y general de institución y de los servicios ofertados
- Se está cumpliendo con el N<sup>o</sup> de encuestas de satisfacción a realizar en los servicios.



**E.S.E HOSPITAL  
REGIONAL DE II NIVEL  
DE SAN MARCOS**  
NIT. 800.191.643-6

#### ***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

-La entidad dispone de documentos ya socializados e implementados de manuales de procesos y procedimientos de la oficina de sistema de Información y Atención al Usuario SIAU.

-Cumplimiento con los informes periódicos de gestión de parte de la Líder

-Fortalecimiento de la oficina de atención al usuario, mas confiabilidad en el tiempo estipulado y de las manifestaciones

-La participación de los coordinadores Subdirección Científica, Recursos Humanos, Recursos Físicos, Coordinadora de Enfermeras, que analizan las PQRS y facilita el trámite y solución de estas.

-Se cuenta con una funcionaria del área de Trabajo Social designado, para dar respuesta a las solicitudes presentadas por los usuarios, en la oficina de información y atención al usuario SIAU, lo que ha permitido tener una interacción directa con los usuarios.

-Cuenta con herramientas adecuadas de participación ciudadana como son:

- ▶ Buzones de Sugerencias.
- ▶ Oficina de Atención al Usuario - SIAU.
- ▶ Línea telefónica exclusiva(095) 2954800
- ▶ Link de Quejas y Reclamos Página Web.
- ▶ Link de contactos Página Web [www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co](http://www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co).
- ▶ Emails [Siau@esehospitalregionalsanmarcos.gov.co](mailto:Siau@esehospitalregionalsanmarcos.gov.co).

Por lo que se cumple con la adopción por parte de la entidad de diferentes medios de divulgación en desarrollo de los principios constitucionales y legales de transparencia, permitiendo a los usuarios ejercer plenamente sus derechos, a través de los diferentes mecanismos de participación y control social.

#### **RECOMENDACIONES**

- ▶ Se recomienda implementar estrategias para el manejo de las agendas de medico especialistas, que mejoren la atención en lo que respecta a los tiempos que de espera para ser atendidos
- ▶ Continuar con el reforzamiento de las políticas en el mejoramiento de la atención a los usuarios.
- ▶ Se recomienda que el líder de la oficina de información y atención al usuario de la ESE siga comprometida y participe activamente en el seguimiento y gestión de los procesos y procedimientos propios de su dependencia, evidenciando la gestión realizada en informes periódicos que den un marco



***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

de referencia para la proyección del mejoramiento de las condiciones de atención a los usuarios.

- ▶ Dar trato preferencial al niño, a la mujer embarazada y al anciano de acuerdo a su estado de salud
- ▶ Analizar las principales causas de reclamo y quejas por parte de los usuarios, de forma que permitan la implementación de acciones de mejora por parte de la entidad, implementando las herramientas necesarias que sirvan para determinar por medio indicador de gestión los avances alcanzados dentro de la organización.
- ▶ Se recomienda fortalecer la política del buen trato operativizando esta estrategia e implementado acciones de sensibilización y acciones de seguimiento, evaluación mejoramiento
- ▶ Disminuir a través de mejoramiento continuo en los servicios el número de quejas y sugerencias, tomando los correctivos oportunamente.

**CONCLUSION:**

- ▶ Se cuenta con un procedimiento documentado sobre la forma como deben realizarse las quejas y reclamos en la institución y con la oficina del SIAU, quien es la encargada de recibir y dar trámite a las quejas y reclamos presentados por los usuarios referente a la prestación de los servicios de salud, dando de esta forma cumplimiento a lo estipulado en el artículo 76 de la ley 1474 de 2011.
- ▶ En la página web de nuestra entidad de salud [www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co](http://www.esehospitalregionalsanmarcos.gov.co), se cuenta con un Link denominado Información al usuario, el cual contiene el formulario o formato para presentar quejas, reclamos y sugerencias, como también la oficina del SIAU y buzones de PQRS.
- ▶ Existe responsabilidad por parte de los líderes de procesos, por dar oportunamente y dentro del término legal respuesta a las quejas, reclamos y sugerencias, realizadas por los usuarios.
- ▶ De igual manera producto del análisis realizado a la información recolectada se logra determinar los ajustes que se requieren para garantizar que el sistema de recepción y gestión de PQRS sea eficiente y logre el objetivo de responder a todas las inquietudes que tiene el usuario sobre los servicios recibidos, y así contribuir a mejorar la calidad de atención a los usuarios que hacen uso de estos servicios que brinda la ESE Hospital Regional de II Nivel de San Marcos.



**E.S.E HOSPITAL**  
**REGIONAL DE II NIVEL**  
**DE SAN MARCOS**  
NIT. 800.191.643-6

**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

## **AREA FINANCIERA**

### **PRESUPUESTO**

En el marco del decreto 111/96 se estableció un presupuesto de Ingresos y Gastos para la ESE San Marcos, durante el desarrollo de la vigencia 2018, basado en la capacidad de oferta, estrategias de recaudos y austeridad del gasto.

El presupuesto para la vigencia fiscal del 2018, se fija según Acuerdo de Junta directiva 008 del 26 de diciembre del 2017, el cual que da establecido de la siguiente forma.



**Presupuesto de Ingresos.**

<b>PRESUPUESTO DE INGRESOS - 2018.</b>				
<b>PRESUPUESTO DE INGRESOS</b>	<b>Inicial</b>	<b>Modi</b>	<b>Adic</b>	<b>definit</b>
	<b>17,155,570,445</b>		<b>431,214,316</b>	<b>17,586,784,761</b>
Disponibilidad Inicial	0	0		431,214,316
<b>INGRESOS</b>	<b>17,155,570,445</b>			<b>17,155,570,445</b>
<b>INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>15,655,570,445</b>	<b>0</b>		<b>15,655,570,445</b>
<b>INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS</b>	<b>15,655,570,445</b>	<b>0</b>		<b>15,655,570,445</b>
<b>VENTA DE SERVICIO DE SALUD</b>	<b>10,386,668,305</b>			<b>10,386,668,305</b>
Regimen Contributivo	210,000,000	0		210,000,000
Regimen Subsidiado	8,346,969,566	0		8,346,969,566
<b>ATENCION PPNA</b>	<b>1,146,076,298</b>	<b>0</b>		<b>1,146,076,298</b>
SGP Departamento	500,000,000	0		500,000,000
SGP Nacion	646,076,298	0		646,076,298
ADRES - Reclamaciones - ECAT	150,000,000	0		150,000,000
Aseguradoras - Accidentes de Transito	137,990,127	0		137,990,127
Regimen especiales	295,632,314			295,632,314
Coopagos	100,000,000	0		100,000,000
Cuentas por Cobrar	4,460,101,641	0		4,460,101,641
<b>APORTES</b>	<b>768,800,499</b>	<b>0</b>		<b>768,800,499</b>
Aportes Departamentales	768,800,499	0		768,800,499
<b>OTROS INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>40,000,000</b>	<b>0</b>		<b>40,000,000</b>
Otros ingresos Corrientes - (arriendo)	40,000,000	0		40,000,000
<b>INGRESOS DE CAPITAL</b>	<b>1,500,000,000</b>	<b>0</b>		<b>1,500,000,000</b>
Recurso del Balance	0	0		0
<b>RECUPERACION DE CARTERA</b>	<b>1,500,000,000</b>	<b>0</b>		<b>1,500,000,000</b>
Recuperacion de Cartera	1,500,000,000			1,500,000,000
<b>Gran Total</b>	<b>17,155,570,445</b>	<b>0</b>	<b>431,214,316</b>	<b>17,586,784,761</b>



<b>Ejecucion de Ingresos Vigencia 2018.</b>		
<b>Detalle</b>	<b>Reconocimiento, o venta de servicios</b>	<b>Recaudos</b>
	<b>111%</b>	<b>66%</b>
<b>PRESUPUESTO DE INGRESOS</b>	<b>19,574,033,479</b>	<b>13,000,326,880</b>
Disponibilidad Inicial	431,214,316	431,214,316
<b>INGRESOS</b>	<b>19,142,819,163</b>	<b>12,569,112,564</b>
<b>INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>18,136,891,773</b>	<b>11,563,185,174</b>
<b>INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS</b>	<b>18,136,891,773</b>	<b>11,563,185,174</b>
<b>VENTA DE SERVICIO DE SALUD</b>	<b>13,592,185,006</b>	<b>7,018,478,407</b>
Regimen Contributivo	804,881,866	70,278,787
Regimen Subsidiado	10,809,959,508	5,959,317,088
<b>ATENCION PPNA</b>	<b>1,235,010,784</b>	<b>725,005,643</b>
SGP Departamento	721,677,451	211,672,310
SGP Nacion	513,333,333	513,333,333
ADRES - Reclamaciones - ECAT	299,830,776	22,723,986
Aseguradoras - Accidentes de Transito	152,949,883	66,268,358
Regimen especiales	210,375,585	95,707,940
Coopagos	79,176,605	79,176,605
Cuentas por Cobrar	4,057,027,969	4,057,027,969
<b>APORTES</b>	<b>483,317,042</b>	<b>483,317,042</b>
Aportes Departamentales	483,317,042	483,317,042
<b>OTROS INGRESOS CORRIENTES</b>	<b>4,361,756</b>	<b>4,361,756</b>
Otros ingresos Corrientes - (arriendo)	4,361,756	4,361,756
<b>INGRESOS DE CAPITAL</b>	<b>1,005,927,390</b>	<b>1,005,927,390</b>
<b>RECUPERACION DE CARTERA</b>	<b>1,005,927,390</b>	<b>1,005,927,390</b>
Recuperacion de Cartera	1,005,927,390	1,005,927,390
<b>Gran Total</b>	<b>19,574,033,479</b>	<b>13,000,326,880</b>

La falta de compromiso por parte de los aseguradores, llevaron a la disminución del giro directo en algunos meses, al igual que el incumplimiento de los acuerdos de pagos pactados en las conciliaciones de cobros de cartera, afectando de forma directa nuestro volumen de recaudo.

La entidad aún sigue implementando acciones de mejoramiento en los procesos, en cuanto a tiempo y calidad de la información facturada, buscando garantizar disminución en los volúmenes de glosas y mejoramiento en los tiempos de desembolso por parte de las EAPB de acuerdo a la normatividad vigente



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

**Presupuesto de Gastos.**

Descripcion	Presupuesto de Gastos - 2018.			
	Inicio	Modificacion	Adición	Definitivo
<b>PRESUPUESTO DE GASTOS</b>	<b>17,155,570,445</b>	<b>-</b>	<b>431,214,316</b>	<b>17,586,784,761</b>
<b>GASTOS DE PERSONAL</b>	<b>11,623,771,000</b>	<b>329,281,571</b>	<b>-</b>	<b>11,953,053,058</b>
<b>GASTOS DE ADMINISTRACION</b>	<b>3,408,704,000</b>	<b>120,361,436</b>	<b>-</b>	<b>3,529,065,552</b>
<b>Servicios Personales Asoci. A la Nomina</b>	<b>1,004,199,530</b>	<b>(16,601,016)</b>	<b>-</b>	<b>985,598,514</b>
Sueldo personal de Nomina	770,470,260	(7,826,949)	-	762,643,311
Horas extras Dom, Fest y Recargos Noct	20,269,045	(4,906,614)	-	15,362,431
<b>Otros Servicios Personales Asoci. A la Nomina</b>	<b>211,460,225</b>	<b>(3,867,453)</b>	<b>-</b>	<b>207,592,772</b>
<b>Servicios Personales Indirectos</b>	<b>1,972,088,000</b>	<b>151,000,000</b>	<b>-</b>	<b>2,123,088,000</b>
<b>Contribuciones Inherente.Nomina sector Priv</b>	<b>293,852,814</b>	<b>(6,037,548)</b>	<b>-</b>	<b>287,815,266</b>
<b>GASTOS DE OPERACIÓN</b>	<b>8,215,067,371</b>	<b>208,920,135</b>	<b>-</b>	<b>8,423,987,506</b>
<b>Servicios Personales Asoci. A la Nomina</b>	<b>1,267,741,397</b>	<b>(326,682,547)</b>	<b>-</b>	<b>941,058,850</b>
Sueldo personal de Nomina	932,513,724	(264,000,000)	-	668,513,724
Horas extras Dom, Fest y Recargos Noct	122,041,203	(10,000,000)	-	112,041,203
<b>Otros Servicios Personales Asoc. A la nomina</b>	<b>213,186,470</b>	<b>(52,682,547)</b>	<b>-</b>	<b>160,503,923</b>
<b>Servicios Personales Indirectos</b>	<b>6,418,000,000</b>	<b>601,000,000</b>	<b>-</b>	<b>7,019,000,000</b>
<b>Contribuciones Inherentes. Nomina sector p</b>	<b>300,118,345</b>	<b>(33,397,318)</b>	<b>-</b>	<b>266,721,027</b>
<b>GASTOS GENERALES</b>	<b>1,631,000,000</b>	<b>47,550,000</b>	<b>-</b>	<b>1,678,550,000</b>
<b>Gastos de Administracion</b>	<b>753,000,000</b>	<b>(33,336,000)</b>	<b>-</b>	<b>719,664,000</b>
<b>Gastos de Operación</b>	<b>878,000,000</b>	<b>80,886,000</b>	<b>-</b>	<b>958,886,000</b>
<b>TRANSFERENCIAS CORRIENTES</b>	<b>565,798,957</b>	<b>(857,000,000)</b>	<b>431,214,316</b>	<b>140,013,273</b>
<b>GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y DE F</b>	<b>3,335,000,000</b>	<b>374,168,429</b>	<b>-</b>	<b>3,709,168,429</b>
<b>Compra de Bienes para la Venta</b>	<b>1,100,000,000</b>	<b>462,000,000</b>	<b>-</b>	<b>1,562,000,000</b>
Productos Farmaceuticos	1,100,000,000	462,000,000	-	1,562,000,000
<b>Compra de Bienes para la Presentación de</b>	<b>795,000,000</b>	<b>(123,000,000)</b>	<b>-</b>	<b>672,000,000</b>
Material medico quirurgico	690,000,000	(190,000,000)	-	500,000,000
Material de Laboratorio	35,000,000	10,000,000	-	45,000,000
Material de Ortopedia	70,000,000	57,000,000	-	127,000,000
<b>Gasts Complementarios e Intermedios</b>	<b>1,440,000,000</b>	<b>35,168,429</b>	<b>-</b>	<b>1,475,168,429</b>
Alimentacion	340,000,000	13,168,429	-	353,168,429
Otras Compras de Servicios para la Venta	1,100,000,000	22,000,000	-	1,122,000,000
<b>GASTOS DE INVERSION</b>	<b>-</b>	<b>106,000,000</b>	<b>-</b>	<b>106,000,000</b>
<b>Formacion Bruta de Capital</b>	<b>-</b>	<b>56,000,000</b>	<b>-</b>	<b>56,000,000</b>
<b>Fortalecimiento Intitucional</b>	<b>-</b>	<b>56,000,000</b>	<b>-</b>	<b>56,000,000</b>
Proyectos	-	56,000,000	-	56,000,000
<b>Gastos Operativos de Inversion</b>	<b>-</b>	<b>50,000,000</b>	<b>-</b>	<b>50,000,000</b>
Proyectos	-	50,000,000	-	50,000,000
	<b>17,155,570,445</b>	<b>-</b>	<b>431,214,316</b>	<b>17,586,784,761</b>



<b>Ejecucion del Gasto - vigencia 2018.</b>		
	98%	58%
	<b>Compromisos</b>	<b>Pagos</b>
<b>PRESUPUESTO DE GASTOS</b>	<b>17,247,043,183</b>	<b>12,871,533,002</b>
<b>GASTOS DE PERSONAL</b>	<b>11,713,450,003</b>	<b>6,205,558,879</b>
<b>GASTOS DE ADMINISTRACION</b>	<b>3,491,663,464</b>	<b>1,853,771,489</b>
<b>Servicios Personales Asoci. A la Nomina</b>	<b>974,862,487</b>	<b>680,244,586</b>
Sueldo personal de Nomina	762,643,311	571,456,407
Horas extras Dom, Fest y Recargos Noct	15,362,431	11,240,865
<b>Otros Servicios Personales Asoci. A la Nomina</b>	<b>196,856,745</b>	<b>97,547,314</b>
<b>Servicios Personales Indirectos</b>	<b>2,105,834,837</b>	<b>879,801,521</b>
<b>Contribuciones Inherente.Nomina sector Privado</b>	<b>280,805,921</b>	<b>183,903,438</b>
<b>GASTOS DE OPERACIÓN</b>	<b>8,221,786,540</b>	<b>4,351,787,390</b>
<b>Servicios Personales Asoci. A la Nomina</b>	<b>934,595,544</b>	<b>653,259,976</b>
Sueldo personal de Nomina	666,366,459	499,774,845
Horas extras Dom, Fest y Recargos Noct	111,835,174	82,804,864
<b>Otros Servicios Personales Asoc. A la nomina</b>	<b>156,393,911</b>	<b>70,680,267</b>
<b>Servicios Personales Indirectos</b>	<b>6,870,845,647</b>	<b>3,396,521,288</b>
<b>Contribuciones Inherentes. Nomina sector privado</b>	<b>240,337,919</b>	<b>161,373,181</b>
<b>GASTOS GENERALES</b>	<b>1,620,869,930</b>	<b>1,037,500,048</b>
<b>Gastos de Administracion</b>	<b>690,517,256</b>	<b>486,944,726</b>
<b>Gastos de Operación</b>	<b>930,352,674</b>	<b>550,555,322</b>
<b>TRANSFERENCIAS CORRIENTES</b>	<b>139,570,096</b>	<b>84,429,014</b>
<b>GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y DE PRESTA</b>	<b>3,670,161,153</b>	<b>561,340,927</b>
<b>Compra de Bienes para la Venta</b>	<b>1,556,864,090</b>	<b>224,684,889</b>
Productos Farmaceuticos	1,556,864,090	224,684,889
<b>Compra de Bienes para la Presentación de Servi</b>	<b>638,334,315</b>	<b>119,928,091</b>
Material medico quirurgico	493,856,765	63,411,317
Material de Laboratorio	38,000,000	25,105,300
Material de Ortopedia	106,477,550	31,411,474
<b>Gasts Complementarios e Intermedios</b>	<b>1,474,962,748</b>	<b>216,727,947</b>
Alimentacion	353,168,429	201,692,140
Otras Compras de Servicios para la Venta	1,121,794,319	15,035,807
<b>GASTOS DE INVERSION</b>	<b>102,992,000</b>	<b>24,500,000</b>
<b>Formacion Bruta de Capital</b>	<b>54,897,000</b>	<b>14,500,000</b>
<b>Fortalecimiento Intitucional</b>	<b>54,897,000</b>	<b>14,500,000</b>
Proyectos	54,897,000	14,500,000
<b>Gastos Operativos de Inversion</b>	<b>48,095,000</b>	<b>10,000,000</b>
Proyectos	48,095,000	10,000,000
	<b>17,247,043,183</b>	<b>12,871,533,002</b>

El nivel de complejidad de la Empresa dentro de la Red Pública del Departamento de Sucre, y el índice de la demanda en la prestación del servicio, obliga a la causación de gastos o costos fijos de mano de obra profesional y



**E.S.E HOSPITAL  
REGIONAL DE II NIVEL  
DE SAN MARCOS**  
NIT. 800.191.643-6

**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

especializada, necesaria para el cumplimiento de los requisitos de habilitación en el desarrollo de sus actividades, al igual que la compra de insumos y material médicos.

<b>EQUILIBRIO Y EFICIENCIA</b>	
Recaudos / Compromisos	0.75
Reconocimientos / compromisos	1.13

Los gastos impactan de forma significativa frente al comportamiento de los recaudos, ya que la empresa siempre estará sujeta a la intención de pago por parte de las EAPB.

El equilibrio presupuestal con el reconocimiento sigue constituyendo un estándar de manejo y sostenimiento de la empresa 1.13,

## **CONTABILIDAD**

### **POLÍTICAS Y PRÁCTICAS CONTABLES**

La Contabilidad y los Estados Financieros de la E.S.E Hospital Regional De II Nivel De San Marcos, se ciñen a las políticas, principios, normas y procedimientos técnicos de contabilidad pública emitida por el Régimen de la Contabilidad Pública, que han permitido la generación de la información necesaria para la toma de decisiones y el control interno y externo de la administración de la entidad.

### **APLICACIÓN DEL MARCO CONCEPTUAL DEL P.G.C.P.**

Para el proceso de identificación, registro, preparación y presentación de sus estados financieros, La la E.S.E Hospital Regional De II Nivel De San Marcos está aplicando el marco conceptual de la contabilidad, emanado por la Contaduría General de la nación, en la perspectiva de contribuir como instrumento eficaz en la gestión eficiente de los recursos y el patrimonio público, en la planeación y ejecución de políticas, generar condiciones de transparencia, el control de las actuaciones de



### ***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

la administración de los entes públicos y ser instrumento para la rendición de cuentas, para el reconocimiento de los hechos financieros y sociales, se aplicó el sistema de contabilidad de causación, el cual indica que el registro de ingresos o gastos debe hacerse en función de la corriente real de bienes y servicios que los mismos representen y no en el momento en que se produzca la corriente monetaria o financiera derivada de aquellos.

### **APLICACIÓN DEL CATALOGO GENERAL DE CUENTAS**

La E.S.E Hospital Regional De II Nivel De San Marcos se encuentra dentro del ámbito de aplicación del Catalogo General de la Contabilidad Pública, de esta manera cumple a cabalidad con todos los preceptos estipulados en dicho catalogo durante el desarrollo de la generación de la información financiera y contable, se esta en el proceso de convergencia a las NIIF y adopción al nuevo catálogo de las cuentas.

### **INCIDENCIAS OPERATIVAS O ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO CONTABLE**

#### **De Reporte de Información.**

En la actualidad seguimos avanzando en el cumplimiento de los reportes de la información financiera ante los diferentes órganos de control, entre los que tenemos: Contaduría general de la Nación por medio de la plataforma CHIP, Contraloría general del Departamento de Sucre, Ministerio de Salud mediante la plataforma SIHO en cumplimiento a lo establecido en el decreto 2193 de 2004, Secretaria de Salud Departamental y otros terceros que lo soliciten.

#### **De orden administrativo**

En la actualidad se están realizando un proceso de concientización en las dependencias del área financiera respecto de los temas de RAZONABILIDAD Y OPORTUNIDAD en la información que reportan a Contabilidad y así presentar a la Contaduría General información confiable, oportuna y veraz.

#### **De Orden contable**



**E.S.E HOSPITAL**  
**REGIONAL DE II NIVEL**  
**DE SAN MARCOS**  
NIT. 800.191.643-6

***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

Es vital manifestar que se está aplicando una mayor integralidad de la información financiera, se consolida debidamente con las diferentes áreas relacionadas, esto a que contamos con un software que nos ayuda a tener una conexión y nos brinda una información veraz y oportuna para la toma de decisiones, se ha brindado el apoyo y orientación en el proceso de depuración y actualización de los inventarios de los bienes muebles de la entidad,

**EFFECTOS Y CAMBIOS EN LA INFORMACION CONTABLE**

Resolución 414 de 2014, Marco Normativo para Empresas que No Cotizan en el Mercado de Valores, y que No Captan Dinero del Publico, grupo en que se encuentra clasificada nuestra entidad en cuanto a la adopción del Nuevo Marco Normativo de Contabilidad Publica en aplicación a Normas Internacionales – NIIF.

Es importante mencionar que nuestro Hospital ha obtenido algunos avances exigidos en el nuevo marco normativo como requisito fundamental para llevar acabo el periodo de conversión a las Normas Internacionales, como son la depuración de la Información financiera y contable. Mediante mesas de trabajo se ha venido realizado la depuración de pasivo, coordinación y apoyo en el proceso de depuración de cartera de la entidad, ajustes de algunos saldos de cuentas de pasivos ya depuradas dentro del proceso (procesos judiciales).

Aun no se ha terminado con el proceso de depuración de los pasivos de la entidad ya que estamos en el proceso de conversión a las NIIF y estamos aprovechando este transcurso para finalizar con la depuración.



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

**BALANCE**

<b>ACTIVO</b>		<b>17,920,284,690</b>	<b>PASIVO</b>		<b>14,117,460,446</b>
<b>CORRIENTE</b>		<b>6,738,897,358</b>	<b>CORRIENTE</b>		<b>7,082,561,802</b>
11 Efectivo		6,884,868	24 Cuentas por pagar		6,264,731,641
1105 Caja		32,545	2401 Adquisición de bienes		1,463,124,351
1110 Bancos y corporaciones		6,852,323	2424 Descuentos de Nomina		38,506,793
			2490 Otras Cuentas por Pagar		4,471,713,143
13 Cuentas Por Pagar		6,282,117,814	2436 Retención en la fuente		289,996,699
1319 Servicios de salud		4,532,539,474	2440 Impuestos y Contribuciones		0
1324 Subvenciones Por Cobrar		111,168,347	2445 Impuesto al Valor Agregado IVA		0
1420 Avances y anticipos entregados			2407 Recursos a Favor de Terceros		
1424 Recursos entregados en Admón.		956,182,000	2460 Créditos Judiciales		1,390,655
1384 Otras Cuentas por cobrar		793,396,340			
1386 Deterioro Acumulado de Cuentas por Cobrar		0	25 Beneficios a Empleados		659,320,820
		0	2511 Beneficios a Empleados a Corto Plazo		659,320,820
15 Inventarios		445,210,665	2510 Prestac Económicas por pagar		0
1518 Materiales para la prestación de servicios		445,210,665			
			27 Pasivos estimados		129,840,893
19 Otros activos		4,684,011	2710 Provisión para contingencias		0
1905 Gastos pagados por anticipado		0	2715 Provisión para prestaciones sociales		129,840,893
1920 Bienes entregados a terceros		4,299,000			
1925 Amortiz.acumulad.bienes entreg.a tercer.		0	29 Otros Pasivos		28,668,448
1926 Derechos en Fideicomiso		9,857,000	2905 Recaudos sin Identificar		673,321
1970 Intangibles		226,564,000	2910 Anticipo Ventas		27,995,127
1975 Amortización Acumulada Intangibles		-236,035,989			
			<b>NO CORRIENTE</b>		<b>7,034,898,644</b>
<b>NO CORRIENTE</b>		<b>11,181,387,332</b>			
13 Cuentas Por Cobrar		3,129,731,179	24 Cuentas por pagar		4,145,224,349
1319 Servicios de salud		10,651,971,623	2401 Adquisición de bienes		265,530,042
1324 Subvenciones Por Cobrar		0	2424 Descuentos de Nomina		72,173,980
1420 Avances y anticipos entregados		0	2490 Otras Cuentas por Pagar		1,862,769,786
1384 Otras Cuentas por cobrar		0	2436 Retención en la fuente		0
1384 Deudas de difícil cobro		1,745,218,264	2440 Impuestos Cont y Tasa		670,870,570
1386 Deterioro Acumulado de Cuentas por Cobrar		-9,267,458,708	2460 Créditos Judiciales		1,273,879,971
16 Propiedades, planta y equipo		6,455,064,153	25 Beneficios a Empleados		967,937,503
1605 Terrenos		209,908,000	2511 Beneficios a Empleados a Corto Plazo		967,937,503
1625 Equipos en Transito		14,187,000	2510 Prestac Económicas por pagar		0
1637 Terrenos sin construcción		53,600,000			
1640 Edificaciones		5,600,500,000	27 Pasivos estimados		1,921,736,792
1645 Plantas, Ductos y Túneles		9,683,000	2701 Litigios y Demandas		1,921,736,786
1650 Redes, líneas y cables		0	2715 Provisión para prestaciones sociales		6
1655 Maquinaria y equipo		32,763,316	29 Otros Pasivos		0
1660 Equipo médico y científico		2,176,250,422	2910 Ingresos Recibidos por Anticipados		0
1665 Muebles, enseres y equipos de oficina		1,075,575,750			
1670 Equipos de comunicación y computación		218,433,054	<b>TOTAL PASIVO</b>		<b>14,117,460,446</b>
1675 Equipo de transporte, tracción y elevac.		515,156,000			
1680 Equipo de comedor, cocina, desp. y hoteles.		188,296,000	<b>PATRIMONIO</b>		<b>3,802,824,244</b>
1685 Depreciación acumulada		-3,639,288,389			
			32 Patrimonio institucional		3,802,824,244
19 Otros activos		1,596,592,000	3208 Capital fiscal		4,812,966,640
1908 Recursos Entregados en Administracion		0	3225 Resultados de ejercicios anteriores		1,005,467,731
1926 Derechos en Fideicomiso		0	3230 Resultados del ejercicio		-3,869,648,499
1951 Propiedad de Inversion		1,596,592,000	3235 Superávit por donación		446,042,000
1970 Activos Intangibles		0	3240 Superávit por valorización		1,596,592,000
1975 Amortizaciones		0	3258 Efectos del Saneamiento Contable		-49,427,000
			3270 Provisiones, Depreciaciones y Amort		0
			<b>TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO</b>		<b>17,920,284,690</b>
<b>TOTAL ACTIVO</b>		<b>17,920,284,690</b>			



## CARTERA

Uno de los aspectos relevantes en el presente informe está ligado a cartera, ya que los pagadores de los servicios cada vez precisan de medidas o barreras que dificultan el flujo de recursos hacia el hospital, y los órganos de control Estatal que acompañan el proceso de recuperación son ineficaces para hacer cumplir los acuerdos.

CARTERA DEUDORES (pesos corrientes)			
Variable	2016	2017	2018
Total Cartera	11.934.089.764	11.963.500.467	10.437.780.307
< 60 días	1.673.504.639	840.472.001	677.945.709
61 a 360 días	5.363.673.147	4.226.063.959	3.854.593.765
> 360 días	4.896.911.978	6.896.964.507	5.905.240.833

Clasificación	Saldo Por Cobrar
Régimen Subsidiado	6,165,397,580
Subsidio a la Oferta Departamentales	1,611,432,867
Régimen Contributivo	1,482,322,230
SOAT Accidentes de Transito	608,979,539
IPS Privadas	380,562,028
Administradoras Riesgos Profesionales	84,240,933
Subsidio a la Oferta Municipales	53,808,777
Régimen Especial	42,038,403
Aseguradoras	38,101,981
IPS Publicas	9,108,071



**DEPURACION DE CARTERA**

Descripción	Valor
(+)Saldo Reflejado en Sistema	10,475,992,409
(-) Menos Procesos de Demandas	- 2,274,545,847
(-) Menos EPS Liquidadas	- 528,051,782
(-) Menos Glosas por Contabilizar	- 909,431,713

**SALDO POR COBRAR DESPUES DE DEPURACION \$6,763,963,067**

**PASIVOS**

Dentro de la cuenta del Balance los pasivos revierten la mayor importancia, no solo porque representan el 72% de los ingresos reconocidos de la vigencia 2018, si no, porque vienen en crecimiento constante, principalmente por el bajo recaudo de la operación corriente.

ASIVOS (pesos corrientes)			
Variable	2016	2017	2018
TOTAL PASIVO	11.523.715.365	11.030.138.119	14.117.460.446
...SERVICIOS PERSONALES	3.475.385.337	0	0
Otros Acreedores	8.048.330.028	11.030.138.119	14.117.460.446

Cabe señalar que el 48,9% de los pasivos totales, son pasivos no corriente, es decir pasivos de vigencias pasadas clasificadas en Otras Cuentas por Pagar, Créditos Judiciales y Pasivos Estimados, los cuales vienen arrastrados desde el periodo de intervención

**PASIVOS POR SUELDOS PERSONAL DE PLANTA Y CONTRATO**

CONCEPTO	31 DE DIC 2017	31 DE DIC 2018
SUELDOS DE NOMINAS	58.219.756	209.876.225



**INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018**

CONTRATOS DE HONORARIOS Y SERVICIOS	1.797.369.956	3.553.295.466
<b>TOTALES</b>	<b>1.855.589.712</b>	<b>3.763.171.693</b>

Como se puede observar la deuda por este concepto se incrementó a 31 de diciembre de 2018 notoriamente, esto se debe principalmente a los bajos recaudos presentados en la vigencia, lo cual repercute en el incremento de los pasivos y por ende en el atraso de sueldos tanto al personal de planta como al personal de contrato.

**JURIDICA**

CLASE DE PROCESOS	CANTIDAD	CUANTIA
Ordinario Laboral	6	249.698.096
Nulidad Simple	1	27.308.400
Ejecutivo Singular	4	2.375.578.729
Reparación Directa	16	2.225.001.147
Nulidad y Restablecimiento	27	3.062.621.706
<b>TOTALES</b>	<b>54</b>	<b>7.940.208.078</b>

**ESTADO DE ACTIVIDAD ECONOMICA**

Concepto	Valor
<u>Ingresos Operacionales</u>	13.071.103.936
...41 Ingresos fiscales	0
...43 Venta de servicios	13.071.103.936
.....4312 Servicios de salud	13.078.851.674
.....4395 Devoluciones, rebajas y descuentos en venta de servicios (DB)	7.747.738
.....439512 Servicios de salud	7.747.738
6 Costos de ventas	5.096.313.979
...63 Costo de ventas de servicios	5.096.313.979
.....6310 Servicios de salud	5.096.313.979
Gastos de Operación (51 y 53)	4.810.876.925
...51 De administración y operación	4.647.717.925
.....5101 Sueldos y salarios	750.074.925
.....5102 Contribuciones imputadas	14.565.669
.....510290 Otras contribuciones imputadas	14.565.669
.....5103 Contribuciones efectivas	396.040.803
.....5104 Aportes sobre la nómina	69.590.900
.....5107 PRESTACIONES SOCIALES	223.471.211



**E.S.E HOSPITAL  
REGIONAL DE II NIVEL  
DE SAN MARCOS**  
NIT. 800.191.643-6

***INFORME DE RENDICION DE CUENTAS 2018***

<u>.....5108 Gastos de personal diversos</u>	306.851.041
<u>.....5111 Generales</u>	2.887.123.376
<u>.....5120 Impuestos, contribuciones y tasas</u>	0
<u>...53 Deterioro, depreciaciones, amortizaciones y provisiones</u>	163.159.000
<u>Resultado Operacional</u>	3.163.913.032
<u>...44 Transferencias y subvenciones</u>	729.476.155
<u>...48 Otros ingresos</u>	1.363.138.825
<u>.....4802 Financieros</u>	3.085.680
<u>.....4808 Ingresos diversos</u>	1.360.053.145
<u>...59 Cierre de ingresos, gastos y costos</u>	5.256.528.012

Atentamente

**ROSALBA LASTRA MEJIA**  
Gerente