

INFORME DE GESTIÓN

VIGENCIA 2019



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO

NIT. 891.180.134 - 2

Pitalito, 30 de ENERO de 2020

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente

Con base en el Artículo No. 74 de la Ley 1438 de 2011, el Artículo No.74 de la Ley 1474 de 2011, La Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012, "Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones" y Las Resoluciones No. 743 de 15 de Marzo de 2013 y No. 408 de 15 de Febrero de 2018; expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN	3
A. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA	4
1. Gestión De Los Proyectos De Inversión En Infraestructura Y Dotación De Equipos Médicos.	4
2. Gestión Del Talento Humano	12
3. Gestión De La Información	30
4. Gestión De La Austeridad En El Gasto Público	41
5. Acreditación Y PAMEC	46
6. Humanización	56
7. Hospital Universitario y Docencia Servicio	63
B. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	66
1. Proceso De Facturación	66
2. Proceso De Cartera	72
3. Análisis Indicadores Financieros Y Presupuestales	84
4. Procesos De Compras	90
5. Procesos En Tesorería	93
6. Procesos En Glosas	97
C. ÁREA DE GESTIÓN: CLÍNICA O ASISTENCIAL	104
1. Estrategias Y Resultados De Los Indicadores Clínicos	104
D. INVERSIONES	119
E. ESTADÍSTICA DE VENTA DE SERVICIOS	121
F. GESTIÓN AMBIENTAL	129
CONCLUSIONES	138

JUSTIFICACIÓN

Con el fin de dar cumplimiento al Plan de Gestión Institucional “**Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana 2016-2020**” de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se presenta ante los Honorables Miembros de la Junta Directiva de la Entidad, a los respectivos entes de control, seguimiento y vigilancia, y a la comunidad en general el presente documento denominado “Informe de Gestión de la Vigencia 2019 de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito”.

El siguiente informe se realizó para dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo No. 74 de la Ley 1438 de 2011, el Artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, a La Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012, “Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones”; y teniendo en cuenta sus modificaciones en los Anexos Nos.2, 3, y 4, entre otros, contenidos en Las Resoluciones No. 743 de 15 de Marzo de 2013 y No. 408 de 15 de Febrero de 2018; expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El presente informe de gestión está desarrollado con base en el Plan de Desarrollo, el Plan de Gestión 2016-2020, La Plataforma Estratégica y las Políticas definidas en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito; evidenciando las metas logradas, los avances en las estrategias gerenciales, y los resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

A. ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA

Para lograr el desarrollo de la Plataforma Estratégica de nuestro Hospital, las Políticas de la alta dirección, las estrategias gerenciales y los resultados aquí evidenciados, se hizo gracias a la Protección Divina, al gran trabajo en equipo entre: Las buenas relaciones con entidades del orden Nacional, Los Honorables Miembros de la Junta Directiva, la voluntad del Gobierno Municipal, del gobierno Departamental, el compromiso del equipo directivo del Hospital y la entrega total de cada uno de nuestros activos servidores de la institución.

A continuación, un resumen ejecutivo de los avances más representativos y significativos durante la vigencia 2019, respecto a los compromisos adquiridos en el Plan de Gestión 2016-2020.

1. GESTIÓN DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS.

La E.S.E., dio cumplimiento a lo normado en la Resolución 2514 de 29 de Agosto de 2012 (Expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social), actualizando los registros en el aplicativo vía web del Ministerio de Salud y Protección Social, los Proyectos de Inversión en Infraestructura y Dotación de Equipos Médicos contemplados en el Plan de Gestión Institucional y aquellos que fueron concertados posteriormente con la alta dirección y la Gobernación del Huila, en cumplimiento del Plan de Desarrollo Departamental “**El Camino es la Educación**”.

Resumen de los Proyectos y valores estimados en el Plan Bienal 2018-2019 con sus respectivos Ajustes:

RESUMEN DE LOS PROYECTOS Y VALORES ESTIMADOS EN EL PLAN BIENAL 2018-2019 CON AJUSTES 1, 2 Y 3

Sumatoria en Millones de Pesos De los Proyectos Registrados en el Plan Bienal 2018-2019 con Ajustes 1, 2 y 3	
A. Proyectos de Infraestructura (17)	\$ 30.500
B. Proyectos de Dotación y Equipos Médicos (8)	\$ 26.485
TOTALES	\$ 56.985

RELACIÓN DE LOS PROYECTOS REGISTRADOS EN EL PLAN BIENAL 2018-2019 CON AJUSTES 1, 2 Y 3

A. Proyectos de Infraestructura					
(En millones de Pesos)					
No.	Proyecto	Tipo de Obra	Área (m ²)	En millones de pesos	Período
1	Construcción obras de reforzamiento estructural.	4.Reforzo estructural	735	\$ 1.700	2016-2017
2	Adecuación y mejoramiento del área de farmacia y unidosis.	1.Obra nueva	300	\$ 500	2016-2017
3	Ampliación y remodelación de laboratorio clínico y banco de sangre.	2.Ampliación	500	\$ 950	2016-2017
4	Ampliación y remodelación del área de hospitalización pensión.	2.Ampliación	660	\$ 1.500	2016-2017
5	Construcción del sistema de baterías sanitarias para las habitaciones de hospitalización medicina interna, médico quirúrgicos, pediatría y ginecología.	1.Obra nueva	1.500	\$ 1.600	2016-2017
6	Construcción de una unidad mental.	1.Obra nueva	2.000	\$ 5.000	2016-2017
7	Construcción obras de estabilización del talud en el sector de la unidad de ginecología, obstetricia y unidad de cuidados intensivos.	4.Reforzo estructural	900	\$ 2.000	2016-2017
8	Remodelación del Sistema de Baterías Sanitarias para los Servicios Ambulatorios.	3.Remodelación	500	\$ 1.000	2016-2017 - Ajuste 2

RELACIÓN DE LOS PROYECTOS REGISTRADOS EN EL PLAN BIENAL 2018-2019 CON AJUSTES 1, 2 Y 3

A. Proyectos de Infraestructura

(En millones de Pesos)

No.	Proyecto	Tipo de Obra	Área (m ²)	En millones de pesos	Período
9	Construcción de una bodega tipo industrial para Almacén y Suministros.	1.Obra nueva	700	\$ 720	2016-2017 - Ajuste 3
10	Construcción del área para realizar los procesos de limpieza y desinfección de las ambulancias, parqueo y área para patio de maniobras de vehículos hospitalarios, de insumos y de almacén del Hospital.	1.Obra nueva	800	\$ 500	2016-2017 - Ajuste 3
11	Construcción del área para el almacenamiento central de residuos peligrosos y no peligrosos de La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	500	\$ 330	2016-2017 - Ajuste 3
12	Construcción del área de cafetería y restaurante para los visitantes, familiares, usuarios y comunidad en general del La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	150	\$ 400	2016-2017 - Ajuste 3
13	Construcción de La Unidad de Cardiología en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	1.Obra nueva	350	\$ 1.500	2018-2019
14	Construcción de La Unidad Renal en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	1.Obra nueva	350	\$ 1.500	2018-2019
15	Construcción de La Unidad para Hemodinamia en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	1.Obra nueva	350	\$ 2.000	2018-2019 - Ajuste 1
16	Construcción de La Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	2.400	\$ 8.500	2018-2019 - Ajuste 2
17	Construcción de La Central de Mezclas de Medicamentos en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	1.Obra nueva	250	\$ 800	2018-2019 - Ajuste 3
TOTALES				\$ 30.500	

RELACIÓN DE LOS PROYECTOS REGISTRADOS EN EL PLAN BIENAL 2018-2019 CON AJUSTES 1, 2 Y 3

B. Proyectos de Dotación y Equipos Médicos

(En millones de Pesos)

No.	Proyecto	Valores	Período
1	Dotación de un microscopio quirúrgico para la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila.	\$ 911	2016-2017 - Ajuste 1
2	Adquisición de una planta eléctrica para la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila.	\$ 574	2016-2017 - Ajuste 1
3	Gestión del proyecto para la adquisición de dotación de equipos biomédicos y mobiliario para la Unidad Mental.	\$ 6.000	2016-2017 - Ajuste 2
4	Gestión del proyecto para la adquisición de dotación de equipos biomédicos y mobiliario para La Ampliación y Remodelación del Área de Hospitalización Pensión.	\$ 3.500	2016-2017 - Ajuste 2
5	Gestión del proyecto para la adquisición de dotación de equipos biomédicos y mobiliario para La Unidad de Cardiología en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	\$ 2.500	2018-2019
6	Gestión del proyecto para la adquisición de dotación de equipos biomédicos y mobiliario para La Unidad Renal en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	\$ 3.000	2018-2019
7	Gestión del proyecto para la adquisición de dotación de equipos biomédicos y mobiliario de La Unidad para Hemodinamia en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila.	\$ 4.000	2018-2019 - Ajuste 1
8	Gestión del proyecto para la dotación de equipos biomédicos y mobiliario de La Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.	\$ 6.000	2018-2019 - Ajuste 2
TOTALES		\$ 26.485	

Con base en los proyectos relacionados anteriormente, se procedió a la priorización de estos a través de lo formulado por la Gerencia y aprobado por la Junta Directiva en El Plan de Gestión 2016-2020, los cuales son:

No.	Proyectos de Inversión: Infraestructura y Dotación de Equipos Biomédicos	PROYECTADO PLAN DE GESTIÓN (Millones de Pesos)	VALORES EJECUTADOS / ACTUALIZADOS (Millones de Pesos)	GESTIONES Y/O VALORES EJECUTADOS
1.	Construcción de la PTAR (Planta de Tratamiento de Aguas Residuales).	\$446	\$672,2	Cofinanciación: Ministerio de Salud y Protección Social \$400,4 millones y \$271,8 millones con recursos propios del Hospital, para un total de \$672,2 millones .
2.	Remodelación y adecuación del servicio de imágenes diagnósticas.	\$450	\$638	Costo total de \$638 millones (incluido la interventoría), con Recursos Propios del Hospital.
3.	Gestión del Proyecto para la Adquisición de equipos biomédicos para imágenes diagnósticas y digitalización de imágenes (Incluyendo el RMN).	\$6.000	\$3.356	Costo de equipos biomédicos y software para digitalización, la suma de \$1.312 millones con Recursos Propios del Hospital. Contrato para el Servicio de RMN \$2.044 millones. Gran Total de \$3.356 millones .
4.	Gestión del Proyecto Construcción de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrica.	\$3.500	\$8.400	En el 2016 Gestión por \$500 millones ante la OCAD y SSDH para los estudios y diseños, incluyendo la Unidad Renal. Durante la vigencia 2018 se adelantó estudio técnico para determinar la capacidad instalada y los primeros planos arquitectónicos; reformulando el proyecto: " Construcción de la Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica ", por la suma aproximada de \$8,400 millones y un área de 2,400 m² . En el 2019 se logró la viabilidad de la capacidad instalada.
5.	Gestión del Proyecto para la Adquisición de dotación de equipos biomédicos para la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrica.	\$3.000	\$3.500	Se gestionará la cofinanciación de recursos de La Nación, Dpto del Huila, Recursos Propios y otras fuentes; teniendo en cuenta la reformulación del proyecto de construcción de la Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica .
6.	Gestión para la Construcción de la Unidad de Salud Mental.	\$8.000	\$8.000	Gestiones 2016 y 2017, pendiente documento estudio de Red de Salud Mental para el Huila. Se avanzó en la habilitación de la Especialidad de Psiquiatría.
7.	Gestión para la Adquisición de Equipos Biomédicos y mobiliario para la Unidad de Salud Mental.	\$6.000	\$6.000	Se gestionará la cofinanciación de recursos de La Nación, Dpto del Huila, Recursos Propios y otras fuentes.
8.	Gestión del Proyecto para la Ampliación y remodelación del área de hospitalización pensión.	\$2.500	\$2.740	Durante el 2017 e incios de 2018 se logró la viabilidad del Proyecto ante MINSALUD. A finales de julio de 2018 se dio inicio a la construcción de la obra, la cual se entregó a la comunidad en diciembre de 2019, por la suma de \$2.740 millones con Recursos Propios del Hospital .
9.	Gestión para la Adquisición de Equipos Biomédicos y Mobiliario para la Ampliación del Servicio de Hospitalización.	\$3.500	\$932	La inversión se ha realizado con recursos propios del Hospital , adquiriendo equipos biomédicos y mobiliario en la vigencia 2018 por al suma de \$400 millones y \$532 millones en la vigencia 2019. Proyecto entregado a la comunidad en diciembre de 2019.
TOTAL PROYECTOS		\$33.396	\$34.238	

Las gestiones adelantadas desde la vigencia 2016 hasta el 2018 (Meta A5. Del Plan de Gestión 2016-2020) fueron las siguientes:

1. Construcción de la PTAR (Planta de Tratamiento de Aguas Residuales): Proyecto terminado, ejecutado, y puesto en funcionamiento en diciembre de 2016. El valor de la obra fue de **\$672.253.135**, los cuales fueron cofinanciados por El Ministerio de Salud y Protección Social, en la suma de \$400.462.000 y con recursos propios de la E.S.E. en la suma de \$271.791.135. En lo relacionado con la interventoría de la obra, ésta tuvo un valor de \$40.335.189 con recursos propios del hospital. En conclusión, la inversión total del proyecto fue de **\$712.588.324**, de los cuales \$312.126.324 (equivalente al 43,80%) fueron con recursos propios de la entidad.

La entrada en funcionamiento de la PTAR, ha traído un impacto positivo, al mejorar la calidad de vida de nuestra población y de protección del medio ambiente.

2. Remodelación y adecuación del servicio de imágenes diagnósticas: Proyecto terminado, ejecutado, y puesto en funcionamiento en diciembre de 2016, incluyendo el área para el Resonador Magnético Nuclear. El valor de la obra fue de **\$602.394.619**, con recursos propios de la E.S.E. En lo relacionado con la interventoría de la obra, ésta tuvo un valor de **\$36.143.677** con recursos propios del hospital. En conclusión, la inversión total del proyecto fue de **\$638.538.296**, todo financiado con recursos propios de la Institución.

3. Gestión del Proyecto para la Adquisición de equipos biomédicos para imágenes diagnósticas y digitalización de imágenes (Incluyendo el RMN): Proyecto terminado, ejecutado, y puesto en funcionamiento en diciembre de 2016, financiado en su totalidad (**\$1.311.741.220**) con recursos propios del Hospital; así:

- Adquisición de un sistema de información para Radiología y Reposición de equipos biomédicos para el servicio de imágenes diagnósticas en la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, por la suma de **\$1.015.777.600**.

- Suministro de una solución integral de Hardware y Software que garantice el funcionamiento del RIS (Radiology Information System), PACS (Picture Archiving and Communication System), y su integración con el HIS (Hospital Information System) para la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, por la suma de **\$269.000.000**.

- Suministro de un transformador trifásico de 75KVA entrada 220V con elevador de voltaje a 440V, y un Supresor de Picos Trifásico a 440V, por la suma de **\$26.963.620**.

- La adquisición y prestación del servicio del Resonador Magnético Nuclear (Philips – Multiva de 1,5 Tesla de campo), durante la vigencia 2016 se agotó el trámite legal (estudios técnicos, análisis, viabilidad, toma de decisión vía Outsourcing) ante La Junta Directiva de la entidad, posteriormente se realizó la Convocatoria Pública y demás trámites de rigor. Durante los meses de noviembre y diciembre de 2016, y primeros meses de 2017 se realizaron labores de adecuaciones pertinentes del sitio por parte del contratista con base en lo estipulado en el Contrato 172 de 2016. Posterior a las pruebas técnicas del equipo, se entregó a la comunidad Surcolombiana, el servicio de Resonancia Magnética Nuclear desde el mes de junio de 2017, siendo este de vital importancia por el apoyo diagnóstico

que brinda a nuestra población, en especial a los procedimientos de mayor complejidad que hacen parte de la oferta de servicios de tercer nivel de nuestra institución.

4. Gestión de los Proyectos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Pediátrica y Unidad Renal: Las gestiones realizadas para estos tres proyectos de infraestructura han consistido en definir el terreno al interior del hospital para su desarrollo, la elaboración del proyecto denominado “Estudios y diseños para la Construcción de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Pediátrica y Unidad Renal en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito-Huila”, por la suma de \$500 millones para que sea cofinanciado con recursos de Regalías del Departamento del Huila. El proyecto curso trámite ante el Órgano Colegiado de Administración y Decisión (OCAD), se realizaron los respectivos ajustes y fue remitido a la Secretaría de Salud del Huila para su análisis y revisión, donde solicitaron un estudio de viabilidad técnica y financiera del proyecto.

En la vigencia 2018, se incluyeron en el plan bienal 2018-2019 por separado los proyectos para la construcción de la UCI Neonatal, la UCI Pediátrica y la Unidad Renal; así mismo se inscribieron los proyectos de dotación para cada uno de estos. Otra de las gestiones realizadas por parte de la gerencia fue la contratación de:

- La elaboración de los estudios y diseño arquitectónicos y complementarios para la construcción de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Pediátrica y Unidad Renal.
- La interventoría técnica, administrativa y financiera al contrato anterior.
- La estructuración de un modelo de negocio para la operatividad técnica y financiera de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal, Pediátrica y Renal.

En la vigencia 2019, se realizó el ajuste en el Plan Bienal quedando con el nombre de **Unidad Funcional Integral Neonatal y Pediátrica** por la suma de \$8.500 millones (teniendo en cuenta los estudios realizados). Se gestionó el estudio técnico para determinar la capacidad instalada, el cual se presentó ante la Secretaría de Salud del Huila, siendo aprobado (concepto favorable) en agosto de 2019, por la suma de \$8.395.450 (incluida la interventoría) y un área de 2.398,70 m².

En abril de 2019, teniendo en cuentas los estudios realizados se radicó ante La Secretaría de Salud del Huila, el documento técnico para determinar La Capacidad Instalada del Proyecto “**Construcción de la Unidad Renal**”, por la suma de \$2.582.667.500 (incluida la interventoría) y un área de 737,90 m². Desafortunadamente la respuesta por parte de La Secretaría de Salud del Huila fue negativa (concepto no favorable) a finales de diciembre de 2019. La Gerencia, continuará realizando las respectivas gestiones en el 2020 para sacar adelante dichos proyectos.

5. Gestión para la Construcción de la Unidad de Salud Mental: La Gerencia en varias oportunidades ha socializado ante La Secretaría de Salud Departamental, y ante El Consejo Departamental de Seguridad de Social en Salud (Proceso de revisión y ajustes a los Proyectos de los Planes Bienales del Huila), la necesidad de la ejecución del presente proyecto. Se cuenta con el Sitio propio para la realización del Proyecto. Se han ejecutado

dos (2) visitas al sitio del proyecto por funcionarios de Planeación Departamental. Está pendiente definir el modelo funcional de atención para pasar a la elaboración del proyecto de estudios y diseños; dicho modelo será elaborado posterior a un estudio de red en materia de Salud Mental, por parte de la Secretaría de Salud Departamental y los lineamientos del Señor Gobernador del Huila y a la Oficina de Planeación Departamental. En un Comité realizado con El Jefe de Planeación del Departamento (Dr. Armando Saavedra) y el Arquitecto de dicha dependencia, al analizar el proyecto se llegó a la conclusión que el Hospital debería contar con un Profesional del área de la Psiquiatría para determinar el modelo funcional que se desea implementar. La Gerencia del Hospital, en el mes de junio de 2016, radicó la solicitud ante la Secretaría de Salud Departamental, el Estudio de viabilidad Técnica y Financiera para la Habilitación de nuevos servicios de tercer nivel, incluyendo la Especialidad de Psiquiatría. A través de un correo electrónico en el mes de diciembre de 2016 La Secretaría de Salud del Huila, negó la solicitud. Posteriormente, en julio de 2017 se remitieron otros ajustes solicitados y a finales de agosto de 2017 se emitió el concepto favorable por parte del ente de control para la apertura de las nuevas especialidades de Psiquiatría, Neurología, Dermatología y Cirugía Maxilofacial. Por otro lado, está pendiente por parte de La Secretaría de Salud del Huila, realizar el estudio de red de Salud Mental para el Huila, cuya tarea fue asignada en una mesa de trabajo con El Ministerio de Salud y Protección Social; tarea que permitirá determinar para nuestro hospital el tipo y modelo de la Unidad de Salud Mental que se podrá construir y su respectiva articulación con la red prestadora de servicios de salud.

6. Gestión del Proyecto para la Ampliación y remodelación del área de hospitalización: El proyecto se ha radicado varias veces ante la OCAD departamental, se han realizado los respectivos ajustes y se están haciendo otros estudios, para volverlo a presentar. En la vigencia 2017, teniendo en cuenta el ahorro financiero logrado por el hospital, se tomó la decisión de ejecutar dicho proyecto con recursos propios, por consiguiente, en dicha vigencia se gestionó lo siguiente:

- Elaboración del proyecto denominado, “**Ampliación y remodelación del área de hospitalización en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio del Municipio de Pitalito Departamento del Huila**”, teniendo en cuenta los estudios y diseños que fueron reformulados, la lista de chequeo exigida por El Municipio de Pitalito, La Secretaría de Salud del Huila y El Ministerio de Salud y Protección Social.
- Se gestionó la licencia de construcción a nivel Municipal, la cual fue concedida para dicho proyecto.
- Se logró el concepto de viabilidad técnica, institucional y financiero por parte de La Secretaría de Salud del Huila.
- En octubre de 2017, se radicó el Proyecto ante El Ministerio de Salud y Protección Social, para gestionar el concepto técnico de viabilidad, el cual se logró después de varias gestiones y ajustes a finales de mayo de 2018. Surtido los procesos de convocatoria pública, se adjudicó la contratación del presente proyecto a finales de julio de 2018.

La obra fue terminada y entregada a la comunidad en forma integral junto con la dotación respectiva de equipos biomédicos y mobiliario en diciembre de 2019. En conclusión, la obra tuvo un costo de **\$2.740 millones** y la dotación citada fue del orden de **\$932 millones** (recursos en el 2018: \$400 millones y en el 2019: \$532 millones), todo cubierto con recursos propios del hospital, haciendo un gran esfuerzo en materia presupuestal y financiera.

7. Dotación de un Microscopio Quirúrgico para la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio De Pitalito del Departamento del Huila: En el año 2016 se formuló y se viabilizó el proyecto ante la Secretaría Departamental de Salud Del Huila, posteriormente fue radicado en el Ministerio de Salud y Protección Social, para gestionar los recursos por la suma de \$1.989.759.730. En mayo de 2017, por solicitud del Ministerio de Salud y Protección Social, se realizaron ajustes técnicos y de valores al proyecto, presentando el respectivo alcance de este, logrando de esta manera el concepto de viabilidad, por la suma de \$1.618.000.000.

8. Dotación de una Planta Eléctrica para la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio De Pitalito del Departamento del Huila: En el año 2016 se formuló y se viabilizó el proyecto ante la Secretaría Departamental de Salud Del Huila, posteriormente fue radicado en el Ministerio de Salud y Protección Social, para gestionar los recursos por la suma de \$573.813.843. En mayo de 2017, por solicitud del Ministerio de Salud y Protección Social, se realizaron ajustes técnicos y de valores al proyecto, presentando el respectivo alcance de este, logrando de esta manera el concepto de viabilidad. En diciembre de 2017, El Ministerio de Salud y Protección Social, notificó a la institución de la Resolución No. 5263 de 2017, donde se asignaron los recursos por el orden de \$327.800.000 para la adquisición de la Planta Eléctrica, los cuales serán girados en la vigencia 2018. Surtido los procesos de convocatoria pública, se adjudicó la contratación del presente proyecto a mediados de diciembre de 2018 por la suma de **\$327.800.000**.

9. Construcción de Una Bodega Tipo Industrial para Almacén y Suministros: En el último trimestre de la vigencia 2017, se realizó el proceso de contratación de los estudios y diseños arquitectónicos requeridos para el desarrollo del proyecto. Se gestionó ante La Secretaría de Planeación Municipal, la documentación requerida para el trámite de la licencia de construcción. Una vez se adelante dicho trámite se organizará y complementará la documentación necesaria en la vigencia 2018, para radicar el proyecto ante la Secretaría de Salud del Huila y El Ministerio de Salud y Protección Social. En julio de 2018, se radicó el presente proyecto ante La Secretaría de Salud del Huila para obtener la viabilidad del mismo; desde esa fecha hasta diciembre de 2018, se atendieron tres (3) requerimientos de tipo técnico y se realizaron varias mesas técnicas de trabajo con los respectivos equipos de profesionales por las partes, subsanando y ajustando cada uno de los requerimientos. Por motivo del cambio de vigencia al 2019, se ajustaron todos los valores del proyecto, con sus respectivos presupuestos y soportes, los cuales fueron radicados de nuevo en febrero de 2019 para continuar con la gestión del proyecto.

Posteriormente se hicieron otros ajustes solicitados por La Secretaría de Salud del Huila, contando con la primera viabilidad en abril de 2019, seguidamente fue organizado el proyecto y radicado ante El Ministerio de Salud y Protección Social, quien en septiembre

dio a conocer que con la entrada en vigencia de la Resolución 2053 de 2019 debía ser aprobado el proyecto por La Secretaría de Salud del Huila, por consiguiente se realizaron las respectivas gestiones y finalmente el pasado 20 de noviembre de 2019 se contó con el concepto técnico favorable por dicha entidad por la suma de **\$2.306.489.349 (incluida la interventoría) y un área de 1.174,45 m²**, obra que surtirá su proceso contractual en los primeros meses de 2020 y se ejecutará en dicho período.

10. Construcción del Área para realizar los procesos de limpieza y desinfección de las ambulancias, parqueo y área para patio de maniobras de vehículos hospitalarios, de insumos y de almacén del Hospital: En el último trimestre de la vigencia 2017, se realizó el proceso de contratación de los estudios y diseños arquitectónicos requeridos para el desarrollo del proyecto. Se gestionó ante La Secretaría de Planeación Municipal, la documentación requerida para el trámite de la licencia de construcción. Una vez se adelantó dicho trámite se organizará y complementará la documentación necesaria en la vigencia 2018, para radicar el proyecto ante la Secretaría de Salud del Huila y El Ministerio de Salud y Protección Social. En julio de 2018, se radicó el presente proyecto ante La Secretaría de Salud del Huila para obtener la viabilidad del mismo; desde esa fecha hasta noviembre de 2018, se atendieron tres (3) requerimientos de tipo técnico y se realizaron varias mesas técnicas de trabajo con los respectivos equipos de profesionales por las partes, subsanando y ajustando cada uno de los requerimientos. Finalmente, el pasado 27 de noviembre de 2018 se sustentó ante el Comité Técnico de la Secretaría de Salud del Huila, el presente proyecto, obteniendo la respectiva viabilidad.

Durante los primeros meses de 2019 se surtió el proceso contractual, dando inicio a la ejecución del proyecto, el cual fue entregado a la comunidad en el mes de diciembre de 2019 por la suma de **\$828.000.000 y un área de 981,44 m²**, y la interventoría por la suma de \$57.934.674.

2. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Meta plan de Gestión: A8. Robustecer el desarrollo de los Semilleros de Talento Humano, a través de la captación y selección del talento humano por competencias y perfiles.

Estrategias:

- Que todo el personal que ingrese a la Institución a desarrollar procesos administrativos o asistenciales realice el Semillero de Inducción.
- Capacitar en temas transversales referentes a Humanización en los servicios de salud, adherencia a procesos y nivel de competencia teórica y práctica.
- Evaluar integralmente a los aspirantes por medio de cada uno de los profesionales y coordinadores de área que hagan parte del Proceso de Semillero.

En la Institución se lleva a cabo el proceso de semilleros de Talento Humano, contemplado dentro del Plan de Gestión 2016 – 2020. Uno de los ejes fundamentales y el cual se ha venido desarrollando satisfactoriamente es el proceso de Semilleros de Talento Humano, contemplado dentro del Plan de Gestión 2016 – 2020, realizado conjuntamente en forma de capacitación y aprendizaje, en los que se evalúa a través de instrumentos las capacidades técnicas, psicotécnicas, habilidades y competencias con la intención de fortalecer la cultura organizacional y aplicar de manera efectiva las directrices, desarrollando en el futuro colaborador, habilidades de liderazgo y de asertividad, estimulando así el aprendizaje y el desarrollo individual y organizacional en un contexto metodológico flexible, integral, práctico y participativo; se pretende con esta metodología que los aspirantes se alineen a los objetivos y necesidades de la Institución y lograr el funcionamiento esperado, bajo los estándares del Sistema Único de Acreditación.

Dichos procedimientos contiene las fases de: Recepción de hojas de vida, selección, inducción (práctica – específica) y periodo de prueba; buscan fortalecer la integración de la persona que va a desarrollar procesos a la cultura organizacional y aplicar de manera efectiva las directrices, desarrollando en el futuro colaborador, habilidades de liderazgo y de asertividad, estimulando así el aprendizaje y el desarrollo individual y organizacional en un contexto metodológico flexible, integral, práctico y participativo.

El cual consta de dos etapas, inducción general e inducción específica. La inducción general es realizada teniendo en cuenta los siete estándares de Acreditación (Mejoramiento de la Calidad, Direccionamiento y Gerencia, Grupo Asistencial, Gerencia del Talento Humano, Gestión del Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología y Gestión de la Información); en la inducción específica se capacita en los temas transversales en Epidemiología, IAMII, Experiencia del Paciente y su familia, Estadísticas Vitales, Cuentas Médicas, Admisiones y Facturación, lo anterior, con el fin de brindar información general, amplia y suficiente que permita el conocimiento de la entidad a los nuevos colaboradores para fortalecer el desarrollo de sus actividades, además de integrarlos a los objetivos institucionales y metas de acreditación.

A continuación, el consolidado de los semilleros realizados durante la vigencia 2019 y la efectividad según la medición del indicador.

SEMILLERO ASISTENCIAL

AUXILIAR DE ENFERMERÍA													
CONVENCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTALES
Total hojas de vida	18	0	39	19	16	8	11	12	0	25	8	6	162
Total que iniciaron semillero	8	0	25	9	11	6	7	7	0	20	4	3	100
Total de aspirantes que terminaron el proceso	2	0	10	3	8	6	4	4	0	15	4	0	56
Total que superaron periodo de prueba en 3,5	2	0	9	3	7	6	4	4	0	14	4	0	53

JEFE DE ENFERMERÍA													
CONVENCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTALES
Total hojas de vida	5	2	7	4	0	4	0	1	1	13	4	3	44
Total que iniciaron semillero	5	2	4	2	0	2	0	1	1	4	2	1	24
Total de aspirantes que terminaron el proceso	4	1	3	2	0	2	0	1	1	2	2	1	19
Total que superaron periodo de prueba en 3,5	4	1	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	16

MÉDICO GENERAL													
CONVENCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTALES
Total hojas de vida	6	8	7	8	5	0	8	0	0	8	5	6	61
Total que iniciaron semillero	3	6	2	4	4	0	4	0	0	1	1	2	27
Total de aspirantes que terminaron el proceso	1	4	0	3	4	0	4	0	0	1	1	2	20
Total que superaron periodo de prueba en 3,5	1	4	0	3	4	0	4	0	0	1	1	2	20

AUXILIAR DE FARMACIA													
CONVENCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTALES
Total hojas de vida	12	4	8	0	2	0	0	0	0	0	0	0	26
Total que iniciaron semillero	5	4	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	15
Total de aspirantes que terminaron el proceso	3	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	7
Total que superaron periodo de prueba en 3,5	3	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	7

ESPECIALISTAS													
CONVENCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTALES
Total hojas de vida	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	5
Total que iniciaron semillero	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	5
Total de aspirantes que terminaron el proceso	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	5
Total que superaron periodo de prueba en 3,5	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	5

LABORATORIO CLINICO Y BANCO DE SANGRE													
CONVENCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTALES
Total hojas de vida	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	4	0	7
Total que iniciaron semillero	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	4
Total de aspirantes que terminaron el proceso	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	4
Total que superaron periodo de prueba en 3,5	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	4

PSICOLOGÍA													
CONVENCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTALES
Total hojas de vida	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Total que iniciaron semillero	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total de aspirantes que terminaron el proceso	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total que superaron periodo de prueba en 3,5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1

INSTRUMENTADOR													
CONVENCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTALES
Total hojas de vida	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Total que iniciaron semillero	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Total de aspirantes que terminaron el proceso	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Total que superaron periodo de prueba en 3,5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1

QUÍMICO FARMACÉUTICO													
CONVENCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTALES
Total hojas de vida	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total que iniciaron semillero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total de aspirantes que terminaron el proceso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total que superaron periodo de prueba en 3,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1

SEMILLERO ADMINISTRATIVO

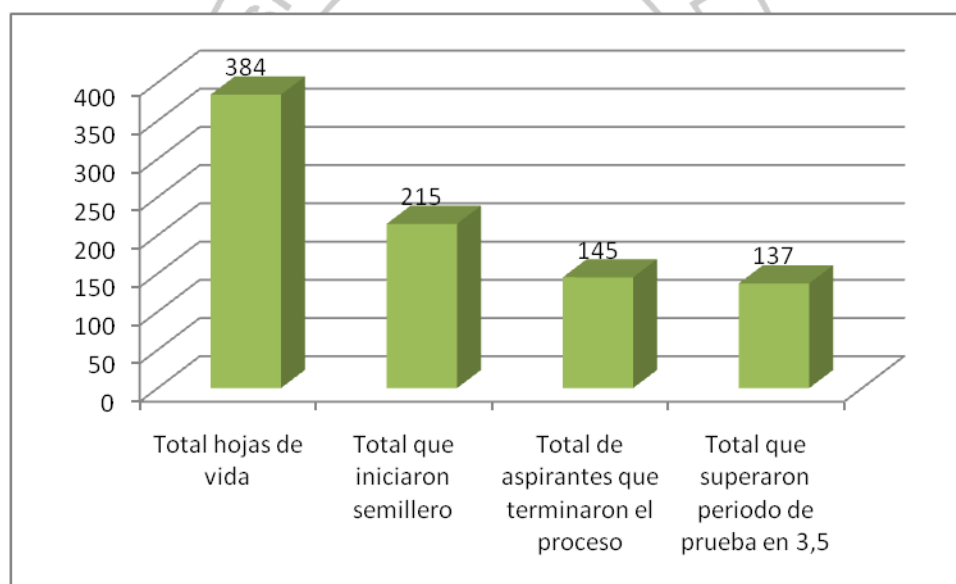
ADMINISTRATIVOS													
CONVENCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTALES
Total hojas de vida	0	2	12	1	1	1	0	1	5	4	13	1	41
Total que iniciaron semillero	0	2	8	1	1	1	0	1	3	1	6	1	25
Total de aspirantes que terminaron el proceso	0	2	3	1	0	1	0	1	3	1	6	1	19
Total que superaron periodo de prueba en 3,5	0	2	3	1	0	1	0	1	2	1	5	1	17

SERVICIOS GENERALES													
CONVENCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTALES
Total hojas de vida	2	0	0	3	4	0	5	0	1	0	12	3	30
Total que iniciaron semillero	1	0	0	1	1	0	2	0	1	0	4	1	11
Total de aspirantes que terminaron el proceso	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	4	1	10
Total que superaron periodo de prueba en 3,5	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	4	1	10

MANTENIMIENTO													
CONVENCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTALES
Total hojas de vida	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total que iniciaron semillero	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total de aspirantes que terminaron el proceso	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total que superaron periodo de prueba en 3,5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

RESULTADO DEL INDICADOR

DESCRIPCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTALES
Total hojas de vida	43	18	74	37	29	15	27	16	8	50	48	19	384
Total que iniciaron semillero	22	16	44	19	20	10	14	11	6	26	19	8	215
Total de aspirantes que terminaron el proceso	11	10	18	12	16	10	10	8	6	19	20	5	145
Total que superaron periodo de prueba en 3,5	11	10	16	12	15	9	10	8	5	17	19	5	137
Porcentaje	100%	100%	89%	100%	94%	90%	100%	100%	83%	89%	95%	100%	94%



Todos los semilleros de Talento Humano que se han realizado en el 2019 cuentan con sus respectivos controles de asistencia y evaluaciones que permitieron medir la adherencia de cada integrante al conocimiento de los procesos institucionales, lo que permitió obtener una efectividad del 94%.

PROGRAMA DE BIENESTAR SOCIAL 2019

En cumplimiento de la Constitución Política, Ley 909 de 2004, Decreto 1227 de 2005, Decreto Ley 1567 de 1998, Decreto 4661 de 2005, con el objetivo principal de responder a las necesidades y expectativas de los empleados de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito y promover la atención integral al empleado para propiciar un mejor desempeño productivo, la Institución a través de la Oficina de Talento Humano durante la vigencia 2019 encaminó las actividades de Bienestar Social, teniendo en cuenta el resultado de la encuesta realizada a los funcionarios de la institución y el Plan de Acción con su respectivo cronograma, lo anterior a fin de dar cumplimiento a los estándares 104 y 115 de Talento Humano del Manual Único de Acreditación en Salud.

ACTIVIDADES REALIZADAS

➤ **Campeonato Institucional:**

Para la ejecución de esta actividad se contó con la colaboración del COPAST, encargado de desarrollar la logística, con la inscripción de participantes en las diferentes modalidades de deportes. En el mes de abril se realizó el “sanchocho con amor” y la vez se inauguraron los campeonatos institucionales y juegos tradicionales. En armonía con las actividades que integran el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo, se organizaron juegos deportivos tales como, fútbol, baloncesto, mini tejo, entre otros en los que se integraron colaboradores del sexo masculino o femenino, se suministró hidratación y se premió a los ganadores.



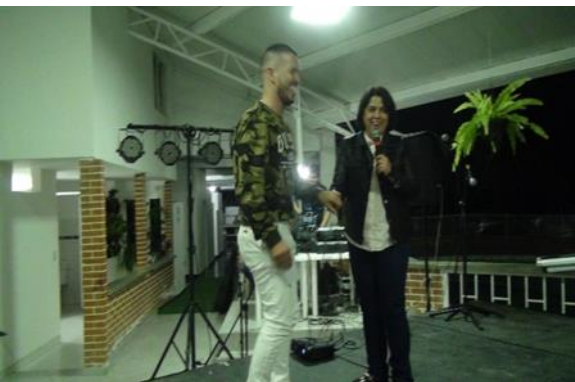
- Los días 10 y 11; 17 y 18; 24 y 25 de mayo; 07 y 08 de junio de 2019, se realizaron por grupos las actividades del funcionario y su familia al Parque Espiritual la Sangre de Cristo en el Municipio de Palermo y a la Hacienda Santa Rosa en el Municipio de Gigante.



- El 21 de junio de 2019, se realizó el Reinado de Integración San Pedro Acreditado.



- El 27 de septiembre de 2019, se realizó la actividad denominada NOCHE DE TALENTOS, en la cual participaron colaboradores en diferentes actividades artísticas y culturales de DANZA, CANTO, KARAOKE.



- El 13 de diciembre de 2019, se realizó la actividad denominada REUNIÓN EMPRESARIAL, en la cual participaron colaboradores con sus acompañantes.



- Preparación para el Retiro de La Vida Laboral:

Esta actividad tuvo gran acogida entre los funcionarios de planta de nuestra empresa, en razón a que se tuvo la oportunidad de asistir durante dos días, en dos grupos; donde se realizaron actividades, lúdicas y ambientales que les permitió integración con sus compañeros.

Así mismo es una oportunidad en la que la empresa les reconoce el aporte que durante muchos años le han brindado.

Asistieron un total de 34 funcionarios.



- Estímulos e Incentivos:

NO PECUNIARIOS

- **DIA DE CUMPLEAÑOS LIBRE:** Para esta fecha se otorga un día hábil libre, se hace entrega de una tarjeta de cumpleaños y se hace difusión por los medios de comunicación internos del Hospital.

Durante la vigencia 2019, se beneficiaron un total de 104 funcionarios, Contratistas Directos y Personal en entrenamiento (Médicos Internos).



- **COLABORADOR DEL MES:** Para fomentar el estímulo entre los Servidores, este reconocimiento se hace cada mes. Con ello se pretende reconocer la excelencia de los funcionarios que brindan atención integral al usuario garantizando un trato humano y con calidad; al igual por destacarse por su buen desempeño laboral; en el primer Comité Técnico Gerencial de cada mes, con el fin de resaltar sus valores, principios, cumplimiento de los deberes laborales, adecuado desarrollo de los procesos y compromiso Institucional.

En total de 48 funcionarios, Contratistas Directos y Personal en entrenamiento (Médicos Internos). Fueron reconocidos públicamente como Mejores Funcionarios del mes, por haber aplicado con todos los VALORES DEL CÓDIGO DE INTEGRIDAD.



- Felicitación en las diferentes Fechas especiales: Manifiestar una expresión de afecto y reconocimiento a los funcionarios y personal que desarrolla procesos en la Institución en días clásicos y fechas especiales. (Día del médico, día de la Enfermera, día del Auxiliar Administrativo, día del Bacteriólogo, entre otros).

PECUNIARIOS

- En el mes de marzo se realizó el sorteo del plan de incentivos PECUNIARIO para los empleados de carrera administrativa, conforme los lineamientos del Plan de Bienestar Social e incentivos, donde resultaron ganadores:

FANNY MOTTA PERILLA, LIBIA BETANCOURTH QUIQUE y JOSÉ BLADIMIR LUGO ARIZA.



El disfrute de este viaje se realizó en el mes de septiembre de 2019, en San Andrés Islas.

- El día 20 de diciembre se realizó la entrega de los elementos a los Funcionarios.



- Durante la vigencia 2019, se beneficiaron un total de 59 de funcionarios que recibieron el apoyo económico para vivienda, turismo o educación. Apoyo destinado para estudio 3 funcionarios, 19 vivienda y 37 turismo.

PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN

Mediante la Resolución 075 del 18 de Enero de 2019 y modificado mediante la Resolución 264 del 14 de Agosto de 2019, se aprobó el Plan Institucional de Capacitación para la vigencia 2019, partiendo de lo definido en el Plan de Gestión Institucional, con el fin de contribuir a la formación y actualización del conocimiento, habilidades y competencias del Talento Humano, que fortalezca la integración de la persona con los procesos a desarrollar al interior de la Institución conforme a la normatividad vigente. El Plan Institucional de Capacitación se enmarcó además teniendo en cuenta las líneas de acción definidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, considerando el Talento Humano como el activo más importante con el que cuentan las entidades y, por lo tanto, como el gran factor crítico de éxito que les facilita la gestión y el logro de sus objetivos y resultados; se sustentó en los ejes temáticos priorizados: Gobernanza para la paz, Gestión del Conocimiento y Creación de Valor.

Para su formulación se desarrollaron las siguientes fases:

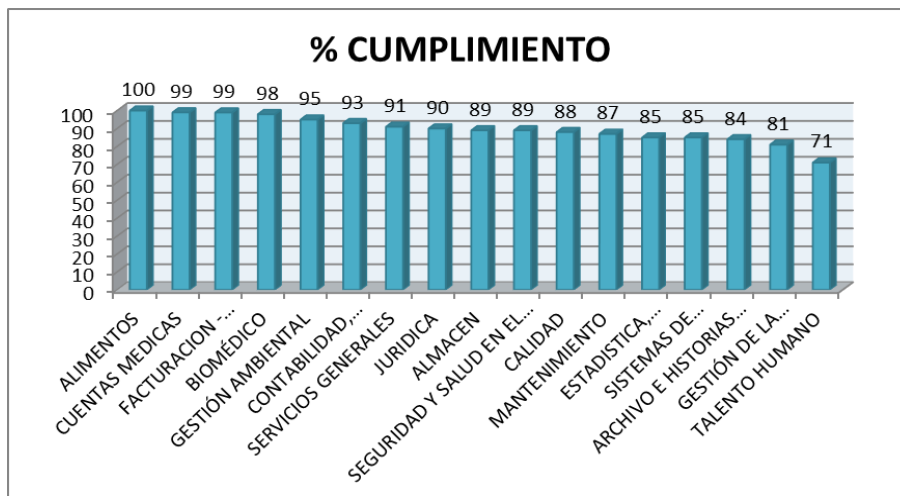
- Sensibilización.
- Diagnóstico de necesidades de personal.
- Consolidado del diagnóstico de necesidades de la Entidad.
- Programación del Plan.
- Ejecución del Plan.
- Seguimiento y evaluación del Plan.

Los temas de capacitación se establecieron mediante:

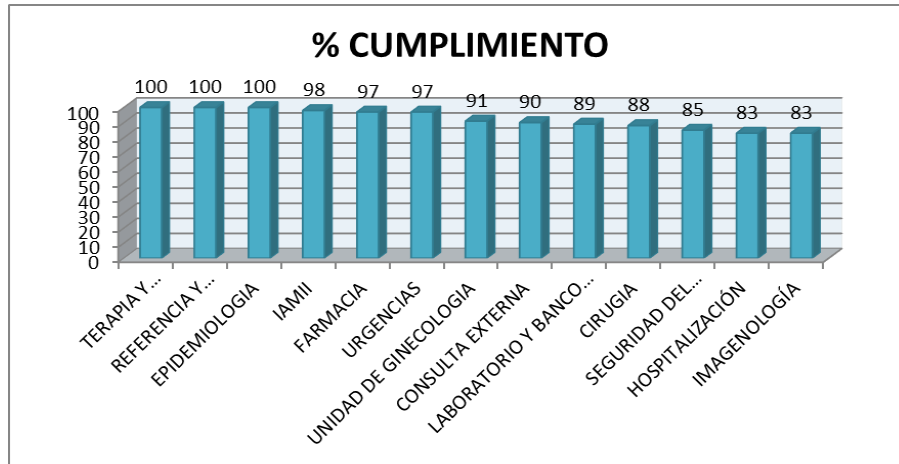
- Los resultados de evaluaciones de desempeño.
- La aplicación Batería Riesgo Psicosocial.
- La encuesta de Clima Organizacional.
- La encuesta de detección de necesidades en cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Los que las áreas consideraron debían incluirse y no estaban contemplados en los anteriores.

Durante la vigencia 2019, se programaron en total 211 actividades de capacitación y se ejecutaron 190 de éstas, alcanzando un 97% de cumplimiento y logrando una cobertura del 91%. Importante resaltar que, como mejora del proceso, se midió la efectividad de las capacitaciones a través de las evaluaciones de desempeño y/o calificación de personal para lo cual se definieron los criterios de calificación: Conocimiento, práctica y ejes de acreditación (seguridad del paciente, humanización y transformación cultural). A continuación, se muestra los resultados alcanzados por procesos teniendo en cuenta las actividades de capacitación establecidas y la cobertura definida para cada de ellas:

ÁREA ADMINISTRATIVA



ÁREA ASISTENCIAL



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO PROGRAMA: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Meta plan de Gestión: A9. Implementar el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, con base a los lineamientos normativos vigentes, para avanzar en la protección social de los trabajadores enmarcado en una cultura preventiva.

Estrategias: Ejecutar las etapas diseñadas para la puesta en marcha y medición permanente del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo en nuestra E.S.E. Hospital Departamental San Antonio De Pitalito.

SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio, en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes en el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo ha ejecutado actividades de capacitación orientadas hacia la Promoción y Prevención enfocado en el bienestar, salud y la integridad de los funcionarios que laboran en la Institución.

Estas actividades han sido promovidas a través de la Gerencia, Talento Humano, Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo, Profesional en Salud Ocupacional y todos los funcionarios partícipes de los diferentes procesos.

OBJETIVO GENERAL

Lograr que los trabajadores de la Institución adquieran conocimientos en Seguridad y Salud en el Trabajo que les permita adoptar técnicas de prevención de daños a la salud por el desempeño laboral, solución de los problemas de seguridad y control de riesgos emergentes en sus actividades diarias

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Propender por el desarrollo de una adecuada cultura de la prevención en cuanto a seguridad y salud en el trabajo.
- Generar cambios de actitud en el desempeño laboral de los trabajadores.
- Establecer actividades de promoción y prevención tendiente a mejorar las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores, protegiéndolos contra los riesgos derivados de la labor desempeñada.
- Suministrar una guía de las actividades encaminadas al mejoramiento continuo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores.
- Propiciar y fortalecer el conocimiento técnico necesario para el mejor desempeño de las actividades laborales.

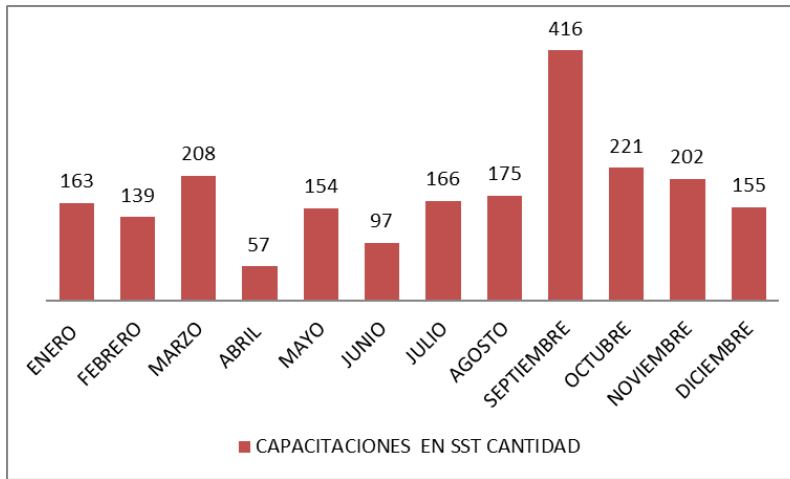
Las estrategias de formación van enfocadas en la prevención de incidentes, accidentes y enfermedades laborales de los colaboradores. El proceso de Inducción General aplica a los colaboradores que ingresan a laborar a la Institución, como también a las escuelas de formación y médico internos.

INDUCCION EN SST 2019	
MES	CANTIDAD
ENERO	45
FEBRERO	24
MARZO	66
ABRIL	70
MAYO	50
JUNIO	39
JULIO	17
AGOSTO	42
SEPTIEMBRE	65
OCTUBRE	52
NOVIEMBRE	37
DICIEMBRE	0
TOTAL	507

CAPACITACIONES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Son actividades planificadas y permanentes, cuyo propósito es promover mecanismos de prevención, es un proceso participativo que involucra a todos los directivos y colaboradores de la Institución.

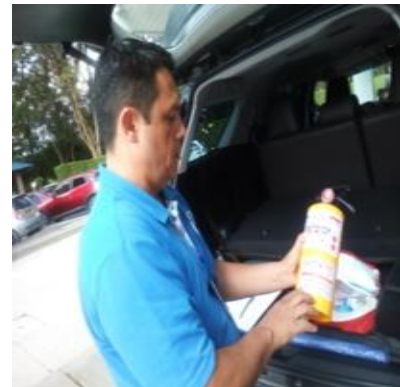
- Capacitación al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Capacitación al Comité de Convivencia Laboral.
- Capacitación al Comité de Investigación de incidentes y accidentes laborales.
- Capacitación en a accidentes laborales, enfermedades laborales, actos y condiciones inseguras.
- Capacitación en Trabajo seguro en alturas y espacios confinados.
- Buenas prácticas de manufactura.

- Capacitación el peligro químico.
- Capacitación en peligro biomecánico-psicosocial.
- Capacitaciones en condiciones de seguridad (locativo-público).
- Capacitaciones en condiciones de seguridad eléctrica.
- Re inducción en condiciones de seguridad vial-pilares de fortalecimiento: Normas en seguridad vial, técnicas de manejo defensivo, comportamiento seguro, autocuidado, reglas generales para conductores-peatones.
- Capacitación de brigadas de emergencia. Primeros auxilios, contraincendios y evacuación y rescate.
- Capacitación de brigadas contraincendios: Pruebas prácticas de extintores y gabinetes.



INSPECCIONES DE SEGURIDAD

INSPECCIONES				
VEHICULOS	ENERO	MAYO	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE
EXTINTORES	ENERO	ABRIL	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE
BOTIQUINES	ABRIL	AGOSTO	DICIEMBRE	
RONDAS DE SEGURIDAD	JULIO		DICIEMBRE	
PARQUEADERO	MAYO		DICIEMBRE	
COCINA	JUNIO		DICIEMBRE	

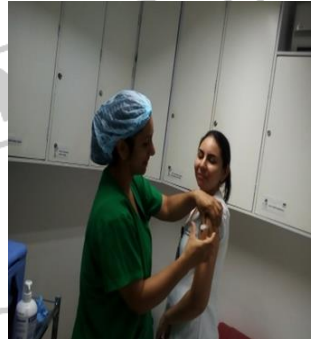


PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD

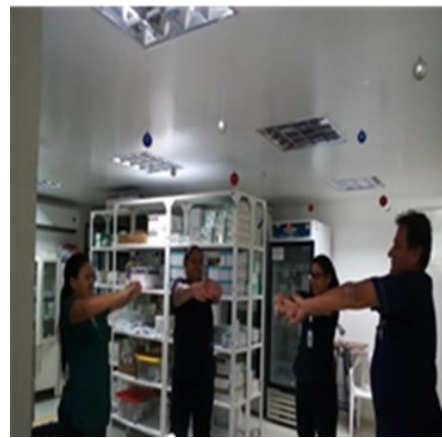
- Valoraciones médicas ocupacionales: Ejecutadas 87, Total Colaboradores 91, cumplimiento del 95,60%.



- Esquemas de vacunas: Primera Dosis de Hepatitis B para 40 colaboradores de planta.



- Programa para promover estilos de vida saludables y vigilancia Epidemiológica
- Campeonato Institucional
- Semana de la Seguridad y la Salud en el Trabajo
- Jornadas de Pausas activas laborales



- **Desayuno Saludable:** Estrategia de Desayuno Saludable, actividad que se realiza mensualmente donde participan la Institución, los gremios y empresas contratistas. Esta actividad tiene como objetivo sensibilizar y fomentar hábitos de vida saludable en los colaboradores para evitar el sobrepeso y la obesidad.



- **Medición de Riesgo Psicosocial- Clima Laboral y Organizacional.**



- **Ausentismo laboral:** De acuerdo a los registros de ausentismo es evidente que el mayor registro de complicaciones de salud en el personal se generó a causa de incapacidades por tratamiento de tumores, seguido de enfermedades del sistema digestivo y enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.

SIMULACRO

La E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO, desarrolló durante el día 2 de octubre de 2019 el 6° Simulacro de Evacuación por Sismo, dando lugar a ordenar la evacuación parcial del área hospitalaria y la activación de planes de contingencia de acuerdo al guion preparado, en cumplimiento de la Ley 46 de 02 de noviembre de 1998 y sus Decretos Reglamentarios; y en respuesta a los procesos de planeación, prevención y atención a desastres para nuestro Municipio, se activó El Comité Operativo de Emergencia (COE), quienes orientaron su realización.

Para este proceso fue necesario informar previamente del simulacro a todo el personal vinculado con la Institución tanto del nivel interno (funcionarios-afiliados partícipes-contratistas) como externo (usuarios de los servicios-visitantes-entidades administradoras

de gestión del riesgo (Bomberos- CRUE Departamental, Municipio de Pitalito y demás) indicando fecha y hora de realización.

En la vigencia 2019 participaron 546 personas, entre colaboradores (255), usuarios y/o visitantes (285), quienes permitieron dar cumplimiento a cada una de las etapas del simulacro incluyendo la atención de 7 lesionados simulados que fueron atendidos en la Institución. Finalmente, el presente evento nos permitió fortalecer la capacidad de respuesta institucional para salvar más vidas, sumado al cumplimiento normativo vigente y la aplicación de los estándares 107 y 125 del proceso de Acreditación.



3. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Meta plan de Gestión: A10. Tecnologías de la Información y Comunicación -TIC: Diseñar e implementar un Plan Estratégico de Tecnología de la Información (PETI), que permita liderar los procesos de gestión institucional a corto, mediano y largo plazo; al igual que las estrategias direccionadas por El Estado a nivel nacional (Gobierno en Línea, Transparencia y acceso a la Información Pública, entre otros), para brindarle a nuestros usuarios servicios más eficientes, más transparentes y participativos.

Estrategias:

1. Definir, implementar, ejecutar y divulgar un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI).
2. **TIC para la Gestión:** Implementar un modelo de gestión de TIC alineado con la estrategia institucional que permita generar valor estratégico para la entidad, sus clientes de información y usuarios.
3. **TIC para el Gobierno Abierto:** Fomentar la construcción de un Estado más transparente, participativo y colaborativo en los asuntos públicos mediante el uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
4. **TIC para Servicios:** Implementación de medios electrónicos para la provisión de trámites y servicios, con la finalidad de dar solución a las principales necesidades y demandas de los usuarios y demás grupos de interés.
5. **Seguridad y Privacidad de la Información:** Desplegar acciones tendientes a proteger la información y los sistemas de información, de acceso, uso, divulgación, interrupción o destrucción no autorizada.

PROYECTOS, PLANES, PROGRAMAS

1. Plan Estratégico TIC
2. Optimización del Software Asistencial y Software Administrativo
3. Seguridad Informática
4. Gestión del Hardware y Software
5. Plataforma Tecnológica
6. Sistemas de Información
7. Mantenimiento Preventivo del Hardware

1. Plan Estratégico TIC

Se realizó entrega del Plan estratégico de Tecnologías de la información por parte de la mesa de ayuda – Índigo Technologies S.A.S y la Oficina de Sistemas del Hospital Departamental San Antonio, dicho Plan fue estudiado y analizado por El Comité de Sistemas de Información y la alta gerencia, para definir las líneas de trabajo para los próximos años.

Al finalizar la vigencia 2019, se avanzó en la etapa de evaluación y seguimiento de los proyectos que el documento contiene, avanzando en la Matriz de Criterios de Evaluación y Selección de Proyectos y Matriz Diagnóstico, la cual lista todos los proyectos posibles a implementar para el Hospital y nos ayuda a analizarlos y decidir cuáles son viables, teniendo en cuenta ciertos criterios como Gestión de competencias y capacidades de TI, Gestión de procesos y proyectos de TI, Ofrecer servicios efectivos de TI, Aporte y valor agregado de las inversiones en TI, Rango de

tiempo y Valor del proyecto; de igual forma, dicha matriz detalla otros datos como el nombre del proyecto, las iniciativas que lo componen, si aplica, el estado del proyecto.

Entre los proyectos que se encuentran en la matriz citada y que se realizaron satisfactoriamente, tenemos:

- Actualización constante de la página web respecto a la Implementación de la ley de transparencia.
- Nuevos discos duros de Backups de la QNAP.
- Creación cubos de indicadores de Analítica De Datos en el servidor de producción.
- Renovación parque computacional.
- Ampliación del arrendamiento del procedimiento de impresión.
- Capacitación, inducción y reinducción de servicios TI.
- Licenciamiento de antivirus.

Rediseño página web, fortaleciendo el proceso de Implementación de la Ley de transparencia



Haciendo referencia a los lineamientos y dando cumplimiento a Gobierno en digital, la ley 1712 de 2014 Transparencia y Acceso a la Información Pública, Decreto MinTic 3564 de 2015, Norma Técnica Colombiana (NTC) 5854, se realizó la actualización constante de la Página web del Hospital Departamental San Antonio de Pitalito <https://hospitalpitalito.gov.co/>.

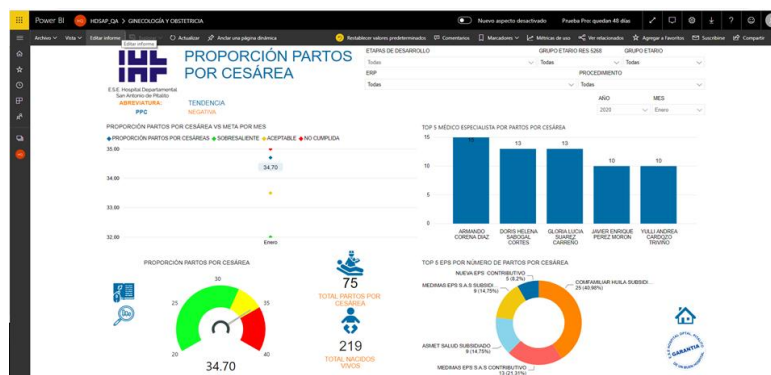
Nuevos discos duros de Backups de la QNAP.



La importancia de la adquisición y actualización de la plataforma de infraestructura tecnológica desde el nivel de servidores y almacenamiento garantiza una mejora en el desarrollo de las actividades diarias de los colaboradores del hospital, redundando en mejora del servicio misional ofertado a la comunidad. La adquisición de este tipo de bienes, garantizan un mejor resultado y percepción de los colaboradores para con los sistemas de información traduciéndose en mejora de imagen institucional de cara a la comunidad.

Creación Cubos de Indicadores de Analítica de Datos en el Servidor de Producción.

NOMBRE	ACCIONES	PROPIETARIO	INCLUIDO EN LA RESERVA
ADMINISTRATIVO	[Iconos de acciones]	HOSAP_GA	SI
CIRUGIA	[Iconos de acciones]	HOSAP_GA	SI
CONSULTA EXTERNA	[Iconos de acciones]	HOSAP_GA	SI
ESTADÍSTICA	[Iconos de acciones]	HOSAP_GA	SI
EVALUACION GERENCIAL	[Iconos de acciones]	HOSAP_GA	SI
FARMACIA	[Iconos de acciones]	HOSAP_GA	SI
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	[Iconos de acciones]	HOSAP_GA	SI
HOSPITALIZACIÓN	[Iconos de acciones]	HOSAP_GA	SI
SEGURIDAD DEL PACIENTE	[Iconos de acciones]	HOSAP_GA	SI
SANI	[Iconos de acciones]	HOSAP_GA	SI
TALENTO HUMANO	[Iconos de acciones]	HOSAP_GA	SI



La analítica de datos es entendida como el conjunto de herramientas y tecnologías que les permiten a los usuarios finales acceder y analizar de manera rápida y sencilla la información para la toma de decisiones. Esta herramienta para analítica de datos es transversal con la política de Gobierno Digital del Ministerio de Tecnologías de la Información y la Comunicación – MINTIC en uno de sus criterios y con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG en uno de sus lineamientos.

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, en concordancia con el Plan Estratégico de Tecnología de la Información (PETI) de la institución y de la iniciativa de MinTic denominada **“Toma de decisiones basadas en evidencias”** desarrolló e implementó el proyecto de analítica de datos que facilita la generación de conocimiento y la toma de decisiones, con la priorización de 80 indicadores en la etapa inicial, los cuales se encuentran disponibles para ser consultados a través de la internet.

Renovación Parque Computacional



PC Portátil



Impresora Zebra

Scanner



Access Point



Tabla para firmas



Memorias Ram

Discos Duros

Se realizó la renovación del parque computacional, donde el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, adquirió 50 equipos de escritorio Lenovo All in One, V530, 6 equipos portátiles ThinkPad E490 de la misma marca, 15 Acces Point marca Ubiquiti modelo Unifi, 10 discos duros externo portable de 4 TB USB, 1 impresora zebra ZT410 para etiquetas, 1 impresora térmica para kiosco del sistema Digiturno (D347-1), 5 scanner Fujitsu Duplex fi-7180, 3 Tablet Samsung Galaxy, 1 Tabla digitalizadora para firmas mousse pen I608x, 1 Ups on line 15 kva trifasica marca powest, para ser distribuidos en las diferentes áreas del hospital donde se requerían.

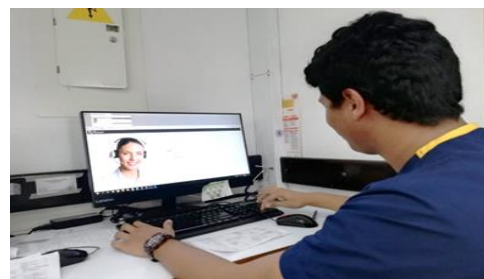
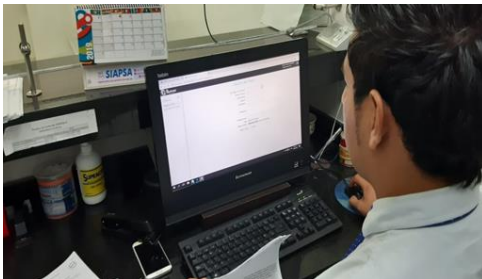
Ampliación de la Estrategia de Arrendamiento de Impresión



Se reemplazó en las áreas requeridas, impresoras más nuevas y mejores dotadas, marca Ricoh modelo mp 301 y 3352 en arrendamiento, estas áreas fueron:

- Urgencias.
- Ginecología.
- Unidad Hotelaría Hospitalaria.

Capacitación, inducción y reinducción de servicios TI.



Para brindar un servicio de calidad a nuestros pacientes, es de vital importancia realizar inducción y reinducción de los procesos a los funcionarios del Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, debido al flujo de trabajo que se maneja, se hace necesario estar repasando ciertos procesos y sus respectivas actualizaciones ya sean técnicas o de

nuevos procedimientos, por consiguiente, se está en constante reinducción con el talento humano de las áreas y/o servicios priorizados.

Licenciamiento de Antivirus



Para el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, es de vital importancia estar protegido ante las amenazas de programas malintencionados, también llamado virus, malware (programas con actitudes malintencionadas dejando sin funcionar a los usuarios), spyware (programas espía de información), la mejor opción es tener un programa que bloquee estas amenazas, para esto se adquirió por parte de la entidad 340 licencias de software de antivirus McAfee Endpoint Security.

2. Optimización del Software Asistencial y Software Administrativo.

Se evidencia el mejoramiento del software administrativo y asistencial a través de la ejecución de los contratos de la mesa de ayuda – Índigo Technologies, empresa certificada en el manejo y gestión de dichos software y encargados de soporte a las aplicaciones.

Se gestionó el mantenimiento y las actualizaciones del Software Índigo Vie ERP (Módulos Contabilidad, Tesorería, Cuentas por pagar, Cartera, Inventarios, Activos fijos, Presupuesto, Talento Humano, Facturación) y del Software Índigo Crystal a través de la ejecución de los diferentes contratos con el proveedor Índigo Technologies S.A.S.

Se gestionó el mantenimiento y actualización al software de Extranet, y aplicativo del digiturno.

Objeto del contrato: Contratación de la gestión de los servicios de tecnologías de información bajo el marco de referencia ITIL V3 que incluya los componentes: Servicios de infraestructura tecnología, servicios de sistemas de información, uso y apropiación en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

3. Seguridad Informática.

Nivel de Madurez Mejoramiento Permanente - Fase Actuar.

*Implementar las mejoras identificadas.

*Tomar medidas preventivas y correctivas.

*Aplicar lecciones aprendidas.

*Comunicar los resultados.

*Garantizar el objetivo.

*Proceso Continuo.

Se dieron las primeras pautas para iniciar la implementación del modelo de seguridad y privacidad de la información (MSPI - MINTIC). Se evidencia la implementación de las siguientes actividades:

- Instalación de parches de seguridad a servidores alojados en el data center del HSAP.
- Instructivo para la conformación del comité de seguridad de la información, con los respectivos roles y responsabilidades, teniendo en cuenta la guía del MSPI – MINTIC.
- Instalación, configuración y administración de consola de antivirus: Mcafee.
- Administración de Firewall Sonic Wall - filtros de contenido, informe de amenazas, etc.
- Reportar incidentes de Seguridad de la Información.
- Seguimiento de curso seguridad de la información usuarios administrativos y asistenciales del HSP.
- Soporte remoto Firewall SonicWall.

4. Gestión del Hardware y Software

A través del soporte de la mesa de servicios – INDIGO Technologies se evidencian las siguientes actividades:

- Identificación de las solicitudes realizadas por los usuarios para prestar soporte técnico oportuno y mantener continuidad en los servicios tecnológicos.
- Generar acciones preventivas para el adecuado funcionamiento del software.
- Generar políticas de uso de los recursos hardware y software de la Institución.
- Facilitar el buen funcionamiento de las herramientas tecnológicas de la entidad.
- Los recursos informáticos de la entidad son recursos públicos que deben usarse y mantenerse con responsabilidad.
- Los recursos informáticos son herramienta esencial en el cumplimiento de la misión institucional.

5. Plataforma Tecnológica

Actividades:

- Estudios de conveniencia y oportunidad estudio de mercado y proceso de contratación.
- Desarrollo de proyectos de fortalecimiento tecnológico y comunicaciones que permiten dar cumplimiento a la misión institucional.
- Mantener el licenciamiento del software que soporta las actividades de la Institución.
- Fortalecer la seguridad perimetral de la entidad.
- Fortalecimiento de los servidores de la entidad mediante parches de seguridad según recomendación de los fabricantes de estos, minimizando riesgos a futuros.

Adquisición recepción:

Descripción	Cantidad
MEMORIAS RAM DE 4GB SO-DIMM DDR3 1600	25
DISCOS DE ESTADO SOLIDO 500GB PARA LOS EQUIPOS DE VENTANILLAS	12
FUENTES DE PODER PARA EQUIPOS LENOVO THINKCENTRE E71Z	10
TECLADO USB ERGONOMICO ANTIDERRAMES K120 LOGITECH	40
MOUSE USB . El diseño ergonómico de tamaño completo proporciona un agarre cómodo que permite su uso todo el día. Un sensor óptico de 1600 dpi y alta resolución te garantiza un deslizamiento sin problemas de una ventana a otra.	40
IMPRESORA TERMIKA PARA KIOSCO DEL SISTEMA DE TURNOS (D347-1)	1
SCANNER FUJITSU DUPLEX 80PPM A3 FUJITSU A3 (DOBLE – CARTA)	5
Tablet Galaxi TAB A 10.1 Wiffi - 16 Gb Blanca + Protector para Tablet	3
IMPRESORA ZEBRA ZT4 10 PARA ETIQUETAS FARMACIA	1
TABLA DIGITALIZADORA PARA FIRMAS REFERENCIA MOUSSE PEN I608X	1
Discos Duro: SEAGATE PARTES NAS DISCOS NAS: IRONWOLF 4TB NAS HD 5900 RPM 64MB CACHE SATA 6.0GB/S 3.5"	5
CABLES TERA 2 DE 3 METROS CATEGORÍA 7E	30
CABLES TERA 2 DE 1 METRO CATEGORIA 7E	40

CABLES TERA 4 DE 3 METROS CATEGORIA 7E	5
DISCO DURO EXTERNO SEGEATE 4 TB 3.5 BACKUP PLUS	10
ACCEST POINT UBIQUITI UNIFI ENTERPRISE WIFI SYSTEM AP PRO UAP PRO	15
Computador Escritorio AIO LENOVO CORP V530, 23", Intel CI58400T, 12GB, 1TB, Win10 Pro 64	50
Computador portátil Portatil ThinkPad T480s Intel Core i5-8250U Processor (up to 3.4 GHz), 8.0GB DDR4 2400, 256GBSSD M.2 PCIeNVMe OPAL2, 14.0in FHD, Intel UHD Graphics 620, 720p HD Camera, Smart Card Reader, Fingerprint Reader, Intel 8265AC+BT 2x2, 3 + 3c Li-Poly, W10 Pro 64, 3 Años On site. Peso: 1,31 kg ¡Incluido ADP (Protección contra accidentes)!	6
Licencia WinPro 10 SNGL OLP NL Legalization GetGenuine	40
Licencia OfficeProPlus 2019 SNGL OLP NL	32
licencia SQLCAL 2017 SNGL OLP NL UsrCAL	40
Licencia MCAFEE VIRUSSCAN ENTERPRISE + ANTISPYWARE ENTERPRISE (Se debe tener en cuenta que el proveedor debe garantizar que la fecha de inicio de la licencia sea a partir del día 25 de Julio de 2019 que es la fecha en que caduca la licencia actual)	340
Licencia SONICWALL GLOBAL VPN CLIENT WINDOWS - 10 LICENSE	2
licencia CREATIVE CLOUD DE ADOBE	1

Para dar accesibilidad a la red de datos a las áreas funcionales del H SAN, se instalaron 9 puntos de red de datos así:

localización	cantidad
Farmacia, hospitalización, facturación urgencias	9
Total	9

Impresoras:

Mediante la implementación del programa de reducción de costos a través del arrendamiento de equipos multifuncionales y en vista del buen resultado obtenido con las máquinas marca Ricoh en las primeras áreas donde se implementaron, se instalaron 4 nuevos equipos que sustituyeron las impresoras en las áreas de urgencias, ginecoobstetricia y Unidad de Hotelería Hospitalaria.

6. Sistemas de Información

Actividades:

- Administración de la Red- (diario)
- Administración de Firewall (Cortafuego) - (diario)
- Analizar el tráfico de la red - (diario)
- Apoyo a la Construcción de Políticas y Procedimientos - (trimestral)
- Directorio Activo Cuentas de usuario - (diario)
- Administración de Antivirus - (diario)
- Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Hardware - (diario)
- Monitoreo de conexiones inalámbricas WIFI - (diario)
- Administración de Servidores - (diario)
- Administración, Mantenimiento y Actualizaciones del Software Índigo Vie ERP Software Índigo Crystal - (diario).

Para la gestión de estas actividades se dio continuidad a la mesa de servicios Informáticos.

Objeto del contrato: Contratación de la gestión de los servicios de tecnologías de información bajo el marco de referencia ITIL V3 que incluya los componentes: Servicios de infraestructura tecnología, servicios de sistemas de información, uso y apropiación en La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

Líneas de Servicios de infraestructura Tecnológica:

- Línea de servicio 1 Datacenter.
- Línea de servicio 2 Servidores (Software) Línea de servicio 3 Sistema de seguridad.
- Línea de servicio 4 Sistemas de almacenamiento.
- Línea de servicio 5.

Licenciamiento de software Líneas de Servicios de sistemas de información:

- Línea de servicio 6 Seguridad de la información.
- Línea de servicio 7 Soporte a la administración.

- Línea de servicio 8.
- Mesa de servicios TI (ServiceDesk) Nivel 1.
- Línea de servicio 9 Mesa de servicios TI (ServiceDesk) Nivel 2.
- Línea de servicio 10 Mesa de servicios TI (ServiceDesk) Nivel 3.

Líneas de Servicios de uso y apropiación:

- Línea de servicio 11 Formación Continua.

7. Mantenimiento Preventivo del Hardware

Actividades: Realizar el mantenimiento preventivo del hardware (PCs, Impresoras) de la Institución.

Evidencias:

- Instructivo Plan Mantenimiento Preventivo.
- Relación de Mantenimientos en las hojas de vida de los equipos de cómputo.
- Bitácora Mantenimiento Equipos de Cómputo Listado Actualización Windows.
- Traslado equipos.
- Orden de Trabajo Traslado Equipos.
- Listado de Impresoras para mantenimiento.

4. GESTIÓN DE LA AUSTERIDAD EN EL GASTO PÚBLICO

Meta Establecida:

- Generar conciencia, cultura de la Austeridad del Gasto y los respectivos controles a los elementos de consumo.

MARCO LEGAL

- Decreto 26 de 1998. "Por el cual se dictan normas de austeridad en el gasto público".

- Decreto 1737 de 1998. “Por el cual se expiden medidas de austeridad y eficiencia y se someten a condiciones especiales la asunción de compromisos por parte de las entidades públicas que manejan recursos del Tesoro Público”.
- Decreto 1738 de 1998. “Por el cual se dictan medidas para la debida recaudación y administración de las rentas y caudales públicos tendientes a reducir el gasto público”.
- Decreto 2209 de 1998. “Por el cual se modifican parcialmente los Decreto 1737 y 1738 del 21 de agosto de 1998”.
- Decreto 2445 de 2000 “Por el cual se modifican los artículos 8, 12, 15 y 17 del Decreto 1737 de 1998” Decreto 2465 de 2000 “Por el cual se modifica el artículo 8º del Decreto 1737 de 1998”.
- Decreto 1598 de 2011 “Por el cual se modifica el artículo 15 del Decreto 1737 de 1998.”
- Decreto 984 del 14 de mayo de 2012. “Modificación artículo 22 del Decreto 1737 de 1998.” en el cual indica: “Artículo 1. El artículo 22 del Decreto 1737 de 1998, quedará así”: “ARTICULO 22. Las oficinas de Control Interno verificarán en forma mensual el cumplimiento de estas disposiciones, como de las demás de restricción de gasto que continúan vigentes; estas dependencias prepararán y enviarán al representante legal de la entidad u organismo respectivo, un informe que determine el grado de cumplimiento de estas disposiciones y las acciones que se deben tomar al respecto. Si se requiere tomar medidas antes de la presentación del informe, así lo hará saber el responsable del control interno del organismo.
- Directiva Presidencial 04 del 3 de abril de 2012. Eficiencia administrativa y lineamientos de la política cero papel en la Administración Pública.

En cumplimiento a lo establecido por la normatividad vigente en materia de austeridad en el gasto público, durante la vigencia 2019 se desarrollaron las siguientes estrategias y actividades para el logro de la eficiencia y optimización de los recursos públicos:

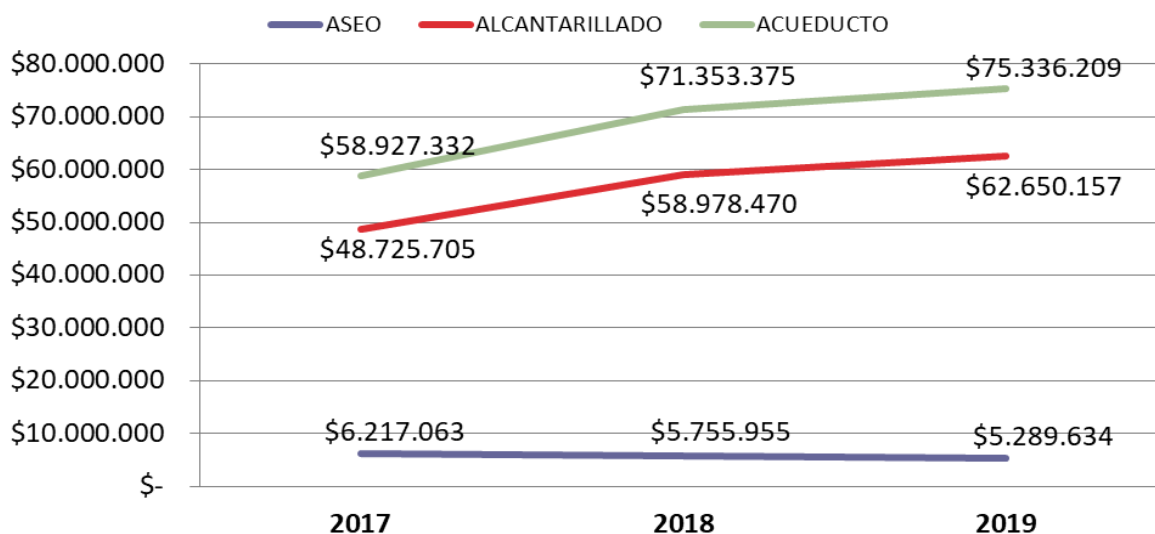
- SERVICIOS PÚBLICOS Y COMBUSTIBLES

Acueducto, aseo y alcantarillado:

Pensando en la conservación del medio ambiente y en el cumplimiento con la meta establecida en la ejecución del gasto público, se hace un seguimiento a la evolución de los servicios públicos cuyo resultado es informado a continuación:

Para el análisis del consumo del servicio de acueducto, alcantarillado y aseo, se diseñó un cuadro histórico del consumo comparativo de los últimos tres (3) años 2017, 2018 y finalmente 2019, información que fue suministrada mes a mes por la empresa EMPITALITO E.S.P.

ANALISIS COMPARATIVO DEL LOS SERVICIOS DE ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y ASEO EN LOS ULTIMOS (3) AÑOS 2017, 2018 Y 2019.



De acuerdo con la información de la gráfica anterior se observa que el aumento más considerable está en el servicio del Acueducto y Alcantarillado, debido a las tarifas de incremento establecidas por las entidades públicas, adicional a esto se le suma un aumento significativo de la demanda de pacientes atendidos en La E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO, lo cual implica incrementos en el consumo de los servicios públicos anteriormente nombrados.

De acuerdo a esto los valores facturados y cancelados por parte de la institución para el servicio de acueducto con un promedio anual fue de \$68.538.972, esto con relación a los últimos tres (3) años facturados (2017, 2018, 2019), y con un promedio mensual de facturación para el 2019 de \$6.278.017.

En cuanto al servicio de alcantarillado, se evidencia el compromiso con el medio ambiente teniendo como referencia la puesta en funcionamiento de la PTAR (Planta de Tratamiento de Aguas Residuales) y con el esfuerzo en materia de reciclaje de la institución durante el año 2019 se generaron beneficios a la institución de costo efectividad con la venta de este material, de la misma manera se ve reflejado el bajo costo del servicio de aseo que a pesar de que la institución viene creciendo en materia de infraestructura y servicios, el valor histórico en cuanto a la facturación en el servicio de aseo disminuyó para el año 2019 cancelando un promedio mensual de \$440.803, con relación al valor promedio mensual cancelado para el año 2018 que fue de \$ 479.663, lo cual demuestra el esfuerzo que se ha venido desarrollando desde la Gerencia a nivel institucional.

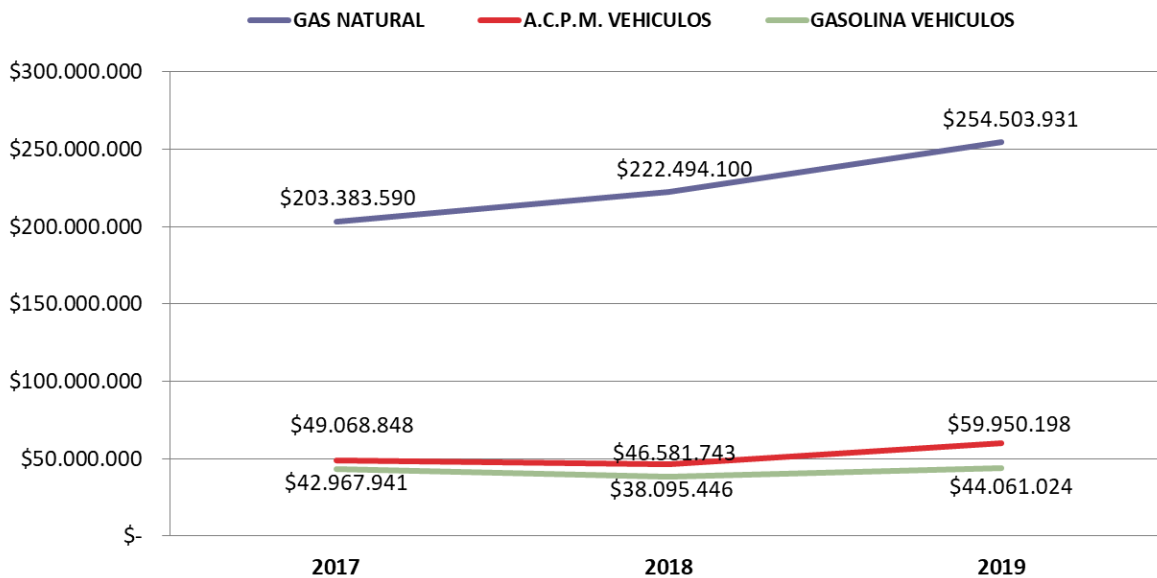
Combustibles (ACPM, Gasolina y Gas natural):

Desde el año 2013 se implementó la conversión de las calderas al sistema alternativo de GAS – ACPM para disminuir sus costos de consumo en cuanto el ACPM, hasta el momento se poseen los dos sistemas alternos, siendo muy efectivo y práctico por las diversas dificultades que se presentan para el suministro de los mismos, permitiendo así tener un plan de contingencia para dar respuesta inmediata al momento de no contar con alguno de estos dos (2) combustibles.

En los últimos tres (3) años se realizaron los mantenimientos preventivos de rigor donde se hace la revisión de los medidores, para contar con las lecturas reales de consumo.

El consumo de gas natural se ha incrementado anualmente teniendo en cuenta las tarifas comerciales de estas instituciones y los consumos del Hospital, pero debido a los controles establecidos, la cultura del ahorro y en conjunto con las variaciones de atención en la población con relación a los últimos tres (3) años facturados (2017, 2018, 2019) del 1 de Enero del 2017 a 31 de Diciembre del año 2019 se canceló un promedio anual de \$226.793.874.

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL CONSUMO DE COMBUSTIBLES EN LOS ÚLTIMOS (3) AÑOS 2017, 2018 Y 2019.

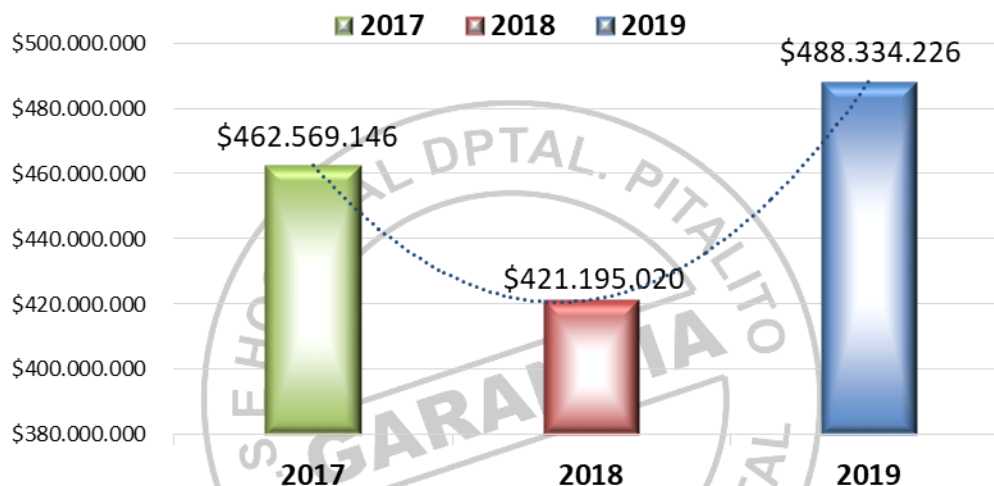


Para el caso del consumo de ACPM y gasolina el promedio del gasto según la proyección de la gráfica para los años (2017, 2018 y 2019) fue de \$51.866.930 en lo que respecta al ACPM, y en cuanto al promedio de gasto en gasolina para este mismo periodo de años fue de \$41.708.137. Teniendo como referencia esta información y según el análisis comparativo del consumo de combustibles la variación del incremento del gasto en los últimos tres (3) años, se debe al comportamiento con relación al aumento de los precios en las tarifas del mercado.

Energía Eléctrica:

La facturación de consumo de energía eléctrica en la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito está conformada por doce (12) facturas mensuales y acorde con la información suministrada se realizó un consolidado estadístico, presentado a continuación.

ANALISIS COMPARATIVO DEL CONSUMO DE ENERGIA DURANTE LOS ULTIMOS TRES (3) AÑOS 2017, 2018 Y 2019.



Durante la vigencia 2019 el costo promedio mensual del servicio de energía eléctrica fue de \$40.694.519 y un costo total en el año 2019 de \$488.334.226, a este valor se le suma un factor significativo, siendo la instalación de nuevos aires acondicionados para áreas exigidas por cumplimiento normativo y mejoramiento del ambiente laboral, el desarrollo de los nuevos proyectos de infraestructura, instalación de nuevos equipos de apoyo industrial y nuevas tecnologías Biomédicas y no Biomédicas.

De acuerdo a al análisis comparativo de consumo de energía el comportamiento anual reportado, indica que para el año 2018 se generó una disminución del 8,9% con relación al año 2017, sin embargo, para el año 2019 el valor de consumo aumento en un 15,9% con relación al año 2018 que tiene un costo anual de \$421.195.020, este aumento se debió a las tarifas del mercado y en parte a la puesta en funcionamiento de nuevos servicios y de tecnologías adquiridas para este período.

Por consiguiente el Hospital, continúa ejerciendo actividades de austeridad a nivel técnico, con el cambio de la totalidad de bombillos antiguos por bombillos tipo led, el mantenimiento y adecuación de los paneles solares existentes y la gestión de política de ahorro implementada por todo el personal asistencial y administrativo de cada dependencia apagando los equipos de cómputo y las luces en los tiempos muertos, con el objetivo de seguir minimizando costos en la tarifa eléctrica y de la misma forma poder impactar en el cuidado del medio ambiente .

5. ACREDITACIÓN Y PAMEC

Meta Establecida:

- **A2. Acreditación:** Continuar con el ciclo de preparación para la Acreditación a través de la autoevaluación anual, gestionando los planes de mejoramiento continuo; para cumplir con los estándares requeridos en Acreditación y que estos sean sostenibles en el tiempo y posteriormente postularnos para la evaluación externa por medio de un contrato formalizado con la entidad Acreditadora.

- Estrategias:

- Gestión de la Humanización y de la Seguridad del Paciente, minimizando el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención, generando resultados de impacto positivos.

- Gestión de los estándares de Acreditación que no se han trabajado aún en la institución.

- Fortalecer la gestión de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y adecuada utilización de esta, para el beneficio de los usuarios y a los servidores del hospital.

- Gestión de la responsabilidad social comprometida con el medio ambiente para contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la población del Sur de Colombia.

Teniendo en cuenta lo anterior, la entidad ha realizado la revisión de los procesos confrontándolos con los estándares de acreditación adoptados por la Resolución No. 2082 de 2014, además teniendo en cuenta el “Manual de Estándares para la Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.

La Institución se encuentra en el ciclo de preparación para la Acreditación, es decir que decidió acogerse voluntariamente a la implementación de estándares superiores de calidad y viene trabajando en el mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios de salud. Para la vigencia 2017 se desarrolló de manera técnica con asesores expertos en Acreditación, quienes capacitaron en liderazgo y metodología de Acreditación a líderes y coordinadores de servicios, posteriormente se conformaron los equipos de mejoramiento institucional, entre ellos:

-**Equipos de Autoevaluación (EAE):** Se conformaron 7 grupos, uno por cada grupo de estándares de autoevaluación integrado por líderes de los procesos y áreas de los servicios, se delegó un líder, un facilitador y un secretario, encargados del desarrollo de la autoevaluación, formulación y ejecución de oportunidades de mejoramiento.

-**Equipos de Mejoramiento Institucional (EMI):** Conformado por los líderes de cada grupo de estándares, quienes se encargan de llevar a la Gerencia informe del avance del mejoramiento, así como las dificultades que cada grupo han tenido para llevarlos a cabo.

-Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM): Conformados por personal operativo, Médicos, Enfermeros, Especialistas, Vigilancia, Servicios Generales, Administrativos, los cuales tienen como líder al coordinador del servicio y son los encargados del despliegue e implementación de las actividades de mejoramiento desarrolladas.

Así las cosas, el Hospital en la vigencia 2018 continuó con el Ciclo de preparación para la Acreditación o Ciclo de Mejoramiento, teniendo en cuenta el resultado de la autoevaluación, la cual indica el nivel de cumplimiento alcanzado de los estándares de acreditación, esto se realizó con un acompañamiento técnico-profesional a través de los contratos establecidos con Asesores Externos (OES – Organización para la Excelencia de la Salud y otros).

El hospital en la vigencia 2018, realizó las siguientes actividades enmarcadas en el ciclo de preparación para la acreditación:

- Priorización de actividades para el desarrollo de los cuatro ejes de la acreditación
- Revisión y ajuste de los procesos institucionales de cara a los estándares de acreditación.
- Revisión y ajuste del modelo de atención teniendo en cuenta los lineamientos del sistema único de acreditación.
- Ajuste del programa de seguridad del paciente teniendo en cuenta los paquetes instruccionales
- Evaluación a manera de auditoria con base en los productos de los ejes de acreditación.
- Seguimiento a las oportunidades de mejoramiento priorizadas, resultado de la autoevaluación.
- Revisión y ajuste al programa de atención humanizada centrado en el paciente.
- Se llevó a cabo la de la semana de acreditación, en esta actividad se realizó el despliegue del proceso de acreditación, dirigido a usuarios y colaboradores de la institución, esto con el fin de involucrarlos con dicho proceso, se realizó una competencia entre grupos de estándares, premiándose el 1º, 2º y 3º para lo cual se tuvo en cuenta nuestras costumbres Huilenses (Muestras folclóricas, rajaleñas, gastronomía etc.) y la creatividad mediante la cual daban a conocer en qué consistía cada grupo de estándares.

El hospital en la vigencia 2019, realizó las siguientes actividades enmarcadas en el ciclo de preparación para la acreditación:

- Priorización de las acciones de mejoramiento para ejecutar en la vigencia.

- Revisión y ajuste de la gestión documental de cada uno de los procesos institucionales de cara a los estándares de acreditación.
- Revisión y ajuste del modelo de atención con las rutas de cada proceso teniendo en cuenta los lineamientos del sistema único de acreditación.
- Fortalecimiento de la implementación de las buenas prácticas en seguridad del paciente
- Seguimiento a las oportunidades de mejoramiento priorizadas, resultado de la autoevaluación.
- Revisión y ajuste al programa de atención humanizada centrado en el paciente.
- Se llevó a cabo la semana de la Acreditación que es una actividad de despliegue que realiza la institución con el fin de involucrar a todos los colaboradores con la Acreditación, utilizando una metodología específica los EJES DE ACREDITACIÓN, se tuvo en cuenta nuestras costumbres Huilenses (Desfile con carrozas alusivas a cada Eje, Reinado, Muestras folclóricas, Rajaleñas, entre otros). Se contó con un stand para el despliegue de cada Eje de Acreditación en la Institución. A continuación, detalle de la programación con la participación de todos los colaboradores y diferentes tipos de contratistas:

PROGRAMACIÓN		
FECHA	INTEGRANTES RESPONSABLES	EJE DE ACREDITACIÓN
LUNES 17 DE JUNIO	SERVIMED FUNCIONARIOS DE PLANTA	HUMANIZACIÓN
MARTES 18 DE JUNIO	MEDIKER Y TMAMBULANCIAS, LIMPIEZA TOTAL, OUTSOURCING UCI MEDILASER, INDIGO CONTRATISTAS DIRECTOS ADMINISTRATIVOS (Dr. Eduardo Cardoso, Sebastián Rozo, Juan Manuel Carrillo, Rocio Ruiz, Rubén Darío Rivera Sulez, Alejandra Trujillo, Guilfredo Trujillo Joven)	SEGURIDAD DEL PACIENTE
MIÉRCOLES 19 DE JUNIO	SESAHU Agronomía Sindical	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA
		GESTIÓN DEL RIESGO
	SIAPSA Agronomía Sindical	TRANSFORMACIÓN DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL
JUEVES 20 DE JUNIO	SEDAR, LAOS, MÉDICOS INTERNOS, CENTRO DE INGENIERÍA, OUTSOURCING RESONANCIA, TAC, NEUROCIENCIAS, SAMAFER, UROLASER, CARDIOSOVAL, CARDIOCENTRO MI CORAZÓN CESTEC, CONTRATISTAS DIRECTOS ASISTENCIALES (Dr. Ivonne Leal, Matha Losada, Edgar Romero, Juan Ricardo Cuenca, Alvaro Herrera)	RESPONSABILIDAD SOCIAL
VIERNES 21 DE JUNIO	*2:00pm Salida Desfile por las principales calles del Municipio de Pitalito. Orden del desfile: 1. Cabalgata, Encabeza la Gerente Dra. Diana Victoria Muñoz, Dr. Gerardo Muñoz y demás caballistas 2. Vehículo animador del desfile (realizará despliegue de Acreditación. 3. Vehículo con la Señorita Hospital 2017. 4. Carrozas: HUMANIZACIÓN, SEGURIDAD DEL PACIENTE, GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA Y ENFOQUE DE RIESGO, TRANSFORMACIÓN DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL Y RESPONSABILIDAD SOCIAL. *7:00pm Elección y Coronación, Salón de Eventos Villa Fontana: en donde las reinas tendrán la oportunidad de bailar el San Juanero Huilense, se realizarán las preguntas y también se calificará a Barra.	TODOS LOS EQUIPOS DE LOS EJES DE ACREDITACIÓN
RUTA DESFILE	Inicia en los exteriores de la cancha sintética "La Bombonera", siguiendo por la Diagonal 3sur para tomar la carrera 3 en sentido sur-norte, girando a la altura de la calle 11 para tomar la carrera 4 y siguiendo por la avenida Pastrana hasta finalizar en los exteriores del Coliseo Cubierto donde se tendrá transporte disponible hasta el Salon de Eventos Villa Fontana, para los demás funcionarios se tendrá transporte desde el hospital..	

TABLA DE AVANCE DE OPORTUNIDADES DE MEJORA FORMULADAS POR LOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN DE ACREDITACIÓN

INFORME DE MEJORAMIENTO 2018 - 2019					
EQUIPO DE ESTÁNDARES	Esttándares	2018		2019	
		OPORTUNIDADES DE MEJORA	AVANCE	OPORTUNIDADES DE MEJORA	AVANCE
ASISTENCIALES	75	40	94%	148	71%
DIRECCIONAMIENTO	13	10	71%	28	89%
GERENCIA	15	9	75%	26	70%
TALENTO HUMANO	17	9	81%	32	81%
GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	11	15	82%	24	95%
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	14	27	74%	18	95%
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	9	6	73%	15	96%
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	5	10	90%	8	94%
TOTAL	159	126	80%	299	86%

Fuente: Informe de Mejoramiento Anual - Proceso de Calidad.

El Manual de Estándares de Acreditación contempla 159 estándares, de los cuales para la vigencia 2018 se priorizaron 126 Oportunidades de Mejora, con un cumplimiento del 80% de las acciones propuestas, para la vigencia 2019 la institución entró en un nivel de exigencia superior, para lo cual se formularon 299 oportunidades de mejora, con un cumplimiento del 86% de las acciones formuladas a la fecha.

Los procesos del Sistema Único de Acreditación en Salud se fundamentan en ejes trazadores centrados en el paciente y familia, promovidos desde el direccionamiento y el talento humano y que son abordados sistémicamente, buscando minimizar los riesgos y eventos adversos durante la atención en salud, la planeación y uso racional de la tecnología, la humanización de la atención y la transformación cultural organizacional de largo plazo, en el marco de la Responsabilidad Social. De la misma manera se les ha dado más fuerza a dichos ejes con el objetivo de que sean percibidos por los usuarios una vez entran en contacto con la Institución para lo cual se ha trabajado desde el enfoque, la implementación y el resultado, es decir los indicadores de desempeño de cada uno, como se describe en la siguiente tabla:

AVANCE DE EJES DE ACREDITACIÓN: Desde del Enfoque (Políticas, documentos), Implementación (Estrategias de despliegue) y Resultado (Medición de indicadores).

AVANCE EJES DE ACREDITACIÓN VIGENCIA 2019

N°	SEGURIDAD DEL PACIENTE	HUMANIZACIÓN	T. CULTURA ORGANIZACIONAL	GESTIÓN DE LA TECNONOLOGIA	ENFOQUE DEL RIESGO	RESPONSABILIDAD SOCIAL
ENFOQUE (QUÉ)						
1	Política	Política	Política	Política	Política	Política
2	Programa	Programa	Plan estratégico de TH	Manual de Gestión de los recursos tecnológicos	Mapas de Riesgos	Programa
3	sistema de reporte sucesos inseguros	Carta de deberes y derechos	Protocolo del buen vestir	Programa de Tecnovigilancia	Manual de admon del Riesgo	PIGA Y PGRASA
4	Acto administrativo creación Comité de SP	Protocolos de bienvenida	Estrategia 5s	Plan de contingencia	Manula de operaciones de CI	Certificación Red Global de Hospitales Verdes
5			Gestores del Cambio	Manual de G de la Información		
IMPLEMENTACIÓN (CÓMO)						
1	Rondas de Seguridad del Paciente	Estrategias: Viernes de humanización	Jueves de transformación C.	Rondas de inspección de la tecnología	Seguimiento a Sistema de Control Interno y Gestión Institucional	Estrategias ambientales (Día mundial del agua, siembra de árboles, mantenimiento de jardines y zonas verdes, alimentos orgánicos frutas y aromáticas, día sin carro, ahorro de agua, energía, PTAR, educación ambiental etc.
2	Sesiones Breves	Biblioteca Solidaria, Receta Deportiva,	Despliegue del valor de la semana en comité Gerencial los lunes	Ejecución del Cronograma Capacitaciones al personal en uso de la tecnología	San Pedro Acreditado - Actividades Despliegue EJE Enfoque del Riesgo	Rondas de inspección de segregación de residuos y disposición final.
3	Capacitaciones (Presencial y virtual)	Promoción de deberes y derechos	Capacitación continua	Mantenimientos preventivos	Seguimiento Planes de Mejora Auditorías Externas	Alojamiento Conjunto de la Estrategia IAMI
4	Inducción y Reinducción	Rondas de humanización	Inducción y Reinducción Institucional	Priorización de necesidades del plan de adquisiciones	Auditorías Internas	Difusión de la rendición de cuentas de la gestión, inversión y proyección institucional, publicación del seguimiento al plan anticorrupción.
5			Actividades de SGSST	Reporte activo de E.A Programa de Tecnovigilancia	Comunicaciones Internas a Gerente - Subgerencia - Líderes de procesos -	Racionalización del gasto
6			Implementación de 5s por etapas	Uso de TICKET Para reporte y priorización de fallas en los servicios	Actualización Mapas de Riesgos	Inversión de excedentes financieros en proyectos que beneficien la comunidad
						Desarrollo de programas de Bienestar social e incentivos
RESULTADO (IMPACTO)						
1	Indicador Cobertura de Capacitaciones 91% (Meta >90%)	Indicador Satisfacción Global	% Eficiencia de la estrategia de los Gestores de Cambio. 60% (Meta >=70%)	% Cumplimiento plan de mantenimiento preventivo 98% (Meta 100%)	Política de Administración del Riesgo	% Adherencia PGRASA 89,98% (Meta 100%)
2	% Incremento de reporte Sucesos Seguridad 9% (Meta >= 1%)	Indicador Recomendaría la IPS a un familiar o amigo.	% Cobertura del Plan Institucional de Capacitación. 63,6% (Meta >=80%)	Oportunidad de respuesta a los daños de la tecnología biomédica 19 minutos (Meta <60 minutos)	Avance 80% en actualización de Mapas de Riesgos	% Cumplimiento del plan de acción ambiental 54% (Meta 100%)
3	Vigilancia Eventos Adversos 92% (Meta >90%)		% de cumplimiento a la Inducción Institucional - 100% (Meta 100%)	% Incidentes y E. A. Evaluados y Gestionados, asociados al uso de los dispositivos médicos. 100% (Meta 100%)	Cumplimiento Audiencia pública de rendición de cuentas	SIN RIESGO FINANCIERO
4	Cumplimiento planes de mejora 89.5% (Meta>90%)		% Programa 5S - 100% (Meta >=85%)	%Cumplimiento de programa de capacitaciones y entrenamiento 141,67%(Meta 100%)		Excedentes financieros (Superávit)\$ 7.250.312.011. millones

En este sentido se realizó autoevaluación con corte a diciembre de 2019 se realizó autoevaluación, reuniéndose los equipos de autoevaluación, utilizando la matriz de autoevaluación, seguimiento y monitoreo de oportunidades de mejora del sistema único de acreditación, en donde se calificaron cada uno de los estándares, con un resultado de **2,9** para el 2019, aumentando en 2 puntos con respecto a la vigencia 2018.



De la misma manera, el hospital ha venido fortaleciendo los procesos de Habilitación, que son necesarios para garantizar la permanencia en el Sistema de Salud; una de las gestiones de la vigencia 2019, en concordancia con el desarrollo de los proyectos de infraestructura y dotación de equipos, se trabajó en equipo por parte de las áreas administrativas y asistenciales para dar cumplimiento a cada uno de los estándares, en cumplimiento de la normatividad vigente:

-Talento humano: Se realizaron las gestiones pertinentes para la consecución del personal idóneo y con toda la documentación requerida en cada uno de los servicios prestados, de la misma manera se hizo la revisión ante el RETHUS (registro único de talento humano en salud) del personal asistencial.

- Infraestructura: Se adecuaron los consultorios de ecografía con unidades sanitarias y lavamanos, Rehabilitación con cortinas y vestier discriminado por sexo, que no se contaban anteriormente, se cambió el piso de las 3 salas de parto y 1 sala de cirugía de la Unidad de Ginecología por deterioro.

- Dotación: Se realizó la consecución de equipos biomédicos y mobiliario, dentro de la estrategia de logística en salud, que es transversal a los diferentes servicios como: Camas electrónicas para medicina Interna y Gineco-obstetricia, equipos en reposición para Rehabilitación, Laparoscopio de última tecnología para el servicio de Cirugía, toda la dotación para implementación de identificación de pacientes a través de manillas de identificación entre otros.

- **Medicamentos, dispositivos médicos e insumos:** Actualmente la institución cumple en un 100% con este estándar en la institución.

- **Procesos Prioritarios:** Se actualizaron protocolos y documentos de norma, así como actualización de rutas y modelo de atención, procesos y procedimientos.

- **Historia Clínica y Registros:** Se incluyeron consentimientos informados por especialidad, vinculados al sistema de información.

- **Interdependencia de Servicios:** Se avanzó hasta lograr el 100% en promedio.

Con relación a la capacidad instalada se habilitó una nueva ambulancia Medicalizada y se hizo apertura de 14 camas para internación adultos.

Servicios habilitados por la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, desde la vigencia 2016 hasta la vigencia 2019



SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD SIC

La institución ha cumplido oportunamente con todos los reportes al SIC Sistema de Información para la Calidad en la vigencia 2019, así:

- Resolución 1552 de 2013: Reportado los primeros 5 días hábiles de cada mes.
- Decreto 2193: II Semestre de 2019 Reportado 21 de Enero 2020.
- Resolución 256 de 2014: II Semestre de 2019, Reportado al SISPRO 29 Enero 2020
- Circular 012 de 2016 de la Supersalud: Periodicidad anual, Reportado el 23 de Febrero de 2019.

EJECUCION DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (PAMEC) 2019

Meta Establecida: - **A3. PAMEC:** Robustecer el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, a través de la participación de todos los colaboradores del área asistencial y del área administrativa de la institución, logrando la mejora continua de cada uno de los procesos enfocados en Acreditación.

- Estrategias:

- Realizar las mediciones permanentes de los indicadores para determinar el avance de los mismos y hacer los ajustes respectivos a los procesos y procedimientos.
- Identificar las brechas entre la calidad observada y la calidad esperada, para formular los respectivos planes de mejora continua.
- Gestión de los planes de mejoramiento enfocados en los estándares de Acreditación.

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad nos permite ir paso a paso en búsqueda de la optimización de los procesos y procedimientos en salud, permitiendo avanzar en las etapas del proceso de Acreditación. Anualmente se ha dado continuidad y funcionalidad al Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad –PAMEC- con sus respectivos planes de mejoramiento, en todos los servicios del hospital. La metodología utilizada para su desarrollo se ha centrado en la priorización de las oportunidades de mejora, resultado de la autoevaluación para impactarlas a través del plan de acción, en pro de una mejor calidad del servicio prestado.

Gestiones Realizadas 2019:

EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC 2019						
ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PRIORIZADOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA PRIORIZADAS	ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA CERRADAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA EN DESARROLLO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PROCESOS INTERVENIDOS
Estándar 1. Código: (AsDP1) Estándar 3. Código: (AsDP3) Estándar 4. Código: (AsDP4) Estándar 5. Código: (AsSP1) Estándar 6. Código: (AsSP2) Estándar 7. Código: (AsSP3) Estándar 8. Código: (AsSP4) Estándar 9. Código: (AsAC1) Estándar 11. Código: (AsAC3) Estándar 12. Código: (AsAC4) Estándar 14. Código: (AsAC6) Estándar 15. Código: (AsAC7) Estándar 16. Código: (AsAC8) Estándar 19. Código: (AsREG3) Estándar 20. Código: (AsEV1) Estándar 22. Código: (AsEV3) Estándar 23. Código: (AsPL1) Estándar 27. Código: (AsPL5) Estándar 28. Código: (AsPL6) Estándar 29. Código: (AsPL7) Estándar 30. Código: (AsPL8) Estándar 31. Código: (AsPL9) Estándar 32. Código: (AsPL10) Estándar 33. Código: (AsPL11) Estándar 34. Código: (AsPL12) Estándar 35. Código: (AsPL13) Estándar 36. Código: (AsPL14) Estándar 37. Código: (AsPL15) Estándar 38. Código: (AsPL16) Estándar 39. Código: (AsPL17) Estándar 40. Código: (AsPL18) Estándar 42. Código: (AsEJ2) Estándar 43. Código: (AsEJ3) Estándar 44. Código: (AsEJ4) Estándar 45. Código: (AsEJ5) Estándar 46. Código: (AsEJ6) Estándar 47. Código: (AsEVA1) Estándar 48. Código: (AsEVA2) Estándar 51. Código: (AsSAL1) Estándar 52. Código: (AsSAL2) Estándar 55. Código: (AsREF3) Estándar 58. Código: (AsREF6)	113	265	243	23	91,70%	Hospitalización, Urgencias, Cirugía, Consulta Externa, Apoyo Diagnóstico

En la vigencia 2019 se priorizaron 113 oportunidades de mejora de los estándares asistenciales, de las cuales se derivaron 265 acciones de mejoramiento con un porcentaje de acciones cerradas del 91,70% que equivalen a 243 acciones ejecutadas, las cuales fueron desarrolladas por el equipo de autoevaluación – EAE- conformado por líderes de procesos y áreas asistenciales de la institución, interviniendo los procesos de

Hospitalización, Urgencias, Cirugía, Unidad de Ginecología y los servicios de Apoyo Diagnóstico y complementación Terapéutica; contribuyendo al mejoramiento de la calificación cuantitativa de la autoevaluación de los estándares del SUA.

LOGROS MÁS IMPORTANTES DEL PAMEC 2019:

1. Se ajustó la estrategia de despliegue de deberes y derechos a los usuarios, así como su comprensión interviniendo todos los funcionarios.
2. Implementación de sistemas de capacitación y evaluación virtual en temas relacionados con seguridad del paciente, protocolos de atención, plataforma estratégica entre otros.
3. Fortalecimiento de la Política de Seguridad del Paciente, implementando las 6 buenas prácticas internacionales de seguridad del paciente, como la implementación de identificación del paciente intrahospitalario a través de manillas, así como también mejoramiento de la cultura del reporte por parte de los funcionarios.
4. Se documentó e implementó el procedimiento para la referenciarían comparativa y competitiva de procesos con otras instituciones acreditadas.
5. Ajuste y Despliegue de las rutas de atención por cada servicio.
6. Diseño e implementación de instructivo para la información que se brinda al paciente de manera personal o telefónica a los pacientes en asignación de citas médicas.
7. Diseño e implementación de instructivo que incluye recomendaciones para preparación de pacientes del servicio de cirugía.
8. Diseño e implementación de recomendaciones para preparaciones necesarias de los pacientes con exámenes de Laboratorio Clínico.
9. Implementación de entrega de resultados de Laboratorio por correo electrónico y por la página web de la institución.
10. Implementación en Laboratorio Clínico: Mecanismos de alarma para resultados críticos y fuera de rango, así como la comunicación al Médico tratante sobre los resultados.
11. Fortalecimiento de la Política de Humanización a través de mecanismos como rondas de humanización promoviendo una actitud cortés y respetuosa bajo criterios de privacidad.
12. Definición e implementación de Plan de consideraciones especiales como acompañamiento al paciente moribundo, apoyo al buen morir, respeto por el cadáver y apoyo emocional a familiares.
13. Implementación de la asesoría farmacológica a pacientes polimedicados por parte del Químico Farmacéutico.
14. Diseño e implementación de protocolo de reconciliación medicamentosa.

15. Despliegue e implementación de procedimiento de almacenamiento de medicamentos LASA.

AUDITORIAS INTERNAS				
N°	AUDITORIA	AUDITORIAS INTERNAS PROGRAMADAS	AUDITORIAS INTERNAS REALIZADAS	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO
1	Auditoria No. 01, Evaluación aleatoria a las respuestas dadas por la Entidad a los derechos de petición presentados por los usuarios, en los términos de la Circular Externa 001 de 2011	1	1	100%
2	Evaluación adherencia a las guías de manejo Clínico De Fiebre, Neumonía, IVU Adulto y EPOC	1	1	100%
3	Adherencia a la higiene de manos para todos los servicios asistenciales.	2	2	100%
4	Adherencia al protocolo de aislamiento de pacientes en los servicios priorizados.	2	2	100%
5	Medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio (ISO).	2	2	100%
6	Medición mensual del indicador de infecciones de endometritis post - parto.	2	2	100%
7	Medición mensual de las neumonías nosocomiales asociadas a ventilador.	2	2	100%
8	Medición mensual de infecciones transmitidas por transfusión (ITT) y documentación de acciones de mejora, si aplica,	2	2	100%
9	Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico.	2	2	100%
10	Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de catéteres centrales.	2	2	100%
11	Medición mensual de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas	1	1	100%
12	Adherencia al proceso de dispensación de medicamentos en la farmacia	1	1	100%
13	Adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios.	2	2	100%
14	Adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario.	2	2	100%
15	Adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de caída de los usuarios.	2	2	100%
16	Adherencia al protocolo para la minimización de riesgos de úlceras por presión o escaras de los usuarios.	2	2	100%
17	Adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto.	1	1	100%
18	Auditoría de cumplimiento de condiciones de Habilitación Proceso de Cirugía	1	1	100%
19	Auditoría Referencia y Contrarreferencia.	1	0	0%
20	Auditoría de cumplimiento de condiciones de Habilitación Proceso de Consulta Externa y Apoyo Diagnóstico	1	1	100%
TOTAL		32	31	96,9%

Las auditorías internas programadas durante la vigencia 2019, fueron 32 frente a las 31 auditorías internas realizadas, con un cumplimiento del 96,9%, quedando pendiente la auditoría del proceso de Referencia y Contrarreferencia que no se pudo ejecutar por motivos ajenos al procedimiento. Los soportes de las mismas se encuentran archivados en el documento PAMEC 2019.

6. HUMANIZACIÓN

Meta Establecida:

- **A4. Humanización de los Servicios:** Articular el programa de humanización institucional con la Política de Salud Pública del Gobierno Departamental, "Míralo a los Ojos".

Estrategias:

- Fortalecer el proceso de transformación cultural de los trabajadores del hospital, cuyo compromiso es el aporte al desarrollo sostenible con un comportamiento responsable, ético y transparente.
- Desarrollar actividades que nos permitan la aplicación permanente de los principios institucionalmente establecidos para la atención humanizada.
- Gestión del bienestar y confort del paciente y su familia o acompañantes.
- Promover la atención del parto humanizado (parto sin dolor).
- Dar prioridad en la atención a los usuarios en situación de discapacidad y víctimas del post conflicto armado.

En el Hospital se adelantan estrategias orientadas hacia la humanización de la atención en salud, del ejercicio de los deberes y los derechos del usuario en el contexto del respeto por la persona y donde se tienen como acciones permanentes:

- Fomento de espacios de participación,
- Búsqueda activa de Eventos Adversos,
- Conquista de usuarios para hacer parte de la Asociación de Usuarios,
- Acompañamiento y soporte a la Asociación de Usuarios de la Salud.
- Despliegue del proceso **Gestión de la Experiencia del Paciente y Su Familia** en Áreas y Servicios, al personal en Inducción, Reinducción, en Jornadas de Calidad, entre otros. Se participa en espacios como el Comité de Ética Hospitalaria, Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG en los comités de Participación Ciudadana y de Atención al Ciudadano.

La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito una vez más ha hecho expreso su propósito de brindar servicios en salud humanizados, es decir servicios donde primen la atención cortés, eficiente y oportuna; ofreciendo información clara, precisa y transparente, haciendo énfasis en la divulgación entre clientes internos y externos, garantizando la calidad en la prestación de los servicios y la satisfacción de los usuarios, de acuerdo con la Política de Humanización y desde la Gerencia de la Institución se ha venido promoviendo

y fortaleciendo en forma articulada con la Política de Salud Pública del Gobierno Departamental, "**Míralo a los Ojos**".

Basado en el análisis de la situación actual de la Institución a nivel interno y externo, pero en especial por el avance en el proceso de mejoramiento continuo centrado en el paciente y su familia basados en los estándares superiores de calidad que permitan alcanzar la acreditación y teniendo en cuenta los diferentes factores como el reconocimiento del entorno, la tendencia y evaluación de su comportamiento tanto en los procesos asistenciales como administrativos, de calidad con el fin de direccionar las acciones hacia una atención totalmente humanizada con el cumplimiento de la política de humanización de la institución el adecuado y oportuno desarrollo del programa de humanización. La humanización se expresa a través de la garantía del ejercicio de los derechos y deberes de los pacientes, el respeto por los derechos humanos y la satisfacción de las necesidades y expectativas de los grupos de interés que permitan el cumplimiento de metas que conduzcan a la mejora de la prestación del servicio de salud al usuario.

El hospital cuenta con iniciativas desarrolladas de forma consistente como son:

- Atención centrada en la experiencia del paciente.
- Infraestructura humanizada.
- Fomento de espacios de participación
- Motivación a usuarios para hacer parte de la Asociación de Usuarios.
- Acompañamiento y soporte a la Asociación de Usuarios de la Salud.
- Participación en espacios como el Comité de Ética Hospitalaria.
- Formación complementaria en Humanización con entidades aliadas como el SENA.
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Comités de Participación Ciudadana y de Atención al Ciudadano.
- Reporte activo de Eventos Adversos.
- Acompañamiento y soporte a la Asociación de Usuarios de la Salud.
- Escogencia por parte del paciente de la proteína de su elección a la hora del almuerzo y de la cena, cuando la orden Médica indique dieta normal. De la misma manera se realiza marcación con nombre completo del paciente, tipo de dieta, proteína seleccionada por el paciente y número de la cama, a la hora de la entrega de alimentos al paciente.

- Satisfacción del usuario:

Se realizó una encuesta de percepción de la humanización en la prestación de los servicios para el cliente externo, la cual se llevó a cabo durante toda la vigencia 2019, tomando una muestra de encuestados de todos los servicios de la institución arrojando el siguiente resultado:

MES	SATISFECHOS		NO SATISFECHOS		TOTAL USUARIOS ENCUESTADOS
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	
2019	17.322	98,24	309	1,76	17.631

PERCEPCIÓN: Es la experiencia al recibir los servicios de salud en el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

MES	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NO RESPONDIERON	TOTAL USUARIOS
2019	6.988	9.487	916	96	64	80	17.631

Se socializó el portafolio de servicios, los derechos y deberes a 7.930 usuarios en la vigencia 2019.

En lo relacionado a PQRS durante el año 2019, encontramos que la oportunidad de respuesta se cumplió en un 99% con una meta establecida de 7 días para su trámite. Se informaron a 9.350 usuarios sobre el uso correcto de la emisión de las PQRS, las felicitaciones y todas manifestaciones que pueden hacer como usuarios de la institución.

El programa de inducción se cumplió en un 100% de capacitación a todos los colaboradores nuevos y con las capacitaciones programadas para la vigencia. Además, se trabajaron con los usuarios temas relacionados con el uso de los canales de comunicación que tiene el hospital y detectando sus necesidades y preferencias a través de las encuestas de satisfacción. Igualmente, desde la oficina del SIAU se participó en todas las actividades programadas por el equipo de gestión ambiental.

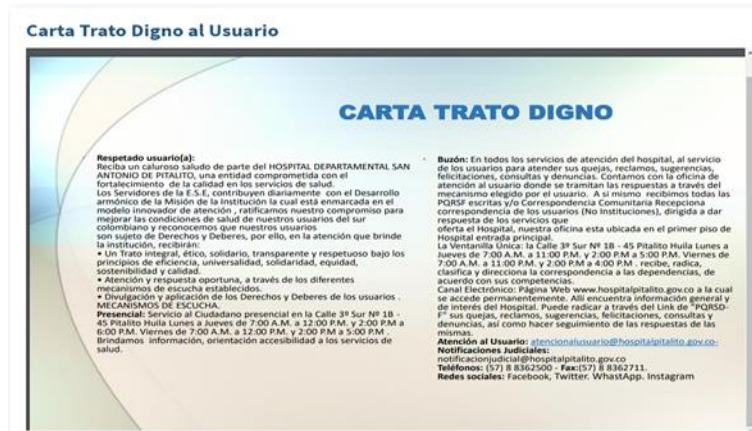
ESTRATEGIAS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA POLITICA DE HUMANIZACIÓN:

-Proceso de Inducción al personal nuevo se adelanta una presentación de la Política y el programa de humanización; al igual que los estándares de Acreditación con contenidos humanizadores.

- Los viernes de humanización, actividad realizada el último viernes de cada mes, en la cual se invita a todos los funcionarios a ser solidarios con los usuarios que no poseen los medios económicos para satisfacer algunas necesidades básicas, logrando mejorar de esta manera su estancia hospitalaria.



- Publicación en página web y redes sociales sobre los derechos, deberes, y la carta del buen trato.



- Oración diaria por altavoz, y la canción insignia de la institución **“Con la Gente que Me Gusta”** (de Isabel Pantoja) en donde ponemos en manos de Dios nuestros médicos, el personal asistencial y personal administrativo, para el desarrollo de las actividades diarias de nuestra entidad.

- Encuesta virtual de Derechos y deberes de los usuarios a todos los colaboradores.

- Promoción del valor de la semana contenido en el Código de Integridad, se establece en los comités Gerenciales, todos los lunes el valor institucional semanal, difundiéndolo a través de los canales institucionales de comunicación.



- Reconocimiento al empleado del mes por su destacado desempeño en las tareas asignadas, se reconoce e incentiva a dichos funcionarios en el Comité Técnico Gerencial del primer lunes de cada mes, y se publica a través de los canales de comunicación de la institución.

- Rondas de humanización adelantadas por las asistentes del proceso de Gestión de la Experiencia del Paciente y Su Familia como una forma de verificación de la aplicabilidad de la política y el programa de humanización en todos los servicios del hospital.



- Participación de la comunidad a través de los diferentes medios que ha habilitado el hospital como son: Telefónico, virtuales como nuestra página web, oficina de atención al usuario, formularios web de solicitudes, correo electrónico, redes sociales y mecanismos presenciales como atención personalizada, buzones ventanilla física, encuestas de satisfacción y asociación de usuarios.
- Elaboración del programa de educación al usuario y su familia para su aplicación y divulgación.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO HUILA NIT: 991.189.134-2	CÓDIGO: HSP-GP-EF-P01
	PROCESO: GESTIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y SU FAMILIA	15/07/2019
	PROCEDIMIENTO: PROCEDIMIENTO EXPERIENCIA DEL PACIENTE Y FAMILIA	1.0
	NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROGRAMA DE EDUCACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	

CONTROL DE DOCUMENTO Y DISTRIBUCION:

Control del Documento

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (quien realiza el documento)	Silvia Inés Castillo Velasco	Coordinador SIAU	SIAU	02/07/2019
Revisión (coordinador del proceso o servicio o en su efecto el comité institucional dependiendo del tema)	Ana Luz Trujillo Muñoz	Subgerente Administrativa y Financiera	Subgerencia Administrativa y Financiera	05/07/2019
Aprobación (Comité de Calidad)	Comité de Gestión de Calidad de la Atención en Salud			
	Acta No. 004 del 15 del mes de julio de 2019			
	Presidente Comité	Subgerencia Administrativa y Financiera		
Adopción	Resolución Gerencial No. 236		Fecha: 15 de julio de 2019	

Control de los Cambios

Versión No.	Fecha de Aprobación	Descripción de los Cambios	Solicitó
1.0	15/07/2019	Levantamiento del procedimiento	

FECHA:	Elaboración:	Aprobación:	Adopción:	Versión:	Hoja:
	02/07/2019	Acta No. 004 del 15/07/2019	Resolución No. 236 15/07/2019	1.0	1
	05/07/2019	Comité de Gestión de Calidad de la Atención en Salud			

- Acercamiento a las comunidades con la estrategia **“El hospital va a la comunidad”** consisten en visitas a la comunidad programadas por la asociación de usuarios y desarrolladas por la oficina de atención al usuario.



- Socialización sobre la política y programa de Humanización a todo el personal de la institución.

- Biblioteca solidaria: Estrategia que incentiva a todos los colaboradores a través del apadrinamiento de un usuario, compartiendo 15 minutos de lectura, de igual forma el padrino trae el libro y/o revista que dona a la biblioteca que se está organizando en el hospital.



-Receta Saludable: Los Colaboradores realizan el acompañamiento a un usuario y su acompañante, quienes bajo la asesoría y supervisión del servicio de Rehabilitación del Hospital reciben una receta sobre ejercicios que puedan hacer según su condición y sobre todo concientizarlos de la importancia de continuar la rutina extra hospitalariamente.



-Actividades de Relajamiento: Con la compañía de los colaboradores del hospital y con elementos donados en los viernes de humanización, se desarrollan actividades que permiten a los usuarios por un espacio de 15 minutos realizar actividades relajantes como rompecabezas, dibujos, sopas de letras entre otras.



-Elaboración de material audiovisual con mensajes alusivos a la humanización de los servicios de salud, ampliación de la oferta de servicios de salud de mayor complejidad para el beneficio de nuestra población, educación sobre los tiempos del Triage, las ventajas del proyecto de la PTAR y el compromiso con el medio ambiente, y videos para celebración de fechas especiales con la participación de la familia hospitalaria.

- Publicación en página web y redes sociales sobre los principios orientadores de la política de humanización.

-En coordinación con Salud Ocupacional, se programaron actividades de pausas activas para generar bienestar, mantener la calma ante situaciones de congestión del servicio, manejo del estrés y disminución de espasmos cervicales; muy comunes en los funcionarios con postura estática, así como los que permanecen mucho tiempo de pie.

- Realización del festival de Derechos y deberes con actividades lúdicas que tienen como finalidad incentivar en los colaboradores la apropiación de la carta de derechos y deberes de los usuarios en el segundo semestre de incluyeron en este festival los valores institucionales como complemento de la atención humanizada.

- En la novena de navidad, se adelantó la estrategia **“UNA NAVIDAD MÁS HUMANIZADA”** que consintió en asignar a cada día de la novena uno de los principios del programa de humanización para desarrollar una actividad lúdica con uno de los principios como eje de la misma.

7. HOSPITAL UNIVERSITARIO Y DOCENCIA SERVICIO

Meta Establecida: - A6. Hospital Universitario: La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, seguirá avanzando en las fases de cumplimiento normativo para lograr la graduación de Hospital Universitario, para convertirse en un centro generador de capital humano y de conocimiento para la transformación social al servicio del Sur de Colombia.

Para cumplir con este compromiso el hospital continúa fortaleciendo el proceso de Acreditación, teniendo en cuenta que el Decreto 3409 de 2012 define como primer requisito Estar habilitado y Acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

De otra parte, es de mencionar que mediante Acuerdo 00246 del 4 de septiembre de 2015, la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, encontró procedente emitir concepto técnico favorable sobre la relación docencia servicio en el programa de especialización en Cirugía General de la Universidad Surcolombiana, lo que indica que el hospital incurre en los primeros pasos como Hospital Universitario.

Por consiguiente, a partir de la vigencia 2016 se iniciaron las rotaciones de estudiantes de 4° año de la especialidad de Cirugía General de La Universidad Surcolombiana en cumplimiento del convenio. Dichas rotaciones se han venido dando vigencia tras vigencia como se evidencia a continuación y ampliándose a otras especialidades médicas; contribuyendo en un valioso conocimiento y calidad humana para nuestros usuarios, sus familias y nuestros colaboradores en general.

Rotación de Médicos Residentes de La Universidad Surcolombiana Período 2016 A 2019

Especialidad Médica	2016	2017	2018	2019	TOTALES
Ginecobstetricia		2	5	3	10
Cirugía General	2		1		3
Pediatría				1	1
TOTALES	2	2	6	4	14

Fuente: Proceso Gestión de La Docencia Servicio

- A7. Docencia Servicio: El Hospital, continuará realizando los esfuerzos necesarios para que se cuente siempre con Calidad y Humanización en los servicios para los escenarios de práctica en salud, contribuyendo con éxito en la formación de talento humano en salud con calidad y manejo eficiente de los recursos.

RELACION DE CONVENIOS VIGENTES CON UNIVERSIDADES Y ESCUELAS DE SALUD CON LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO

INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA	26 DE JULIO DE 2014	25 DE JULIO DE 2024
UNIVERSIDAD LIBRE DE CALI	EL 11 DE DICIEMBRE DE 2010	EL 10 DE DICIEMBRE DE 2020
UNIVERSIDAD LIBRE DE BARRANQUILLA	EL 03 DE FEBRERO DE 2012	02 DE FEBRERO DE 2022
FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN	1 DE SEPTIEMBRE DE 2012	31 DE OCTUBRE DE 2022
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE PASTO	30 DE NOVIEMBRE DE 2015	29 DE NOVIEMBRE DE 2025
UNIVERSIDAD DE MANIZALES	28 DE JULIO DE 2014	27 DE JULIO DE 2024
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	DEL 01 DE SEPTIEMBRE 2011	AL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2021
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	16 DE MAYO DE 2016	15 DE MAYO DE 2026
INSTITUCION DE FORMACION ESCUELAS DE ENFERMERIA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION
ESCUELA SAN PEDRO CLAVER	15 DE ABRIL DE 2014	14 DE ABRIL DE 2024
ESCUELA CESALUD	1 DE ABRIL DE 2014	31 DE MARZO DE 2024
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	12 DE ABRIL DE 2016	11 DE ABRI DE 2026

Fuente: Proceso Gestión de La Docencia Servicio

**Rotación de Médicos Internos
Período 2016 A 2019**

UNIVERSIDAD	2016	2017	2018	2019	TOTALES
Rosario	1				1
Cooperativa Sede Pasto	8	7	8	6	29
Surcolombiana	13	13	11	8	45
Nacional	5				5
F. Universitaria San Martín			4	4	8
TOTALES	27	20	23	18	88

Fuente: Proceso Gestión de La Docencia Servicio

Durante el 2019 se recibieron un total de 18 estudiantes de acuerdo a lo evidenciado en el cuadro anterior. El Hospital, adicional al cumplimiento de las obligaciones establecidas en los convenios de Docencia-Servicio, también se ha preocupado porque los estudiantes encuentren una relación integral entre la formación teórica y su aplicación a la práctica profesional; adicionalmente es consciente de la responsabilidad social en cuanto a su papel educativo que se enmarca en la docencia servicio.

El Hospital ha venido dando cumplimiento a los requisitos establecidos en los convenios de Docencia-Servicio, adicionalmente cumpliendo con uno de los objetivos que hace referencia a ser cada día un excelente Escenario de Práctica del área de la Salud en el Sur de Colombia, situación que se evidencia en los varios requerimientos realizados por instituciones de educación superior (Fundación Tecnológica Autónoma de Bogotá – FABA, Universidad de Boyacá, Universidad Internacional de las Américas – Costa Rica), debido a

que el talento humano en salud que pasa por el hospital se caracteriza por ser competente, con alto sentido ético, de responsabilidad y compromiso social.

De otra parte, el hospital como escenario de practica tiene suscrito convenios con tres instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano en el área de auxiliares de la salud, Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, Escuela San Pedro Claver y Centro Empresarial de Salud –CESALUD, con las cuales se ha venido dando cumplimiento a los planes de formación de práctica, dentro de los comités se ha hecho énfasis en que tanto estudiantes como docentes de dichas instituciones, deben cumplir con las directrices establecidas por el hospital en lo relacionado con los temas de calidad, humanización y acreditación, para lo cual dentro del proceso de inducción se ha venido fortaleciendo los conceptos en dichos temas y en las practicas se realizan refuerzos.

Con el fin de dar a conocer el número de estudiantes que realizaron prácticas en la vigencia 2019 a continuación, se presenta un resumen del número de estudiantes que realizaron prácticas como auxiliares de enfermería:

ENTIDAD	No. De Estudiantes
Escuela de Salud San Pedro Claver	108
SENA	98
Centro Empresarial en Salud - CESALUD	120
TOTALES	326

La alianza estratégica con las Universidades, Escuelas de Formación, El SENA, y el Hospital, han permitido el cumplimiento de las metas institucionales como: Avance en la Acreditación, Humanización de los Servicios, Seguridad del Paciente, Hospital Universitario, Docencia Servicio, Semilleros de Talento Humano, entre otras; las cuales permiten evidenciar el avance y cumplimiento al Plan de Gestión “Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana” 2016-2020.

B. ÁREA DE GESTIÓN: FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

En el Plan de Gestión quedaron los compromisos para cada una de las dependencias y procesos administrativos, que fueron objeto de seguimiento permanente en cuanto al cumplimiento de las metas e indicadores de medición. A continuación, un resumen de las estrategias y actividades desarrolladas en cada una de ellas.

1. PROCESO DE FACTURACIÓN

Metas Establecidas:

B1. Aumentar en forma gradual la facturación mensual de los servicios médicos y asistenciales, sin afectar de manera sensible los costos.

B2. Implementar procesos para la disminución de los errores de Facturación por problemas en la codificación de los procedimientos realizados por los profesionales de la salud, que influyen directamente en los cargos de servicios en las facturas.

B3. De acuerdo a la normatividad vigente, se radicará el 100% de la facturación que esté incluida en las cuentas de cobro antes del 15 del mes siguiente.

El comportamiento de la facturación como se proyectó en el Plan de Gestión Institucional para el año 2019, ha presentado un comportamiento positivo, al superar las expectativas y evidenciar las gestiones realizadas, logrando un ascenso con un porcentaje promedio del 2,91% y un consolidado anual equivalente a \$2.484.202.205. Los ingresos por venta de servicios de salud para la vigencia 2019 fueron del orden de \$87.797.242.219 presentando un aumento significativo frente a la vigencia 2018, por cuanto en dicha vigencia se facturaron \$85.313.040.014.

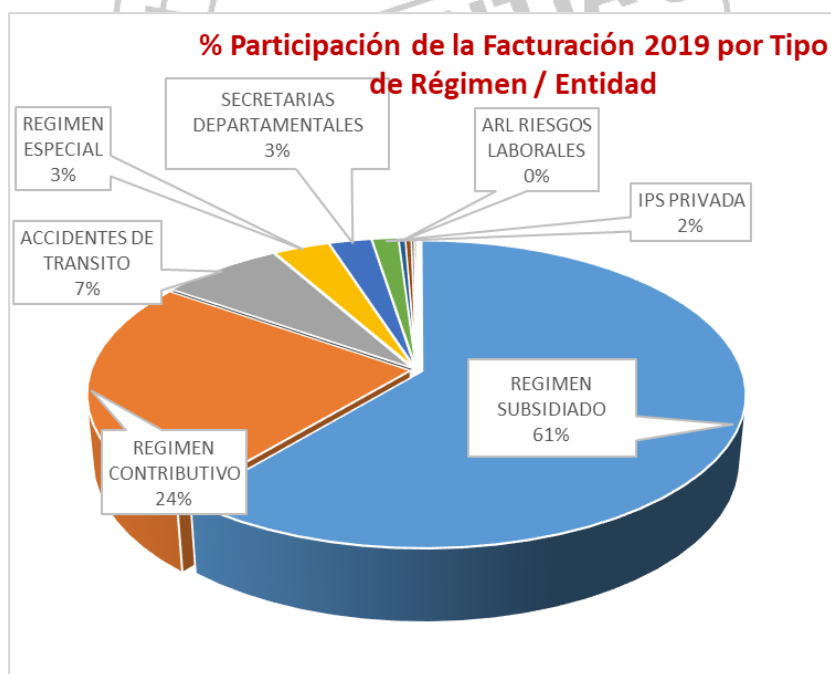
COMPARATIVO FACTURACIÓN RADICADA POR RÉGIMEN 2018-2019

TIPO DE ENTIDAD	VIGENCIA 2018	% Part.	VIGENCIA 2019	% Part.	Variación en pesos	Variación en Porcentajes 2018 - 2019
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 54.069.212.175	63,38%	\$ 53.651.485.993	61,11%	-417.726.182	-2,27%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	\$ 18.112.400.416	21,23%	\$ 20.685.668.382	23,56%	2.573.267.966	2,33%
ACCIDENTES DE TRÁNSITO	\$ 6.107.979.283	7,16%	\$ 6.214.305.948	7,08%	106.326.665	-0,08%
SECRETARÍAS DE SALUD DPTALES.	\$ 2.386.654.481	2,80%	\$ 2.152.255.579	2,45%	-234.398.902	-0,35%
RÉGIMEN ESPECIAL	\$ 2.546.562.138	2,98%	\$ 2.838.306.034	3,23%	291.743.896	0,25%
IPS PRIVADAS	\$ 986.122.605	1,16%	\$ 1.336.228.083	1,52%	350.105.478	0,37%
RIESGOS PROFESIONALES	\$ 436.892.837	0,51%	\$ 335.110.793	0,38%	-101.782.044	-0,13%
SECRETARÍAS DE SALUD MPALES.	\$ 104.814.342	0,12%	\$ 110.738.030	0,13%	5.923.688	0,00%
MEDICINA PREPAGADA	\$ 204.931.431	0,24%	\$ 152.830.828	0,17%	-52.100.603	-0,07%
OTRAS ENTIDADES	\$ 340.744.651	0,40%	\$ 295.092.176	0,34%	-45.652.475	-0,06%
IPS PÚBLICAS	\$ 16.725.655	0,02%	\$ 26.027.973	0,03%	9.302.318	0,01%
TOTAL FACTURACIÓN RADICADA	\$ 85.313.040.014	100%	\$ 87.797.242.219	100%	\$ 2.484.202.205	2,91%
PROMEDIO MES	\$ 7.109.420.001		\$ 7.316.436.852		\$ 207.016.850	

Los resultados del incremento en la facturación permiten que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO, siga creciendo

económica y socialmente para el cumplimiento de las metas y objetivos planteados por la Gerencia de la Institución en pro del beneficio de nuestros usuarios del Sur Colombiano.

Según datos consolidados del comportamiento de la facturación radicada de todo el año 2019, podemos observar un resultado final promedio mensual de facturación radicada de \$7.316.436.852, resultado que es muy positivo y que aun restando lo facturado por concepto de servicios de UCI nos daría un promedio mensual de \$6.574.515.210, resultado superior a lo proyectado para la vigencia 2019. Por otro lado al analizar la proyección de los ingresos por ventas de servicios de salud fijadas como presupuesto definitivo de ingresos por éstos conceptos para el 2019, fue de \$82.644.251.037 para un promedio mensual de \$6.887.020.920 de facturación mensual, al cierre de la vigencia 2019 se obtuvo una facturación acumulada de \$ **87.797.242.219**, significando un cumplimiento mayor de lo presupuestado en un 6,24%, equivalente a una facturación promedio mensual de \$7.316.436.852 (Incremento promedio mensual de \$429.415.932 respecto a lo proyectado). Diferencias dadas debido a los lineamientos normativos para la elaboración de los presupuestos de las IPS Públicas, al tomar en cuenta como variable principal los recaudos promedios anuales.



En la gráfica anterior se corrobora que nuestro mayor pagador es el régimen subsidiado alcanzando un 61,11% de participación en la facturación total, esto debido a la unificación del POS a nivel nacional y la universalidad de la salud, por tal razón la Gerencia sigue implementando nuevas políticas de mercadeo y de calidad en la prestación de los servicios para aumentar nuestra facturación.

TIPO DE ENTIDAD	VIGENCIA 2019	% Part.
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 53.651.485.993	61,11%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	\$ 20.685.668.382	23,56%
ACCIDENTES DE TRÁNSITO	\$ 6.214.305.948	7,08%
SECRETARÍAS DE SALUD DPTALES.	\$ 2.152.255.579	2,45%
RÉGIMEN ESPECIAL	\$ 2.838.306.034	3,23%
IPS PRIVADAS	\$ 1.336.228.083	1,52%
RIESGOS PROFESIONALES	\$ 335.110.793	0,38%
SECRETARÍAS DE SALUD MPALES.	\$ 110.738.030	0,13%
MEDICINA PREPAGADA	\$ 152.830.828	0,17%
OTRAS ENTIDADES	\$ 295.092.176	0,34%
IPS PÚBLICAS	\$ 26.027.973	0,03%
TOTAL FACTURACIÓN RADICADA	\$ 87.797.242.219	100%
PROMEDIO MES	\$ 7.316.436.852	

ANÁLISIS DE LA FACTURACION POR CONCEPTO DE UCI ADULTOS AÑO 2019

A continuación, se presenta el total facturado durante la vigencia 2019 por el concepto de los servicios de la UCI Adultos, por cada uno de los regímenes a los que la Institución prestó los servicios, se observa que los \$8.903.059.699 (Promedio mensual \$741.921.642) tienen un peso porcentual del 10,14% del valor global facturado por venta de servicios año 2019, igual se observa que nuestro mayor cliente es el régimen subsidiado teniendo una participación del 61,66% del valor facturado por concepto de UCI Adultos.

TIPO DE ENTIDAD	UCI-A 2019	% Part.
REGIMEN SUBSIDIADO	\$ 5.489.735.063	61,66%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	\$ 1.441.819.393	16,19%
ACCIDENTES DE TRÁNSITO	\$ 757.583.251	8,51%
SECRETARÍAS DE SALUD DPTALES.	\$ 531.523.850	5,97%
RÉGIMEN ESPECIAL	\$ 397.871.353	4,47%
IPS PRIVADAS	\$ 260.322.771	2,92%
RIESGOS PROFESIONALES	\$ 4.238.791	0,05%
OTRAS ENTIDADES	\$ 5.191.984	0,06%
IPS PÚBLICAS	\$ 14.773.243	0,17%
TOTAL FACTURACIÓN RADICADA	\$ 8.903.059.699	100%
PROMEDIO MES	\$ 741.921.642	

MES	VALOR DE LA FACTURACION PENDIENTE DE RADICAR	VALOR TOTAL DE LA FACTURACION RADICADA EN EL PERIODO	% de facturación pendiente de radicar (<5%)
ENERO	\$ 22.001.493	\$ 5.865.751.164	0,38%
FEBRERO	\$ 20.442.208	\$ 7.343.551.395	0,28%
MARZO	\$ 16.675.589	\$ 6.715.023.343	0,25%
ABRIL	\$ 67.097.118	\$ 7.310.359.646	0,92%
MAYO	\$ 27.339.119	\$ 6.872.344.572	0,40%
JUNIO	\$ 27.837.950	\$ 8.024.427.966	0,3%
JULIO	\$ 12.430.360	\$ 7.389.957.552	0,2%
AGOSTO	\$ 30.321.431	\$ 7.872.511.608	0,4%
SEPTIEMBRE	\$ 26.999.230	\$ 7.578.567.673	0,4%
OCTUBRE	\$ 25.464.578	\$ 7.348.126.339	0,3%
NOVIEMBRE	\$ 18.889.517	\$ 8.057.685.463	0,2%
DICIEMBRE	\$ 14.008.914	\$ 7.418.935.498	0,2%
TOTALES	\$ 309.507.507	\$ 87.797.242.219	0,35%

En la tabla anterior se refleja toda la producción de la Institución y lo enviado a cobrar efectivamente, mensualmente se generaron en promedio alrededor de 16.146 facturas con una facturación promedio de \$7.316.436.852, quedando pendientes por radicar o en estado uno un promedio muy bajo del 0,35%. Este resultado se ha logrado gracias a la implementación de las nuevas ayudas tecnológicas y al compromiso del talento humano del área, las facturas pendientes por radicar (estado 1), qué significa estado uno, que no se cobraron dentro de ese mes por falta de soportes, por falta de definir el pagador, por trámites de material de osteosíntesis, posibles fugas, entre otros, por tanto, el indicador se cumplió ya que estaba planteado no mayor al 5% del valor total facturado en el mes.

Por otra parte, se dio cumplimiento al indicador de disminución de glosas por falta de soportes (de Imagenología, patologías, ambulancias, laboratorio clínico, bando de sangre y otros); debido a la implementación del seguimiento mensual con los Analistas de Cuentas, para detectar y verificar la falta de estos soportes en el armado de cuentas que se van a radicar. El indicador base fue del 7% y se obtuvo el 0,21% (409 facturas identificadas con falencias en los soportes) para la vigencia 2019.

Así mismo, se trabajó en la disminución de inconsistencias en la elaboración de FURIPS en las cuentas SOAT y FOSYGA, se implementó el seguimiento mensual con los Analistas de Cuentas para detectar errores en le elaboración de los FURIPS y su corrección inmediata, con el fin de disminuir la glosa por esta causa, de la misma manera se estableció en forma diaria un control de auditoria adicional SOAT y FOSYGA con el fin de confirmar que no presente errores en los FURIPS; meta base 20%, resultado del indicador 4,09% del total general de 5.188 se identificaron 212 facturas con errores en los FURIPS.

PRINCIPALES ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- Reuniones mensuales con todo el equipo que interviene en el proceso de facturación (facturadores, admisiones, notificaciones, autorizaciones y Analista de Cuentas), para analizar los procesos internos y externos del servicio; al igual que las causales de las glosas, realizando retroalimentación para corregir las falencias presentadas. Así mismo, se da a conocer las modalidades o ajustes a los respectivos contratos existentes con las Entidades Responsables de Pago, o los nuevos contratos que entran en vigencia para que sean parametrizados en los sistemas de información. Actualización y socialización de Normatividad vigente y Sistema Único de Acreditación. Implementación de capacitaciones de temas de interés y socialización de comités Técnico Gerencial.
- Mensualmente se realiza el seguimiento a las facturas que quedan en estado uno (1) con el equipo de la oficina principal responsable de radicación una semana antes de terminar el mes se realiza un barrido con todas las dependencias para que suministren los soportes faltantes de las facturas para poderlas radicar en forma oportuna.
- Semanalmente se realiza el seguimiento a los ingresos por Depósitos y Garantías dando cumplimiento al plazo establecido (60 días) por la institución para el cierre de estos.
- Seguimiento semanal de los ingresos abiertos que no han sido cerrados por los facturadores por medio de las boletas de salidas, el informe es entregado a cada facturador para que en un plazo no mayor de dos (2) días realice el cierre de la factura junto con sus soportes totalmente diligenciadas para su respectiva pre-auditoria interna, salvo las que están pendientes por material de osteosíntesis, lectura de Rx, garantías, patologías y entre otros.
- Garantizar al máximo que las cuentas sean radicadas con su respectivo soporte (Autorizaciones, Evoluciones de Ambulancia, Bitácora, Resolución de tarifas de ambulancia para las aseguradoras, soporte de Patología, lectura de Rx, procedimientos y demás soportes disminuyendo la glosa por este concepto.
- En forma semanal desde el comité Técnico Gerencial se ha liderado con los coordinadores de todos los servicios que revisen y aseguren todos los procedimientos realizados en la facturación en forma diaria. Para asegurar el 100% de la facturación de los servicios prestados, y detectar los errores humanos de imputación de los centros de costos.
- Socialización del cierre mensual de facturación, en donde se le informa a todo el equipo de facturación y a las áreas que intervienen en el proceso, con el fin de que se programen para dar cumplimiento y llevar a cabo las fechas establecidas tanto en el cierre como en la entrega de facturas a radicar por parte del área de cartera.

- Seguimiento diario a los ingresos correspondiente a Accidentes de Tránsito que presentan inconsistencia en la documentación obligatoria SOAT, a través de Admisiones, Referencia y Contrarreferencia para casos de pacientes remitidos de otros Municipios y/o Departamentos, realizando confirmación de pólizas correspondientes al vehículo donde se accidentó, con la finalidad de evitar que presenten documentos de vehículos prestados, para ello se implementó que una persona realice el seguimiento y llamadas telefónicas para verificar: Que los documentos presentados correspondan al vehículo involucrado en el accidente, direcciones, fechas y relato de los hechos ocurridos, con el fin de unificar un solo criterio y reporte oportuno dentro de las 24 horas.
- Seguimiento diario y desde el ingreso a los usuarios con inconsistencias, se realiza una atención personalizada, en los siguientes casos, para evitar demoras en las salidas:
 - Información de pago, de copagos y cuotas de recuperación en especial a pacientes que se encuentran en remisión, con el fin de evitar demora en la salida.
 - Confirmación de pólizas SOAT, con la finalidad de evitar que sean prestadas.
 - Información de documentos faltantes y la consecución de los mismos, teniendo en cuenta la lista de chequeo para accidentes de tránsito.
 - Seguimiento de inconsistencias (Pacientes en mora, suspendidos, desafiliados, inactivos y demás)
 - Pacientes sin seguridad social, y así realizar el proceso de afiliación del menor de 18 años, afiliación de oficio a cargo por la IPS, mayor de 18 años afiliación de oficio a cargo por La Secretaria de Salud.
 - Pacientes particulares para informar depósitos de los servicios prestados.
- Auditoria diaria a las facturas de la Nueva Eps, Medimás, Comfamiliar, Sanidad Militar, Sanitas, Mallamas, Asmet Salud que se encuentran listas para radicar, con el fin de evitar glosas y devoluciones.
- Retroalimentación mensual de manera personalizada por concepto de glosa, con la finalidad de que el personal de facturación tome las medidas pertinentes y oportunas enfocadas al mejoramiento continuo de los procesos.
- Implementación de roles en facturación de urgencias para agilizar salidas:
 - Un facturador exclusivo para generar boletas de salidas, realizando la verificación de niveles y régimen para determinar pagos de copagos o cuotas de recuperación. Garantizando un tiempo Promedio apróx de 15 Minutos.
 - Un Facturador para realizar el cargue de los servicios prestados.

Es así, que con estas actividades se impacta en el mejoramiento continuo de los procesos centrados en la atención del paciente y su familia, brindando atención rápida y personalizada, por otro lado, se garantiza el ciclo de los procesos con la facturación, liquidación, auditoria continua y diaria para su efectivo cobro a las Entidades Responsables de Pago ERP.

- Reporte de malas prácticas a las ERP por la inoportunidad en la generación de autorizaciones de los servicios intrahospitalarios, falta de actualización de las plataformas con la actual normatividad para la solicitud y radicación de autorizaciones., las cuales se consolidan mensual para reportar a la Secretaria de Salud Departamental.

En conclusión, el área de facturación sigue trabajando en el mejoramiento continuo de los procesos a fin de lograr los objetivos del plan de acción y el crecimiento económico y social de la Institución.

2. PROCESO DE CARTERA

Meta Establecida:

- **B5.** Efectuar cobro y recaudo de cartera buscando que se presente disminución gradual y porcentual de la cartera superior a 360 días con relación al total de la cartera al cierre de cada vigencia fiscal, excluyendo las entidades en proceso de liquidación y las liquidadas.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA GESTION DE CARTERA EN EL 2019

Una vez finalizada la vigencia fiscal de 2019, se efectuó la evaluación de los resultados obtenidos en el recaudo, depuración y recuperación de las cuentas por cobrar de la Institución correspondientes a la prestación de los servicios de salud prestados a los afiliados a las diferentes ERP de acuerdo con la normatividad vigente. Para el desarrollo de la gestión de recuperación de la cartera con base en las siguientes acciones y teniendo en cuenta la dinámica contextual del sector salud y sus diferentes actores:

- ✓ Aplicación de la Política Gerencial del comité de cartera semanal, en donde se monitorea el estado de cada ERP frente a los servicios prestados, logrando un control sobre el comportamiento de la cartera, lo que permite la toma de decisiones que fortalecen el resultado final.
- ✓ Dentro de estas políticas institucionales, el fortalecimiento del sistema de información y su adecuado uso han hecho que se desarrolle un oportuno suministro y cruce de información que permite el mejoramiento continuo de los diferentes procesos y en especial la fuga de información y servicios, realizando un cobro oportuno de las atenciones realizadas.
- ✓ Estas políticas institucionales están dadas tanto a nivel de clientes internos como externos; en donde a nivel interno se está monitoreando toda la actividad desde el ingreso del paciente al definirle adecuadamente la seguridad social, permitiendo que la institución pueda gestionar su cobro adecuada y oportunamente ante las ERP,

pasando por el registro oportuno de las actividades realizadas y así llegar a un adecuado y oportuno cierre de factura al egreso del paciente.

- ✓ Existe una coherencia total entre las áreas de facturación, cuentas médicas y cartera, en donde existe una retroalimentación que permite identificar oportunamente dificultades en los procesos de facturación y radicación de cuentas.
- ✓ En el 2019 se mejoró ostensiblemente la comunicación entre las áreas operativas y administrativas, en donde cuentas medicas retroalimentó básicamente los motivos de glosas y devoluciones que le atañen al área asistencial, lo cual ha permitido disminuir gradualmente los montos de glosa final de la institución y por ende el flujo oportuno de recursos.
- ✓ A nivel externo se está en constante conocimiento de las variables que afectan el oportuno recaudo de la cartera y que esencialmente tienen que ver con el comportamiento de las ERP y la observancia a la normatividad que les rige, en especial las disposiciones que sobre ellas adopten los entes de control en especial la Superintendencia Nacional de Salud y El Ministerio de Salud y Protección Social, se da el manejo del flujo de recursos y pago de obligaciones.
- ✓ Se está atento a los llamados de los entes de control en especial la Superintendencia Nacional de Salud, a fin de asistir a realizar las conciliaciones y cruces de cartera según las jornadas que para tal fin se programen.
- ✓ Se asisten a las jornadas de conciliación de cartera y acuerdos de pago de la Circular Conjunta 030 de 2013, tanto a nivel departamental como en aquellas regiones en donde el hospital tiene cartera como son Valle del cauca, Putumayo, Caquetá y en las regiones más apartadas se realiza el proceso vía electrónica.
- ✓ El constante y oportuno cruce contable con las diferentes ERP, le han permitido al hospital mantener información más depurada y real frente a las cuentas por cobrar, lo que ejerce presión directa sobre el flujo de recursos al tener saldos claros disponibles para pago.
- ✓ Adicional al cruce contable, periódicamente se realizan cobros pre jurídicos según las disposiciones institucionales, lo cual contribuye a ejercer presión sobre la recuperación de las cuentas por cobrar, realizando un total de 567 en la vigencia fiscal 2019.
- ✓ Vía electrónica se ha mejorado el manejo de la herramienta, como un mecanismo más ágil, económico y de igual validez en el proceso de cruce contable y cobro de la cartera, alcanzando en la vigencia un envío de 1.358 correos electrónicos.

- ✓ De hecho, lo anterior viene acompañado de visitas periódicas a las diferentes ERP en donde se está ejerciendo presión sobre el reconocimiento y pago de las cuentas por cobrar, visitas que son tanto a iniciativa del Hospital como por convocatorias de las ERP, dando como resultado al cierre de 2019 un total de 480 visitas.
- ✓ Indudablemente que la radicación oportuna de la facturación ante las ERP permite agilizar los procesos de reconocimiento y pago, proceso que se realiza en su gran mayoría en forma personalizada evitando procesos de devolución o pérdida de la información, al igual que se solucionan los inconvenientes de manera oportuna.

Acciones como la expedición de la Ley de Punto Final que da herramientas a la Superintendencia Nacional de Salud para el fortalecimiento de las acciones de control sobre los actores del sistema, a lo cual se le une el cierre y liquidación progresivo de EPS que dejan un bache de flujo de caja, que difícilmente se puede subsanar con el traslado de usuarios a otras EPS, debido a que históricamente se ha demostrado que quienes reciben estos usuarios inician un proceso ascendente de sus cuentas por cobrar e ingresan al círculo vicioso del sistema que en realidad por lo menos al cierre de la vigencia fiscal 2019 no presenta mejoría.

De otra parte el lanzamiento de la Ley de Punto Final generó expectativas de solución a la crisis financiera del sector, se tiene la certeza que es una solución a mediano y largo plazo, por cuanto implica la depuración de cuentas, en especial entre los entes territoriales y las EPS, para que el sector central vía crédito interno genere el flujo de recursos, en donde a nivel departamental esta actividad debe ser liderada por la Secretaria de Salud y por lo menos en el cierre del 2019 no se consolidó, comportamiento que tácitamente han adoptados las ERP del Departamento y han disminuido ostensiblemente el flujo de caja, en especial por aquellas que se encuentran intervenidas o con medidas especiales de observación por los entes de control.

Es claro que nuestra política institucional basada en nuestro Plan de Gestión “**Desarrollo y Transformación Hospitalaria con Gestión Humana**”, unido a la esencia de la institución la cual es prestar servicios de salud, nos llevan a tener al paciente en primer orden independientemente de quien asuma sus costos y a la espera de que las políticas institucionales a nivel nacional nos den la razón de que el flujo de caja con las medidas adoptadas se normalizara en el corto tiempo.

Esto nos ha llevado como institución a preocuparnos por continuar manteniendo cuentas por cobrar claras con nuestros deudores y para ello se desarrollan actividades continuas de depuración de cartera y en especial establecer saldos libres para pago, actividades que se realizaron con una regular periodicidad durante toda la vigencia fiscal.

En este orden de ideas analicemos como fue el comportamiento de la anterior vigencia fiscal, lo cual se da observando las cifras, en donde inicialmente tomamos sobre qué recursos y valores se debe realizar la gestión de cobro y depuración teniendo en cuenta que se tenía una cartera inicial del orden de \$56.183 millones de pesos y una facturación de venta de servicios radicada a las ERP por el orden de los \$ 87.797 millones de pesos

durante la vigencia fiscal 2019, para un total de gestión de recaudo por la suma de \$143.980 millones de pesos, lo cual se consolida en la siguiente tabla:

CUENTAS POR COBRAR – GESTIÓN DE RECAUDO 2019

PERIODO	VALOR	Part. %
Cartera 31 de Diciembre 2018	56.183.189.064	39%
Facturación radicada Ene. - Dic. 2019	87.797.242.219	61%
Total	143.980.431.283	100%

Se viene observando una tendencia de incremento en la participación de las carteras de vigencias anteriores alcanzando el 39%, razón que se da en las cuentas por cobrar de las entidades liquidadas o en liquidación, lo cual genera un cese de pagos de una manera tajante afectando de forma sustancial el comportamiento del recaudo institucional, a ello le unimos que la tendencia al aumento real en la prestación de los servicios o productividad institucional.

En este orden de ideas obsérvese como evolucionaron las cuentas por cobrar que nos quedaron de vigencias anteriores y cuál fue el saldo real de recaudo y depuración.

En primer lugar, observemos las entidades que corresponden a la cartera de difícil recaudo o entidades liquidadas:

CUENTAS POR COBRAR DE DIFÍCIL RECAUDO

ENTIDAD	CARTERA DIC. 2018	SALDO DIC. 2019	RECAUDADO Y DEPURADO	% RECAUDO Y DEPURACION
CAFESALUD	12.310.193.342	12.245.251.227	64.942.115	1%
SOLSALUD	2.502.322.638	2.502.322.638	-	0%
CONSORCIO SAYP 2011	2.066.576.218	2.066.576.218	-	0%
CAPRECOM	1.572.489.782	1.105.889.391	466.600.391	30%
SELVASALUD	770.208.114	770.208.114	-	0%
SALUDCOOP	473.355.439	437.122.325	36.233.114	8%
COMFENALCO TOLIMA	2.518.507	2.518.507	-	0%
TOTAL	19.697.664.040	19.129.888.420	567.775.620	3%

Este período estuvo marcado por la presentación de las reclamaciones de Cafesalud y Comfacor, lo cual se cumplió exitosamente, con la EPS Emdisalud se encuentra pendiente que se notifique las fechas de presentación de la reclamación. Por la misma connotación de la cartera de estas entidades sus movimientos fueron mínimos, con excepción del pago que realizado por Caprecom del saldo reconocido y unos pagos de lo NO POSS de Cafesalud y Saludcoop.

CARTERA VIABLE A DICIEMBRE DE 2018 Y SUS MOVIMIENTOS EN 2019

ENTIDAD	CARTERA DIC. 2018	SALDO DIC. 2019	RECAUDADO Y DEPURADO	% RECAUDO Y DEPURACION
ASMET SALUD EPS SAS	9.919.831.359	672.565.455	9.247.265.904	93%
COMFAMILIAR HUILA	7.877.810.000	183.879.884	7.693.930.116	98%
MEDIMÁS EPS S.A.S	5.391.312.717	1.654.425.210	3.736.887.507	69%
NUEVA EPS	3.474.971.803	611.036.073	2.863.935.730	82%
COMPARTA	2.129.260.642	1.271.301.107	857.959.535	40%
ADRES	1.183.337.115	1.143.200.996	40.136.119	3%
SANIDAD MILITAR	1.110.371.812	20.989.532	1.089.382.280	98%
COOMEVA	664.804.154	532.118.560	132.685.594	20%
AXA COLPATRIA	383.444.617	49.526.646	333.917.971	87%
LA PREVISORA S A	359.122.065	162.950.253	196.171.812	55%
MALLAMAS E P S	357.354.124	39.668.200	317.685.924	89%
SANIDAD HUILA	305.530.203	26.023.748	279.506.455	91%
SANITAS S A	282.084.750	-	282.084.750	100%
SALUDVIDA S.A.	254.163.804	135.142.021	119.021.783	47%
TOLIHUILA	244.337.968	137.326.523	107.011.445	44%
CAPITAL SALUD	204.959.496	9.266.007	195.693.489	95%
EMSSANAR ESS	193.189.822	233.685	192.956.137	100%
SEGUROS DEL ESTADO S.A.	173.757.652	28.525.111	145.232.541	84%
GOBERNACION DEL HUILA	138.035.250	41.635.870	96.399.380	70%
CONVIDA	126.484.716	126.472.716	12.000	0%
MUNDIAL DE SEGUROS	126.236.553	36.672.897	89.563.656	71%
FONDO FINANCIERO	117.683.903	37.579.977	80.103.926	68%
LA EQUIDAD VIDA O. C.	83.295.894	32.551.036	50.744.858	61%
SURAMERICANA S. A.	78.673.364	10.745.498	67.927.866	86%
FAMISANAR SAS	75.820.992	4.161.287	71.659.705	95%
MUNICIPIO DE PITALITO	69.490.416	-	69.490.416	100%
FIDUCIARIA LA PREVISORA	62.546.154	-	62.546.154	100%
CAJACOPI ATLANTICO	59.120.735	47.024.202	12.096.533	20%
COMFENALCO VALLE	57.233.317	-	57.233.317	100%
EMDISALUD	56.328.564	56.328.564	-	0%
OTRAS ENTIDADES	924.931.063	406.579.330	518.351.733	56%
TOTAL	36.485.525.024	7.477.930.388	29.007.594.636	80%

La tabla indica que se alcanzó a efectuar depuración de esta cartera en un 80%, en donde las entidades más representativas fueron Sanitas EPS con el 100%, Sanidad Militar 98%, Sanidad Huila 91%, Comfamiliar del Huila 98% y Asmet Salud 93%, resultado que se alcanzó con la frecuencia en el proceso de depuración de saldos y el apoyo de la conciliación de la glosa. De igual forma es importante mencionar que quedaron **pendientes de giro en tesorería Departamental \$1.350 millones de pesos** que corresponden a

cesiones de crédito de Comparta y Asmet Salud, no obstante, la tramitomanía del ente Departamental lo impidió, cifra que hubiera mejorado el indicador de estas dos entidades.

Con respecto a entidades como Medimás, Comparta, ADRES y Nueva EPS, son las de menor cumplimiento en el pago de servicios de salud y las de mayor inconveniente a la hora de establecer acercamientos para así efectuar acuerdos. Observemos como se desarrolló en el 2019 la radicación en las ERP de los servicios prestados y cuál fue su variación con respecto a la anterior vigencia fiscal.

FACTURACION RADICADA COMPARATIVO 2018- 2019

PERIODO	2018	2019	DIFERENCIA	VAR %
Enero	6.779.486.649	5.865.751.164	- 913.735.485	-13,5%
Febrero	7.346.107.874	7.343.551.395	- 2.556.479	0,0%
Marzo	6.512.906.497	6.715.023.343	202.116.846	3,1%
Abril	6.852.259.544	7.310.359.646	458.100.102	6,7%
Mayo	6.396.253.901	6.872.344.572	476.090.671	7,4%
Junio	8.531.588.513	8.024.427.966	- 507.160.547	-5,9%
Julio	6.503.450.940	7.389.957.552	886.506.612	13,6%
Agosto	8.113.750.223	7.872.511.608	- 241.238.615	-3,0%
Septiembre	7.343.494.560	7.578.567.673	235.073.113	3,2%
Octubre	6.845.697.189	7.348.126.339	502.429.150	7,3%
Noviembre	7.342.680.970	8.057.685.463	715.004.493	9,7%
Diciembre	6.745.363.154	7.418.935.498	673.572.344	10,0%
Total facturación	85.313.040.014	87.797.242.219	2.484.202.205	2,9%

El incremento de la venta de servicios en la vigencia fiscal 2019 con relación al 2018 tanto en términos absolutos (\$2.484 millones), como relativos con un incremento del 2,9%, no representan una variación importante respecto de las expectativas institucionales, es cierto crecimos, pero existen algunas variables que incidieron en este crecimiento, el aumento de la competencia que se observa como una amenaza dentro de nuestra matriz DOFA, la restricción de gastos que las ERP vienen efectuando en costos de la prestación del servicio, la facilidad de las instituciones privadas de contener costos para habilitar y dar en funcionamiento nuevos servicios frente a nuestras exigencias en materia legal y de calidad, la salida de ERP del mercado cuyos usuarios se trasladan a otras instituciones, la disminución de autorizaciones de servicios de parte de las ERP, en general es un tema para analizar y evaluar en un capítulo aparte, pero si queremos dejar observaciones que nos lleven a profundizar en el análisis del tema, al examinar la tendencia financiera de la institución hacia el futuro.

En esencia el cierre de EPS y la restricción en la autorización de servicios son las principales variables que nos afectan el nivel de productividad institucional, al igual que la dinámica que la normatividad le ha dado a la tendencia en la prestación de los servicios de salud, y en donde nos encontramos en un periodo estructural de transición que nos llevan al fortalecimiento de los servicios de III y IV nivel, teniendo en cuenta que las especialidades básicas o atención de II nivel vienen siendo absorbidas en otras instancias lo que nos lleva a ser proactivos, en virtud de mantenernos como una institución pública prestando servicios con calidad y sostenibilidad financiera, en donde nuestro principal objetivo es la transformación hospitalaria con gestión Humana.

Obsérvese a continuación como fue el comportamiento del recaudo en la vigencia fiscal 2019 y su comparativo frente a la vigencia fiscal 2018.

RECAUDO COMPARATIVO 2018 - 2019

PERIODO	2018	2019	VARIACION	VAR %
Enero	4.858.958.236	5.204.291.042	345.332.806	7,1%
Febrero	4.026.791.629	5.514.780.885	1.487.989.256	37,0%
Marzo	5.469.979.833	5.428.597.665	- 41.382.168	-0,8%
Abril	6.493.482.073	5.473.909.188	- 1.019.572.885	-15,7%
Mayo	5.734.572.579	5.191.460.911	- 543.111.668	-9,5%
Junio	6.580.189.472	4.903.250.012	- 1.676.939.460	-25,5%
Julio	5.536.813.240	7.817.639.132	2.280.825.892	41,2%
Agosto	5.261.122.706	6.759.518.746	1.498.396.040	28,5%
Septiembre	7.890.887.770	6.426.425.270	- 1.464.462.500	-18,6%
Octubre	5.982.201.311	5.462.706.792	- 519.494.519	-8,7%
Noviembre	5.032.060.734	6.334.763.906	1.302.703.172	25,9%
Diciembre	8.785.552.513	6.708.001.248	- 2.077.551.265	-23,6%
Total recaudo	71.652.612.096	71.225.344.797	- 427.267.299	-0,6%

El comportamiento del recaudo al cierre de la vigencia fiscal 2019 no superó las expectativas que se tenían, debido a que no se alcanzó lo acumulado en la vigencia fiscal 2018 estando por debajo en un (-0.6%), equivalentes a (-\$427 millones), cifra que no refleja importancia por su monto, pero si es de especial atención en la medida que se está midiendo el comportamiento y la tendencia de los pagadores respecto de la liquidez del sistema y por tanto debemos ser cautos en poder asegurar nuestros recursos a efectos de evitar desfinanciamiento en un futuro cercano, para lo cual analizaremos nuestras fuentes de ingreso y las dificultades que esto representan.

Para medir el comportamiento de los ingresos respecto de la venta de servicios es importante en primer lugar observar cómo se depuró nuestra cartera de vigencias anteriores y cómo ha evolucionado el pago en lo que respecta la prestación de servicios en el 2019.

En primer lugar, miremos en forma global el recaudo frente a la facturación, el cual observaremos en la siguiente tabla:

RECAUDO SEGÚN FUENTE 2019

MES	Giro directo	Otros pagos	Total recaudo
Enero	3.942.107.858	1.262.183.184	5.204.291.042
Febrero	3.773.984.802	1.740.796.083	5.514.780.885
Marzo	3.897.665.943	1.530.931.722	5.428.597.665
Abril	3.629.288.845	1.844.620.343	5.473.909.188
Mayo	3.396.005.566	1.795.455.345	5.191.460.911
Junio	3.367.687.386	1.535.562.626	4.903.250.012
Julio	4.476.765.141	3.340.873.991	7.817.639.132
Agosto	4.468.099.694	2.291.419.052	6.759.518.746
Septiembre	4.217.953.689	2.208.471.581	6.426.425.270
Octubre	4.311.532.668	1.151.174.124	5.462.706.792
Noviembre	4.162.374.561	2.172.389.345	6.334.763.906
Diciembre	3.720.431.204	2.987.570.044	6.708.001.248
Total	47.363.897.357	23.861.447.440	71.225.344.797
Part. %	66%	34%	100%

Se finaliza la tendencia de la vigencia fiscal con el 66% del recaudo por medio de los giros directos, este mecanismo de pago se ha venido fortaleciendo para así tener la liquidez necesaria en las instituciones de acuerdo con las políticas nacionales, no obstante debemos tener claridad de que si bien es cierto que la fortaleza del giro directo está en marcha, también es claro que las ERP se limitan a estos giros y la cartera excedente no la vienen cubriendo en la forma establecida por la norma, por tanto la tendencia es de crecimiento y no de disminución.

Los demás pagos con el 34% corresponden a aquellas entidades que no efectúan giro directo y a los otros servicios que no están inmersos dentro de estas políticas, en especial entes territoriales y aseguradoras.

FACTURACION FRENTE A RECAUDO 2019

PERIODO	FACTURACIÓN 2019	RECAUDO 2019	% GLOBAL DE RECAUDO
Enero	5.865.751.164	5.204.291.042	89%
Febrero	7.343.551.395	5.514.780.885	75%
Marzo	6.715.023.343	5.428.597.665	81%
Abril	7.310.359.646	5.473.909.188	75%
Mayo	6.872.344.572	5.191.460.911	76%
Junio	8.024.427.966	4.903.250.012	61%
Julio	7.389.957.552	7.817.639.132	106%
Agosto	7.872.511.608	6.759.518.746	86%
Septiembre	7.578.567.673	6.426.425.270	85%
Octubre	7.348.126.339	5.462.706.792	74%
Noviembre	8.057.685.463	6.334.763.906	79%
Diciembre	7.418.935.498	6.708.001.248	90%
TOTALES	87.797.242.219	71.225.344.797	81%

El comportamiento del recaudo en la vigencia fiscal 2019 mantuvo una tendencia estable en términos relativos con un promedio global del año en un 81%, cifra que indica un crecimiento de las cuentas por cobrar en la vigencia por el orden de los \$16.571 millones de pesos.

La dinámica del sistema de salud nos ha generado inconvenientes en materia de recaudo, reconociendo que nos encontramos en niveles aceptables, debido a que las herramientas ofrecidas por la normatividad actual nos exigen la prestación de servicios sin barreras, lo cual se cumple cabalmente en la institución según la disponibilidad de servicios y autorización de los mismos por parte de las ERP, sin embargo el pago de dichos servicios no cumple con la misma dinámica lo cual hace que las Entidades Responsables de Pago limiten el giro de recursos a pesar de tener las cuentas debidamente conciliadas, depuradas y reconocidas.

Dificultades que en parte las entiende el nivel central, con la expedición de la ley de punto final que busca cerrar esta brecha, ésta normatividad está reconociendo que es necesario la irrigación de recursos al sistema y en especial con el cubrimiento de la obligación que el nivel central y los entes territoriales tienen con el sistema, se espera que este procedimiento sea expedito a fin de que no se diluya en el tiempo y quede como una iniciativa que los entes departamentales no supieron aprovechar para aliviar financieramente el sistema de salud, por cuanto son ellos los llamados a facilitar la aplicación de esta normatividad.

Insistimos que son los entes Departamentales los llamados a permitir que la liquidez del sistema se dinamice, por que como ente de control tiene acceso a la evaluación integral de

las diferentes variables que inciden en el sistema de salud local, pero es necesario limitar la tramitomanía y el exceso de barreras en el flujo oportuno de recursos.

Recordemos que de la deuda que el ente territorial tiene con las EPS y que esté debidamente depurada, reconocida y a su vez soportada, es que el nivel central por intermedio de los Ministerios de Hacienda y Salud, giran los recursos que según las cifras dadas por la Secretaria de Salud Departamental están por el orden de los \$58.000 millones, cifra que es bien importante para aliviar las deficiencias de liquidez del sistema en el Departamento.

De otra parte la demora que debe vivir por las IPS para que de las obligaciones reconocidas y con disponibilidad de recursos del ente territorial con las EPS vía cesiones de crédito lleguen oportunamente a las IPS, a pesar de firmarse acuerdos ante la Superintendencia Nacional de Salud, actuaciones que se demoran exageradamente y que desde los meses de junio y septiembre no fue posible que se giraran al cierre de la vigencia fiscal, tal es el caso de cesiones de crédito con Asmet Salud por \$500 millones de pesos que no se giraron, al igual que con Comparta por el orden de los \$850 millones de pesos, de esta forma cómo se dinamiza el sistema y se mejora la calidad del servicio prestado, además se encuentran pendientes de giro en Hacienda Departamental la suma de \$109.981.478 por servicios prestados a los vinculados del Departamento.

De hecho en la coyuntura actual del sistema en el Departamento existen ERP que vienen presentando serios problemas de índole operativo y financiero que en la vigencia fiscal 2019 crecieron su cartera en cifras exageradas como el caso de MEDIMAS en donde se pasó de una deuda de \$5.000 millones a \$15.000 millones, comportamiento insostenible para cualquier prestador y lo que dificulta nuestro accionar, teniendo un alto impacto en la población objeto de nuestra institución y las barreras de acceso al encuentro de puntos de acercamiento y acuerdos para cubrir las obligaciones son seriamente restringidas, debido a que los funcionarios de esta ERP en el nivel local y Departamental no tienen autoridad o autonomía y el nivel central no abre espacios, cuando se solicitan a nivel central por intermedio de la Superintendencia Nacional de Salud se establecen acuerdos parciales que no son cumplidos y no pasa nada.

En el mismo orden se tiene el comportamiento del ADRES o antes FOSYGA, en donde se ha convertido en un apéndice del Ministerio de Salud y Protección Social con una autonomía que se escuda en el incumplimiento de terceros para no cubrir las obligaciones que la normatividad le ha asignado y no existe poder alguno que agilice dicho proceso y mientras tanto las obligaciones crecen sin ningún techo y los hospitales públicos que asumimos la obligación de atención soportamos financieramente para esperar que dicho ente solucione sus inconvenientes contractuales y nos reconozca y pague las obligaciones contraídas que a la fecha están por el orden de los \$4.552 millones.

Al cierre de la vigencia fiscal la tendencia del sistema de salud y en especial el comportamiento en el flujo de recursos para la totalidad de las ERP está reflejada en estas dos entidades analizadas y por tanto a nivel institucional debemos ser conscientes que a nivel regional no tenemos la misma connotación de estar dominando el mercado de la salud en el tema de prestación de servicios de salud y debemos adoptar políticas estructurales que nos permitan mantenernos con niveles óptimos de crecimiento.

COMPARATIVO FACTURACIÓN RADICADA FRENTE A PAGOS POR ERP 2019

Cliente	facturado	pagado	INCREMENTO CARTERA	% DE INCREMENTO
MEDIMÁS EPS S.A.S	23.928.133.741	13.691.369.871	10.236.763.870	62%
ASMET SALUD EPS SAS	14.477.098.758	12.580.431.969	1.896.666.789	11%
ADRES	1.398.359.774	184.469.970	1.213.889.804	7%
NUEVA EPS	7.009.397.527	6.039.968.508	969.429.019	6%
MALLAMAS E P S	1.996.955.195	1.279.924.887	717.030.308	4%
DEPARTAMENTO DEL HUILA	1.868.439.614	1.372.086.644	496.352.970	3%
TOLIHUILA	1.300.600.372	880.000.000	420.600.372	3%
COMFAMILIAR HUILA	18.981.499.657	18.714.586.822	266.912.835	2%
COOMEVA	352.774.097	132.374.475	220.399.622	1%
SANITAS S A	2.135.947.933	1.928.256.692	207.691.241	1%
AIC EPS-INDIGENA	478.339.507	271.135.337	207.204.170	1%
LA PREVISORA S A	1.242.568.007	1.078.125.873	164.442.134	1%
SEC DPTAL SALUD NARIÑO	120.060.488	134.566	119.925.922	1%
EMSSANAR SAS	797.795.877	680.990.788	116.805.089	1%
CAJACOPI ATLANTICO	149.265.881	37.373.318	111.892.563	1%
MUNDIAL DE SEGUROS S.A.	819.669.660	744.776.393	74.893.267	0,5%
COMPARTA	2.675.063.636	2.616.673.286	58.390.350	0,4%
SURAMERICANA S. A.	584.598.214	535.417.906	49.180.308	0,3%
SALUDVIDA S.A.	179.351.420	150.490.388	28.861.032	0,2%
SEGUROS DEL ESTADO S.A.	1.074.485.528	1.052.447.512	22.038.016	0,1%
MUNICIPIO DE PITALITO	83.514.786	74.118.211	9.396.575	0,1%
POSITIVA	144.290.773	145.007.067	- 716.294	0,0%
FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.	241.323.839	242.117.902	- 794.063	0,0%
SALUD TOTAL EPS-S S.A.	87.022.782	89.892.347	- 2.869.565	0,0%
MEDPLUS	101.910.444	106.200.548	- 4.290.104	0,0%
FAMISANAR LTDA CAFAM	117.015.270	126.571.918	- 9.556.648	-0,1%
EQUIDAD SEGUROS O.C	199.905.017	234.098.519	- 34.193.502	-0,2%
AXA COLPATRIA	795.699.527	883.952.862	- 88.253.335	-1%
SANIDAD HUILA	832.395.513	958.377.162	- 125.981.649	-1%
CAPITAL SALUD	339.826.718	497.064.950	- 157.238.232	-1%
SANIDAD MILITAR	1.976.948.341	2.189.483.527	- 212.535.186	-1%
OTRAS ENTIDADES	1.306.984.323	1.240.824.188	66.160.135	0,4%
CAPRECOM	-	466.600.391	- 466.600.391	-3%
TOTALES	87.797.242.219	71.225.344.797	16.571.897.422	100%

La tabla anterior ratifica lo enunciado en párrafos anteriores, en donde los pagos realizados en la vigencia fiscal por parte de las ERP no cubren ni siquiera los servicios prestados por tanto la tendencia es de crecimiento en las cuentas por cobrar, con algunas connotaciones de especial cuidado como son MEDIMAS, NUEVA EPS; ASMET SALUD; ADRES y MALLAMAS, esta última al recibir los usuarios de Comparta empieza a tener una tendencia de crecimiento progresivo en cuentas por pagar.

CUENTAS POR COBRAR 31 DICIEMBRE DE 2019

SEGÚN SU POSIBILIDAD DE RECAUDO

Viabilidad	Sin vencer	61 a 90 Dias	91 a 180 Dias	181 a 360 Dias	Mayor a 360	Total	Part. %
RECUPERABLE	14.215.737.266	5.806.666.850	14.101.084.067	9.725.416.892	7.895.933.577	51.744.838.652	73%
EN RIESGO	19.020.036	19.493.003	60.133.292	75.161.045	19.333.045.754	19.506.853.130	27%
TOTAL	14.234.757.302	5.826.159.853	14.161.217.359	9.800.577.937	27.228.979.331	71.251.691.782	100%
Part. %	20%	8%	20%	14%	38%	100%	

Nuestro panorama muestra que de nuestra cartera reportada en los estados financieros el 27% está en riesgo, cifra que corresponde a 19.506 millones de pesos y en donde encontramos las entidades que están liquidadas o en proceso, unido a las cuentas pendientes del FOSYGA que generan un margen de inseguridad en su recaudo.

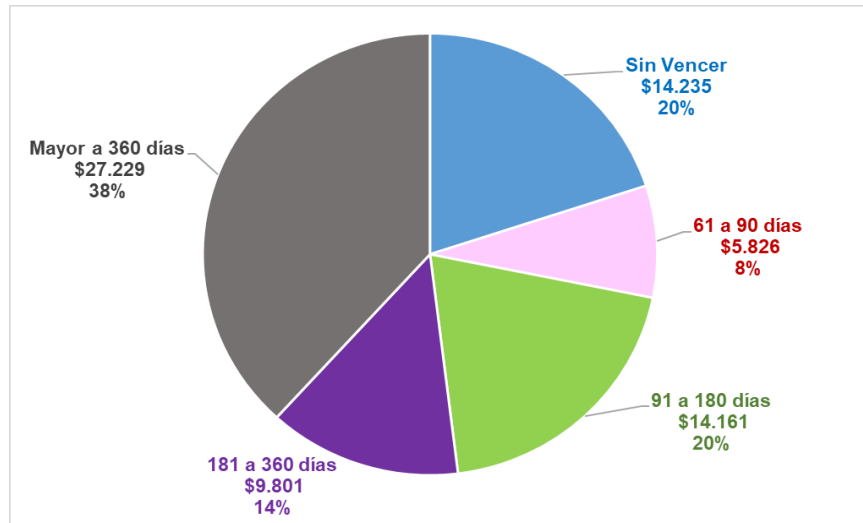
En la cartera recuperable encontramos el 73%, no obstante, en este grupo tenemos a MEDIMAS con un alto nivel de representación y por tanto inquieta por las posibilidades de liquidación que están al orden del día, dado su seguimiento por los entes de control, y los reportes generados que no dan señal de recuperación en el corto plazo.

CUENTAS POR COBRAR RECUPERABLES A 31 DE DICIEMBRE DE 2019

Entidad	NIT	Sin vencer	61 a 90 Dias	91 a 180 Dias	181 a 360 Dias	Mayor a 360	Total	Part. %
MEDIMÁS EPS S.A.S	901097473	4.073.729.974	1.773.694.967	4.864.442.886	1.943.388.083	2.353.098.979	15.008.354.889	29,0%
ASMET SALUD EPS SAS	900935126	2.708.028.225	1.191.709.058	2.943.556.126	4.163.943.051	672.565.455	11.679.801.915	22,6%
COMFAMILAIR HUILA	891180008	3.197.465.576	1.512.727.614	2.444.392.960	629.162.455	183.879.884	7.967.628.489	15,4%
NUEVA EPS.	900156264	1.248.627.392	598.473.351	1.530.933.385	429.219.529	505.887.024	4.313.140.681	8,3%
ADRES	901037916	323.287.502	160.788.200	436.054.254	478.229.818	1.143.200.996	2.541.560.770	4,9%
COMPARTA.	804002105	3.907.335	11.731.968	90.793.108	703.692.703	1.348.353.101	2.158.478.215	4,2%
MALLAMAS E P S INDIGEN	837000084	361.241.727	115.522.150	362.123.759	62.656.988	39.668.200	941.212.824	1,8%
SANIDAD MILITAR	830039670	359.101.046	25.985.437	343.541.203	189.736.483	19.724.844	938.089.013	1,8%
COOMEVA	805000427	17.345.870	6.801.810	200.925.914	124.293.457	529.678.910	879.045.961	1,7%
TOLIHUILA	901127065	225.897.130	38.750.875	185.247.451	198.877.834	141.143.158	789.916.448	1,5%
GOBERNACION DEL HUILA	800103913	303.894.530	46.986.284	32.255.145	91.838.577	41.635.870	516.610.406	1,0%
SANITAS SAS	800251440	317.285.241	59.408.663	46.198.654	17.947.302	-	440.839.860	0,9%
LA PREVISORA S A	860002400	87.290.840	3.130.484	33.361.896	64.769.236	140.168.749	328.721.205	0,6%
EMSSANAR S.A.S	901021565	118.011.176	27.642.241	76.305.913	43.842.569	-	265.801.899	0,5%
AXA COLPATRIA	860002184	110.545.013	9.984.038	31.440.286	54.526.299	49.124.646	255.620.282	0,5%
AIC EPS-INDIGENA	817001773	221.907.263	-	2.067.111	2.260.688	574.250	226.809.312	0,4%
MUNDIAL DE SEGUROS S	860037013	73.236.021	33.072.634	23.566.177	34.223.853	36.672.897	200.771.582	0,4%
SANIDAD HUILA	900419719	15.677.404	19.689.207	129.788.736	3.368.534	26.023.748	194.547.629	0,4%
CONVIDA	899999107	21.811.374	5.905.163	7.606.157	9.343.480	126.472.716	171.138.890	0,3%
CAPITAL SALUD	900298372	18.481.609	64.633.103	6.471.999	66.357.487	9.266.007	165.210.205	0,3%
CAJACOPI ATLANTICO	890102044	2.121.055	1.095.735	31.882.753	68.497.761	52.355.620	155.952.924	0,3%
SEGUROS DEL ESTADO	860009578	27.778.312	6.697.750	46.535.360	31.469.817	28.525.111	141.006.350	0,3%
COMFAMILAIR NARIÑO	891280008	19.311.489	-	43.363.652	9.019.877	47.108.861	118.803.879	0,2%
SURAMERICANA S. A.	890903407	32.973.475	5.517.254	16.266.310	37.645.797	10.745.498	103.148.334	0,2%
OTRAS ENTIDADES		326.780.687	86.718.864	171.962.872	267.105.214	390.059.053	1.242.626.690	2,4%
TOTAL		14.215.737.266	5.806.666.850	14.101.084.067	9.725.416.892	7.895.933.577	51.744.838.652	100,0%
PART. %		27%	11%	27%	19%	15%	100%	

La tabla indica la concentración que se tiene en la cartera de la institución en las primeras 30 entidades consolidamos el 98,3% de esta cartera y si lo realizamos más significativo, en las primeras 5 entidades, o de mayor incidencia tendríamos el 80%, lo que refleja la concentración y de hecho como dependemos de pocas entidades para soportar la liquidez institucional, por lo que debemos ser cuidadosos al momento de tomar decisiones hacia un futuro en el manejo de las cuentas por cobrar, sin afectar la prestación de los servicios a los usuarios.

Cuentas por Cobrar (Cartera) por Edades A 31 de Diciembre de 2019 (\$71.252 millones)



La vigencia 2019 cerró con un consolidado de cuentas por cobrar (cartera) por el orden de \$71.252 millones, de los cuales el 61,78% (\$44.023 millones) corresponden a cartera menor de un (1) año y el 38,22% (\$27.229 millones) pertenece a la cartera mayor a un (1) año. En la composición de dichos valores por régimen, tenemos: Que el 95,34% (\$67.930 millones) corresponde a la sumatoria del Régimen Subsidiado con el 55,29% (\$39.397 millones), seguido del Régimen Contributivo con el 32,15% (\$22.907 millones) y SOAT con el 7,89% (\$5.625 millones). El excedente del total de la cartera, es decir el 4,66% (\$3.322 millones) lo conforman las entidades del Régimen Especial, las Secretarías de Salud Departamental y Municipal, entidades de Medicina Prepagada, Riesgos Laborales, Compañías Aseguradoras, IPS Privadas, IPS Públicas, entre otros.

La E.S.E. se ha caracterizado por atender a toda la población objeto sin ningún tipo de restricción independientemente que sus aseguradores presenten inconvenientes financieros, lo cual permite un dinamismo en el comportamiento de dicha cartera vigencia tras vigencia.

3. ANÁLISIS INDICADORES FINANCIEROS Y PRESUPUESTALES

Meta Establecida:

- **B6. Presupuesto:** Estimar el presupuesto de ingresos y gastos de cada vigencia aplicando las normas y principios presupuestales, para lograr el grado de eficacia y eficiencia en el cumplimiento de las metas Institucionales.
- **B7. Contabilidad:** Propender por el registro de la veracidad de las operaciones de la Institución en forma oportuna y confiable, para lograr una gestión eficiente, transparente con control de los recursos públicos.
- **B8. Racionalización de los recursos públicos y uso eficiente de los mismos:** Análisis de la producción de servicios para efectuar los gastos e inversiones con base en el flujo de efectivo y en estrategias que impacten positivamente la rentabilidad financiera de la entidad.

Se desarrollaron adecuadamente los procesos de registro contable y presupuestal en cumplimiento de la normatividad vigente, así mismo se desarrollaron todas las estrategias planteadas en el Plan de Gestión para el área financiera de la entidad, tendientes al registro oportuno de los hechos económicos, cumpliendo con estados financieros razonables, y confiables.

Se remitieron oportunamente dentro de los términos de Ley a los diferentes entes de control, seguimiento y vigilancia, la información administrativa y financiera de la E.S.E.

A continuación, una síntesis del resultado de la mayoría de los indicadores administrativos y financieros del Plan de Gestión, por cuanto algunos a la fecha se están a la espera de la validación del informe consolidado del 2193 para poder proceder a su cálculo e interpretación como es el caso del indicador No.5 Evolución del gasto por unidad de valor relativo Producidas-UVR, y el Indicador No. 9 sobre el Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo. Así mismo, se está realizando el consolidado de los valores que alimentan el indicador No. 6 de los valores quirúrgico adquirido mediante mecanismos de compras conjuntas, compras a través de Cooperativas de E.S.E.s; y/o compras a través de mecanismos electrónicos.

1. Indicador No. 4 Riesgo Fiscal y Financiero: A través de los grandes esfuerzos gerenciales y su equipo de trabajo, en materia del fortalecimiento de la producción de servicios, incrementar la facturación y la ejecución de Políticas relacionadas con la austeridad del gasto público, entre otras. El Hospital viene avanzando positivamente en este tema el cual ha pasado de Riesgo Bajo (2012 Y 2013) a Sin Riesgo para el 2014, hasta el cierre de la vigencia 2019, como lo soportan las Resoluciones expedidas por El Ministerio de Salud y Protección Social, así:

- Resolución No. 2509 de 2012, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **RIESGO BAJO** para la vigencia 2012.

- Resolución No. 01877 de 2013, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **RIESGO BAJO** para la vigencia 2013.

- Resolución No. 02090 de 2014, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **SIN RIESGO** para la vigencia 2014.

- Resolución No. 01893 de 2015, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **SIN RIESGO** para la vigencia 2015.

- Resolución No. 02184 de 2016, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **SIN RIESGO** para la vigencia 2016.

- Resolución No. 01755 de 2017, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **SIN RIESGO** para la vigencia 2017.

- Resolución No. 02249 de 2018, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **SIN RIESGO** para la vigencia 2018.

- Resolución No. 01342 de 2019, Categoriza a la ESE Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, en **SIN RIESGO** para la vigencia 2019.

El Hospital ha tenido una revisión permanente de dicho indicador y un monitoreo constante por parte de la Secretaría De Salud Departamental Del Huila, y realizando los cálculos al cierre de 2019 para la proyección de la matriz de riesgo para el 2020, también arrojó el resultado positivo de **SIN RIESGO** para el 2020. Situación muy favorable para el Hospital debido a todos los esfuerzos realizados vigencia tras vigencia.

2. Indicador No. 7 Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior: El resultado al cierre de la vigencia 2019 es de cero (0), no se poseen deudas superiores a 30 días por los conceptos enunciados; con respecto al 2018 se obtuvo el mismo resultado (Cero); situación muy favorable para el hospital por ser una

directriz gerencial que se ha cumplido anualmente desde el 2012 hasta la fecha, logrando siempre una calificación óptima para este indicador.

3. Indicador No. 8 Presentación de Informes utilizando la Información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS: El resultado al cierre de la vigencia 2019 es positivo por cuanto se presentaron los informes con base en los RIPS con destino a los miembros de la Junta Directiva, de los cuales ha quedado la evidencia en las respectivas Actas de Junta Directiva.

4. Indicador No. 10 Cumplimiento oportuno de los informes basados en la Circular Única con destino a la Superintendencia Nacional de Salud: Se dio cumplimiento a los informes dentro de los términos previstos en la norma vigente en un 100%.

5. Indicador No. 11 Cumplimiento oportuno de los informes basados en el Decreto 2193 de 2004 con destino al Ministerio de Salud y Protección Social: Se dio cumplimiento a los informes dentro de los términos previstos en la norma en un 100%

ANÁLISIS DE PRESUPUESTO:

Presupuesto de Gastos:

El presupuesto de gastos en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito. Se aprobó para la vigencia 2018 un presupuesto inicial de \$94.356 millones, más adiciones del orden de \$8.797 millones, para un presupuesto definitivo de \$103.153 millones. El detalle de los grupos más significativos que conforman el presupuesto de gastos es el siguiente, valores en millones de pesos:

ANÁLISIS PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSIONES 2019 (En millones de Pesos)

DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO DEFINITIVO	PRESUPUESTO EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN
Gastos de Personal	\$ 43.395	\$ 38.761	89,32%
Gastos Generales	\$ 19.306	\$ 11.104	57,52%
Transferencias Corrientes	\$ 1.747	\$ 287	16,43%
Gastos de Comercialización	\$ 33.140	\$ 26.131	78,85%
Inversiones	\$ 12.585	\$ 3.059	24,31%
TOTALES	\$ 110.173	\$ 79.342	72,02%

A diciembre de 2019 se comprometió el 72,02% del presupuesto de gastos que equivale a la suma de \$79.342 millones de pesos aproximadamente. Como se aprecia en la tabla anterior uno de los conceptos donde se realizó mayor contención de los gastos fueron los Gastos Generales al ejecutarse sólo el 57,52% y la Transferencias Corrientes en el 16,43%;

en el tema de inversiones su ejecución estuvo sobre el 24,31%, debido a los tiempos de demora en el trámite de la gestión de proyectos en las diferentes entidades del orden Municipal, Departamental y Nacional. Por otro lado, se realizaron inversiones en la renovación de equipos de cómputo, y equipos biomédicos, y similares para optimizar los Sistemas de Información, y los procesos de cara en la prestación de los servicios de salud para el beneficio de nuestra comunidad en general.

Es importante resaltar, que en la vigencia 2018 se ejecutaron por concepto de gastos e inversiones un total de \$78.936 millones, y comparativamente en la vigencia 2019 se ejecutaron tan solo \$79.342 millones, significando un incremento global del 0,51% o su equivalente en \$406 millones. Significando un cumplimiento de la Política de austeridad en el gasto y manejo eficiente de los recursos públicos, por cuanto en el 2019 se atendieron una cantidad significativa de usuarios (similar al 2018) y se realizó una mayor producción de servicios. Este resultado tan importante, tendrá su efecto positivo al evaluar el indicador resultado del Equilibrio Presupuestal (Recaudo/Compromiso).

Presupuesto de ingresos: La distribución y comportamiento de los ingresos presentada durante la vigencia 2019 del presupuesto de ingresos de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, fue la siguiente: Se aprobó un presupuesto inicial de \$105.330 millones, más adiciones del orden de \$4.843 millones, para un presupuesto definitivo de \$110.173 millones; los cuales se ejecutaron como se detalla en la siguiente tabla, valores en millones de pesos:

ANÁLISIS PRESUPUESTO DE INGRESOS 2019
(En millones de Pesos)

DENOMINACIÓN	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECONOCIMIENTOS	RECAUDOS	% DE EJECUCIÓN
Disponibilidad Inicial	\$ 4.943	\$ 4.943	\$ 4.943	100,00%
Venta de Servicios de Salud	\$ 82.644	\$ 89.736	\$ 44.241	108,58%
Cuentas por Cobrar Vig. Ant.	\$ 20.737	\$ 25.234	\$ 25.234	121,69%
Aportes de La Nación	\$ -	\$ -	\$ -	0,00%
Aportes Departamentales	\$ -	\$ -	\$ -	0,00%
Ingresos de Capital	\$ 1.849	\$ 4.525	\$ 4.525	244,73%
TOTALES	\$ 110.173	\$ 124.438	\$ 78.943	112,95%

A Diciembre de 2019 se habían registrado reconocimientos por la suma de \$124.438 millones de pesos (112,95% del Presupuesto Definitivo), de los cuales el de mayor peso lo conforman la venta de servicios de salud que alcanzó la suma de \$89.736 millones de pesos, cuya ejecución de ingresos reporta un 108,58%. En lo relacionado con la cartera de la vigencia anterior tuvo un comportamiento positivo al recaudar un 121,69% de lo estimado, y respecto a la cartera mayor a 360 días (ubicada en el ítem Ingresos de Capital), su comportamiento estuvo por encima de lo proyectado al lograr un 244,73% al recaudar la cifra de \$4.525 millones de pesos aproximadamente, esto se debe a las estrategias desarrolladas por el equipo gerencial y en especial del área de cartera de la entidad. Sin embargo, se sigue trabajando arduamente ante la problemática del no pago de las entidades deudoras que se acogieron a procesos de intervención y liquidación.

Del total de los reconocimientos que se valoraron en \$124.438 millones de pesos, se lograron recaudar la suma de \$78.943 millones de pesos, que equivale al 63,44% de los reconocimientos. La dificultad en el flujo de los recursos radica en el no pago oportuno de la facturación por venta de servicios de salud de la vigencia por cuanto de los \$89.736 millones de pesos facturados, se logró recaudar \$44.241 millones de pesos que equivalen al 49,30%.

Al comparar los valores de los ingresos reconocidos \$124.438 millones con la ejecución de los gastos de \$79.342 millones, nos queda un superávit presupuestal aproximado de \$45.096 millones. En esta oportunidad como se mencionaba anteriormente el recaudo (\$78.943 millones) no alcanzó a superar a los valores comprometidos (\$79.342 millones), la diferencia fue de solo \$399 millones, de todas formas, fue un resultado muy positivo para la salud financiera de nuestro hospital, en materia presupuestal, contable y de flujo efectivo en Tesorería.

- Estados Financieros A Diciembre de 2019:

CONCEPTO		Valores en Millones de Pesos
Estado de Situación Financiera Individual - A 31 de Diciembre de 2019		
ACTIVO TOTAL		\$105.557
Corriente		\$60.114
No Corriente		\$45.443
PASIVO TOTAL		\$7.076
Corriente		\$2.883
No Corriente		\$4.193
PATRIMONIO		\$98.481
Estado de Resultado Integral Individual		
A 31 de Diciembre de 2019		
Ingresos por Prestación de Servicios		\$90.071
Transferencias		\$0
Costo de Ventas de Bienes y Servicios		\$62.940
Utilidad Bruta		\$27.131
Gastos de Administración y Operación		\$12.963
Provisiones, Agotamiento, Amortización		\$5.421
Utilidad Operacional		\$8.747
Otros Ingresos		\$4.126
Otros Gastos		\$1.044
Resultado del Período (Superávit)		\$11.829
Fuente: Estados Financieros A 31 de Diciembre de 2019.		

A Diciembre de 2019, en el Activo Corriente la cuenta deudores es la más representativa, dentro de esta existe la cartera más reciente por la suma de \$52.734 millones y la cartera mayor a 360 días asciende a la suma de \$12.801 millones. La cuenta más significativa

dentro de los Activos no Corrientes corresponde a Propiedades, planta y equipo por la suma de \$31.935 millones. En lo relacionado con los Pasivos Corrientes, la cifra más representativa es de \$1.852 millones por concepto de provisiones de litigios y demandas. En los Pasivos No Corrientes corresponden al mismo concepto por la suma de \$4.193 millones.

El Resultado del Período vigencia tras vigencia ha sido positivo y va en aumento pasando de \$2.177 millones (En la vigencia 2012), \$1.711 millones (Vig.2013), \$5.218 millones (Vig.2014), \$6.473 millones (Vig.2015), en el 2016 se fijó en \$8.842 millones, en el 2017 fue de \$13.063 millones, en el 2018 alcanzó los \$9.879 millones; y para la vigencia 2019 logró la cifra de \$11.829 millones, significando un incremento positivo del 19,7% (\$1.950 millones) con respecto a la vigencia 2018. Esto se debe al contar con el incremento en la venta de servicios de salud, la contención respectiva de los costos y los gastos en forma equilibrada en la medida que se percibe el recaudo efectivo y un manejo eficiente de los recursos públicos.

Otros de los aspectos claves desarrollados en la gestión Financiera y Administrativa, ha sido el fortalecer la continuidad a los procesos de implementación de las NIIF “Normas Internacionales de la Información Financiera”, desarrollando entre otros, las siguientes gestiones:

- Asistencia a capacitaciones programadas en las respectivas vigencias por la Superintendencia Nacional de Salud y Contaduría General de la Nación.
- Al estar el Hospital seleccionado entre las 150 empresas escogidas por La Superintendencia Nacional de Salud, se ha logrado atender y dar respuesta a lo requerido a nivel de informes a este ente de control, al igual que a la Contaduría General de la Nación, en lo relacionado con el avance de la aplicación de las NIIF, con sus respectivos ajustes de transición.
- Se dio cumplimiento a lo establecido en la Resolución No.663 de 30 de diciembre de 2015, expedida por La Contaduría General de la Nación, en cuanto a las modificaciones de la Resolución No. 414 de 2014; en lo relacionado con el período de transición, y los ajustes al cronograma de implementación de las NIIF. Por consiguiente, el período de aplicación pleno quedó establecido a partir del 01 de enero de 2017 en adelante.
- El Hospital, sigue contando con el apoyo de una firma especializada para la asesoría y acompañamiento de los procesos y procedimientos a intervenir con el fin de dar

cumplimiento a los requerimientos establecidos por los diferentes entes de control y su acatamiento en las fechas del cronograma formulado.

- A través de los Comités Internos se han trazado los diferentes lineamientos y cronogramas de trabajo, para su desarrollo en cumplimiento de la normatividad vigente.

- En la vigencia 2018, se ajustaron procesos y procedimientos del área contable para el cumplimiento de las NIIF, durante dicha vigencia se prepararon los Estados Financieros con base en lo establecido en la Resolución 414 de 2014, Resolución 663 del 2015 y demás normatividad emitida en Colombia. Para la conversión al nuevo marco técnico normativo, La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, ha contemplado las consideraciones establecidas en el instructivo 002 de septiembre de 2014, en el cual se establecen las instrucciones para la elaboración del estado de situación financiera de apertura para las empresas que no cotizan en el mercado de valores, y que no captan ni administran ahorro del público.

- A Diciembre 31 de 2019, El Hospital sigue las últimas directrices emitidas por la Unidad Administrativa Especial de La Contaduría General de la Nación, que como primera medida modificó la estructura de su catálogo de cuentas mediante la resolución 434 del 26 de Diciembre de 2019; así como la modificación e incorporación de una plantilla para el reporte uniforme de las Notas a la resolución 706 de 2016, las cuales deberán ser aplicadas voluntariamente a partir del cierre de la vigencia 2019.

En cumplimiento a las recomendaciones emitidas por nuestro analista, se modificó la estructura para la presentación de Estados Financieros siguiendo el marco normativo en su aplicación N°2 versión 15-06-2017, con el fin de adoptar y presentar de manera uniforme los cinco Estados Financieros que hacen parte del conjunto completo de EF.

El hospital se encuentra en proceso de lograr la Acreditación y en vista de esto se debe alcanzar los más altos estándares, naciendo así la necesidad de que el proceso del Recurso Financiero actualice todos sus manuales, políticas e instructivos, por ello se tiene para aprobación la actualización de las políticas contables ajustas a las necesidades de la institución.

4. PROCESOS DE COMPRAS

Meta Establecida:

- **B9. Compras:** Racionalización en las compras.

- Estrategias:

- Fortalecimiento de las compras de medicamentos y de material médico quirúrgico, en cumplimiento de la normatividad vigente (SECOP) y el manual de contratación.

- Generar conciencia, cultura de la austeridad del gasto y los respectivos controles a los elementos de consumo y dispositivos médicos para el cumplimiento de la prestación del servicio en las áreas asistenciales y administrativas.
- Hacer uso de la buena rotación de inventarios.

En lo relacionado con el proceso de compras conjuntas (Indicador No.6 Plan de Gestión 2016-2020), durante la vigencia 2019, no se ha recibido lineamiento alguno por parte de La Secretaría de Salud del Departamento del Huila, ni se ha podido llegar a una concertación del tema con los otros tres (3) hospitales de nuestro Departamento. En necesario citar que este tipo de iniciativas no depende exclusivamente de la voluntad de este hospital, sino que es un trabajo conjunto de varias instituciones y liderados por el Gobierno Departamental a través de la Secretaría de Salud, por consiguiente, se continuará atentos a las directrices que se imparten para el cumplimiento de dicho indicador con relación a los tres mecanismos que permite la norma para las compras de medicamentos y material médico-quirúrgico.

Con relación al desarrollo de la meta principal de racionalización de compras y sus respectivas estrategias, tenemos para el 2019 los siguientes avances:

- Ha sido un compromiso gerencial promover mediante los diferentes medios de comunicación, el uso racional y adecuado de los medicamentos e insumos utilizados en el hospital, fundamentados en procesos de gestión de la tecnología, programa de farmacovigilancia y techno vigilancia. Permitiendo conservar un gasto eficiente de los recursos suministrados, austeridad en el gasto, y adquisiciones enfocadas en la calidad de los productos y competitividad en el mercado. De modo que los Coordinadores de las áreas, tienen la responsabilidad de efectuar sus consumos mínimos promedio para la proyección de necesidades, así mismo las compras se realizan efectuando un análisis minucioso de las mejores ofertas que aseguren criterios de calidad que incluyen la identificación de medicamentos LASA por las empresas comercializadoras, verificación y control de alertas sanitarias, planes de contingencia para casos de desabastecimiento e inclusión de tecnologías nuevas y criterios de exclusión de tecnologías.
- Mensualmente se realizan acercamientos con los coordinadores de las diferentes áreas de la institución en el comité de farmacia y terapéutica para el análisis de los siguientes procesos principalmente: Selección, Adquisición recepción y almacenamiento, dispensación, farmacovigilancia, y disposición final de los medicamentos y dispositivos médicos utilizados en la institución. Además, se realizan rondas semanales para el seguimiento al uso adecuado y racional de los medicamentos e insumos terapéuticos necesarios para atención en salud de los pacientes.
- Se ha dado cumplimiento a los procedimientos de compras a través de la plataforma tecnológica del SECOP I (Sistema Electrónico de Contratación Pública) y el manual de contratación del Hospital. Las adquisiciones de medicamentos, material de ortopedia y osteosíntesis, material médico quirúrgico y material de laboratorio para la prestación del servicio correspondiente al año 2019, fueron:

• Medicamentos	\$2.884 millones.
• Material de Ortopedia y Osteosíntesis	\$2.908 millones.
• Material Médico Quirúrgico	\$3.732 millones.
• Material de Laboratorio	\$2.620 millones.
TOTALES	\$12.144 millones.

- La oportunidad en el suministro de los medicamentos en el transcurso del año 2019 se mantiene en el 99,3% de cumplimiento llegando a la meta establecida >95%.

Dentro de las políticas y acciones gerenciales con el área de farmacia se realizan las siguientes principalmente:

- Codificación y parametrización de medicamentos y dispositivos médicos.
- Ajustes y seguimientos a los procesos de distribución y dispensación de medicamentos.
- Comunicación permanente con el área de facturación para optimizar los soportes que se deben presentar en las cuentas de cobro.
- Optimización de en los procesos de auditoría interna para el mejoramiento continuo.
- Apoyo de las TIC para la optimización de procesos de ahorro y maximización de los recursos.
- Estrategias para la gestión del riesgo de medicamentos de nombre o aspecto similar (LASA) y Uso racional medicamentos de alto riesgo.
- Trabajo de manera articulado con el comité de infecciones en cuanto al mejoramiento continuo del uso racional y adecuado de antibióticos de amplio espectro de acuerdo a los parámetros definidos en la guía de manejo.

5. PROCESOS EN TESORERIA

Meta Establecida:

- **B.10- Tesorería:** Efectuar el control diario del manejo de las cuentas.

- Estrategias:

- Presentación del informe diario de tesorería a la gerencia de los saldos existentes en bancos.
- Utilización efectiva de la banca electrónica segura.
- Disponer de un equipo de cómputo para la tesorería para el manejo exclusivo de la banca virtual.
- Realizar los pagos oportunamente por diferentes conceptos, previa autorización gerencial.

El área de tesorería de la E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE PITALITO, en la vigencia 2019, dio cumplimiento a la meta del control diario del manejo de las cuentas bancarias, y a los correspondientes indicadores al 100%, mediante el adecuado análisis del módulo de Índigo Vie -Gestión Financiera- Administración del efectivo- en la verificación de los documentos soportes de entradas y salidas a las diferentes cuentas bancarias y reporte de boletines diarios a la gerencia para la programación y pago de obligaciones al igual que en lo relacionado con la validación de la información de las áreas de cartera, contabilidad y presupuesto. Estas estrategias y sus actividades asociadas se han convertido en una herramienta fundamental para la toma de decisiones gerenciales con efectos positivos en todas las áreas funcionales de la institución, toda vez que se puede proyectar acertadamente las diferentes operaciones de la prestación de servicios, compras, insumos, medicamentos etc, logrando con ello el poder efectuar descuentos comerciales condicionados a favor del hospital, y mejorando en forma exitosa la rotación de inventarios entre otros aspectos.

En lo relacionado con las gestiones en materia de la banca virtual, en el 2019 tenemos:

- Para la vigencia 2019, se recibió por giro directo las suma de \$ 47.358 millones, dineros que se recibieron en forma proporcional mes a mes, una vez recibidos se distribuyó en las diferentes cuentas bancarias para los pagos correspondientes. Se mantuvo un cupo de transacciones y traslados entre cuentas con los Banco Popular, Davivienda y Occidente con un promedio de \$16.000 mil millones, en razón al comportamiento y crecimiento acelerado en toda la actividad financiera.
- El área de tesorería con el propósito de mejorar los rendimientos financieros adelantó estudio y análisis comparativo de las tasas de interés ofrecidas por cada uno de los bancos en donde se tienen los recursos de la institución, observando que las cuentas de ahorro que se tienen en el banco de occidente están ofreciendo mejores tasas, efectiva anual y tasa nominal. Igualmente, luego de las gestiones realizadas se logró que el banco Davivienda nos liquidara intereses en la cuenta corriente que tenemos con esa entidad. Teniendo en cuenta el análisis anterior se

están realizando traslados a las cuentas de ahorro del banco de occidente y corriente del banco Davivienda de acuerdo a las necesidades de pagos, a fin de generar mayor rentabilidad. Los siguientes resultados obtenidos por RENDIMIENTOS FINANCIEROS al cierre de la vigencia es el siguiente.

CUENTA	NOMBRE CUENTA	ENERO-DICIEMBRE 2018	ENERO-DICIEMBRE 2019	DIFERENCIA	%
48020101	RENDIMIENTOS FINANCIEROS	436.387.235,85	\$ 293.341.036,46	-\$ 143.046.199	- 32,78

En la vigencia 2019 se obtuvo unos rendimientos financieros de \$ 293.341.036,46 aunque disminuyeron en un 32,78% con relación al año 2018, fue una cifra importante. Esta disminución se debió a la reducción de algunas tasas como la del banco occidente, igualmente se disminuyó el promedio en Davivienda y también incidió el tiempo bajo de permanencia de los recursos en cuentas de ahorros, por cuanto se ejecutaron importantes proyectos que implicaron hacer los respectivos desembolsos.

- Se obtuvo unos ingresos importantes por intereses cancelados por mora de la siguiente manera:

CUENTA	NOMBRE CUENTA	ENERO-DICIEMBRE 2018	ENERO-DICIEMBRE 2019	DIFERENCIA	%
48023301	Intereses por mora recibidos por Capital Salud y ECOOPSOS	0,00	\$ 73.103.535,00	\$ 73.103.535	100,00

Por gestiones Institucionales se logró este importante ingreso para un total entre rendimientos financieros e interese por mora de \$ 366.444.571,46.

- Teniendo en cuenta el buen comportamiento del recaudo durante la vigencia 2019, la Empresa logro Descuentos por Pronto Pago así:

CUENTA	NOMBRE CUENTA	ENERO-DICIEMBRE 2018	ENERO-DICIEMBRE 2019	DIFERENCIA	%
48089003	DESCUENTOS POR PRONTO PAGO	\$ 631.037.068,00	\$ 644.440.826,00	\$ 13.403.758	2,12

Como en la vigencia 2018 en el año 2019 fue un ingreso importante para el hospital, comparativamente se incrementó en un 2.12%, contribuyendo el poder contar con mayor liquidez para poder pagar en forma oportuna a contratistas y proveedores.

Es así como entre rendimientos financieros, intereses por mora reconocido y descuentos por pronto pago el hospital obtuvo un ingreso global de \$ 1.010.885.397.

- Hubo una disminución de un 5,03% (equivalente a \$56.538.906) en forma consolidada comparativamente con los del 2018. Dichos recursos contribuyeron con el pago de las cuentas por pagar.
- La Tesorería cierra el mes de diciembre de 2019, con un saldo en sus cuentas bancarias por la suma de \$ 2.282.884.194.23 y en efectivo caja principal y las cajas 6 y 7 \$ 6.427.013 para un gran total de \$ 2.289.311.207.23.

Adicionalmente se realizaron diferentes gestiones y acciones que redundan en el beneficio institucional tales como:

- Con el fin de contribuir en generar austeridad en el gasto financiero del 4 X1000, se están verificando las fuentes de ingreso de todas las cuentas bancarias a fin de solicitar las exoneraciones a que haya lugar de acuerdo al Estatuto Tributario y girando las que corresponden de cuentas exentas. Logrando así tener un gasto al terminar la vigencia de \$ 15.409.195.2

CUENTA	NOMBRE CUENTA	ENERO-DICIEMBRE 2018	ENERO-DICIEMBRE 2019	DIFERENCIA	%
58024002	IMP 4X1000	\$ 12.658.131,19	\$ 15.409.195,20	\$ 2.751.064,01	21,73

Como nos indica el cuadro anterior el gasto fue de \$ 15.409.195,20 el cual se incrementó porque en la proporción que se realizan pagos por la cuenta que no está exonerada y estos son mayores que los de la vigencia anterior estos se aumentan.

- La solicitud ante la Administración municipal que se hiciera en el año 2018, que se hiciera efectiva la Resolución No 454 (18 de mayo de 2017) por medio de la cual se exonera del impuesto predial unificado del 100% del pago del predio identificado con la cifra catastral No 010101590018000, (Tía Mónica) de propiedad del hospital, continuo efectiva por cuanto en la vigencia 2019 no cobraron este impuesto.
- La Tesorería cierra al 31 de diciembre de 2019 con cuentas por pagar quedaron únicamente \$ 402.204.114 a contratistas cuentas que no superan los 30 días. Las otras cuentas propias de las diferentes deducciones como Reteiva, Retención en la

fuente e impuesto departamental. Lo anterior como obligaciones para cancelar en la siguiente vigencia.

SALDO CUENTAS BANCARIAS 31/12/2019

ENTIDAD	No. CUENTA BANCARIA	SALDO A 31/12/2019		USO RESTRINGIDO
CUENTAS CORRIENTES				
BANCO POPULAR	425-06003-5	\$ 6.621.133,41	FONDOS COMUNES	
BANCO POPULAR	425-06014-2	\$ 47.661.045,39	FONDOS COMUNES	
BANCO DAVIVIENDA	76769996307	\$ 3.907.805,85	FONDOS COMUNES	
BANCO BBVA	714-00309-2	\$ 62.199,51	FONDOS COMUNES	
BANCO AGRARIO DE COLOMBIA	3942003111-2	\$ 660.347,15	FONDOS COMUNES	
BANCO DE OCCIDENTE	370816001	\$ 87.549.261,00	FONDOS COMUNES	
TOTAL CUENTAS CORRIENTES		\$ 146.461.792,31		
CUENTAS DE AHORROS SALDO A SALDO A 30/11/2019				
BANCO POPULAR	425-72033-1	\$ 4.196.739,66	FONDOS COMUNES	
BANCOLOMBIA	453-07528570	\$ 6.250.846,31	FONDOS COMUNES	
BANCO POPULAR	220-42512496-3	\$ 69.334.750,20	FONDOS COMUNES-UCI	
BANCO DE OCCIDENTE	370815458	\$ 990.323,45	FONDOS COMUNES	
BANCO DE OCCIDENTE	370818551	\$ 23.129.948,30	FONDOS COMUNES	
TOTAL CUENTAS AHORROS		\$ 103.902.607,92		
EFFECTIVO DE USO RESTRINGIDO				
ENTIDAD	No. CUENTA BANCARIA	SALDO A SALDO A 31/12/2019		USO RESTRINGIDO
BANCO AGRARIO DE COLOMBIA	4-3942-005585-6	10.334,00	SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	X
BANCO POPULAR	220-42510817-2	2.023.397.810,48	APORTES PATRONALES	X
BANCO DE OCCIDENTE	370817850	9.108.527,47	MAESTRA PAGADORA APORTES PATRONALES	X
BANCO DE OCCIDENTE	370817454	3.122,05	MAESTRA PATRONALES	X
TOTAL CUENTAS AHORRO USO RESTRINGIDO		2.032.519.794,00		
TOTAL CUENTAS CORRIENTE Y AHORRO		\$ 2.282.884.194,23		

EFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFECTIVO		
CUENTA	CONCEPTO	VALOR
	SALDOS EN CAJA	6.427.013,00
111005	SALDOS EN CUENTAS CORRIENTES	146.461.792,31
111006	SALDOS DE CUENTAS DE AHORROS	103.902.607,92
EFECTIVO Y EQUIVALENTE AL EFECTIVO		256.791.413,23
113210	EFECTIVO DE USO RESTRINGIDO	2.032.519.794,00
TOTAL EFECTIVO Y EQUIVALENTE AL EFECTIVO		2.289.311.207,23
	Sobregiros bancarios usados para propósito de administración	0,00
EFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFECTIVO EN EL ESTADO DE FLUJOS DE EFECTIVO		2.289.311.207,23

- El valor en caja corresponde a los diferentes saldos de algunas cajas distribuidas de la siguiente manera: En la caja principal \$ 4.001.662, y las cajas 6 consulta externa \$ 405.600 y caja 7 Urgencias y hospitalización \$ 2.019.751 las cuales por el accionar institucional recaudan las 24 horas del día.

6. PROCESOS EN GLOSAS

Meta Establecida:

- **B4. Glosas:** Lograr la disminución de la glosa final.

Estrategias:

- Implementación del sistema de médico concurrente.
- Conciliación de glosas trimestrales con las diferentes entidades.
- Optimizar el módulo de glosas en el respectivo software.
- Revisar los conceptos de glosas a través del Comité de Glosas, socializarlos con los funcionarios que dan origen a la misma, efectuar las respectivas capacitaciones sobre el tema; y verificación de las correcciones solicitadas.

El presente punto del informe se analiza el comportamiento de las glosas y devoluciones de la facturación radicada ante las diferentes EAPB a las que se le brindan servicios de salud de los regímenes subsidiado, contributivo, SOAT, entes territoriales municipales y departamentales, regímenes especiales y demás pagadores, teniendo como base la normatividad vigente. Tiene por objeto mostrar el trabajo realizado por el área de auditoría

de cuentas médicas en lo referente a los procedimientos de recepción, trámite y conciliación de glosas de acuerdo con lo estipulado en el manual de recursos financieros institucional y la norma vigente que aplica en el SGSSS en Colombia, especialmente lo consignado en el anexo técnico No. 6 manual único de glosas y devoluciones de la resolución 3047 de 2008, el decreto 4747 de 2007, Decreto 056 del 2015, Decreto único reglamentario 780 de 2016, resolución 6408 del 2016 y la Ley 1438 del 2011 y Resolución 5269 del 2017 entre otras.

El modelo de administración de glosas institucional ha permitido la caracterización de las glosas, identificando las causales de glosas por conceptos generales, específicos, por regímenes, por entidades, por centros de costos lo cual ha permitido identificar donde se encuentran las fallas para establecer correctivos que se reviertan en el mejoramiento continuo de los procesos de facturación, respuestas de glosas y recuperación de cartera incrementando la liquidez y razonabilidad de los estado financieros. Así mismo determinar la incidencia en la generación de las glosas y el impacto que estas tienen en las finanzas de la institución. Igualmente, importante la implementación de diversos controles de gestión trabajando de forma articulada con cada una de las áreas involucradas para lograr una retroalimentación continua, permitiendo obtener una facturación de gran calidad y prestación de servicios costo efectivos, mejorando el recaudo de cartera y una sostenibilidad financiera.

Para la vigencia analizada contamos con indicadores de gestión que son la base para el logro de metas propuestas tanto en el área de gestión de objeciones que detallan el plan operativo anual de la institución como de los diversos controles de gestión financiera. A continuación, se detalla la descripción de los conceptos de las principales causas de glosas de la vigencia 2019.

PRINCIPALES CAUSAS DE GLOSAS DE LA VIGENCIA 2019

Ítems	Descripción de conceptos
1	Glosas de estancias en espera de suministro de MAOS
2	Sobrecosto en MAOS
3	Se homologa código 19806 a 19809 ya que el examen de PCR de alta precisión se usa para diagnóstico de lesiones cardiacas
4	Glosas por tarifas. Lo facturado no es concordante con lo pactado. Glosas por tarifas de medicamentos, las entidades con las cuales no hay contrato se les debe adjuntar la resolución institucional, allí es posible que nos exijan la factura de compra para verificación. Glosas por tarifas pactadas en contratación: el hospital factura con el incremento del salario mínimo pero está pactando en los contratos con el incremento de la IPC global. mayor valor cobrado en ayudas diagnósticas, estancias, procedimientos según contrato
5	Cuchillas para corte de hueso midas y fresas glosadas por las aseguradoras SOAT incluidas en derecho de sala.
6	Glosas de atenciones facturadas a las aseguradoras SOAT porque no cumplen con los soportes o requisitos establecidos en la norma para acceder a la indemnización.
7	Glosa RMN sin evolución previa por especialista que permita identificar la indicación y pertinencia de las imágenes solicitadas. no hay escalonamiento diagnóstico adecuado
8	Glosa TAC de cráneo sin alteración de conciencia o déficit neurológico a quien no se le realiza hoja neurológica por un periodo mínimo de 6 horas
9	Inconsistencias en FURIPS, sin firma ni nombre del representante legal
10	Glosa de estancia en sala de observación porque no se utilizó para hidratación o seguimiento neurológico. se prolongó en espera de realización, lectura y definición de conducta médica

11	TAC contrastado no pertinente no interpretado en la historia clínica
12	Falta de autorización de medicamentos no pos
13	Glosa de atenciones a extranjeros fronterizos (solo reconocen la AIU)
14	En atenciones soat glosan MVC según tarifas promedio del mercado en insumos médicos y ayudas diagnosticas en UCI
15	Falta de interpretación de ayudas diagnosticas
16	Terapias físicas no soportadas en la historia clínica enviada
17	Glosas de traslados básicos y medicalizados por contratos a terceros
18	Glosa de medicamentos e insumos sin soporte de administración
19	TOLIHUILA según acuerdo entre las partes, deben guardar la constancia de envío de los anexos técnicos de solicitudes de autorización mediante pantallazos y adjuntarlos a las cuentas.
20	Estancia hospitalaria no pertinente no justificada en la historia clínica, pudo manejarse de manera ambulatoria
21	Estancias en unidad de cuidados intensivos sin criterios de permanencia
22	En atenciones de los soat los RX no los justifican en la historia clínica de acuerdo a las lesiones sufridas en el accidente de transito
23	Eventos mal liquidados en neurocirugía (craneotomías) en ortopedia(procedimientos de mano por ejemplo suturas de matriz ungueal, reducciones con colocación de MAOS) cirugías (facturación de lisis, toracotomías facturación de ventana pericárdica y la toracostomia que si es facturable)
24	Las lecturas radiológicas no coinciden con el comentario del ortopedista
25	Estancia no pertinente, se reconoce consulta de observación menor de 6 horas para realizar estudios complementarios
26	Glosan traslado de ambulancia medicalizada por falta de soporte de hoja de traslado y listados institucionales de precios de ambulancias.
27	Traslados en ambulancias medicalizadas no pertinentes
28	Demora en la lectura oficial de RMN, TAC
29	Autorizaciones anuladas
30	Eventos adversos
31	NIT del responsable errado
32	No reconocen traslados en ambulancia para las especialidades que tenemos ofertadas y no cumplimos con la prestación del servicio(gastroenterología, cardiología y algunos casos de oftalmología)
33	Según contratación vigente las resonancias hospitalarias y ambulatorias tienen precios diferentes siendo mayor para las hospitalarias, pero están cobrando las ambulatorias a precio de hospitalarias.
34	Estancia prolongada en pacientes que vienen para cirugías ortopédicas citados por urgencias.
35	En procedimientos ambulatorios la autorización va dirigida a otro prestador
36	Se solicita anexar FURIPS con firma del representante legal vigente
37	Falta de autorización de medicamento no pos
38	Autorización principal no existe, correspondiente a los servicios prestados durante la estancia el paciente
39	Paciente no existe en base de datos del departamento del Huila
40	FURIPS incompletos o con errores. No hay concordancia entre los datos suministrados en la historia clínica, documentos aportados y la investigación del siniestro
41	Eventos mal facturados: sutura de laceración del recto, salpingectomia, ligadura y escisión de safena se homologa procedimiento a flebo extracción y ligaduras múltiples, ureterolitotomia endoscópica, según informe quirúrgico ureterolitotomia convencional. Tenorrafias mal facturadas
42	Inoportunidad en salas quirúrgicas y MAOS
43	MNB y glucometrias realizadas por enfermería " no facturables"
44	Insumos, se reconoce su cambio según protocolo

45	Cobro inadecuado en derechos de sala quirúrgica en procedimiento adicional en la misma o igual región operatoria
46	Medicamentos incluidos en paquetes y MVC en ayudas diagnosticas según contrato
47	Glosa de ayudas diagnosticas incluidas en paquetes
48	Glosa por falta de soportes de ayudas diagnosticas
49	No adjuntan lista de precios: factura de MAOS, mallas de polipropileno, traslados terrestres, injertos óseos, cuchillas y fresas para corte de hueso, y otros insumos
50	Errores en codificación de laboratorio clínico para pruebas de VIH (se factura la confirmatoria) cuando se realizan ACS VIH 1 Y 2 y pruebas treponémicas rápidas.

Codigo	Valor Glosado	Valor Aceptado
1. Facturación	1.233.237.425	164.905.247
2. Tarifa	2.160.687.240	155.312.556
3. Soporte	1.118.064.539	129.861.019
4. Autorización	317.395.455	43.404.696
5. Cobertura	331.273.385	11.298.371
6. Pertinencia	2.464.259.820	390.512.546
Total general	7.624.917.864	895.294.435

El consolidado de glosas por conceptos generales muestra que las principales causas fueron facturación, tarifas, pertinencia y soportes.



Por conceptos específicos según el informe del top 10 los códigos más afectados son: 623, 223, 601, 608 y 208, 116123, 207, 545 y 338 relacionados con la pertinencia de las estancias, ayudas diagnósticas, procedimientos, medicamentos y tarifas de medicamentos procedimientos, ayudas diagnósticas, servicio o usuario corresponde a otro plan o responsable, en cobertura servicios no pactados, en soportes no adjuntan hoja de traslado de ambulancia.

Para la vigencia analizada el consolidado registra un valor facturado de \$ 87.797.242.219 un valor glosado de \$ 7.624.917.864 con un porcentaje de glosa inicial de 8,68% un valor aceptado de 895.294.435

El indicador muestra un porcentaje de aceptación de glosa definitiva del 1,019% dando cumplimiento a la meta establecida ($\leq 4\%$) considerado SOBRESALIENTE.



Como se refleja en el gráfico anterior la glosa final aceptada desde el 2016 hasta el 2019 ha estado en el rango del 1,02% al 2,64% sobre el valor facturado de la respectiva vigencia, siendo la del 2019 la más baja del período analizado; y estando todos los resultados dentro de la meta establecida ($\leq 4\%$) considerado SOBRESALIENTE. De otra parte con respecto a la glosa inicial, ésta también disminuyó para la vigencia 2019, la cual fue de 8,7% considerado sobresaliente según la meta establecida ($\leq 15\%$) y en el 2018 fue de 8,8% lo cual es muy significativo desde el punto de vista de recuperación de los recursos financieros, gracias a los planes de mejora implementados, lo cual demuestra una mejor gestión de las glosas y conciliaciones, comunicación excelente con las diferentes EAPB reflejados en la recuperación de los recursos.

PRINCIPALES CAUSAS DE DEVOLUCIONES 2019

CODIGO	CONCEPTO	VLR DEVUELTO	VLR ACEPTADO
816	Usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable	\$ 388.410.770	\$ 166.081.674
817	Usuario retirado o moroso	\$ 43.809.276	\$ 3.501.102
821	Autorización principal no existe no corresponde al prestador de servicios de salud	\$ 641.792.353	\$ 12.027.425
834	Resumen de egreso o epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma	\$ 826.077.375	\$ 141.000
847	Faltan soportes de justificación para recobros (Comité Técnico Científico, (CTC), accidente de trabajo o enfermedad profesional (ATEP), tutelas)	\$ 63.646.938	\$ 4.001.040
848	Informe de atención inicial de urgencias	\$ 9.732.037	\$ -
849	Factura no cumple requisitos legales	\$ 800.256.765	\$ 73.494.176
850	Factura ya cancelada	\$ 8.450.246	\$ 308.100
TOTAL GENERAL		\$ 2.782.175.760	\$ 259.554.517

El consolidado de devoluciones muestra un valor devuelto de \$ 2.782.175.760 una aceptación de \$ 259.554.517 los cuales se refacturaron casi en su totalidad. El valor total refacturado de la vigencia 2019 fue de \$ 326.423.176, La diferencia con respecto al valor devuelto y aceptado corresponde a saldos de glosas totales y parciales que se refacturan.

Lo anterior indica que en su mayoría son devoluciones injustificadas y así se reportaron al ente de control (SUPERSALUD) como prácticas indebidas en el flujo de recursos.

Las principales causas de refacturación son:

- Facturas devueltas por errores en línea de pagador.
- Las fechas de la factura no corresponde con la fecha de prestación del servicio.
- Facturas con NIT y razón social errados.
- Medicamentos no incluidos en el PBS según resolución 1479 de 2015.
- Se refacturan servicios por error en el número de autorización.

ESTRATEGIAS DE MEJORA IMPLEMENTADAS

- Se ajustó la funcionabilidad del modelo de auditoría concurrente buscando prevenir glosas por estancias prolongadas y mejor resolutivez en el manejo de casos críticos, con las coordinaciones médicas en las áreas de hospitalización y urgencias.
- Comunicación permanente con los auditores y coordinadores de cuentas de las diferentes EAPB en lo relacionado con programación y ejecución de conciliaciones determinando la modalidad vía Skype como preponderante en casi todos los procesos conciliatorios buscando agilidad en el procedimiento y racionalización del gasto.
- Requerimiento o solicitud de conceptos al Ministerio de Salud y Protección Social y la SUPERSALUD para la aclaración de temas complejos de glosas fundamentalmente en lo que respecta a la interpretación del manual tarifario SOAT.
- Capacitaciones a los funcionarios de Facturación, autorizaciones en aras de llenar los vacíos normativos y en temas relacionados con facturación de procedimientos quirúrgicos, codificación e interpretación según manual tarifario SOAT, errores en bases de datos entre otros.
- Intensificación en el seguimiento a los analistas de cuentas por parte de la coordinación de facturación, a fin de establecer los “puntos clave” del proceso, evidenciar los focos de generación de glosa y así establecer adecuadamente los planes de mejora tendientes a la disminución de las glosas.
- Desarrollo de capacitaciones y talleres dirigidos al personal de auditoría de cuentas médicas, dando cumplimiento al 100% del cronograma que busca aportar a formación y activación de competencias mejorando el impacto en la respuesta a glosa, el correcto alistamiento de las conciliaciones y calidad en respuestas emitidas a las ERP.
- Mejorar la oportunidad de ingreso de devoluciones tanto en el módulo institucional como las que se tramitan por plataforma, permitiendo acciones e intervenciones de efectividad.

- Dentro del saneamiento contable lo concerniente a conciliación de la glosa y devoluciones, incrementamos y avanzamos en el ciclo conciliatorio, de respuesta y cierre de vigencias anteriores con las diferentes ERP trámite o en gestión, con disminución importante del porcentaje de aceptación final (1%).
- Monitorización y seguimiento permanente a las ratificaciones, con el fin de analizar y aplicar las acciones correctivas inmediatas.
- Socialización individualizada pos conciliación con los responsables de las aceptaciones.
- Se logró cerrar el ciclo de saneamiento de las devoluciones con NUEVA EPS en reuniones sucesivas, logramos conciliar y definir las cuentas más antiguas de las vigencias 2016-2018 y algunas 2019.
- Entrega oportuna y dinámica de las facturas en devoluciones por errores en la línea del pagador al área de Facturación, para que en el menor tiempo posible se gestione la refacturación al verdadero responsable de pago.
- Se desarrollaron reuniones de seguimiento a la facturación devuelta NO POS con el área de autorizaciones, para agilizar ante las EPS la consecución de las actas de comité.
- Se logró acercamiento con Aseguradoras ramo SOAT, para buscar reconocimiento a las reclamaciones en estado prescrito o extemporáneo, alcanzando la recuperación de algunas cuentas.

C. ÁREA DE GESTIÓN: CLÍNICA O ASISTENCIAL

Meta Establecida:

- **C.2-** Gestionar el cumplimiento de los ítems referentes a los indicadores de gestión clínica (12 al 20) y analizar las posibles desviaciones para tomar las medidas correctivas que sean necesarias, e incrementar la producción de servicios teniendo en cuenta las condiciones del mercado.

- Estrategias:

- Análisis de la demanda y organización de agendas médicas y programación de servicios.
- Seguimiento al resultado de los indicadores con análisis a través de los Comités Institucionales establecidos.
- Planes de mejoramiento con verificación de cumplimiento y responsables.
- Auditoría concurrente en los diferentes servicios.

1. ESTRATEGIAS Y RESULTADOS DE LOS INDICADORES CLÍNICOS

Indicador 12: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III Trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.

Respecto a este indicador se encargó al Auditor Concurrente para revisar diariamente las historias clínicas de las pacientes hospitalizadas con este diagnóstico en el área de Gineco-Obstetricia. Se aplica el indicador establecido en la institución a cada una de las historias de pacientes con el diagnóstico a evaluar. En forma mensual se envía el informe y los resultados son analizados en el Comité de Historias Clínicas que se reúne mensualmente. Según el informe consolidado del Indicador para el 2019, obtuvo los siguientes resultados:

- Del período Enero a Diciembre se auditaron un total de **371 historias clínicas** de las cuales se encontraron **351 con diagnóstico de: Trastornos hipertensivos del embarazo y 20 historias clínicas con diagnóstico de Hemorragia del Tercer Trimestre.**
- El 96,41% de las historias clínicas cumplen con el instrumento calificador de la adherencia a la guía de Trastorno Hipertensivo del Embarazo, el 3,59% cumplen parcialmente o no cumple con la adherencia a la guía.
- El **88.69%** de las historias clínicas cumplen con el instrumento calificador de la adherencia a la guía de Hemorragias del III Trimestre y el 11,31% cumple parcialmente.

Fuente de la información relacionada con el indicador: Informe ejecutivo del Auditor concurrente y certificación del comité de Historias clínicas donde se analiza esta información.

La tendencia del indicador es positiva por cuanto mantiene la tendencia de los años anteriores, esto se debe al interés de la parte asistencial y administrativa, al realizar un debido trabajo en equipo en pro de avanzar en los procesos de calidad en los servicios, la

oportunidad en los registros (Innovación y actualización en los sistemas de información integrada) y en la adherencia a las guías de atención de las diferentes patologías que son atendidas en nuestra institución. En conclusión, el indicador arrojó un resultado promedio de **95,95%**.

Indicador 13: Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida.

La primera causa de egreso hospitalario en el 2019 fue la atención del parto normal, por lo tanto se procedió a su medición con base en la guía de atención de parto, se tomaron 1.051 Historias Clínicas para auditar de las cuales 1.034 cumplieron con la Guía de atención del parto con un cumplimiento del **98,3%**, siendo un resultado óptimo del cual podemos concluir que es el producto de la capacitación periódica realizada al personal que labora en la Unidad de Ginecoobstetricia, además de la Idoneidad de los especialistas y la retroalimentación continua que se realiza para subsanar falencias en la atención.

Indicador 14: Oportunidad en la Realización de Apendicetomía.

Se continúa con la medición del presente indicador en forma diaria, mensual, trimestral y anual, por parte de la Coordinación de Urgencias y directamente por la Gerencia; y de forma inmediata al detectar desviaciones se han tomado los correctivos necesarios con los Cirujanos para evitar demoras en la intervención quirúrgica. En la vigencia 2019 se logró cumplir y superar la meta propuesta en el Plan de Gestión (90%), alcanzando un **100%** el cual es el resultado del trabajo en equipo entre el Servicio de Urgencias y el servicio de Cirugía.

Indicador 15: Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual.

Durante la vigencia 2019 no se presentaron casos de esta patología en el servicio, es el resultado de un proceso constante de educación y cuidado a las madres en cuanto técnicas de lactancia, restricción del uso de biberones durante la atención intrahospitalaria, capacitaciones al personal de enfermería en la prevención y manejo de pacientes con factores de riesgo para esta patología, estrategia lideradas por el equipo IAMI y los Especialistas del Área de Pediatría que trabajan constantemente en la identificación y manejo oportuno de pacientes con factores pre disponentes.

El resultado del presente indicador fue de cero (0) pacientes con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario.

Indicador 16: Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

La oportunidad en este indicador alcanzó el **100%**, superando la meta propuesta del 90%. Lo que indica que los pacientes que han ingresado con diagnóstico inicial de dolor torácico y se ha verificado al egreso diagnóstico de infarto agudo de miocardio, fueron atendidos oportunamente (dentro de la primera hora) con el tratamiento indicado en los protocolos y

guías del Hospital adoptadas del Ministerio de Salud y Protección Social. Este indicador por su importancia es de reporte diario y seguimiento estricto al igual que el Indicador de Apendicetomía. El total de casos reportados fue de 294.

Indicador 17: Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.

Para la medición de este indicador se continua con la operativización de la Unidad de Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria que funciona como subcomité del Comité de Vigilancia Epidemiológica – Estadísticas Vitales y cuyas reuniones se realizan de manera trimestral con los coordinadores de área para retroalimentar los hallazgos del informe que consolida la oficina de estadística, y la Subgerencia Técnico Científica hace la revisión y análisis para el acompañamiento al proceso con los Especialistas involucrados en cada uno de los casos de mortalidad mayor de 48 horas, verificando que la historia clínica del paciente sea correspondiente con la causa de muerte, que no sean eventos de notificación obligatoria y que en el proceso de atención no se detecten fallas de calidad en la prestación de los servicios; en caso de detectar eventos adversos se realizará inmediatamente el análisis respectivo y el plan de mejoramiento con la metodología establecida por la Institución, con el fin de alcanzar una mejora continua en los procesos de atención a nuestros usuarios.

En este proceso además se verifica las mortalidades cargadas al sistema RUAF de obligatorio cumplimiento y se hacen los ajustes correspondientes en caso de detectar fallas en los diagnósticos según los hallazgos clínicos.

Fuente de la información relacionada con el indicador: Para el análisis de la mortalidad de la vigencia 2019 se cuenta con las actas trimestrales con su respectivo informe de mortalidad el cual se anexa a dichas actas. Al aplicar el seguimiento del indicador dio un resultado anual de cumplimiento de **100%**, cuyo resultado es óptimo por cuanto supera el estándar establecido ($\geq 90\%$). El total de casos reportados fue de 154.

Indicador 18: Oportunidad en la Atención de Consulta de Pediatría.

La medición de este indicador es el resultado del registro de la oportunidad mensual de las consultas externas solicitadas por la especialidad y de las asignadas, indicador que es medido por la Oficina de Calidad haciendo el monitoreo mensual y seguimiento. Estos datos corresponden a los suministrados por parte de la institución a la Superintendencia Nacional de Salud.

Al aplicar el seguimiento del indicador dio un resultado anual de cumplimiento de **4,7 días** siendo un resultado óptimo cumpliendo el estándar anual (≤ 5 días).

Indicador 19: Oportunidad en la Atención de Consulta de Ginecoobstetricia.

La medición de este indicador es el resultado del registro de la oportunidad mensual de las consultas externas solicitadas por la especialidad y de las asignadas, indicador que es medido por la Oficina de Calidad haciendo el monitoreo mensual y seguimiento. Estos datos

corresponden a los suministrados por parte de la institución a la Superintendencia Nacional de Salud.

Al aplicar el seguimiento del indicador dio un resultado anual de cumplimiento de **4,5 días** siendo un resultado óptimo por cuanto fue similar con respecto al año anterior 4,39 días, cumpliendo el estándar anual (≤ 8 días).

Indicador 20: Oportunidad en la Atención de Consulta de Medicina Interna.

La medición de este indicador es el resultado del registro de la oportunidad mensual de las consultas externas solicitadas por la especialidad y de las asignadas, indicador que es medido por la Oficina de Calidad haciendo el monitoreo mensual y seguimiento. Estos datos corresponden a los suministrados por parte de la institución a la Superintendencia Nacional de Salud.

Al aplicar el seguimiento del indicador dio un resultado anual de cumplimiento de **10,8 días**, manteniéndose dentro del estándar anual, requerido para esta especialidad (≤ 15 días).

ESTRATEGIAS

Las auditorías diarias de los coordinadores de los diferentes servicios a los procesos asistenciales, ha permitido mantener un control y seguimiento a las acciones que se desarrollan en pro de los servicios de salud. Se formularon los respectivos planes de mejoramiento interno, su seguimiento para optimizar las falencias detectadas superando las dificultades, las cuales fueron socializadas en los respectivos Comités Institucionales.

Es importante mencionar que desde la Gerencia y su equipo de trabajo se viene sensibilizando a todos los funcionarios sobre la eficiencia hospitalaria y sus bondades de tipo social y financiero para obtener óptimos resultados.

1.1 Funcionabilidad de los Comités establecidos por Norma.

Según la Resolución 325 del 16 de Octubre de 2007, la Resolución interna 128 de 2014, y la Resolución 226 de 28 de Septiembre de 2015, por la cual se modifican, actualizan y crean otros comités asistenciales, al igual que las Resoluciones 137, 358, y 202 de 2016, Resolución 33 de 2017; Resoluciones 31, 32, 34, 69, 290 y 291 de 2018; quedando un total de 14 comités misionales funcionando en la institución actualmente:

- Comité Docencia Servicio
- Comité de Ética Hospitalaria.
- Comité de Banco de Sangre.
- Comité de Farmacia y Terapéutica.
- Comité de Seguridad del Paciente.
- Comité de Historias Clínicas.
- Comité de Mortalidad Hospitalaria.
- Comité de Infecciones Asociadas a la Atención (IAAS).

- Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE).
- Comité de IAMII.
- Comité Hospitalario de Emergencias CHE y Comité Hospitalario para la Gestión del Riesgo de Desastres (CHGRD).
- Comité de Urgencias, Referencia y Contrarreferencia.
- Comité de Tecnovigilancia.
- Comité de Reactivovigilancia.

Para el 2018 se reorganizaron algunos comités a través de las Resoluciones citadas anteriormente, con respecto a su operatividad, la definición de roles, ajuste a las funciones de acuerdo a los cambios normativos y actualización de los procesos de la institución, para lograr mejores estándares de calidad en beneficio de nuestra población Surcolombiana.

Mediante los Comités Institucionales se han realizado las respectivas tareas para el cumplimiento de los Planes de Acción de las dependencias y las correcciones y/o desviaciones encontradas se han subsanado con los Planes de Mejoramiento Interno.

La Gerencia ha liderado un Comité General que se realiza semanalmente para atender las dificultades que no han tenido oportuna solución en los diferentes Comités y Servicios. Se estableció que uno de los puntos principales que se deben tratar en el Comité Gerencial ha sido la facturación y el cumplimiento de los indicadores tanto asistenciales como administrativos, los avances en el proceso de Acreditación, socializaciones del Plan de Gestión 2016-2020, y en especial la austeridad en el gasto público.

La institución cuenta con política de Seguridad del paciente incorporado en el direccionamiento estratégico, actualizada mediante resolución 125 del 25 de julio de 2018. En la vigencia 2019 se dio cumplimiento al plan de acción y a diversas actividades, como:

- Despliegue del Eje de Seguridad del Paciente en la Semana de la Acreditación. Una de las estrategias implementadas fue la “SEGURICINA”, medicamento esencial para la seguridad del paciente, indicado para todo el personal asistencial y administrativo de la E.S.E comprometido con la seguridad de sus pacientes.

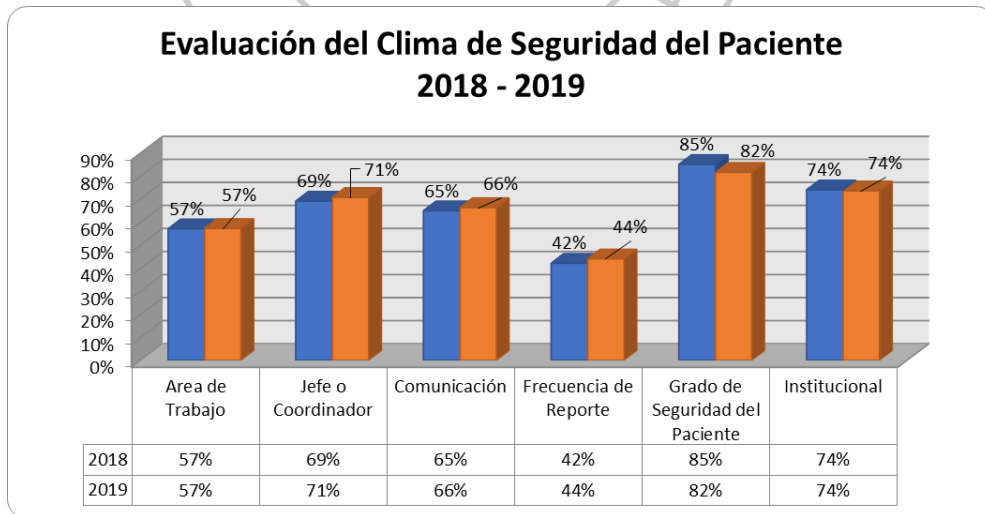


- Elaboración de material didáctico y audiovisual por parte de los colaboradores de la institución con contenidos alusivos a las buenas prácticas de los paquetes instruccionales, tales como:

1. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
2. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos y uso de la tecnología.
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.
4. Garantizar la atención segura del binomio madre e hijo.
5. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.



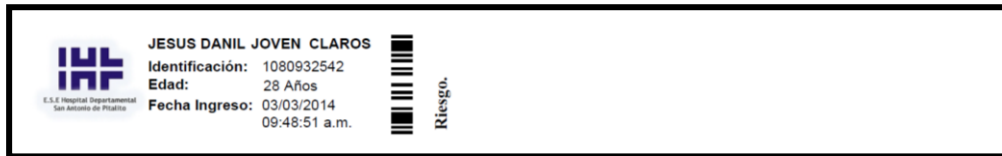
- Evaluaciones sobre el Clima de Seguridad del Paciente



- Formulación y seguimiento a los planes de mejoramiento a las desviaciones encontradas en las acciones implementadas en el Programa de Seguridad del Paciente.

- Fortalecimiento en la identificación correcta del paciente a través de la implementación del protocolo para este fin, para lo cual se adquirió equipo tecnológico, las manillas y otros insumos, que, junto con la capacitación del talento humano, se pudo iniciar ésta buena

práctica en los servicios de Urgencias, Gineco-obstetricia, Cirugía y Hospitalización; contribuyendo a la disminución de los riesgos relacionados con la identificación del paciente.



1.2. Auditoría Concurrente en los diferentes servicios.

La auditoría concurrente de la institución ha venido realizando diariamente las visitas a todas las áreas asistenciales de la institución, ubicando paciente con problemas en referencia, estancia prolongada, paraclínicos pendientes, buscando con los coordinadores del área y el cuerpo médico tratante socializarlos y optimizar y agilizar hasta donde sea posible las referencias, la alta de pacientes que se les pueden realizar los estudios de forma ambulatoria siempre con el visto bueno del especialista tratante, además se comentan esos pacientes con los médicos generales, disminuyendo las estancias prolongadas y procurando a través de los auditores concurrentes de las diferentes EPS o llamando a las mismas, las autorizaciones de servicios y referencia de éstas.

Fuente de la información relacionada con esta estrategia: Informe de Auditoría Concurrente del equipo de Auditoría de Cuentas Médicas.

1.3. Planes de Mejoramiento con Controles de Cumplimiento.

Todos los servicios asistenciales han contado con su Plan de Acción para la vigencia 2019, el cual fue evaluado por la Oficina de Calidad y Control Interno. Además, algunos servicios asistenciales producto de los ajustes al cumplimiento de lo anterior o con el motivo de subsanar falencias en la prestación del servicio suscribieron los respectivos planes de mejoramiento interno por procesos.

1.4. Socialización de los resultados con el personal asistencial.

Las socializaciones realizadas de todos los procesos asistenciales reposan en la Oficina de Calidad y en los diferentes servicios a medida que sufrieron modificaciones.

Fuente de la información relacionada con esta estrategia: Soportes de las socializaciones en medio físico y magnético.

1.5. Estrategia Centro de Acopio – Autorizaciones Ambulatorias

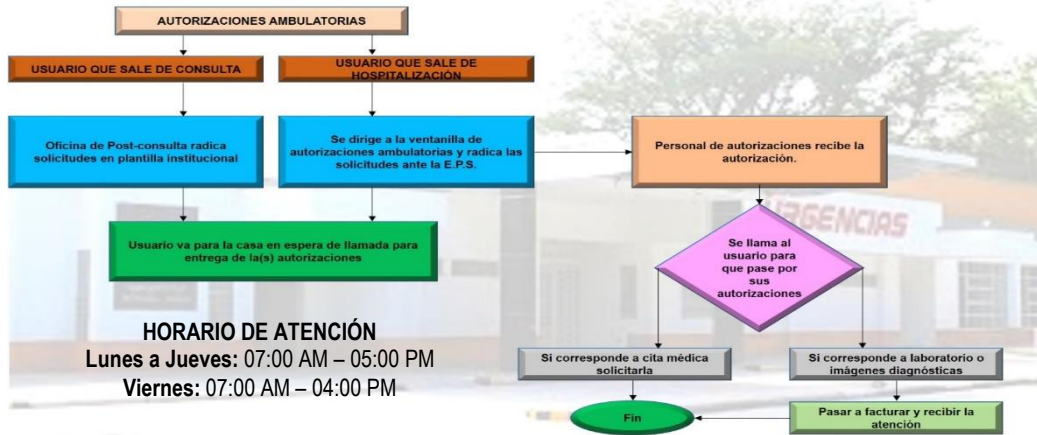
Dando cumplimiento a la Resolución 3047 de 2008 por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago definidos en el Decreto 4747 de 2007 y teniendo claro que La Institución E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito Huila, tiene como misión prestar Servicios de Salud con principios y valores éticos enmarcados en el compromiso social, el proceso de Autorizaciones se encuentra ubicado en distintas áreas funcionales con el fin de dar mayor celeridad a los procesos administrativos y así brindar a cada uno de los usuarios una atención de alta calidad con énfasis en la humanización.

- Continuidad de las estrategias Políticas Antitrámites en los servicios del Hospital, en especial para los Procesos de Autorizaciones Ambulatorias – Centro de Acopio:

Con la creación del Decreto/Ley 19 del 10 de enero de 2012, por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública, se hizo necesario implementar el proceso de solicitud de autorizaciones ambulatorias con el objetivo de facilitar a los usuarios la gestión ante las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud para obtener las autorizaciones correspondientes a los servicios ordenados por los médicos y especialistas tratantes. En el mes de Agosto de 2013 inicia el proceso de Autorizaciones Ambulatorias, ubicado en el Centro de Acopio de la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se informa a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios los cambios que se están presentando y los objetivos y metas proyectadas en búsqueda de disminuir trámites administrativos a los usuarios y mejorar la calidad de la atención. Comfamiliar EPS, Asmet Salud Eps, Sanitas Nueva EPS y Mallamás EPS se vinculan a este proceso y se inicia la solicitud de autorización de todos los servicios ordenados por consulta externa para las entidades mencionadas anteriormente.

Para finales del año 2016, la EPS Asmet Salud informa que acepta iniciar el proceso, por lo tanto, se capacita a los funcionarios del Hospital y se inicia con las solicitudes de autorización por medio de Plataforma Web, así mismo, Sanitas EPS. En el 2017 informa que cuentan con un modelo de autorización no presencial y desean que sea implementado para disminuir trámites administrativos a los usuarios. Todo lo anterior consolida un proceso bien estructurado que permite disminuir el trámite administrativo que deben realizar los

usuarios al minimizar el tiempo de espera para obtener las autorizaciones tal como se muestra a continuación:



Durante el año 2019 se realizó seguimiento a cada una de las EPS mencionadas anteriormente, para garantizar que se cumpliera con el trámite administrativo correspondiente a la solicitud de autorización de servicios de salud, que son ordenados en ámbito ambulatorio desde nuestro hospital; es así como se logró evidenciar lo siguiente:

- Comfamiliar EPS

Durante el año 2019 se realizó solicitud de autorización de servicios de salud a 32.456 pacientes en estado activo de la EPS Comfamiliar del Huila, que asistieron a consulta de control o seguimiento por medicina especializada autorizada por la EPS y que egresaron de la institución con órdenes médicas extramurales:

PACIENTES CON ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES													
EPS/MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
COMFAMILIAR EPS	2628	2062	2235	2489	1825	1955	2232	3306	3931	3949	2937	2907	32456

Como se evidencia en la tabla anterior, durante la vigencia 2019 se realizó solicitud de autorizaciones de servicios de salud para 32.456 usuarios. El proceso de autorizaciones ambulatorias tramitó mediante la plataforma web la solicitud de autorización de 32.456 servicios de salud:

COMFAMILIAR EPS	
Imágenes Diagnósticas	6147
Interconsultas	7104
Laboratorios	18210
Procedimientos Quirúrgi	995
TOTAL	32456

- Asmet Salud EPS

Con relación a la solicitud desde el proceso de autorizaciones ambulatorias para afiliados a la EPS Asmet Salud, informó que se realizó el trámite administrativo correspondiente para 20.627 pacientes que asistieron a consulta de control o seguimiento por medicina especializada, los cuales egresaron del hospital con órdenes médicas extramurales.

PACIENTES CON ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES													
EPS/MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
ASMET SALUD EPS	1070	1084	1503	2105	764	747	665	1371	2977	3105	2716	2520	20627

Como se evidencia en la tabla anterior, durante la vigencia 2019 se realizó solicitud de autorizaciones de servicios de salud para 20.627 usuarios. El proceso de autorizaciones ambulatorias tramitó mediante la plataforma web la solicitud de autorización de 20.627 servicios de salud que corresponden a:

ASMET SALUD EPS	
Imágenes Diagnósticas	5972
Interconsultas	4971
Laboratorios	8270
Procedimientos Quirúrgicos	1414
TOTAL	20627

- Nueva EPS

Se realizó el trámite de autorizaciones de servicios de salud ordenados en ámbito hospitalario a través de portal Web; es así como para el año 2019 se radicó la solicitud para 41.423 pacientes que asistieron a consulta de control o seguimiento por medicina especializada con autorización emitida por la EPS.

PACIENTES CON ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES													
EPS/MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUEVA EPS	3607	3527	4073	3810	3592	3683	3859	9864	1858	1452	998	1100	41423

El proceso de autorizaciones ambulatorias tramitó mediante la plataforma web la solicitud de autorización de 41.423 servicios de salud que corresponden a:

NUEVA EPS	
Imágenes Diagnósticas	9068
Interconsultas	12358
Laboratorios	17852
Procedimientos Quirúrgicos	2145
TOTAL	41423

- Mallamás EPS

Mallamás es otra de las EPS a las que se les radica la solicitud de autorización de los servicios ordenados en ámbito ambulatorio, por lo tanto, durante el año 2019 se realizó el trámite administrativo correspondiente para 11.421 pacientes, que asistieron a consulta de control o seguimiento por medicina especializada con autorización de la EPS y/o que egresaron con órdenes médicas extramurales.

PACIENTES CON ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES													
EPS/MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
MALLAMAS EPS	174	206	404	397	371	805	1323	1805	1759	1728	1636	813	11421

También se debe mencionar que, para los 11.421 pacientes, desde este proceso se realizó la solicitud a:

MALLAMAS EPS	
Imágenes Diagnósticas	2569
Interconsultas	2283
Laboratorios	6063
Procedimientos Quirúrgicos	506
TOTAL	11421

- Sanitas EPS

Para el caso de la EPS Sanitas, durante el año 2019 se radicó solicitud de autorización para 5.475 pacientes que se atendieron en la institución con autorización para consulta de control o seguimiento por medicina especializada y que egresaron con órdenes médicas de servicios de salud requeridos en ámbito ambulatorio.

PACIENTES CON ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES													
EPS/MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
SANITAS	351	494	487	387	505	413	448	418	536	563	486	387	5475

Es de resaltar que para los 5.475 pacientes se realizó el trámite administrativo correspondiente a la solicitud servicios de salud, así:

SANITAS	
Imágenes Diagnósticas	1994
Interconsultas	1496
Laboratorios	1618
Procedimientos Quirúrgicos	367
TOTAL	5475

Con relación a los puntos anteriores, se concluye que 111.402 pacientes asistieron a la institución durante el año 2019 con autorización para consulta de control o seguimiento por medicina especializada, a los cuales se les realizó la solicitud de autorización de servicios de salud ordenados en ámbito ambulatorio dentro de la misma consulta tal como se muestra en la tabla a continuación:

PACIENTES CON ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES													
EPS/MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
COMFAMILIAR EPS	2628	2062	2235	2489	1825	1955	2232	3306	3931	3949	2937	2907	32456
ASMET SALUD EPS	1070	1084	1503	2105	764	747	665	1371	2977	3105	2716	2520	20627
NUEVA EPS	3607	3527	4073	3810	3592	3683	3859	9864	1858	1452	998	1100	41423
MAILAMAS EPS	174	206	404	397	371	805	1323	1805	1759	1728	1636	813	11421
SANITAS	351	494	487	387	505	413	448	418	536	563	486	387	5475
												TOTAL	111402

- **Portabilidad:** Es la garantía que se da por parte del Estado a los ciudadanos para acceder a los servicios de salud sin trámites excesivos e innecesarios en cualquier parte del territorio nacional, cuando el afiliado y/o su núcleo familiar se van a vivir temporalmente a un Municipio diferente a aquel en donde se afiliaron a la EPS o donde habitualmente reciben los servicios de salud.

Es por lo anterior, que a los usuarios que se encuentran afiliados al S.G.S.S.S. en un Municipio y/o Departamento distinto al nuestro, pueden acceder a los beneficios de la portabilidad a través de la orientación, trámites de autorización y seguimiento que se realiza desde el proceso de autorizaciones ambulatorias. A continuación, se muestra por EPS la cantidad de usuarios que durante el año 2019 accedieron a consultas de control o seguimiento por medicina especializada con autorización emitida y a los que se les realizó el proceso para que logaran acceder a otros servicios de salud en el Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, todo esto gracias al apoyo que brinda el proceso de autorizaciones ambulatorias:

NUMERO DE PACIENTES CON PORTABILIDAD	
EMSSANAR	121
ASOC.INDIGENA DEL CAUCA AIC	421
EPS SURA	7
COMFACUMDI EPS	12
COMFAMILIAR NARIÑO EPS	10
SALUD TOTAL EPS	28
CAPITAL SALUD EPS	35
ECOOPSOS	20
SAVIA SALUD EPS	8
COOSALUD EPS	6
TOTAL	668

- **Planes Voluntarios de Salud:** son aquellos que tienen coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, tales como hospitalización y cirugía, tratamientos ambulatorios, acceso a especialistas, atención domiciliaria, atención por urgencias en el exterior, entre otros.

Comprometidos con los objetivos institucionales y en aras de brindar cada día un mejor servicio a nuestros pacientes y sus familiares, el proceso de autorizaciones ambulatorias realiza el trámite administrativo para obtener las autorizaciones de los usuarios que requieran servicios de salud en ámbito ambulatorio, con cargo a la entidad constituida como plan voluntario de salud, por lo tanto, en el 2019 se brindó el apoyo para obtener **914** autorizaciones de pacientes con este tipo de planes voluntarios de salud (MEDPLUS, ALLIANZ, SEGUROS BOLIVAR, COLMEDICA, COOMEVA y LIBERTY).

- **Aseguradoras de Riesgos Laborales:** Cuando un paciente requiere servicios de salud de ámbito ambulatorio con cargo a una A.R.L., en el hospital se realiza directamente el trámite correspondiente para obtener las autorizaciones requeridas, lo que permite que para el usuario se disminuyan los trámites administrativos y se garantice el direccionamiento de los servicios hacia la institución; durante el año 2019 se brindó apoyo y seguimiento a los pacientes que se relacionan a continuación:

NUMERO DE PACIENTES CON A.R.L	
SURA ARL	46
POSITIVA ARL	132
AXA COLPATRIA ARL	523
EQUIDAD SEGUROS ARL	63
TOTAL	764

- **Cirugías Programadas:** El proceso de autorizaciones ambulatorias también es responsable de realizar seguimiento a los pacientes que egresan del hospital con órdenes médicas de procedimientos quirúrgicos, para esto, se orienta a los usuarios sobre los pasos que deben seguir hasta que se les programe y realice la intervención en salas de cirugía.

Es así como durante la vigencia 2019 se logró obtener la autorización, los soportes y documentos de 15.623 pacientes, para los cuales se realizaron procedimientos quirúrgicos, como se detalla a continuación:

CIRUGIAS REALIZADAS AÑO 2019			
ESPECIALIDADES	PROGRAMADA	URGENCIA	Total
CIRUGIA GENERAL	1845	2951	4796
GASTROENTEROLOGIA	4	35	39
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	914	3056	3970
NEUROCIRUGIA	214	401	615
OFTALMOLOGIA	618	49	667
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	963	3221	4184
OTORRINOLARINGOLOGIA	352	1	353
UROLOGIA	269	730	999
Total general	5179	10444	15623

- Seguimiento al Servicio de Urgencias y Hospitalización

El proceso de Autorizaciones de la E.S.E. se encuentra ubicado en diferentes unidades funcionales, anteriormente hablábamos del servicio de consulta externa y el proceso que se realiza de manera ambulatoria, ahora nos centramos en el proceso de Urgencias y de hospitalización.

- Integralidad en el Servicio:

a). Apoyo al proceso de Asignación de Citas Médicas: Cumpliendo con las directrices institucionales y los objetivos propuestos durante el año 2019, con el proceso de asignación de citas se trabajó articuladamente en equipo para que nuestros usuarios logaran acceder a los servicios de consultas de control o seguimiento por medicina especializada y a las que se agendaron para procedimientos no quirúrgicos mediante el seguimiento y la obtención de las autorizaciones requeridas.

b). Apoyo al SIAU: Se han establecido canales de comunicación con las diferentes EPS, que nos ha permitido brindar orientación y dar solución a las necesidades que presentan nuestros usuarios con relación al aseguramiento y a las autorizaciones, todo esto, mediante un trato humanizado y una orientación clara y precisa sobre los diferentes procesos que se deben realizar para acceder a servicios de salud.

c). Apoyo a Quirófano: Adicional a obtener las autorizaciones que se requieren para programar e intervenir quirúrgicamente a nuestros usuarios, también se realiza seguimiento a aquellos pacientes que no logran asistir a las fechas programadas y que su autorización por vencimiento debe actualizarse ante la Entidad Administradora de Planes de Beneficios que la emitió.

1.6 Coordinación de Asignación de Citas Médicas

La coordinación de agendamiento de pacientes es liderada desde el mes de Mayo de 2019 por una Auxiliar Administrativo (Tecnóloga en Administración Pública); contribuyendo con su conocimiento y trabajo articulado con otras áreas a satisfacer las necesidades de los usuarios en la priorización de citas médicas de acuerdo con la patología del paciente, en el marco del respeto, trato digno y la humanización de los servicios ofertados.

El proceso tuvo una modificación y actualización en el procedimiento (HSP-CE-P17), en el cual quedo estipulado las actividades a realizar, donde se encuentra el proceso que se lleva a diario en la atención de cada usuario para la asignación de las citas médicas. Se implementó el llamado del día anterior a la cita, con el cual se busca confirmar la asistencia o la cancelación de la misma, para poder brindar este cupo a otro paciente que la requiera.

Verificación y control diario de autorizaciones vencidas, comunicando oportunamente a nuestros usuarios para realizar la renovación de dichas autorizaciones y proceder a la reasignación de citas médicas y demás procedimientos.

Se fortaleció este proceso con la vinculación de personal que apoya a las gestiones del SIAU y a la asignación de citas médicas, teniendo en cuenta la concertación de horarios especiales para cada proceso. Se tramitaron 951 solicitudes de los usuarios vía correo electrónico y 850 fueron atendidas, pero a la vez devueltas por presentar algún tipo de inconsistencia.

En el 2019 se inició una prueba piloto que continuará en el 2020 en la Unidad de Gineco-obstetricia de atender vía whatsapp para el agendamiento de las citas médicas requeridas por nuestros usuarios.

Para mantener los indicadores de oportunidad en la asignación de citas, la institución ha invertido recursos y esfuerzos, implementando jornadas de consulta en horario extendido y las programadas para los fines de semana.



D. INVERSIONES

Las gestiones realizadas en el 2019 en adquisiciones para equipos biomédicos, equipos de cómputo, software, licencias, y similares, alcanzó la suma de **\$1.382 millones** y en obras de infraestructura fue de **\$2.507 millones**, para un gran total de **\$3.889 millones**, todas realizadas **con recursos propios del Hospital**.

**CONSOLIDADO DE INVERSIONES REALIZADAS CON RECURSOS PROPIOS DEL HOSPITAL
EN ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, DE CÓMPUTO, SOFTWARE, LICENCIAS Y OTROS
VIGENCIA 2019 (Valores en Pesos)**

No.	CT/OC	OBJETO	VR. EJECUTADO CON RECURSOS PROPIOS
1	50	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CONEXIÓN DEL SOFTWARE HEXABANK DE ABBOTT INCLUIDA LA LICENCIA DE INTERFAZ CON EL SOFTWARE ÍNDIGO DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 16.244.273
2	51	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE UN (1) SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO SPLIT CENTRAL DE 60.000 BTU/H PARA EL ÁREA DE RECUPERACIÓN CIRUGÍA EN LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 51.965.830
3	68	SUMINISTRO DE ROPA HOSPITALARIA PARA LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 119.938.446
4	99	SUMINISTRO, INSTALACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UNA (1) UPS DE 15 KVA TRIFÁSICA PARA EL ÁREA DE LABORATORIO CLÍNICO DE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 20.673.260
5	100	SUMINISTRO DE 1.500 METROS DE TELA ANTIFLUIDO DE TRES (3) METROS DE ANCHO, COLOR BEIGE ESTAMPADA CON LOGO DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 69.000.000
6	101	CONTRATAR EL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y VALIDACIÓN A TRAVÉS DE BASES DE DATOS QUE PERMITEN LA CONSULTA DE PROVEEDORES, CLIENTES Y EMPLEADOS A FIN DE PREVENIR RELACIONES COMERCIALES O LABORALES CON PERSONAS VINCULADAS A ACTIVIDADES DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO.	\$ 4.595.115
7	123	ADQUISICIÓN TELEVISORES PARA LAS DIFERENTES ÁREAS DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 34.147.050
8	124	ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA NO BIOMÉDICA Y LICENCIAS DE SOFTWARE PARA LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 478.060.929
9	153	SUMINISTRO DE EQUIPO BIOMÉDICO Y MOBILIARIO NUEVO, PARA LA DOTACIÓN DE LAS CATORCE (14) HABITACIONES DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN PENSIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 73.552.710
8	166	ELABORACIÓN E INSTALACIÓN A TODO COSTO FACHADAS DE MESÓN (PUERTAS), CLOSETS, GABINETES Y MUEBLES PARA EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN PENSIÓN VIP DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 14.350.000
9	185	REPOSICIÓN E INSTALACIÓN A TODO COSTO DEL SISTEMA LLAMADOS DE ENFERMERÍA EN LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 89.711.803
10	195	SUMINISTRO DE UN (1) SISTEMA DE VIDEO ESPECIALIZADO 4K UHD DE LAPAROSCOPIA PARA SALAS DE CIRUGÍA, EN LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 321.831.143
11	AF 0000072	SUMINISTRO DE UN SISTEMA ESPECIALIZADO EN ESPACIOS HOSPITALARIOS QUE COMPRENDE ASIENTO ABATIBLE Y PLEGABLE, BARRA DE SEGURIDAD ANGULO 90° BARRA Y AGARRADERO, PARA LAS 14 HABITACIONES DEL PROYECTO DE HOSPITALIZACION PENSIÓN VIP DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 53.708.508
12	AF 0000074	SUMINISTRO DE (14) SOFA CAMA PARA LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 26.320.000
13	AF 0000092	SUMINISTRO DE 14 REGULADORES DE VACIO VACUSILL 2 HV SAFETYTRAP PC REF 53510000 PARA LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANOTNIO DE PITALITO.	\$ 8.279.987
TOTALES			\$ 1.382.379.054

**OBRAS DE INFRAESTRUCTURA REALIZADAS CON RECURSOS PROPIOS DEL HOSPITAL
VIGENCIA 2019 (Valores en Pesos)**

No.	CT	OBJETO	TOTAL EJECUTADO
1	39	CONSTRUCCIÓN A TODO COSTO DE CUARTO TÉCNICO PARA LA UBICACIÓN DE PLANTA ELÉCTRICA DE LA E.SE. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 8.198.880
2	53	CONSTRUCCIÓN DE PARQUEADEROS PARA VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO Y MÓDULO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LAS AMBULANCIAS.	\$ 828.000.000
3	63	CONSTRUCCIÓN A TODO COSTO DE UN CONTROL DE MONITOREO Y APOYO A LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA PARA ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN Y OBRAS COMPLEMENTARIAS DE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 401.810.858
4	98	AMPLIACIÓN A TODO COSTO DEL SERVICIO DE AGUA CALIENTE PARA LA NUEVA ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN PENSIÓN VIP, DE LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 10.897.729
5	103	REPOSICIÓN A TODO COSTO DE LOS PISOS TIPO NORAPLAN SIGNA 3MM Y OBRAS COMPLEMENTARIAS PARA EL ÁREA DE PARTOS DE LA UNIDAD DE GINECOBSTERICIA EN LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 112.000.000
6	122	SUMINISTRO E INSTALACIÓN EQUIPO DE BOMBEO HORIZONTAL, COMBUSTIÓN DIÉSEL, PARA EL TANQUE DE LA RED CONTRA INCENDIOS DE LAS CATORCE (14) HABITACIONES EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN PENSIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 355.000.000
7	133	OBRAS COMPLEMENTARIAS Y ELÉCTRICAS A TODO COSTO EN LA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 699.000.050
8	172	CONSTRUCCIÓN ACOMETIDAS ELÉCTRICAS CON ADECUACIÓN DE LAS TRANSFERENCIAS EXISTENTES PARA LA SEPARACIÓN DE CARGAS DEL TABLERO DE DISTRIBUCIÓN EN LAS PLANTAS ELÉCTRICAS DE 250KVA Y 125KVA QUE GARANTICEN EL RESPALDO TÉCNICO Y FUNCIONAL DE LA PRINCIPAL EN LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO.	\$ 92.192.451
TOTALES			\$ 2.507.099.968

E. ESTADÍSTICA DE VENTA DE SERVICIOS

POBLACIÓN ATENDIDA POR EL HOSPITAL Y OFERTA DE VENTA DE SERVICIOS

Se consultaron las fuentes oficiales en los sitios web de la Secretaría de Salud Departamental del Huila y de la Secretaría de Salud Municipal, las cuales reportan en sus bases de datos la siguiente información consolidada de la población afiliada por régimen subsidiado para la vigencia 2019 con corte A 30 de noviembre, publicada a finales de diciembre de 2019, como se detalla a continuación:

**Población Afiliada al Régimen Subsidiado por EPSS en el Huila
A 30 Noviembre de 2019**

ENTIDAD	CANTIDAD	PART. %
Comfamiliar -CCF024	419.906	54,75%
Asmet Salud - ESS062	120.979	15,77%
Medimas - EPSS45	87.296	11,38%
AIC - EPSI03	47.421	6,18%
Ecoopsos - ESS091	34.582	4,51%
Medimas CM - EPSS44	27.812	3,63%
Nueva Eps - EPSS37	13.909	1,81%
Mallamas -EPSI05	10.540	1,37%
Coomeva - EPSS16	2.297	0,30%
Sanita - EPSS05	1.945	0,25%
La Nueva eps - EPSS41	260	0,03%
Pijaos Salud EPSI06	6	0,00%
Comparta - ESS133	1	0,00%
TOTALES	766.954	100,00%

Fuente: Aseguramiento SSDH- Estadística

Dentro del Régimen Subsidiado en el Huila, la primera es Comfamiliar del Huila con el 54,75%, seguida de Asmet Salud con el 15,77% y en tercer lugar Medimás con el 11,38%, las tres totalizan una población afiliada de 628.181 personas que equivale al 81,91% del total de la población perteneciente al Régimen Subsidiado en el Huila (766.954 afiliados), cuya cantidad aumentó en 856 (0,11%) con base en la reportada el 31 de enero de 2019 (766.098 afiliados).

En lo que respecta de ese universo de afiliados para nuestro Municipio de Pitalito, corresponden 100.262 personas A 30 de noviembre de 2019, cuya variación con respecto a enero de 2019 (99.490 personas) ascendió en 772 afiliados (0.78%), a continuación, se detalla por EPSS el comportamiento de los afiliados para Pitalito.

**Población Afiliada al Régimen Subsidiado por EPSS
En El Municipio de Pitalito
A Noviembre 2019**

ENTIDAD	CANTIDAD	PART. %
Comfamiliar -CCF024	42.792	42,68%
Medimas - EPSS45	21.145	21,09%
Asmet Salud - ESS062	17.491	17,45%
Mallamas -EPSI05	10.269	10,24%
Medimas CM - EPSS44	6.192	6,18%
Nueva Eps - EPSS37	2.081	2,08%
Sanita - EPSS05	245	0,24%
La Nueva eps - EPSS41	44	0,04%
Pijaos Salud EPSI06	3	0,00%
TOTALES	100.262	100,00%

Fuente: Aseguramiento SSDH- Estadística

Ahora al comparar las cifras del Régimen Subsidiado a nivel Municipal sumadas con la población de dicho régimen del área de influencia, con respecto al resto del Departamento del Huila, encontramos la siguiente situación para la vigencia 2019 (Con corte A noviembre).

**Participación de la Población del Sur Del Huila Vs. Total Dpto Del Huila
Afiliada al Régimen Subsidiado por EPS-S
A 30 de Noviembre de 2019**

ENTIDAD	Departamento Del Huila - Total	Subtotal Zona Sur Del Huila	PART. %
Comfamiliar -CCF024	419.906	102.965	24,52%
Asmet Salud - ESS062	120.979	72.743	60,13%
Medimas - EPSS45	87.296	32.136	36,81%
AIC - EPSI03	47.421	4.960	10,46%
Ecoopsos - ESS091	34.582	-	0,00%
Medimas CM - EPSS44	27.812	7.271	26,14%
Nueva Eps - EPSS37	13.909	3.431	24,67%
Mallamas -EPSI05	10.540	10.269	97,43%
Coomeva - EPSS16	2.297	-	0,00%
Sanita - EPSS05	1.945	245	12,60%
La Nueva eps - EPSS41	260	60	23,08%
Pijaos Salud EPSI06	6	4	66,67%
Comparta - ESS133	1	-	0,00%
TOTALES	766.954	234.084	30,52%

Fuente: Aseguramiento SSDH- Estadística

Como se aprecia en las tablas anteriores nuestro Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, atiende potencialmente en promedio el 30,52% de la población afiliada al Régimen Subsidiado del Huila, debido a su ubicación estratégica geográfica de anillo vial del Sur del Departamento. En su orden para nuestra área de influencia de los nueve (9) Municipios, las EPS-S de mayores afiliados son: Comfamiliar del Huila (102.965 afiliados), Asmet Salud (72.743 afiliados), Medimás (32.136 afiliados), Mallamas (10.269 afiliados), entre otras.

En cuanto al Régimen Contributivo se obtuvo la siguiente estadística poblacional:

**Población Afiliada al Régimen Contributivo por EPSS en el Huila
A 30 Noviembre de 2019**

ENTIDAD	CANTIDAD	PART. %
Nueva Eps - EPS037	107.871	33,24%
Medimas- EPS044	102.709	31,65%
Sanita - EPS005	80.212	24,72%
Comfamiliar -CCFC24	15.794	4,87%
Coomeva - EPSS16	12.246	3,77%
Asmet Salud - ESSC62	2.548	0,79%
AIC CM - EPSIC3	1.331	0,41%
Ecoopsos - ESSC91	695	0,21%
Medimas CM - EPS045	571	0,18%
Mallamas -EPSIC5	293	0,09%
Ferrocarriles Nales - EAS027	190	0,06%
Servicios Occidenta Salud -EPS018	12	0,004%
Salud Total - EPS002	12	0,004%
Medicina Prepagada Suramericana	8	0,002%
Cajacopi Atlantico MC CCFC55	8	0,002%
TOTALES	324.500	100%

Fuente: Aseguramiento SSDH- Estadística

**Población Afiliada al Régimen Contributivo por EPS
En El Municipio de Pitalito
A Noviembre de 2019**

ENTIDAD	CANTIDAD	PART. %
Medimas- EPS044	20.426	50,05%
Nueva Eps - EPS037	11.617	28,47%
Sanita - EPS005	6.627	16,24%
Comfamiliar -CCFC24	1.418	3,47%
Asmet Salud - ESSC62	350	0,86%
Mallamas -EPSIC5	288	0,71%
Medimas CM - EPS045	81	0,20%
Servicios Occidenta Salud -EPS018	3	0,01%
TOTALES	40.810	100%

Fuente: Aseguramiento SSDH- Estadística

**Participación de la Población del Sur Del Huila Vs. Total Dpto Del Huila
Afiliada al Régimen Contributivo por EPS-S
A 30 Noviembre de 2019**

ENTIDAD	Departamento Del Huila - Total	Subtotal Zona Sur Del Huila	PART. %
Nueva Eps - EPS037	107.871	16.050	14,88%
Medimas- EPS044	102.709	22.275	21,69%
Sanita - EPS005	80.212	6.629	8,26%
Comfamiliar -CCFC24	15.794	2.489	15,76%
Coomeva - EPSS16	12.246	-	0,00%
Asmet Salud - ESSC62	2.548	1.228	48,19%
AIC CM - EPSIC3	1.331	57	4,28%
Ecoopsos - ESSC91	695	-	0,00%
Medimas CM - EPS045	571	243	42,56%
Mallamas -EPSIC5	293	288	98,29%
Ferrocarriles Nales - EAS027	190	-	0,00%
Servicios Occidenta Salud -EPS018	12	3	25,00%
Salud Total - EPS002	12	-	0,00%
Medicina Prepagada Suramericana -EPS010	8	-	0,00%
Cajacopi Atlantico MC CCFC55	8	-	0,00%
TOTALES	324.500	49.262	15,2%

Fuente: Aseguramiento SSDH- Estadística

Como se aprecia en las tablas anteriores nuestro Hospital, atiende en promedio el 15,2% (49.262 afiliados sobre el total para el Huila: 324.500) de la población afiliada al Régimen Contributivo del Huila, debido a su ubicación estratégica geográfica de anillo vial del Sur del Departamento. En su orden para nuestra área de influencia de los nueve (9) Municipios, las EPS con mayor número de afiliados son: Medimás (22.275), Nueva EPS (16.050), Sanitas (6.629), entre otras.

**Resumen Población Potencial que Demanda Los Servicios de La E.S.E.
HSP en la Vigencia 2019**

RÉGIMEN	PITALITO	Z. SUR DEL HUILA
Subsidiado	100.262	234.084
Contributivo	40.810	49.262
TOTALES	141.072	283.346

El estimativo según la Secretaría de Salud Departamental del Huila de la Población Potencial que demanda los servicios de la E.S.E. HSP, como se ilustra en la tabla anterior es cercano a las 283.346 personas; pero al sumar la población flotante de nuestro Municipio, las remisiones de Municipios fuera del área de influencia y de los Departamentos vecinos, dicha demanda poblacional estaría cercana a los **500.000 habitantes aproximadamente.**

Pitalito: 164.000 Habitantes apróx.

Municipios Zona Sur: 170.000 Habitantes apróx.

Departamentos Vecinos: 166.000 Habitantes apróx.

Fortalecemos nuestros servicios de acuerdo con las necesidades de nuestros usuarios, prueba de ello es que, para la atención y recuperación de pacientes críticos, existe una planta física y tecnológica en los niveles de cuidado coronario. Nos hemos consolidado como una institución líder en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad (Segundo Nivel de Atención). En todas nuestras especialidades, contamos con un recurso humano idóneo y capacitado para atender las necesidades de nuestros usuarios. Los servicios que ofrecemos son:

ESPECIALIDADES BÁSICAS

- Cirugía General
- Ginecología y Obstetricia
- Pediatría
- Medicina Interna

MEDICINA ESPECIALIZADA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

- Urología
- Gastroenterología
- Neurocirugía
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Perinatología
- Ortopedia
- Anestesiología
- Cardiología
- Cardiología Pediátrica

SERVICIO DE URGENCIAS

- Urgencias de baja, mediana y alta complejidad

UNIDAD DE GINECOOBSTETRICIA

- Controles prenatales
- Consulta Especializada
- Perinatología
- Sala de partos
- Cirugía
- Vacunación

ESTRATEGIA IAMII

- Alojamiento Conjunto
- Sala de Lactancia

APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA

- Laboratorio Clínico
- Banco de Sangre
- Fisioterapia
- Terapia Respiratoria
- Servicio Farmacéutico
- Psicología
- Trabajo Social

RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

- Tomografía axial computarizada - TAC
- Resonancia Magnética Nuclear - RMN
- Ecografía básica y tridimensional
- Rayos X

SERVICIOS QUIRÚRGICOS

Cuenta con las especialidades de:

- Cirugía General
- Ginecología y Obstetricia
- Urología
- Neurocirugía
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Ortopedia

INTERNACIÓN

- Hospitalización general
Habitaciones Unipersonales y Bipersonales
- Unidad de Cuidado Intermedio Adultos
- Unidad de Cuidado Intensivo Adultos
- Habitaciones Hospitalarias Tipo Suite

TRANSPORTE ASISTENCIAL

- Servicio en Ambulancia Básica y Medicalizada

*** HOSPITAL UNIVERSITARIO EN I FASE**

Comportamiento de la Producción en los Principales Servicios

2012 A 2019

SERVICIOS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variac. 2018-2019
Consulta de Medicina Especializada	50.377	60.272	76.221	68.884	74.943	92.214	108.188	102.560	-5,20%
Consulta de Urgencias	67.188	83.261	96.028	104.873	133.441	148.396	149.697	153.321	2,42%
Egresos Hospitalarios	12.765	13.308	14.370	14.829	15.568	15.973	16.725	16.206	-3,10%
Cirugía	10.729	13.001	14.983	13.958	14.841	15.314	15.687	16.622	5,96%
Partos Vaginales y Cesáreas	4.085	4.210	4.145	3.888	4.792	4.916	4.792	4.463	-6,87%

En la tabla anterior se evidencia la evolución y crecimiento de la Producción en los Principales Servicios, con base en el seguimiento y monitoreo de los indicadores del anterior Convenio de Desempeño, debido a la directriz gerencial, con la finalidad de revisar periódicamente dicha producción, sus costos y el margen financiero y social de la entidad. Comparativamente con la vigencia anterior se evidenció un crecimiento bastante significativo que osciló entre el 0,42% al 5,96% para unos servicios y se presentaron disminuciones en Consulta de Medicina Especializada en -5,20% y en Partos Vaginales y Cesáreas del -6,87%.

Realizando un monitoreo y seguimiento para el 2019 de las metas que traía la tabla anterior en lo relacionado con la producción de servicios, cuyos resultados son más que óptimos, es necesario compartir que se llevaron a cabo todas las estrategias y actividades evidenciadas en los Informes con base en los RIPS (Del 1 al 4) de la Gestión de la Producción de Servicios y las planteadas en el Plan de Gestión a nivel macro, entre ellas tenemos:

- Análisis de la Demanda.
- Organización de Agendas Médicas adecuadas por servicio.
- Implementación del concepto de Gerencia de Servicios.
- Funcionabilidad de los Comités Asistenciales establecidos por norma.
- Auditoría Concurrente en los diferentes servicios.
- Planes de mejoramiento con controles de cumplimiento.
- Socialización de resultados con el personal asistencial.

A continuación, se relaciona la estadística de la población atendida por nuestro hospital en las últimas siete (7) vigencias, evidenciando un gran crecimiento de la misma, la cual en los informes de RIPS en forma trimestral se ha sustentado la eficiencia y calidad de los servicios ofertados, por cuanto se han articulado la capacidad instalada con el incremento de la

producción equivalente UVR (Unidad de Valor Relativo, - Permite analizar el crecimiento real de la producción hospitalaria); Las cuales han aumentado anualmente pasando en el 2013 con 4.896.606 UVR, luego en el 2014 con 5.602.254 UVR, en el 2015 con 5.710.155 UVR, en el 2016 en 6.442.493 UVR, en el 2017 con 6.948.505 UVR, en el 2018 con 7.092.758 UVR; y llegando al 2019 a la suma de 7.402.375 UVR.

**Población Atendida por La E.S.E. con Base en las Estadísticas de los RIPS
2012 A 2019**

Vigencias	Pacientes Atendidos Anualmente	Pacientes Atendidos Promedio Mensual	Variación Interanual	Variac.%
2012	131.092	10.924		
2013	157.560	13.130	26.468	20,2%
2014	187.402	15.617	29.842	18,9%
2015	188.378	15.698	976	0,5%
2016	224.680	18.723	36.302	19,3%
2017	257.218	21.435	32.538	14,5%
2018	274.610	22.884	17.392	6,8%
2019	272.087	22.674	- 2.523	-0,9%

Fuente: Informes de RIPS - HSP

Siendo coherente con los resultados positivos explicados en facturación, cartera, producción de servicios y ahora en la atención de pacientes, interanualmente se decreció en -0,9%, al pasar en una atención mensual de 22.884 en el 2018 a 22.674 pacientes mensuales para el 2019. A pesar del resultado, se evidencia una alta eficiencia de nuestros servicios, resolutivez en los servicios de Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, y demás; teniendo en cuenta nuestra capacidad instalada.

F. GESTIÓN AMBIENTAL

Meta Establecida:

- **A.11- Gestión Ambiental:** Diseñar el Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA), para que sea el instrumento de planeación para la Gestión Ambiental, que permita cumplir con la normatividad vigente en materia ambiental, y que sirva como hospital referente en la materia.

- Estrategias:

- Análisis descriptivo de la situación ambiental (Interna y del entorno) y de los requisitos legales ambientales que se deben cumplir.
- Plantear acciones de Gestión Ambiental acordes con las actividades y que mitiguen los impactos ambientales significativos.
- Formular programas de Gestión Ambiental (Objetivos, metas, indicadores, responsables), que permitan cumplir con lo exigido por la normatividad vigente en materia ambiental y mitigar impactos ambientales significativos.

RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN GESTIÓN AMBIENTAL DURANTE EL 2019

En el marco del desarrollo del **Plan de Acción PIGA 2019** se llevaron a cabo acciones vinculadas a los programas ambientales institucionales en pro de la salud ambiental y de la conservación del medio ambiente, incluyendo las de cumplimiento del Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención de Salud y Otras Actividades de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, dentro de las cuales se encuentran las siguientes:

1. EDUCACIÓN AMBIENTAL

Durante la vigencia 2019 se enfatizó en la educación ambiental teniendo en cuenta que solo con la transformación cultural se alcanza el cuidado conjunto del medio ambiente, por lo que se desarrollaron actividades de capacitación e información hacia el fortalecimiento del conocimiento ambiental y la cultura ecológica del talento humano y usuarios. Para lograrlo se contó con la colaboración de entidades externas como los gestores que realizan la recolección de residuos a la institución, la CAM, el SENA y la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables.

La difusión de la información para el fomento de la cultura ecológica, se realizó a través de los medios de comunicación institucionales dentro de los cuales se encuentran las pantallas, página web y redes sociales.

1.1. Promoción de Entornos Saludables

En los meses de enero y marzo de 2019 se realizó invitación a través de medios de comunicación institucionales a colaboradores, usuarios y visitantes, para promover la cultura del cuidado del entorno, con el fin de que nuestra institución sea siempre un lugar saludable y seguro para todos.



1.2. Capacitación Ambiental del Talento Humano y Usuarios

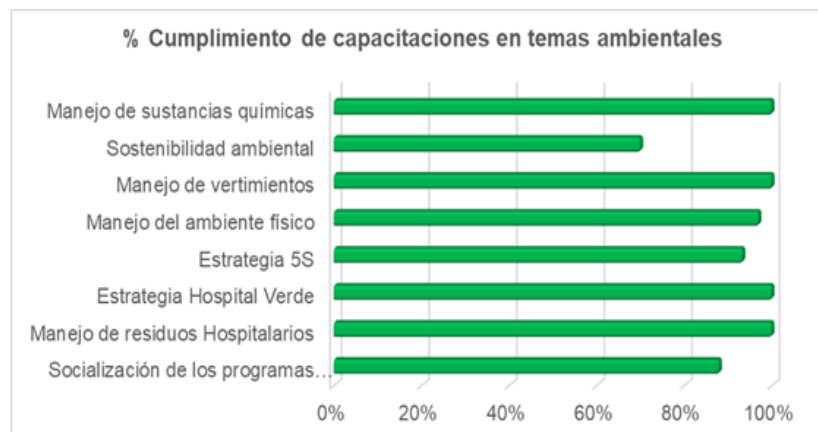
E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
MANEJO SEGURO DEL AMBIENTE FISICO

- ✓ Contribuir al cuidado del ambiente físico institucional.
- ✓ Cuidar las zonas verdes.
- ✓ Reportar a través de ticket; fugas, daños a la infraestructura, incidentes y accidentes relacionados con el manejo inseguro del ambiente físico.
- ✓ Cooperar para que las instalaciones se encuentren siempre limpias y desinfectadas.
- ✓ Tomar los alimentos en las áreas destinadas para tal fin.
- ✓ Promover el cuidado del mobiliario institucional.
- ✓ Reportar a seguridad física cualquier intento de daño a la infraestructura.

¡Nuestro Hospital es como nuestro hogar, cuidarlo es responsabilidad de todos!

Te atendemos con el Corazón
Camino a la Acreditación

Durante la vigencia 2019 se ejecutó el plan de capacitación institucional dentro del cual se incorporaron temas de salud ambiental y cuidado el medio ambiente, alcanzando un cumplimiento del 95% sobre el total de lo programado, adicionalmente se realizaron talleres y capacitaciones dirigidas por los Gestores Externos de Residuos Peligrosos y No Peligrosos en las que también participaron usuarios; logrando durante el año 2019 fortalecer la cultura ecológica en 698 colaboradores y alrededor de 89 usuarios.



1.3. Capacitación en Manejo Adecuado de Residuos No Peligrosos

El día 22 de febrero de 2019 en el Auditorio de Urgencias contando con la colaboración de Biorgánicos de Sur del Huila; se llevó a cabo la Capacitación en Manejo Adecuado de Residuos No Peligrosos dirigida a colaboradores y usuarios dentro de los cuales participaron la Señora Brígida Córdoba Valbuena, Representante de los usuarios y el Señor Gildardo Chilito, Representante del sector Indígena.



2. GESTIÓN INTEGRAL DEL RECURSO HÍDRICO

2.1. Conmemoración del Día Mundial del Agua

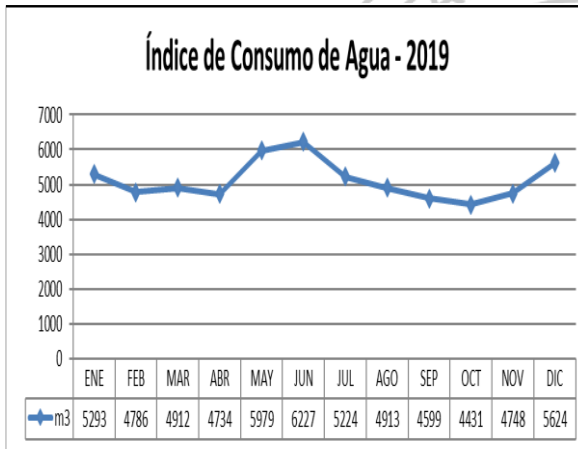
La Institución conmemoró el Día Mundial del Agua el 22 de marzo de 2019 a través de un evento llamado 'Foro del Agua' en la Plazoleta San Antonio, el cual contó con una agenda académica que estuvo acompañada por representantes de diferentes sectores como la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena – CAM y la Comunidad Indígena Yanacona.

Esta conmemoración establecida desde la Organización de las Naciones Unidas con el lema en 2019 "**No dejar a nadie atrás: Agua para todos**", se llevó a cabo con el fin de fomentar la cultura ecológica a favor de la conservación de los recursos hídricos fundamentales para la vida y por tanto para la salud.





2.2. Uso Racional del Agua



Conscientes de la importancia de conservar el recurso hídrico, en el periodo 2019 se realizaron campañas de consumo racional del agua, cumpliendo el cronograma de limpieza de tanques de agua potable, estudios de laboratorio para garantizar la potabilidad del agua e incorporación de tecnología para el ahorro de este recurso vital. En cuanto al uso de tecnología para el ahorro de agua, se realizó reposición en los servicios asistenciales de 20 Grifos tipo “Push” y Válvulas reguladoras.

2.3. Mantenimiento de la Planta de Tratamiento de Agua Residual – PTAR

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito en cumplimiento al Permiso de Vertimiento otorgado por la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena – CAM mediante Resolución 611 de 2018, ejecutó durante el 2019 el cronograma de mantenimiento y la realización de los análisis de control y vigilancia de los parámetros establecidos por la normatividad ambiental, con el fin de proteger el Recurso Hídrico del Valle de Laboyos.

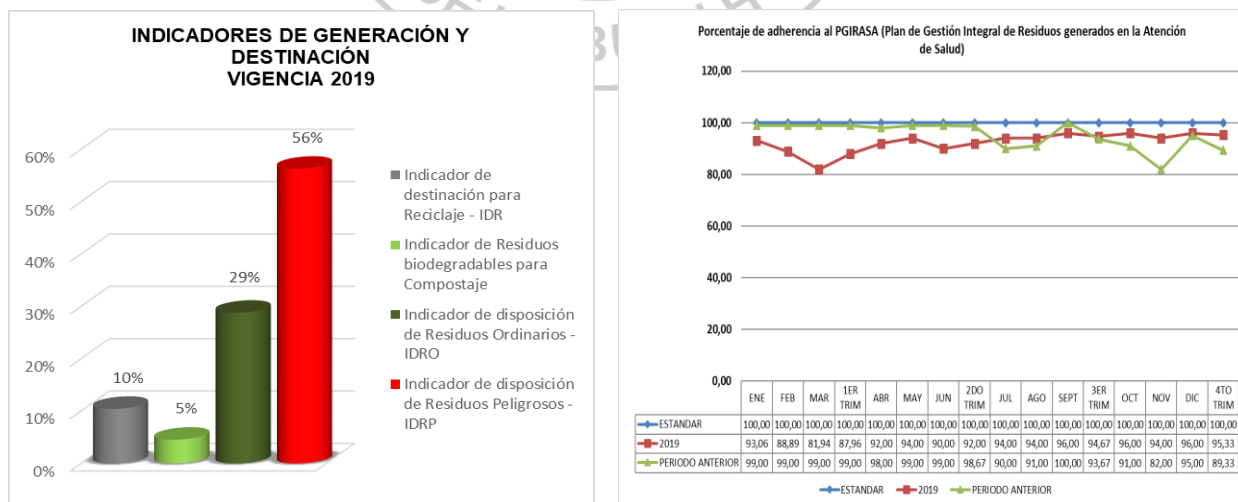


3. GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS

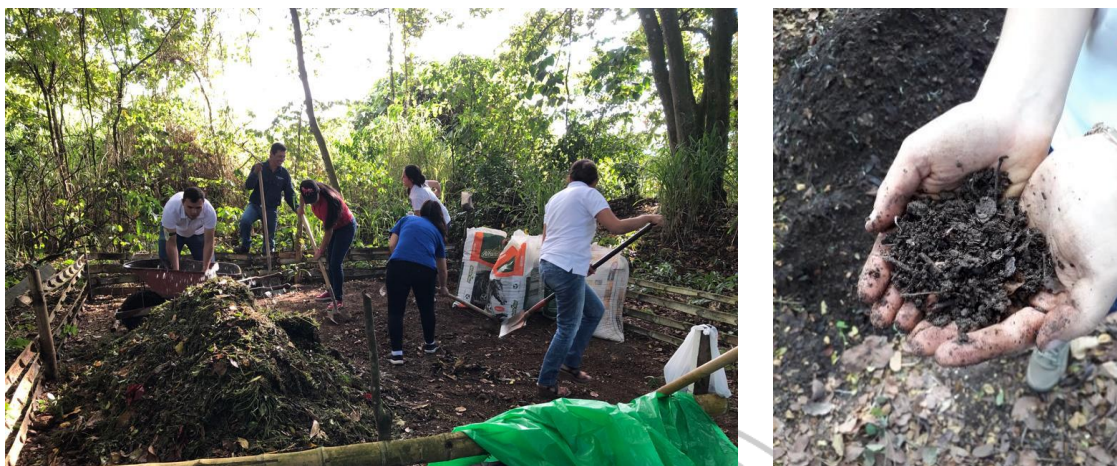
Durante la vigencia 2019 la institución comprometida con la gestión de los residuos generados en la atención en salud, da cumplimiento al cronograma establecido en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios – PGIRHS y Programa de Gestión Integral de Residuos Sólidos, los cuales comprenden estrategias como inspecciones de verificación de clasificación de los residuos, reposición de canecas, seguimiento de indicadores de adherencia, establecimiento de convenios estratégicos para disposición de residuos especiales como es el caso de la adherencia al programa Recopila y participación en campaña de recolección de RAEE de la CAM, capacitaciones y talleres, que aportan a la transformación cultural en materia de separación adecuada en la fuente, reciclaje y compostaje. Los residuos biodegradables son transformados en abono mediante el proceso de biodegradación por compostaje.

3.1. Indicadores de gestión integral de residuos

Con el fin de garantizar el cumplimiento del Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud, la E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Pitalito a través de los instrumentos de medición como es el caso de los registros de control de generación diaria de residuos hospitalarios – RH1, indica el porcentaje de destinación de los residuos de acuerdo a sus características (peligrosos, ordinarios, biodegradables y reciclables). Al mismo tiempo, se evalúa por procesos la cultura de separación adecuada en la fuente con el indicador de adherencia al PGIRASA.



Con gran parte del 5% que representa a los residuos biodegradables, se logró durante el periodo 2019 producir alrededor de 150 kg de abono, obtenido a partir del compostaje de estos residuos. Este abono orgánico es utilizado para el abonar la huerta hospitalaria.



3.2. Seguimiento a Tratamiento y Disposición Final

Con el fin de validar el ciclo de los productos generados durante la atención en salud, durante el 2019 se realizó visita a las plantas de tratamiento, aprovechamiento y disposición final de los residuos peligrosos y no peligrosos. A partir de estas visitas, se programó una capacitación en manejo de residuos no peligrosos y un taller de residuos reciclables, éste último con el fin de conmemorar al mismo tiempo el Día Mundial del Reciclaje (17 de mayo), fomentando la cultura de la separación en la fuente en el talento humano institucional y usuarios.

Adicionalmente, la institución participó en la campaña de recolección de Residuos Eléctricos y Electrónicos - RAEE convocada por la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena - CAM.

4. AHORRO Y USO EFICIENTE DE ENERGÍA

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, comprende que el consumo energético contribuye a las emisiones de gases efecto invernadero que acentúan el cambio climático, por esta razón desarrolló durante la vigencia 2019 acciones como la campaña de fomento de cultura de ahorro de energía **“Apague y Vámonos”** a través de reuniones y medios de comunicación institucionales, conmemoración del Día Mundial de la Eficiencia Energética, sustitución de bombillos ahorradores por LED, ampliación del sistema de calentadores solares para nuevas habitaciones de hospitalización y construcción de hotelería hospitalaria con infraestructura bioclimática la cual aprovecha la luz natural.

APAGUE Y VAMONOS...
Ahorremos electricidad



Al terminar tu jornada laboral
APAGA y DESENCUFA lo que no
usas

Gradúa el aire acondicionado
a una temperatura
soportable.
Cada grado extra representa
un 7% más de consumo


EH
E.S.E Hospital Departamental
San Antonio de Pitalito

Comité de Gestión Ambiental
Programa Institucional
de Ahorro y Uso Eficiente de
la Energía

Te atendemos
con el **Corazón**
Camino a la Acreditación




EH E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO
DIA MUNDIAL DE LA EFICIENCIA ENERGÉTICA



Aplica estos consejos para aportar a la eficiencia energética:

- ✓ Aprovecha la luz natural.
- ✓ Apaga las luces que no se necesiten.
- ✓ Apaga y desconecta los computadores y equipos al terminar la jornada laboral.
- ✓ Desconecta cargadores de celular de los tomacorrientes, cuando no se estén usando.
- ✓ Al encender el aire acondicionado, recuerda cerrar ventanas y apagarlo al dejar el área.

Invita: Comité de Gestión Ambiental



Te atendemos
con el **Corazón**
Camino a la Acreditación

5. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL AIRE

La disponibilidad del aire puro es fundamental para fortalecer la salud ambiental y disminuir los factores ambientales que causan las enfermedades respiratorias. Por esta razón, nuestra Institución desarrolla acciones para aportar al mejoramiento de la calidad del aire del Valle de Laboyos, tales como la conmemoración del Día Mundial del Árbol con la estrategia “**El árbol que siembres hoy, cuidalo siempre**” en la cual se lleva a cabo siembra y mantenimiento de árboles nativos.



Así mismo se llevó a cabo los Días sin Carro y Sin Moto con el fin de reducir las emisiones por fuentes móviles generadas por el uso de vehículos de los colaboradores y funcionarios.



5.1. Mantenimiento e instalación de Jardines y Huerta Hospitalaria

En aras de garantizar un ambiente amigable y armonizado con la naturaleza a nuestros usuarios, se realizó el mantenimiento e instalación de jardines, adicionalmente se desarrolló durante el 2019 la reactivación de la estrategia **Huerta Hospitalaria** con la participación de los colaboradores y servidores que hacen parte del equipo de **Vigías Ambientales** de la institución, con el fin de generar alimentos orgánicos para el consumo de nuestros usuarios.



La producción de alimentos orgánicos en 2019 superó los 240 kg, entre estos productos se encuentran: Naranjas, guayabas, aguacates, hierbabuena, cilantro, acelga y lechuga. A partir de estos alimentos, se suministraron jugos, tortas, aderezo para sopas y ensaladas para los usuarios.

6. MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS

Durante el 2019 con la implementación de la **Metodología Japonesa 5S**, se llevó a cabo con la ayuda de los líderes del equipo impulsor de 5S la clasificación de las sustancias químicas de acuerdo a su peligrosidad. Así mismo, a través del comité de gestión ambiental y teniendo en cuenta el informe de Salud sin Daño sobre la Sustancias preocupantes para

el Sector Salud, el análisis de los elementos que para la vigencia 2020 la institución priorizará con el fin de conservar la salud de los colaboradores y del medio ambiente.



7. AHORA SOMOS MIEMBROS DE LA RED GLOBAL DE HOSPITALES VERDES Y SALUDABLES

Como resultado de la gestión ambiental institucional realizada y luego de participar en el Foro de Cambio Climático y Salud, La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito ha sido aceptada como Miembro de La Red Global de Hospitales Verdes y Saludables, lo que nos permitió participar al mismo tiempo del Taller Compras Sostenibles para el Sector Salud organizado por Salud sin Daño. Esta Red Global es una iniciativa impulsada por la organización sin fines de lucro **Salud Sin Daño** cuya finalidad es reducir la huella ecológica y promover la salud ambiental pública por parte de todos sus miembros, a través de la promoción de un futuro saludable para las personas y el planeta. Nuestro compromiso inicial está orientado al desarrollo de los siguientes objetivos:

- ✓ Objetivo 1. Liderazgo: Priorizar la salud ambiental como imperativo estratégico.
- ✓ Objetivo 2. Residuos: Reducir, tratar y disponer de manera segura los residuos de la institución.
- ✓ Objetivo 3. Energía: Implementar la eficiencia energética y la generación de energías limpias renovables.
- ✓ Objetivo 4. Agua: Reducir el consumo de agua y suministrar agua potable en la entidad.



Miembro de la

Red GLOBAL de HOSPITALES VERDES y SALUDABLES

www.hospitalesporlasaludambiental.net

CONCLUSIONES

- La E.S.E. Hospital Departamental, se encuentra implementado en pleno el desarrollo los cuatro estandartes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, y el avance gradual en los estándares de Acreditación, con lo cual se ha logrado la disminución del riesgo para los usuarios y el aseguramiento de la calidad en la atención.
- De acuerdo con la evaluación realizada a la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2019, y revisadas el logro de las metas y sus estrategias, se ha dado cumplimiento al Plan de Gestión, superando en algunos indicadores más del 100% de lo proyectado.
- El Hospital ha desarrollado estrategias en materia de austeridad en el gasto público articulando el cambio cultural, con la renovación tecnológica e implementación de políticas de conservación del medio ambiente.
- La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, viene realizando un gran esfuerzo fiscal desde el 2013 hasta la fecha que, sumado a la excelente gestión de recaudo de las cuentas por cobrar, y manejo adecuado de los recursos públicos le ha permitido mantenerse en la categoría **“Sin Riesgo Fiscal y Financiero”**.
- La variación interanual de la facturación fue del 2,91% (\$2.484 millones), y un superávit en sus Estados Financieros de \$11.829 millones, siendo algo muy positivo para las finanzas de la entidad y su flujo de recursos, logrando atender todos sus requerimientos operativos y realizando inversiones con recursos propios en nuevos proyectos de infraestructura, dotación de equipos biomédicos y mobiliario (del orden de \$3.889 millones) para el beneficio de nuestra comunidad del Sur de Colombia.
- En el 2019, la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio De Pitalito, logró reconocimientos a nivel local (empresas privadas y entidades públicas), Departamental, Nacional, e Internacional por las diferentes acciones y gestiones realizadas en cumplimiento de su Plan de Gestión, afianzando de esta manera su posicionamiento entre las cinco (5) mejores IPS Públicas del País.

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente