

INFORME DE GESTIÓN VIGENCIA 2023



DOCTOR LUIS CARLOS OLARTE CONTRERAS

Gerente

Moniquirá

2024

CONTENIDO

| | |
|--|-----|
| INTRODUCCIÓN..... | 11 |
| 1. Análisis Del Mercado Actual | 13 |
| 1.1. Subred 3 Ricaurte: | 13 |
| 1.2. Distribución Poblacional área de Influencia: | 14 |
| 1.3. Distribución Por Curso De Vida Municipios Área De Influencia Del Hospital Año 2024 15 | |
| 1.4. Determinantes Estructurales de la Salud..... | 16 |
| 1.4.1. Proporción de población con necesidades básicas insatisfechas: | 17 |
| 1.5. Análisis poblacional: | 23 |
| 1.6. Análisis de morbilidad y mortalidad | 25 |
| 1.7. Aseguramiento en Salud | 44 |
| 1.8. Servicios Habilitados y Certificados en Habilitación..... | 45 |
| 2. Proyectos Adelantados | 48 |
| 2.1. Nueva Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios..... | 48 |
| 2.2. Proyecto de Hemodinamia y Resonancia Nuclear Magnética..... | 55 |
| 3. Gestión Por Unidad Funcional | 60 |
| 3.1. Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios..... | 62 |
| 3.1.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 63 |
| 3.1.2. Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional..... | 66 |
| 3.1.3. Casos Clínicos de éxito..... | 67 |
| 3.1.4. Producción..... | 68 |
| 3.1.5. Indicadores de Gestión Clínica. | 68 |
| 3.2. Consulta Externa..... | 73 |
| 3.2.1. Producción..... | 75 |
| 3.3. Imágenes Diagnósticas | 76 |
| 3.3.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 76 |
| 3.3.2. Producción..... | 79 |
| 3.4. Seguridad del Paciente, Control de Infecciones y Departamento de Enfermería 80 | |
| 3.4.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 80 |
| 3.4.2. Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional..... | 101 |
| 3.4.3. Casos Clínicos de éxito. | 101 |
| 3.4.4. Indicadores..... | 103 |
| 3.5. Apoyo Terapéutico y Fisiología Pulmonar | 105 |
| 3.5.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 105 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 3.5.2. | Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional..... | 107 |
| 3.5.3. | Casos Clínicos de éxito. | 108 |
| 3.5.4. | Producción..... | 109 |
| 3.5.5. | Indicadores de Gestión Clínica. | 109 |
| 3.6. | Unidad Quirúrgica | 111 |
| 3.6.1. | Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 111 |
| 3.6.2. | Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional..... | 112 |
| 3.6.3. | Casos Clínicos de éxito. | 113 |
| 3.6.4. | Producción..... | 113 |
| 3.7. | Ginecología y Obstetricia | 116 |
| 3.7.1. | Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 116 |
| 3.7.2. | Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional..... | 119 |
| 3.7.3. | Casos Clínicos de éxito. | 121 |
| 3.7.4. | Producción..... | 122 |
| 3.7.5. | Indicadores de Gestión Clínica. | 123 |
| 3.8. | Hospitalización | 124 |
| 3.8.1. | Gestión en 2023:..... | 124 |
| 3.8.2. | Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional..... | 125 |
| 3.8.3. | Casos Clínicos de éxito. | 125 |
| 3.8.4. | Producción..... | 126 |
| 3.9. | Servicio de Pediatría | 126 |
| 3.9.1. | Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 126 |
| 3.9.2. | Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional..... | 128 |
| 3.9.3. | Casos Clínicos de éxito. | 128 |
| 3.9.4. | Indicadores de Gestión Clínica. | 130 |
| 3.10. | Laboratorio Clínico | 130 |
| 3.10.1. | Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 130 |
| 3.10.2. | Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional..... | 134 |
| 3.10.3. | Producción:..... | 135 |
| 3.10.4. | Indicadores de Gestión Clínica. | 135 |
| 3.11. | Programa Integral de Salud Familiar | 135 |
| 3.11.1. | Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 135 |
| 3.11.2. | Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional..... | 141 |
| 3.11.3. | Aplicación de Biológicos | 144 |
| 3.11.4. | Promoción y mantenimiento de la salud | 145 |
| 3.11.5. | Indicadores de Gestión Clínica. | 146 |
| 3.11.6. | Medición adherencia a Guías de práctica Clínica. | 150 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 3.12. | Academia e Investigación..... | 152 |
| 3.12.1. | Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 152 |
| 3.12.2. | Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional..... | 156 |
| 3.12.3. | Indicadores de Gestión Clínica. | 159 |
| 3.13. | Urgencias..... | 160 |
| 3.13.1. | Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 160 |
| 3.13.2. | Casos Clínicos de éxito. | 162 |
| 3.13.3. | Producción..... | 162 |
| 3.13.4. | Indicadores de Gestión Clínica. | 162 |
| 3.14. | Ingeniería Biomédica..... | 164 |
| 3.14.2. | Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional..... | 165 |
| 3.15. | Experiencia del Usuario..... | 166 |
| 3.15.1. | Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 166 |
| 3.16. | Farmacia..... | 177 |
| 3.16.1. | Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 177 |
| 3.16.2. | Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional..... | 179 |
| 3.16.3. | Producción..... | 179 |
| 3.17. | Calidad..... | 180 |
| 3.17.1. | Autoevaluación en condiciones de Habilitación..... | 180 |
| 3.17.2. | Autoevaluación del Sistema Único de Acreditación (SUA)..... | 184 |
| 3.17.3. | Logros Alcanzados en calidad..... | 186 |
| 3.17.4. | Perspectiva de Acreditación..... | 186 |
| 3.18. | Ciclo Económico Interno..... | 186 |
| 3.18.1. | Gestión de Contratación:..... | 187 |
| 3.18.2. | Gestión de Agendamiento:..... | 187 |
| 3.18.3. | Oferta de Especialidades y Subespecialidades..... | 188 |
| 3.18.4. | Programas Especiales:..... | 189 |
| 3.18.5. | Oportunidad de Citas..... | 189 |
| 3.18.6. | Gestión de Referencia y Contrarreferencia:..... | 190 |
| 3.18.7. | Gestión de Facturación:..... | 194 |
| 3.18.8. | Gestión de cartera y recaudo:..... | 196 |
| 3.19. | Gestión Ambiental..... | 197 |
| 3.19.1. | Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 197 |
| 3.20. | Seguridad y Salud en el Trabajo..... | 201 |
| 3.20.1. | Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 201 |
| 3.20.2. | Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional..... | 205 |
| 3.21. | Gestión Documental..... | 206 |

| | | |
|-------------|--|-----|
| 3.21.1. | Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 206 |
| 3.22. | Programa de Salud Mental | 207 |
| 3.22.1. | Inicio y Formulación del Programa..... | 207 |
| 3.22.2. | Casos Clínicos de éxito. | 208 |
| 3.22.4. | Indicadores de Gestión Clínica. | 209 |
| 3.23. | Sistemas | 211 |
| 3.23.1. | Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 211 |
| 3.24.1. | Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia..... | 236 |
| 4. | Información Financiera | 253 |
| 5. | Indicadores de Calidad, Oportunidad y Producción | 259 |
| 6. | Indicadores de Satisfacción del Usuario | 268 |
| 7. | Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional..... | 268 |
| 7.1. | Objetivo 1 | 269 |
| 7.2. | Objetivo 2 | 290 |
| 7.3. | Objetivo 3 | 298 |
| 7.4. | Objetivo 4 | 303 |
| 7.5. | Objetivo 5..... | 310 |
| 7.6. | Objetivo 6 | 314 |
| 7.7. | Objetivo 7 | 320 |
| 7.8. | Objetivo 8 | 327 |
| 7.9. | Objetivo 9 | 333 |
| 7.10. | Objetivo 10 | 336 |
| 7.11. | Conclusión general del Plan de desarrollo..... | 343 |
| 8. | Contratación | 343 |
| 9. | Informe de Control Interno de Gestión | 344 |
| 9.1. | Marco Legal | 344 |
| 9.2. | Planeación Oficina De Control Interno:..... | 346 |
| 9.3. | Ejecución De Auditorías Internas:..... | 346 |
| 9.4. | Rendición De Informes – Competencia De La Oficina De Control Interno | 349 |
| 9.5. | Asesoría, Acompañamiento, Seguimiento Y Evaluación: | 351 |
| 9.6. | Cumplimiento De Roles De La Oficina De Control Interno..... | 354 |
| Referencias | | 357 |

Listado de Tablas

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. Distribución Poblacional área de influencia del Hospital | 13 |
| Tabla 2. Distribución Poblacional área de influencia por curso de vida..... | 16 |
| Tabla 3. NBI Subred 3 Ricaurte | 18 |
| Tabla 4. Mortalidad en el municipio de Moniquirá (2018-2022)..... | 40 |
| Tabla 5. Mortalidad en el municipio de Santana (2018-2022)..... | 40 |
| Tabla 6. Mortalidad en el municipio de Chitaraque (2018-2022)..... | 41 |
| Tabla 7. Mortalidad en el municipio de San José de Pare (2018-2022)..... | 41 |
| Tabla 8. Mortalidad en el municipio de Togüí (2018-2022)..... | 41 |
| Tabla 9. Mortalidad en el municipio de Santa Sofía (2018-2022)..... | 42 |
| Tabla 10. Mortalidad en el municipio de Arcabuco (2018-2022)..... | 42 |
| Tabla 11. Mortalidad en el municipio de Gachantivá (2018-2022)..... | 42 |
| Tabla 12. Mortalidad en el municipio de Barbosa (2018-2022)..... | 43 |
| Tabla 13. Mortalidad en el municipio de Puente Nacional (2018-2022)..... | 43 |
| Tabla 14. Mortalidad en el municipio de Güepsa (2018-2022)..... | 43 |
| Tabla 15. Producción UCI 2020-2023..... | 68 |
| Tabla 16. Producción Servicio Consulta Externa 2020-2023 | 75 |
| Tabla 17. Producción de Consulta Especializada 2023 | 76 |
| Tabla 18. Indicadores Seguridad del Paciente 2020-2023..... | 103 |
| Tabla 19. Indicadores de Gestión Clínica de Seguridad del Paciente..... | 104 |
| Tabla 20. Producción Servicio de Apoyo Terapéutico..... | 109 |
| Tabla 21. Producción Total Servicio de Cirugía 2020-2023 | 113 |
| Tabla 22. Producción de Cirugías por Especialidades 2020-2023..... | 113 |
| Tabla 23. Producción Servicio de Ginecología | 123 |
| Tabla 24. Producción Servicio de Hospitalización 2020-2023..... | 126 |
| Tabla 25. Vacunación y Biológicos 2022-2023 | 145 |
| Tabla 26. Producción Medicina General y Familiar por Curso de Vida | 145 |
| Tabla 27. Producción de Enfermería Actividades P y P..... | 145 |
| Tabla 28. Actividades Extramurales | 146 |
| Tabla 29. Indicadores de Adherencia HTA | 151 |
| Tabla 30. Indicadores de adherencia de Diabetes Mellitus..... | 151 |
| Tabla 31. Eventos y Ponencias Académicas del Hospital..... | 157 |
| Tabla 32. Evaluación de GPC | 159 |
| Tabla 33. Producción Servicio de Urgencias | 162 |
| Tabla 34. Despacho de Ordenes Médicas desde Farmacia 2020-2023..... | 180 |
| Tabla 35. Producción Programa Salud Mental..... | 209 |
| Tabla 36. Indicadores de Gestión Clínica Programa de Salud Mental | 209 |
| Tabla 37. Ajustes Realizados a Dinámica Gerencial en 2023..... | 216 |
| Tabla 38. 135 Equipos de cómputo adquiridos a través del modelo PDTI con la empresa movistar | 223 |
| Tabla 39. Red LAN del Hospital | 223 |
| Tabla 40. Firewall del Hospital..... | 225 |
| Tabla 41. Inventario de Equipos de Computo | 226 |
| Tabla 42. Cargos Vacantes Etapa 1 Formalización | 245 |
| Tabla 43. Proyectos Ejecutados Unidad de Inteligencia de Negocios y Analítica de datos | 251 |
| Tabla 44. Indicadores Financieros 2020-2023..... | 258 |
| Tabla 45. Producción 2020-2023..... | 259 |



| | |
|--|-----|
| Tabla 46. Indicadores Producción, Calidad y Oportunidad, CMI | 264 |
| Tabla 47. Indicadores Objetivo 1 | 271 |
| Tabla 48. Indicadores Objetivo 2 | 291 |
| Tabla 49. Indicadores Objetivo 3 | 299 |
| Tabla 50. Indicadores Objetivo 4 | 304 |
| Tabla 51. Indicadores Objetivo 5 | 311 |
| Tabla 52. Indicadores Objetivo 6 | 315 |
| Tabla 53. Indicadores Objetivo 7 | 321 |
| Tabla 54. Indicadores Objetivo 8 | 329 |
| Tabla 55. Indicadores Objetivo 9 | 334 |
| Tabla 56. Indicadores Objetivo 10 | 338 |
| Tabla 57. Consolidado Resultados Indicadores Plan de Desarrollo | 343 |



Listado de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Pirámides Poblacionales Área de Influencia..... | 15 |
| Figura 2. NBI Municipios área de influencia del Hospital..... | 18 |
| Figura 3. Determinantes Intermedios de la Salud- Condiciones de vida en Moniquirá 2018-2021 | 19 |
| Figura 4. Determinantes Intermedios Santana | 20 |
| Figura 5. Determinantes Intermedios Chitaraque | 20 |
| Figura 6. Determinantes Intermedios San José de Pare | 21 |
| Figura 7. Determinantes Intermedios Arcabuco | 21 |
| Figura 8. Determinantes Intermedios Togui | 21 |
| Figura 9. Determinantes Intermedios Santa Sofía..... | 22 |
| Figura 10. Determinantes Intermedios Gachantivá | 22 |
| Figura 11. Pirámide Poblacional en Colombia 2023..... | 23 |
| Figura 12. Cobertura de Atención en municipios del área de influencia del HRM 2020... | 24 |
| Figura 13. Cobertura de Atención en municipios del área de influencia del HRM 2023.... | 25 |
| Figura 14. Perfil de Morbilidad Gran Causa Enfermedades No Transmisibles Provincias de Ricaurte (Boyacá) año 2021 | 26 |
| Figura 15. Morbilidad Enfermedades no trasmisibles Municipio de Moniquirá..... | 27 |
| Figura 16. Perfil de Morbilidad Gran Causa Enfermedades No Transmisibles Provincias de Vélez (Santander) año 2021 | 27 |
| Figura 17. Semaforización eventos Precursores en Moniquirá 2017-2021..... | 28 |
| Figura 18. Tasa de Mortalidad ajustada por edad, Municipio de Moniquirá 2016-2020 ... | 29 |
| Figura 19. Tasa de Mortalidad para enfermedades transmisibles, Moniquirá 2016-2020 | 30 |
| Figura 20. Tasa de Mortalidad para neoplasias, Moniquirá 2016-2020 | 31 |
| Figura 21. Tasa de mortalidad para enfermedades del sistema circulatorio en Moniquirá 2016-2020 | 31 |
| Figura 22. Tasa de mortalidad para las demás causas en Moniquirá 2016-2020 | 32 |
| Figura 23. Prioridades en Salud en Moniquirá según Tasas de mortalidad | 33 |
| Figura 24. Morbilidad agrupada Municipio de Moniquirá 2018-2022 | 34 |
| Figura 25. Morbilidad agrupada Municipio de Santana 2018-2022..... | 34 |
| Figura 26. Morbilidad agrupada Municipio de Chitaraque 2018-2022..... | 35 |
| Figura 27. Morbilidad agrupada Municipio de San José de Pare 2018-2022..... | 35 |
| Figura 28. Morbilidad agrupada Municipio de Togui 2018-2022..... | 36 |
| Figura 29. Morbilidad agrupada Municipio de Santa Sofía 2018-2022 | 36 |
| Figura 30. Morbilidad agrupada Municipio de Arcabuco 2018-2022..... | 37 |
| Figura 31. Morbilidad agrupada Municipio de Gachantivá 2018-2022..... | 37 |
| Figura 32. Morbilidad agrupada Municipio de Barbosa 2018-2022..... | 38 |
| Figura 33. Morbilidad agrupada Municipio de Güepesa 2018-2022 | 38 |
| Figura 34. Morbilidad agrupada Municipio de Puente Nacional 2018-2022 | 39 |
| Figura 35. Usuarios Por EAPB..... | 45 |
| Figura 36. Servicios Habilitados REPS | 45 |
| Figura 37. Certificación 00001097 en Condiciones de Habilitación | 47 |
| Figura 38. Certificación 00001099 en Condiciones de Habilitación | 47 |
| Figura 39. Aprobación del proyecto en plan bienal de inversiones..... | 50 |
| Figura 40. Viabilidad Técnica del Proyecto | 50 |
| Figura 41. Convenio Interadministrativo N.º 2576 de 2023..... | 51 |
| Figura 42. Antes de la obra..... | 51 |
| Figura 43. Preparación del terreno..... | 52 |
| Figura 44. Cimentación..... | 52 |
| Figura 45. Levantamiento de muros..... | 53 |

| | |
|--|-----|
| Figura 46. Actividades de Mampostería | 53 |
| Figura 47. Mampostería estructural..... | 54 |
| Figura 48. Instalación de ductos | 54 |
| Figura 49. Estado actual de la obra..... | 55 |
| Figura 50. Fases Proyecto Hemodinamia y RNM..... | 57 |
| Figura 51. Área antes de la etapa 1 | 57 |
| Figura 52. Túnel terminado (Etapa 2)..... | 58 |
| Figura 53. Distribución Arquitectónica etapa 2 | 58 |
| Figura 54. Angiografo..... | 59 |
| Figura 55. Resonador Nuclear Magnético | 60 |
| Figura 56. Estructura Organizacional del HRM | 61 |
| Figura 57. Propuesta de mapa de procesos con enfoque de Acreditación | 62 |
| Figura 58. Comparación APACHE | 69 |
| Figura 59. Gráfica de Cajas y Bigotes APACHE (0-10) | 70 |
| Figura 60. Gráfica de Cajas y Bigotes APACHE (>11) | 70 |
| Figura 61. Gráfica de Probabilidad Normal APACHE | 71 |
| Figura 62. Gráfica de Probabilidad Normal Estándar de APACHE | 72 |
| Figura 63. Producción Servicio Imágenes Diagnosticas (2020-2023)..... | 80 |
| Figura 64. Metodología Gestión de sucesos de Seguridad del Paciente | 84 |
| Figura 65. Comportamiento Reportes de Seguridad | 85 |
| Figura 66. Evolución de heridas complejas, tratadas en el HRM..... | 87 |
| Figura 67. Tasa de IIAS HRM 2022 | 88 |
| Figura 68. Imágenes Semana Seguridad del Paciente 2022..... | 90 |
| Figura 69. Perfiles Participación Primera Encuesta de Percepción de Seguridad del Paciente..... | 93 |
| Figura 70. Resultados Encuesta Percepción Seguridad del Paciente | 93 |
| Figura 71. Imagen Maratón Seguridad del Paciente 2023..... | 95 |
| Figura 72. Tendencia de Ocurrencia de Eventos Adversos 2023..... | 97 |
| Figura 73. Tasa de IAAS 2023 | 98 |
| Figura 74. Comparativo DDD Meropenem 2021-2023 | 99 |
| Figura 75. Evolución Caso Clínico de éxito (Fístulas) | 103 |
| Figura 76. Producción Cirugía Grupo 2-6 (2020-2023)..... | 114 |
| Figura 77. Producción Cirugía Grupo 7-10 (2020-2023)..... | 114 |
| Figura 78. Producción Cirugía Grupos 11- 13 (2020-2023) | 115 |
| Figura 79. Producción Cirugía Grupos 20-23 (2020-2023)..... | 115 |
| Figura 80. Distribución Porcentual de Cirugía por grupo Quirúrgico (2020-2023)..... | 116 |
| Figura 81. Calificación Premio Nacional de Calidad en Atención Primaria en Salud | 139 |
| Figura 82. Ruta de Captación y Seguimiento Programa de Salud Familiar | 142 |
| Figura 83. Ruta Materno perinatal Programa Integral de Salud Familiar | 143 |
| Figura 84. Ruta Cardiovascular Programa Integral de Salud Familiar | 144 |
| Figura 85. Atenciones de Enfermería por Curso de vida | 146 |
| Figura 86. Atenciones Medicina General y Familiar por curso de vida | 147 |
| Figura 87. Personas con Enfermedades Crónicas | 147 |
| Figura 88. Porcentaje de Personas con HTA controlados (TA< 140/90) | 148 |
| Figura 89. Porcentaje de personas con DM controladas (Hb Glicada <7%) | 149 |
| Figura 90. Porcentaje de Pacientes con RAC < 30 Mg/g..... | 150 |
| Figura 91. Porcentaje de Pacientes con LDL menor de 100..... | 150 |
| Figura 92. Criterios Para Evaluación de GPC | 163 |
| Figura 93. Evaluación GPC IVU..... | 163 |
| Figura 94. Evaluación GPC ACV..... | 164 |
| Figura 95. Digiturno en el área de consulta externa | 167 |

| | |
|---|-----|
| Figura 96. Salas de entrega de Información a Pacientes | 168 |
| Figura 97. Programa de Musicoterapia | 169 |
| Figura 98. Comparativo Satisfacción del Usuario 2022 vs 2021 | 170 |
| Figura 99. Momentos de verdad en la medición de satisfacción de usuarios | 171 |
| Figura 100. Evaluación de los momentos de verdad en la satisfacción del usuario..... | 172 |
| Figura 101. Avance en la implementación del Call Center | 173 |
| Figura 102. Imagen Guía del Paciente y su familia | 174 |
| Figura 103. Oratorio | 174 |
| Figura 104. Comportamiento Call Center 2021-2023 | 175 |
| Figura 105. Call Center Virtual en la Página Web del Hospital..... | 176 |
| Figura 106. Grupo Musical de Sordomudos en el contexto de enfoque diferencial | 176 |
| Figura 107. Programa de Damas Rosadas | 177 |
| Figura 108. Despacho de Ordenes de Suministro por servicio 2020-2023..... | 180 |
| Figura 109. Evolución Servicios Habilitados 2020-2023..... | 182 |
| Figura 110. Servicios Habilitados 2023 (Consulta Externa)..... | 182 |
| Figura 111. Servicios Habilitados 2023 (Atención Inmediata, Internación y Quirúrgicos) | 183 |
| Figura 112. Servicios Habilitados 2023 (Apoyo Diagnóstico) | 183 |
| Figura 113. Servicios Habilitados 2023 (Modalidad Domiciliaria , Modalidad Extramural) | 184 |
| Figura 114. Estrategia Helena basada en Inteligencia Artificial (Auto Agendamiento)... | 188 |
| Figura 115. Oportunidad de Citas 2023..... | 190 |
| Figura 116. Estadísticas de Referencia y Contrarreferencia 2023 vs 2022 | 194 |
| Figura 117. Facturación por mes 2020-2023..... | 195 |
| Figura 118. Facturación total por año 2020-2023..... | 195 |
| Figura 119. Recaudo total 2020-2023 | 196 |
| Figura 120. Evaluación del SGSST 2020 | 201 |
| Figura 121. Radar de evaluación de SGSST 2020..... | 202 |
| Figura 122. Evaluación SGSST 2021..... | 202 |
| Figura 123. Radar Evaluación SGSST 2021 | 203 |
| Figura 124. Evaluación SGSST 2022..... | 203 |
| Figura 125. Radar Evaluación SGSST 2022 | 204 |
| Figura 126. Evaluación SGSST 2023..... | 204 |
| Figura 127. Radar Evaluación SGSST..... | 205 |
| Figura 128. Cargos Formalizados Etapa 1 | 244 |
| Figura 129. Cronograma Formalización Etapa 1 | 244 |
| Figura 130. Criterios Selección de Personal en Formalización Laboral..... | 245 |
| Figura 131 Cronograma Etapa 2 Fase 1 Formalización. | 246 |
| Figura 132. Procedimiento Operación Unidad de Inteligencia de Negocios y Analítica de Datos | 247 |
| Figura 133. Herramienta Odoos para la gestión del SCRUM de la Unidad | 250 |
| Figura 134. Estado de Situación Financiera 2020-2023 | 253 |
| Figura 135. Estado de Resultados 2020-2023 | 254 |
| Figura 136. Presupuesto de Ingresos 2020-2023..... | 255 |
| Figura 137. Presupuesto de Gastos..... | 256 |
| Figura 138. Producción en UVR 2020-2023..... | 257 |
| Figura 139. Indicadores de Oportunidad Resolución 256..... | 263 |

INTRODUCCIÓN

La planeación estratégica proyectada por la gerencia y aprobada por la Junta Directiva mediante Acuerdo 06 de 2020, presenta un modelo de prestación de servicios enfocado en satisfacer las necesidades reales de la población, no solo de la subred 3 Ricaurte, sino de toda el área de influencia del Hospital, más allá de los límites de esta subred, que incluye el sur de departamento de Santander, allí el Hospital se ha vuelto todo un referente en calidad y cobertura de servicios de salud de mediana y alta complejidad.

En el marco de este modelo de prestación de servicios y teniendo en cuenta estudios rigurosos desde lo epidemiológico, el Hospital ha aumentado su complejidad en la oferta de servicios en los grupos quirúrgicos y de consulta externa aunado a la habilitación definitiva de la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios.

Con base en lo anterior y en el trabajo liderado por la Secretaría Departamental en Salud en marzo de 2023 el Ministerio de Salud y Protección Social aprueba el nuevo alcance del Plan Territorial de Rediseño y Remodernización de Empresas Sociales del Estado PTRRM o conocido como documento de redes, en el cual el Hospital pasó de un nivel de mediana complejidad básica a mediana complejidad integral, lo cual implica la posibilidad de orientar el Hospital hacia la alta complejidad.

Gracias a este aumento de complejidad del Hospital, todos los servicios que fueron inscritos en transitoriedad por ocasión de la pandemia del COVID 19, fueron inscritos de manera definitiva, pasando de 31 servicios inscritos en REPS en 2020 a 62 en la actualidad y con la posibilidad de abrir más servicios de alta complejidad en todos los grupos (Consulta externa, apoyo diagnóstico y cirugía). Esto también permitió que proyectos como la Construcción de la Nueva Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios fuera una realidad, gracias a la gestión del Hospital y el apoyo del Gobernación de Boyacá, la cual contará con infraestructura y tecnología de punta para conformar unas de las mejoras unidades a nivel departamental y nacional con una capacidad de

10 camas intensivos y 3 intermedios. Así mismo el proyecto de hemodinamia y Resonancia Nuclear Magnética fue una realidad gracias a la gestión adelantada por el Hospital, lo cual se materializó mediante un contrato de Asociación Público-Privada. Este servicio se proyecta para apertura en el mes de marzo.

El enfoque de prestación de servicios del Hospital ha sido integral, pues el aumento de complejidad de los servicios lo ha hecho alrededor de su modelo de atención, fundamentado en APS (Atención Primaria en Salud). Enfoque dado tres años antes de la actual reforma a la salud en curso. Por lo cual la base del modelo de atención del Hospital es el Programa Integral de Salud Familiar, liderado por médicos especialistas en medicina familiar.

El despliegue del programa integral de salud familiar ha permitido alcanzar las regiones rurales del municipio, alcanzando población vulnerable y con morbilidades crónicas, basado en la Atención Primaria en Salud, focalizando en los cursos de vida y mitigando el riesgo en salud derivado de los determinantes sociales en salud.

Todo el trabajado liderado desde la gerencia y el equipo directivo del hospital permitió que todo lo anterior se materializará en el mes de noviembre con la consecución de la certificación en condiciones de habilitación, siendo el único del orden departamental en tenerla y la segunda ESE del departamento. Esto implica que el 100% de los servicios que oferta el hospital cumplen con el 100% de los estándares y criterios de habilitación en salud según la normatividad vigente emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Este el primer paso para la consecución de la siguiente meta estratégica del Hospital, que es postularse ante el ente acreditador.

En el presente informe se presenta el análisis de los indicadores por cada una de las metas establecidas en el plan de desarrollo institucional, que se desagrega e 10 objetivos estratégicos y una breve descripción de la gestión adelantada en cada unidad funcional.

1. Análisis Del Mercado Actual

1.1. Subred 3 Ricaurte:

Los clientes actuales del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E., según el rol asignado en el PTRRM es la subred 3 Ricaurte, compuesta de los siguientes municipios: Moniquirá, Chitaraque, San José de Pare, Santana y Togüí, con un total de 48.212 habitantes, distribuidos el 40.16% en las áreas urbanas y el 59.84 % en la zona rural, así:

Tabla 1. Distribución Poblacional área de influencia del Hospital

| Municipio | Cabecera | | Rural | | Población Total |
|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| | Población | Porcentaje | Población | Porcentaje | |
| Moniquirá | 12.956 | 53,80% | 11.127 | 46,20% | 24.083 |
| Chitaraque | 1.447 | 23,40% | 4.738 | 76,60% | 6.185 |
| Togui | 795 | 17,35% | 3.787 | 82,65% | 4.582 |
| San José de Pare | 1.232 | 23,36% | 4.042 | 76,64% | 5.274 |
| Santana | 2.934 | 36,28% | 5.154 | 63,72% | 8.088 |
| TOTAL | 19.364 | 40,16% | 28.848 | 59,84% | 48.212 |

Fuente: (Departamento Nacional de Estadística, 2023)¹

La tabla 1 muestra una distribución asimétrica de la población, con una concentración en la zona rural, pues el 59,84% de la población vive en este tipo de zona, observando que, con excepción de Moniquirá, la población de los municipios que pertenecen a la subred 3 Ricaurte viven principalmente en zona rural.

Esta distribución poblacional asimétrica denota un mayor grado de vulnerabilidad en la población del área de influencia del Hospital, pues el grado de insatisfacción de las Necesidades básicas es mayor en la zona rural, comparada con la urbana, esto se amplía en la sección 1.2 y 1.3 del presente documento.

¹ Datos actualizados por el DANE en enero de 2023 como resultado de ACTUALIZACIÓN POST COVID-19. PROYECCIONES DE POBLACIÓN MUNICIPAL POR ÁREA, SEXO Y EDAD

Pues la población categorizada en situación de vulnerabilidad social², cada vez más se somete a condiciones más precarias que derivan en el desmejoramiento progresivo de las condiciones de salud, por lo cual es perentorio un enfoque preventivo y de acción social tomando como referencia las condiciones demográficas del área de influencia.

Según la (Organización Panamericana de la Salud, 2012) “La exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución de la riqueza y en el acceso y la utilización de los servicios se reflejan en los resultados de salud”

Por lo anterior expuesto, la actividad del Hospital es de especial importancia en su condición de actor estratégico en la Provincia de Ricaurte y sur del departamento de Santander.

Dado el alcance regional del hospital, se presentan datos demográficos de los municipios del área de influencia:

1.2. Distribución Poblacional área de Influencia:

La distribución de la población por edad y sexo permite establecer el porcentaje de población que se debe tener en cuenta para la planeación de la atención salud.

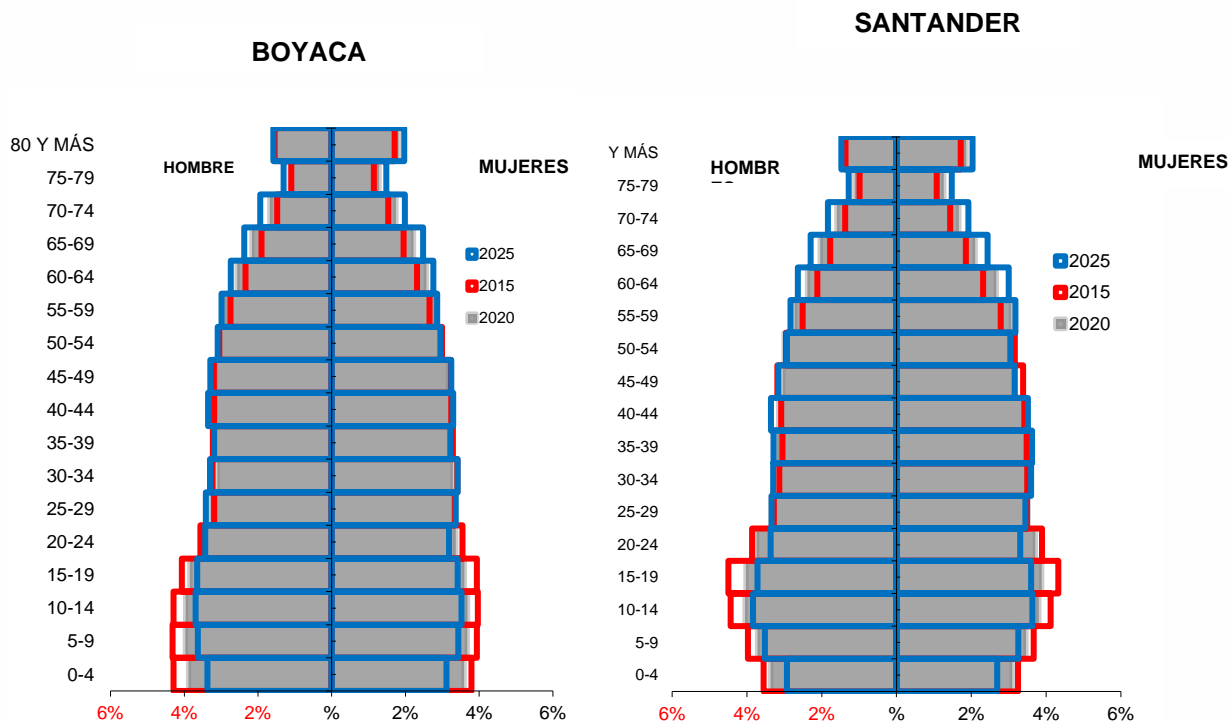
A continuación, se presenta la distribución poblacional de los municipios de Moniquirá, Santana, Chitaraque, San José de Pare, Togüí, Arcabuco, Gachantivá y Santa Sofía del departamento de Boyacá y Barbosa, Güepa y Puente Nacional del departamento de Santander.

La pirámide poblacional muestra gráficamente al comparar los años 2015, 2020 y 2025 se observa una disminución de la población menor de 20 años, la población de 21 a

² Según la (CEPAL, 2001), la vulnerabilidad social es el resultado de los impactos provocados por los patrones de desarrollo y la incapacidad de enfrentarlos por parte de los grupos más débiles de la sociedad

44 se mantiene, aunque se reduce respecto a la población menor de 20 años y a partir de 45 años inicia un aumento lo que indica que estamos frente al aumento de la población - fenómeno de envejecimiento.

Figura 1. Pirámides Poblacionales Área de Influencia



FUENTE: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

1.3. Distribución Por Curso De Vida Municipios Área De Influencia Del Hospital Año 2024

Conocer la distribución de la población por curso de vida permite realizar la planeación de las acciones de promoción y mantenimiento de la salud que tienen como objeto identificar precoz y oportunamente los diferentes riesgos y patologías en los primeros niveles de complejidad para la posterior remisión a instituciones de salud de un nivel mayor de complejidad segundo y tercer nivel con el fin de realizar la confirmación del diagnóstico, el tratamiento y rehabilitación, es por esto que el Hospital Regional Moniquirá ha aumentado la oferta de servicio a la población.

Tabla 2. Distribución Poblacional área de influencia por curso de vida

| Curso de Vida | BOYACA - MUNICIPIOS AREA DE REFERENCIA HRM | | | | | | TOTAL |
|-------------------------|---|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------|---------------|
| | Primera Infancia | Infancia | Adolescencia | Juventud | Adulthood | Vejez | |
| Municipio | 0 - 5 años | 6 - 11 años | 12 - 17 años | 18 - 28 años | 29 - 59 años | 60 y más | |
| Moniquirá | 1831 | 2059 | 2081 | 3420 | 9130 | 5117 | 23638 |
| Santana | 682 | 736 | 762 | 1262 | 3075 | 1374 | 7891 |
| Chitaraque | 599 | 631 | 567 | 817 | 2311 | 1097 | 6022 |
| San José de Pare | 432 | 445 | 409 | 632 | 1985 | 1202 | 5105 |
| Togüí | 451 | 507 | 447 | 567 | 1630 | 826 | 4428 |
| Santa Sofia | 313 | 305 | 266 | 457 | 1211 | 846 | 3398 |
| Arcabuco | 563 | 600 | 612 | 1087 | 2468 | 1011 | 6341 |
| Gachantivá | 256 | 272 | 259 | 367 | 1132 | 672 | 2958 |
| Villa de Leyva | 1402 | 1455 | 1493 | 3094 | 7150 | 3033 | 17627 |
| TOTAL | 6529 | 7010 | 6896 | 11703 | 30092 | 15178 | 77408 |
| | MUNICIPIO SUR DEL SANTANDER | | | | | | |
| Barbosa | 2707 | 3060 | 3126 | 5574 | 13690 | 5587 | 33744 |
| Puente Nacional | 921 | 1254 | 1376 | 1938 | 5753 | 4049 | 15291 |
| Güepso | 420 | 459 | 499 | 897 | 2184 | 1018 | 5477 |
| TOTAL | 4048 | 4773 | 5001 | 8409 | 21627 | 10654 | 54512 |
| GRAN TOTAL | 10577 | 11783 | 11897 | 20112 | 51719 | 25832 | 131920 |

FUENTE: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

1.4. Determinantes Estructurales de la Salud

Los determinantes estructurales de la salud combinan elementos socio económicos que, caracterizados mediante estratos referidos a variables como niveles de ingresos, educación, género, raza o pertenencia a un grupo étnico (Acero, Caro, Henao, Ruíz, & Sánchez, 2013), definen estructuralmente el estado de salud y bienestar de los individuos de determinada población.

Los contextos y mecanismos de estratificación socioeconómica se describen como determinantes estructurales de la salud o como factores sociales determinantes de las desigualdades entorno a la salud (Williamson, 1990).

Para un análisis demográfico y epidemiológico que permita en gran medida explicar e intervenir aquellos aspectos más rezagados respecto a los determinantes estructurales de la salud, se deben tener en cuenta los determinantes intermedios (Como los biológicos y psicosociales), pues los indicadores de equidad en salud se determinan debido a la interacción entre los determinantes estructurales e intermedios (Acero, Caro, Henao, Ruíz, & Sánchez, 2013). Por lo cual una buena manera de abordar la situación en salud de determinada región es a través del análisis de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) que incorpora estos elementos.

1.4.1. Proporción de población con necesidades básicas insatisfechas:

Las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) según (DANE, 2022) es un método directo para identificar carencias críticas en una población y caracterizar la pobreza. Usualmente utiliza indicadores directamente relacionados con cuatro áreas de necesidades básicas de las personas: vivienda, servicios sanitarios, educación básica e ingreso mínimo. Para el Municipio de Moniquirá en el año 2018, la proporción de población con necesidades básicas insatisfechas alcanzó una proporción de 9,83% para el general del municipio, teniendo un índice de 4,93% para el área urbana y 15,43% para el área rural, observándose ampliamente la disparidad de la calidad de vida entre el área urbana y rural.

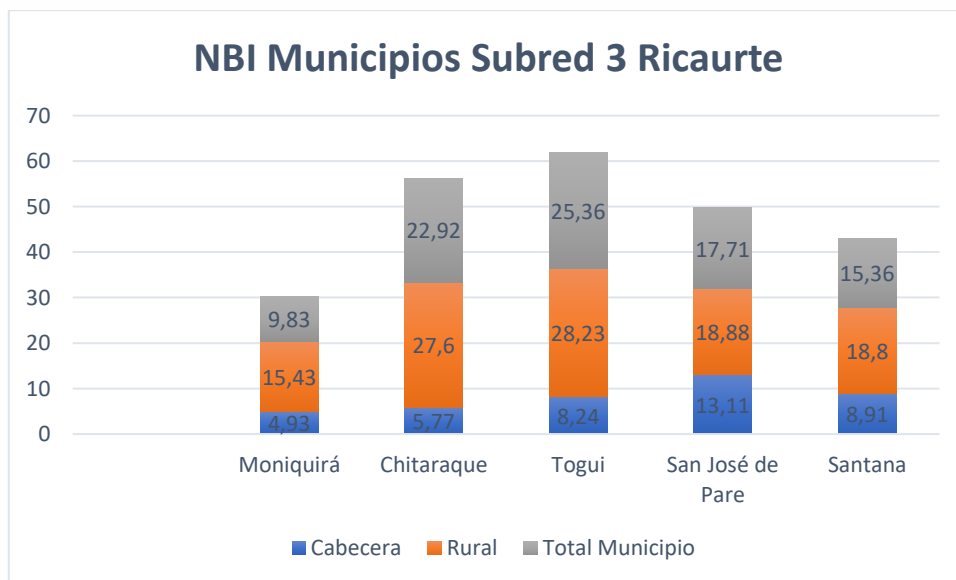
A continuación, se presenta el NBI para los municipios del área de influencia del Hospital Regional de Moniquirá según la subred 3 Ricaurte en Documento de red vigente.

Tabla 3. NBI Subred 3 Ricaurte.

| Municipio | Cabecera | Rural | Total, Municipio |
|------------------|----------|-------|------------------|
| Moniquirá | 4,93 | 15,43 | 9,83 |
| Chitaraque | 5,77 | 27,6 | 22,92 |
| Togui | 8,24 | 28,23 | 25,36 |
| San José de Pare | 13,11 | 18,88 | 17,71 |
| Santana | 8,91 | 18,8 | 15,36 |

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de (Departamento Nacional de Estadística, 2022).

Figura 2. NBI Municipios área de influencia del Hospital



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de (Departamento Nacional de Estadística, 2022)

Lo anterior denota la amplia desigualdad entre los habitantes del sector rural y urbano y los amplios índices de NBI que están directamente correlacionados con las necesidades de atención en salud, lo cual implica que son municipios con alto riesgo en



salud, relacionados con los perfiles epidemiológicos de los municipios del área de influencia.

A continuación, en la figura 2 se muestran los determinantes intermedios de la salud que corresponden a condiciones materiales que están directamente correlacionados con las condiciones de salud de una población (De la Guardia Gutierrez & Ruvalcaba Ledezma, 2020)

Figura 3. *Determinantes Intermedios de la Salud- Condiciones de vida en Monquirá 2018-2021*

| Determinantes intermedios de la salud | Boyacá | Monquirá |
|---|--------|----------|
| Cobertura de servicios de electricidad (SIU 2019) | 99,99 | 99,13 |
| Cobertura de acueducto (SIU 2021) | 58,07 | 87,30 |
| Cobertura de alcantarillado (SIU 2021) | 30,73 | 37,66 |
| Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA) (SIVICAP 2021) | 27,00 | 40,83 |
| Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2018) | 15,90 | 20,40 |
| Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2018) | 7,10 | 12,10 |

Fuente: (Secretaría Municipal de Salud de Monquirá, 2022)

En la figura 2 se observa que el índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)³ es significativamente alto respecto al índice departamental, pues lo supera en más de 13 puntos porcentuales, lo cual denota una problemática pública en el municipio de Monquirá.

Ahora se presentan los determinantes intermedios para los demás municipios del área de influencia del Hospital.

³ Cuando este índice se encuentra entre 35.1% y 80% el riesgo de consumirla es alta, pues esta no cumple con las condiciones físicas, químicas y microbiológicas para el consumo humano.

Los datos se referencian de los repositorios del último ASIS publicado y consolidado por la Gobernación de Boyacá (Gobernación de Boyacá, 2023)

Figura 4. Determinantes Intermedios Santana

| Determinantes intermedios de la salud | Boyacá | Santana |
|---|--------|---------|
| Cobertura de servicios de electricidad (SIU 2019) | 97,65 | 97,38 |
| Cobertura de acueducto (SIU 2020) | 55,85 | 63,22 |
| Cobertura de alcantarillado (SIU 2020) | 28,44 | 41,02 |
| Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA) (SIVICAP 2020) | 22,48 | 34,84 |
| Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2018) | 15,90 | 28,20 |
| Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2018) | 7,10 | 24,60 |

Fuente: Censo DANE 2018, Reporte de Estratificación y coberturas certificado por la alcaldía al SUI, IRCA MSPS

Figura 5. Determinantes Intermedios Chitaraque

| Determinantes intermediarios de la salud | Boyacá | Chitaraque |
|---|--------|------------|
| Cobertura de servicios de electricidad (SIU 2019) | 97,65 | 85,34 |
| Cobertura de acueducto (SIU 2020) | 55,85 | 75,75 |
| Cobertura de alcantarillado (SIU 2020) | 28,44 | 20,71 |
| Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA) (SIVICAP 2020) | 22,48 | 28,55 |
| Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2018) | 15,90 | 55,00 |
| Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2018) | 7,10 | 20,30 |

Fuente: Censo DANE 2018, Reporte de Estratificación y coberturas certificado por la alcaldía al SUI, IRCA MSPS

Figura 6. Determinantes Intermedios San José de Pare

| Determinantes intermediarios de la salud | Boyacá | San José de Pare |
|---|--------|------------------|
| Cobertura de servicios de electricidad (SIU 2019) | 97,65 | 98,80 |
| Cobertura de acueducto (SIU 2020) | 55,85 | 22,29 |
| Cobertura de alcantarillado (SIU 2020) | 28,44 | 13,65 |
| Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA) (SIVICAP 2020) | 22,48 | 30,60 |
| Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2018) | 15,90 | 53,20 |
| Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2018) | 7,10 | 20,40 |

Fuente: Censo DANE 2018, Reporte de Estratificación y coberturas certificado por la alcaldía al SUI, IRCA MSPS

Figura 7. Determinantes Intermedios Arcabuco

| Determinantes intermediarios de la salud | Boyacá | Arcabuco |
|---|--------|----------|
| Cobertura de servicios de electricidad (SIU 2019) | 97,65 | 98,46 |
| Cobertura de acueducto (SIU 2020) | 55,85 | 59,70 |
| Cobertura de alcantarillado (SIU 2020) | 28,44 | 22,22 |
| Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA) (SIVICAP 2020) | 22,48 | 38,93 |
| Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2018) | 15,90 | 17,00 |
| Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2018) | 7,10 | 15,40 |

Fuente: Censo DANE 2018, Reporte de Estratificación y coberturas certificado por la alcaldía al SUI, IRCA MSPS

Figura 8. Determinantes Intermedios Togüí

| Determinantes intermediarios de la salud | Boyacá | Togüí |
|---|--------|-------|
| Cobertura de servicios de electricidad (SIU 2019) | 97,65 | 96,91 |
| Cobertura de acueducto (SIU 2020) | 55,85 | 46,55 |
| Cobertura de alcantarillado (SIU 2020) | 28,44 | 15,64 |
| Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA) (SIVICAP 2020) | 22,48 | 53,60 |
| Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2018) | 15,90 | 32,60 |
| Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2018) | 7,10 | 14,60 |

Fuente: Censo DANE 2018, Reporte de Estratificación y coberturas certificado por la alcaldía al SUI, IRCA MSPS

Figura 9. Determinantes Intermedios Santa Sofía

| Determinantes intermediarios de la salud | Boyacá | Santa Sofía |
|---|--------|-------------|
| Cobertura de servicios de electricidad (SIU 2019) | 97,65 | 96,25 |
| Cobertura de acueducto (SIU 2020) | 55,85 | 99,82 |
| Cobertura de alcantarillado (SIU 2020) | 28,44 | 50,36 |
| Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA) (SIVICAP 2020) | 22,48 | 49,03 |
| Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2018) | 15,90 | 16,30 |
| Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2018) | 7,10 | 22,80 |

Fuente: Censo DANE 2018, Reporte de Estratificación y coberturas certificado por la alcaldía al SUI, IRCA MSPS

Figura 10. Determinantes Intermedios Gachantivá

| Determinantes intermediarios de la salud | Boyacá | Gachantivá |
|---|--------|------------|
| Cobertura de servicios de electricidad (SIU 2019) | 97,65 | 97,30 |
| Cobertura de acueducto (SIU 2020) | 55,85 | 60,35 |
| Cobertura de alcantarillado (SIU 2020) | 28,44 | 7,92 |
| Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA) (SIVICAP 2020) | 22,48 | 50,41 |
| Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2018) | 15,90 | 35,50 |
| Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2018) | 7,10 | 32,00 |

Fuente: Censo DANE 2018, Reporte de Estratificación y coberturas certificado por la alcaldía al SUI, IRCA MSPS

Como se puede observar de las figuras 3 al 10, los determinantes intermedios denotan graves falencias en necesidades básicas tales como acceso a agua potable, en donde en todos los municipios referenciados se observan falencias respecto de la calidad del agua, acueducto y alcantarillado.

Lo anterior refuerza la importancia estratégica del programa integral de salud familiar que contiene los determinantes sociales de la salud y el enfoque intersectorial como componente. Es perentorio hacer énfasis en la necesidad de acciones intersectoriales desde el sector central con el fin de obtener resultados en salud que impacten socialmente a la población y mitiguen el alto costo en salud.

1.5. Análisis poblacional:

La figura 11 muestra la distribución demográfica en Colombia para el año 2023, en donde se observa la tendencia de envejecimiento, como dinámica poblacional. La (Organización Panamericana de la Salud, 2017) menciona sobre Colombia: “Entre 1990 y el 2015, la población creció en 40,7% y su estructura se hizo regresiva y más envejecida”

Figura 11. Pirámide Poblacional en Colombia 2023



Fuente: (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2023)

El origen de la población atendida en el Hospital Regional Moniquirá ESE, comparando el año 2020 con el año 2023, denota un aumento de la cobertura en todos los municipios del área de influencia.

Para el año 2023 se observa un aumento de la cobertura para el municipio de Moniquirá, pasando de un 47% en 2020 a un 113,17% en 2023, lo que se debe entre otras causas a la portabilidad de servicios que solicitan las personas y a la

atención de personas extranjeras residentes en el municipio, observándose un aumento en número de municipios y población atendida.

El aumento en la cobertura de población atendida en todos los municipios del área de influencia del hospital se debe a que naturalmente se ha convertido en un referente en términos de oferta de más y mejores servicios.

Figura 12. Cobertura de Atención en municipios del área de influencia del HRM 2020

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | No DE USUARIOS 2020 | Poblacion DANE 2020 | COBERTURA 2020 |
|--------------|------------------|---------------------|---------------------|----------------|
| BOYACA | Moniquirá | 10990 | 23.301 | 47,17% |
| | Toguí | 916 | 4.453 | 20,57% |
| | Santana | 888 | 7.805 | 11,38% |
| | San José de Pare | 682 | 5.126 | 13,30% |
| | Chitaraque | 423 | 5.992 | 7,06% |
| | Santa Sofia | 194 | 3.266 | 5,94% |
| | Arcabuco | 143 | 6.042 | 2,37% |
| | Gachantiva | 49 | 2.853 | 1,72% |
| | Villa de Leyva | 33 | 16.835 | 0,20% |
| | Chiquinquirá | 21 | | |
| | Duitama | 19 | | |
| SANTANDER | Barbosa | 1953 | 32.067 | 6,09% |
| | Puente Nacional | 192 | 15.095 | 1,27% |
| | Güepesa | 82 | 5.240 | 1,56% |
| | Vélez | 46 | 25.334 | 0,18% |
| | San Benito | 42 | 2.997 | 1,40% |

Fuente: RIPS (Dinámica Gerencial)

Figura 13. Cobertura de Atención en municipios del área de influencia del HRM 2023

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | No DE USUARIOS 2023 | Poblacion DANE 2023 | COBERTURA 2023 |
|--------------|------------------|---------------------|---------------------|----------------|
| BOYACA | Moniquirá | 26583 | 23490 | 113,17% |
| | Santa Sofia | 1075 | 3275 | 32,82% |
| | Toguí | 1152 | 4420 | 26,06% |
| | San José de Pare | 1275 | 5098 | 25,01% |
| | Santana | 1729 | 7862 | 21,99% |
| | Chitaraque | 1064 | 5981 | 17,79% |
| | Arcabuco | 322 | 6097 | 5,28% |
| | Gachantiva | 141 | 2833 | 4,98% |
| SANTANDER | Barbosa | 8005 | 33510 | 23,89% |
| | Güepa | 666 | 5447 | 12,23% |
| | Puente Nacional | 1283 | 15231 | 8,42% |
| | Jesús María | 151 | 3426 | 4,41% |
| | Vélez | 731 | 25876 | 2,83% |
| | La Belleza | 112 | 6339 | 1,77% |

Fuente: RIPS (Dinámica Gerencial)

1.6. Análisis de morbilidad y mortalidad

Como se observa en la figura 14 y 15, la principal causa de morbilidad en las provincias de Ricaurte y Vélez respectivamente son las enfermedades cardiovasculares, lo cual es coincidente con la primera causa en el municipio de Moniquirá.

Esto refuerza la importancia de la Unidad de cuidados intensivos en el Hospital, así como la necesidad de contar en el Hospital Regional de Moniquirá con una Unidad de hemodinamia, proyectos que se concretaron durante el primer semestre de 2023 y que

hoy son una realidad, encontrándose actualmente en ejecución la obra y adecuaciones respectivamente y que esperan ser entregados en el mes de marzo. Es importante aclarar que la Unidad de Cuidado Intensivos funciona actualmente y se cuenta al igual que todo el hospital certificado en condiciones de habilitación, pero funciona en el área de hospitalización, mientras se entrega el proyecto de su ubicación definitiva.

Figura 14. Perfil de Morbilidad Gran Causa Enfermedades No Transmisibles Provincias de Ricaurte (Boyacá) año 2021

| GRAN CAUSA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES - PROVINCIA DE RICAURTE (Boyacá) | | | |
|---|---|------------------|---------------|
| ENFERMEDES NO TRANSMISIBLES | SUB- CAUSA | No de Atenciones | Porcentaje |
| | Anomalias congénitas | 952 | 0,98 |
| | Condiciones neuropsiquiaticas | 8570 | 8,86 |
| | Condiciones orales | 15133 | 15,65 |
| | Desordenes endocrinos | 5569 | 5,76 |
| | Diabetes mellitus | 5096 | 5,27 |
| | Enfermedades cardiovasculares | 24315 | 25,14 |
| | Enfermedades de la piel | 2752 | 2,85 |
| | Enfermedades de los organos de los sentidos | 5549 | 5,74 |
| | Enfermedades digestivas | 4990 | 5,16 |
| | Enfermedades genitourinarias | 8166 | 8,44 |
| | Enfermedades musculo-esqueleticas | 8664 | 8,96 |
| | Enfermedades respiratorias | 2788 | 2,88 |
| | Neoplasias malignas | 2563 | 2,65 |
| | Otras neoplasias | 1594 | 1,65 |
| | TOTAL | 96701 | 100,00 |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)

Figura 15. Morbilidad Enfermedades no trasmisibles Municipio de Monquirá

| ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES | | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|------------------|-------------|
| Subgrupos de causa de morbilidad | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Δ pp 2021 - 2020 | % 2017-2021 |
| TOTAL | | | | | | | |
| Neoplasias malignas | 1,67 | 1,56 | 1,60 | 2,76 | 2,29 | -0,46 | 1,94 |
| Otras neoplasias | 0,93 | 1,27 | 1,30 | 1,39 | 1,67 | 0,28 | 1,31 |
| Diabetes mellitus | 4,99 | 5,58 | 4,96 | 6,67 | 6,31 | -0,36 | 5,69 |
| Desordenes endocrinos | 5,22 | 6,07 | 4,81 | 4,99 | 6,13 | 1,14 | 5,48 |
| Condiciones neuropsiquiatricas | 7,69 | 8,34 | 8,98 | 8,26 | 9,16 | 0,90 | 8,47 |
| Enfermedades de los órganos de los sentidos | 6,91 | 5,66 | 6,09 | 3,82 | 6,30 | 2,49 | 5,74 |
| Enfermedades cardiovasculares | 24,27 | 27,39 | 24,97 | 26,46 | 20,29 | -6,17 | 24,90 |
| Enfermedades respiratorias | 5,64 | 4,60 | 4,64 | 3,49 | 3,23 | -0,26 | 4,35 |
| Enfermedades digestivas | 4,99 | 4,84 | 4,93 | 4,57 | 4,70 | 0,12 | 4,81 |
| Enfermedades genitourinarias | 11,43 | 10,44 | 11,16 | 9,23 | 8,38 | -0,85 | 10,17 |
| Enfermedades de la piel | 3,26 | 3,47 | 2,94 | 2,55 | 2,81 | 0,25 | 3,04 |
| Enfermedades musculo-esqueléticas | 9,50 | 11,03 | 9,96 | 8,54 | 9,83 | 1,29 | 9,85 |
| Anomalías congénitas | 0,93 | 1,13 | 0,99 | 0,98 | 0,96 | -0,02 | 1,01 |
| Condiciones orales | 12,58 | 8,63 | 12,67 | 16,29 | 17,94 | 1,65 | 13,24 |

Fuente: (Secretaría Municipal de Salud de Monquirá, 2022)

Figura 16. Perfil de Morbilidad Gran Causa Enfermedades No Transmisibles Provincias de Vélez (Santander) año 2021

| GRAN CAUSA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES - PROVINCIA DE VÉLEZ (Santander) | | | |
|---|---|------------------|------------|
| ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES | SUB- CAUSA | No de Atenciones | Porcentaje |
| | Anomalías congénitas | 2128 | 1,20 |
| | Condiciones neuropsiquiatricas | 22132 | 12,51 |
| | Condiciones orales | 13602 | 7,69 |
| | Desordenes endocrinos | 10609 | 6,00 |
| | Diabetes mellitus | 6356 | 3,59 |
| | Enfermedades cardiovasculares | 49050 | 27,72 |
| | Enfermedades de la piel | 5820 | 3,29 |
| | Enfermedades de los organos de los sentidos | 10514 | 5,94 |
| | Enfermedades digestivas | 11118 | 6,28 |
| | Enfermedades genitourinarias | 16979 | 9,60 |
| | Enfermedades musculo-esqueleticas | 15268 | 8,63 |
| | Enfermedades respiratorias | 5716 | 3,23 |
| | Neoplasias malignas | 4946 | 2,80 |
| | Otras neoplasias | 2710 | 1,53 |
| | TOTAL | 176948 | 100 |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)

En la figura 17 se observa que la prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial tienen una tendencia al alza en las últimas vigencias de análisis (2020-2021), lo cual es concordante con el perfil de atenciones del Hospital, esto demuestra la prevalencia de estas morbilidades que son precursores de otras enfermedades que deterioran la calidad de vida de la población.

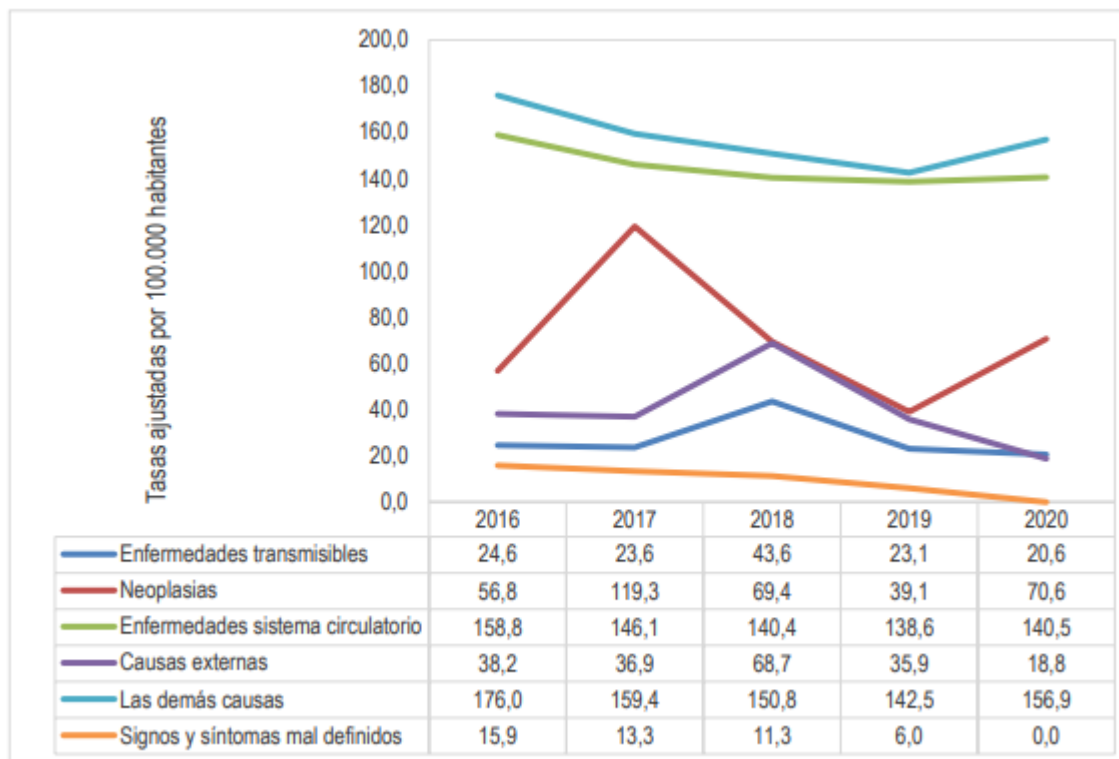
Figura 17. *Semaforización eventos Precursores en Moniquirá 2017-2021*

| Evento | Boyacá 2021 | Moniquirá 2021 | Comportamiento | | | | |
|--|-------------|----------------|----------------|------|------|------|------|
| | | | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| Prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años | 2,19 | 2,30 | ↗ | ↗ | ↘ | ↘ | ↗ |
| Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años | 7,64 | 8,25 | ↘ | ↘ | ↗ | ↗ | ↗ |

Fuente: (Secretaría Municipal de Salud de Moniquirá, 2022)

En la figura 18 se observa que la principal causa de mortalidad en el municipio de Moniquirá son las enfermedades del sistema circulatorio, que son concordantes con el perfil de morbilidad de la región y del municipio, seguidas de las neoplasias, que si bien tuvieron una tendencia negativa hasta 2019, a partir de 2020 empiezan a retomar una tendencia positiva que es objeto de análisis epidemiológico para definir las necesidades de la población, sobre los cuales el Hospital Regional de Moniquirá proyecta su prestación de servicios.

Figura 18. Tasa de Mortalidad ajustada por edad, Municipio de Moniquirá 2016-2020



Fuente: (Secretaría Municipal de Salud de Moniquirá, 2022)

En las figuras 19,20, 21 y 22 se desglosan las tasas de mortalidad en subgrupos, según los grupos mostrados en la figura 18.

En el grupo de enfermedades transmisibles la primera tasa corresponde a infecciones respiratorias agudas (IRA) que no corresponde exclusivamente a COVID 19 pues observando en la figura 19, aún antes del 2020, la tasa era alta y la más significativa del grupo.

En la figura 20 se observa el grupo de mortalidad por neoplasias, siendo el tumor maligno de mama de la mujer, la tasa más alta de mortalidad del grupo lo cual requiere una atención especial y a la cual el Hospital Regional de Moniquirá brindó respuesta a través del servicio diagnóstico de mamografía. Actualmente el Hospital está trabajando en fortalecer las estrategias preventivas para tratar esta problemática de salud pública.

Como se observa en la figura 21 , en el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, la tasa de mortalidad más alta corresponde a enfermedades isquémicas del corazón, que es la tasa más alta de todos los grupos seguido de enfermedades cerebrovasculares, estos datos muestran la necesidad explícita de contar con una unidad de hemodinamia que permita tratar oportuna y adecuadamente estas morbilidades y refuerzan la importancia de la unidad de cuidados intensivos para el cuidado crítico de estos pacientes.

En la figura 22 respecto al grupo de las demás causas, la primera tasa de mortalidad corresponde a las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, que aunado a la precitada problemática de las IRA denota la importancia de tratar las patologías relacionadas con el sistema respiratorio.

Figura 19. Tasa de Mortalidad para enfermedades transmisibles, Moniquirá 2016-2020

| ENFERMEDADES TRANSMISIBLES | | | | | |
|--|------|-------|-------|-------|-------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| TOTAL | | | | | |
| Enfermedades infecciosas intestinales | 0,00 | 0,00 | 4,25 | 7,87 | 1,91 |
| Tuberculosis | 2,90 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia | 8,15 | 7,43 | 14,14 | 0,00 | 1,91 |
| Ciertas enfermedades inmunoprevenibles | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Meningitis | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Septicemia, excepto neonatal | 5,04 | 0,00 | 7,74 | 0,00 | 0,00 |
| Enfermedad por el VIH (SIDA) | 0,00 | 0,00 | 4,25 | 0,00 | 0,00 |
| Infecciones respiratorias agudas | 8,53 | 13,67 | 13,20 | 15,27 | 16,79 |
| Resto de ciertas enfermedades infecciosas v parasitarias | 0,00 | 2,48 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Fuente: (Secretaría Municipal de Salud de Moniquirá, 2022)

Figura 20. Tasa de Mortalidad para neoplasias, Moniquirá 2016-2020

| NEOPLASIAS | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| TOTAL | | | | | |
| Tumor maligno del estómago | 2,90 | 21,93 | 3,33 | 5,47 | 7,58 |
| Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea | 5,97 | 10,03 | 5,19 | 5,25 | 6,24 |
| Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon | 9,31 | 31,22 | 13,28 | 2,58 | 5,86 |
| Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón | 0,00 | 2,48 | 3,00 | 0,00 | 6,24 |
| Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón | 3,90 | 2,48 | 0,00 | 0,00 | 1,91 |
| Tumor maligno de la mama de la mujer | 11,89 | 15,92 | 16,58 | 11,87 | 35,46 |
| Tumor maligno del cuello del útero | 0,00 | 10,86 | 0,00 | 5,20 | 14,64 |
| Tumor maligno del cuerpo del útero | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Tumor maligno del útero, parte no especificada | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Tumor maligno de la próstata | 11,56 | 18,46 | 22,76 | 4,40 | 5,78 |
| Tumor maligno de otros órganos genitourinarios | 4,30 | 6,41 | 5,78 | 2,91 | 0,00 |
| Leucemia | 0,00 | 0,00 | 3,00 | 0,00 | 0,00 |
| Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines | 8,91 | 0,00 | 9,92 | 0,00 | 0,00 |
| Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas | 9,87 | 18,23 | 6,33 | 12,36 | 11,75 |
| Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido | 0,00 | 3,85 | 0,00 | 0,00 | 2,48 |

Fuente: (Secretaría Municipal de Salud de Moniquirá, 2022)

Figura 21. Tasa de mortalidad para enfermedades del sistema circulatorio en Moniquirá 2016-2020

| ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| TOTAL | | | | | |
| Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Enfermedades hipertensivas | 23,28 | 21,92 | 8,52 | 19,40 | 22,15 |
| Enfermedades isquémicas del corazón | 46,37 | 68,26 | 68,40 | 63,38 | 57,44 |
| Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón | 18,06 | 16,68 | 11,23 | 9,27 | 12,73 |
| Paro cardíaco | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Insuficiencia cardíaca | 15,30 | 3,05 | 0,00 | 5,13 | 5,73 |
| Enfermedades cerebrovasculares | 52,72 | 33,39 | 43,60 | 35,13 | 28,75 |
| Aterosclerosis | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Las demás enfermedades del sistema circulatorio | 3,11 | 2,83 | 8,69 | 6,33 | 13,71 |

Fuente: (Secretaría Municipal de Salud de Moniquirá, 2022)

Figura 22. Tasa de mortalidad para las demás causas en Moniquirá 2016-2020

| LAS DEMÁS ENFERMEADES | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| TOTAL | | | | | |
| Diabetes mellitus | 25,75 | 14,24 | 15,08 | 9,02 | 18,19 |
| Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales | 8,86 | 2,83 | 4,89 | 6,87 | 2,48 |
| Trastornos mentales y del comportamiento | 2,52 | 2,48 | 3,50 | 0,00 | 0,00 |
| Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis | 15,06 | 25,58 | 13,12 | 21,14 | 6,88 |
| Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores | 28,32 | 38,16 | 31,85 | 48,43 | 29,38 |
| Resto de enfermedades del sistema respiratorio | 13,90 | 5,31 | 9,79 | 9,99 | 22,86 |
| Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal | 2,52 | 5,54 | 18,42 | 0,00 | 2,48 |
| Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 43,08 | 27,02 | 21,11 | 22,12 | 26,07 |
| Resto de enfermedades del sistema digestivo | 17,47 | 14,69 | 8,52 | 18,11 | 24,33 |
| Enfermedades del sistema urinario | 3,11 | 2,48 | 14,98 | 4,89 | 3,82 |
| Hiperplasia de la próstata | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Resto de las enfermedades | 15,42 | 7,75 | 4,98 | 0,00 | 5,59 |

Fuente: (Secretaría Municipal de Salud de Moniquirá, 2022)

La figura 23 muestra las prioridades en salud en el municipio de Moniquirá según lo identificado en el ASIS municipal del año 2022 comparados con los indicadores del departamento e identificados por los grupos de riesgos (MIAS).

Las prioridades en salud con tasas mayores en el municipio que en el departamento son concordantes con lo expuesto en los grupos con mayor incidencia, apareciendo respecto a las mencionadas, la cirrosis y ciertas enfermedades crónicas del hígado con una tasa de 17,7 puntos mayor, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con una tasa de 51,37 puntos mayor y ciertas afecciones del periodo perinatal con una tasa 26,24 mayor.

Estas prioridades en salud según las tasas de mortalidad del municipio, aunado al análisis de morbimortalidad del área de influencia y mercado natural del Hospital, ha sido un insumo fundamental para direccionar la prestación de los servicios de salud en conformidad con el modelo de atención basado en APS.

Figura 23. Prioridades en Salud en Moniquirá según Tasas de mortalidad

| Mortalidad | Prioridad | Valor del indicador del municipio Moniquirá Año 2020 | Valor del indicador del departamento de Boyacá Año 2020 | Comparación de tasa municipio frente a departamento | Grupos de Riesgo (MIAS) |
|---|--|--|---|---|-------------------------|
| General por grandes causas* | Enfermedades del sistema circulatorio | 140,5 | 131,83 | Mayor | 001 |
| | Todas las demás causas | 156,9 | 106,94 | Mayor | 000 |
| | Neoplasias | 70,6 | 75,39 | Menor | 007 |
| Específica por Subcausas o subgrupos | Enfermedades isquémicas del corazón | 57,44 | 65,59 | Menor | 001 |
| | Enfermedades cerebrovasculares | 28,75 | 25,30 | Mayor | 001 |
| | Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores | 29,38 | 25,88 | Mayor | 002 |
| | Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado | 26,07 | 8,37 | Mayor | 000 |
| | Tumor maligno de la mama de la mujer | 35,46 | 10,83 | Mayor | 007 |
| | Tumor maligno de la próstata | 5,78 | 10,41 | Menor | 007 |
| Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | 52,27 | 0,90 | Mayor | 008 |
| | Ciertas afecciones originadas en el período perinatal | 52,27 | 26,03 | Mayor | 008 |
| Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores | Razón de mortalidad materna a 42 días | 0 | 37,32 | Menor | 008 |
| | Tasa de mortalidad neonatal | 3,32 | 3,66 | Menor | 008 |
| | Tasa de mortalidad infantil | 6,64 | 6,49 | Mayor | 008 |
| | Tasa de mortalidad en la niñez (menor de 5 años) | 6,64 | 8,51 | Menor | 008 |
| | Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años | 0 | 2,16 | Menor | 009 |
| | Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años | 0 | 8,65 | Menor | 009 |
| | Tasa de mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años | 0 | 0,00 | Igual | 003 |

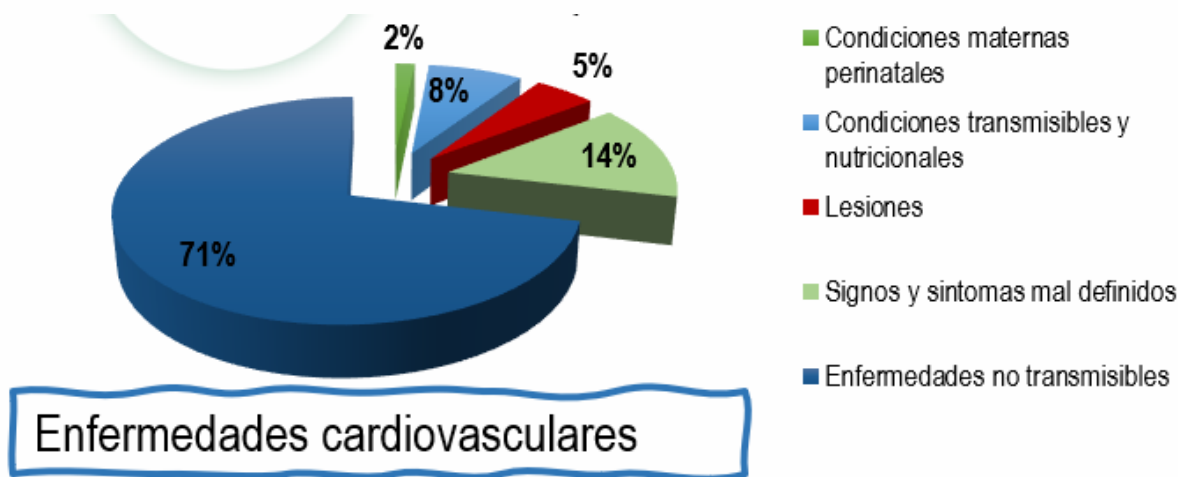
Fuente: (Secretaría Municipal de Salud de Moniquirá, 2022)

Los determinantes estructurales de la salud combinan elementos de diversos patrones hasta llegar a la construcción de un modelo que revela la existencia de un contexto sociopolítico que genera desigualdades socioeconómicas que responden a una estratificación referida a los niveles de ingresos, educación, género, raza o pertenencia a un grupo étnico. Estos contextos y mecanismos de estratificación socioeconómica se

describen como determinantes estructurales de la salud o como factores sociales determinantes de las desigualdades entorno a la salud (Williamson, 1990).

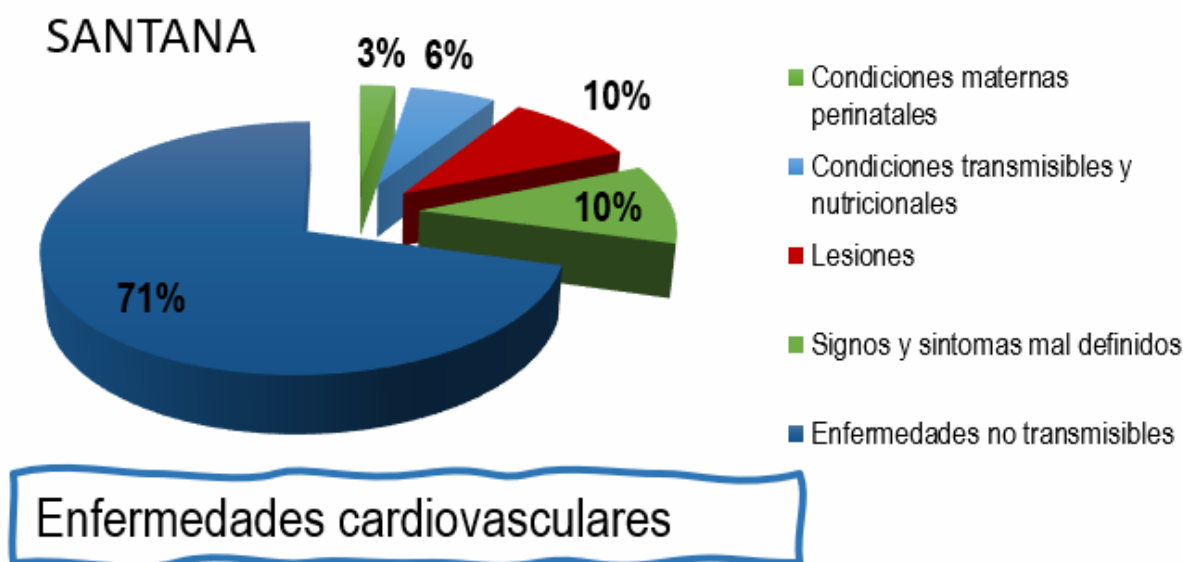
A continuación, se presenta el perfil de morbilidad para los municipios que hacen parte del área de influencia del hospital:

Figura 24. Morbilidad agrupada Municipio de Moniquirá 2018-2022



Fuente: ASIS Moniquirá 2023

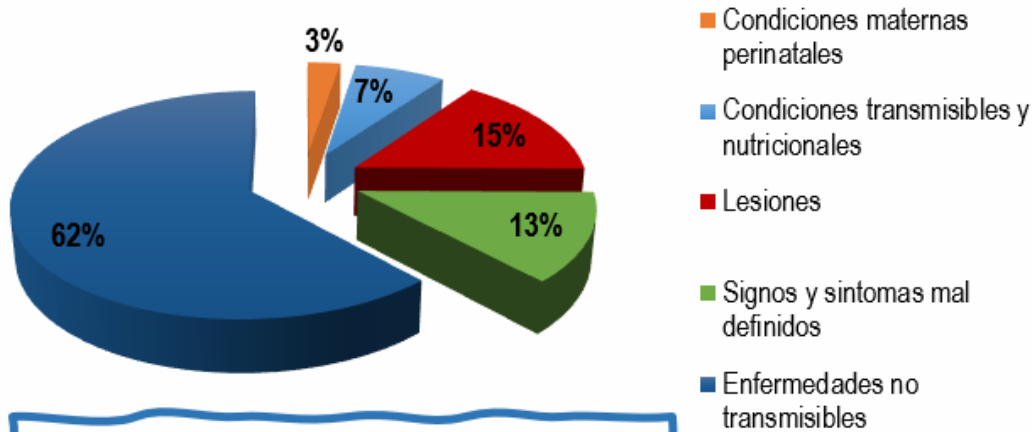
Figura 25. Morbilidad agrupada Municipio de Santana 2018-2022



Fuente: ASIS Santana 2023

Figura 26. Morbilidad agrupada Municipio de Chitaraque 2018-2022

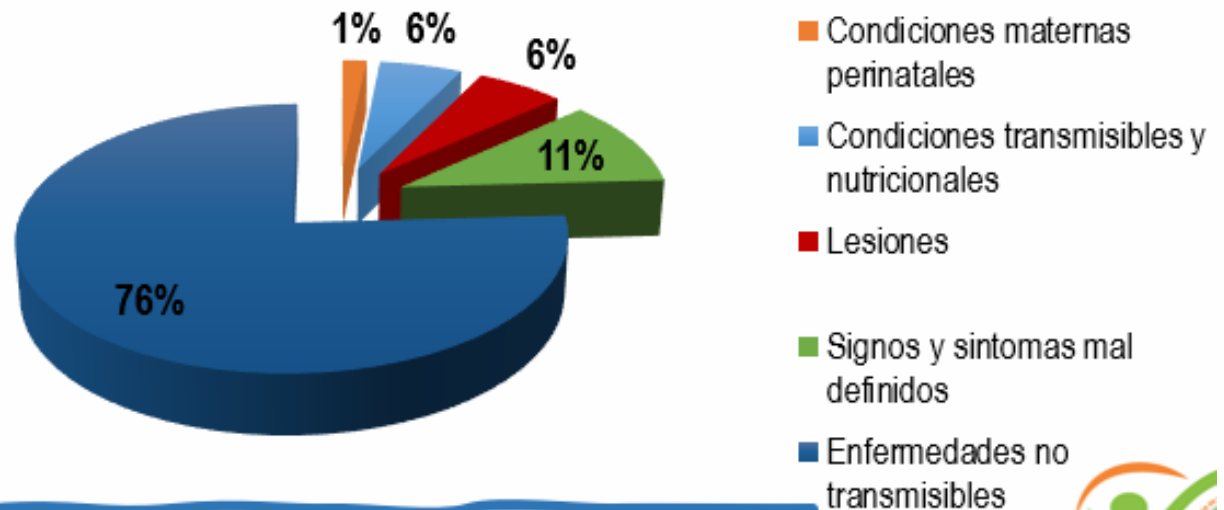
CHITARAQUE



Condiciones orales

Fuente: ASIS Chitaraque 2023

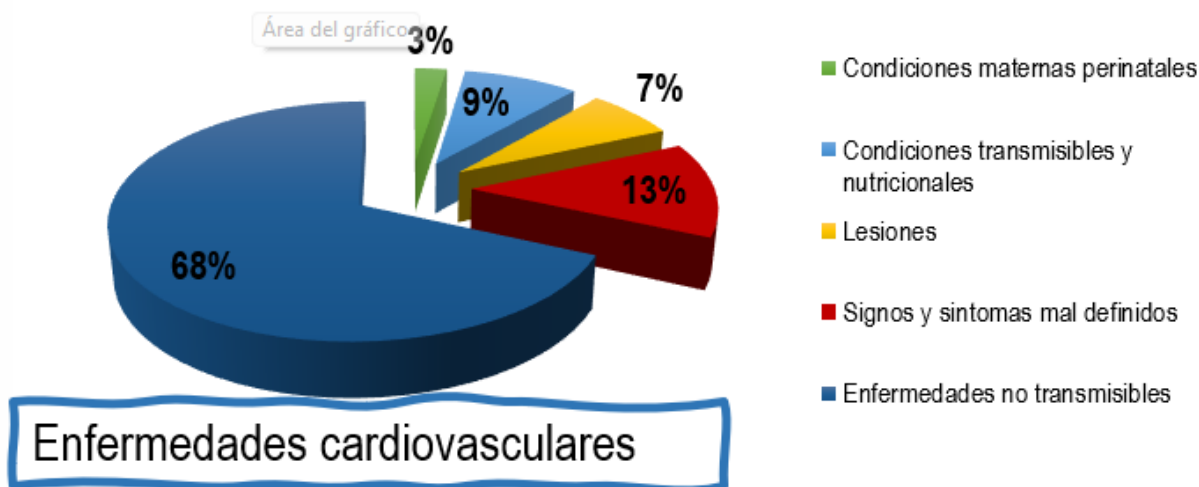
Figura 27. Morbilidad agrupada Municipio de San José de Pare 2018-2022



Condiciones orales

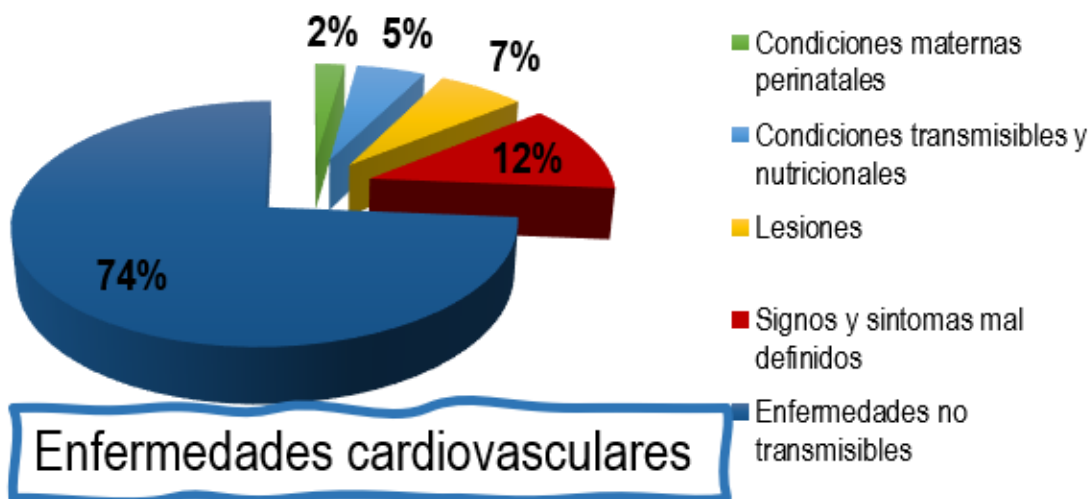
Fuente: ASIS San José de Pare 2023

Figura 28. Morbilidad agrupada Municipio de Togui 2018-2022



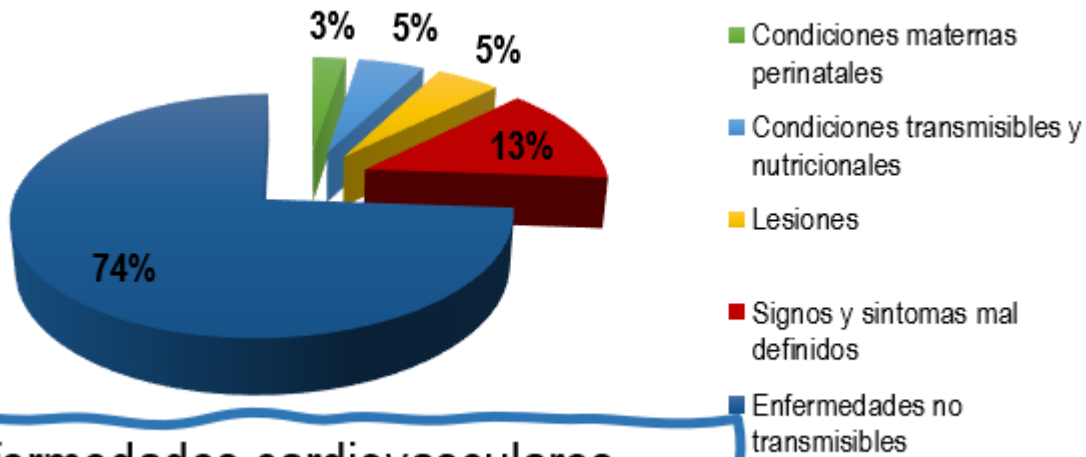
Fuente: ASIS Togüí 2023

Figura 29. Morbilidad agrupada Municipio de Santa Sofía 2018-2022



Fuente: ASIS Santa Sofía 2023

Figura 30. Morbilidad agrupada Municipio de Arcabuco 2018-2022

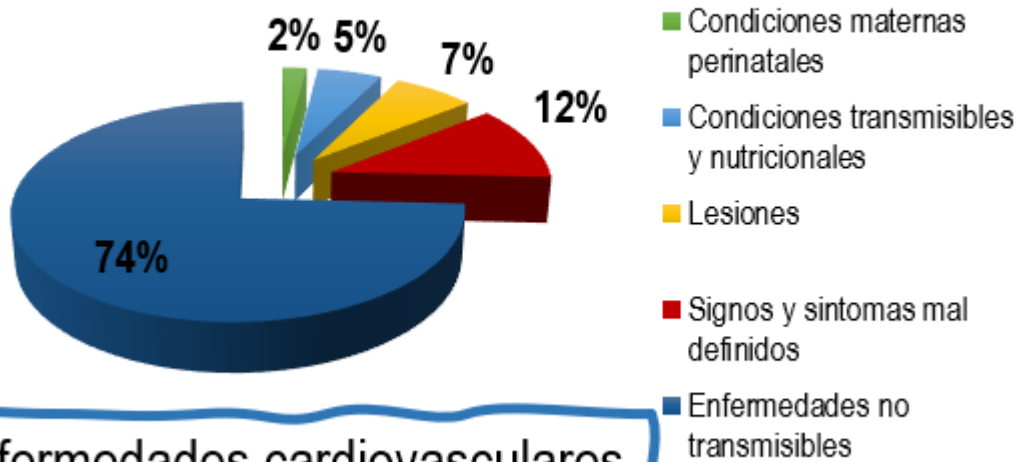


Enfermedades cardiovasculares

Fuente: ASIS Arcabuco 2023

Figura 31. Morbilidad agrupada Municipio de Gachantivá 2018-2022

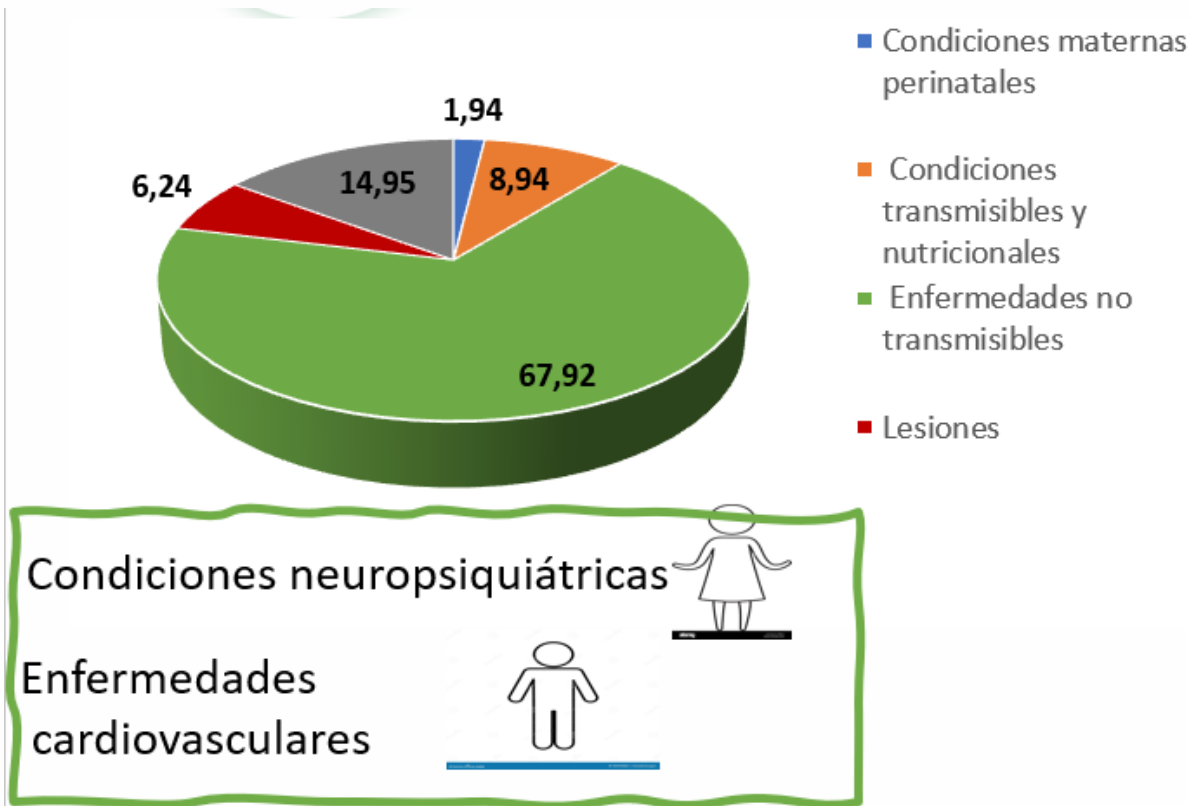
GACHANTIVA



Enfermedades cardiovasculares

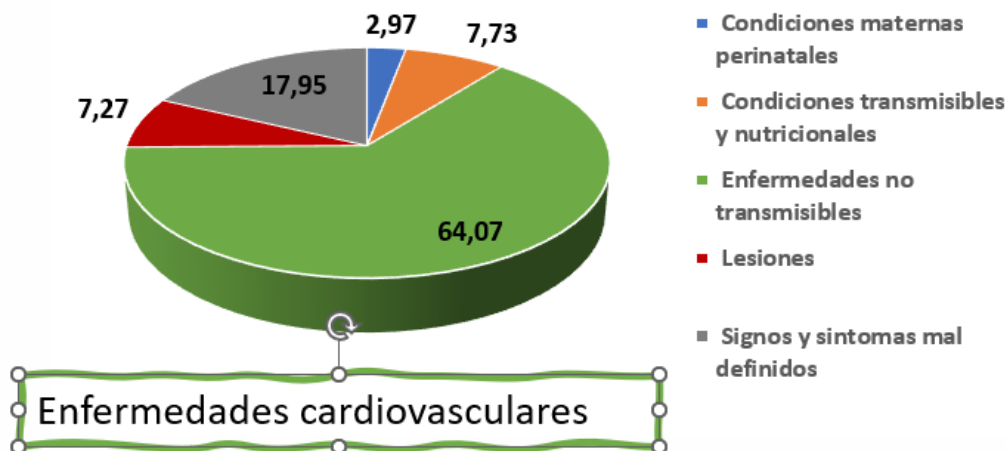
Fuente: ASIS Gachantivá 2023

Figura 32. Morbilidad agrupada Municipio de Barbosa 2018-2022



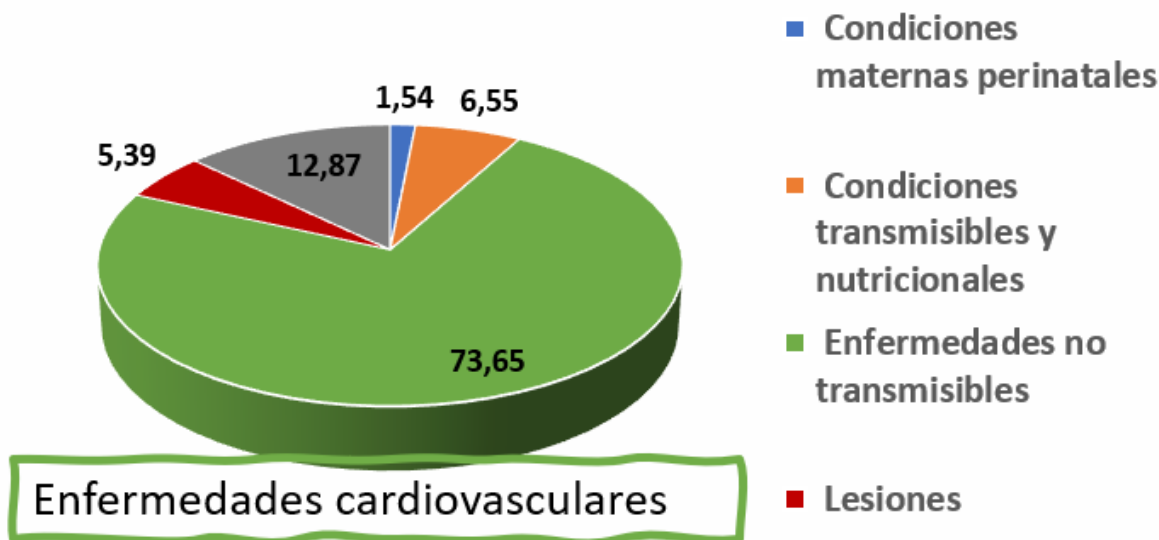
Fuente: ASIS Barbosa 2023

Figura 33. Morbilidad agrupada Municipio de Güepesa 2018-2022



Fuente: ASIS Güepesa 2023

Figura 34. Morbilidad agrupada Municipio de Puente Nacional 2018-2022



Fuente: ASIS Puente Nacional 2023

Las figuras 24 a la 34 muestran el predominio de las enfermedades cardiovasculares como principal causa de morbilidad. Dado que el Hospital Regional de Moniquirá ESE se ha convertido en el centro de referencia de estos municipios, la unidad de hemodinamia e intervencionismos que permitirá contar con diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos y acertados que mitigaran el riesgo asociado a los traslados y la poca disponibilidad de estos servicios en los departamentos de Boyacá y Santander, que solo se encuentran en Tunja y Bucaramanga respectivamente.

A continuación, se presenta el perfil de mortalidad de los precitados municipios del área de influencia del Hospital :

Tabla 4. Mortalidad en el municipio de Moniquirá (2018-2022).

| GRANDES CAUSAS | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | PRIMERA- SUBCAUSA DE LA GRAN CAUSA AÑO 2022 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| Enfermedades transmisibles | 43,58 | 23,13 | 20,60 | 39,68 | 13,32 | INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS |
| Neoplasias | 69,36 | 39,07 | 70,64 | 64,72 | 85,70 | TUMOR MALIGNO DE LA TRÁQUEA, LOS BRONQUIOS Y EL PULMÓN |
| Enfermedades sistema circulatorio | 140,43 | 138,65 | 140,52 | 120,25 | 160,68 | ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN |
| Causas externas | 68,75 | 35,86 | 18,79 | 44,60 | 50,66 | ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE |
| Las demás causas | 150,83 | 142,52 | 156,94 | 139,60 | 158,13 | CIRROSIS Y CIERTAS OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Tabla 5. Mortalidad en el municipio de Santana (2018-2022).

| GRAN CAUSA | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | PRIMERA- SUBCAUSA DE LA GRAN CAUSA AÑO 2022 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| Enfermedades transmisibles | 22,26 | 42,68 | 21,33 | 25,24 | 25,38 | INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS |
| Neoplasias | 70,13 | 44,02 | 81,35 | 46,80 | 33,71 | TUMOR MALIGNO DE LA TRÁQUEA, LOS BRONQUIOS Y EL PULMÓN |
| Enfermedades sistema circulatorio | 208,16 | 109,99 | 78,02 | 172,92 | 145,36 | ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN |
| Causas externas | 23,64 | 137,92 | 29,45 | 93,74 | 111,88 | ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE |
| Las demás causas | 111,47 | 177,57 | 211,06 | 84,78 | 196,39 | CIRROSIS Y CIERTAS OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Tabla 6. Mortalidad en el municipio de Chitaraque (2018-2022).

| GRAN CAUSA DE MORTALIDAD | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | PRIMERA- SUBCAUSA DE LA GRAN CAUSA AÑO 2022 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| Enfermedades transmisibles | 14,75 | 59,45 | 102,33 | 50,74 | 79,19 | CIERTAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y RABIA |
| Neoplasias | 22,27 | 71,47 | 25,28 | 37,88 | 52,97 | TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO |
| Enfermedades sistema circulatorio | 131,43 | 182,14 | 118,00 | 147,50 | 126,68 | ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN |
| Causas externas | 84,74 | 62,56 | 23,49 | 99,82 | 38,90 | LOS DEMÁS ACCIDENTES |
| Las demás causas | 85,84 | 155,80 | 172,36 | 207,91 | 175,06 | CIRROSIS Y CIERTAS OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Tabla 7. Mortalidad en el municipio de San José de Pare (2018-2022).

| GRAN CAUSA DE MORALIDAD | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | PRIMERA- SUBCAUSA DE LA GRAN CAUSA AÑO 2022 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--|
| Enfermedades transmisibles | 89,37 | 19,41 | 17,16 | 6,96 | 6,90 | INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS |
| Neoplasias | 132,79 | 45,52 | 67,46 | 66,18 | 59,79 | TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA |
| Enfermedades sistema circulatorio | 136,37 | 144,75 | 126,17 | 127,54 | 154,08 | ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN |
| Causas externas | 33,09 | 16,97 | 56,24 | 34,84 | 13,62 | CAÍDAS |
| Las demás causas | 173,49 | 146,20 | 155,58 | 153,18 | 137,93 | ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Tabla 8. Mortalidad en el municipio de Togüí (2018-2022).

| GRAN CAUSA | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | PRIMERA SUBCAUSA DE LA GRAN CAUSA AÑO 2022 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| Enfermedades transmisibles | 87,66 | 36,41 | 43,48 | 15,67 | 35,22 | INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS |
| Neoplasias | 78,80 | 24,85 | 70,53 | 94,74 | 64,83 | TUMOR MALIGNO DEL COLON Y DE LA UNIÓN RECTOSIGMOIDEA |
| Enfermedades sistema circulatorio | 128,41 | 144,02 | 142,01 | 220,67 | 155,94 | ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN |
| Causas externas | 14,95 | 59,92 | 27,71 | 61,35 | 41,60 | EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA |
| Las demás causas | 172,52 | 149,48 | 123,91 | 311,16 | 127,42 | CIRROSIS Y CIERTAS OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Tabla 9. Mortalidad en el municipio de Santa Sofía (2018-2022).

| GRAN CAUSA | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | PRIMERA- SUBCAUSA DE LA GRAN CAUSA AÑO 2022 |
|-----------------------------------|-------|--------|--------|-------|-------|--|
| Enfermedades transmisibles | 0,0 | 7,48 | 40,74 | 31,2 | 0 | |
| Neoplasias | 100,4 | 69,18 | 68,52 | 95,5 | 85,84 | TUMORES MALIGNOS DE OTRAS LOCALIZACIONES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS |
| Enfermedades sistema circulatorio | 193,9 | 161,01 | 168,76 | 105,6 | 129,3 | ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN |
| Causas externas | 0,0 | 138,73 | 77,80 | 69,1 | 0 | |
| Las demás causas | 92,7 | 51,04 | 90,11 | 70,6 | 55,96 | DIABETES MELLITUS |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Tabla 10. Mortalidad en el municipio de Arcabuco (2018-2022).

| GRAN CAUSA DE MORALIDAD | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | PRIMERA- SUBCAUSA DE LA GRAN CAUSA AÑO 2022 |
|-----------------------------------|-------|-------|------|-------|--------|---|
| Enfermedades transmisibles | 0,0 | 41,2 | 48,5 | 13,7 | 22,55 | INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS |
| Neoplasias | 95,2 | 91,7 | 55,6 | 98,2 | 54,32 | TUMOR MALIGNO DE LOS ÓRGANOS DIGESTIVOS Y DEL PERITONEO, EXCEPTO ESTÓMAGO Y COLON |
| Enfermedades sistema circulatorio | 139,8 | 164,8 | 92,9 | 144,1 | 196,63 | ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES |
| Causas externas | 30,7 | 43,6 | 16,1 | 0,0 | 64,08 | ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE |
| Las demás causas | 67,9 | 66,8 | 51,9 | 90,6 | 175,44 | ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Tabla 11. Mortalidad en el municipio de Gachantivá (2018-2022).

| GRAN CAUSA DE MORTALIDAD | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | PRIMERA- SUBCAUSA DE LA GRAN CAUSA AÑO 2022 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--|
| Enfermedades transmisibles | 26,31 | 0,00 | 0,00 | 12,38 | 0,00 | |
| Neoplasias | 88,32 | 99,14 | 50,93 | 65,69 | 111,74 | TUMOR MALIGNO DE LA TRÁQUEA, LOS BRONQUIOS Y EL PULMÓN |
| Enfermedades sistema circulatorio | 223,60 | 100,91 | 217,13 | 211,01 | 142,11 | ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN |
| Causas externas | 75,68 | 113,40 | 0,00 | 17,67 | 0,00 | |
| Las demás causas | 118,67 | 131,34 | 66,82 | 60,40 | 209,87 | DIABETES MELLITUS |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Tabla 12. Mortalidad en el municipio de Barbosa (2018-2022)

| GRAN CAUSA DE MORTALIDAD | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | PRIMERA- SUBCAUSA DE LA GRAN CAUSA AÑO 2022 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| Enfermedades transmisibles | 29,16 | 21,63 | 33,19 | 17,99 | 22,71 | INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS |
| Neoplasias | 84,99 | 72,28 | 70,84 | 69,77 | 51,84 | TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA |
| Enfermedades sistema circulatorio | 166,78 | 139,92 | 98,73 | 158,79 | 156,64 | ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN |
| Causas externas | 67,12 | 32,91 | 28,90 | 58,24 | 46,54 | ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE |
| Las demás causas | 120,43 | 117,90 | 128,64 | 116,61 | 52,60 | DIABETES MELLITUS |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Tabla 13. Mortalidad en el municipio de Puente Nacional (2018-2022)

| GRAN CAUSA DE MORTALIDAD | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | PRIMERA- SUBCAUSA DE LA GRAN CAUSA AÑO 2022 |
|-----------------------------------|--------|--------|-------|--------|--------|--|
| Enfermedades transmisibles | 38,43 | 36,74 | 2,11 | 8,02 | 9,63 | ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS |
| Neoplasias | 100,30 | 35,28 | 49,08 | 52,96 | 77,57 | TUMOR MALIGNO DE LA MAMA DE LA MUJER |
| Enfermedades sistema circulatorio | 225,05 | 98,63 | 89,23 | 129,19 | 113,73 | ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN |
| Causas externas | 59,11 | 48,11 | 22,65 | 32,39 | 29,97 | AHOGAMIENTO Y SUMERSIÓN ACCIDENTALES |
| Las demás causas | 117,77 | 126,48 | 73,97 | 103,73 | 120,59 | ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Tabla 14. Mortalidad en el municipio de Güepsa (2018-2022)

| GRAN CAUSA DE MORTALIDAD | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | PRIMERA- SUBCAUSA DE LA GRAN CAUSA AÑO 2022 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|---|
| Enfermedades transmisibles | 48,38 | 42,25 | 29,55 | 7,74 | 0,00 | |
| Neoplasias | 68,21 | 24,06 | 7,95 | 96,37 | 63,92 | TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA |
| Enfermedades sistema circulatorio | 113,60 | 149,14 | 122,97 | 120,04 | 126,21 | ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN |
| Causas externas | 0,00 | 38,90 | 29,55 | 19,56 | 63,10 | AGRESIONES (HOMICIDIOS) |
| Las demás causas | 133,83 | 63,67 | 132,74 | 143,13 | 125,56 | ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Las tablas 4 a la 12 muestran en el perfil de mortalidad de los municipios del área de influencia del hospital, en donde se encuentra que las principales causas de mortalidad corresponden a:

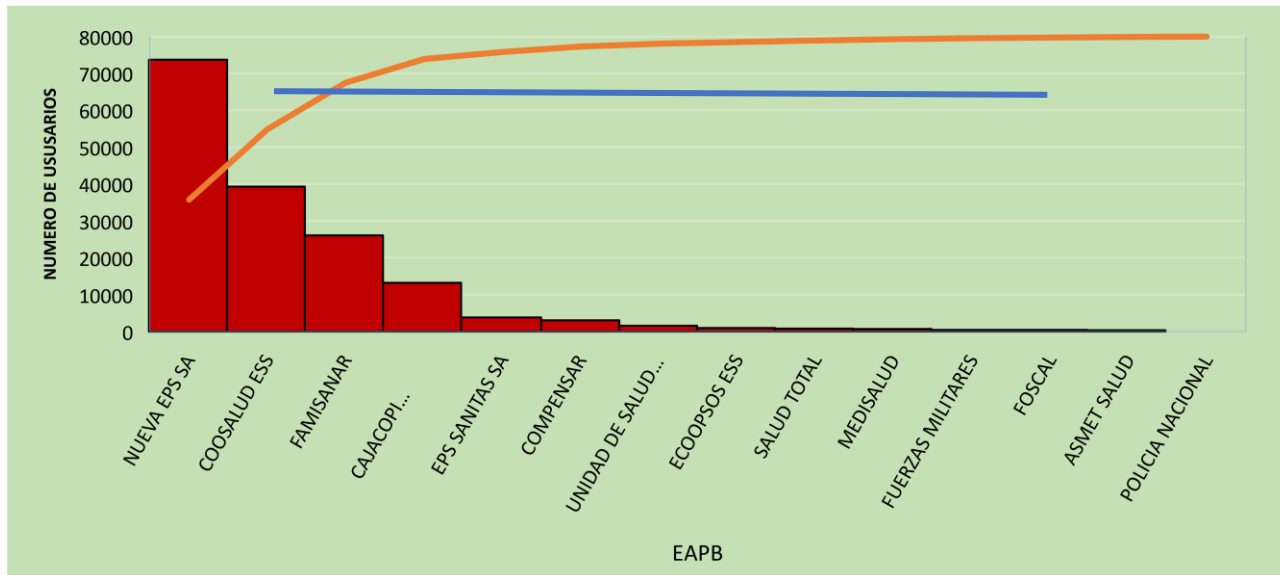
- Enfermedades del sistema circulatorio y/o enfermedades isquémicas del corazón, derivadas de enfermedades cardiovasculares.
- Cirrosis, enfermedades crónicas del hígado.
- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias.

Esto denota que la población de este territorio fallece principalmente por afecciones del corazón, del hígado y de los pulmones. Esto responde en gran medida a aspectos culturales relacionados en el primero con la alta prevalencia de enfermedades crónicas como la hipertensión y diabetes mellitus derivados de malos hábitos alimenticios. En el caso del hígado también el aspecto cultural de beber guarapo y bebidas alcohólicas desde edades tempranas y el tercero de los pulmones debido a las actividades económicas y del hogar en donde intervienen calderas y fogones de leña. En este sentido hacemos énfasis en la importancia del enfoque intersectorial para una adecuada gestión del riesgo en salud y la importancia estratégica de aumentar el alcance del programa integral de salud familiar en todos estos municipios.

1.7. Aseguramiento en Salud

La figura 35 muestra que el 80% de los usuarios que atiende el Hospital Regional de Moniquirá ESE corresponde a los aseguradores Nueva EPS y COOSALUD. Por lo cual el hospital debe aunar esfuerzos en mejorar las relaciones contractuales y comerciales con estos aseguradores que se constituyen en stakeholders de tipo estratégico.

Figura 35. Usuarios Por EAPB



Fuente: RIPS (Dinámica Gerencial)

1.8. Servicios Habilitados y Certificados en Habilitación

Figura 36. Servicios Habilitados REPS

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|--------------|-----------|-----------------------|------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 107 -CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS | DHSS0577161 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 110 -CUIDADO INTENSIVO ADULTOS | DHSS0587769 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS | DHSS0250171 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA | DHSS0250172 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 203 -CIRUGÍA GENERAL | DHSS0250173 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA | DHSS0250174 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 207 -CIRUGÍA ORTOPÉDICA | DHSS0250175 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 208 -CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA | DHSS0570527 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 209 -CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA | DHSS0570528 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 215 -CIRUGÍA UROLÓGICA | DHSS0250176 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 233 -CIRUGÍA DERMATOLÓGICA | DHSS0566319 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 245 -NEUROCIRUGÍA | DHSS0570530 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 301 -ANESTESIA | DHSS0250177 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 302 -CARDIOLOGÍA | DHSS0570531 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 304 -CIRUGÍA GENERAL | DHSS0250178 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 308 -DERMATOLOGÍA | DHSS0566320 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 309 -DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS | DHSS0570532 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 312 -ENFERMERÍA | DHSS0250179 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 316 -GASTROENTEROLOGÍA | DHSS0250180 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 320 -GINECOBSTERICIA | DHSS0250181 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 325 -MEDICINA FAMILIAR | DHSS0566957 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 327 -MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | DHSS0570533 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 328 -MEDICINA GENERAL | DHSS0250182 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 329 -MEDICINA INTERNA | DHSS0250183 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 332 -NEUROLOGÍA | DHSS0250184 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | DHSS0334670 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 334 -ODONTOLOGÍA GENERAL | DHSS0250185 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 335 -OFTALMOLOGÍA | DHSS0570534 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 339 -ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA | DHSS0250187 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 340 -OTORRINOLARINGOLOGÍA | DHSS0570535 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | 342 -PEDIATRÍA | DHSS0250188 |

HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ

“Comprometidos con su Salud”

Nit. 891.800.395-1



| | | | | | | |
|--------|-----------|------------|----|------------------------------------|---|-------------|
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 344 -PSICOLOGIA | DHSS0250189 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 345 -PSIQUIATRÍA | DHSS0570536 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 355 -UROLOGÍA | DHSS0250190 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 361 -CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA | DHSS0570537 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 372 -CIRUGÍA VASCULAR | DHSS0570540 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 387 -NEUROCIROLOGÍA | DHSS0570541 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 420 -VACUNACIÓN | DHSS0250191 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 706 -LABORATORIO CLÍNICO | DHSS0250192 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | DHSS0250193 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 714 -SERVICIO FARMACÉUTICO | DHSS0250194 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 728 -TERAPIA OCUPACIONAL | DHSS0574804 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 729 -TERAPIA RESPIRATORIA | DHSS0250195 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 739 -FISIOTERAPIA | DHSS0250196 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHSS0250197 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 742 -DIAGNÓSTICO VASCULAR | DHSS0570542 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES | DHSS0250198 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES | DHSS0250199 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 746 -GESTION PRE-TRANSFUSIONAL | DHSS0250200 |
| Boyacá | MONIQUIRÁ | 1546900823 | 01 | HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE | 749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS | DHSS0250201 |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

Respecto a los servicios actualmente habilitados en el REPS, es importante mencionar dos aspectos.

El primero es que el 100% de los servicios se encuentran certificados en condiciones de habilitación, luego de que el hospital recibiera visita de Inspección y Vigilancia por parte de la secretaria Departamental de Salud, encontrando que todos nuestros servicios cumplen con todos los criterios de habilitación en salud según la normatividad vigente (Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social), según las Certificaciones 00001097 y 00001099 del 15 y 17 de noviembre de 2023 respectivamente.

Figura 37. Certificación 00001097 en Condiciones de Habilitación



SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACA
Despacho

CERTIFICACION No. 00001097.

(17/10/2023)

EL SECRETARIO DE SALUD DE BOYACA, en cumplimiento del artículo 23 del Decreto No. 1011 de 2006 y demás normas concordantes

CERTIFICA:

Que el Prestador de Servicios de Salud denominado(a) HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE, ubicado(a) en la Calle 4 A No. 9-101 Barrio Ricaurte del municipio de MONIQUIRA, presentó formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento de Boyacá declarando el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el Decreto No. 1011 de 2006 y Resolución No. 3100 de 2021, el 15 de 11. Noviembre de 2006, siendo asignado el código de inscripción No 154690082301.

Que de conformidad con el artículos 18 y 19 del Decreto No. 1011 de 2006, en concordancia con el artículo 15 de la Resolución No. 3100 de 2019, se realizó visita de verificación al prestador del 06/10/2023 al 06/10/2023 por el equipo de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación designado por el Secretario de Salud de Boyacá.

Que según solicitud de expedición de certificación elaborada por el equipo verificador, el prestador de servicios de salud HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE cumplió con los requisitos exigidos en el Manual de inscripción que establece la capacidad Tecnológica y Científica según lo regulado por el

Fuente: (Secretaría de Salud de Boyacá, 2023)

Figura 38. Certificación 00001099 en Condiciones de Habilitación



SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACA
Despacho

CERTIFICACION No. 00001099.

(15/11/2023)

EL SECRETARIO DE SALUD DE BOYACA, en cumplimiento del artículo 23 del Decreto No. 1011 de 2006 y demás normas concordantes

CERTIFICA:

Que el Prestador de Servicios de Salud denominado(a) HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE, ubicado(a) en la Calle 4 A No. 9-101 Barrio Ricaurte del municipio de MONIQUIRA, presentó formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Departamento de Boyacá declarando el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el Decreto No. 1011 de 2006 y Resolución No. 3100 de 2021, el 15 de 11. Noviembre de 2006, siendo asignado el código de inscripción No 154690082301.

Que de conformidad con el artículos 18 y 19 del Decreto No. 1011 de 2006, en concordancia con el artículo 15 de la Resolución No. 3100 de 2019, se realizó visita de verificación al prestador del 08/11/2023 al 09/11/2023 por el equipo de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación designado por el Secretario de Salud de Boyacá.

Que según solicitud de expedición de certificación elaborada por el equipo verificador, el prestador de servicios de salud HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE cumplió con los requisitos exigidos en el Manual de inscripción que establece la capacidad Tecnológica y Científica según lo regulado por el Decreto 1011 de 2006 y Resolución No. 3100 de 2019, para los servicios declarados en el Registro

Que con los documentos aportados por el Prestador de Servicios de Salud se demuestra que cumple con las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, al igual que las condiciones Técnico-administrativas definidas para la Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud de conformidad con lo regulado por el Decreto No. 1011 de 2006 y la Resolución No. 3100 de 2019.

Fuente: (Secretaría de Salud de Boyacá, 2023)

Es importante resaltar que estas certificaciones se constituyen no solo en un hito para el hospital, sino en el departamento, pues el Hospital Regional de Moniquirá ESE fue el primero de esta complejidad en alcanzar esta certificación y la segunda ESE del departamento en lograrlo. Esto demuestra el compromiso de la gerencia por contar con servicios de calidad que respondan a las necesidades de la población con enfoque de humanización.

Aunado a lo anterior es perentorio mencionar que en 2020 cuando la actual administración comenzó se contaban con 31 servicios habilitados, en 2024 contamos con 62 servicios habilitados como lo muestra la figura 36, esto indica que el 50% de los servicios que hoy presta efectivamente el hospital se habilitaron en los últimos 3 años, resultado de la planeación estratégica liderada por la gerencia. Para responder a la demanda en los servicios de consulta externa y pensando en la distribución geográfica de los usuarios se habilitó la sede centro del Hospital que presta servicios de medicina general.

Por último, en lo que respecta a servicios habilitados, es necesario resaltar que gracias a la gestión de la secretaría de salud adelantada en 2023, con la actualización del documento de redes o PTRRM , el hospital sube de complejidad en la prestación de servicios, pasando de ser mediana complejidad básica a mediana complejidad integral, lo cual permitió inscribir en el REPS definitivo los servicios de alta complejidad que se prestan y a su vez permitió materializar los proyectos descritos en el siguiente capítulo.

2. Proyectos Adelantados

2.1. Nueva Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios

Este proyecto comenzó cuando por necesidad de la pandemia del COVID 19 fue necesario abrir la unidad con 22 camas habilitadas que en tiempo récord y bajo el liderazgo

de un médico cirujano especialista en cuidado crítico y subespecialista en neurointensivismo, logró salvar muchas vidas moniquireñas y del área de influencia del hospital. Luego con el paso del tiempo y en época post pandemia se observó la perentoriedad de la unidad, mostrando porcentajes ocupacionales cercanos al 70% con un mínimo de pacientes COVID, derivados de estos dos factores entre otros:

- Altos índices de accidentalidad y trauma dado que el municipio se ubica en vía nacional que comunica a Bogotá D.C. con los Santanderes y la Costa Atlántica.
- El aumento de complejidad del Hospital en el área quirúrgica, que, en vez de remitir a Tunja, convirtió al Hospital en un centro resolutivo que con el soporte de la unidad de cuidado intensivo podría adelantar estos procedimientos de mayor complejidad.

Luego y cumpliendo los criterios de calidad y requisitos de habilitación, se redujo la capacidad instalada a 13 camas, siendo 10 intensivos y 3 intermedios. En este proceso desde la gerencia y a través de la oficina asesora de planeación se formuló y gestó el proyecto con el fin de contar con una infraestructura que cumpliera todos los criterios normativos y permitiera contar con este importante servicio de manera definitiva. Debido a que la infraestructura actual donde se habilitó transitoriamente la unidad estaba destinada inicialmente para áreas de hospitalización, que hoy presentan porcentajes ocupacionales cercanos al 300%. Por lo cual con este proyecto aparte de que la Unidad de Cuidados Intensivos contará con la mejor infraestructura, se garantiza que su ubicación actual se devuelva a las áreas de hospitalización con el fin de mitigar en cierta medida las problemáticas de sobreocupación.

En este sentido durante 2021 y 2022 se consolidó un equipo de talento humano de las más altas calidades técnico-científicas y el hospital con recursos propios se dotó de toda la tecnología necesaria para prestar el servicio.

Se contrató la consultoría para que adelantarán los diseños arquitectónicos y de ingeniería. Se lograron los avales en plan bienal de inversiones ante el Ministerio de Salud y Protección Social. Luego se logró la viabilidad técnica y de oferta y demanda desde la secretaria de Salud Departamental, gestionando recursos ante la Gobernación de Boyacá por el orden de 5 mil millones de pesos, lo cual se materializó por medio del convenio interadministrativo N.º 2576 de 2023.

Figura 39. Aprobación del proyecto en plan bienal de inversiones.

2 registro(s) encontrado(s)

| Sede | Proyecto | Tipo de Obra | Area Infraestructura | Valor Infraestructura | Valor Dotación | Aprobado | Aprobado Redes | Aprobado Infraestructura | Periodo Anterior |
|------------------------------------|--|--------------|----------------------|-----------------------|----------------|----------|----------------|--------------------------|------------------|
| HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA ESE | CONSTRUCCIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO E INTERMEDIO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE- DEPARTAMENTO DE BOYACÁ | 1.Obra nueva | 531 | 4,974.114 | 0 | SI | SI | SI | |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Figura 40. Viabilidad Técnica del Proyecto

| | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------|
| | FORMATO | VERSION: 1 |
| | | CODIGO: E-DE-FP-F-018 |
| | CONCEPTO DE VIABILIDAD TÉCNICA | FECHA: 05/Nov/2019 |

**CERTIFICACION
CONCEPTO DE VIABILIDAD**

**EL SUSCRITO JEFE OFICINA ASESORA PARA LA GETIÓN ESTRATÉGICA DEL
SECTOR SALUD
DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ**

CERTIFICA:

1. Que de acuerdo con la metodología establecida en el Manual de Procedimientos del Banco de Programas y Proyectos de la Gobernación de Boyacá, el proyecto denominado “CONSTRUCCIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO E INTERMEDIO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE – DEPARTAMENTO DE BOYACÁ”, formulado por un valor total de CINCO MIL OCHO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS (\$5.008.154.457,00) MCTE, con plazo de ejecución de SIETE (07) MESES.
2. Que el proyecto se enmarca dentro del Plan Departamental de Desarrollo 2020 – 2023” PACTO SOCIAL POR BOYACÁ: TIERRA QUE SIGUE AVANZANDO”.
3. Que una vez revisado el proyecto de acuerdo a las normas legales, requisitos de formulación, pertinencia, criterios de evaluación técnica, legal, institucional, socioeconómica vigentes, cumple con las condiciones y requisitos para que se le otorgue **VIABILIDAD FAVORABLE**.

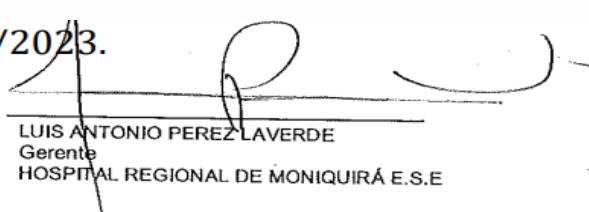
Fuente: (Secretaría de Salud Departamental, 2023)

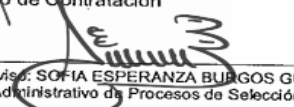
Figura 41. Convenio Interadministrativo N.º 2576 de 2023

cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA.- OBJETO:** AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE EL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ Y EL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE, PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO "CONSTRUCCIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO E INTERMEDIO DEL HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ ESE - DEPARTAMENTO DE BOYACÁ. **CLAUSULA SEGUNDA.- VALOR:** Para los efectos fiscales y legales, el valor del convenio asciende a la suma de CINCO MIL OCHO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS (\$5.008.154.457,00) MCTE.

Para constancia se firma en Tunja, a los **13/06/2023.**


WILLIAM YESID ARCHILA CARDÉNAS
Secretario de Contratación


LUIS ANTONIO PEREZ LAVERDE
Gerente
HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ E.S.E


Vo.Bo. Revisó: SOFIA ESPERANZA BURGOS GUIO
Directora Administrativo de Procesos de Selección

Elaboró: Mónica Barón S. (B-1654-1814) Asesora J. Secretaría de Contratación
Rev. 13. E-011 Ykara Capatzen Ruzo (B-1654-1814) E. J. Sec. Contratación.

Fuente: (Gobernación de Boyacá, 2023)

El Hospital Adelantó convocatoria Pública, mediante la cual se seleccionó objetivamente al contratista en conformidad con el Estatuto de contratación de la entidad suscribiendo el contrato 344 de 2023 y se contrató la interventoría mediante proceso de convocatoria pública, suscribiendo el contrato 342 de 2023.

A continuación, se muestran fotos sobre el avance de la obra con corte a 31 de enero.

Figura 42. Antes de la obra.



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 43. Preparación del terreno



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 44. Cimentación



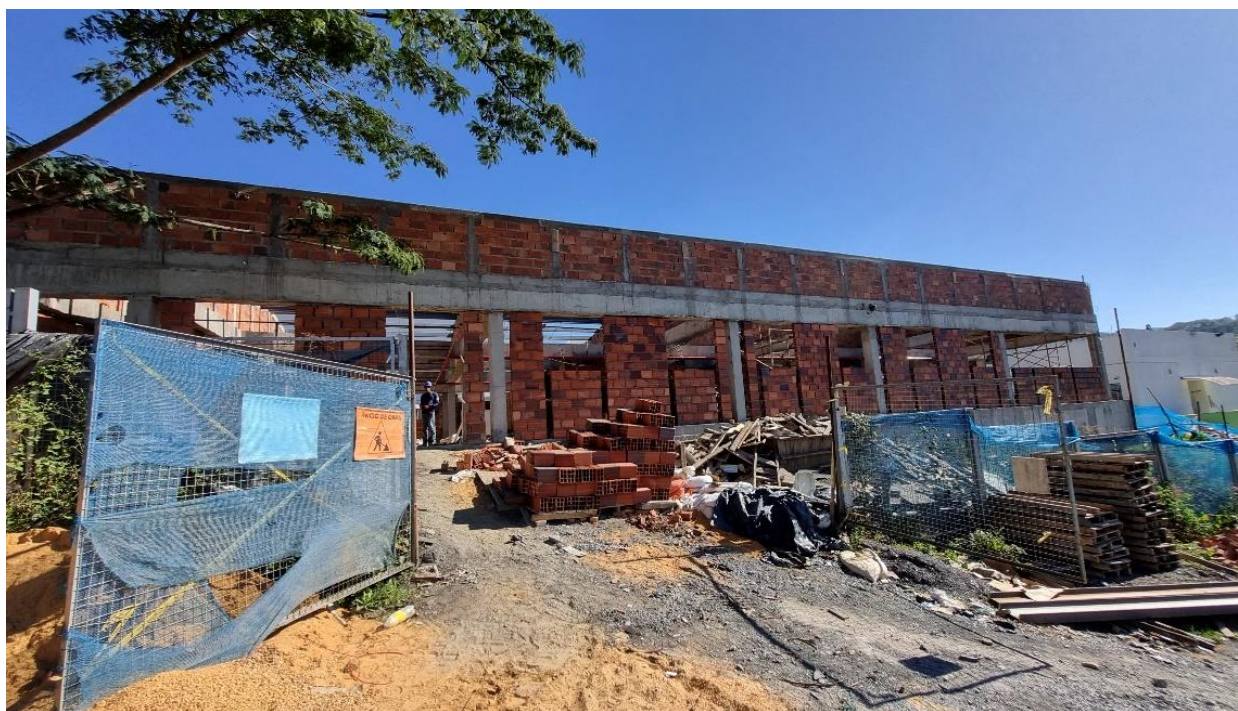
Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 45. Levantamiento de muros.



Fuente: (Hospital Regional de Monquirá ESE, 2024)

Figura 46. Actividades de Mampostería



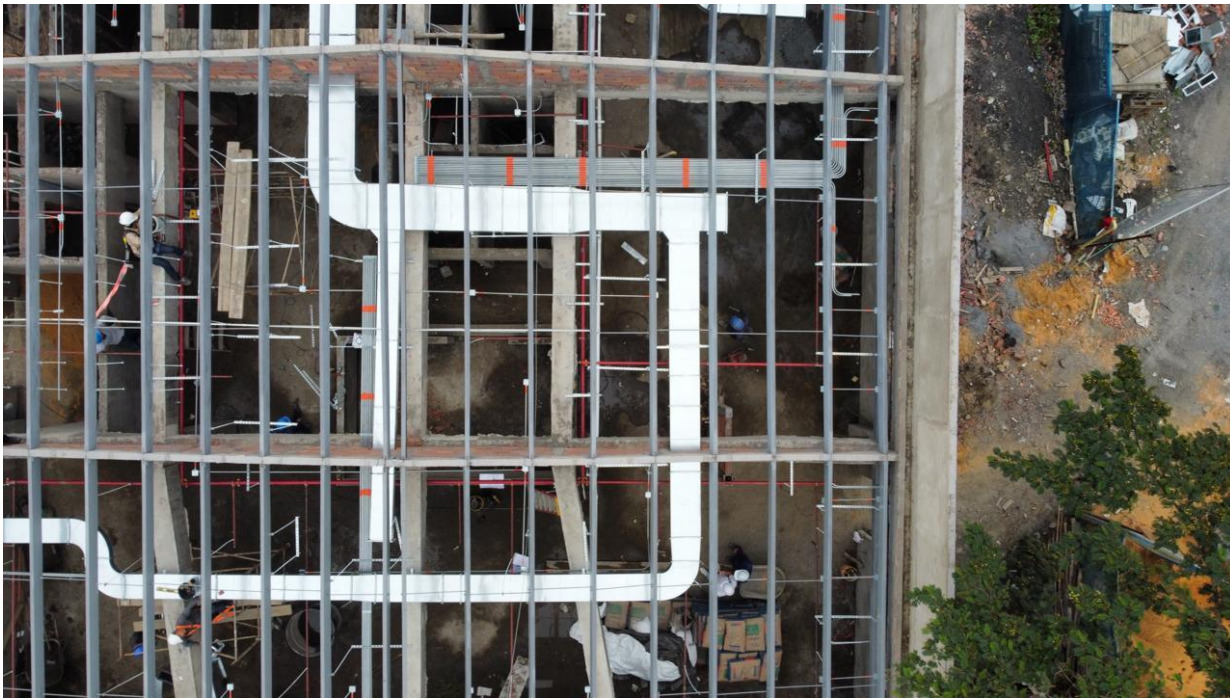
Fuente: (Hospital Regional de Monquirá ESE, 2024)

Figura 47. Mampostería estructural.



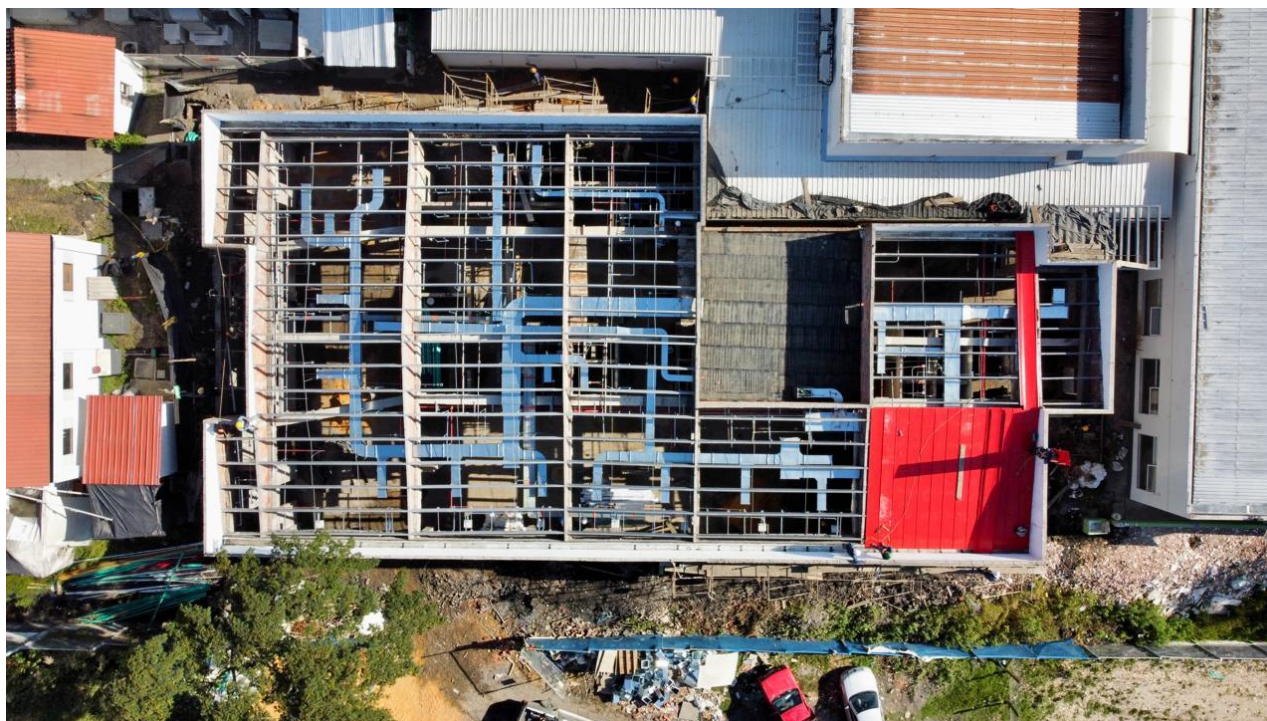
Fuente: (Hospital Regional de Monquirá ESE, 2024)

Figura 48. Instalación de ductos



Fuente: (Hospital Regional de Monquirá ESE, 2024)

Figura 49. Estado actual de la obra.



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

La obra se espera sea entregada en el mes de marzo de 2024 y entrada en operación en abril de 2024.

2.2. Proyecto de Hemodinamia y Resonancia Nuclear Magnética

Este proyecto nace de acuerdo con la necesidad manifiesta de la población del área de influencia del hospital, lo cual se puede ver en el primer capítulo del presente informe cuando se hace la descripción epidemiológica del perfil de morbilidad y mortalidad, en donde es manifiesto que las enfermedades cardio vasculares ocupan el primer reglón en ambos sentidos. Es por ello que es más que perentorio, pues actualmente en el departamento solo se cuenta con unidades de hemodinamia en la ciudad de Tunja en el Hospital Universitario San Rafael de Tunja y la Clínica Medilaser y en departamento de Santander hasta la ciudad de Bucaramanga, por lo cual con el proyecto de hemodinamia

se busca mejorar la resolutivez en la atención de la enfermedad cardiovascular, marcando un hito en la salud de la región y siendo el tercer servicio a nivel departamental.

El proyecto se formuló desde la oficina asesora de planeación bajo el direccionamiento de la gerencia, obteniendo la viabilidad técnica y respecto a la prestación de servicios por parte de la secretaría departamental de salud.

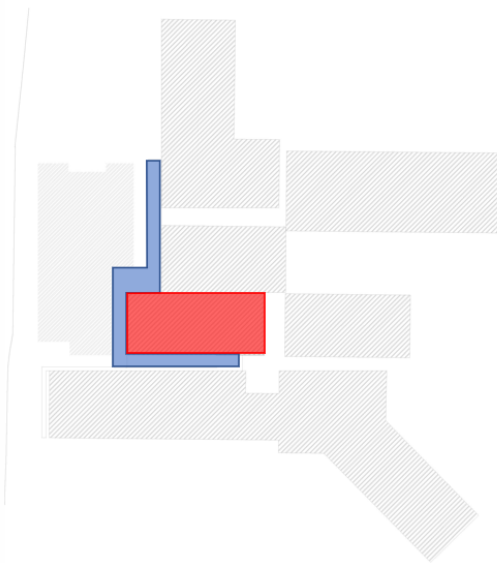
En la evaluación de alternativas del proyecto se encontró que la manera factica de hacerlo realidad era a través de un convenio de asociación público privado, situación permitida por el Estatuto de contratación de la entidad y que contó con todo el respaldo de la Junta Directiva. Esta forma de ejecutar el proyecto permite que los tiempos de ejecución del proyecto se acorten, que el hospital no tenga que incurrir en inversión ni gastos, ni buscar fuentes adicionales de financiación, que se trasladen los riesgos al privado y que el hospital cuente con la mejor tecnología, infraestructura y talento humano según los criterios técnico científicos definidos en el proyecto.

Luego de una modelación financiera hecha por la oficina asesora de planeación y que contó con asesoría del Banco Mundial, se logró demostrar que el tercero recuperaría su inversión luego de 5 años, por lo cual el convenio se suscribió luego de adelantar convocatoria pública y abierta para garantizar la pluralidad de oferentes por este período, tiempo desde el cual el hospital obtendrá en propiedad los equipos y tecnología que asciende a un valor aproximado a los 6 mil millones de pesos. Aunado a que el tercero debió asumir las adecuaciones necesarias en infraestructura para cumplir con los criterios de habilitación.

Es necesario mencionar que durante el período del convenio de asociación, el hospital percibirá ingresos, los dos primeros años el 20% y del año 3 al 5 el 30%.

Este proyecto implicó la reorganización espacial de la unidad de imágenes diagnósticas, el proyecto se tuvo que implementar en dos fases respecto a infraestructura:

Figura 50. Fases Proyecto Hemodinamia y RNM



El proyecto por cuestiones operativas y logísticas se programó en **2 etapas**:

- Etapa 1
- Etapa 2

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

La etapa 1 contempló la construcción de un túnel que permita la interdependencia entre las áreas de urgencias, imágenes diagnósticas, hemodinamia y UCI. La etapa 2 es la reorganización espacial del área de imágenes diagnósticas con el fin de reorganizar los servicios existentes y adecuar las nuevas según los criterios de habilitación.

Figura 51. Área antes de la etapa 1



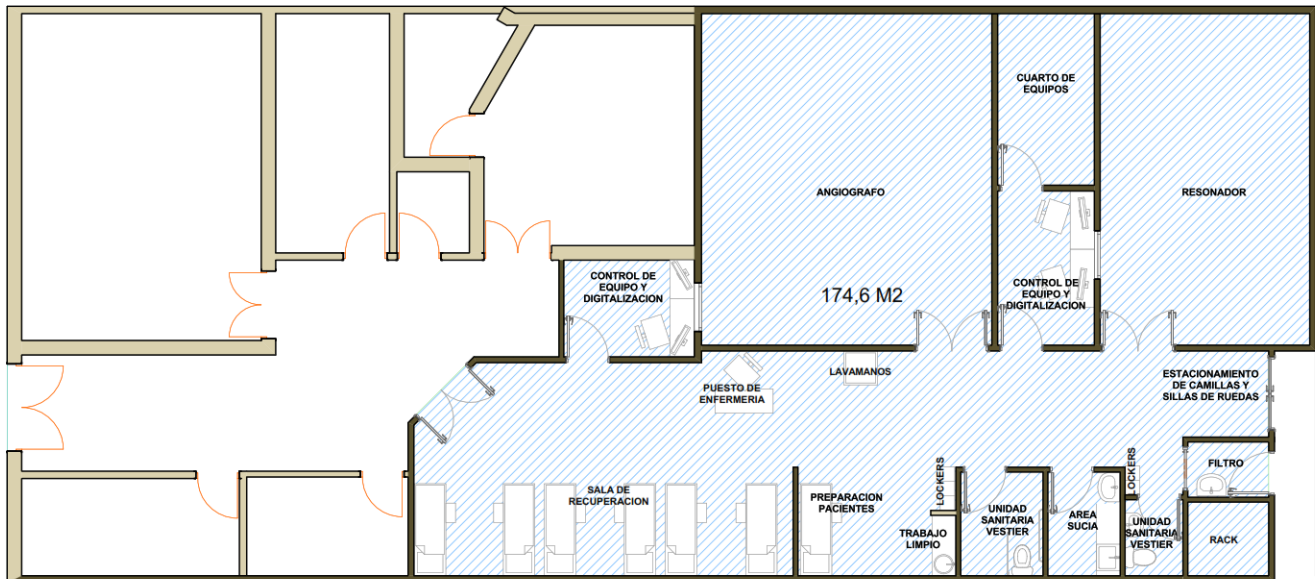
Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 52. Túnel terminado (Etapa 2)



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 53. Distribución Arquitectónica etapa 2



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Las figuras 54 y 55 muestran los equipos de referencia para hemodinamia (Angiografo) y Resonador Nuclear magnético, ambos tecnología de punta y a la vanguardia en el departamento. Equipos que marcaran un antes y un después en la prestación de servicios del Hospital Regional de Moniquirá ESE.

Figura 54. Angiografo⁴



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

⁴ Imagen de referencia. El equipo que prestará los servicios en el Hospital es de marca siemens de tipo cielítico.

Figura 55. Resonador Nuclear Magnético⁵



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3. Gestión Por Unidad Funcional

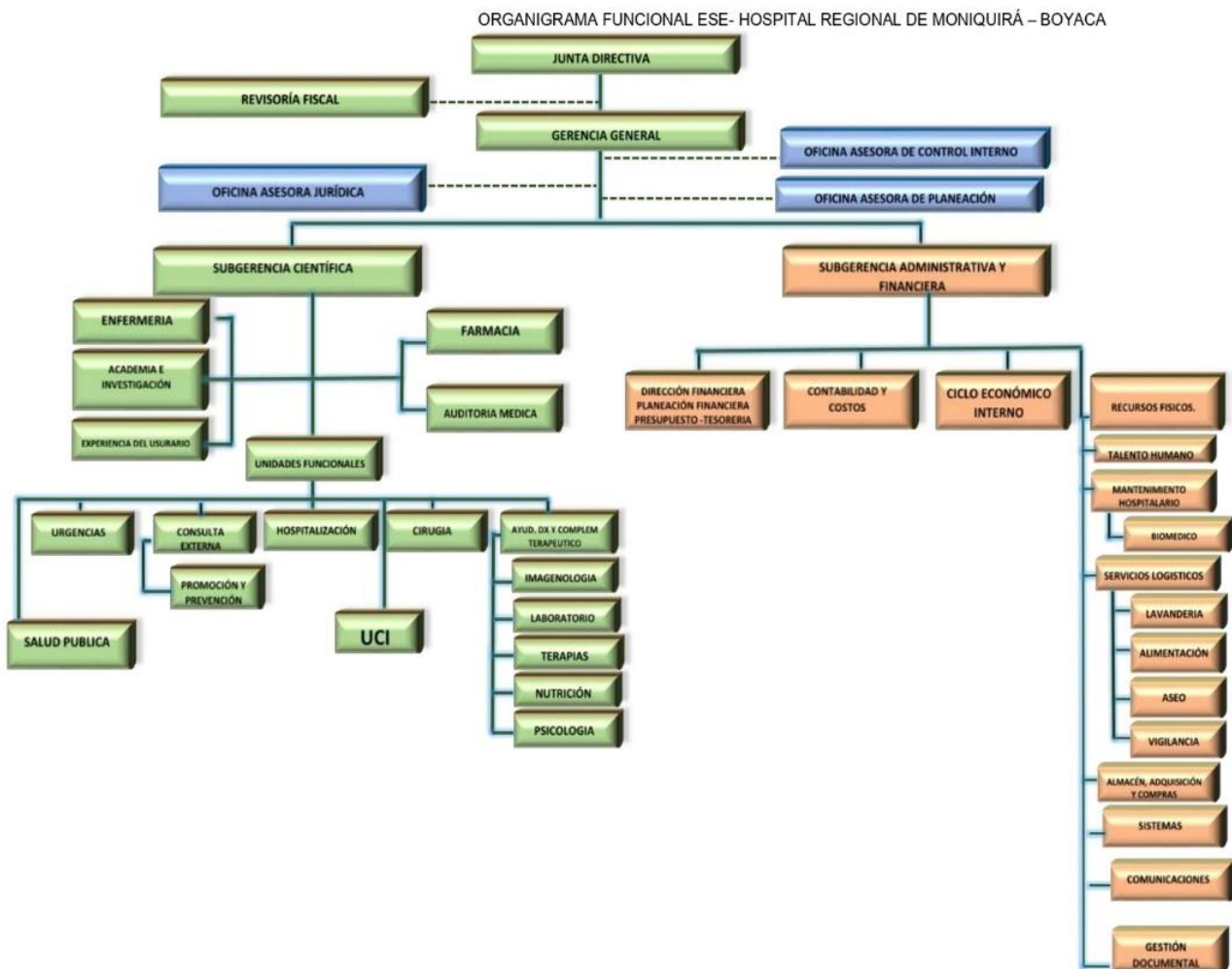
El hospital basa su operación en la gestión por procesos, en conformidad con la actual estructura organizacional, la cual fue presentada por la gerencia y aprobada por la Junta Directiva mediante Acuerdo N.º 008 de 2020, en conformidad con la planeación estratégica (Acuerdo N.º 006 de 2020). Esta estructura garantiza que la operación se soporte en conformidad con el direccionamiento estratégico planteado y se orienta hacia una organización horizontal funcional, en donde cada unidad funcional responde por la

⁵ Imagen de referencia. El equipo que prestará los servicios en el Hospital es de marca siemens.

gestión y resultados asociados y se integran en la unidad de mando a través de las subgerencias y con una oficina asesora de planeación que monitorea de forma estratégica para integrar holísticamente la gestión de cada unidad con los lineamientos rectores de la dirección.

En la figura 56 se muestra gráficamente la estructura funcional horizontal del hospital:

Figura 56. Estructura Organizacional del HRM



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2020)

En conformidad con la meta de acreditación que se ha trazado el hospital desde su direccionamiento estratégico, avanzando en primera medida con la certificación en

condiciones de habilitación, las oficinas de planeación y calidad adelantaron rediseño institucional con el fin de evaluar los procesos existentes y proponer una estructura que responda a las necesidades de acreditación y de crecimiento del hospital, plantearon la estructura de mapa de procesos relacionada en la figura 57, el cual fue presentado y aprobado por el comité de gerencia, quedando pendiente su sustentación ante Junta Directiva durante el primer trimestre de 2024.

Figura 57. Propuesta de mapa de procesos con enfoque de Acreditación



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

En conformidad con la estructura de las figuras 56 y 57 se presentan los resultados por unidad funcional:

3.1. Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios

3.1.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.1.1.1. 2020

El año 2020 es el año en el cual se realiza la apertura de nuestra unidad, para esto se contrata al intensivista coordinador de la unidad quien se traslada a vivir en el municipio de Moniquirá y se inicia la conformación del equipo de cuidado intensivo, conformado por auxiliares de enfermería, enfermeros profesionales, médicos generales y especialistas quienes reciben una capacitación en cuidado intensivo por parte del Hospital Santa clara en Bogotá a cargo del Dr. Guillermo Ortiz, Expresidente de la sociedad colombiana de cuidado intensivo.

Se adquieren equipos de ventilación mecánica con el objetivo de dar atención a los pacientes afectados por la pandemia de SARS COV 2, es así que llegamos a atender hasta a 22 pacientes en ventilación mecánica invasiva de forma simultánea, generando desenlaces satisfactorios en cuanto a mortalidad y otros estándares de calidad evaluados en cualquier unidad de cuidado intensivo, así mismo servimos de soporte a un sistema de salud colapsado en nuestro departamento, situación presente en todas las instituciones de salud del mundo, para finales de este año se atendieron 208 pacientes desde agosto a diciembre de este año.

3.1.1.2. 2021

Este fue el año en donde la gravedad de la pandemia produjo los daños mas graves vistos en la historia de la humanidad, por supuesto, nuestra unidad se mantuvo presta a prestar la atención necesaria y de forma eficaz, para esto se crean alianzas estratégicas con instituciones como la universidad de la sabana quien realiza donación de equipos de ventilación mecánica elaborados en nuestro país.

Nos consolidamos como una unidad de referencia en la región de Boyacá y el sur de Santander recibiendo hasta un 50% de la totalidad de nuestros pacientes de este departamento.

Debido a la complejidad de los casos que se manejan para este entonces en la unidad identificamos que la insuficiencia renal era una de las complicaciones mas comunes y que peores desenlaces condicionaban en los pacientes graves infectados por COVID, por esta razón se realiza la adquisición de la tecnología para el reemplazo artificial de estos órganos, tecnología conocida como hemodiálisis en múltiples modalidades.

Por otra parte empezamos a conocer y aprender acerca de las secuelas que presentaban las personas que sobreviven a esta grave infección, algunos de ellos permaneciendo dependientes de soportes ventilatorios mecánicos, para este tipo de pacientes se generaron en este año protocolos de rehabilitación respiratoria, física y nutricional, adquiriendo la tecnología y el talento humano necesario para esto, logrando la atención de 879 pacientes en esta vigencia, cuadruplicando el número de pacientes atendidos en el año anterior.

3.1.1.3. 2022

El año 2022 fue el año en quien gracias al programa de vacunación nacional y a la adecuada gestión de nuestra institución que facilito la vacunación de todo nuestro personal, se logra una atención segura, con disminución del ausentismo laboral debido a esta enfermedad.

Luego de la disminución de los casos de infección por SARS COV 2 y conscientes de las capacidades de nuestra unidad y así mismo de las necesidades de nuestra región continuamos la atención en nuestra unidad ya orientadas hacia

las patologías que afectaban con más frecuencia a nuestra población, las enfermedades respiratorias, cardiovasculares y hepáticas, dan cuenta de la mayor incidencia y carga de enfermedad en nuestra población por lo cual conscientes de estos datos estadísticos nos damos a la tarea de consolidarnos como unidad idónea para este tipo de atenciones, así; se implementa en la institución los servicios de cardiología, gastroenterología y terapia respiratoria y de rehabilitación logrando de forma exitosa la atención de estas patologías y consolidándonos como un servicio de excelencia y absoluta necesidad en nuestra institución y nuestra región.

Conscientes de nuestro crecimiento, la docencia e investigación se convierte en uno de los pilares fundamentales de nuestra institución, es allí en donde nuestro equipo científico inicia la tarea investigativa en salud, logrando reportes de casos y de nuestros resultados en congresos internacionales en las ciudades de Bruselas (Bélgica) y Roma (Italia).

3.1.1.4. 2023

El 2023 fue nuestro año de máximo crecimiento. Ya consolidados como una unidad de cuidado intensivo en capacidad de brindar atención y reemplazo artificial de casi cualquier órgano de nuestro cuerpo, nos convertimos en referentes para la atención del paciente crítico en nuestra región.

Somos la base para la apertura de servicios como neurocirugía, cirugía laparoscópica, cirugía de columna, reemplazos articulares, se aumenta la demanda para los servicios de cardiología, gastroenterología, aumentando la complejidad de los casos que se manejan y disminuyendo ostensiblemente las remisiones a otras instituciones, logrando solucionar los problemas de nuestra comunidad en nuestra región.

Se fortalecen nuestros servicios de rehabilitación, enfermería, sumándose a nuestro equipo personal especializado provenientes de otras ciudades, con experiencia, pero interesados en hacer parte de este proyecto que demuestra las capacidades técnicas y humanas de excelencia demostradas en los resultados de la atención clínica.

Logramos la apertura de nuestro laboratorio de fisiología pulmonar fundamental para la atención y seguimiento de nuestros pacientes con patología respiratoria, y en el aspecto de rehabilitación, sumamos servicios como fonoaudiología, terapia ocupacional y del lenguaje, se aumenta el número de intensivistas y especialistas en general como parte del equipo de nuestra unidad.

La docencia, cada vez más fuerte en nuestra institución, nos lleva a la creación del primer curso de cuidado intensivo y medicina de emergencias en el cual se capacitan a más de 70 profesionales de nuestra institución y de hospitales como san Rafael de Tunja, Santa Sofia, Barbosa, Vélez y Güepa.

En el aspecto tecnológico, se realiza la implementación de la unidad de monitoreo central en nuestra unidad, la adquisición de un ecógrafo de última tecnología para la realización de procedimientos invasivos con resultados de cero complicaciones relacionadas gracias a esta tecnología y se implementan nuevas terapias de depuración sanguínea, novedosas para nuestro país.

La humanización se convierte en el pilar fundamental de nuestra atención, orientando nuestra atención hacia un modelo centrado en el paciente.

3.1.2. Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional

- La docencia, cada vez más fuerte en nuestra institución, nos lleva a la creación del primer curso de cuidado intensivo y medicina de emergencias en el cual se capacitan a más de 70 profesionales de nuestra institución y de hospitales como san Rafael de Tunja, santa Sofia, Barbosa, Vélez y Güepa y seguiremos creciendo para nuestra región
- Se implemento la primera unidad de fisiología respiratoria, encargados de la rehabilitación de los pacientes con patología pulmonar.

3.1.3. Casos Clínicos de éxito.

- Dentro de los soportes extracorpóreos se realizan en la unidad contamos con la capacidad de realizar soporte renal artificial en diferentes modalidades, manteniendo la oportunidad de vida en casos de falla renal aguda
- Somos la única unidad de la región que cuenta con la capacidad de realizar sesiones de plasmaféresis (recambios plasmáticos con el objetivo de purificación sanguínea) para aliviar dolencias que antes eran imposibles de tratar en nuestra región y que requerían traslado a ciudad capital para dicho manejo
- Nuestra unidad se ha convertido en la base operativa para múltiples intervenciones la neurocirugía endoscópica donde se realizó la resección de un tumor esfenoidal de una manera mínimamente invasiva
- La innovación es uno de los pilares de educación y crecimiento continuo uno de los ejemplos de esto es la implementación de la sedación inhalatoria para nuestros pacientes, una terapia novedosa con múltiples ventajas que en pocos lugares de nuestro país se ha logrado implementar
- Hasta la fecha se ha logrado la implantación de más de veinte marcapasos transvenosos, procedimiento que ha permitido salvar la vida de

pacientes con patologías cardiovasculares, que de no hacerse tendrían un desenlace fatal

- Con el cumplimiento de los requerimientos sugeridos por la ley y la secretaria de salud se logra obtener la certificación en habilitación expedida por el ministerio de salud, siendo la única institución de orden público que ha obtenido este reconocimiento a nivel departamental

3.1.4. Producción

Tabla 15. Producción UCI 2020-2023

| Servicio | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|----------------------------|------|------|------|------|
| Egresos UCI | 185 | 771 | 903 | 1207 |
| Días camas Disponibles UCI | 3300 | 4745 | 4745 | 4745 |
| Días camas ocupados UCI | 1300 | 3741 | 3203 | 3150 |
| Porcentaje Ocupacional UCI | 39% | 79% | 68% | 66% |
| Promedio Días Estancia UCI | 7,03 | 4,85 | 3,55 | 2,61 |

3.1.5. Indicadores de Gestión Clínica.

A la fecha se ha redactado, implementado y socializado guías de práctica clínica que tienen por objeto el fácil acceso a la información en temas relacionados con:

- Criterios de ingreso y egreso a la unidad de cuidados intermedios e intensivos
- Recomendaciones iniciales para el manejo del paciente con sepsis
- Guía de manejo para el paciente con insuficiencia respiratoria aguda

- Protocolo para implementación y manejo para hemodiálisis en pacientes con falla renal aguda
- Protocolo de manejo de inserción de catéteres venosos centrales y periféricos

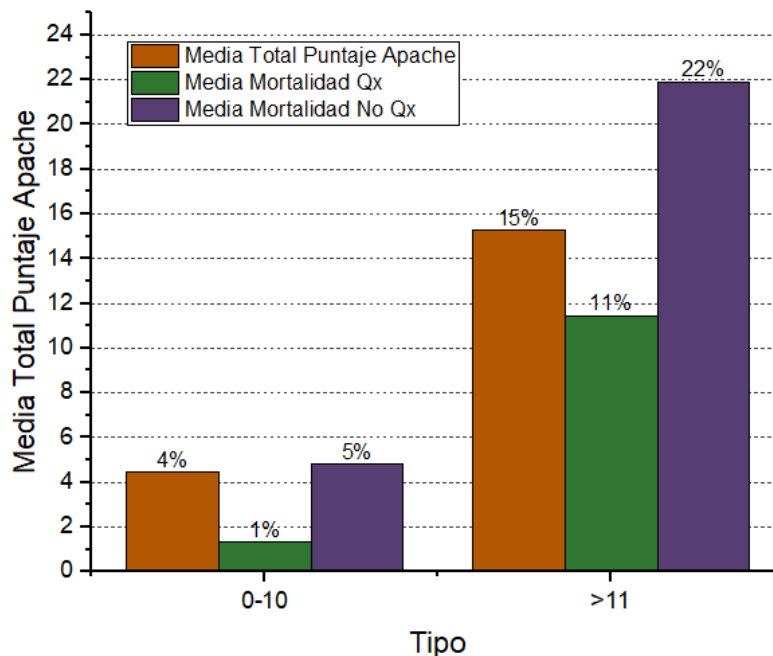
- Guía para la inserción de marcapasos transvenosos

Guías de práctica clínica para procedimientos como:

- Toracentesis
- Paracentesis
- Punción lumbar
- Secuencia de inducción para intubación orotraqueal

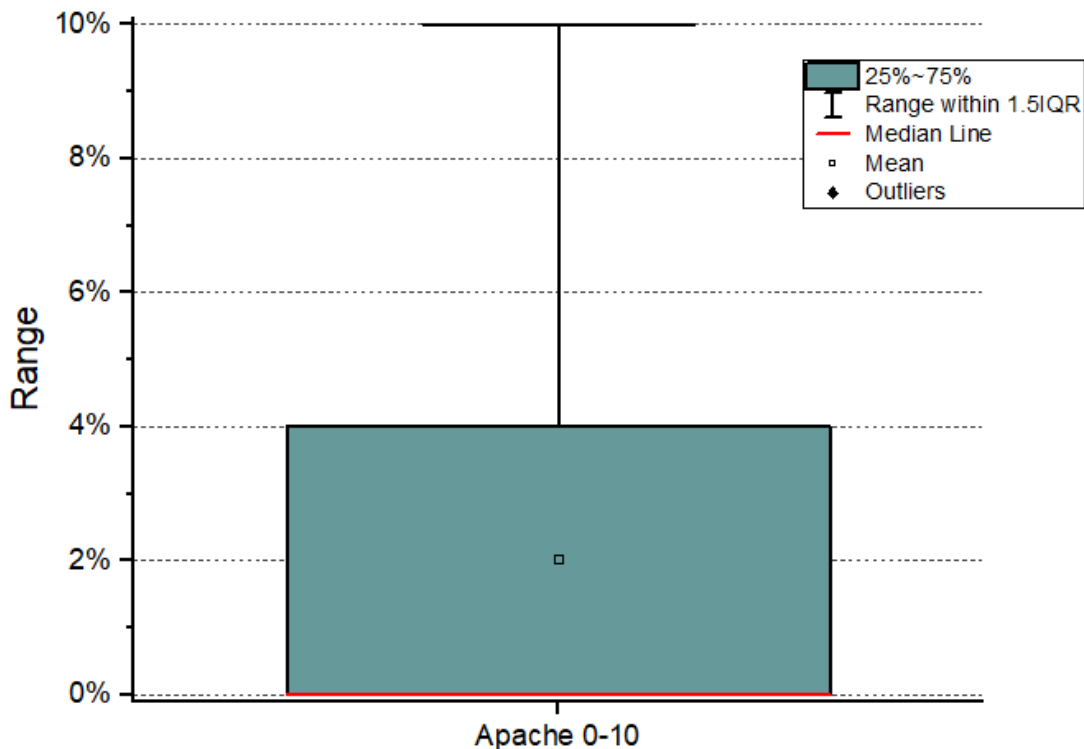
Las figuras XXX muestran los resultados de calidad de la unidad desde la medición del indicador APACHE:

Figura 58. Comparación APACHE



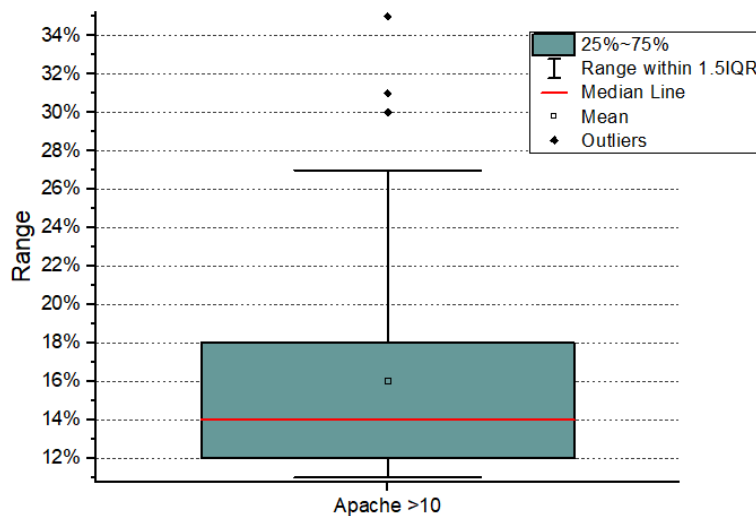
Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 59. Gráfica de Cajas y Bigotes APACHE (0-10)



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

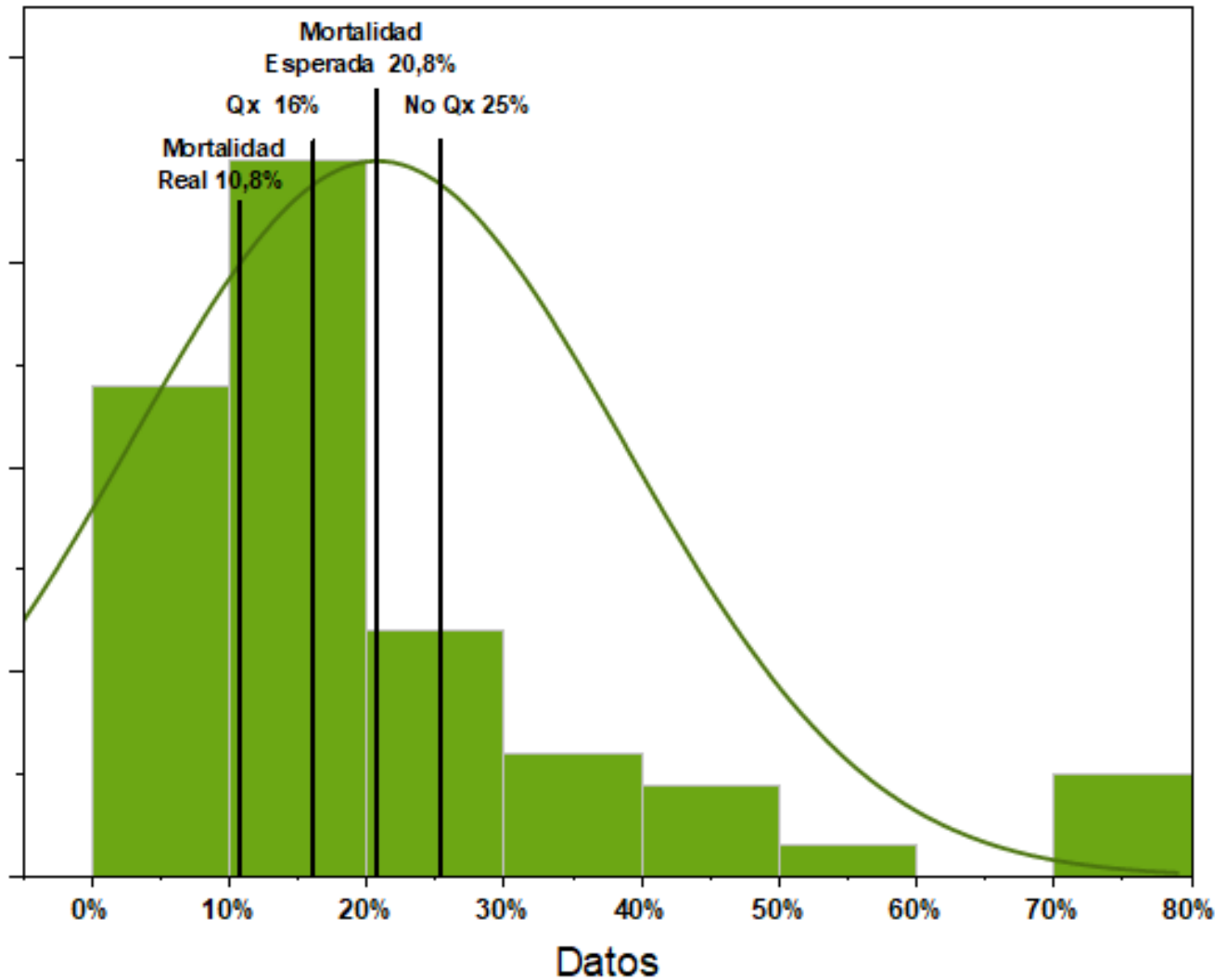
Figura 60. Gráfica de Cajas y Bigotes APACHE (>11)



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

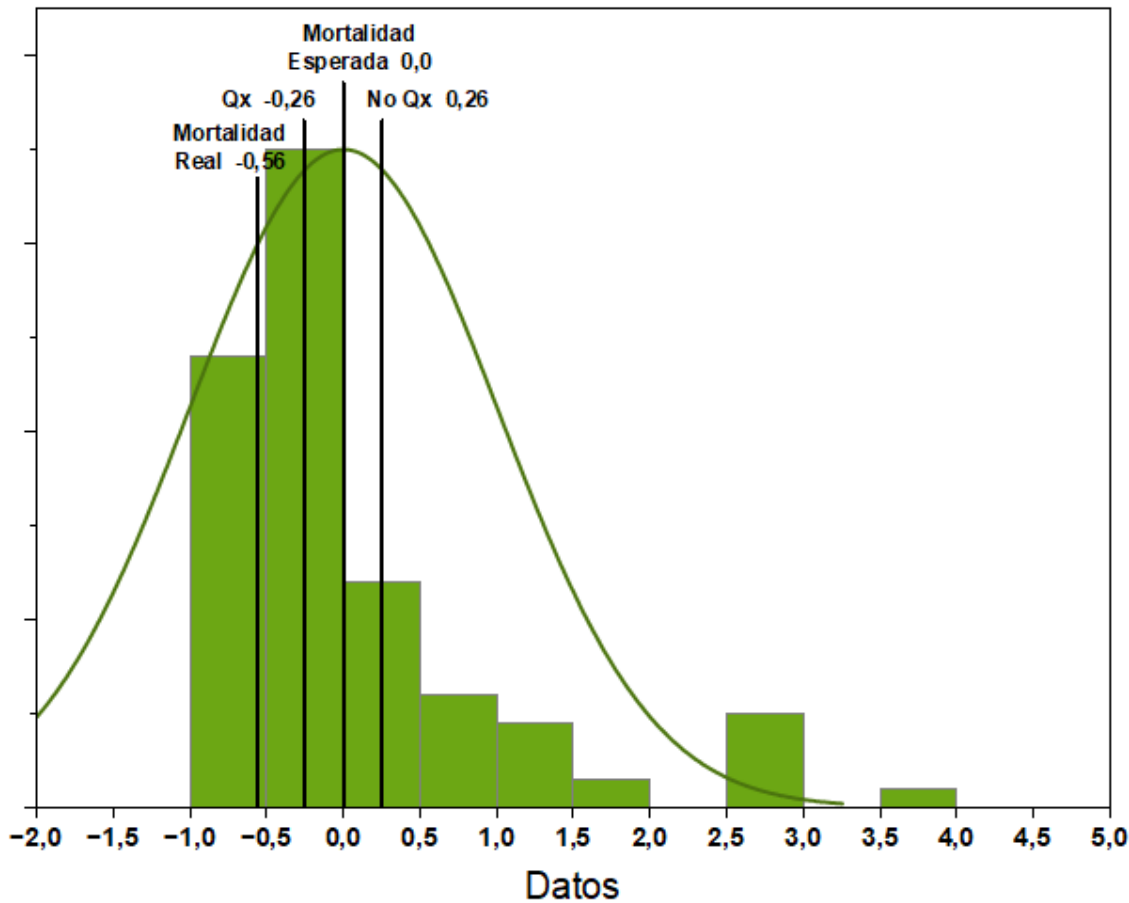
La figura 60 muestra que el 75% de los pacientes que ingresan a la unidad con alta probabilidad de muerte, registran mortalidades entre el 12% y 18% de probabilidad, lo que indica la alta complejidad de pacientes que se tratan.

Figura 61. Gráfica de Probabilidad Normal APACHE



Fuente: (Hospital Regional de Monquirá ESE, 2024)

Figura 62. Gráfica de Probabilidad Normal Estándar de APACHE



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Las figuras 61 y 62 comparan la mortalidad esperada según el score de APACHE con la mortalidad efectiva de la unidad. Observando que pese a que el 75 % de los pacientes que recibe la unidad llegan con probabilidades de muerte superior al 20%, con una media del 20,8%, con una media para pacientes no quirúrgicos del 25%, siendo la mortalidad efectiva fue del 10,8%. Esto denota la calidad y resolutivez que ofrece en la unidad.

Normalizando la distribución de los datos se observa que la mortalidad real o efectiva durante 2023 se encuentra 0,56 desviaciones estándar por debajo de la mortalidad esperada promedio.

Estas gráficas y análisis se hicieron en conjunto con la unidad de inteligencia de negocios y analítica de datos de la oficina asesora de planeación, quienes estructuran los reportes, haciendo el reporte de SOFA como score indicativo de la calidad en la unidad. Este score se toma desde el mes de noviembre de 2023.

3.2. Consulta Externa

El Hospital Regional de Moniquirá durante la actual gestión se enfocó en mejorar la resolutivez de todos sus servicios, a fin de poder dar respuesta con el mejor equipo de trabajo a las necesidades crecientes en salud de la población de la provincia y sus municipios aledaños. Con este fin, se dio vía a la apertura de diversas especialidades en consulta externa. Estas nuevas áreas médicas han sido diseñadas para brindar una atención integral y especializada a nuestra comunidad. A continuación, detallamos los logros y avances en cada una de las especialidades:

- **Cardiología y Cardiología Pediátrica:**

Se ha establecido un equipo de cardiólogos altamente capacitados para atender a pacientes de todas las edades. Se realizan evaluaciones cardíacas exhaustivas, pruebas de esfuerzo, ecocardiogramas y seguimiento de enfermedades cardiovasculares, dado que la prevención y el manejo de factores de riesgo son prioridades fundamentales.

- **Dermatología:**

Nuestros dermatólogos ofrecen diagnóstico y tratamiento para una amplia variedad de afecciones cutáneas. Se realizan biopsias, crioterapia, y consulta externa especializada.

- **Diagnóstico Vascular:**

El hospital cuenta con tecnología avanzada para evaluar el sistema vascular. Se realizan estudios Doppler, angiografías y se abordan enfermedades arteriales y venosas.

- **Dolor y Cuidados Paliativos:**

Un equipo multidisciplinario trabaja para aliviar el dolor crónico y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se ofrecen terapias farmacológicas, interdisciplinariedad con servicios como fisioterapia y apoyo emocional a través del programa salud mental.

- **Medicina Familiar:**

Los especialistas en medicina familiar brindan atención preventiva, manejo de enfermedades crónicas y seguimiento integral con enfoque en los riesgos en salud de la comunidad. Se promueve la educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través del programa de salud Familiar.

- **Medicina Física y Rehabilitación:**

Se ofrecen programas de rehabilitación personalizados para pacientes con discapacidades físicas. Manejo interdisciplinario de terapia ocupacional, fisioterapia y adaptación funcional como parte integral de este servicio.

- **Neurocirugía:**

Se realiza consulta especializada para enfocar los procedimientos quirúrgicos para tratar afecciones del sistema nervioso central y periférico. Se abordan casos de tumores cerebrales, hernias discales y traumatismos craneoencefálicos.

- **Oftalmología:**

Evaluación y tratamiento de enfermedades oculares, corrección de refracción y cirugía ocular. Se realizan exámenes de la vista, diagnóstico de enfermedades altamente discapacitantes como glaucoma y catarata.

- **Otorrinolaringología:**

Consulta especializada y procedimientos, enfocados en la prevención de pérdida auditiva, y patologías relacionadas.

- **Psiquiatría:**

A través de consulta especializada en psiquiatría se brinda apoyo a pacientes con trastornos mentales. Se realizan evaluaciones, terapia y seguimiento para promover la salud mental en conjunto con un equipo interdisciplinario de salud mental.

En resumen, estas especialidades fortalecen nuestra capacidad para ofrecer una atención médica integral y de alta calidad. Continuaremos trabajando en colaboración con nuestros pacientes y la comunidad para mejorar la salud y el bienestar de todos.

3.2.1. Producción

Tabla 16. Producción Servicio Consulta Externa 2020-2023

| Servicio | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| Consultas de medicina general electivas realizadas | 26.952 | 25.800 | 36.329 | 41.510 |
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas | 13.548 | 16.942 | 36.933 | 50.760 |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

Tabla 17. Producción de Consulta Especializada 2023

| ESPECIALIDAD | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL AÑO |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|
| Medicina Interna | 488 | 455 | 498 | 427 | 486 | 438 | 483 | 388 | 460 | 435 | 464 | 411 | 5.433 |
| Ginecobstetricia | 364 | 448 | 520 | 1.025 | 1.050 | 971 | 503 | 384 | 371 | 416 | 424 | 431 | 6.907 |
| Cirugía general | 168 | 200 | 228 | 192 | 249 | 221 | 166 | 182 | 243 | 159 | 220 | 197 | 2.425 |
| Pediatría | 458 | 481 | 558 | 963 | 1.032 | 992 | 401 | 355 | 434 | 466 | 407 | 455 | 7.002 |
| Anestesia | 126 | 87 | 157 | 199 | 182 | 143 | 93 | 145 | 162 | 204 | 139 | 154 | 1.791 |
| Cardiología Adultos | 144 | 211 | 117 | 183 | 195 | 171 | 178 | 190 | 180 | 55 | 577 | 700 | 2.901 |
| Cardiología Pediátrica | 15 | 13 | 19 | 12 | 11 | 11 | 14 | 3 | 11 | 9 | 31 | 31 | 180 |
| Ecocardiografía Pediátrica | 36 | 32 | 1 | | 17 | - | | | 17 | 11 | | 21 | 135 |
| Fisiatría | 47 | 122 | 67 | 73 | 59 | 41 | 64 | 57 | 102 | 54 | 173 | 20 | 879 |
| Gastroenterología | 23 | 83 | 81 | 54 | 64 | 73 | 98 | 63 | 63 | 88 | 100 | 90 | 880 |
| Neurocirugía | 120 | 146 | 129 | 114 | 98 | 4 | 35 | - | - | - | - | - | 646 |
| Otorrinolaringología | 173 | 194 | 178 | 128 | 127 | 131 | 136 | 140 | 150 | 123 | 133 | 137 | 1.750 |
| Psiquiatría | 107 | 108 | 112 | 113 | 120 | 115 | 105 | 133 | 162 | 161 | 126 | 121 | 1.483 |
| Urología | 127 | 136 | 136 | 137 | 307 | 125 | 301 | 2 | 74 | 123 | 137 | 151 | 1.756 |
| Medicina familiar | 301 | 377 | 490 | 393 | 496 | 475 | 449 | 566 | 705 | 406 | 396 | 378 | 5.432 |
| Ortopedia | 522 | 754 | 684 | 504 | 450 | 566 | 610 | 479 | 558 | 474 | 345 | 378 | 6.324 |
| Oftalmología | 113 | 134 | 167 | 111 | 154 | 138 | 146 | 145 | 118 | 203 | 154 | 130 | 1.713 |
| Dermatología | 56 | 43 | 123 | 97 | 99 | 215 | 368 | 250 | 353 | 200 | 370 | 263 | 2.437 |
| Neurología | | | | | | 45 | 67 | 85 | 104 | 180 | 97 | 108 | 686 |
| TOTAL CONSULTA ESPECIALIZADA | 3.388 | 4.024 | 4.265 | 4.725 | 5.196 | 4.875 | 4.217 | 3.567 | 4.267 | 3.767 | 4.293 | 4.176 | 50.760 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

3.3. Imágenes Diagnósticas

3.3.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.3.1.1. 2019

Nuestros equipos fueron instalados en marzo del 2019 con una producción que no superaba 1.200 estudios promedio mensual, el servicio de ecografía se prestaba por 4 horas de lunes a viernes y nuestros demás servicios no tenía una alta demanda.

3.3.1.2. 2020.

En marzo de 2020 sobrevino la pandemia de COVID 19, lo que generó un cierre de atención a los pacientes de consulta externa, afortunadamente contábamos con la tecnología suficiente para soportar y brindar atención a los pacientes que ingresaron a nuestros servicios de Urgencias, UCI y Hospitalización cerrando el periodo con 17.593 actividades.

3.3.1.3. 2021

En el mes de Julio del 2021 se reorganizó el área, lo cual llevó a un crecimiento de un 46.51% con la realización de 25.775 , es así como para este periodo se prestaron los servicios de Tomografía, ecografía y Radiología convencional con el apoyo de la utilización de arco en C en salas de cirugía. Se adquirió una plataforma tecnológica que permitió la entrega de reportes de manera presencial y la posibilidad de visualizar imágenes en los diferentes servicios, la entrega final de reportes en físico y las imágenes en Cd. Justo en noviembre de 2021 y luego del análisis de las necesidades de nuestros usuarios y teniendo en cuenta la población femenina de nuestra región vimos la oportunidad de realizar un proyecto dirigido a las 6.480 mujeres en edades de 45 a 80 años quienes deberían realizarse estudio de Mamografía, el Hospital hace grandes esfuerzos y se realizan adecuaciones para que a partir del mes de noviembre se de apertura al servicio de mamografía.

3.3.1.4. 2022

Se presentó la desafortunada novedad de falla del equipo de Tomografía HITACHI de 16 cortes, el cual dejó de funcionar justamente en el mes de Febrero durante este periodo continuamos prestando servicios de Radiología convencional, Mamografías, Ecografías, Rx portátil y el apoyo de radiología con el arco en C en salas de Cirugía, gracias a la gestión administrativa y financiera en el mes de Septiembre se logra la adquisición con recursos propios de un Tomógrafo de última tecnología SIMENS SOMATHON UP de 64 Cortes siendo uno de los mejores del departamento.

Mediante el cuadro de mando integral continuamos realizando el seguimiento y control de indicadores importantes para el área, indicadores como producción v/s oportunidad de nuestros servicios con la posibilidad de plantear estrategias que nos permitieran cumplir con las metas, adicionalmente se realiza la actualización y documentación de procesos y procedimientos necesarios para el área de imágenes diagnósticas y la capacitación constante para el personal.

3.3.1.5. 2023

Durante la vigencia 2023 el servicio de imágenes Diagnosticas tiene una transformación, puesto que luego del análisis de necesidades de la demanda, se vincula un grupo de radiólogos con subespecialidades en Neuro radiología, radiología osteomuscular e imágenes de la mujer, con la que se logra afinar y garantizar la oportunidad y calidad en cuanto al Diagnostico, garantizando la supervisión el reporte y seguimiento a la calidad de las imágenes, optimizando los tiempos de lecturas siendo una de las pocas instituciones en las que se entregan los resultados el mismo día con lapsos de cuatro horas, tanto para los pacientes hospitalizados como para los pacientes

de consulta externa, a través de una nueva plataforma tecnológica y la página web del Hospital Regional de Moniquirá una plataforma amigable y segura evitando que el paciente tenga que regresar por los resultados.

El formato de reporte de resultados fue ajustado de tal manera que se registra la dosis de radiación que se administra a cada paciente por estudio

A la fecha se han elaborado y socializado 2 manuales, 3 protocolos, 8 procedimientos, 8 formatos y listas de chequeo esto con el único objetivo de institucionalizar nuestra atención.

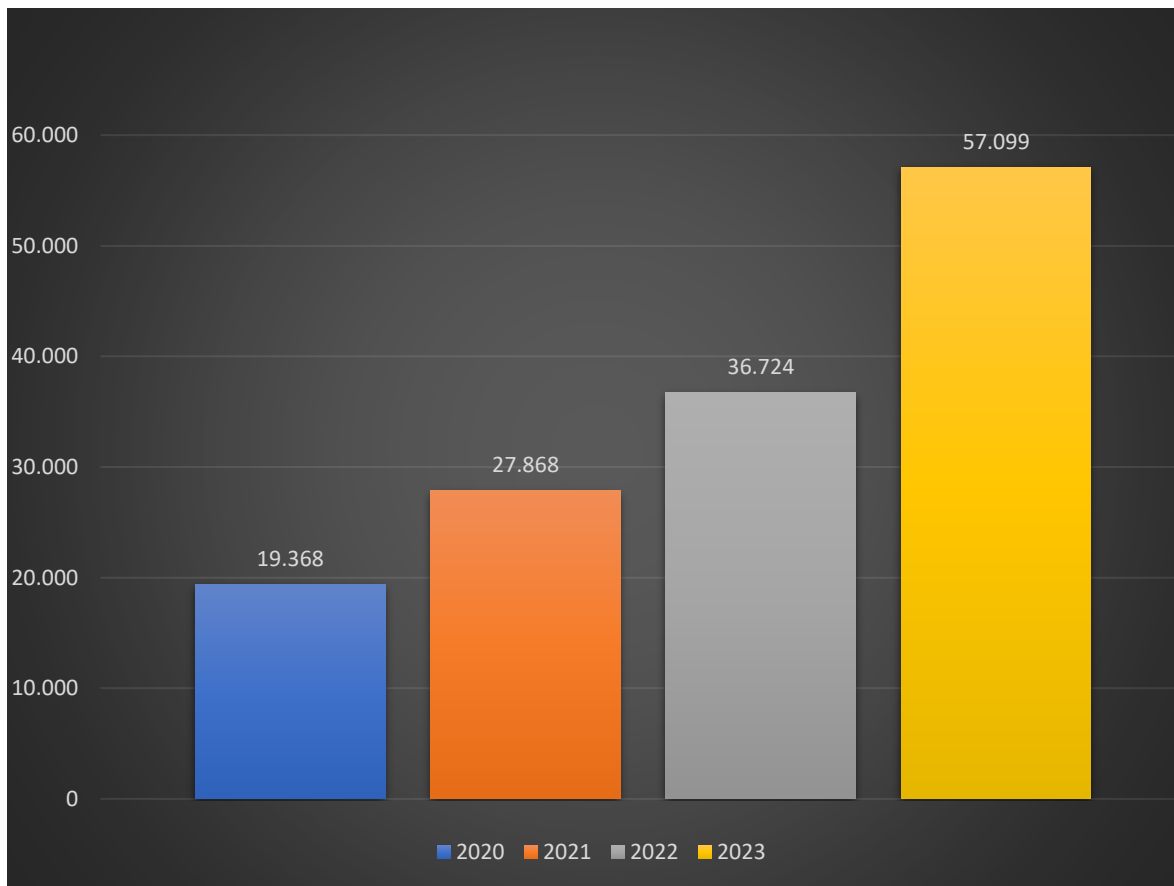
Se fortalece el servicio con actividades académicas orientadas y dirigidas por los médicos radiólogos tanto para el personal del área como para el personal médico de la institución

Cada mes se entregan capsulas que resultan relevantes a la hora de la adquisición de las imágenes, logramos la realización y actualización del curso de protección radiológica por parte del personal del área

Se da un inicio al análisis de pertinencia en la solicitud de los estudios particularmente, ecográficos y estudios por escenografía, esto con el fin de hacer un buen uso de nuestros recursos.

3.3.2. Producción

Figura 63. Producción Servicio Imágenes Diagnosticas (2020-2023)



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

3.4. Seguridad del Paciente, Control de Infecciones y Departamento de Enfermería

3.4.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.4.1.1. 2020:

Se cuenta con un programa de seguridad del paciente que permite identificar situaciones de riesgo y reporte de eventos adversos. Existen protocolos y manuales de procedimientos que dan respuesta a los servicios que se ofertan en el momento.

El departamento de enfermería contaba con un equipo de 15 profesionales y 30 auxiliares, dirigidos por una coordinación general.

La razón enfermero-paciente era de 12 pacientes por cada auxiliar de Enfermería y 22 pacientes por cada enfermero profesional en el servicio de hospitalización, los servicios de Urgencias/observación y Ginecología/ Pediatría compartían profesional de enfermería, el servicio de consulta externa contaba con un profesional para la realización de consulta de planificación familiar, crecimiento y desarrollo, toma de citologías y seguimiento a informes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dos auxiliares de enfermería, uno para la realización de procedimientos menores y otro para el servicio de vacunación.

Se cuenta con 5 perfiles en planta permanente de carrera administrativa, 2 auxiliares y 3 profesionales de enfermería.

En el mes de Julio y dado el aumento indiscriminado de casos por COVID 19 se dio la apertura de la unidad de cuidado intensivo, contando inicialmente con 4 profesionales de enfermería y 8 auxiliares en proceso de entrenamiento.

3.4.1.2. 2021

Se creó el programa institucional REBECA (REBien-En-CAlidad) Orientado a describir las primeras practicas seguras de: Identificación correcta de pacientes, Prevención de UPP, mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos, Identificación y manejo de medicamentos de alto riesgo, Traspaso o entrega de turno, Venopunción y manejo de flebitis, Atención limpia: Sin infecciones, Prevención de caídas, Cirugía segura, Prescripción de medicamentos con orden verbal.

Se cuenta con un grupo de profesionales de enfermería que opera semanalmente en el análisis de ventos adversos y definición de acciones de mejora.

A finales de año y en respuesta a las IAAS generadas por el efecto de la pandemia por Covid-19, se creó el programa de control y prevención de infecciones y se conformó el equipo multidisciplinario, que busca fortalecer las practicas seguras y mitigar el riesgo durante la atención, el cual cuenta con la asesoría de un médico infectólogo.

El departamento de Enfermería continua en crecimiento, se aumenta el esquema del servicio de urgencias/observación asignando un profesional y un auxiliar adicional para cada servicio por turno, se delega un profesional para la realización de Triage durante el día y se asigna un coordinador de área. La unidad de cuidado intensivo presenta ocupación total permanente, generándose la necesidad de adicionar un tercer profesional y un cuarto auxiliar de enfermería por turno, se asigna también un coordinador de área.

3.4.1.3. 2022.

Se realizó la actualización del programa y la política de seguridad del paciente en línea con las directrices nacionales. Se propone un modelo proactivo que evoluciona al predictivo y preventivo. Se establecen 3 de líneas de trabajo: Línea de gestión del riesgo, Línea de gestión y monitoreo de eventos de seguridad y línea de transformación cultural de la seguridad.

En esta primera etapa se priorizan las 6 metas internacionales en la seguridad del paciente:

✓ **Identificación correcta de pacientes:** Menos de 1% de los pacientes atendidos en mes, presentaran eventos adversos por fallas en la identificación correcta.

✓ **Reducir el riesgo de daño causado por caídas:** En mil días de estancia en un mes, menos del 2.0% de los usuarios atendidos en la institución sufrirán daño asociado a caídas.

✓ **Mejorar la seguridad de los medicamentos:** En menos del 1.0% de los usuarios que egresan de la institución mensualmente se cometerán errores en la administración de medicamentos durante su estancia.

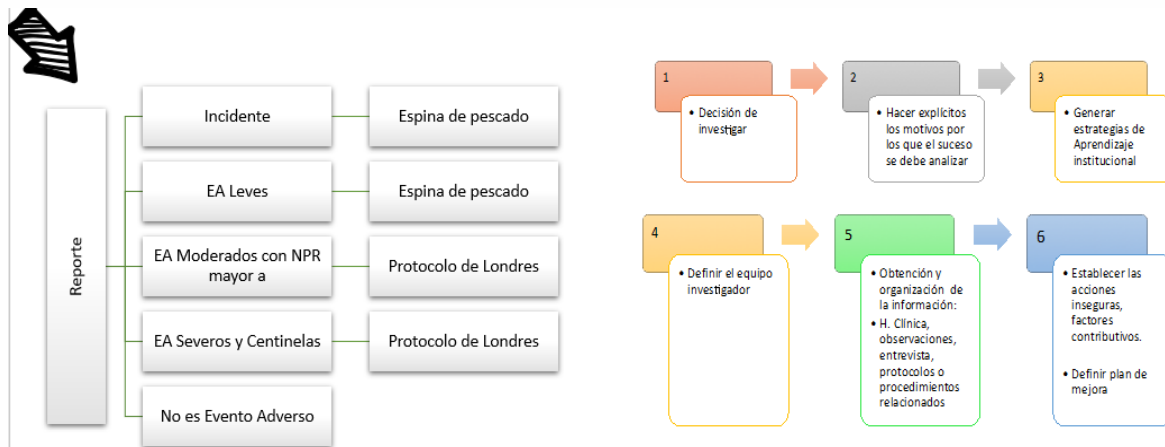
✓ **Prevenir la aparición de las lesiones en piel por presión en el paciente:** Menos del 2% de los pacientes que egresan, presentaran lesiones de piel por presión Grado II, III e indeterminado.

✓ **Reducir el riesgo de las infecciones asociadas a la atención en salud:** Menos del 5% de los pacientes atendidos en un mes adquieran una infección prevenible durante su estancia en la institución.

✓ **Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento y paciente correcto:** El 100% de los pacientes atendidos en cirugía se les aplicará la verificación de cirugía segura en los tres momentos de atención. Ningún paciente a quien se le realice cirugía, se presentará errores relacionados con el procedimiento, sitio o equipo correcto, que generen un evento adverso.

Se define la metodología para gestión de sucesos de seguridad y la identificación de factores contributivos de la siguiente manera:

Figura 64. Metodología Gestión de sucesos de Seguridad del Paciente



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2022)

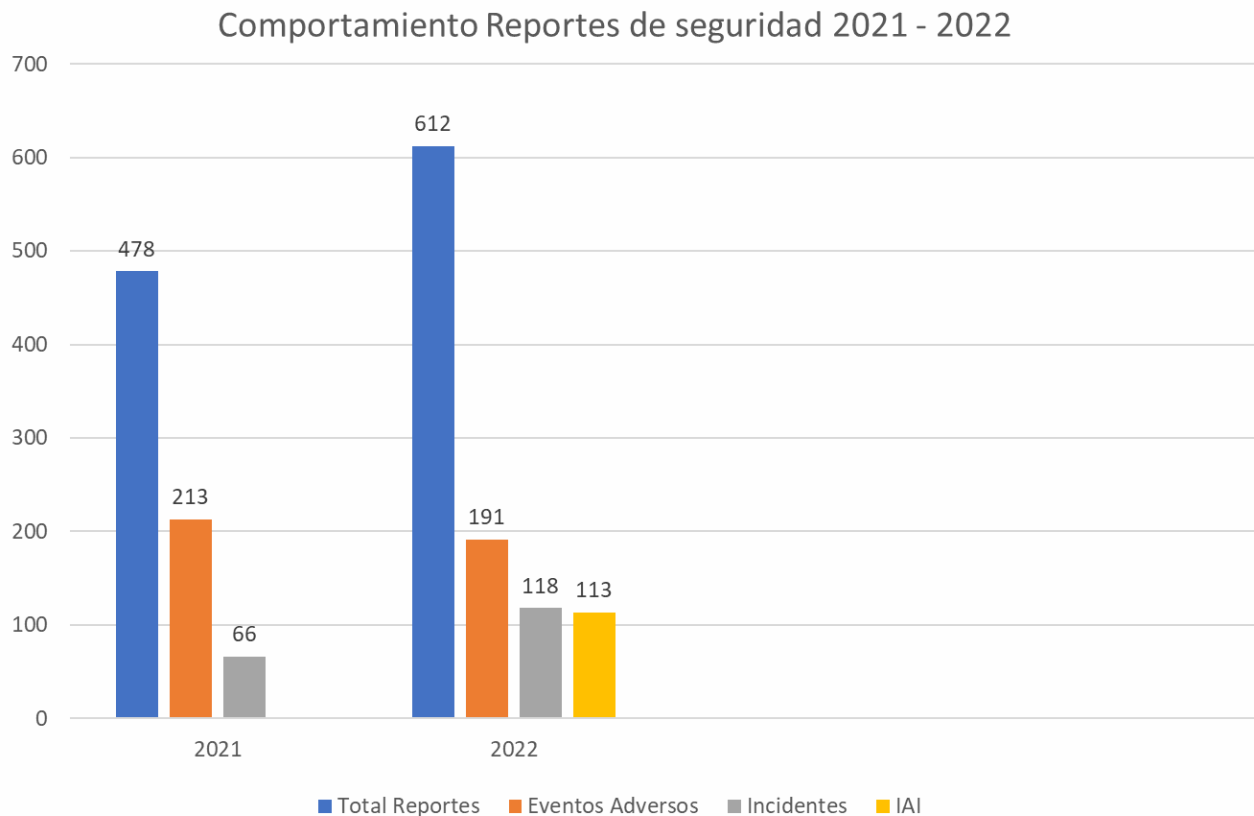
Se desarrollaron los programas de vigilancia a riesgos asociados a los medicamentos, dispositivos médicos, componentes sanguíneos y reactivos in vitro, con el fin de brindar al equipo de salud la asesoría idónea y técnica para el manejo seguro de las tecnologías en el proceso de atención.

Ante la creciente demanda, el aumento de los servicios ofertados y el deseo de la institución por trabajar en prácticas basadas en la evidencia que garanticen una atención de calidad, excelente y segura, el equipo de seguridad del paciente realizó la actualización de 35 protocolos, elaboración de 30 nuevos formatos y 3 manuales de proceso, que permitieron a los colaboradores adquirir nuevos conocimientos, realizar procedimientos seguros y aprender a usar nuevas tecnologías.

Se fortaleció la cultura del reporte a través de la formación al personal en la identificación y reporte de acciones inseguras, permitiendo caracterizar los factores contributivos y desarrollar barreras de seguridad y acciones de mejora. Obteniendo un

aumento del 21.8% en el número de reportes y una disminución del 10% en la incidencia de eventos adversos con respecto al año anterior. Aparece por primera vez la clasificación de Indicios de Atención insegura.

Figura 65. Comportamiento Reportes de Seguridad



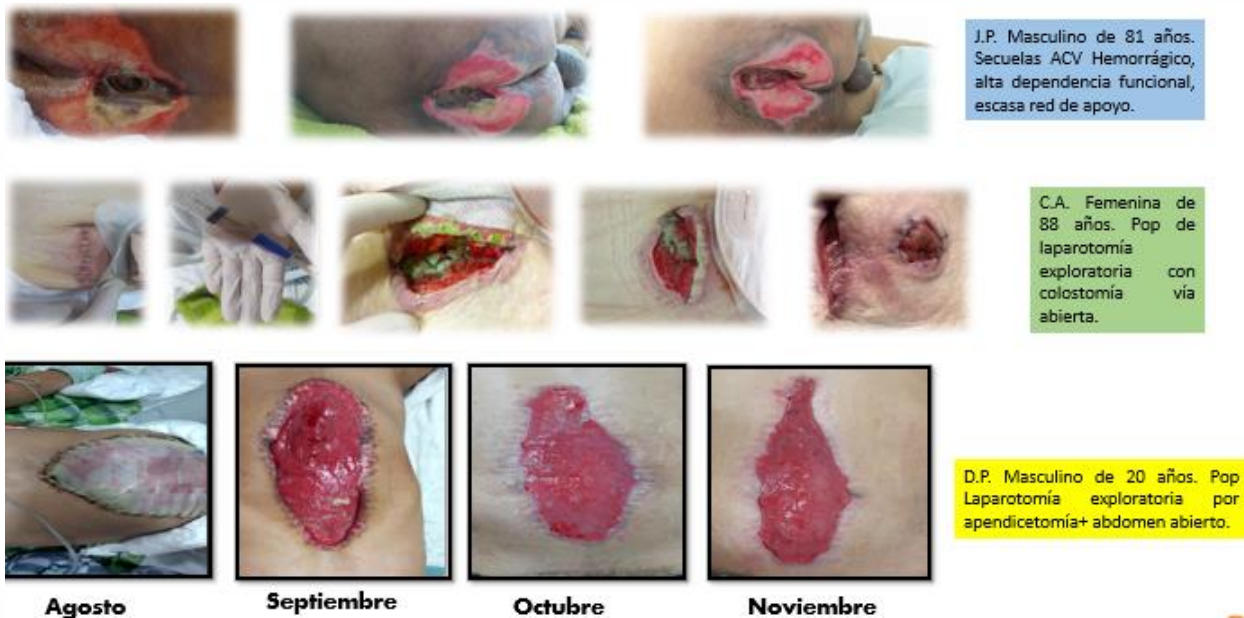
Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

Los eventos adversos más frecuentes durante el periodo fueron las flebitis con el 47%, seguido de las lesiones en piel por presión con el 12%. A partir del análisis de casos se lograron identificar factores contributivos como la administración de medicamentos con osmolaridades superiores a 600, intentos recurrentes de venopunción en pacientes con fragilidad capilar, terapias antibióticas prolongadas que requerían cambios de venopunción cada 72 horas, fijaciones no estériles que impedían observar el sitio de inserción,

diponibilidad de conectores heparinizados que aumentaban el riesgo de accidentes biológicos por punción e insumos para la asepsia de la piel que ya no están recomendados por la evidencia científica. En respuesta a estos hallazgos se creó el equipo de terapia intravenosa, que formó inicialmente 4 enfermeras profesionales en la inserción, cuidado y mantenimiento de cateteres venosos centrales de inserción periférica, se realizó la adquisición de cateteres perifericos de seguridad, conectores lbres de aguja, fijaciones esteriles transparentes, isopañines de clorexhidina alcohólica y se realizaron ajustes a los protocolos de venopunción y administración de medicamentos basados en las buenas practicas para la seguridad del paciente.

Siendo las lesiones en piel por presión el segundo evento adverso más frecuente, se realizó la documentación de los protocolos de Prevención de leiones en piel por presión y cuidado de la piel y manejo de heridas y ostomias; se realiza además la elaboración y difusión del curso virtual de cuidado de la piel y las heridas con un 90% de cobertura y se capacita al personal de enfermeria en la evaluación del riesgo a través de la aplicación de la escala de Braden. La institución adquirió también tecnologia para el manejo de heridas complejas, ostomias y cuidado de la piel, logrando asi obtener resultados exitosos y mejorando el indicador de incidencia con respecto al año anterior.

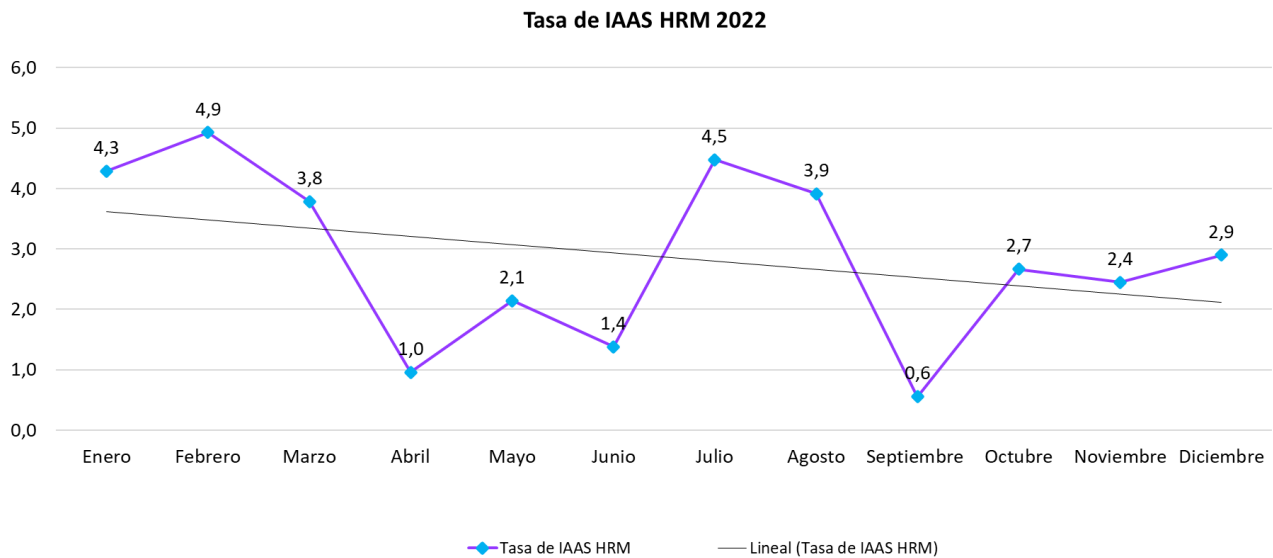
Figura 66. Evolución de heridas complejas, tratadas en el HRM



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

El grupo de control y prevención de infecciones estandarizó indicadores de seguimiento relacionados con la incidencia de infecciones asociadas a la atención en salud: Neumonías asociadas a la ventilación mecánica, Infecciones de sitio operatorio, Infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter central, infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario. Logrando obtener una tasa de incidencia en IAAS menor al 5%, ubicándonos por debajo del promedio nacional.

Figura 67. Tasa de IIAS HRM 2022



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

Se realizó la actualización de 12 documentos entre ellos el programa de prevención y control de infecciones, protocolo de lavado e higiene de manos, lavado de manos quirúrgico, aislamiento hospitalario, Venopunción y prevención de flebitis, manual de bioseguridad, manual de esterilización, uso y reuso de dispositivos, identificación y reportes de análisis de IAAS y formatos para el seguimiento de dispositivos invasivos en hospitalización y UCI; todos ellos basados en los lineamientos internacionales del Centers for Disease Control and Prevention, la Infusion Nursing Society y lineamientos nacionales del Ministerio de salud y protección social y el Instituto Nacional de salud.

La adherencia al lavado e higiene de manos fue una de las metas del programa, para lo cual se diseñaron 4 campañas de concientización y difusión de su importancia en la reducción y prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud, dirigidas a todos

los perfiles asistenciales especialmente en las áreas críticas como Urgencias, Salas de Cirugía, Ginecología y Unidad de Cuidado Intensivo.

En el mes de septiembre se realizó la primera Maratón de seguridad en el marco de la exaltación de la semana de la seguridad del paciente con la participación de cada una de las unidades funcionales a través “Stands Seguros” que buscaban hacer difusión de los diferentes protocolos y manuales institucionales a través de la interacción directa con los colaboradores de manera participativa, ingeniosa e innovadora. Esta actividad contó con la presencia de 11 Stands programados durante toda la semana y en sintonía con las jornadas académicas realizadas por cada líder de unidad funcional, en temas relacionados con: Seguridad en la toma de muestras de laboratorio, Programa de Farmacovigilancia, Programa de Hemovigilancia, Programa de Tecnovigilancia, Programa de Reactivovigilancia, Riesgos en la atención del binomio madre-hijo, prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, prevención de caídas, lavado e higiene de manos, identificación correcta de pacientes, venopunción y prevención de flebitis, Nutrición segura, riesgos asociados a la atención del paciente crítico, administración segura de medicamentos y manejo seguro de antimicrobianos. La asistencia se dio de manera masiva con un total de 401 colaboradores, correspondiente al 87% del total de funcionarios.

Figura 68. Imágenes Semana Seguridad del Paciente 2022



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá, 2022)

El departamento de enfermería actualizó su esquema tradicional de coordinación y se descentralizan las funciones, asignándose un coordinador de área en cada unidad funcional, un coordinador de personal y un coordinador del programa de seguridad del paciente, todos bajo el liderazgo de una coordinación general, con actividades claras y

definidas para mejorar la calidad en la prestación del servicio, la seguridad en la atención, la vigilancia permanente de la funcionalidad de los equipos de trabajo y los procesos de cada servicio.

Se organiza el proceso de control de personal, cambios de turnos, cubrimiento de novedades, evaluación del personal y se restringen las jornadas de turnos superiores a las 12 horas, disminuyendo la probabilidad de presentar eventos adversos asociados al cansancio del trabajador y generando mejores condiciones de trabajo.

Se realizó la solicitud y entrenamiento de nuevas tecnologías para el cuidado de los pacientes, se actualizaron 13 protocolos de procedimientos de enfermería, mejorando la seguridad del paciente y el trabajador en la realización de procedimientos, la oportunidad en el inicio de tratamientos y la actualización de prácticas de enfermería basadas en la evidencia nacional e internacional. Se adoptan escalas de identificación del riesgo para la prevención de lesiones en piel por presión, caídas, deterioro neurológico y/o deterioro clínico. El Kardex de enfermería se actualiza para permitir que el profesional de enfermería pueda hacer una valoración integral de cada paciente y diseñar planes de cuidado individualizados.

3.4.1.4. 2023.

Dando continuidad al desarrollo del programa de seguridad del paciente y cumplimiento a los estándares de habilitación, se realiza la documentación de las prácticas seguras en:

- Manejo seguro de hemoderivados: protocolo y lista de chequeo de administración segura de hemo componentes, Manual de hemovigilancia.

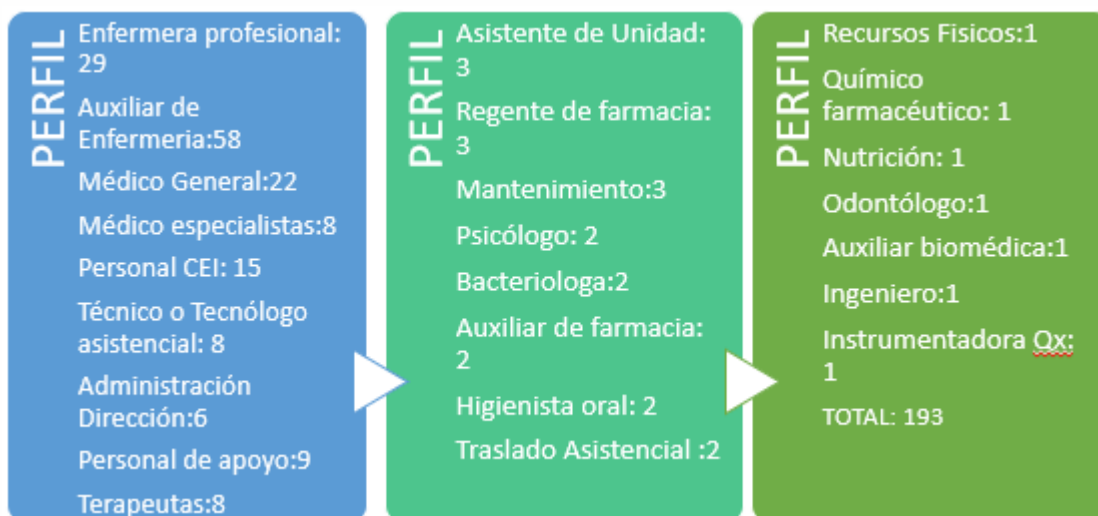
- Atención segura del binomio madre hijo: Protocolo y lista de chequeo de parto seguro y humanizado, proceso de atención en Gineco-obstetricia y atención del recién nacido.
- Aplicación segura del consentimiento informado: Actualización del procedimiento y los instrumentos de consentimiento informado.
- Prevención de la mal nutrición y desnutrición: Creación del programa de soporte nutricional, Protocolo de desnutrición, protocolo de atención a niños con desnutrición de 0-59 meses, formato de tamizaje nutricional, protocolo de administración segura de la nutrición parenteral y enteral.
- Reducir el riesgo de atención del paciente crítico: Protocolo prevención de riesgos asociados a la atención del paciente crítico, protocolo prevención de neumonías, protocolo inserción y mantenimiento del catéter venosos central.
- Garantizar la educación al paciente y su familia en el autocuidado y preservar su seguridad durante la atención.
- Mejorar la comunicación efectiva y segura entre las personas que atienden y cuidan al paciente.

Adicionalmente se ajustan y elaboran otros documentos que fortalecen las prácticas seguras desarrolladas en el 2022, como la tabla de preparación, administración, cuidado y estabilidad de antibióticos, mezclas e infusiones, protocolo de egreso seguro, protocolo de traslado seguro intrainstitucional.

En el mes de enero se realiza la primera encuesta de percepción de la seguridad del paciente en la institución, basados en el desarrollo del programa durante el año 2022. La encuesta fue diligenciada por 193 funcionarios, con la siguiente distribución de perfiles,

siendo el personal de enfermería, medicina y Ciclo económico interno el de mayor participación.

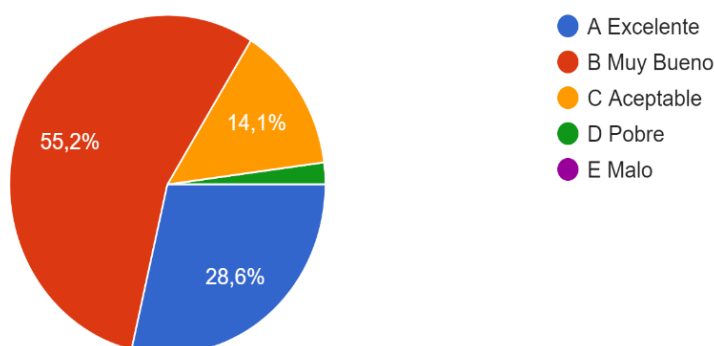
Figura 69. Perfiles Participación Primera Encuesta de Percepción de Seguridad del Paciente.



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

El 84% de los encuestados considera que el grado de seguridad del paciente en su unidad Es muy bueno o excelente, el porcentaje restante considera que es aceptable.

Figura 70. Resultados Encuesta Percepción Seguridad del Paciente



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

Las conclusiones identificadas fueron:

- La percepción del personal frente a la importancia dada por la dirección la al programa es positiva, identifican que la institución prioriza seguridad del paciente y promueve un ambiente seguro.
- El trabajo en equipo institucional fue resaltado por los trabajadores. Ambientes laborales caracterizados por el respeto y compromiso.
- La percepción global de seguridad del paciente fue positiva, los encuestados resaltan la importancia de las buenas prácticas, el reporte de sucesos de seguridad y la ejecución de acciones de mejora.
- La mayoría de los encuestados aprueban la gestión de sus líderes y la importancia que le dan a la seguridad del paciente, sin embargo, resaltan que pueden mejorar su proactividad en la identificación de riesgos y entrenamiento de su personal a cargo en temas relacionados con el programa.
- La percepción grupal de los encuestados identifica que, aunque existen barreras de seguridad que permiten prevenir la aparición de Eventos adversos es medianamente probable que puedan ocurrir errores en los procesos.
- La mayoría de los encuestados aprueba la actuación de la dirección frente a la seguridad del paciente, resaltando el ambiente laboral y el interés por el programa.
- Menos de la mitad de los encuestados considera que la repuesta de la dirección ante la ocurrencia de un error es punitiva, sin embargo, un porcentaje considerable teme que se realicen reportes a sus expedientes laborales.

En el mes de Abril se realizó la segunda maratón de seguridad del paciente con la participación de 11 stand seguros con la presentación de temas relacionados con:

Identificación correcta de pacientes, programa de hemovigilancia, manual de toma de muestras, Administración segura de hemo componentes, Parto seguro y humanizado, Cirugía segura, Manual de bioseguridad y ambiente seguro, prevención de infecciones asociadas al torrente sanguíneo, Administración segura de medicamentos, Egreso seguro y Política y programa de seguridad del paciente.

La actividad contó con la asistencia de 460 personas correspondiente al 87% de los colaboradores. Al finalizar la jornada se realizó prueba de conocimientos para evaluar la eficacia de la actividad, obteniendo un promedio general de 3.8 en escala de 1 a 5.

Figura 71. Imagen Maratón Seguridad del Paciente 2023

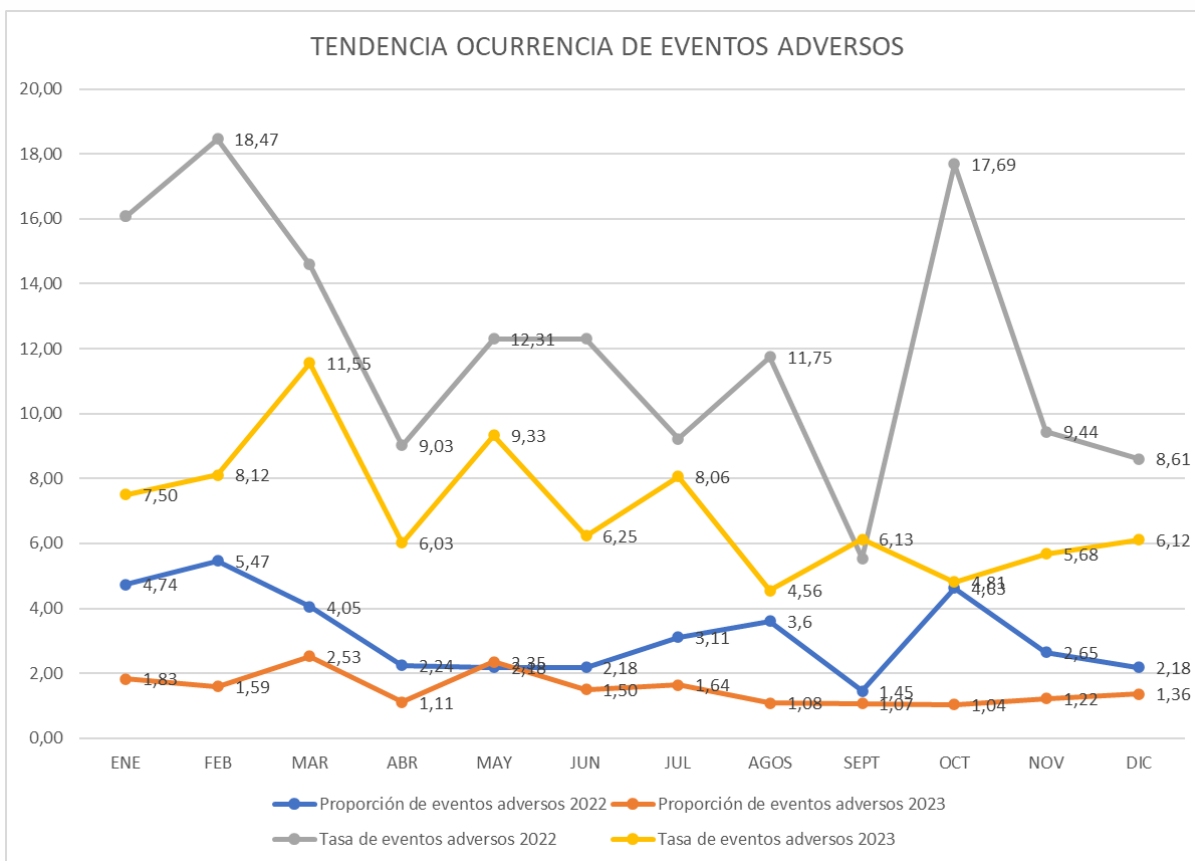


Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá, 2023)

En el 2023 se crea el curso virtual “Buenas prácticas para la seguridad del paciente” realizado por 460 personas, correspondiente al 87% de total de los trabajadores, con una calificación general de 4,2, se establece como requisito su realización durante el periodo de inducción institucional en el personal nuevo.

Durante el periodo se logró incrementar el número de reportes de sucesos de seguridad pasando de 741 reportes en el 2022 a 792 reportes en el 2023, un incremento del 7% con respecto al año anterior, sin embargo la incidencia de eventos adversos disminuyó en un 25%, mientras que la tasa de incidencia de incidentes aumentó en un 8% y la de indicios de atención insegura en un 105%, lo cual indicó que el personal de salud está mejorando la identificación de acciones inseguras antes de que se materialicen o generen un daño en el paciente, además es importante resaltar que los reportes fueron realizados por perfiles diferentes a enfermería, como medicina general, medicina especializada, bacteriología y terapias, comportamiento diferente al del año anterior.

Figura 72. Tendencia de Ocurrencia de Eventos Adversos 2023



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

La tasa de incidencia de infecciones asociadas a la atención en salud para el 2023 disminuyó en un 42% con respecto al año anterior.

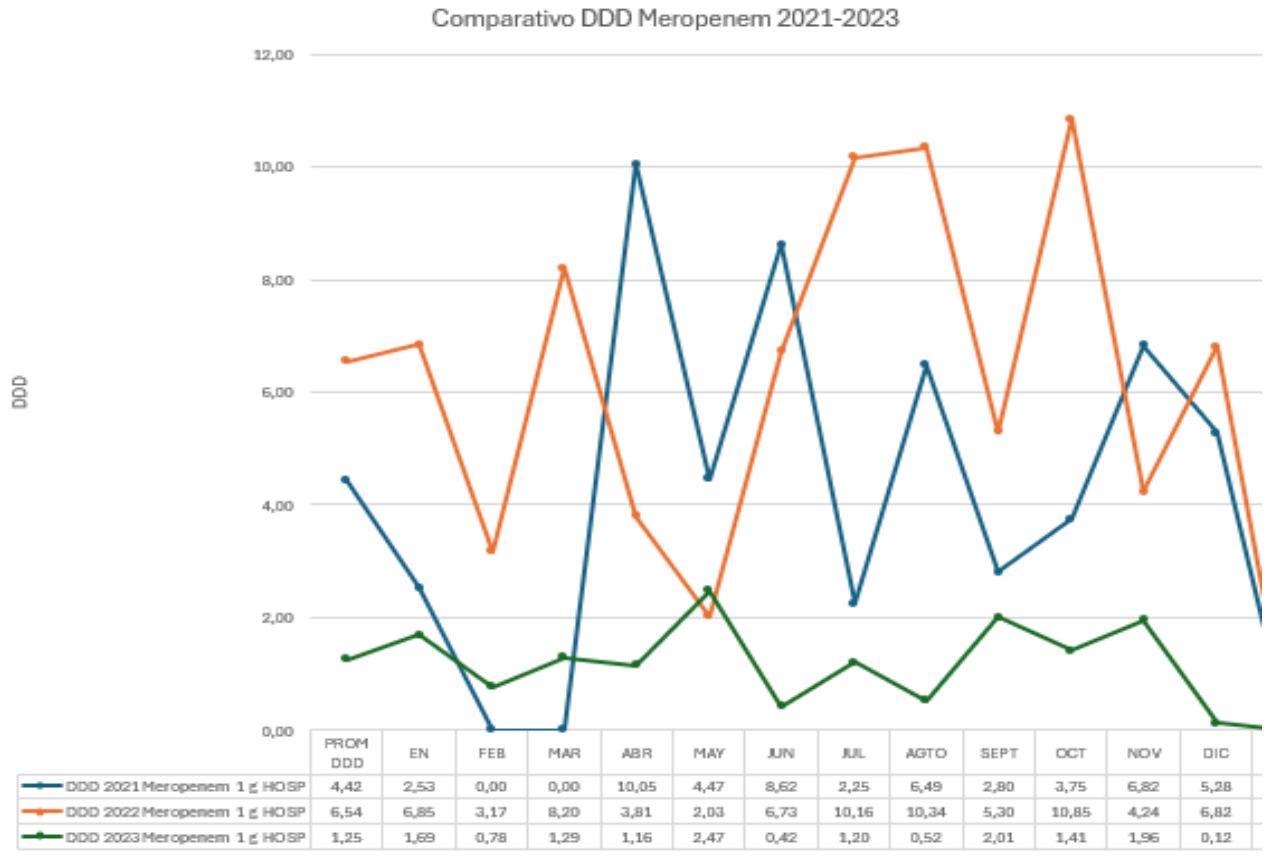
Figura 73. Tasa de IAAS 2023



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

El comité de control y prevención de infecciones en el 2023 documentó el programa institucional de optimización de antimicrobianos PROA y realizó seguimiento a los indicadores de pertinencia en cada sesión mensual de comité, logrando una adherencia aceptable en el uso seguro de antibióticos trazadores como: Meropenem, Piperacilina Tazobactam, Ampicilina sulbactam, cefepime, ceftriaxona, amikacina y vancomicina.

Figura 74. Comparativo DDD Meropenem 2021-2023



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Se elaboraron además los protocolos de profilaxis antibiótica dónde se estandarizaron los antimicrobianos, tiempo de administración y continuidad de tratamiento, de igual manera se creó el protocolo de limpieza y desinfección hospitalaria, donde se indican los responsables de cada proceso, productos a utilizar, frecuencia de realización y forma de realización por cada área o superficie y Manual de esterilización.

Actualmente el departamento de enfermería cuenta con un equipo de trabajo compuesto por 54 profesionales de enfermería, razón enfermero/paciente de 22 pacientes por cada profesional de enfermería en turnos de 12 horas y un profesional adicional de 8 horas para administración de medicamentos e inicio oportuno de tratamientos en los

servicios de hospitalización adultos; 6 pacientes de cuidado intensivo o intermedio por cada profesional de enfermería, con presencia permanente de 2 perfiles en cada turno.

El servicio de urgencias cuenta con un profesional de enfermería permanente 24/7 y los días identificados estadísticamente como de mayor flujo, lunes, miércoles y viernes disponen de un profesional adicional de 10 horas para mejorar la oportunidad en la atención, la ubicación de pacientes, gestión de laboratorios o imágenes diagnosticas e información a familiares; en los servicios de Triage, pediatría, ginecología, salas de cirugía y hospitalización domiciliaria, se dispone de un profesional de enfermería en cada turno permanentemente. El servicio de consulta externa cuenta con 5 profesionales de enfermería en atención de pacientes por ciclo de vida, procedimientos menores, toma de citologías, planificación familiar, vacunación, salud pública y programa de remplazos articulares.

El equipo técnico cuenta con 106 auxiliares de enfermería, razón enfermero paciente de 7 pacientes de hospitalización adultos por cada auxiliar, 4 pacientes de cuidado intermedio por cada auxiliar o 3 pacientes de cuidado intensivo por cada auxiliar. El servicio de ginecología cuenta con una auxiliar de enfermería en cada una de las áreas (Trabajo de parto/Sala de partos, Posparto/hospitalización, Unidad básica neonatal), de igual manera el servicio de cirugía dispone de un técnico en enfermería para cada área (Quirófano 1, Quirófano 2, Recuperación, lavado de instrumental, Central de esterilización y procedimientos menores); en el servicio de urgencias se cuenta con 3 auxiliares de enfermería en cada turno, en consulta externa se encuentra ubicados 8 técnicos de enfermería distribuidos en las área de vacunación, demanda inducida, salud pública y organización de consultorios/ orientación al usuario, gastroenterología e imágenes

diagnosticas; adicionalmente los programas de salud mental “Totalmente” e IAMII cuentan con auxiliares de enfermería entrenados .

En esta vigencia se logró la formalización de 60 cargos, 5 profesionales y 55 auxiliares de enfermería, se ajustaron las jornadas labores a turnos de 6 horas, buscando mejorar las condiciones de trabajo y la satisfacción del cliente interno, para ofrecer a todos los usuarios del Hospital Regional de Moniquirá la mejor experiencia de cuidado a través del liderazgo, conocimiento, seguridad y humanización.

3.4.2. Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional

- ✓ **Equipo de terapia intravenosa:** Formación de profesionales de enfermería en la inserción, manejo y mantenimiento de catéteres centrales de inserción periférica. Adquisición y capacitación al personal en nuevas tecnologías; Catéteres, fijaciones, productos de asepsia,
- ✓ **Equipo de Cuidado de la piel, heridas y ostomías:** Formación de profesionales en el manejo de heridas complejas, adquisición de tecnologías para el cuidado de la piel, manejo de heridas y ostomías.
- ✓ Biblioteca virtual para la consulta de guías rápidas de manejo de equipos biomédicos.

3.4.3. Casos Clínicos de éxito.

En el 2023 el equipo de cuidado de la piel, heridas y ostomías junto al grupo de soporte nutricional, realizaron intervenciones exitosas en un paciente masculino de 64 años con diagnósticos de:

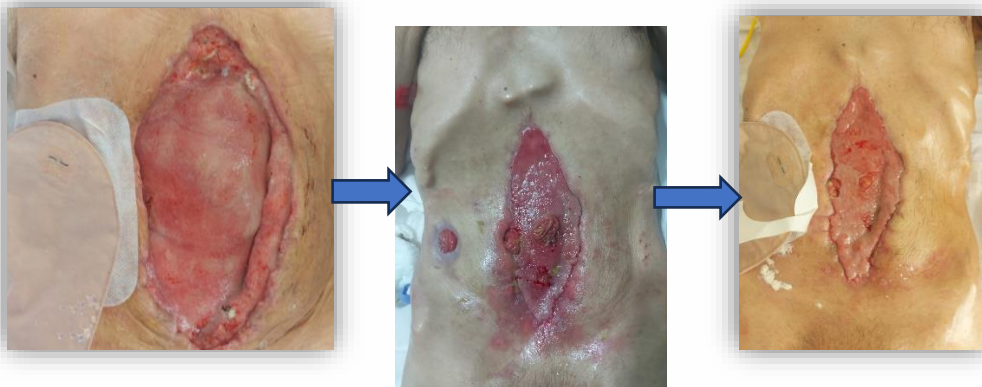
- ✓ Úlcera entero atmosférica de alto gasto número 2

- ✓ POP de laparotomía exploratoria + lisis de bridas +lavado peritoneal
- ✓ Sepsis de origen abdominal
- ✓ Evento rafia con malla + Drenaje de hematoma
- ✓ Antecedente de herida por arma de fuego abdominal hace 37 años.
- ✓ Desnutrición proteico-calórica

Durante aproximadamente 2 meses el equipo interdisciplinar del servicio de hospitalización dirigió todos sus esfuerzos en recuperar la condición clínica de este paciente que desde el inicio no tenía un pronóstico positivo. Luego de superar su estancia en la unidad de cuidado intensivo y las múltiples intervenciones quirúrgicas, el equipo de salud tenía un nuevo reto con este paciente, cerrar un abdomen abierto con un estado nutricional poco favorable y una pared abdominal debilitada. Sin embargo, la persistencia, el trabajo en equipo y el uso adecuado de las tecnologías y recursos para el manejo de heridas abdominales complejas, permitieron que lo que parecía imposible de lograr fuera una realidad.

Actualmente JDR lleva una vida normal, compartiendo con su familia, logro una ganancia de peso del 15%, sus fistulas entero atmosférica cerraron completamente y su pared abdominal se reconstruyó, pudiendo realizar sus actividades de autocuidado. Continúa en controles con cirugía general, pero su autopercepción y funcionalidad mejoraron favorablemente.

Figura 75. Evolución Caso Clínico de éxito (Fístulas)



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3.4.4. Indicadores

Tabla 18. Indicadores Seguridad del Paciente 2020-2023

| Servicio | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|-------------|------|------|------|
| Número de Reportes | 54 | 470 | 741 | 792 |
| Tasa de eventos adversos * 100 egresos | No Hay Dato | 18 | 12 | 7 |
| Tasa de incidentes *100 egresos | No hay Dato | 5,6 | 1,6 | 1,5 |
| Tasa de infecciones asociadas a la atención salud. * 100 egresos | No hay Dato | 0,4 | 0,6 | 0,3 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Tabla 19. Indicadores de Gestión Clínica de Seguridad del Paciente

| Servicio | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Meta |
|---|-------------|------|------|------|------|
| Porcentaje de Vigilancia de EA | No hay Dato | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Proporción de caídas clasificadas como EA | No Hay Dato | 75 | 18 | 12 | 0 |
| Proporción de caídas clasificadas como incidentes. | No hay Dato | 25 | 82 | 88 | 100 |
| Tasa de Eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias * 100 egresos | No hay Dato | 1 | 1 | 0,7 | 3 |
| Tasa de Eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización* 100 egresos | No hay Dato | 4 | 2,3 | 3.6 | 3 |
| Tasa de pacientes que desarrollan úlceras por presión * 1000 días de estancia | No hay Dato | 1,1 | 1 | 0,3 | 1 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3.5. Apoyo Terapéutico y Fisiología Pulmonar

3.5.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.5.1.1. 2022

El servicio denominado "Terapias" del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. quien en su momento pertenecía al área de apoyo diagnóstico y terapéutico, en el año 2022 contaba con el funcionamiento del área de Fisioterapia y Terapia Respiratoria quienes cubrían las Unidades funcionales de Hospitalización, UCI y Consulta externa en el caso de Fisioterapia

3.5.1.2. 2023

El servicio de Apoyo Terapéutico Y Fisiología Pulmonar antes denominado "Terapias" del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. quien en su momento pertenecía al área de apoyo diagnóstico y terapéutico, en el año 2022 contaba con el funcionamiento del área de Fisioterapia y Terapia Respiratoria quienes cubrían las Unidades funcionales de Hospitalización, UCI y Consulta externa en el caso de Fisioterapia; sin embargo, dado los estudios de necesidades y demanda realizado en el mes de Marzo De 2023 a nuestros usuarios de acuerdo al perfil epidemiológico y EAPB, se decide la separación de estos y la creación de apoyo terapéutico y fisiología pulmonar, y con ello la realización adaptación y estructuración de protocolos para cada uno de los servicios, y con ello la apertura de nuevos servicios con el objetivo de brindar mejoras en la oportunidad y suplir las necesidades de la población objeto.

En el mes de abril de 2023 se puso en marcha el:

a. Laboratorio De Fisiología Pulmonar, que ofrece los estudio de:

- Espirometría Basal y Post Broncodilatador.
- Espirometría de volúmenes.
- Gases Arteriales.
- Gases Venosos.
- Caminata de 6 Minutos.
- Test de Esfuerzo.
- Test de Broncomotricidad.
- Test de Ejercicio Pulmonar

b. Fonoaudiología Y Terapia De Lenguaje

En el mes de junio de 2023, se toma la decisión de acuerdo con la necesidad de contar con profesionales especializados en las áreas de audición, lenguaje, habla, voz y deglución para la unidad de cuidados intensivos, hospitalización, urgencias y consulta externa, se apertura el servicio de: Fonoaudiología y Terapia de Lenguaje.

c. Terapia Ocupacional

Además, este mismo mes junio de 2023, se suma a los nuevos servicios el perfil profesional que busca a través del uso terapéutico de las actividades de cuidado, trabajo y juego, el incremento de la independencia funcional, el desarrollo y prevenir la incapacidad; el que incluye, la adaptación de los quehaceres del entorno para alcanzar la máxima independencia y aumentar la calidad de vida, Se valora el grado de independencia, se potencian habilidades para las situaciones cotidianas y para mejorar la función general, dando importancia a las capacidades residuales, por lo que se habilita el servicio de: Terapia Ocupacional.

d. Servicio De Apoyo Terapéutico En Modalidad Domiciliaria:

En el mes de octubre De 2023, se logra llevar nuestros servicios de rehabilitación integral al hogar del paciente a través del Programa de Hospitalización en Casa, mediante la habilitación:

- Terapias Respiratoria Domiciliaria
- Fisioterapia Domiciliaria
- Terapia Ocupacional Domiciliaria
- Fonoaudiología Domiciliaria

En el año 2023, se logra consolidar el servicio de apoyo terapéutico y fisiología pulmonar como un servicio sólido con una gama de servicios especializados de rehabilitación que busca ofrecer un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en interacción con su entorno. Esta como parte esencial de la cobertura sanitaria universal, junto con la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento y los cuidados paliativos.

3.5.2. Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional

3.5.2.1. Compra de Equipos

Se logró gestionar la adquisición de tecnología y desde la subgerencia administrativa y financiera la compra para nuestro servicio de:

1. Espirómetro – Espiometrías
2. Caminadora – Test de Esfuerzo Pulmonar
3. Insumos y suministro para el servicio en general

3.5.2.2. Proyecto de investigación:

- I. Índices de oxigenación, ventilación y percusión en pacientes con COVID-19 de UCI de la E.S.E Hospital regional de Moniquirá de agosto de 2020 a diciembre de 2021. Etapa de recolección de datos.
- II. Caracterización de pacientes con diagnóstico de COVID-19 de UCI de la E.S.E Hospital regional de Moniquirá de agosto de 2020 a diciembre de 2021. Tesis de grado laureada en Universidad de Boyacá.
- III. Ponencia Gases Arterio-venosos del paciente crítico en el Congreso Latino Americano de Terapia Respiratoria por Derek Schoonewolff Lara en representación del HRM en México DF.

3.5.2.3. Programas del servicio de apoyo terapéutico y fisiología pulmonar:

- Rehabilitación en Reemplazos articulares y canal estrecho.
- UCI en Movimiento
- Rehabilitación de Piso Pélvico
- Rehabilitación de Habla, Lenguaje y Voz
- Disfagia en el paciente crítico y hospitalizado
- Autismo e integración sensorial
- Ejercicios para la Vida Diaria
- Laboratorio de Fisiología Pulmonar
- Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar
- Rehabilitación Pulmonar del paciente Crítico y UCI en Movimiento

3.5.3. Casos Clínicos de éxito.

- Rehabilitación del paciente post operatorio reemplazos articulares.
- Rehabilitación del paciente crítico de cuidado intensivo por el equipo.

- Rehabilitación del paciente Consulta externa intensivo por el equipo.

3.5.4. Producción

Tabla 20. Producción Servicio de Apoyo Terapéutico

| Servicio | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|--|-------------|--------------|--------------|--------------|
| Terapias Respiratorias | 2206 | 5520 | 4875 | 6594 |
| Terapias Físicas | 5941 | 16715 | 19293 | 24805 |
| Otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas) | 1589 | 2026 | 1061 | 3702 |
| Total | 9736 | 24261 | 25229 | 35101 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3.5.5. Indicadores de Gestión Clínica.

- Se realiza auditoria de historias clínicas semanales con el objetivo de evaluar pertinencia y adecuados registros clínicos.
- Se creó protocolos para cada uno de los servicios como fueron:
 - UFA-PT-125 Protocolo Área de Fonoaudiología
 - UFA-PT-127 Protocolo de Traqueostomía
 - UFA-PT-128 Protocolo de Ventilación Mecánica en Pulmón Sano
 - UFA-PT-129 Protocolo de Ventilación Mecánica No Invasiva

- UFA-PT-130 Protocolo para Test de Apnea para Diagnostico de Muerte Encefálica
- UFA-PT-131 Protocolo para Toma y Recolección de Muestras con o sin Vía Aérea Artificial
- UFA-PT-132 Protocolo para Toma, Interpretación y Decisiones en Gases Arterio y Venosos
- UFA-PT-133 Protocolo para uso y Reusó en Dispositivos de Terapia Respiratoria.
- UFA-PT-136 Protocolo de Instauración, Mantenimiento y Destete de Cánula Nasal de Alto Flujo
- UFA-PT-137 Protocolo de Traslado de Paciente con Vía Aérea Artificial y Soporte Ventilatorio
- UFA-PT-138 Protocolo de Ventilación Mecánica en Paciente Bronco obstructivo
- UFA-PT-139 Protocolo de Ventilación Mecánica en Paciente con Injuria Cerebral
- UFA-PT-140 Protocolo de Ventilación Mecánica en Paciente Politraumatizado y Tórax Inestable
- UFA-PT-141 Protocolo Manejo Ventilatorio en Fallas Respiratoria Hipoxemia y Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo
- UFA-PT-142 Protocolo Monitoreo de Mecánica Ventilatoria del Paciente Critico
- UFA-PT-143 Protocolo para Administración y Mantenimiento de Oxigenoterapia
- UFA-PT-144 Protocolo Recibo y Entrega de Turno Terapia
- UFA-PT-148 Protocolo para Fonoaudiología para paciente en UCI
- UFA-PT-149 Protocolo de Fonoaudiología Ambulatorio y Hospitalizado
- UFA-PT-150 Protocolo de Terapia Ocupacional

- UFA-PT-165 Protocolo atención Pacientes con Lumbago
- UFA-PD-85 Protocolo de Prevención de Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica
- UFA-PT-154 Protocolo para la Prestación del Servicio en el Área de Fonoaudiología Modalidad Domiciliaria
- UFA-PT-145 Protocolo Terapia Respiratoria Instrumental y No Instrumental
- UFA-PT-157 Protocolo de Terapia Ocupacional Paciente Domiciliario
- UFA-PT-156 Protocolo Toma e Interpretación de Gases Arteriales Domiciliaria
- UFA-PT-166 Protocolo De Rehabilitación en Paciente Domiciliarios De Terapia Física
- UFA-PT-155 Protocolo de Terapia Respiratoria Instrumental y no Instrumental Modalidad Domiciliaria.

3.6. Unidad Quirúrgica

3.6.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.6.1.1. 2022

La unidad quirúrgica del hospital regional de Moniquirá en el año 2022 contaba con el funcionamiento de una sala de cirugía completamente dotada, para procedimientos de mediana y baja complejidad, sin embargo, dado los estudios de necesidades y demanda de nuestros pacientes y EPS, se realizó la apertura de una segunda sala completamente dotada, además de aumentar el talento humano para el funcionamiento de la misma a partir del segundo semestre del año en curso. en el primer semestre del 2022 se tenía un promedio de 210 cirugía por mes.

A partir del segundo semestre con la apertura del segundo grupo quirúrgico se logró un promedio de 450 procedimientos por mes, además de la apertura de nuevas especialidades y aumento de la complejidad

3.6.1.2. **2023**

Durante el año 2023, la unidad quirúrgica del Hospital Regional De Moniquirá ESE, enfrentó grandes retos, dado el aumento de demanda de nuestros pacientes y prestadores de salud, por lo que se realizó apertura de nuevas especialidades como, dermatología, cirugía de columna, cirugía vascular, además de la apertura de los servicios de reemplazos articulares, artroscopias, neurocirugías de alta complejidad, y para continuar con el proceso de crecimiento de nuestra unidad se fortalecieron programas de mínimamente invasivo por los servicio de cirugía general y urología, para lograr un promedio de 500 procedimientos mensuales y aumento en la complejidad de procedimientos quirúrgicos. Sin dejar nuestro compromiso como hospital regional de atender la mediana y baja complejidad quirúrgica.

3.6.2. **Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional**

En la unidad quirúrgica del Hospital Regional De Moniquirá ESE, se ha procurado el avance y actualización de tecnología, que va acompañada de la contratación de talento humano calificado, Esto con el objetivo de la realización de procedimientos de alta complejidad.

Teniendo en cuenta el objetivo de la unidad quirúrgica del HRM de prestar la mayor posibilidad de especialidades y subespecialidades en la región. Se realizó una reestructuración de la unidad quirúrgica, en su infraestructura, complementando la dotación de salas de cirugía con monitor de neuro monitoreo (BIS), Monitor de relajación muscular

(TOF), Calentador y manta térmica, adquisición de instrumental quirúrgico. Además, se realizó ampliación del área de recuperación hasta 8 cubículos, y se actualizó la central de esterilización logrando posicionarse entre una de las mejores del departamento.

3.6.3. Casos Clínicos de éxito.

- Se ha realizado remplazos articulares de rodilla y cadera
- Neuro endoscopia por el servicio de Neurocirugía
- Reparación de Hernia diafragmática por vía Laparoscópica
- Reparos de ligamentos y menisco en rodilla por vía laparoscópica

3.6.4. Producción

Tabla 21. Producción Total Servicio de Cirugía 2020-2023

| Servicio | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|----------------------|------|------|------|------|
| No de procedimientos | 2468 | 3030 | 3822 | 5826 |

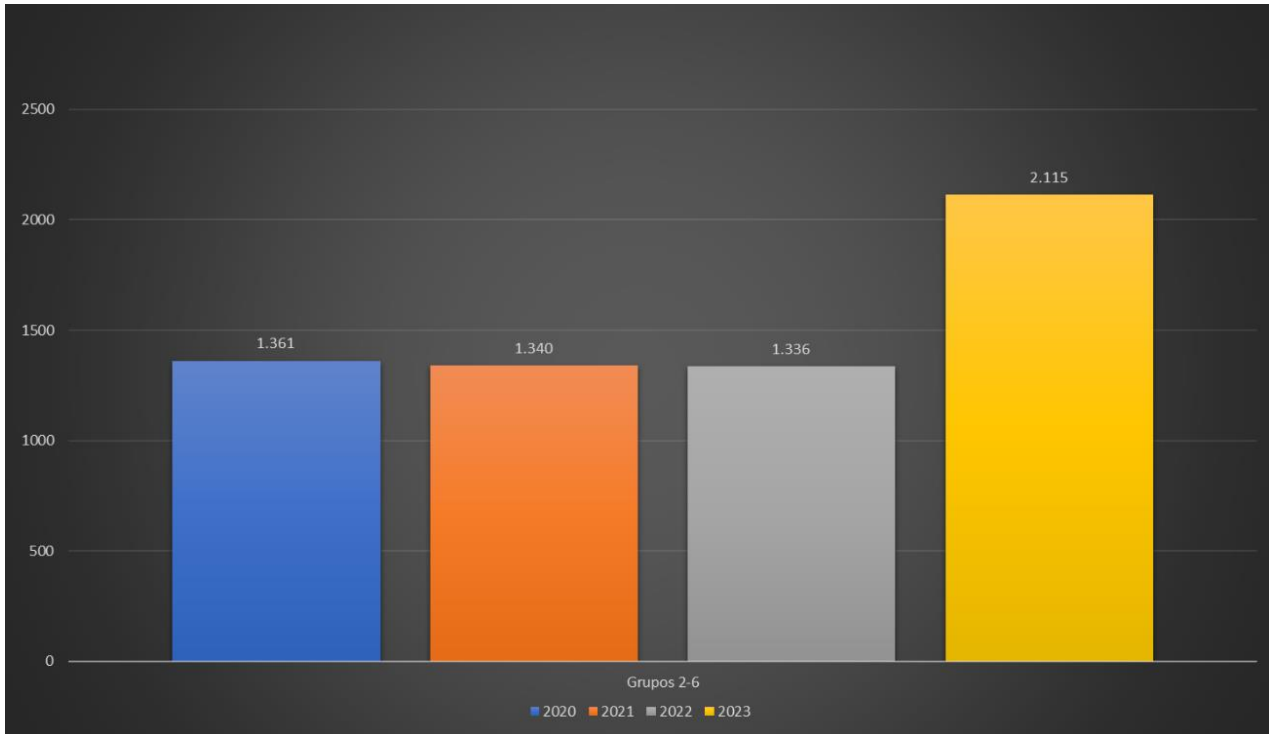
Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

Tabla 22. Producción de Cirugías por Especialidades 2020-2023

| SERVICIOS | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Crecimiento Porcentual 2023 vs 2020 |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------------------|
| DERMATOLOGIA | 0 | 0 | 0 | 331 | Servicio Nuevo |
| OTORRINO | 0 | 4 | 52 | 67 | Servicio Nuevo |
| OFTALMO | 0 | 111 | 234 | 295 | Servicio Nuevo |
| CX GENERAL | 728 | 731 | 880 | 1383 | 90% |
| GINECOLOGIA | 905 | 1020 | 963 | 910 | 1% |
| ORTOPEDIA | 840 | 994 | 1356 | 1933 | 130% |
| CX DE COLUMNA | 0 | 0 | 0 | 22 | Servicio Nuevo |
| UROLOGIA | 98 | 170 | 337 | 354 | 261% |
| CIRUGIA VASCULAR | | | | 51 | Servicio Nuevo |
| NEUROCIRUGIA | | | 554 | 480 | Servicio Nuevo |
| TOTAL CIRUGÍAS | 2571 | 3030 | 3822 | 5826 | 127% |

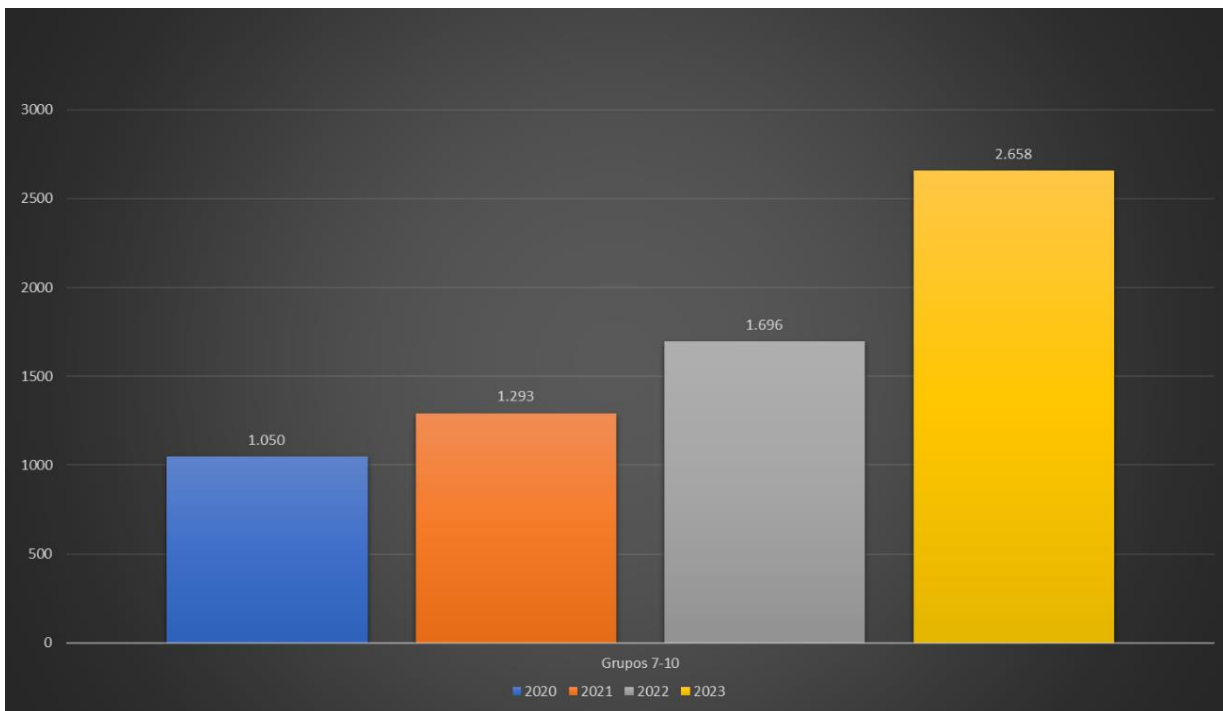
Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 76. Producción Cirugía Grupo 2-6 (2020-2023)



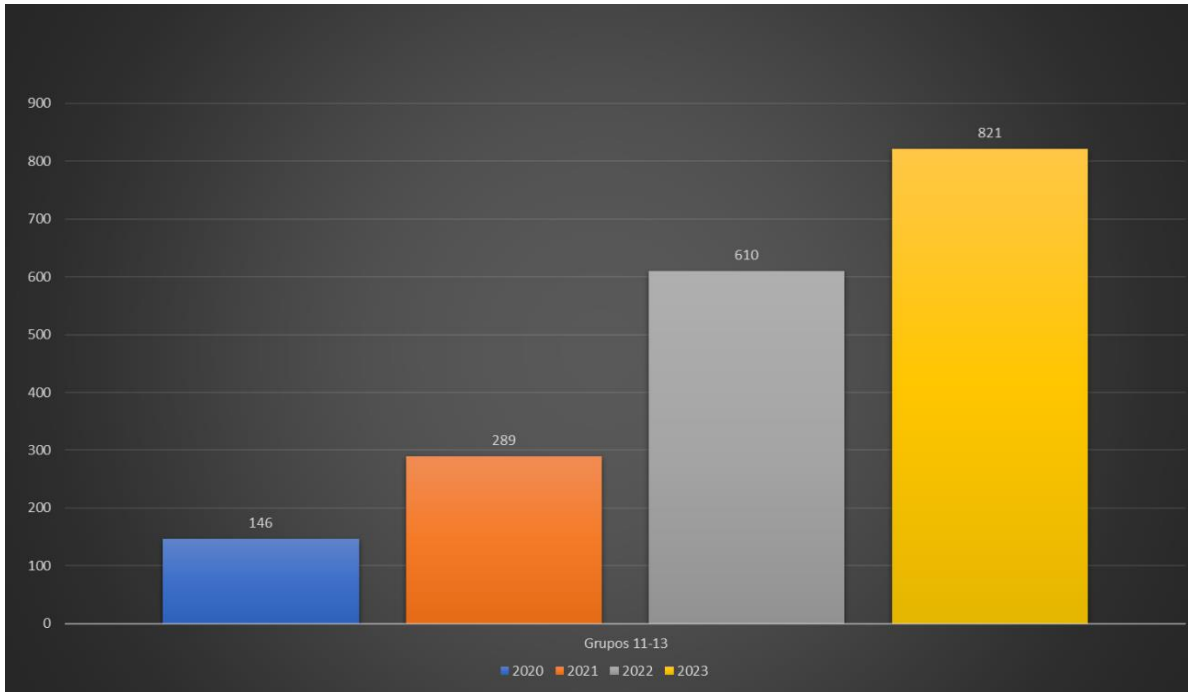
Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

Figura 77. Producción Cirugía Grupo 7-10 (2020-2023)



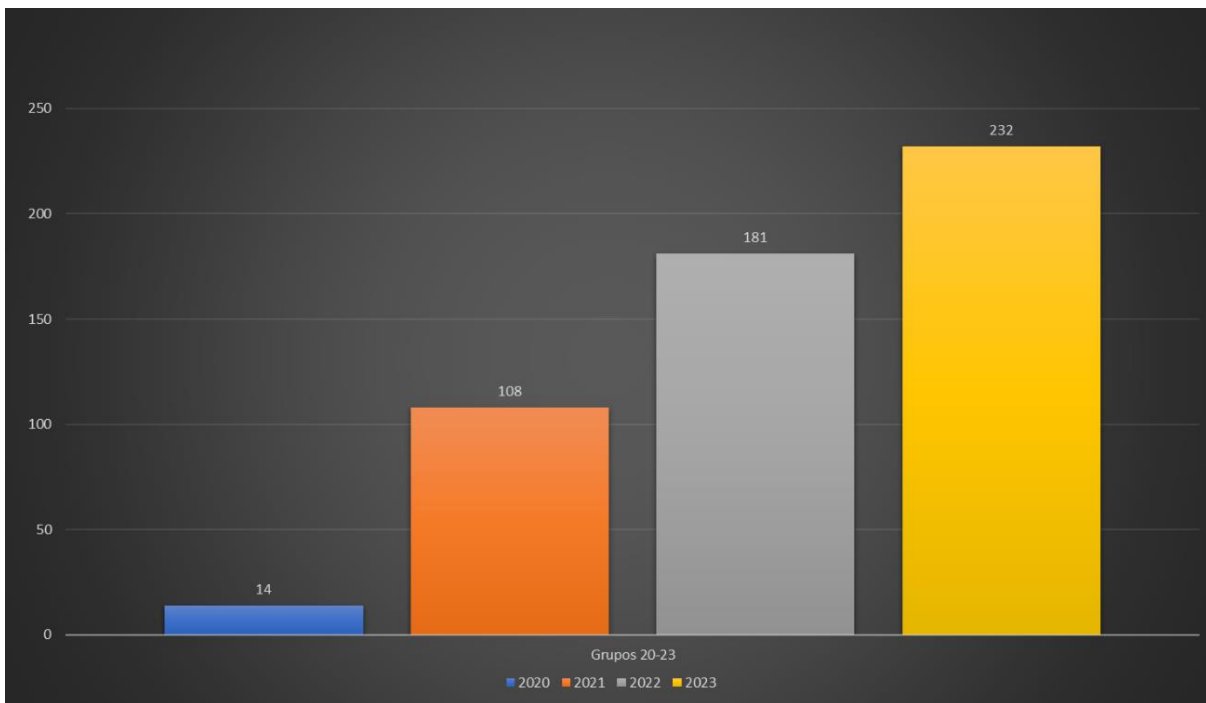
Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

Figura 78. Producción Cirugía Grupos 11- 13 (2020-2023)



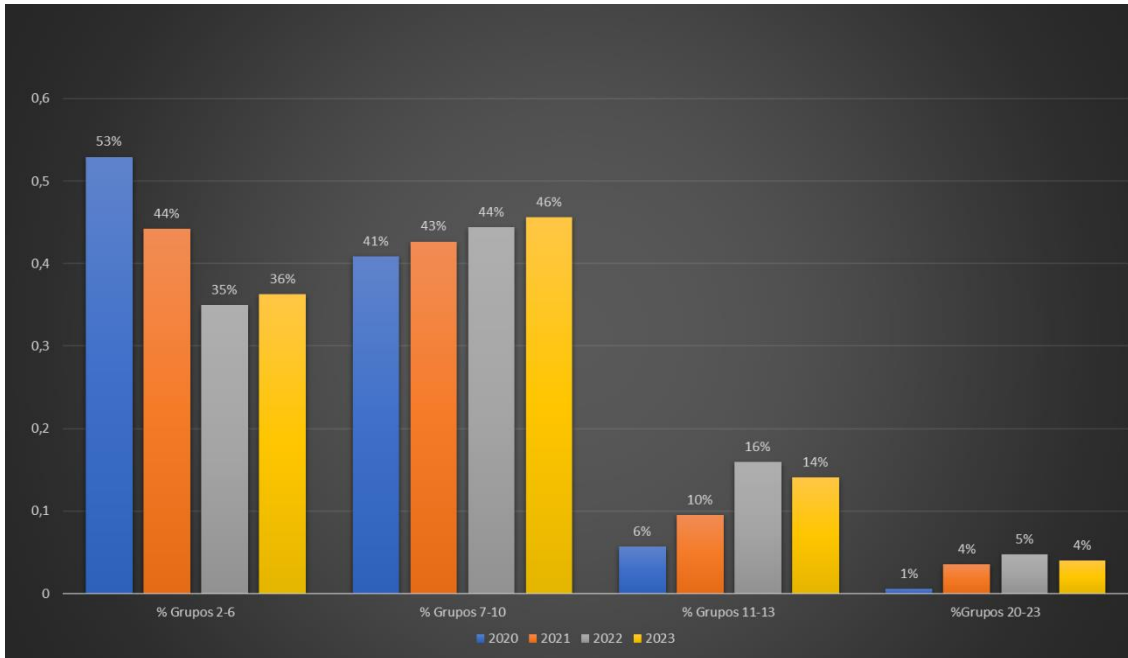
Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

Figura 79. Producción Cirugía Grupos 20-23 (2020-2023)



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

Figura 80. Distribución Porcentual de Cirugía por grupo Quirúrgico (2020-2023)



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

Las figuras 76 a 79 muestran que los grupos quirúrgico de mayor complejidad aumentaron significativamente, pasando de 146 en 2020 a 821 en 2023 del grupo 11 al 13, lo que representa un incremento del 462%, en el grupo 20 a 23 pasamos de 14 en 2020 a 232 en 2023, representando un aumento del 1557% , esto denota el aumento de complejidad del hospital, aunado a los nuevas especialidades ofertadas como se observa en la tabla 22. En la figura 80 se muestra que si bien se sigue atendiendo los grupos de menor complejidad dada la necesidad de la población, se aumentaron proporcionalmente los grupos de mayor complejidad, pues pese a aumentar la producción en un 136% del 2020 respecto a 2023, los grupos de mayor complejidad representan un 14% y un 4% en los grupo 10 al 13 y 20 al 23 respectivamente.

3.7. Ginecología y Obstetricia

3.7.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.7.1.1. 2020

Actualización y compra de equipos biomédicos (ecógrafo, monitor fetal, incubadoras, bombas de infusión)

3.7.1.2. 2021

Aumento de capacidad hospitalaria de ginecología en atención de materna

3.7.1.3. 2022

Aumento el número de ginecólogos para atención garantizando las 24 horas del mes con cubrimiento de un ginecólogo cada 10 días que se encargaba de hospitalización y consulta externa, así como de los procedimientos quirúrgicos derivados de dichas atenciones.

Estandarización del proceso de atención a la gestante en el servicio de urgencias

Prestación del servicio de Perinatología una vez a la semana para la atención de gestantes con alto riesgo obstétrico

3.7.1.4. 2023

Se aumento la disponibilidad a 6 ginecólogos, que brindan atención durante todos los días de la semana teniendo una atención diferencial en consulta externa ginecológica y obstétrica, procedimientos quirúrgicos y turno 24 horas en hospitalización de ginecología.

Se amplió la atención de perinatología a dos días a la semana dado el aumento en la demanda de consulta y ecografía obstétrica de alta complejidad.

Se aumento la cobertura en atención finalizando para el 2023 con 2225 egresos y 10880 días de estancia hospitalaria y con un total de 792 nacimientos, 543 Partos y 249 cesáreas.

Se realizaron mejoras locativas según la normatividad para los procesos de habilitación institucional, mejorando la salas de atención de parto y trabajo de parto observación y , hospitalización obstétrica lo que permitió cumplir tanto con los estándares de calidad como con los diferentes pasos de la estrategia de instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMII con enfoque integral permitiendo el acompañamiento de los familiares durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio . fortaleciendo la atención al binomio madre e hijo desde la integralidad, con atención de calidad y calidez, enmarcada en el respeto y en la humanización,

Se implemento una ventanilla de atención prioritaria a la gestante donde se prioriza la atención de esta en todas las estancias de la institución,

Como parte de la atención Segura obstétrica se implementó la historia clínica obstétrica donde se registran los factores de riesgo maternos y antecedentes importantes previo a la atención del evento obstétrico, y donde se diligencian una serie de pausas de seguridad previo a cada atención materna para continuar brindado una atención Segura basada reconocimiento y seguimiento de los riesgos.

Se creó la sala de lactancia materna homóloga, para fortalecer la estrategia de instituciones amigas de la mujer y la infancia con enfoque integral. Esta sala es usada por las pacientes que acaban de tener a sus hijos y por todas las mujeres que están lactando

para que tengan un lugar tranquilo , respetuoso y amigable para realizar el proceso de la lactancia , dentro de esta sala se recibe educación sobre lactancia materna ,técnicas de lactancia técnicas de extracción de la leche y conservación de la misma ,para que estos conocimientos sean aplicados en la vida diaria de las pacientes

3.7.2. **Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional**

Se inicio con la subespecialidad de ginecología de piso pélvico para dar manejo a patologías ginecológicas crónicas como prolapsos genitales o incontinencia urinaria para brindar atención integral a pacientes que requieren procedimientos de alta complejidad disminuyendo la necesidades de remisión a tercer nivel .

Se fortaleció el servicio de patología cervical y colposcopia realizando actividades preventivas y de tamizaje para estudio de patologías pre invasivas cervicales para disminuir la prevalencia de cáncer cervical en nuestra población.

Se adecuo un espacio exclusivo para el área de ecografía donde se realizan las jornadas de toma de ecografías obstétricas y ginecológicas, logrando así disminuir los tiempos de atención para de las mismas y menor tiempo para definir según hallazgos ecográficos en las consultas de urgencias

Para la vigencia 2024 el Hospital Regional De Moniquirá en cabeza del servicio de ginecología y obstetricia se encuentra en proceso de acreditación con institución amiga de la mujer y la infancia integral , para continuar brindando una atención al binomio madre e hijo desde la integralidad , con atención de calidad y calidez , enmarcada en el respeto y en la humanización.

Se proyecta tener tres habitaciones de camas Individuales para la atención de parto, parto y puerperio y una sala de parto donde se ofrezca la atención de parto en vertical o en la posición que la paciente lo desee.

Dado que se busca fortalecer la estrategia IAMII, y trabajando en conjunto con la registraduría, dentro de la institución se ubicara un punto para el registro civil inmediato de los recién nacidos .

Buscando mejorar los tiempos de atención a la gestante, en este 2024 el servicio de Triage obstétrico se realizara directamente en el servicio de ginecología , esto ha requerido la adecuación de un consultorio específico para la atención del Triage y trabajar de la mano con el equipo de sistemas y el equipo de analítica de datos institucional para crear herramientas interactivas que faciliten dicha atención.

Otro de los proyectos para este 2024 es iniciar con el servicio de ginecología laparoscópica y mínimamente invasiva lo que hará que se puedan tratar patologías por laparoscopia como jornadas de pomey , resección de quistes de ovario , histerectomía por laparoscopia y otras patologías que se benefician de atención por laparoscopia , esto hace que la población del Moniquirá y del Ricaurte, tenga todos los servicios de ginecología de segundo y tercer nivel dentro de la institución; para esto se considera adquirir equipos de última tecnología en laparoscopia e histeroscopia que permitan realizar dichos procedimientos

Para el área de patología cervical , se solicitó la adquisición de un equipo de radiofrecuencia para poder ofrecer procedimientos mínimamente invasivos cervicales y

realizar tratamientos inmediatos en consultorio según los hallazgos clínicos y factores de riesgo encontrados en la población.

3.7.3. Casos Clínicos de éxito.

El Hospital Regional De Moniquirá ESE, considera como un caso de éxito todos los nacimientos que ocurren en la institución, así que en 2023 tuvimos 788 casos de éxito de familias ahora hacen parte de esta comunidad; desde el mes de marzo se inició con la implementación de la estrategia IAMII permitiendo el acompañamiento de un familiar significativo durante el trabajo de parto y parto; del total de partos desde el segundo trimestre del 2023 el 50 % de las maternas tuvieron acompañamiento, para este 2024 se proyecta que el 100 % de los partos sean acompañados por familiar.

El Hospital Regional De Moniquirá ESE finaliza el 2023 con una puntuación de 97,30 / 100 puntos, en la visita realizada por secretaria de salud de Boyacá el 24 /11 / 2023 con la aplicación del instrumento de evaluación de la respuesta institucional frente a la emergencia obstétrica (ISABEL) lo que nos ubica dentro de los hospitales con mejor atención y capacidad de respuesta frente a una emergencia obstétrica en el departamento de Boyacá.

El trabajo conjunto con el equipo de sistemas y analítica de datos de la institución, hace que el servicio de ginecología y obstetricia sea pionero en Boyacá en la aplicación de la tecnología y la informática en los diferentes módulos de atención obstétrica, sistematizando las historias obstétricas, listas de chequeo de la emergencia obstétrica, escalas de riesgo obstétrico y Triage obstétrico entre otros, logrando así una interacción clínica y sistemática que hace que la atención obstétrica sea integral y Segura.

Desde la apertura del servicio de ginecología de piso pélvico se han realizado 167 procedimientos de mediana y alta complejidad, con una tasa de éxito del 99 % en los mismos, finalizando el 2022 se realizó la primera uretrocolpopexia vaginal reproducida con fijación al ligamento sacroespinoso por un prolapso genital completo en una mujer joven de 48 años con seguimiento a un año sin complicaciones en el mismo y con una satisfacción del 100 % posterior a su cirugía.

Se han presentado casos de manejo exitoso de maternas con acretismos focales que han requerido realización de histerectomía obstétrica sin complicaciones y se han manejado casos con éxito de pacientes con embarazo en útero bicornes que han requerido posterior al manejo del evento obstétrico remodelación uterina con resultados exitosos.

El servicio de ginecología en manejo conjunto con cirugía general, ha manejado casos complejos de infecciones intraabdominales con abscesos pélvicos que han requerido múltiples reintervenciones con resultados exitosos.

Se están manejando casos complejos de miomatosis uterinas gigantes en mujeres jóvenes que desean embarazos, realizado cirugías conservadoras uterinas con éxito

3.7.4. Producción

Tabla 23. Producción Servicio de Ginecología

| Servicio \ Año | 2021 | 2022 | 2023 |
|------------------------|------|------|--------|
| Egresos | 885 | 1784 | 1477 |
| Días cama ocupado | 1712 | 2961 | 2378 |
| Partos vaginales | 591 | 548 | 535 |
| Cesáreas | 274 | 286 | 253 |
| Total de nacimientos | 865 | 834 | 788 |
| Porcentaje de cesáreas | 31,5 | 34,2 | 32.1 % |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

3.7.5. Indicadores de Gestión Clínica.

El Hospital Regional De Moniquirá ESE , finaliza el 2023 con un una puntuación de 97,30 / 100 puntos, en la visita realizada por secretaria de salud de Boyacá el 24 /11 / 2023 con la aplicación del instrumento de evaluación de la respuesta institucional frente a la emergencia obstétrica (ISABEL) lo que nos ubica dentro de los hospitales con mejor atención y capacidad de respuesta frente a una emergencia obstétrica en el departamento de Boyacá .

El servicio de ginecología finaliza el 2023 con un porcentaje de realización de cesáreas del 32 % disminuyendo el porcentaje con respecto al 2022 y debajo de la media departamental y nacional.

Las guías de código rojo, trastornos hipertensivos del embarazo y atención de la gestante en trabajo de parto, parto y puerperio priorizadas u revisadas para el 2023 se encuentran en 4,1 – 4,0 y 4,2 respectivamente, teniendo un resultado adherencia bueno como línea de base para mediciones posteriores del 2024 de código rojo se encuentra en un 4,1 con resultado BUENO en adherencias y aplicación de las mismas.

3.8. Hospitalización

3.8.1. Gestión en 2023:

- Fortalecimiento de los procesos de humanización con el personal asistencial: hemos garantizado la entrega personalizada de información a los pacientes y familiares, los procesos de atención han venido actualizándose

- Programa de seguridad del paciente

- Implementación del Programa de hospitalización domiciliaria: con este programa logramos desde su inicio en abril la atención de 282 pacientes con un total de 1513 días de hospitalización.

- Implementación del programa de cuidados de fin de vida: atención a pacientes con criterios definidos que permitan brindarles los cuidados necesarios y apoyo psicosocial a ellos y sus familias en el proceso de transición de la muerte.

- Plan de egreso seguro: Junto con el servicio de experiencia al usuario se viene supervisando el programa de egreso seguro para garantizar se cumplan todos los objetivos de atención asistencial y las condiciones de seguimiento a su egreso.

3.8.2. Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional

-Desde el mes de abril de 2023 se inició la implementación del programa de hospitalización domiciliaria que ha permitido ampliar la cobertura asistencial, optimizar el giro cama y el porcentaje de ocupación

- Organización del servicio de hospitalización general, logrando que los pacientes dispongan de habitación unipersonal.

3.8.3. Casos Clínicos de éxito.

Paciente femenina migrante con inmunosupresión por síndrome de inmunodeficiencia humana que ingreso por infecciones severas por gérmenes oportunistas los cuales tiene un alto porcentaje de mortalidad y para lo cual logramos brindar la atención y manejo necesarios logrando egresarla satisfactoriamente

Paciente adolescente con síndrome de inmunodeficiencia humana que ingreso por choque hipovolémico severo e infecciones oportunistas asociadas, requirió de estancia en unidad de cuidado intensivo y hospitalización, el manejo oportuno permitió que egresara de manera satisfactoria.

Estos dos casos representan retos diagnósticos y terapéuticos por la alta complejidad de las enfermedades con las cuales cursaban los pacientes, fue necesaria la participación de multidisciplinaria del grupo asistencial del hospital, lo anterior permite evidenciar y demostrar que tenemos los medios, la infraestructura y el personal idóneo para atender patologías de alto impacto.

3.8.4. Producción**Tabla 24. Producción Servicio de Hospitalización 2020-2023**

| Servicio | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|------------------|--------|--------|--------|--------|
| Egresos | 185 | 771 | 903 | 1207 |
| Giro cama | 100,16 | 154,98 | 173,74 | 345.77 |
| Días de Estancia | 1300 | 3741 | 3203 | 3150 |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

3.9. Servicio de Pediatría**3.9.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia****3.9.1.1. 2020**

Durante el año 2020 se presentó la pandemia de COVID 19 en la cual a pesar de los requerimientos de hospitalización para adultos por pandemia de COVID 19 se mantuvo las camas necesarias a disposición del servicio de pediatría, donde también se atendieron 54 pacientes positivos para COVID 19 dando el manejo requerido según el caso, adicionalmente durante el mes de Julio se realizó la apertura de consulta externa del servicio de pediatría a pesar de estar en pandemia en la cual se atendieron los pacientes que requerían del servicio y se hicieron controles de crecimiento y desarrollo.

3.9.1.2. 2021

Durante la vigencia del año 2021 se continuó con la pandemia de COVID 19 por lo cual se atendieron durante ese año 44 casos dando el manejo adecuado, con la disminución de casos de COVID 19 a finales de año permitió el fortalecimiento del servicio

de pediatría ampliando las camas pediátricas para el área de hospitalización y el servicio de consulta externa por lo cual para diciembre de 2021 fue necesario la presencia de un pediatra en el área de hospitalización y un pediatra para el área de consulta externa con lo cual mejoro la oportunidad de consulta externa para la especialidad de pediatría. Adicionalmente desde el mes de abril de 2021 se contó con el servicio de nutrición y dietética para el área de hospitalización y consulta externa pediátrica.

3.9.1.3. 2022

Para la vigencia del año 2022 se amplió los horarios de consulta externa a 30 consultas diarias permitiendo mayor accesibilidad al servicio de pediatría, para el mes de junio de 2022 se realizó la apertura del servicio de cardiología pediátrica servicio de apoyo diagnóstico e Inter consultante de pediatría servicio que se ha ido fortaleciendo hasta tener guías de manejo y protocolos institucionales, también durante la vigencia de 2022 se realizó la apertura de la unidad básica neonatal con el fin de tener un espacio digno para los recién nacidos con bajo peso y patologías de baja complejidad que pudieran ser tratadas en la institución. En cuanto a los pacientes con diagnóstico de COVID 19 fueron atendidos durante este año 19 paciente pediátricos.

3.9.1.4. 2023

Durante la vigencia de 2023 se aumentó la oportunidad de consulta externa a 33 pacientes diarios, desde abril de 2023 se realizó la apertura del servicio de fonoaudiología servicio importante para los pacientes pediátricos y de gran apoyo para el servicio de pediatría, durante el año 2023 se realizó la adopción y socialización de las guías de práctica clínica de las patologías más frecuentes en el área de pediatría, durante la vigencia del año 2023 se reforzo algunos laboratorios de apoyo diagnóstico para el servicio

de pediatría como pruebas virales rápidas, procalcitonina y test rápidos para faringoamigdalitis. Durante el año 2023 se reforzó el proceso de inclusión y cambios necesarias de la institución para la adopción de la estrategia IAMI, el servicio de gastroenterología ha realizado múltiples intervenciones medicas según las necesidades del servicio en las cuales se han realizado endoscopias, extracción de cuerpos extraños e interconsultas.

3.9.2. Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional

En la unidad funcional ha tenido varios proyectos de mejora uno muy importante es poder contar con 2 especialistas en pediatría en la institución lo cual permite que se pueda tener pediatra las 24 horas del día en la institución, permitiendo la adaptación neonatal por parte del especialista durante las cesáreas, así mismo prestar un servicio oportuno a los paciente que acudan al servicio de urgencias, así mismo contar con la oportunidad diarias de 36 pacientes al día durante 5 días a la semana.

Se realizó a apertura del servicio de unidad neonatal el cual cumple unas funciones importantes en la institución lo cual permite el manejo de pacientes pediátricos con patologías de baja complejidad y bajo peso las cuales no requieren manejo en cuidados intensivos, en el momento se encuentra pendiente la revisión para proceso de habilitación.

Se ha mejorado el proceso de RCP neonatal y pediátrico adquiriendo equipos como ventiladores, conexiones pediátricas y neonatales, se cuenta en la institución con surfactante pulmonar y el personal de terapia respiratoria especializado en área pediátrico con experiencia en manejo crítico y reanimación.

3.9.3. Casos Clínicos de éxito.

Durante el último año se han atendido casos con importancia clínica para la institución, así como también por la resolución de estos.

- Se han atendido múltiples casos de paciente con quemaduras de 2º grado que han requerido manejo intrahospitalario y curaciones por parte del personal de enfermería contando también en los casos que ha sido necesario apósitos hidrocoloides.
- Se han intervenido por parte del servicio de pediatría y gastroenterología pacientes con gastritis aguda, hemorragia de vías digestivas y cuerpos extraños en vía digestiva con el manejo adecuado o extracción del cuerpo extraño en los casos que se ha requerido.
- Se atendió el caso de una menor de 1 año de edad durante el año 2023 por hemorragia genital por lo cual fue remitida a hospital san Rafael de Tunja y posteriormente a fundación Santa Fe donde fue diagnosticada con cáncer de ovario requiriendo manejo quirúrgico y quimioterapia con adecuada curación de su proceso oncológico, regresando posteriormente durante su proceso de quimioterapia con algunas complicaciones propias del tratamiento y meses después regresando a la institución en buenas condiciones ya terminado su tratamiento con un final exitoso.
- Con el apoyo del servicio de cardiología pediátrica se han diagnosticado y tratado múltiples patologías de origen cardiaco y que ha permitido el tratamiento o remisión en los casos que ha sido necesario incluyendo un paciente que requería cateterismo por lo cual se remitió a IV nivel para manejo en el servicio de hemodinamia de forma oportuna, durante el año 2023 se hospitalizo un paciente con síndrome de Kawasaki confirmado por cardiología quien recibió tratamiento con inmunoglobulina g y ASA inicialmente con cambios en el ecocardiograma pero gracias al tratamiento oportuno no presento

aneurismas u otras secuelas, paciente fue posteriormente remitido a clínica cardio de la ciudad de Bogotá donde fue dado de alta sin complicaciones, también se remitió un recién nacido con persistencia de requerimiento de oxígeno lo cual haría sospechar origen cardiogénico al hospital cardiovascular de Soacha donde diagnosticaron coartación de la aorta y ductus arterioso persistente manejado de forma quirúrgica oportunamente, actualmente el paciente se encuentra en puente nacional y está en controles por crecimiento y desarrollo en la institución al igual que seguimiento por cardiología pediátrica.

3.9.4. Indicadores de Gestión Clínica.

Se han adoptado hasta el momento 3 guías pediátricas con socialización de 2 guías en las cuales se ha medido la adherencia a estas.

a. GPC infección de vías urinarias en pacientes pediátricos

Realizado la revisión de adherencia esta guía en el momento cuenta con un puntaje de 1 a 5 en **3.4** con resultado aceptable en la cual se ha hecho énfasis en la toma de las muestras y el inicio temprano del tratamiento en los casos que lo requiera.

b. GPC de bronquiolitis aguda y neumonía en pacientes menores de 5 años

Realizado la revisión de adherencia esta guía en el momento cuenta con un puntaje de 1 a 5 en **3.3** con resultado aceptable, actualmente se ha insistido en mejorar el diligenciamiento de la historia clínica y en el tratamiento para obtener un mejor resultado.

3.10. Laboratorio Clínico

3.10.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.10.1.1. 2020:

35.304 usuarios.

3.10.1.2. 2021

Durante el año se atendieron a 38.568 Usuarios. Hacia finales del mes de octubre inicia el proceso de renovación tecnológica del laboratorio, con el fin de preparar técnica y operativamente el laboratorio para la llegada de nuevas especialidades médicas. Los equipos nuevos, garantizan agilidad en los procesos y robustez en las técnicas implementadas. Se realizó la calibración y verificación de la nueva tecnología implementada.

Hacia el mes de julio laboratorio recibió visita por parte del Laboratorio de Salud Pública, para la verificación del cumplimiento sobre estándares de Calidad según resolución 1619 de 2015, por medio del presente obtuvo una calificación de 49.1 %, por lo que se desarrolla un plan de mejora con los hallazgos obtenidos de la visita y se proyecta un cumplimiento a un año y medio.

3.10.1.3. 2022

Durante el año fueron atendidos 46.194 Usuarios. Aumenta la producción del laboratorio en un 42 % con respecto al año anterior, lo que permite evidenciar que la tecnología obtenida garantizaba el procesamiento oportuno de las solicitudes, este logro se obtuvo en conjunto con el fortalecimiento y adaptación del talento humano, a través de entrenamientos y capacitaciones, logrando así un equipo sólido y experto en el manejo de la nueva tecnología.

Comienza la automatización del área de coagulación, que se hacía de forma manual. Se inicia el procesamiento de nuevas técnicas como son proteínas séricas

específicas y algunos marcadores tumorales, para garantizar la entrega oportuna de estos resultados.

El convenio con el laboratorio especializado de referencia se amplía, lo que se garantiza un portafolio de servicios que incluye exámenes de baja frecuencia de solicitud pero que por su altísima complejidad no se pueden procesar, garantizando un servicio integral basado en las necesidades de la población que atiende la institución.

El laboratorio amplía su responsabilidad a otras áreas de la institución como es Urgencias, para garantizar la toma y procesamiento de muestras oportuna, dado que se cuenta con una auxiliar de laboratorio ubicada en el área de urgencias, por lo que se logra una reducción del 50% en la entrega de resultados, así mismo, los resultados de rutina pueden ser entregados el mismo día, garantizando al usuario ambulatorio la disminución en los tiempos de espera.

Se fortalece el sistema de calidad del laboratorio, con la documentación e implementación de los nuevos procesos y procedimientos.

Fortalecimos nuestro Sistema de Gestión de Calidad analítica, a través de capacitaciones brindadas a los profesionales y actualizando el software de calidad analítica, para iniciar el análisis de indicadores de competencia técnica.

A finales del año 2022, junto con el equipo de sistemas, se logra obtener la plataforma para que el usuario ambulatorio pueda descargar los resultados a través de la página web, garantizando así la entrega de los resultados a los pacientes.

3.10.1.4. 2023

Se atendieron a 66.845 usuarios, con un aumento en la producción del 40 %.

Se inicia el programa POCT (Pruebas en el punto de atención del paciente), logrando así el procesamiento de técnicas como hemoglobina glicosilada, glicemia, perfil lipídico y creatinina en jornadas extramurales en los centros de salud rural, brindando oportunidades de acceso a aquella población que por alguna condición tiene dificultad para movilizarse y acceder a los servicios del laboratorio, así como la detección temprana de enfermedades como la Diabetes.

A través de este programa, también se realiza control y seguimiento a las glucometrías tomadas en todos los servicios de la institución.

Se logra la automatización del área de microelisa con el equipo DS2, por lo que técnicas como Chagas, dengue y TSH neonatal ahora se procesan de forma automatizada. Se logra la implementación de otras técnicas como cuantificación de Inmunoglobulina E.

El laboratorio amplía su portafolio con el procesamiento de pruebas rápidas como por ejemplo para enfermedades respiratorias, y detección de criptococo.

Se amplía la cobertura del control de calidad externo a todas las áreas del laboratorio, para garantizar la exactitud y la precisión en el dato clínico, logrando un estricto seguimiento que permite tomar decisiones e intervenciones de forma oportuna.

Se realiza entrega completa del plan de mejora implementado y las evidencias al laboratorio de salud pública según los hallazgos de la visita en el año 2021, con respecto a la verificación de los estándares de la resolución 1619 de 2015.

Gestionamos la compra de un congelador exclusivo para plasma fresco congelado, garantizando el almacenamiento correcto de este tipo de hemo componente.

Logramos el cumplimiento de los estándares de habilitación solicitados para el servicio del laboratorio según la resolución 3100 de 2019, por lo que alcanzamos la

certificación de los servicios de toma de muestras, laboratorio clínico y servicio transfusional.

3.10.2. Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional

- Renovación tecnológica con equipos de mayor robustez y capacidad de procesamiento.
- Automatización de todas las áreas de procesamiento del laboratorio clínico.
- Desarrollo de programa de Exámenes POCT (procesados en el punto de atención del paciente)
 - Adecuación de puntos de toma de muestras, para mejorar el acceso al paciente ambulatorio.
 - Compra de congelador para plasma fresco congelado.
 - Ampliación del portafolio de exámenes que se procesan en el laboratorio clínico, ajustándonos a las necesidades de las especialidades médicas presentes en la institución.
 - Fortalecimiento contractual con el laboratorio especializado de referencia, para procesamiento de exámenes de alta complejidad que por limitaciones en tecnología y bajo flujo de solicitudes no se procesan en el laboratorio.
 - Desarrollo de un programa de gestión de calidad analítica, para asegurar el seguimiento riguroso de todas las técnicas calibradas y verificadas en el laboratorio, así como el aumento de la cobertura del control de calidad externo.
 - Implementación de un procedimiento para la notificación oportuna de datos críticos obtenidos en el procesamiento de exámenes.
 - Entrega de resultados por vía web.

3.10.3. Producción:

| Servicio | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---------------------|---------|---------|---------|---------|
| Laboratorio clínico | 103.780 | 197.492 | 264.983 | 356.283 |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

3.10.4. Indicadores de Gestión Clínica.

En el año 2023, se realizó socialización y evaluación de todos los manuales técnicos de las secciones del laboratorio clínico a todo el personal del laboratorio, según su competencia técnica y profesional. Esto con el fin de asegurar procedimientos estandarizados.

3.11. Programa Integral de Salud Familiar

3.11.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.11.1.1. 2021

En agosto de 2021 se inició la implementación del Programa de salud familiar liderado por un médico especialista en Medicina familiar. Se estableció como pilar fundamental del Programa las agentes de salud familiar, quienes son personas de la comunidad, con liderazgo dentro de la misma, habilidades de comunicación y 2 tareas principales que correspondían a la caracterización poblacional para conocer los determinantes sociales de la salud y gestión del riesgo en salud.

En esta primera parte, se priorizaron 7 territorios que incluían las veredas Pilagrande, Monsalve, La capilla, El Chovo, Maciegal, San Esteban y San Vicente y el barrio Ricaurte.

Los componentes del Programa de salud familiar establecidos para el inicio de este

fueron:

- Determinantes Sociales en salud
- Mantenimiento de la salud
- Materno perinatal
- Grupos de riesgo
- Atención extramural

Como parte de la primera fase fueron reactivados los Centros de salud de Maciegal y Pila grande, con apoyo de la comunidad, para la realización de atención extramural que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de la población rural, con consulta por medicina familiar y enfermería, por curso de vida y paciente con enfermedades crónicas no transmisibles, así como la realización de procedimientos como citología cervicovaginal, examen de mama y vacunación.

Para el desarrollo de las actividades colectivas se realizó trabajo conjunto con secretaria de salud municipal a través de mesas de trabajo y negociación de actividades de intervención en entornos familiar, comunitario, educativo y laboral. Adicionalmente, algunas actividades del plan de intervenciones colectivas Departamental fueron incluidas en esta primera fase. Estas intervenciones se desarrollaron a través de las tecnologías en salud principalmente a través de talleres de educación para la salud e información en salud enfocados principalmente en abordaje de salud mental, violencias, estilo de vida saludable, pautas de crianza, lactancia materna, alimentación complementaria y control de enfermedad transmisibles y no transmisibles, temáticas abordadas como parte de un análisis de los determinantes de salud y ASIS municipal. Lo anterior permitió creación de

redes de apoyo especialmente con sector educativo y madres comunitarias. Para el desarrollo de esta primera etapa, se inició con 5 agentes de salud familiar, un médico familiar, una enfermera jefa y una psicóloga como parte del equipo base.

3.11.1.2. 2022

Para el año 2022, el programa integral de salud familiar dio continuidad a la caracterización poblacional en el área rural abordando los siguientes territorios veredas Neval y Cruces, Ubaza, Tierra de Castro, Canoas y San Rafael, Jordán, Ajizal, La Hoya, La Laja y Barrio Colinas. Para el año 2022, se contó con un equipo base de programa de salud familiar de 3 agentes de salud familiar, 2 médicos familiares, 1 psicóloga y una enfermera jefa.

Se dio continuidad al desarrollo de los 5 componentes establecidos como parte del Programa de salud familiar. Para el desarrollo de las actividades colectivas se continuo el trabajo conjunto con Secretaría de Salud Municipal a través de mesas de trabajo y negociación de actividades de intervención en entornos familiar, comunitario, educativo y laboral, las cuales fueron desarrolladas en dicho territorio. Por otro lado, se continua implementación de consulta extramural en Centros de Salud de Maciegual y Pilagrande.

A nivel intramural, se asume desde el Programa el liderazgo de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud desde Medicina familiar, reestructurando esta Unidad funcional, con el establecimiento de metas de las actividades según Resolución 3280 así como seguimiento de indicadores, lo que permitió establecer la necesidad de contratación de nuevo personal para dar cumplimiento a las metas y organizar grupo de enfermería.

En año 2022, se inicia seguimiento y auditoria de adherencia a Guías de práctica clínica de las dos condiciones más prevalentes, que hacen parte de las patologías de los grupos de riesgo del programa que son Hipertensión arterial y Diabetes, así como se da un esbozo de seguimiento de indicadores de cobertura y control de los pacientes con esta condición.

Adicionalmente, se inicia la implementación de la estrategia IAMII para el fortalecimiento del componente Materno perinatal integrando además del Programa de salud familiar, el área de consulta externa y servicio de Ginecología y Obstetricia.

En el año 2022, programa de salud familiar, se postuló como experiencia exitosa al Premio Nacional de Calidad con enfoque en Atención Primaria en Salud 2022. En este premio, se galardonaron las experiencias de Atención Primaria en Salud (APS) en las categorías de Atención en salud materno-infantil, Detección temprana de enfermedades cardiovasculares aterogénicos, Detección temprana de cáncer (próstata, cérvix, mama) e Integración del enfoque diferencial en la atención.

El Hospital Regional de Moniquirá ESE, obtuvo una calificación de cinturón negro por obtener una calificación global superior al 70%.

Figura 81. Calificación Premio Nacional de Calidad en Atención Primaria en Salud

| Resultados claves | Categorías | | | | Total |
|-------------------|-------------------------------------|---|--|--|---------------|
| | Atención en salud materno perinatal | Detección temprana de enfermedades cardiovasculares | Detección temprana de cáncer (próstata, cérvix y mama) | Integración del enfoque diferencial en la atención | |
| Estructura | 7% | 8% | 8% | 5.33% | 28.33% |
| Proceso | 8% | 8.89% | 7.5% | 7% | 31.39% |
| Resultado | 4.4% | 3.25% | 3.5% | 3% | 14.15% |
| Total | 19.4% | 20.14% | 19% | 15.33% | 73.87% |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)

3.11.1.3. 2023

En el año 2023, se realiza un ajuste en la estructura organizacional del Programa integral de salud familiar, el cual continua bajo la coordinación del médico familiar, pero con la integración al equipo de trabajo de 3 médicos familiares, para un total de 5 profesionales en esta área, 3 enfermeras jefes y 6 agentes de salud familiar lo que permitió el fortalecimiento de los componentes de Mantenimiento de la salud.

Los territorios caracterizados para este periodo corresponden a las veredas de Tierra de González, San Cristóbal, Pueblo Viejo, Naranjal, Papayal y al Barrio Uadita. Adicionalmente, se dio continuidad a la gestión del riesgo en las veredas Pilagrande, Monsalve, El Chovo y la Capilla, así como se culminó proceso de caracterización de veredas La Laja, La Hoya y el Ajizal. Al inicio del año se contó como 9 agentes de salud familiar, sin embargo, en transcurso del año 3 de ellas se retiraron del proceso quedando unos territorios sin caracterización completa que corresponden a las veredas de Monjas, Coper, Beltrán, Coralina, Tierra de Gómez y Pantanillo.

Para el desarrollo de las actividades colectivas se continuo el trabajo conjunto con Secretaría de Salud Municipal a través de mesas de trabajo y negociación de actividades de intervención en entornos familiar, comunitario, educativo y laboral, las cuales fueron desarrolladas priorizando los territorios abordados pero trabajando también de la mano con las demás instituciones como Colegios del área rural y urbana, Hogares de Bienestar familiar, Fundación transgredir entre otras que se constituyeron como redes de apoyo comunitario especialmente para la Estrategia IAMII.

A nivel intramural, se continua el liderazgo de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud desde Medicina familiar, logrando el incremento de las metas de atención de actividades de promoción y mantenimiento de la salud según curso de vida, lo cual se logró gracias a la demanda inducida realizada por las agentes y profesionales del equipo durante la visita familiar de caracterización y seguimiento, así como el trabajo conjunto con área de ciclo económico interno y la disposición de una auxiliar de enfermería para realización de demanda inducida en las salas de espera de consulta externa, logrando incrementar el porcentaje de cumplimiento de resolución 202 a las EAPB.

Respecto a la atención extramural, se incrementaron el número de jornadas y se inició además la realización de estas en otros territorios contando con el apoyo de los coordinadores de las instituciones educativas quienes nos permitieron el desarrollo de jornadas de atención en los colegios.

El obtener el Premio de calidad en atención primaria en año 2022, permitió que Ministerio de Salud pudiera conocer nuestra experiencia, motivo por el cual en 2023 fuimos visitados en dos oportunidades por delegados de este ministerio, para la realización de un

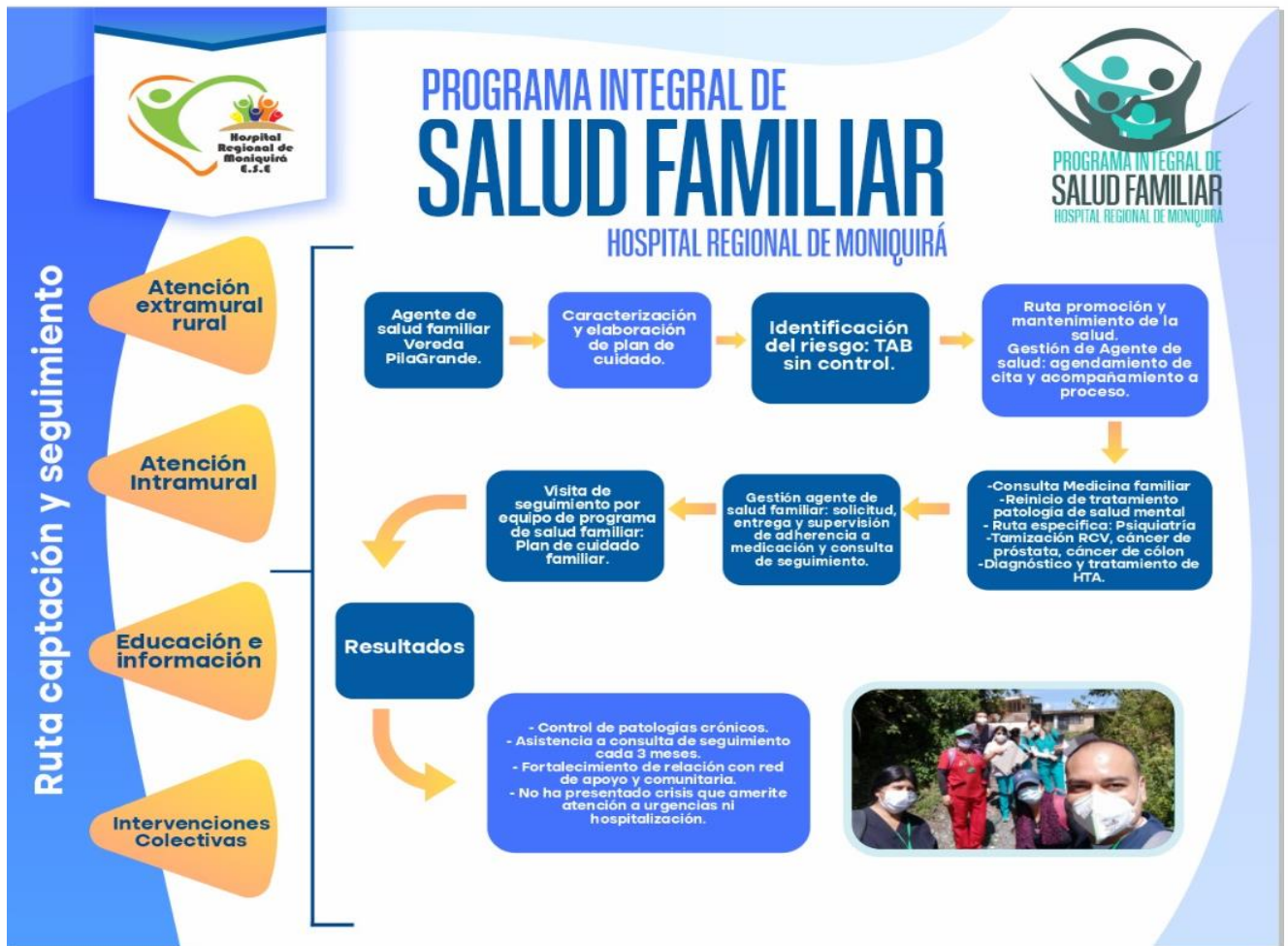
estudio cualitativo de nuestra experiencia y posteriormente la documentación audiovisual de la misma.

Por otra parte, por parte de Consultores de OPS, se recibió visita para documentación de Experiencia exitosa con la implementación del Programa de salud familiar, la cual va a ser presentada además en una cumbre en la ciudad de Uruguay.

3.11.2. Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional

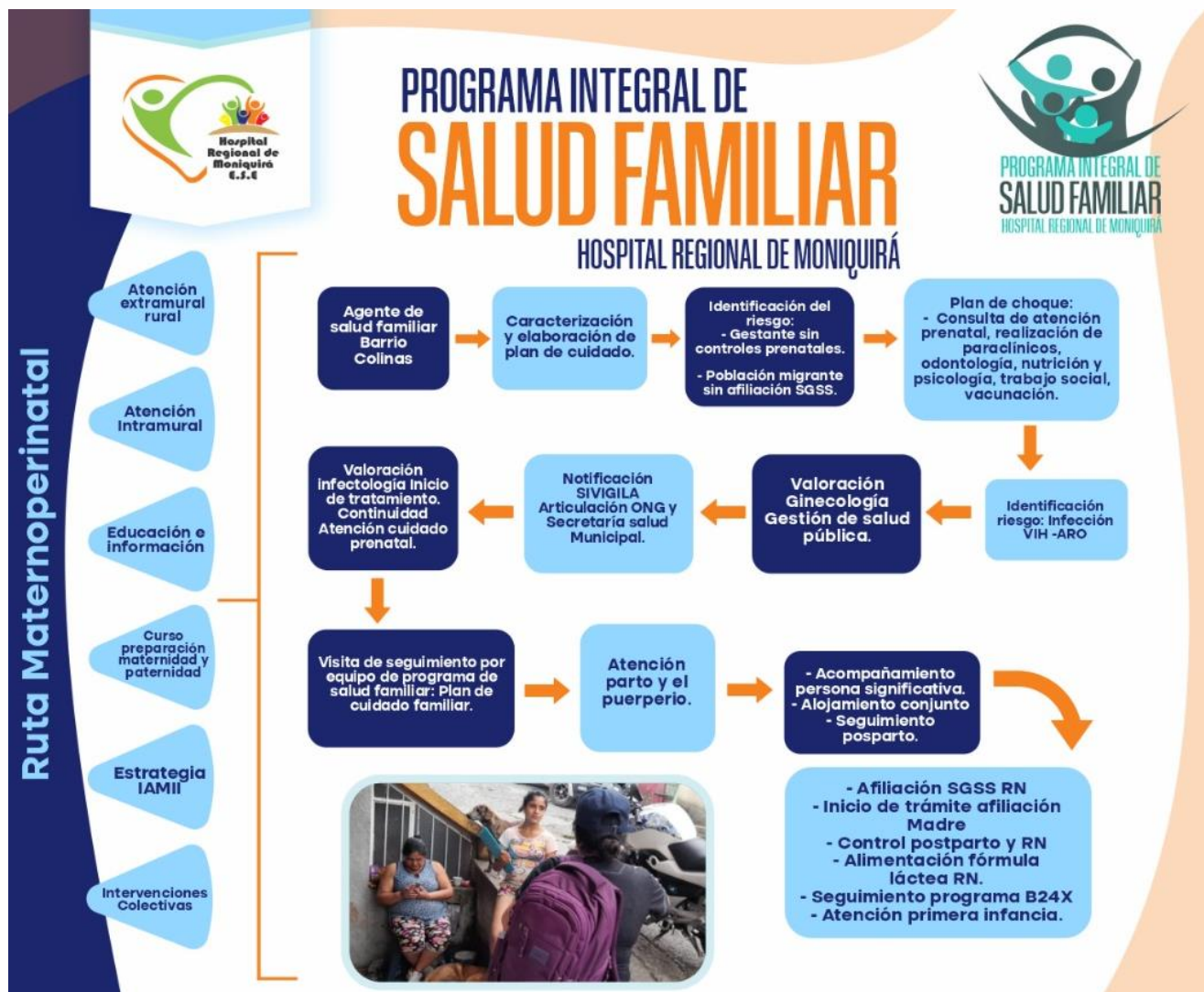
En el año 2023 con el apoyo de Laboratorio clínico se dio la implementación de las pruebas POCT (Pruebas a la cabecera del paciente) en el área rural permitiendo con ello la realización de pruebas como perfil lipídico, glicemia, función renal y hepática, hemograma, hemoglobina glicosilada que favorecen la toma de decisiones en el momento de atención del paciente mejorando las condiciones de acceso al servicio de salud.

Figura 82. Ruta de Captación y Seguimiento Programa de Salud Familiar



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 83. Ruta Materno perinatal Programa Integral de Salud Familiar



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 84. Ruta Cardiovascular Programa Integral de Salud Familiar



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3.11.3. Aplicación de Biológicos

En el área de vacunación se observa una disminución respecto al año 2022 en la vacunación, la cual está relacionada con la disminución en vacunación COVID-19 debido a los cambios relacionadas con el comportamiento de este virus.

Tabla 25. Vacunación y Biológicos 2022-2023

| Vacunación | 2022 | 2023 |
|-------------------------------|-------|-------|
| Dosis de biológicos aplicadas | 15470 | 12062 |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

3.11.4. Promoción y mantenimiento de la salud

Respecto al año 2022, en el año 2023 se observa tanto en atención por enfermería como atención por medicina general y medicina familiar por curso de vida y demás actividades incluidas en la Ruta de atención de promoción y mantenimiento de la salud, lo que evidencia que las acciones establecidas de gestión del riesgo a nivel extramural y la demanda inducida intramural han sido efectiva.

Tabla 26. Producción Medicina General y Familiar por Curso de Vida

| PRODUCCION MEDICINA GENERAL Y FAMILIAR | AÑO 2022 | AÑO 2023 |
|---|-----------------|-----------------|
| Materno perinatal | 1289 | 1206 |
| Primera Infancia | 1137 | 1373 |
| Infancia | 313 | 1011 |
| Adolescencia | 264 | 899 |
| Juventud | 162 | 531 |
| Adultez | 468 | 1694 |
| Vejez | 522 | 978 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Tabla 27. Producción de Enfermería Actividades P y P

| PRODUCCION ENFERMERIA | AÑO 2022 | AÑO 2023 |
|------------------------------|-----------------|-----------------|
| Primera infancia | 1007 | 1472 |
| Infancia | 411 | 891 |
| Adolescencia | 203 | 755 |
| Planificación familiar | 1207 | 1645 |
| Citologías | 2135 | 2751 |
| Examen de mama | 758 | 744 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

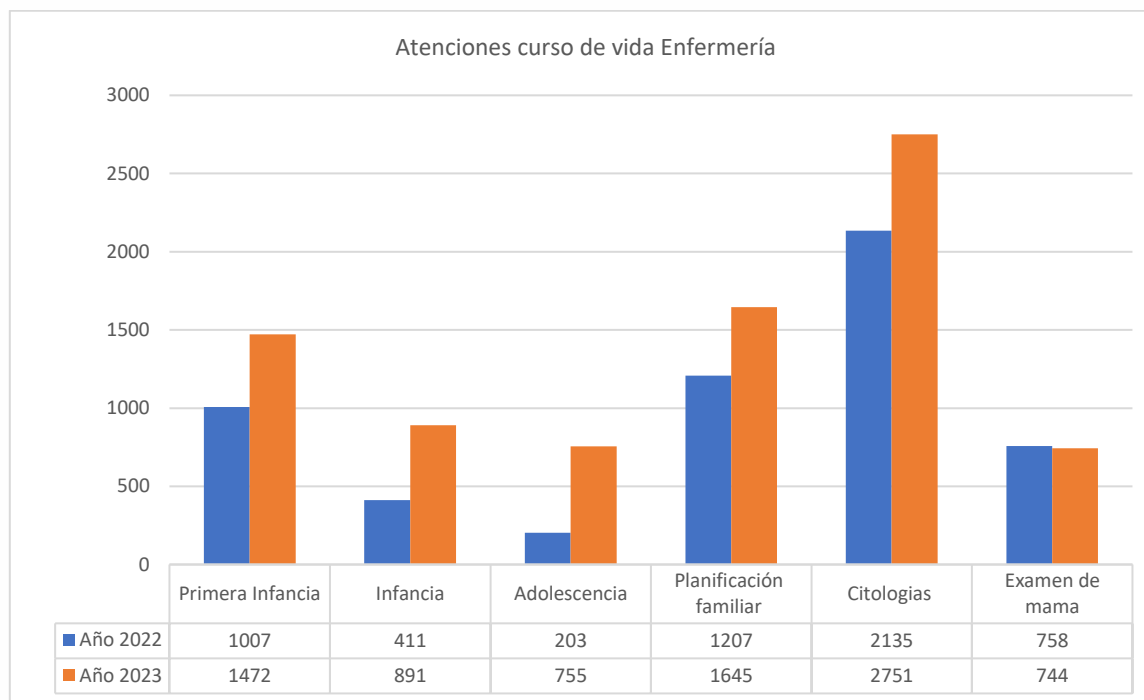
Tabla 28. Actividades Extramurales

| Actividad | 2022 | 2023 |
|----------------------------------|------|------|
| Visitas familiares | 1479 | 2399 |
| Talleres de información en salud | 115 | 119 |
| Consultas de atención extramural | 475 | 547 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

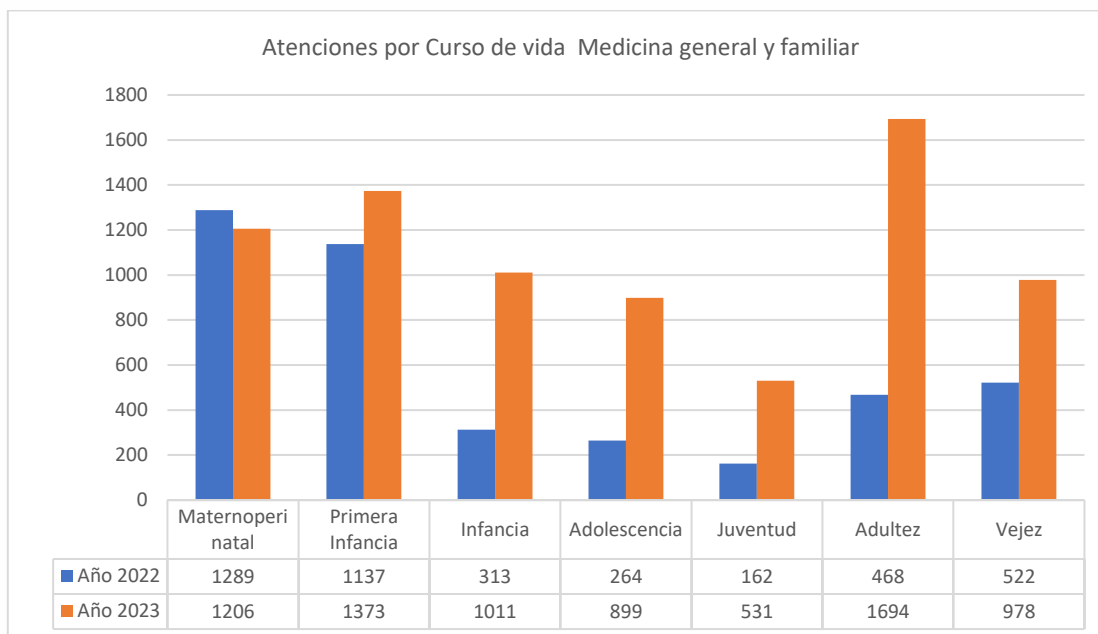
3.11.5. Indicadores de Gestión Clínica.

Figura 85. Atenciones de Enfermería por Curso de vida



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

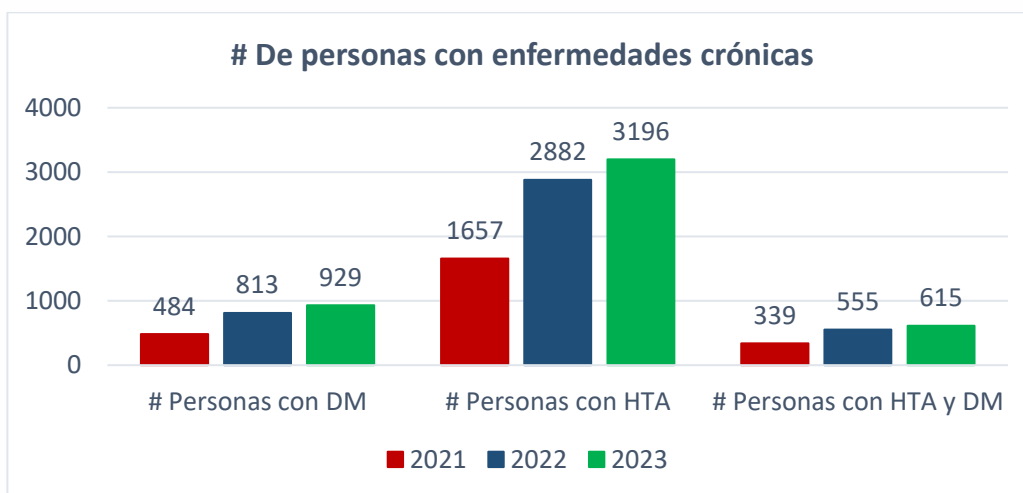
Figura 86. Atenciones Medicina General y Familiar por curso de vida



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

El seguimiento y la gestión del riesgo de la población con enfermedades crónicas no transmisibles permitió a través de las diferentes actividades y estrategias, el aumento de la captación de población con enfermedades como la Hipertensión arterial y la Diabetes mellitus como lo muestra la siguiente gráfica.

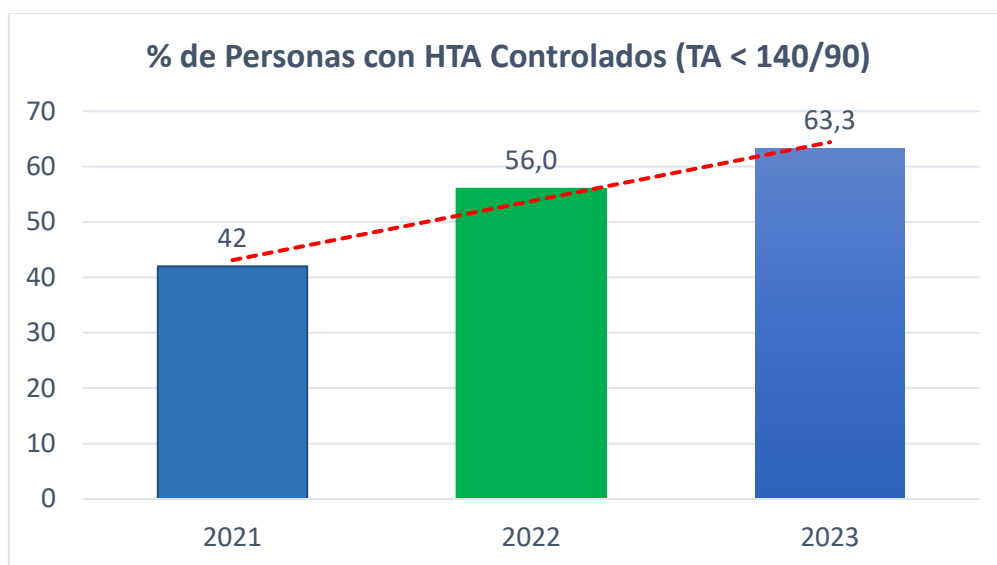
Figura 87. Personas con Enfermedades Crónicas



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Respecto al control de enfermedad, para el caso de la Hipertensión arterial, definida como aquellos pacientes con cifras tensionales menores a 140/90 según cuenta de alto costo, esta ha venido incrementado en los diferentes años, finalizando el año 2023 en 63.3%.

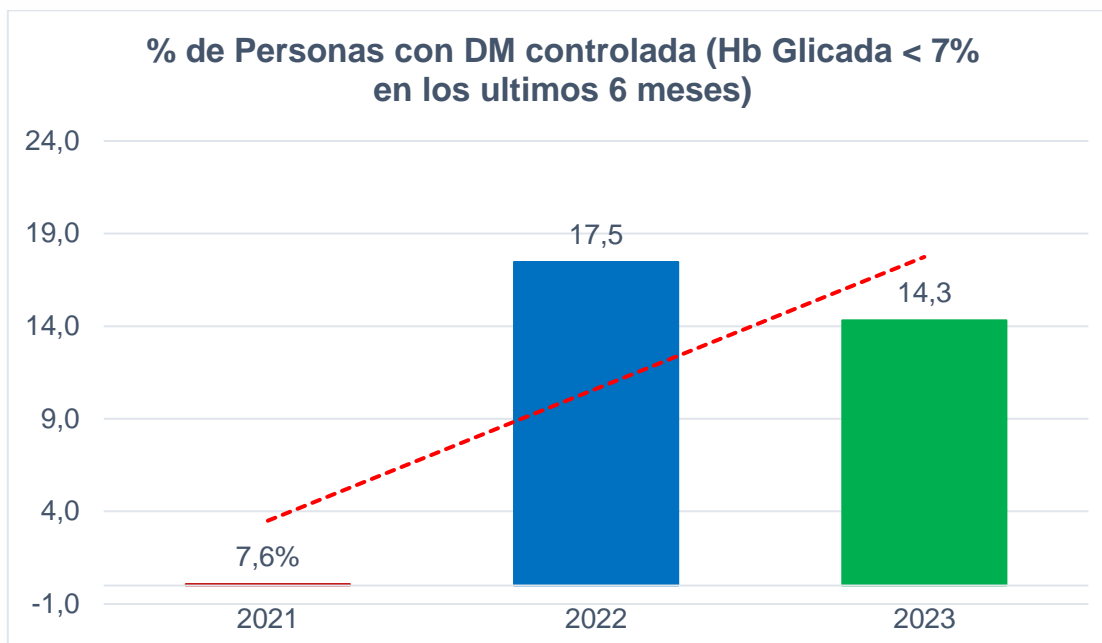
Figura 88. Porcentaje de Personas con HTA controlados (TA < 140/90)



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

En relación a los pacientes con diabetes mellitus controlada, definida como aquellos pacientes que cuentan con evaluación de hemoglobina glicosilada en últimos 6 meses y que esta se encuentre por debajo de 7%, se evidenció un importante incremento porcentual en año 2022 con posterior caída en año 2023, lo que hace necesaria la planeación e implementación de estrategias que permitan intervención de factores como creencias culturales respecto a insulino terapia, estilos de vida saludable y enlace intersectorial que garantice que las EAPB entreguen de manera oportuna los medicamentos para lograr control de la enfermedad.

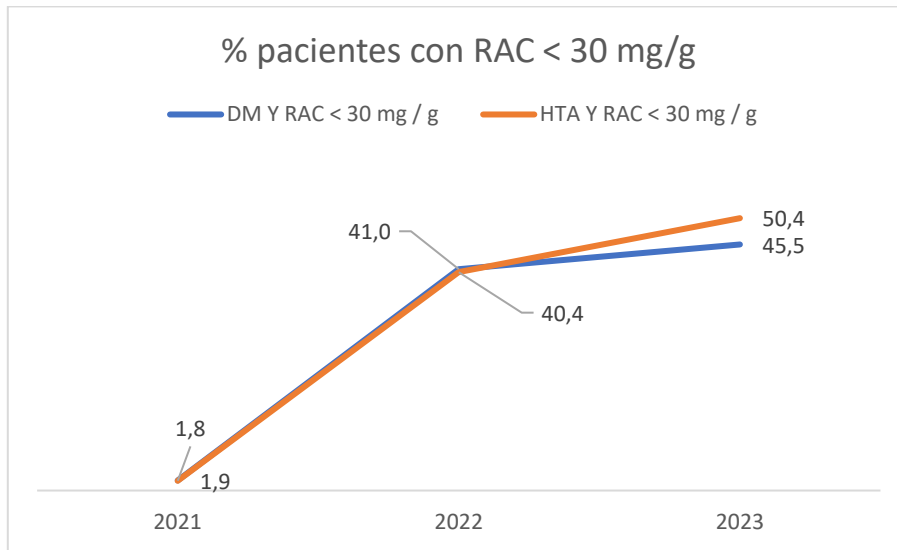
Figura 89. Porcentaje de personas con DM controladas (Hb Glicada <7%)



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

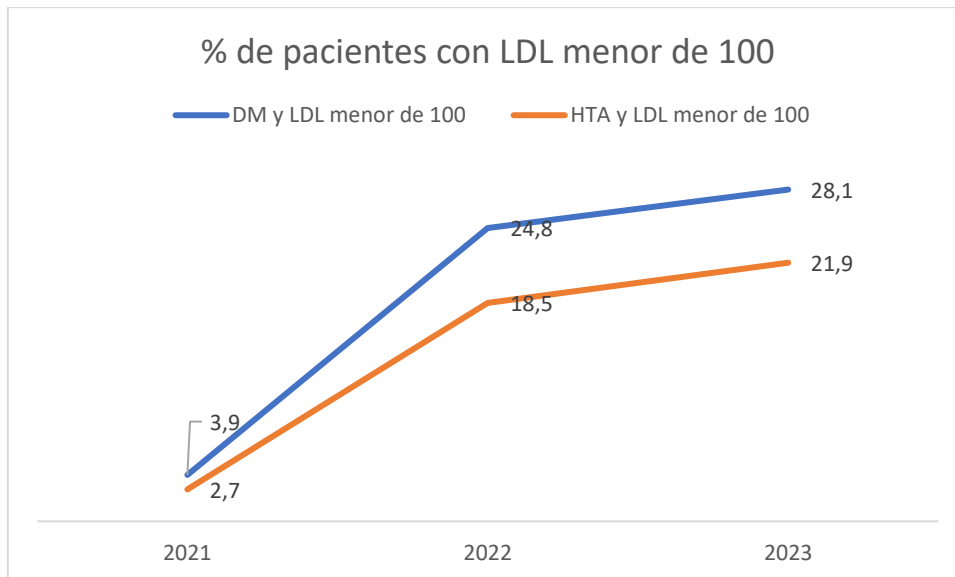
Respecto al control de complicaciones relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles, por cuenta de alto costo se tiene como meta para disminución de riesgo cardiovascular mantener el Colesterol LDL <100 mg/g y una meta de RAC (Relación albuminuria/creatinuria) como marcador de enfermedad renal por debajo de 30 mg/g. En ambos marcadores se han venido logrando avances respecto al control de estas.

Figura 90. Porcentaje de Pacientes con RAC < 30 Mg/g



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 91. Porcentaje de Pacientes con LDL menor de 100



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3.11.6. Medición adherencia a Guías de práctica Clínica.

Tabla 29. Indicadores de Adherencia HTA

| INDICADORES DE EVALUACIÓN ADHERENCIA HTA | Enero-Marzo | Abril-Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|---|-------------|-------------|--------|--------|------------|---------|-----------|-----------|
| Número de historias clínicas (Según muestra) | 87 | 100 | 132 | 201 | 182 | 179 | 54 | 47 |
| Número Historias clínicas con calificación mayor o igual a 4 en evaluación de adherencia de GPC | 0 | 0 | 14 | 29 | 18 | 31 | 18 | 14 |
| % Historias clínicas con calificación mayor o igual a 4 en evaluación de adherencia de GPC | 0 | 0 | 10,60% | 14,40% | 9,80% | 17,30% | 33,30% | 29,80% |
| Calificación general de historias clínicas con evaluación de adherencia de GPC | 3 | 3,5 | 3,3 | 3,2 | 3,1 | 3,8 | 3,8 | 3,9 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Tabla 30. Indicadores de adherencia de Diabetes Mellitus

| INDICADORES DE EVALUACIÓN ADHERENCIA DIABETES MELLITUS | Mayo | Junio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|---|------|--------|--------|------------|---------|-----------|-----------|
| Número de historias clínicas (Según muestra) | 43 | 71 | 81 | 122 | 112 | 57 | 42 |
| Número Historias clínicas con calificación mayor o igual a 4 en evaluación de adherencia de GPC | 0 | 13 | 12 | 12 | 8 | 19 | 10 |
| % Historias clínicas con calificación mayor o igual a 4 en evaluación de adherencia de GPC | 0 | 18,31% | 14,80% | 9,80% | 7,10% | 33,30% | 23,80% |
| Calificación general de historias clínicas con evaluación de adherencia de GPC | 3,4 | 3,2 | 3,2 | 3,2 | 3,2 | 3,7 | 3,6 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

En el año 2023, se realizó un ajuste en el formato de evaluación de medición de adherencia, en el caso de esta unidad funcional, se ha venido realizando seguimiento de las Guías de práctica clínica de Hipertensión arterial y Diabetes mellitus tipo 2. De manera mensual se ha venido realizando seguimiento de estas, evidenciando un aumento en la adherencia. Se han implementado estrategias de educación continuada y la elaboración de vías clínicas institucionales.

3.12. Academia e Investigación

3.12.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.12.1.1. 2021

En el año 2021 se crea el área de Academia e investigación en el Hospital Regional de Moniquirá con dos objetivos principales, iniciar procesos de investigación, reactivación de convenios docencia servicio y educación continuada.

Para el año 2021 se contaban con Convenio docencia servicio con las siguientes instituciones:

- Universidad de Boyacá
- Instituto Técnico de Colombia por Competencias
- Escuela Técnica San Rafael

Estos convenios permitieron contar con la presencia de estudiantes de Enfermería para un total de 24 estudiantes. Por otro lado, se firmó Convenio docencia servicio con la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, iniciando Internado Rotatorio el 1 de diciembre de 2021 con 5 médicos internos.

De manera semanal, se desarrolló el plan de capacitación que incluía revisiones académicas priorizando temáticas relacionadas. A finales del año 2021 se desarrolló Simposio de Urgencias contando con la participación de médicos de la provincia de Ricaurte y del Sur de Santander.

3.12.1.2. 2022

Para el año 2022 se contaban con Convenio docencia servicio con las siguientes instituciones:

- Universidad de Boyacá

- Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
- Instituto Técnico de Colombia por Competencias
- Escuela Técnica San Rafael

En este año se da continuidad al internado rotatorio con Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia finalizando este primer grupo el 30 de mayo de 2022. En el segundo semestre de 2022 se inició Internado Rotatorio con Universidad de Boyacá, para un total de 8 médicos internos. En total para el año 2022 se contó con la presencia de 13 médicos internos.

Por otro lado, con la universidad de Boyacá, se iniciaron prácticas formativas para Bacteriología y Psicología. Se contó con personal en formación en las siguientes áreas: 8 Auxiliares de enfermería, 49 estudiantes de Enfermería, 2 estudiantes de Psicología, 14 estudiantes de Bacteriología.

En el segundo semestre de 2022, se restableció el desarrollo de práctica extramural por parte de residentes de Medicina familiar con la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia contando con la presencia de un residente que desarrolló un proyecto de intervención enfocado en el curso de vida de Vejez. Como parte de este mismo Convenio, se desarrolló una rotación de Residentes de Medicina familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México durante los meses de noviembre y diciembre contando con un médico residente respectivamente; permitiendo a la institución mostrar los avances en el Programa de Salud familiar, así como el rol del médico familiar en la institución.

Se iniciaron para este periodo, convenios interadministrativos con la Universidad Militar Nueva Granada para el desarrollo de pasantías en Ingeniería biomédica por parte

de un estudiante, así como el desarrollo de Convenio de aprendizaje con el SENA contando con aprendices en área de Talento Humano y Gestión documental.

En este año, se da continuidad al proceso de educación continuada de manera semanal, con el desarrollo del plan de capacitación que incluía revisiones académicas priorizando temáticas relacionadas con las patologías de mayor prevalencia, así como el desarrollo de casos clínicos una vez al mes. A través de un Convenio interinstitucional con la Universidad Javeriana se desarrolló un programa de capacitación para médicos de servicio de Urgencias orientado a fortalecer competencias en el saber y saber hacer.

Adicionalmente, se da inicio a desarrollo de proceso de adopción de Guías de práctica clínica priorizando las dos primeras causas de atención por cada servicio.

Por último, en el segundo semestre del año 2022 se dio inicio al proceso de autoevaluación como Centro de práctica formativa de manera conjunta con Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

3.12.1.3. 2023

Para el año 2023 de contaban con Convenio docencia servicio con las siguientes instituciones:

- Universidad de Boyacá
- Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
- Instituto Técnico de Colombia por Competencias
- Escuela Técnica San Rafael
- Universidad Industrial de Santander

Como parte del proceso de autoevaluación y habilitación se realiza documentación correspondiente a Programa de academia a investigación, así como el desarrollo de asignación de cupos según capacidad instalada basada en los lineamientos de la Comisión intersectorial del talento humano en salud.

En este año se continua el desarrollo de internado rotatorio con Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia y la Universidad de Boyacá, para un total de 28 médicos internos en el año.

Por otro lado, con la universidad de Boyacá, se continuo el desarrollo de prácticas formativas para Enfermería, Bacteriología, Psicología y se dio apertura el desarrollo de práctica formativa para el área de Terapia respiratoria. En total se contó con personal en formación en las siguientes áreas: 10 estudiantes de Técnico en Auxiliar de enfermería, 34 estudiantes de Enfermería, 2 estudiantes de Psicología, 28 estudiantes de Bacteriología y 3 estudiantes de Terapia respiratoria.

Para el año 2023, se dio apertura de nuevo Convenio docencia Servicio con la Universidad Industrial de Santander que permitió el desarrollo de prácticas formativas en Técnico en regencia en farmacia, contando con un total de 11 estudiantes.

En el segundo semestre de 2023, inició desarrollo de práctica extramural por parte de residente de Medicina familiar con la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia contando con la presencia de un residente que desarrolló un proyecto de intervención enfocado en salud mental del adolescente. Como parte de este mismo Convenio, se desarrolló una rotación de Residentes de Medicina familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México durante los meses de octubre, noviembre y diciembre contando con dos médicos residentes respectivamente; permitiendo a la institución mostrar

los avances en el Programa de Salud familiar, así como el rol del médico familiar en la institución.

Se da continuidad a los convenios interadministrativos con la Universidad Militar Nueva Granada para el desarrollo de pasantías en Ingeniería biomédica por parte de dos estudiantes, así como el desarrollo de Convenio de aprendizaje con el SENA contando con aprendices en área de Talento Humano y Gestión documental.

De igual forma, se da continuidad al proceso de educación continuada de manera semanal, con el desarrollo del plan de capacitación que incluía revisiones académicas priorizando temáticas relacionadas con las patologías de mayor prevalencia, así como el desarrollo de Ateneo Clínico que se estableció como espacio académico para el desarrollo de casos clínicos de especial interés en área clínica.

En el primer semestre del año 2023 se continua en el proceso de autoevaluación como Centro de práctica formativa de manera conjunta con Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, contando con apoyo de la Universidad de Antioquia, logrando culminar anexos técnicos los cuales fueron puestos a consideración de Ministerio de educación.

En el segundo semestre del año, se desarrolla la Política de gestión del conocimiento institucional orientada a incentivar la producción en investigación aplicada y la analítica institucional.

3.12.2. Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional

El desarrollo de investigación aplicada y la implementación de diferentes programas institucionales ha permitido la participación de nuestros profesionales en eventos académicos a nivel nacional e internacional.

Tabla 31. Eventos y Ponencias Académicas del Hospital

| | |
|-------------|---|
| 2021 | <ul style="list-style-type: none">• Participación Como Ponente en el Congreso Nacional SOCMEF Programa Salud Familiar. |
| 2022 | <ul style="list-style-type: none">• Participación Como ponente en el Seminario UPTC “Experiencia Exitosa Programa Salud Familiar con enfoque APS”• Reconocimiento en el Premio Nacional de Calidad en la Atención Integral en Salud con Enfoque en la Atención Primaria en Salud. |
| 2023 | <ul style="list-style-type: none">• Participación como Ponente en el XII Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria SODOMEFYC 2023 “Implementación del Programa de Salud Familiar como modelo de atención primaria en salud en Boyacá 2021-2022” en República Dominicana.• Ponencia en el 4 Congreso Mundial de Enfermedades Infecciosas con la ponencia “Leptospirosis in rural Colombia: Monquirá Case Series in 2022” en Roma, Italia• Participación como ponente en el IV Simposio Nacional e Internacional de Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud. |

- Reconocimiento del Laboratorio de Salud Pública del departamento al Laboratorio clínico por los resultados de la vigencia de 2022.
- Certificación del 100% de los servicios en condiciones de Habilitación, certificación emitida por la Secretaría Departamental de salud. Primer Hospital de mediana y alta complejidad en el departamento en recibir este reconocimiento.
- Ponencia en Congreso Internacional de Cirugía endoscópica “Manejo laparoscópico de hernia diafragmática traumática en el hospital regional de Moniquirá (Boyacá, Colombia) reporte de caso y revisión de literatura”
- Ponencia en Congreso Internacional de Cirugía endoscópica “Diverticulitis en Divertículo de Meckel un reporte de caso y revisión de literatura”
- Visita de OPS, “Hospital Regional de Moniquirá ESE, como experiencia exitosa en la implementación de APS”
- Documentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social del Programa de salud Familiar como Experiencia exitosa de APS.

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

3.12.3. Indicadores de Gestión Clínica.

En el año 2022 se da inicio a desarrollo de proceso de adopción de Guías de práctica clínica priorizando las dos primeras causas de atención por cada servicio según informe de morbilidad. Como parte de este proceso se estableció procedimiento de adopción y adaptación de las guías de práctica clínica a través de diferentes metodologías.

En el año 2023, se dio la adopción y adaptación de las Guías de práctica clínica a través de actos administrativos para todos los servicios habilitados en la institución, así como el proceso de socialización, para lo cual se priorizaron los principales motivos de consulta en servicio de urgencias, hospitalización medicina interna y pediatría, UCI y consulta externa.

Posterior a este proceso de socialización, se inició la medición de adherencia, con el diseño de un procedimiento de medición de adherencia, así como un formato para evaluación de adherencia, logrando la medición de adherencia en las siguientes Guías de práctica Clínica:

Tabla 32. Evaluación de GPC

| Nombre de la Guía | Promedio año 1-5 puntos |
|---|------------------------------------|
| Guía de práctica clínica para el diagnóstico del Síndrome Coronario Agudo | 3.4 |
| Guía Colombiana para Infección de vías urinarias en población adulta | 3.7 |
| Guía de la Sociedad Europea de Medicina de Cuidados Intensivos y Sociedad de Medicina de Cuidados Intensivos, | 1.3 |

| | |
|--|-----|
| Directrices Internacionales para el tratamiento de la Sepsis y el Shock Séptico. 2021. | |
| Guía de práctica clínica para hipertensión arterial primaria | 3.5 |
| Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años | 3.4 |
| Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del ataque cerebrovascular isquémico en población mayor de 18 años | 2.7 |
| Guía de práctica clínica para la evaluación del riesgo y manejo inicial de neumonía en niños menores de 5 años y bronquiolitis en niños menores de 2 años | 3.4 |
| Guía de práctica clínica para la atención de Código rojo | 3.5 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

3.13. Urgencias

3.13.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.13.1.1. 2020:

Para el año 2020 se cumplió el primer periodo de prestación de atención en servicio de urgencias en la nueva sede con la eventualidad del inicio de la pandemia por covid-19 en la cual se fortaleció la atención inicial de pacientes con sintomatología respiratoria con la diferencia de Triage de atención en pacientes con sospecha de infección por SARS cov2.

3.13.1.2. 2021 :

En el periodo 2021 se inició con la ampliación de nuevos servicios de medicina especializada con el fin de garantizar la oportunidad en la atención de calidad en el servicio con el fortalecimiento de la atención de pacientes con sintomatología respiratoria convirtiéndonos en un servicio que ayudo al control de pandemia a nivel regional apoyados de la unidad de cuidados intensivos

3.13.1.3. 2022

En este periodo se finalizó paulatinamente la pandemia por SARS cov2 lo cual permitió el aumento de patologías de mediana y alta complejidad con apertura de especialidades que articulan manejos interdisciplinarios para conllevar a resolución de patologías y definición de conductas en tiempos establecidos para mejorar la oportunidad de las atenciones así mismo se inició el convenio para plan de mejoramiento en atención de servicios de urgencias con el hospital san Ignacio lo cual nos permitió la realización de protocolos de atención y modificación de los institucionales con ampliación de espacios para acomodación de pacientes de manera cómoda y humanizada así como la educación médica continua a personal de enfermería y médicos generales, por médicos urgenciólogos y especialistas a nivel multidisciplinario

3.13.1.4. 2023

Durante el año 2023 se fortaleció el servicio de urgencias con permanencia de especialista en medicina interna lo cual permitió la resolución de patologías acordes a la misma, con modificación en cuadro de turnos lo cual nos permitió el inicio de jornadas de 6 horas para evitar sobrecarga laboral y humanizar la labor de los profesionales en el servicio, con el aumento de los nuevos servicios y el crecimiento exponencial de la

institución se inició modernización en el apoyo tecnológico de sala de reanimación con la adquisición de equipos de video laringoscopia, mantas térmicas eléctricas, equipo de ventilación mecánica invasiva con el fin de brindar una atención de mayor calidad a nuestros usuarios y finalmente se logró la habilitación del servicio de urgencias como parte fundamental del funcionamiento institucional

3.13.2. Casos Clínicos de éxito.

Con el aumento del número de pacientes y el aumento de la complejidad logramos iniciar terapia fibrinolítica a pacientes con accidente cerebrovascular isquémico en pedido de ventana de 4.5 horas máximo e infarto agudo de miocardio con elevación del segmento st con tiempo máximo de 12 horas logrando en los últimos 3 años 61 casos convirtiéndonos en un servicio e institución con más altos casos de trombólisis en el departamento

3.13.3. Producción

Tabla 33. Producción Servicio de Urgencias

| Servicio | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|--------|--------|--------|--------|
| Consultas de medicina general urgentes realizadas | 20.515 | 25.396 | 32.636 | 35.931 |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | 10.797 | 10.563 | 6.049 | 6.620 |
| Pacientes en Observación | 3.420 | 247 | 2.993 | 4.764 |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

3.13.4. Indicadores de Gestión Clínica.

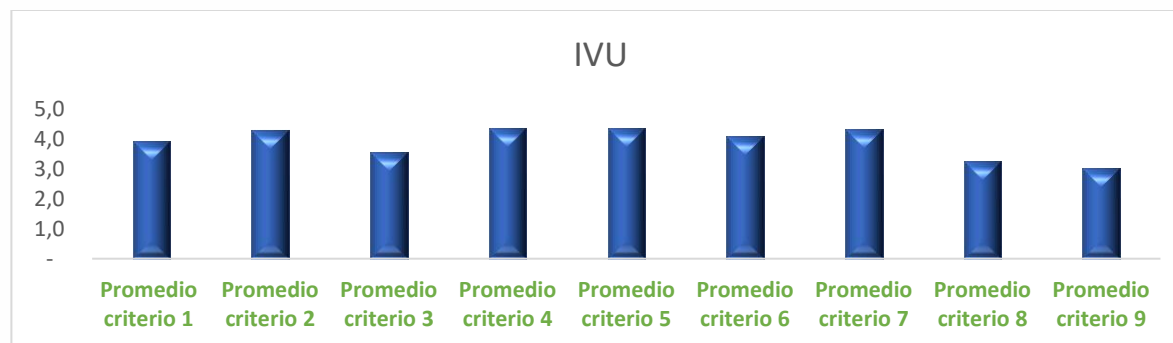
Se realizó implementación y seguimiento de adherencia de las guías de práctica clínica de accidente cerebrovascular e infección de vías urinarias con los siguientes indicadores:

Figura 92. Criterios Para Evaluación de GPC

| ITEM EVALUACION | 1 | 3 | 5 |
|--|--|---|--|
| 1. La enfermedad actual describe completamente cuadro clínico: inicio, evolución, localización, intensidad, síntomas asociados, uso de medicamentos, según GPC | La enfermedad actual cuenta con registro menos de un 30% de los criterios a tener en cuenta según GPC | La enfermedad actual cuenta con registro de criterios a tener en cuenta según GPC en un 50-80% | La enfermedad actual cuenta con registro de criterios a tener en cuenta según GPC en un 100% |
| 2. En la historia clínica se incluye registro de antecedentes personales patológicos, farmacológicos, tóxicos, alérgicos, quirúrgicos, ginecológicos | No hay registro en historia clínica de antecedentes | Se evidencia registro incompleto en historia clínica de los antecedentes. | Se evidencia registro completo de antecedentes en la historia clínica |
| 3. La historia clínica incluye registro de la revisión de sistemas y en el interrogatorio se indaga por presencia de síntomas patognómicos de la condición evaluada (GPC) | No hay registro en historia clínica de revisión por sistemas | Se evidencia registro de revisión por sistemas en historia clínica pero se evalúa sólo el 50-80% de los sistemas | Se evidencia registro completo de revisión de sistemas en la historia clínica completo y en el mismo se indaga acerca de síntomas patognómicos de la condición según GPC |
| 4. El examen físico incluye todos los signos vitales (según condición de paciente) estado general y estado de conciencia (Ajustar de acuerdo a GPC) así como una revisión completa cefalocaudal incluyendo inspección, auscultación, percusión y palpación (Ajustar de acuerdo a GPC) | No hay registro en historia clínica de signos vitales y la descripción del examen físico es escasa | Hay registro en historia clínica de signos vitales y la descripción del examen físico no contempla la evaluación cefalocaudal en su totalidad. Se registra estado general y estado de conciencia | Hay registro en historia clínica de signos vitales y la descripción del examen físico es completa, se registra estado general y estado de conciencia u está enfocado en signos clínicos de la condición según GPC |
| 5. El Diagnóstico o los diagnósticos registrados en la historia clínica corresponden con anamnesis y examen físico según lo indicado en la GPC | Los diagnósticos registrados en la historia clínica desde inicio hasta final de la atención corresponden a síndrome o síntoma mal definido | Los diagnósticos registrados en la historia clínica concuerdan con la anamnesis y examen físico según lo indicado en la GPC pero algunos son descritos como síntomas mal definidos | Los diagnósticos registrados en la historia clínica concuerdan con la anamnesis y examen físico según lo indicado en la GPC y todos son relevantes para la condición del paciente |
| 6. La solicitud de paraclínicos de laboratorio, imágenes diagnósticas e interconsultas es concordante con el cuadro clínico del paciente y diagnóstico según lo indicado por GPC | La solicitud de paraclínicos de laboratorio, imágenes diagnósticas e interconsultas no es concordante con el cuadro clínico del paciente y diagnóstico según lo indicado por GPC | En la solicitud de paraclínicos de laboratorio, imágenes diagnósticas e interconsultas se evidencia una concordancia entre 50-80% % entre el cuadro clínico del paciente y diagnóstico según lo indicado por GPC | La solicitud de paraclínicos de laboratorio, imágenes diagnósticas e interconsultas es concordante con el cuadro clínico del paciente y diagnóstico según lo indicado por GPC |
| 7. El tratamiento no farmacológico, farmacológico y rehabilitación indicados corresponde a lo indicado según GPC | Se registra en historia clínica sólo alguno de los ítems: tratamiento no farmacológico o tratamiento farmacológico o rehabilitación. | Se registran en historia clínica el tratamiento farmacológico, no farmacológico y la rehabilitación acorde a con la condición del paciente pero no acorde a las GPC (tipo, dosis, presentación, vía de administración, duración) | Se registra en historia clínica tratamiento farmacológico, no farmacológico y rehabilitación acorde a con la condición del paciente y acorde a las GPC contemplando todos los aspectos considerados por la misma (tipo, dosis, presentación, vía de administración, duración) |
| 8. El seguimiento de la condición clínica/diagnóstico del paciente corresponde a lo indicado según GPC | No se registra en historia clínica seguimiento de la condición clínica del paciente | Se registra en historia clínica seguimiento de la condición clínica del paciente sin contemplar todos los criterios establecidos por la GPC sin embargo se siguen los tiempos recomendados. | Se registra en historia clínica seguimiento de la condición clínica del paciente contemplar todos los criterios establecidos por la GPC y se siguen los tiempos recomendados. |
| 9. Se cumplieron los tiempos en atención, diagnóstico e instauración de tratamiento según lo establecido por GPC | No se cumplieron los tiempos de atención en ningún momento de la atención según GPC | Se cumplen los tiempos de atención según GPC pero sólo en algunas partes del proceso | Se cumplen los tiempos de atención según GPC en todos los momentos urgencias, observación, hospitalización, egreso |

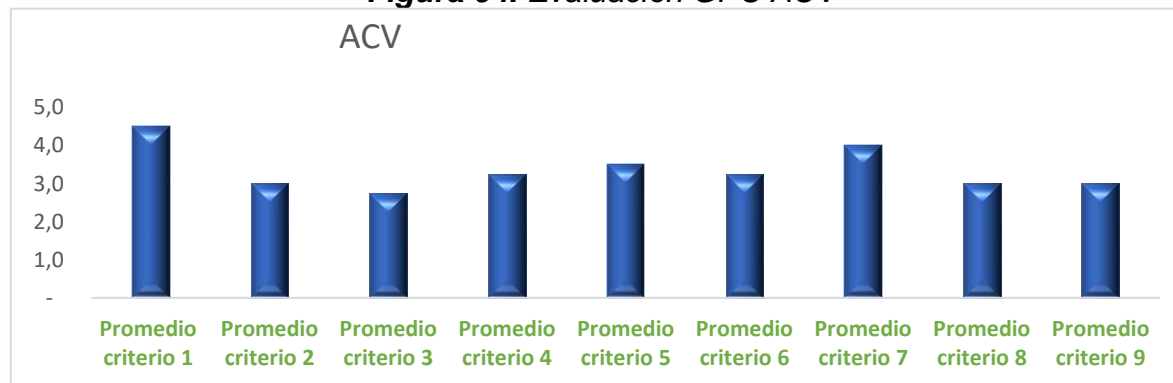
Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

Figura 93. Evaluación GPC IVU



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

Figura 94. Evaluación GPC ACV



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

3.14. Ingeniería Biomédica

3.14.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.14.1.1. 2022

- Gestión documental del área. (se levantó el 100% de las hojas de vida con sus respectivos anexos)
- Contratación de mantenimientos con empresa representante de la marca FUJIFILM.
- Adquisición licencias de tomógrafo y renovación de licencia de mamógrafo.
- Calibración de 339 equipos biomédicos.
- Cumplimiento del cronograma de mantenimientos.

3.14.1.2. 2023

- Implementación de la biblioteca virtual.
- Gestión documental relacionada a equipos tercerizados. (equipos propios de especialistas, en arriendo y en comodato)
- Certificación en habilitación del 100% de los servicios del hospital sin hallazgos relacionados a dotación.

- Adquisición de ultracongelador para laboratorio.
- Implementación rondas de seguridad en todos los servicios y ronda personalizada diaria en salas de cirugía.
- Renovación de licencias de practica medica relacionado a equipos de radiación.
- Calibración de 442 equipos biomédicos.
- Cumplimiento de cronograma de mantenimientos.
- Implementación del plan anual de capacitaciones en el manejo y uso seguro de la tecnología de equipos biomédicos y programa institucional de tecnovigilancia.
- Aumento del recurso humano relacionado al área permitiendo fortalecer la gestión biomédica y un programa de mantenimiento más eficaz.
- Contratación de mantenimiento tercerizado en cuanto a equipos de alto riesgo, con empresas especialistas en estas tecnologías y que aseguren el control de los mismos al usar equipos patrón. (salas de cirugía – Imágenes diagnosticas – torre de endoscopia)
- Unificación de marca de bombas de infusión (Nipro) para disminuir los eventos e incidentes relacionados a su uso.

3.14.2. Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional

- Renovación de tecnologías en electrocardiógrafos (UCI - Urgencias)
- Renovación de tecnología en tomógrafo, proceso de baja del anterior hasta su disposición final y adquiriendo uno de última tecnología.
- Renovación de central de esterilización.

- Renovación de tecnología en ecografía con equipos de última tecnología (ginecología – imágenes diagnosticas)
- Adquisición de monitor TOF (estado de relajación muscular) y BIS (medir la profundidad de la sedación).
- Adquisición de central de monitoreo para UCI.

3.15. Experiencia del Usuario

3.15.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.15.1.1. 2020

Se realiza la creación de procedimiento de evaluación de la satisfacción al usuario.

3.15.1.2. 2021

Para el año 2021 se realiza una modificación de encuesta de satisfacción incluyendo criterios y preguntas enfocadas al trato que reciben los pacientes, la infraestructura y la explicación de patología y derechos y deberes, adicionalmente se estableció un muestreo estadísticamente significativo para realizar el proceso con mayor confiabilidad.

De acuerdo con la medición para el año 2021 logramos aumentar la satisfacción de los usuarios desde el primer trimestre al cuarto trimestre en un 9.96%.

Otro de los logros para el año 2021 fue la actualización de los servicios de agendamiento pasando de tener en el primer, segundo y tercer trimestre 2 celulares únicos para recepción de llamadas sin sistema de espera, para el final del cuarto trimestre se implementa un call center con 3 agentes de CEI con 10 espacios de cola de llamadas para

los usuarios. Se pasó de recibir 3861 llamadas mensuales a recibir 6585 llamadas con un crecimiento del 71.15%.

Finalmente, pero no menos importante realizamos la implementación de un digiturno a través del cual se puede llevar una mejor clasificación de los turnos diferenciando tramites de personas con atención preferencial como personas con discapacidad, vulnerabilidad social, embarazadas y niños.

Figura 95. Digiturno en el área de consulta externa



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá, 2023)

3.15.1.3. 2022

En el año 2022 se realiza la estructuración de un programa de humanización dentro del cual se inicia realizando mediciones de la percepción de los usuarios respecto a conductas humanizadas y se crean subprogramas en pro de las 7 dimensiones que componen la humanización, uno de esos procedimientos es la entrega de información a los familiares que se realiza a través de un procedimiento y que generó a nivel estructural

la creación de 3 salas para entrega de información ubicadas en hospitalización, unidad de cuidados intensivos y ginecoobstetricia.

Figura 96. Salas de entrega de Información a Pacientes



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá, 2023)

Adicionalmente se crean los programas de musicoterapia donde voluntarios ingresan a la institución para a través de la musicalidad generar una sensación de

bienestar al paciente y programa de carrito literario donde los auxiliares de experiencia del usuario realizan un recorrido por la institución ofreciendo préstamo de literatura con el fin de generar un espacio de esparcimiento durante su estancia hospitalaria.

Figura 97. Programa de Musicoterapia

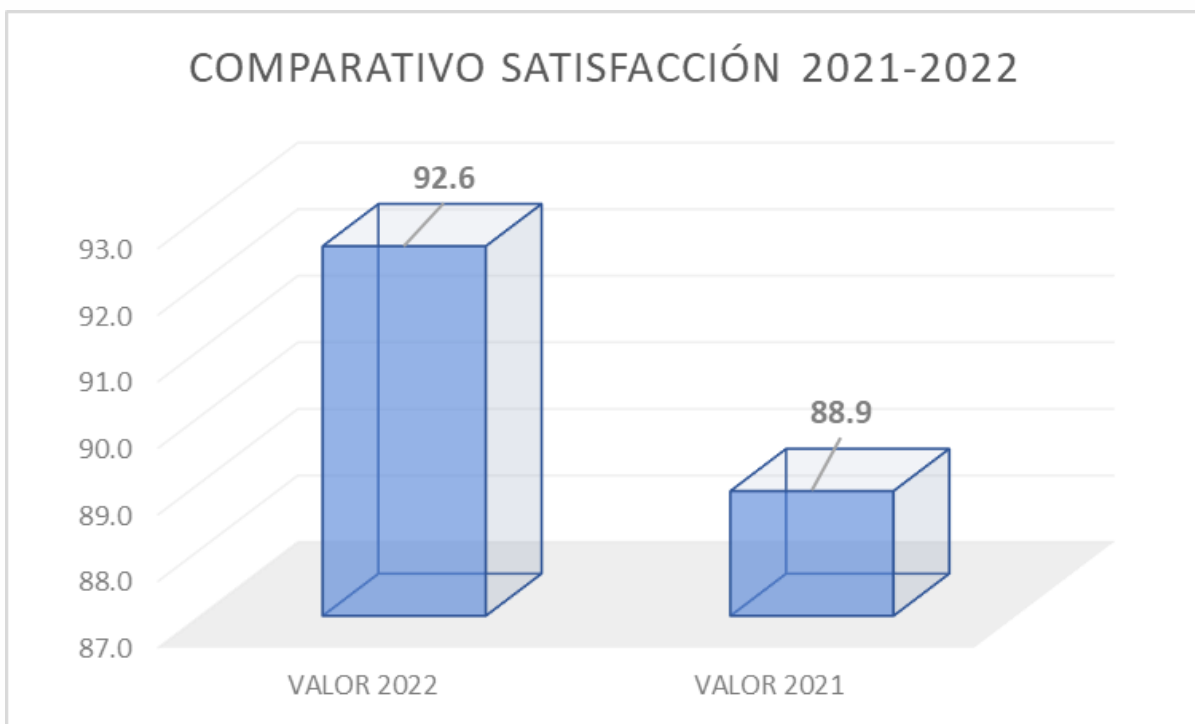


Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá, 2023)

Para el 2022 se incluye un nuevo proceso de medición de la satisfacción y una reestructuración de la encuesta, el primero a través de la aplicación de entrevistas semiestructuradas guiadas por una herramienta llamada viaje del paciente que evalúa las

expectativas, emociones, puntos de contacto, importancia y puntos de dolor detectados en el recorrido de la prestación del servicio de los usuarios. La segunda modificación se realizó a la organización y el tipo de preguntas se estructuran iniciando por evaluar el primer contacto y la accesibilidad de los servicios, segundo el contacto administrativo (facturación o admisiones), el tercero el proceso asistencial donde se amplían las preguntas a indagar la calidad de la información que se da por parte del profesional, el trato y la oportunidad, finalmente como cuarto y quinto se evalúan aspectos relacionados a las instalaciones, seguridad y limpieza. La satisfacción total aumento pasando en el 2021 de estar en 88.9% a 92.6%.

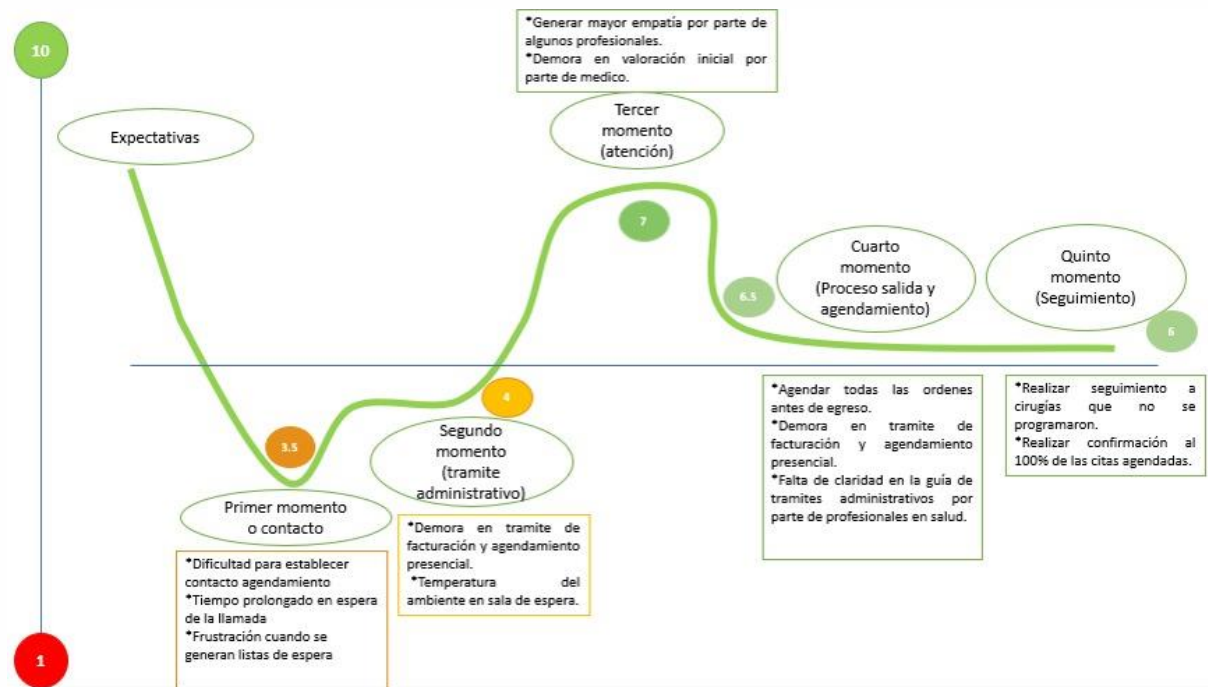
Figura 98. Comparativo Satisfacción del Usuario 2022 vs 2021



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

La medición de satisfacción se realizó por cada uno de los momentos de verdad, evaluando los puntos de contacto y generando acciones de mejora a los puntos de dolor detectados propendiendo siempre el mejoramiento continuo de nuestros usuarios.

Figura 99. Momentos de verdad en la medición de satisfacción de usuarios



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 100. Evaluación de los momentos de verdad en la satisfacción del usuario

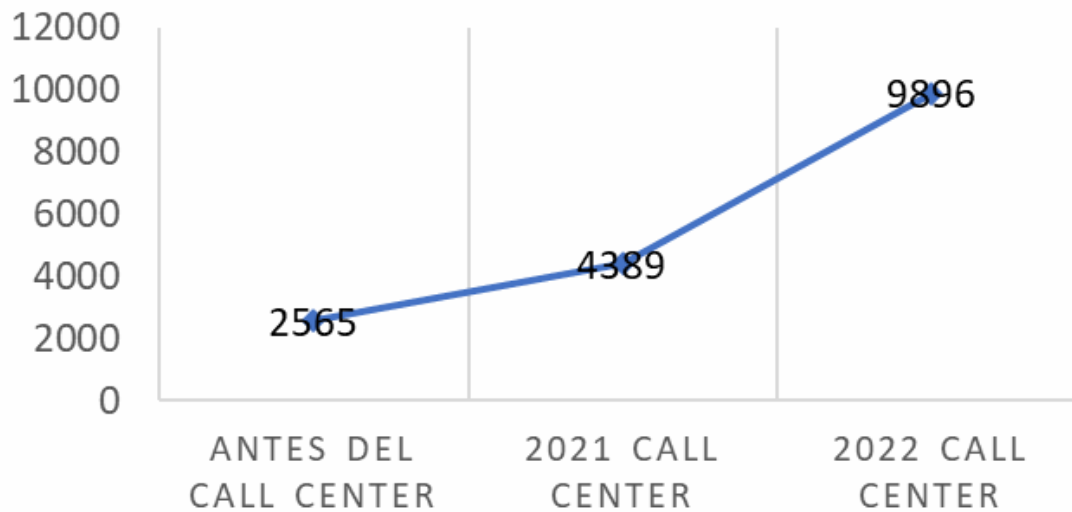
| DESCRIPCIÓN | El cliente descubre que tiene una necesidad y busca una solución | Compara e investiga qué propuestas le solucionarían mejor su necesidad | Se asesora e informa de las características del producto, precio, plazos de entrega etc | Compra el producto o servicio. Hace uso del mismo | Contactos posteriores con el cliente |
|--|--|--|---|---|--|
| EXPECTATIVAS (BENEFICIOS CONCRETOS QUE ESPERA) | Esperaba encontrar rápidamente la manera de agendar | Tenia la expectativa de que prestarían un buen servicio | Esperaba que fuera ágil y amable | Esperaba un personal médico amable | Guía sobre las órdenes y autorizaciones de próximos exámenes |
| ¿QUÉ PUNTOS DE CONTACTO O INTERACCIONES TIENE EL CLIENTE CON LA EMPRESA? | | Se tardaron en contestar mi llamada | Auditoras CEI | Médico internista Experiencia del usuario | Auditoras CEI |
| CANALES | INTERNET TELÉFONO PRESENCIAL | INTERNET TELÉFONO PRESENCIAL | INTERNET TELÉFONO PRESENCIAL | INTERNET TELÉFONO PRESENCIAL | INTERNET TELÉFONO PRESENCIAL |
| CRITICIDAD (CÓMO DE IMPORTANTE ES PARA EL CLIENTE ESTA FASE) | ALTA MEDIA BAJA | ALTA MEDIA BAJA | ALTA MEDIA BAJA | ALTA MEDIA BAJA | ALTA MEDIA BAJA |
| VALORACIÓN DEL CLIENTE | | | | | |
| PUNTOS DE DOLOR (DIFICULTADES O FRUSTRACIONES) | No es fácil tener contacto directo con el hospital | Es bastante tedioso agendar citas porque nunca contestaron | Logré facturar a tiempo pero la temperatura es muy alta en sala | Médico ginecólogo se dirige comunica de manera incorrecta va hecinda a varios usuarios. | |
| IDEAS PARA ALIVIAN LOS PUNTOS DE DOLOR | Implementación de otros canales de comunicación | Implementación de omnicanalidad | Reforma estructural de aislamiento de calor en techo | Programa de humanización del servicio | |

Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

En el presente año de acuerdo con la demanda de llamadas, se aumenta el número de auditores CEI en call center a 5 con el fin de lograr recibir la mayor cantidad de llamadas, como resultado se aumenta del año 2021 de agendar un promedio mensual de 4389 llamadas a 9896 llamadas en el 2022 con un aumento del 125%.

Figura 101. Avance en la implementación del Call Center

CRECIMIENTO LLAMADAS CALL CENTER



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3.15.1.4. 2023

Para el año 2023 como mecanismo de divulgación de derechos y deberes se implementa en cada habitación la guía del usuario donde el paciente tiene a la mano, reglas básicas de la institución, derechos y deberes, porcentajes de copago, horarios de alimentación y horarios de visitas.

Figura 102. Imagen Guía del Paciente y su familia



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Por otro lado, como parte del proceso de desarrollo del programa de humanización se crea un espacio (Oratorio) para que los pacientes y su familia tengan un espacio para el desarrollo de su espiritualidad.

Figura 103. Oratorio

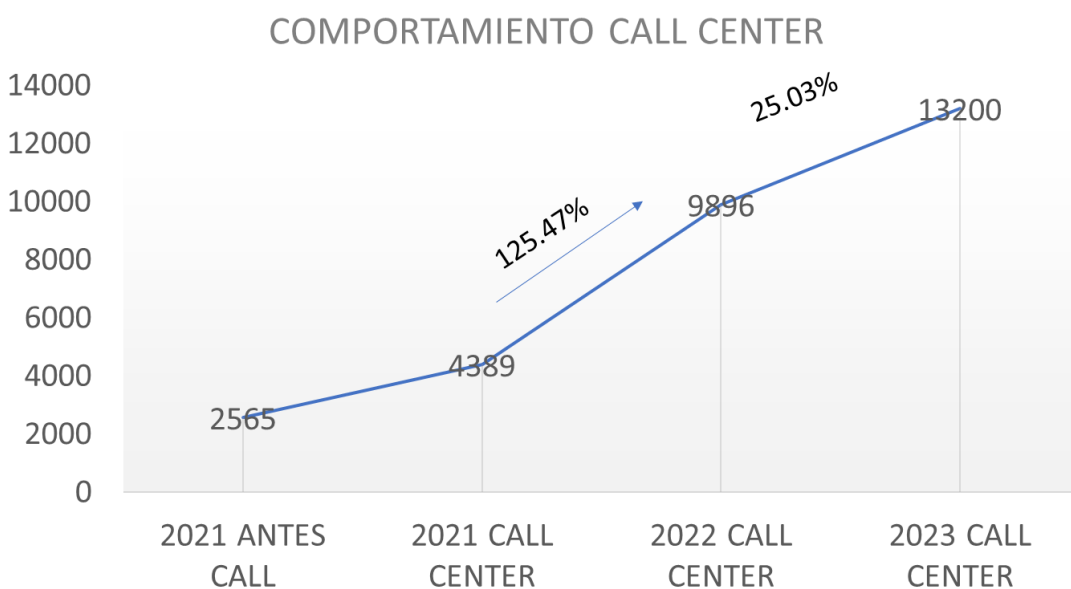


Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Es necesario aclarar que por la reorganización del área de imágenes diagnosticas con el fin de habilitar los servicios de hemodinamia y Resonancia Nuclear Magnética, se hizo necesario plantear la reubicación del oratorio, la cual se desplegará durante el 2024.

En relación al agendamiento de los servicios se implementa la estrategia de Omnicanalidad donde a través de la contratación e implementación de un aplicativo de auto agendamiento se pretende ampliar las opciones de canales de agendamiento de tal manera que los usuarios ahora cuentan con la opción de agendar de manera presencial, telefónica, por página web y a través de WhatsApp, Se contestan promedio mensual 13200 llamadas a través de call center por lo que se aumentó respecto al año 2022 un 25.03%. El porcentaje de agendamiento a través del canal presencial es del 39%, telefónico 33% y virtual 28%.

Figura 104. Comportamiento Call Center 2021-2023



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Como logro y avance institucional en temas de enfoque diferencial se realizó la apertura de un video call center para las personas con discapacidad auditiva, que se realiza a través de un enlace de zoom donde interviene un intérprete de señas y auditores del CEI de tal manera que los pacientes tendrán la autonomía de poder solicitar sus citas sin necesidad de intermediarios externos a la institución. Adicionalmente, el intérprete de señas se encuentra contratado para realizar acompañamiento en consulta externa e intrahospitalario a los pacientes.

Figura 105. Call Center Virtual en la Página Web del Hospital



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 106. Grupo Musical de Sordomudos en el contexto de enfoque diferencial



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá, 2023)

Finalmente, durante el último trimestre se logró la constitución de las damas rosadas cuyo objetivo es apoyar proyectos sociales voluntarios dentro de la institución como celebración de fechas especiales, donación de ropa, pañales e insumos de aseo a los pacientes.

Figura 107. Programa de Damas Rosadas



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3.16. Farmacia

3.16.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.16.1.1. 2020

- Se actualiza el listado básico institucional de acuerdo con las necesidades de la unidad de cuidados intensivos, fortaleciendo la organización mediante el seguimiento a consumos de sedantes y elementos de protección personal y evitar así, el desabastecimiento en la institución.

- Organización en el suministro de elementos de protección personal a cada uno de nuestros compañeros del área asistencial y administrativa, garantizando su protección y evitar un posible contagio por el virus COVID-19.

3.16.1.2. 2021

- Creación del programa de oxígeno domiciliario, cuyo objetivo es garantizar un egreso seguro y facilidad en el requerimiento de oxígeno del cual a la fecha las aseguradoras demoran el servicio, disminuyendo así la estancia hospitalaria, a través del uso de concentradores de oxígeno de 5litros/min.

- Fortalecimiento de la unidad quirúrgica con la actualización del listado de dispositivos médicos de alta calidad para su uso en laparoscopia.

- Fortalecimiento de compras electrónicas, el cual garantiza medicamentos y dispositivos médicos de alta calidad al menor precio, garantizando un ahorro del 11% en las compras institucionales de los mismos.

- Adquisición de insumos para el programa de Clínica de heridas.

- Organización de los diferentes stocks o almacenamientos en servicios como salas de cirugía y sala de partos, mediante el uso de canastas o paquetes quirúrgicos, garantizando así una gestión de inventarios y almacenamiento correcto de los mismos.

3.16.1.3. 2022

- Efectuar la adquisición de dispositivos médicos para dar inicio al programa de Terapia Vascular, Terapia Cierre Asistido de heridas con presión negativa (VAC), Cintas para incontinencia urinaria de esfuerzo femenino.

- Organización de la gestión de inventarios de los medicamentos y dispositivos médicos almacenados en los diferentes carros de paro, códigos de atención inmediata (Código Rojo, Atención de Infarto Agudo de Miocardio, Código Verde).

- Consolidación en el proceso de gestión de inventarios a través de la intervención en el almacenamiento de insumos a través de lotes el cual permite garantizar un stock suficiente de insumos.

3.16.1.4. 2023

- Consolidar el programa de Gestión del Material de Osteosíntesis, cuyo objetivo es intervenir a nuestros pacientes con dispositivos implantables de alta calidad como Johnson & Johnson, Smith and Nephew, Medimplantes entre otros, en reemplazos articulares y uso de estos en medicina deportiva (artroscopia) y artrodesis lumbar-cervical.

- Fortalecimiento del PROA-MON (Programa de Optimización de Antimicrobianos) con la presentación del informe de Dosis Diaria Definida por antimicrobiano, indicador de calidad, cuyo objetivo es evidenciar el uso racional y adecuado que se presenta en nuestra institución.

3.16.2. Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional

Fortalecimiento del PROA-MON (Programa de Optimización de Antimicrobianos) con la presentación del informe de Dosis Diaria Definida por antimicrobiano, indicador de calidad, cuyo objetivo es evidenciar el uso racional y adecuado que se presenta en nuestra institución

3.16.3. Producción

Tabla 34. Despacho de Ordenes Médicas desde Farmacia 2020-2023

| Servicio | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|-----------------------------|--------|---------|---------|---------|
| Despacho de Ordenes Médicas | 93.148 | 157.998 | 190.947 | 163.544 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

Figura 108. Despacho de Ordenes de Suministro por servicio 2020-2023

| Despacho de Ordenes de Suministros por servicio | | | | |
|---|---------------|----------------|----------------|----------------|
| FARMACIA | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| CONSULTA EXTERNA | 1.974 | 3.339 | 1.584 | 2.590 |
| CONSULTA URGENCIAS | 34.296 | 39.408 | 60.853 | 41.789 |
| OBSERVACIÓN Y PROCEDIMIENTOS URGENCIAS | 15.870 | 26.832 | 36.752 | 35.680 |
| HOSPITALIZACIÓN GENERAL | 16.710 | 22.927 | 37.210 | 29.587 |
| UNIDAD CUIDADO INTENSIVO | 7.758 | 44.151 | 39.996 | 27.432 |
| IMÁGENES DIAGNOSTICAS | 2.748 | 3.456 | 5.440 | 3.459 |
| LABORATORIO CLÍNICO | 66 | 107 | 166 | 112 |
| SALAS CIRUGÍA | 2.574 | 6.491 | 7.176 | 8.970 |
| SALAS PARTOS | 8.754 | 10.545 | 18.720 | 13.110 |
| TERAPIAS | 30 | 49 | 80 | 112 |
| AMBULANCIA Y OTROS | 312 | 332 | 611 | 246 |
| Atención Primaria | 36 | 14 | 24 | 15 |
| GASTROENTEROLOGÍA | 0 | 180 | 100 | 214 |
| OFTALMOLOGÍA | 0 | 78 | 29 | 19 |
| MAMOGRAFÍA | 0 | 24 | 0 | 34 |
| CARDIOLOGÍA | 0 | 65 | 78 | 175 |
| TOTAL | 93.148 | 157.998 | 190.947 | 163.544 |
| Promedio Diario OM Dispensadas | 255 | 433 | 523 | 448 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

El despacho de ordenes médicas, permite evidenciar el soporte en el suministro de insumos que cada año crece con la ampliación de nuestros servicios, y para el cual el servicio farmacéutico, debe garantizar dentro de su cadena de abastecimiento, el suministro de insumos como medicamentos y dispositivos médicos de alta calidad con el menor porcentaje de devoluciones por errores de prescripción y ajuste de tratamientos.

3.17. Calidad

3.17.1. Autoevaluación en condiciones de Habilitación

La institución, como entidad obligada al cumplimiento de los estándares de habilitación contemplados en la resolución 3100 de 2019, mantiene el seguimiento permanente desde los servicios a la ejecución de estos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se presentan a continuación los resultados del seguimiento, teniendo en cuenta que se trata de un proceso dinámico desde los servicios y las novedades presentadas ante el ente territorial. Sin embargo, la entidad garantiza de manera permanente la totalidad de los estándares para la seguridad del paciente y los colaboradores.

3.17.1.1. 2022

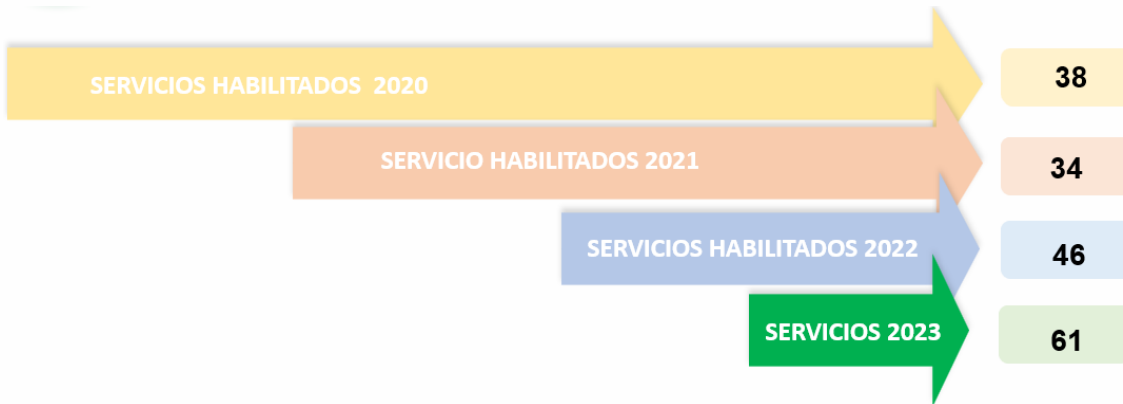
Se realizó seguimiento a los estándares de habilitación de manera permanente, obteniendo un seguimiento de cumplimiento de estos a diciembre de 68%.

3.17.1.2. 2023

Se realizó seguimiento a los estándares de habilitación de manera permanente, obteniendo un seguimiento de cumplimiento de estos a diciembre de 100%; lo anterior permitió obtener las certificaciones de habilitación de servicios ante el ente territorial para la sede Hospital.

En los últimos cuatro años, el hospital ha experimentado un increíble crecimiento en la oferta de servicios, pasando de 38 a 61 servicios para satisfacer mejor las necesidades de nuestra comunidad.

Figura 109. Evolución Servicios Habilitados 2020-2023



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Esta expansión del portafolio de servicios, incluye servicios desde la atención primaria hasta especialidades avanzadas. Ahora el hospital ofrece una gama completa de servicios hospitalarios que incluyen nuevas áreas de especialización en cardiología adultos y pediátrica, Gastroenterología, Dolor y cuidados paliativos, Medicina física y rehabilitación, Medicina familiar, entre otros. Este aumento significativo refleja nuestro compromiso con la salud integral de nuestros pacientes.

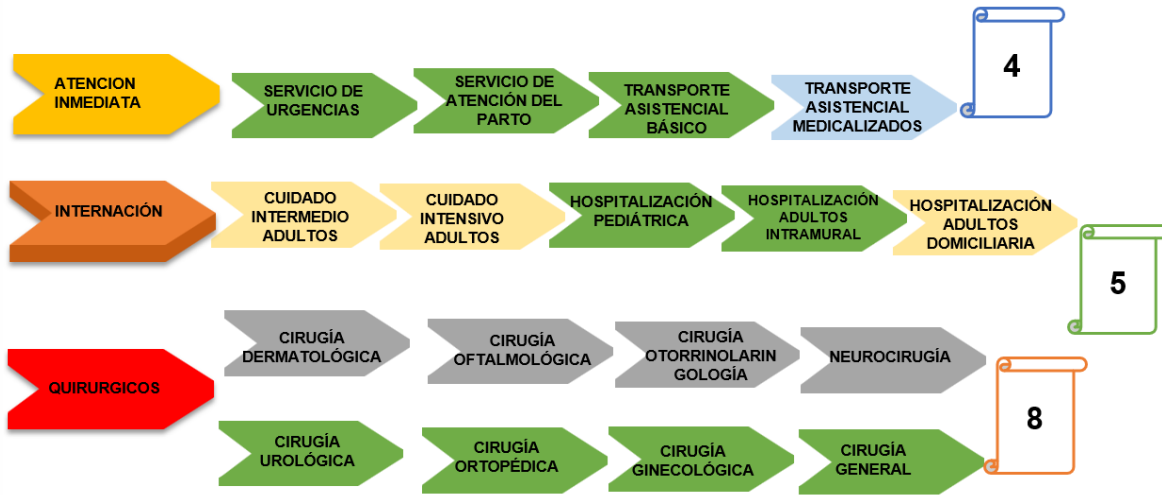
Figura 110. Servicios Habilitados 2023 (Consulta Externa)



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Lo anterior se ve respaldado por un equipo de profesionales altamente capacitados y dedicados brindando atención médica de calidad y utilizando tecnologías de vanguardia. La adición de estos servicios no solo fortalece nuestra capacidad de tratamiento, sino que también mejora la accesibilidad a la atención médica especializada.

Figura 111. Servicios Habilitados 2023 (Atención Inmediata, Internación y Quirúrgicos)



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 112. Servicios Habilitados 2023 (Apoyo Diagnóstico)



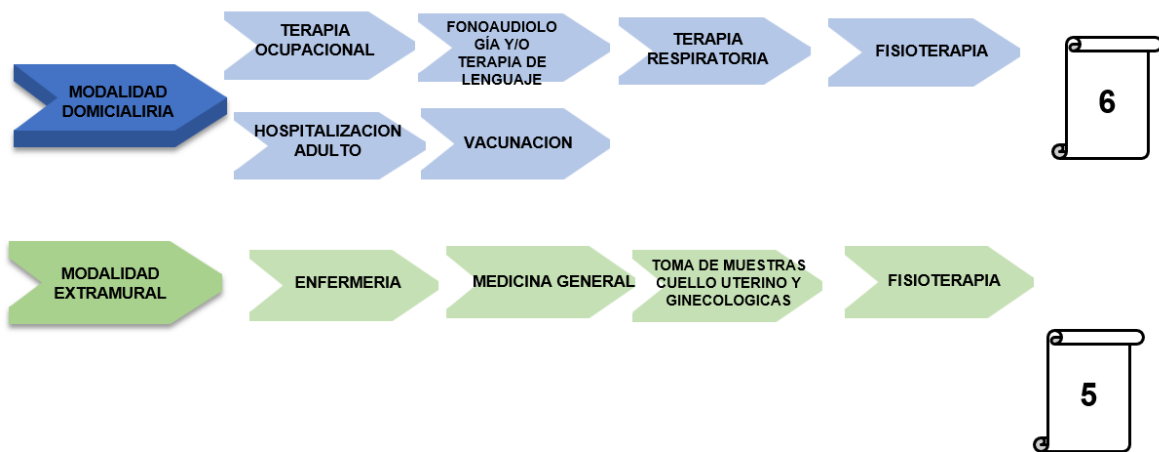
Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

El hospital amplió el portafolio de servicios de diagnóstico, combinando lo mejor de los medios diagnósticos convencionales con la innovación para brindar una atención integral.

Se mantienen servicios confiables y fundamentales como radiografías y ecografías, proporcionando diagnósticos precisos y rápidos. Además, se avanza hacia el futuro con la incorporación de tecnologías de vanguardia. Lo anterior a través de servicios como Tomografía Axial Computarizada (TAC), para diagnósticos y Mamografía Digital, para una detección temprana y más precisa del cáncer de mama.

Con un equipo de profesionales altamente capacitados y tecnología de última generación, el hospital proporciona la atención más avanzada y personalizada. Cuenta además con un equipo de radiólogos expertos y tecnología de última generación, garantizando una interpretación precisa de los resultados, proporcionando a los pacientes la tranquilidad y confianza necesarias.

Figura 113. Servicios Habilitados 2023 (Modalidad Domiciliaria , Modalidad Extramural)



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3.17.2. Autoevaluación del Sistema Único de Acreditación (SUA)

3.17.2.1. 2021

Se realizó en el mes de enero autoevaluación basada en estándares de acreditación obteniendo una calificación de 1.91

3.17.2.2. 2022

Se realizó en el mes de enero autoevaluación en estándares de acreditación obteniendo una calificación de 1.91

3.17.2.3. 2023

Se realizó en el mes de enero en estándares de acreditación de 2.38. La oficina de calidad realizó la gestión pertinente desde su rol para lograr la auditoría, seguimiento y cumplimiento a los estándares de habilitación contemplados en la resolución 3100 de 2016

Durante el mes de noviembre y diciembre de 2023 se realizó autoevaluación con metodología enfocada al inicio de la ruta crítica de acreditación, obteniendo una calificación de 1.84. Se realizó un ejercicio exigente para la autoevaluación, con un equipo interdisciplinario y la definición de la calificación basada en la moda de cada estándar, para evitar el enmascaramiento con los promedios, y así contar con un reflejo más retador para la institución.

Este esfuerzo institucional enfocado en los estándares de acreditación destaca el compromiso institucional inquebrantable con la excelencia en el cuidado de la salud.

El mejoramiento en acreditación es un testimonio del arduo trabajo y dedicación de nuestro talentoso equipo médico y del compromiso continuo con estándares excepcionales.

Una mejora en nuestra acreditación reafirma nuestro compromiso de ofrecer atención médica de vanguardia. Desde urgencias hasta atención especializada, cada aspecto de nuestro hospital refleja los más altos estándares de calidad y excelencia clínica.

De esta forma se garantiza la atención de primera clase en un entorno que cumple con los más altos estándares de seguridad y calidad.

3.17.3. Logros Alcanzados en calidad

Se realizó seguimiento a los estándares de habilitación de manera permanente, obteniendo un cumplimiento de estos a diciembre de 100%

A fin de fortalecer el sistema de información y el plan de capacitación institucional, la oficina de calidad mantuvo en funcionamiento la plataforma de gestión de calidad SOMOS REMO, que incluye más de 1300 documentos, como protocolos, procedimientos, manuales, entre otros, que hacen parte del sistema de gestión de calidad institucional.

Se dio apertura a las modalidades domiciliaria y extramural como mecanismo para poner de cerca y a disposición de la comunidad servicios estratégicos para obtener los mejores resultados en salud.

3.17.4. Perspectiva de Acreditación

De acuerdo con el objetivo estratégico "...Fortalecer durante el cuatrienio el desarrollo de todos los componentes del Sistema obligatorio de garantía de calidad, orientados a la presentación de la ESE ante el ente acreditador...", la institución planea en el año 2024 entrar en la ruta crítica donde se autoevalúa y desarrolla los planes de mejoramiento necesarios para presentarse en el mediano plazo al ente acreditador con enfoque en lograr la distinción durante la siguiente gestión.

3.18. Ciclo Económico Interno

El ciclo económico interno se constituye como un engranaje institucional del orden administrativo y financiero en el proceso de atención del usuario desde su ingreso al Hospital hasta el proceso en que el servicio prestado es pagado por la entidad responsable del aseguramiento.

En este ciclo se entienden como subprocesos del ciclo: el mercadeo y la contratación, el agendamiento, la gestión de autorizaciones, referencia y contrarreferencia, facturación, auditoría y radicación de cuentas médicas, glosas y cartera y recaudo.

Desde el año 2021, se inició este esquema de gestión que ha tenido los siguientes logros:

3.18.1. **Gestión de Contratación:**

Para el cuatrienio se garantizaron acuerdos de voluntades con las aseguradoras de mayor presencia en el territorio: NUEVA EPS, COOSALUD, FAMISANAR, CAJACOPI, entidades que administran REGIMENES DE EXCPECION, ARL, entre otros.

Se ha logrado ampliar la oferta de servicios no solo a usuarios de Boyacá, sino a los residentes de algunos municipios del sur de Santander que encuentran en el Hospital Regional de Moniquirá, una mejor alternativa de acceso y oportunidad que en los Hospitales de referencia de su red Departamental.

Por lo que se ha venido trabajando en una estrategia de mercadeo que logre consolidar mejores acuerdos de servicio con las EPS que hacen presencia en el Departamento de Santander.

3.18.2. **Gestión de Agendamiento:**

Como logros del cuatrienio se encuentra la ampliación de canales de acceso de los usuarios y horarios de atención las 24 horas del día los 7 días a la semana para la gestión de sus atenciones con mayor oportunidad. Así:

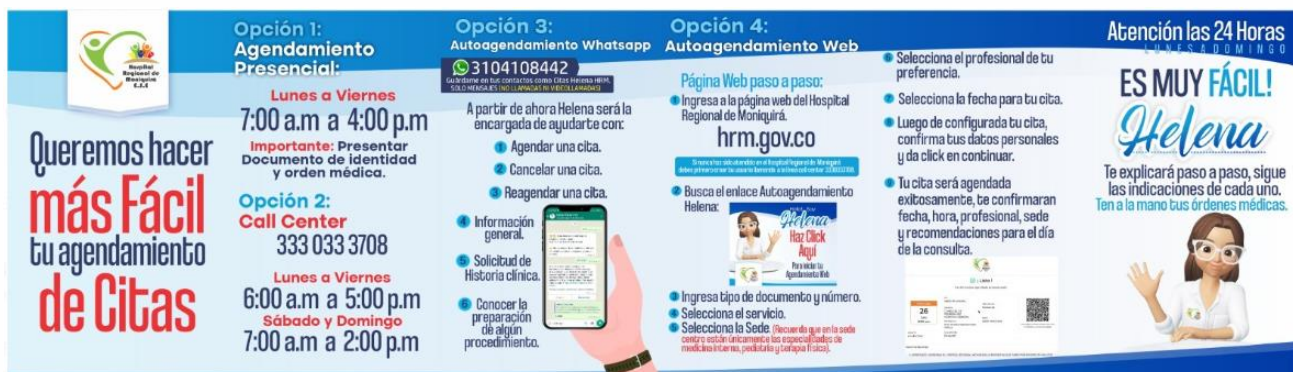
Agendamiento presencial

Centro De Atención Telefónica

Auto agendamiento WhatsApp (Helena)

Auto agendamiento Web

Figura 114. Estrategia Helena basada en Inteligencia Artificial (Auto Agendamiento)



Queremos hacer más Fácil tu agendamiento de Citas

Opción 1: Agendamiento Presencial:
Lunes a Viernes
7:00 a.m a 4:00 p.m
Importante: Presentar Documento de identidad y orden médica.

Opción 2: Call Center
333 033 3708
Lunes a Viernes
6:00 a.m a 5:00 p.m
Sábado y Domingo
7:00 a.m a 2:00 p.m

Opción 3: Autoagendamiento Whatsapp
3104108442
A partir de ahora Helena será la encargada de ayudarte con:
● Agendar una cita.
● Cancelar una cita.
● Reagendar una cita.
● Información general.
● Solicitud de Historia clínica.
● Conocer la preparación de algún procedimiento.

Opción 4: Autoagendamiento Web
Página Web paso a paso:
● Ingresar a la página web del Hospital Regional de Moniquirá.
hrm.gov.co
● Busca el enlace Autoagendamiento Helena.
● Ingresar tipo de documento y número.
● Selecciona el servicio.
● Selecciona la Sede. (Recuerda que en la sede como sector administramos las especialidades de medicina interna, pediatría y cirugía (física).
● Selecciona el profesional de tu preferencia.
● Selecciona la fecha para tu cita.
● Luego de configurada tu cita, confirma tus datos personales y da click en continuar.
● Tu cita será agendada exitosamente, te confirmaran fecha, hora, profesional, sede y recomendaciones para el día de la consulta.

Atención las 24 Horas
ES MUY FÁCIL!
Helena
Te explicará paso a paso, sigue las indicaciones de cada uno. Ten a la mano tus órdenes médicas.

Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá, 2023)

3.18.3. Oferta de Especialidades y Subespecialidades

De otra parte la ampliación de oferta de especialidades y subespecialidades así:

- Cirugía ortopédica
- cirugía urológica
- cirugía dermatológica
- Dermatología
- Gastroenterología
- Medicina Familiar

- psicología
- Urología
- Vacunación
- Fonoaudiología Y/O Terapia Del Lenguaje
- cirugía oftalmológica
- cirugía general.
- Otorrinolaringología
- Neurocirugía
- Cardiología
- Dolor Y Cuidados Paliativos
- Medicina física Y Rehabilitación

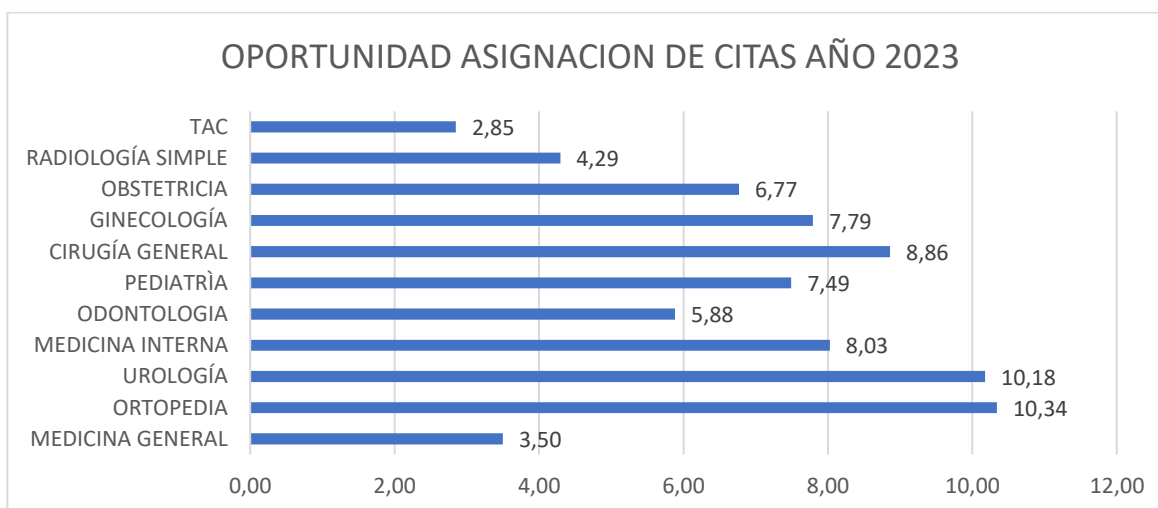
3.18.4. Programas Especiales:

- ✓ Programa Hospitalización Domiciliaria
- ✓ Clínica de Dolor
- ✓ Unidad de Rehabilitación Pulmonar
- ✓ Programa Reemplazos Articulares y Columna
- ✓ Programa Plan de Cuidado Fin de Vida
- ✓ Programa Salud Mental
- ✓ Programa Soporte Nutricional
- ✓ Programa Manejo de Heridas

3.18.5. Oportunidad de Citas

Por último, el comportamiento de la Oportunidad de las citas cierra en el año 2023 con un comportamiento ajustado a los estándares definidos normativamente así:

Figura 115. Oportunidad de Citas 2023



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

3.18.6. **Gestión de Referencia y Contrarreferencia:**

A continuación, se presentan los resultados más destacados de la gestión en el cuatrienio así:

Para la vigencia 2020, se habilitan 3 ambulancias de transporte asistencial básico con sus respectivas tripulaciones (medico, Auxiliar de enfermería y Conductor).

Para la vigencia 2021 se adquieren 2 ambulancias, una para Transporte Asistencial Medicalizado y se doto otra para para Transporte Asistencial Básico

En el Registro Especial de Prestadores se habilita el servicio Traslado Asistencial Medicalizado cumpliendo todos los requerimientos para su apertura

Para dar cumplimiento al transporte de paciente neonatal se adquirió una incubadora de transporte "Olidéf" modelo 2022.

Se amplió una tripulación adicional para garantizar la apertura de los nuevos servicios.

En la vigencia 2022 se fortaleció la oficina de referencia con la dotación de equipos de cómputo, y de comunicaciones (celular y radio)

En la vigencia 2023 Se ha fortalecido el proceso de Referencia y Contrarreferencia con la estructuración de un equipo de trabajo liderado por una Enfermera Jefe quien articula acciones tendientes a garantizar oportunidad y seguridad en el traslado de pacientes, así como la implementación de un proceso continuo de seguimiento a la resolutivez de los casos referidos.

En esta vigencia se avanzó en el diseño y elaboración de documentación dando cumplimiento a la normatividad 3100 del 2019 para la habilitación del servicio de referencia y contra referencia del HRM.

Se logró la Certificación de habitación del servicio Transporte asistencial básico y Transporte Asistencial medicalizado.

Sistema de georreferenciación y comunicación que permite el monitoreo y contacto con la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias. a través del CRUE

Sistema de telecomunicaciones de doble vía que permite establecer contacto con su central, base o torre de control.

Se gestionó la dotación de nuevos dispositivos como:

- Desfibrilador externo automático, incluyendo electrodos adhesivos para adultos y pediátricos
- Fonendoscopio adulto y pediátrico
- Tensiómetro adulto y pediátrico.

- Equipo eléctrico de aspiración de urgencia con todos sus accesorios (manguera de succión y sondas de aspiración de varios tamaños).
- Aspirador nasal manual.
- Glucómetro.
- Torniquetes para el control de hemorragias.
- Camilla principal con sistema de anclaje y cinturones de seguridad o correas para asegurar el paciente.
- Camilla secundaria para inmovilización espinal y correas para asegurar el paciente.
- Tabla espinal corta o chaleco de extracción vehicular.
- Atril porta suero de dos ganchos.
- Silla de ruedas portátil, liviana y plegable, con una capacidad de carga de mínimo 120 kg. Deberá tener mínimo dos cinturones de sujeción para el paciente y para su transporte al interior de la ambulancia.
- Pinzas de Magill.
- Tijeras de material o corta todo.
- Riñonera.
- Pato para mujeres.
- Pato para hombres.
- Lámpara de mano (linterna) con baterías de repuesto.
- Manta térmica aluminizada.
- Oxígeno medicinal con capacidad total de almacenamiento de mínimo tres (3) metros cúbicos permanentes disponibles.

- Oxígeno medicinal portátil de mínimo 0.5 metros cúbicos para permitir el desplazamiento de las camillas manteniendo el suministro de oxígeno medicinal al paciente.

- Conjunto para inmovilización que cuenta con inmovilizadores cervicales graduables, adulto (2) y pediátrico (2), inmovilizadores laterales de cabeza, inmovilizadores para extremidades superiores e inferiores.

- Resucitador pulmonar manual.

- Monitor de signos vitales con accesorios adultos y pediátricos que cuenta como mínimo con:

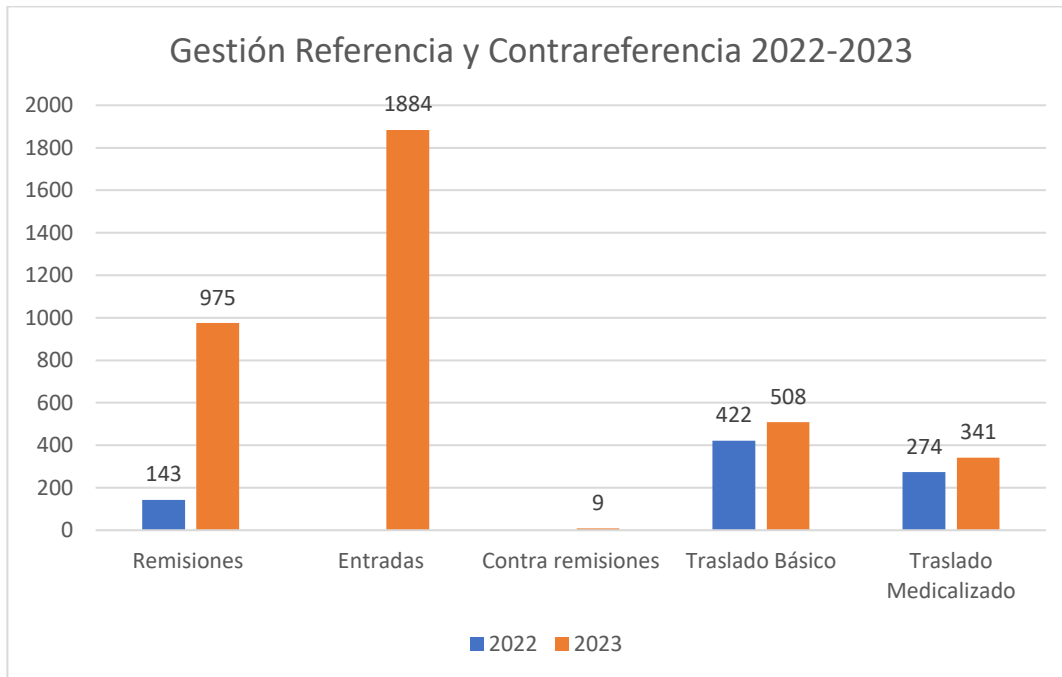
- Trazado electrocardiográfico si no está incorporado en el desfibrilador

- Presión no invasiva

- Saturación de oxígeno que puede estar integrado en el monitor o externo.

En términos de la gestión adelantada en la vigencia 2022 y 2023 se evidencia un incremento en el número de usuarios referidos y un número importante de usuarios recibidos de otras entidades para atención por el Hospital, como se puede evidenciar en la siguiente gráfica:

Figura 116. Estadísticas de Referencia y Contrarreferencia 2023 vs 2022



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

3.18.7. Gestión de Facturación:

Para el cuatrienio la venta de servicios de salud ha mostrado una importante tendencia ascendente. De facturar 2.800 millones en el año 2020 se pasó en el año 2023 a facturar 7.500 millones una variación de 1.68, como se observa en la siguiente gráfica.

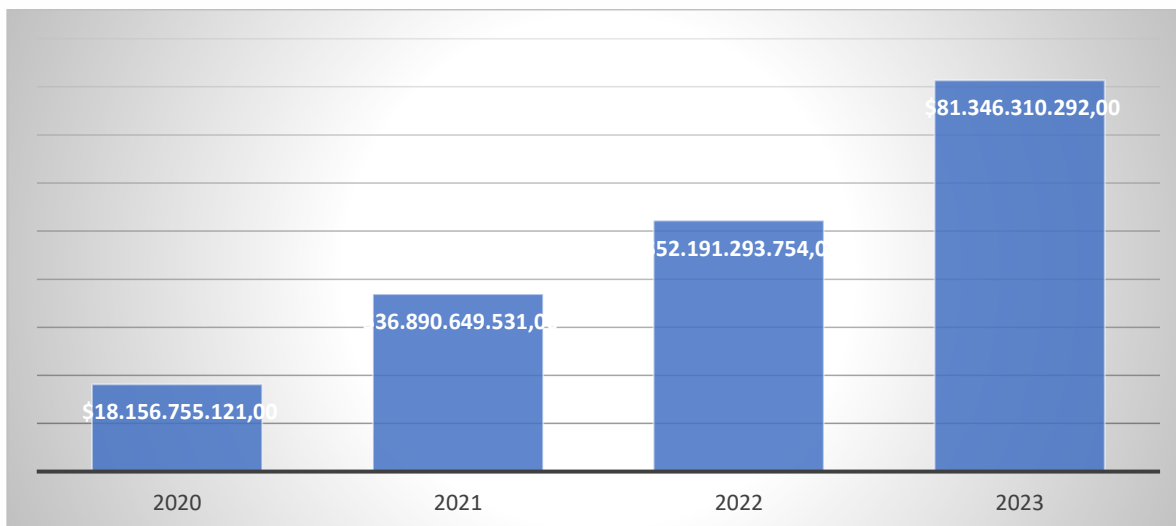
Figura 117. Facturación por mes 2020-2023



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE , 2024)

De la misma forma el reconocimiento por venta de servicios de salud paso de 18.156 millones en 2020 a 81.346 en 2023, con un ascenso importante año a año.

Figura 118. Facturación total por año 2020-2023



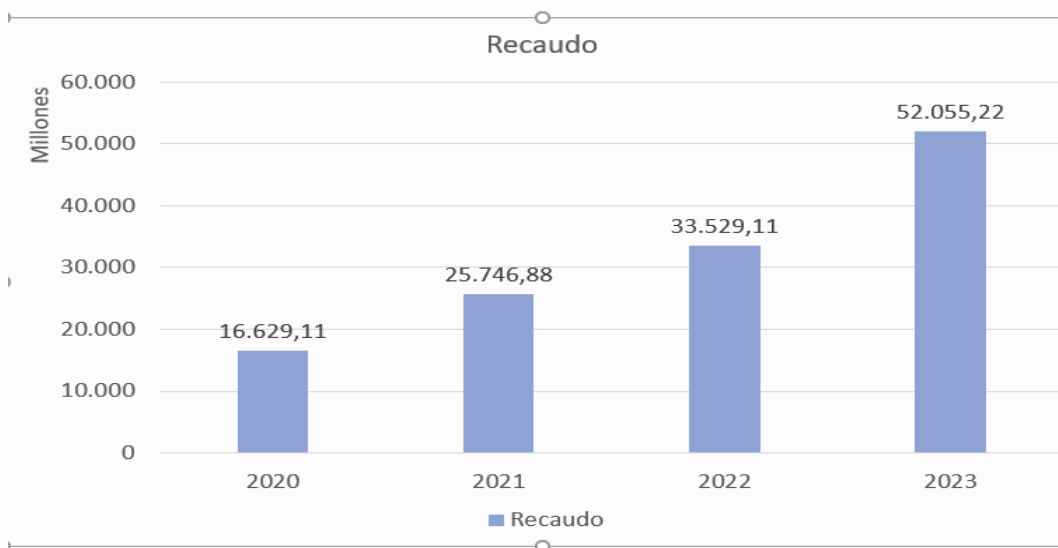
Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE , 2024)

3.18.8. Gestión de cartera y recaudo:

El proceso de recuperación de cartera se ha adelantado en el cuatrienio de manera continua a través de mecanismos administrativos para el cobro de la facturación en mora, conciliaciones extrajudiciales en derecho con la Superintendencia Nacional de Salud, Procuraduría General de la Nación, acciones judiciales y de cobro coactivo, celebración de contratos de transacción, participación en mesas de flujo de recursos, y mecanismos para la puesta en conocimiento de la situación de cartera a las entidades de control e instancias con función de inspección y vigilancia para garantizar el cumplimiento normativo en esta materia. De otra parte, en relación con las entidades intervenidas de manera permanente se solicita a la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, que se cumplan con las obligaciones de las entidades intervenidas que se han constituido en las deudoras más grandes.

Como se observa en la siguiente tabla el recaudo del año 2020 paso de 16.629 millones a 52.055 en función este incremento del incremento dado en la venta de servicios.

Figura 119. Recaudo total 2020-2023



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE , 2024)

3.19. Gestión Ambiental

3.19.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.19.1.1. 2020

Se realizó gestión de lavado de tanques, poda y mantenimiento de zonas verdes, caracterización de vertimientos, verificación de planta de tratamiento de aguas residuales, seguimiento de consumo de agua y energía de la entidad.

3.19.1.2. 2021

Se realizó gestión de lavado de tanques, poda y mantenimiento de zonas verdes, caracterización de vertimientos, verificación de planta de tratamiento de aguas residuales, seguimiento de consumo de agua y energía de la entidad.

3.19.1.3. 2022.

Se realizó gestión de lavado de tanques, poda y mantenimiento de zonas verdes, caracterización de vertimientos, verificación de planta de tratamiento de aguas residuales, seguimiento de consumo de agua y energía de la entidad, se realiza cambio de luminarias al interior de la entidad por iluminación led, iluminación exterior por paneles solares, jornada de siembra de árboles.

3.19.1.4. 2023:

3.19.1.4.1. Mantenimiento De La Planta De Tratamiento De Aguas Residuales

Se realiza mantenimiento de la planta de tratamiento de aguas residuales en tres fases:

- 1. Primera fase:** Limpieza de lodos sedimentados en los tanques de la planta de tratamiento de aguas residuales por medio de vector contratada con la empresa marees empresa responsable de la recolección y disposición final de los lodos.

2. Segunda Fase: Se realiza lavado de 10 tanques los cuales conforman la planta de tratamiento de aguas residuales, se realiza contrato con la empresa AC TODO quienes ejecutan el procedimiento de lavado de tanques y retiro de material solido que se encuentra en el interior de los tanques material que es entregado a la empresa MAREES con quien se tiene el contrato de disposición final de residuos peligrosos.

3. Tercera Fase: Caracterización de aguas residuales entregadas al sistema de alcantarillado público del municipio de Moniquirá, realizado por la empresa MAREES se hace bajo los parámetros establecidos en la legislación relacionada en el informe se adjunta pantallazos de información relevante del informe entregado por la empresa contratada.

4. Lavado Y Mantenimiento De Tanques De Agua Potable

Se realiza lavado y mantenimiento de lavado de tanques de agua potable cada 6 meses con la empresa AC TODO quien hace entrega de las fichas de seguridad de los productos a ser utilizados en la actividad garantizando la seguridad de los trabajadores a ejecutar la labor, de la misma forma se utilizan productos amigables con el medio ambiente.

5. Fumigación Control De Plagas Y Palomas

Se realiza proceso de fumigación, control de plagas, fumigación y desinfección de archivo cada cuatro meses actividades realizadas por la empresa ACTODO quien presenta previo a la ejecución de la actividad las fichas técnicas de los productos químicos a ser empleados para los proceso de fumigación, por el inicio del proceso constructivo en la parte posterior de las instalaciones se hace necesario la instalación de trampas para evitar el ingreso de roedores al interior de la instalaciones de la entidad, estas actividades se desarrollan en la sede principal ubicada en la calle 4ª N 9 101 en el barrio Ricaurte, en la sede centro ubicada en la calle 19 N 3 70 en el centro, sede antigua ubicada en la carrera

9 N 19 – 30, se realiza control de palomas y aves en las cubiertas de la sede principal únicamente y esta actividad se realiza cada 6 meses.

3.19.1.4.2. Poda Y Guadañado De Las Zonas Verdes De La Entidad

Se realizan actividades de poda de jardines y guadañado de zonas verdes de la entidad para garantizar su mantenimiento, actividades que son ejecutadas por el personal de mantenimiento de la entidad de acuerdo con el cronograma de actividades establecido por el líder de recursos físicos.

3.19.1.4.3. Se Realiza Implementación Del Plan De Gestión Integral De Residuos Generados En La Atención En Salud Donde:

1. Se realiza la actualización del documento y se envía para revisión a la secretaria de salud de Boyacá, se recibe visita donde se obtiene el concepto sanitario favorable.

2. Se realiza la adopción del nuevo código de colores,

- se realiza la adquisición de carros para el transporte de los residuos de los almacenamientos temporales al almacenamiento central de acuerdo con el tipo de residuos:

- Se dejan dos carros de 90 litros para transporte de residuos anatomopatológicos, químicos y guardianes donde se recolectan los residuos cortopunzantes,

- se deja carro de 120 Lt para residuos biosanitarios los cuales son de color rojo, se deja carro de 120 Lt de color negro para recolección de residuos ordinarios, se deja carro de 120 Lt de color blanco en los almacenamientos temporales

- Se realiza señalización de almacenamiento temporales y centrales.

- Se realiza adquisición de carros de 1000 lt para almacenamiento central para los residuos peligrosos, ordinarios y reciclables.
- Se entregan en todas las unidades funcionales y sede de la entidad kit para el derrame de fluidos corporales y de medicamentos con su respectivo procedimiento.
- Se instalan 13 puntos ecológicos en todas las zonas comunes en las diferentes sedes de acuerdo con el nuevo código de colores y PGIRASA institucional.
- Se realiza cambio de canecas en todos los servicios tanto asistenciales como administrativos de acuerdo con el nuevo código de colores y PGIRASA institucional.
- Se realiza rotulado de canecas de acuerdo con el tipo de residuo hacer depositado.
- Se realiza contratación con la empresa MAREES quien cuenta con la documentación para la gestión de residuos peligrosos quien es el responsable de todos los residuos denominados peligrosos (biosanitario, químico, anatomopatológico, cortopunzante) generados por la entidad en todas sus sedes.
- Se realiza subasta pública para la venta de todos los residuos reciclables generados por la entidad.
- Se entrega los residuos ordinarios a la empresa de servicios públicos del municipio.
- Se gestiona contrato con la empresa SAMYL responsable de todo el proceso de rutas de recolección e higiene hospitalaria en la entidad.
- Se realizan procesos de capacitación a todo personal en la implementación del PGIRASA institucional, clasificación correcta de residuos de acuerdo con el nuevo código de colores.

- Se realizan auditorias cruzadas en las unidades funcionales para verificar la adherencia al PGIRASA institucional por parte del personal
- Se realiza gestión con las ARL de las empresas temporales para capacitación en el manejo de elementos cortopunzantes y clasificación de residuos.
- Se realiza seguimiento al personal de higiene hospitalaria en la implementación del PGIRASA en cuento a las rutas de recolección de residuos, procedimiento para la recolección de derrames por fluidos corporales, medicamentos.

3.19.1.4.4. Seguimiento Indicadores De Consumo De Agua De La Entidad

En este informe se presenta de manera muy resumida las actividades desarrolladas en el marco de la Gestión ambiental para la vigencia 2023.

3.20. Seguridad y Salud en el Trabajo

3.20.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.20.1.1. 2020

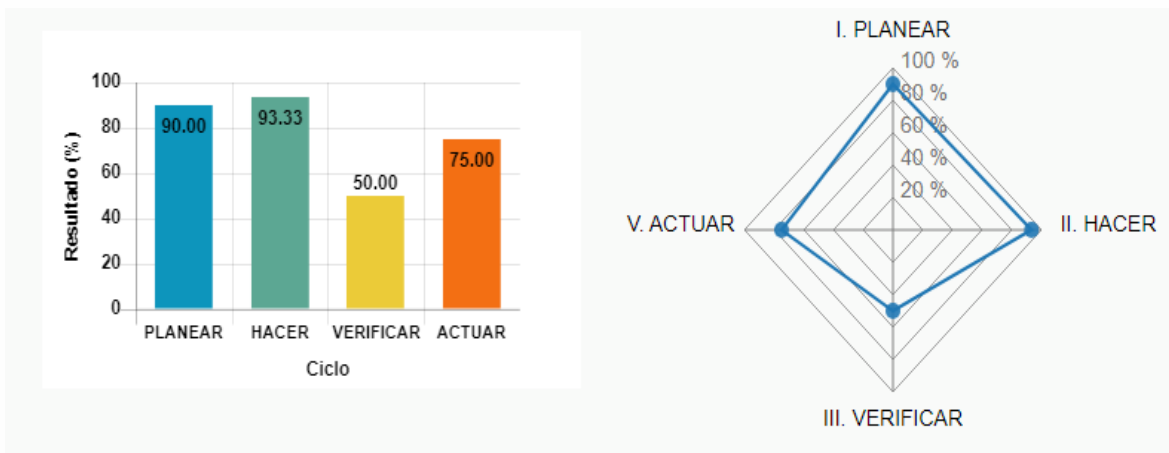
Para la vigencia 2020 se obtuvo una calificación del 88,50% de implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en la entidad, donde el ciclo de Planeación obtuvo un 90% de implementación, en el ciclo de hacer un 93,33%, en el ciclo de verificar un 50% y en el ciclo de actuar un 75% de implementación.

Figura 120. Evaluación del SGSST 2020

| Ciclo | Resultado Esperado | Resultado Obtenido | Porcentaje del Ciclo Obtenido |
|-----------|--------------------|--------------------|-------------------------------|
| PLANEAR | 25,00% | 22,50% | 90,00% |
| HACER | 60,00% | 56,00% | 93,33% |
| VERIFICAR | 5,00% | 2,50% | 50,00% |
| ACTUAR | 10,00% | 7,50% | 75,00% |
| TOTAL | 100% | 88,50% | 88,50% |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 121. Radar de evaluación de SGSST 2020



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3.2.0.1.2. 2021

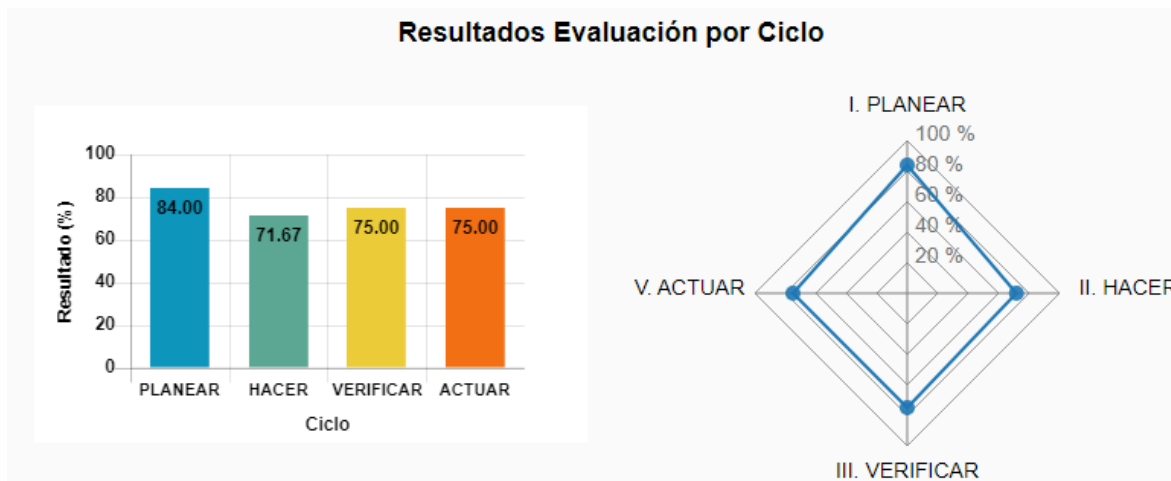
Para la vigencia 2021 se obtuvo una calificación del 75,25% de implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en la entidad, bajando con respecto a la vigencia 2020 en un 13,25%, donde el ciclo de Planeación obtuvo un 84% de implementación, en el ciclo de hacer un 71,67%, en el ciclo de verificar un 75% y en el ciclo de actuar un 75% de implementación.

Figura 122. Evaluación SGSST 2021

| Ciclo | Resultado Esperado | Resultado Obtenido | Porcentaje del Ciclo Obtenido |
|-----------|--------------------|--------------------|-------------------------------|
| PLANEAR | 25,00% | 21,00% | 84,00% |
| HACER | 60,00% | 43,00% | 71,67% |
| VERIFICAR | 5,00% | 3,75% | 75,00% |
| ACTUAR | 10,00% | 7,50% | 75,00% |
| TOTAL | 100% | 75,25% | 75,25% |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 123. Radar Evaluación SGSST 2021



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3.20.1.3. 2022

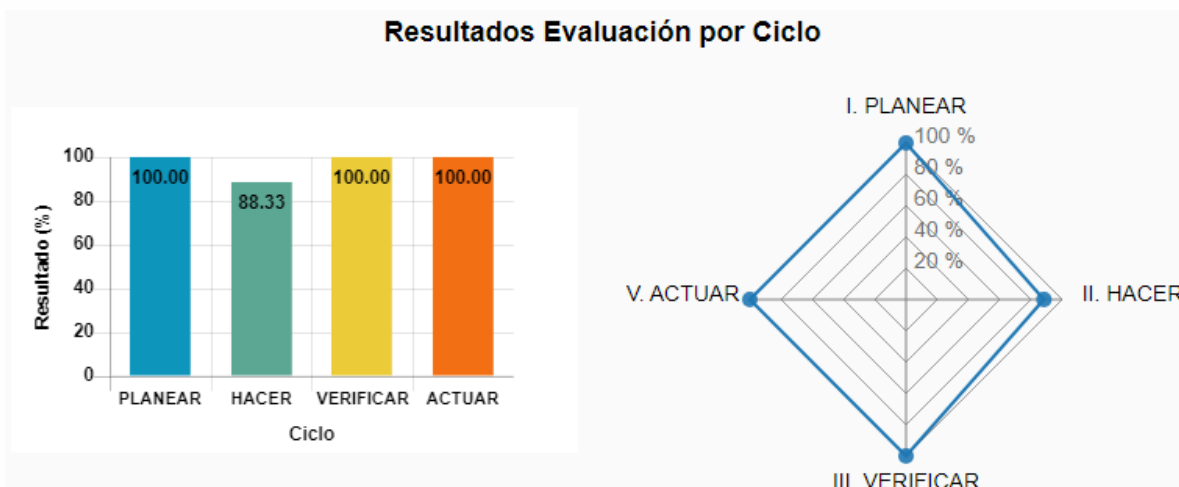
Para la vigencia 2022 se obtuvo una calificación del 93% de implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en la entidad, aumento con respecto a la vigencia 2021 en un 17,75%, donde el ciclo de Planeación obtuvo un 100% de implementación, en el ciclo de hacer un 88,33%, en el ciclo de verificar un 100% y en el ciclo de actuar un 100% de implementación.

Figura 124. Evaluación SGSST 2022

| Ciclo | Resultado Esperado | Resultado Obtenido | Porcentaje del Ciclo Obtenido |
|-----------|--------------------|--------------------|-------------------------------|
| PLANEAR | 25,00% | 25,00% | 100,00% |
| HACER | 60,00% | 53,00% | 88,33% |
| VERIFICAR | 5,00% | 5,00% | 100,00% |
| ACTUAR | 10,00% | 10,00% | 100,00% |
| TOTAL | 100% | 93,00% | 93,00% |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 125. Radar Evaluación SGSST 2022



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3.20.1.4. 2023

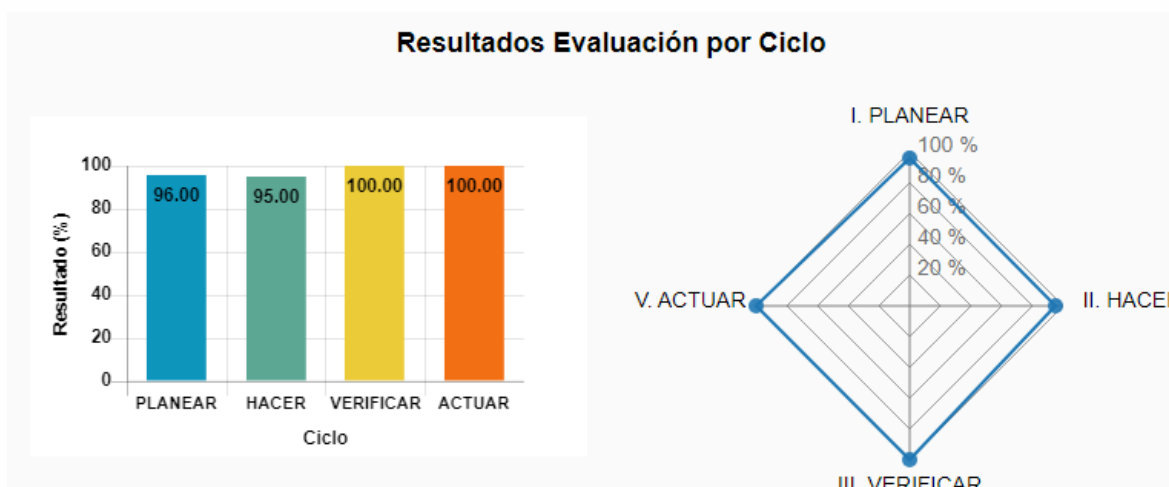
Para la vigencia 2023 se obtuvo una calificación del 96% de implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en la entidad, aumento con respecto a la vigencia 2022 en un 3%, donde el ciclo de Planeación obtuvo un 96% de implementación, en el ciclo de hacer un 95%, en el ciclo de verificar un 100% y en el ciclo de actuar un 100% de implementación.

Figura 126. Evaluación SGSST 2023

| Ciclo | Resultado Esperado | Resultado Obtenido | Porcentaje del Ciclo Obtenido |
|-----------|--------------------|--------------------|-------------------------------|
| PLANEAR | 25,00% | 24,00% | 96,00% |
| HACER | 60,00% | 57,00% | 95,00% |
| VERIFICAR | 5,00% | 5,00% | 100,00% |
| ACTUAR | 10,00% | 10,00% | 100,00% |
| TOTAL | 100% | 96,00% | 96,00% |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Figura 127. Radar Evaluación SGSST



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3.20.2. Proyectos Desarrollados en la Unidad Funcional

- Se realiza la conformación y capacitación de la brigada de atención de emergencias.
- Se dotan todas las sedes de la entidad con los insumos para respuesta rápida de emergencias como lo son botiquines, camillas rígidas, radios en todas las unidades funcionales.
- Se diseña he implementa el manual de proveedores y contratistas para la gestión de seguridad y salud en el trabajo en las diferentes actividades que se desarrollen en la entidad.
- Se articulan planes de trabajo con las ARL para procesos de capacitación, actividades enfocadas al riesgo psicosocial, hábitos de vida saludable, prevención de riesgos.

- Se realizaron mediciones ambientales en los riesgos de ruido, iluminación y temperaturas con el fin de mitigar los factores de riesgo para todos los trabajadores de la entidad.
- Se entregan sillas ergonómicas en las diferentes áreas de la entidad para la prevención de riesgo ergonómico.
- Se aplica batería de riesgo psicosocial a toda la población trabajadora.
- Elaboración de proyecto centro de escucha para los trabajadores.

3.21. Gestión Documental

3.21.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.21.1.1. 2020

Se dio cumplimiento de las exigencias del archivo General de la Nación en cuanto a la Normatividad expedida por plan de contingencia para responder ante la emergencia por COVID 19. (la cuarentena de los documentos y la organización de los mismo)

Mejoramiento en los Procesos con el fin de perdida de la Información.

Implementación de la Ventanilla Única con el fin de mejorar la atención al cliente Interno y externo.

3.21.1.2. 2021

Reorganización del Archivo de Central e Histórico Administrativo y financiero.

Mejoramiento en la Organización de expedientes de Historia clínica

Planeación de las actividades de la Gestión Documental dentro del cumplimiento de un marco administrativo, legal funcional y técnico de la Del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E (PINAR Y TRD)

3.21.1.3. 2022

Actualización de Procesos y Procedimientos de Gestión Documental.

Creación de Formatos en Gestión Documental para mejoramiento del proceso y preparación para Habilitación.

Depuración del Archivo de Gestión Historia clínica de más de 150 mil Historias donde se logró tener una clasificación de Historias que entrarían al Archivo Central según la resolución (089 del 2017) donde nos explica los tiempos de conservación de Historia clínica

3.21.1.4. 2023

Cumplir con el plan de digitalización del Archivo Central de Historia clínica donde se logró digitalizar más de 40 mil historias clínicas lo cual Nos permite tener un respaldo en Archivo electrónico y tener una respuesta más ágil cuando el Usuario hace solicitud de la Historia clínica.

Se cumplió con lo establecido por la resolución 089 del 2017 en *su artículo 4 Disposición final del expediente de historia clínica*, así se logra eliminar las de 12.500 historias clínicas

3.22. Programa de Salud Mental

3.22.1. Inicio y Formulación del Programa

En 2023 se Creó y formuló el Programa de Salud Mental Totalmente a través del desarrollo de actividades en 5 etapas donde se especificaron las diferentes acciones a

ejecutar direccionadas en la identificación y conformación del equipo interdisciplinario, identificación De Las Cohortes De Riesgo y Análisis de Casos Clínicos (T. Depresión, Ansiedad, Afectivo Bipolar, Ideación y conducta suicida y Violencias), implementar la revista médica - la unidad de análisis y crear estrategias de promoción y prevención con la comunidad para fortalecer el proceso terapéutico y caracterizar a la población.

Implementar una estrategia de atención en salud mental para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y prevención de los trastornos de Salud Mental con un enfoque individual, familiar, y comunitario a través de un trabajo transectorial e intersectorial a través de la aplicación de instrumentos de evaluación que permitan medir la pertinencia y efectividad de todos los procesos terapéuticos, de igual manera fortalecer la capacidad individual y colectiva para aportar conocimientos y desarrollar habilidades a través de dos sesiones mensuales de psicoeducación a la comunidad, con la creación de grupos de apoyo para generar corresponsabilidad en el mantenimiento y prevención de las enfermedades mentales.

Programar una reunión semanal de Análisis de casos en Salud Mental y revista médica, para socializar las diferentes patologías identificadas en consulta y realizar un estudio integral con el equipo interdisciplinario.

3.22.2. Casos Clínicos de éxito.

- Emmanuel Nova Russi es un paciente que en la sesión 1 se le aplicó el instrumento de evaluación donde nos arrojó un puntaje de 32 lo que significa una ansiedad moderada, durante el proceso de este se manejaron diferentes psicoterapias en donde se utilizaron diferentes herramientas de la terapia DBT de acuerdo a su diagnóstico que permiten cambios significativos en sus síntomas.

En el transcurso de la 6 sesión se realizó la aplicación del segundo instrumento de evaluación donde se evidencia un puntaje de 18 que significa ansiedad muy baja, dando a entender la efectividad del proceso y la disminución de los síntomas.

3.2.2.3. Producción

Tabla 35. Producción Programa Salud Mental

| Servicio | 2023 |
|--|------|
| Pacientes caracterizados y atendidos en programa de salud mental | 133 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3.2.2.4. Indicadores de Gestión Clínica.

Tabla 36. Indicadores de Gestión Clínica Programa de Salud Mental

| Nombre Del Indicador | Definición | Periodicidad | Numerador | Denominador |
|---|---|--------------|---|---|
| Clasificación Inicial Del Grado De Severidad Del Los Trastornos Según Las Cohortes De Riesgo De Los Consultantes En El Hrm. | Cohorte De Riesgo De Trastorno De Depresión | Trimestral | Número De Pacientes Con Grado De Depresión Extrema Al Ingreso Al Programa | Número De Pacientes Con Grado De Depresión Leve Al Egreso Del Programa |
| | Cohorte De Riesgo De Trastorno De Ansiedad | Trimestral | Número De Pacientes Con Grado De Ansiedad Severa Al Ingreso Al Programa | Número De Pacientes Con Grado De Ansiedad Muy Baja Al Egreso Del Programa |

| | | | | |
|--|--|------------|--|--|
| | Captación Temprana De Pacientes Con Trastorno Afectivo Bipolar | Trimestral | Número De Pacientes A Quien Se Aplica La Escala Para La Medición De Síntomas Asociados Al Trastorno Afectivo Bipolar En Pacientes Del Programa De Salud Mental | Identificación De Síntomas Tempranos Asociados Con El Trastorno Afectivo Bipolar A Través De La Aplicación De Una Escala |
| | Tasa De Intento De Suicidio Para El Municipio De Moniquirá | Trimestral | Número De Pacientes Con Intento De Suicidio | Número De Pacientes Que Hacen Parte Del Programa Con Un Nuevo Intento De Suicidio |
| | Tipo De Familia De Los Pacientes Víctimas De Violencia | Trimestral | Clasificación Inicial De La Violencia Según El Tipo De Familia De Los Pacientes Que Ingresan Al Hrm | Porcentaje De Reducción De Las Conductas Violentas Dentro Del Núcleo Familiar |

| Nombre Del Indicador | Definición | Periodicidad | Numerador | Denominador |
|--|--|--------------|--|--|
| Porcentaje De Personas Que Requieren Y Son Atendidas Al Menos Una Vez En Los Servicios De Salud Mental En El Hrm | Atención A Los Consultantes Que Requieren Del Servicio De Salud Mental | Trimestral | Número De Personas Con Algún Trastorno De Salud Mental | Número De Personas Que Son Atendidas Al Menos Una Vez En Los Servicios De Salud Mental |

| | | | | | |
|---|-----------|--|-----------|--|--|
| Porcentaje De Pacientes Con Adherencia Al Tratamiento | De Con Al | Continuidad En La Atención Y Asistencia A Las Sesiones Terapéuticas | Mensual | Número De Personas Con Adherencia Al Tratamiento De Los Trastornos Mentales Según Las Cohortes De Riesgo | Número De Personas Con Adherencia Al Tratamiento De Los Trastornos Mentales Según Las Cohortes De Riesgo |
| Implementación De Las Guías De Práctica Clínica Para La Atención De Los Trastornos De Depresión Y Ansiedad. | De Con Al | Guía De Práctica Clínica (Detección Temprana Y Diagnostico De Depresión) Ministerio De Salud. Guía De Práctica Clínica Para El Manejo De Pacientes Con Trastorno De Ansiedad Ministerio De Salud. | Semestral | Porcentaje De Adherencia A Las Guías De Los Trastornos De Ansiedad Y Depresión | Número De Guías Implementadas |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3.23. Sistemas

3.23.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.23.1.1. 2020

Montaje de la Plata Telefónica NS 500

NVR 2a16 IP DAHUA de 16 canales hasta 4k/8mp en formato h.265/h.264 procesador QUAD-CORE sistema operativo Linux codificación de vídeo h.265/h.264 salida de Vídeo VGA (1920x1080) y HDMI (hasta 4k) audio bidireccional

Montaje e instalación de datos

CAM DAHUA IPC-B2A30-VF/Z 3 GROUP, el sistema de videoconferencia para la sala de juntas

Generación de Planos CCTV

Sistema de información ASIS

El cual cuenta con los módulos de Historia Clínica, inventario, Presupuesto, Contabilidad del cual estuvo en producción hasta el día 30 de septiembre de 2021.

Soporte sistemas

Administrar contraseñas y permisos de acceso a los Sistemas de Información

Bloqueo de Páginas Web (redes sociales, contenido pornográfico, sitios para compartir videos)

Copia de Seguridad de Bases de Datos y Equipos de Cómputo.

Administrar de Conexiones Remotas autorizadas

Gestión de los Activos de Información

Capacitar en el uso adecuado del Internet

Establecer normas de Uso de Correo Electrónico

Licenciamiento de equipos

(Microsoft®WindowsProfessional 10 Sngl OLP 1) (Office Professional 2003 Office - Professional Plus 2007)

3.23.1.2. 2021

Sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria

Implementación de DGH módulos (Activos Fijos .net, Admisiones .net, Cartera .net, Citas médicas .net, Contabilidad .net, Contratos IPS .net, Facturación .net, Generales & seguridad .net, Gestión gerencial .net, Historias clínicas .net, Hospitalización .net, Información financiera NIIF .net, Inventarios .net, Laboratorio .net, Nomina .net, Pagos .net, Presupuesto .net, Programación de cirugías .net, Promoción y prevención .net, Tesorería .net)...

Soporte sistemas

Administrar contraseñas y permisos de acceso a los Sistemas de Información

Bloqueo de Páginas Web (redes sociales, contenido pornográfico, sitios para compartir videos)

Copia de Seguridad de Bases de Datos y Equipos de Cómputo.

Administrar de Conexiones Remotas autorizadas

Gestión de los Activos de Información

Capacitar en el uso adecuado del Internet

Generación y entrega correos institucionales

Creación de interfaces con aplicativos usados por laboratorio clínico y radiología, facturación

Interfaz Laboratorio (ANNARLAB)

Dinámica Gerencial hace el envío de la orden de exámenes al sitio del proveedor de laboratorio, luego, cuando el proveedor tiene los resultados de laboratorio, envía al sitio

de DGH estos resultados para ser almacenados y posteriormente consultados en el módulo de Historia clínica.

Facturación La interfaz web "RESTFul" se activa al generar facturas con servicios de exámenes de laboratorio en ingresos Ambulatorios.

Interfaz Medilab

Interfaz de la aplicación de integración HL7 y de la herramienta de extracción de información de la base de datos (Trigger) de Dinámica Gerencial. La cual consiste en el almacenamiento de solicitudes de imágenes diagnosticas realizadas por los usuarios de tipo médico desde la interfaz de historia clínica de Dinámica Gerencial. Luego esa información se almacena en la base de datos BDRADIOLOGIA y se agrega cada estudio a la agenda destinada para la interfaz denominada Agenda de INTEGRACION en el módulo de Mediclinic.

Sistema de Gestión Documental ORFEO

Orfeo es un sistema de Gestión Documental y de procesos, licenciado como software libre bajo licencia GNU/GPL para compartir el conocimiento y mantener la creación colectiva. Orfeo permite incorporar la gestión de los documentos a los procesos automatizando procedimientos, con ahorros en tiempo, costos y recursos tales como papel, tinta de impresoras, fotocopias, entre otros, así como el control sobre los documentos.

Recursos

Servidores, Equipos de Computo, Firewall, Switchs Administrables, Routers, Lectoras de Código de Barras, Impresoras, Impresora Manillas Adulto y Pediátrico, UPS

Licenciamiento de equipos

(Microsoft®WindowsProfessional 10 Sngl OLP 1) (Office Professional 2016)

3.23.1.3. 2022

Tele-consulta desde el centro el centro de remisión con el centro de referencia.

Finalidad: Evitar remisiones innecesarias de los pacientes. Evitar hacinamiento en las urgencias de hospitales. Evitar la congestión del servicio de ambulancias. Disminuir el tiempo de estancia del paciente en el hospital. Aumentar la resolutivez, Aumenta la productividad del hospital, Da soporte a las comunidades que carecen de servicios médicos especializados y equipos diagnósticos

Aplicativo Dinámica Gerencial – Digiturno

Manejo del Digiturno en las áreas de consulta externa y urgencias desde el aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria los tiques se interfase con los módulos de citas médicas, facturación e historias clínicas para el caso de urgencias.

Firewall Modelo FortiGate-100F FG-100F 1

Versiones de Firmware - FortiGate 100F FortiOS

La red del Hospital de Moniquirá funciona sobre una sola vlan1 que es la vlan por defecto con un único direccionamiento 192.168.0.0/23 con DHCP (direccionamiento dinámico) proporcionado por el equipo Firewall, tiene un segmento 192.168.1.1-100 reservado para direcciones estáticas. Con 19 switches en los racks sin configuración.

Se realizó un análisis de paquetes de tráfico en la red con la herramienta de software Wireshark para ver el tráfico de broadcast en la red, hallando dos problemas que es estaban impactando de forma leve el rendimiento de la red.

Recursos

Servidores, Equipos de Cómputo, Firewall, Switch Administrables, Routers, Lectoras de Código de Barras, Impresoras, Impresora Manillas Adulto y Pediátrico, UPS

Licenciamiento de equipos

(Microsoft®WindowsProfessional 10 Sngl OLP 1) (Office Professional 2016)

Soporte sistemas

Administrar contraseñas y permisos de acceso a los Sistemas de Información

Bloqueo de Páginas Web (redes sociales, contenido pornográfico, sitios para compartir videos) Copia de Seguridad de Bases de Datos y Equipos de Cómputo. Administrar de Conexiones Remotas autorizadas Gestión de los Activos de Información Capacitar en el uso adecuado del Internet Generación y entrega correos institucionales

3.23.1.4. 2023

Certificado Digital

Renovación de los certificados digitales de Pagina web, facturación electrónica, gerencia, revisoría fiscal, contador

Dinámica Gerencial Hospitalaria

Ajustes realizados en el año 2023 para optimización del aplicativo

Tabla 37. Ajustes Realizados a Dinámica Gerencial en 2023

| Módulo | Opción ajustada |
|--------------------|---|
| ACTIVOS FIJOS .NET | Informes/Depreciación Informes/Especiales/Ingreso detallado Procesos/Depreciación Procesos/Ingreso de Activo Fijo Procesos/Ingreso de Activos Procesos/Ingresos de activos |

| Módulo | Opción ajustada |
|--------------------|---|
| | Procesos/Transacciones Procesos/Transacciones Procesos/Transacciones / Mantenimiento - Servicio |
| ADMISIONES WEB | Se inicio el proceso de revisión y ajuste para iniciar la implementación en el 1 trimestre del año 2024 |
| ADMISIONES .NET | Admisiones Web/ Archivos/ Procesos Archivo/ Pacientes Archivos / Pacientes - Presentacion de RIPS - Circular 029 de 2017 Informes / Furips 2 Ingresos - Triage Opción: Procesos / Archivos / Pacientes Procesos / Ingresos – Listado de Pacientes Procesos / Ingresos WEB Procesos / Ingresos y Archivos / Pacientes Procesos / Registro de Egreso / Nacimientos Procesos/Ingresos – Cambio de datos del ingreso Procesos/Ingresos WEB Procesos/Ingresos/Requerimientos Procesos/Llamado Digiturno Ayudas Diagnosticas Procesos/Registro de egresos Procesos/Tablero Hospitalizaciones Reportes / Egresos / Estadístico de Egresos Utilidades/FurIps 1 y 2; FurPen |
| CARTERA .NET | Archivos/Conceptos de objeción Cartera/Cuentas de Difícil Recaudo Informes/Cartera por edades Tercero, Departamento y Municipio Informes/Circular 000030 Informes/Circular 030 Procesos/Desmaterialización de Facturas Procesos/Facturación electrónica Procesos/Gestion de cartera Procesos/Notas Debito/Crédito Procesos/Tramite de facturas en cobro jurídico Procesos/Tramite de objeción Procesos/Trámite de Objeciones Procesos/Traslado Utilidades/Archivo Objeciones y Tramites |
| CITAS MEDICAS .NET | Api Citas medicas Archivos/actividades Archivos/Listado de causas de cancelación - PWA Citas medicas Web/Asignación de Citas medicas Citas Médicas Web/Citas Asignadas/Confirmar Llegada Citas Médicas/Asignación de Cita Generales/Utilidades/Programación de Tareas Proceso/Asignacion de citas - Disponibilidad de Agenda Procesos/Citas en espera |

| Módulo | Opción ajustada |
|----------------------------|---|
| | Procesos/Citas Médicas Procesos/Citas Médicas procesos/citas medicas web Procesos/Mymed – Cancelacion de citas Procesos/Reprogramación de agendas. Procesos/Validación métodos citas médicas PWA Paciente/Asignacion Web Citas Medicas/ Recalculo valor cita |
| CITAS MEDICAS WEB | Se inicio el proceso de revisión y ajuste para iniciar la implementación en el 1 trimestre del año 2024 |
| CONTABILIDAD .NET | Empresas/Consolidación de Empresas en Información Financiera NIIF Procesos/Comprobantes financieros/Contabilización Procesos/Conciliación Bancaria Utilidades/Especificos/Archivos XBRL Supersalud Circular 16/2016 |
| CONTRATOS IPS .NET | Archivos/Servicio IPS Utilidades/Importar Manuales de Tarifas |
| FACTURACIÓN WEB | Se inicio el proceso de revisión y ajuste para iniciar la implementación en el 1 trimestre del año 2024 |
| FACTURACIÓN .NET | Aplicar Servicios a Procedimientos Facturación (Web): Procesos / Orden de servicio; / Procesos / Liquidación Facturación WEB/Orden de servicios Facturación Web/Proceso / Liquidación Procesos / liquidaciones y aplicar servicios a procedimientos. Procesos/Distribucion de cuentas por fecha. Procesos/Factura Global Procesos/Facturas a entidades capitadas Procesos/Liquidación Procesos/Liquidación - Web Procesos/Liquidación (Forma de pago) Procesos/Liquidación/ Registro de Egreso Procesos/Liquidación/Impresión de facturas o registro de servicios Procesos/Liquidaciones/Anulación de factura Procesos/Ordenes de servicio- Liquidación Reportes/Estadístico de servicios prestados Reportes/Reportes Generados / Exportar Reporte XLS Plano Utilidades/Cambiar-Copiar Tarifas Utilidades/Generación de RIPS Utilidades/Generación de RIPS – Resolución 3374 |
| GENERALES & SEGURIDAD .NET | Logueo de Usuario al Ingreso aplicativo Personalización de reportes/NOMRPNominaDesprendible Procesos/suministro a pacientes y comprobante financiero PWA Empleado PWA Opción: Restablecer contraseña & Certificado de ingresos y retenciones PWA- paciente-Resultado de Laboratorios PWA Pacientes |

| Módulo | Opción ajustada |
|----------------------------------|---|
| | Reporte/Consulta de auditoria Reportes/ personalización de Reportes Reportes/Generar Reporte Reportes/Personalización de reportes Seguridad/Usuarios Web SeguridadTerceros Tableros de Control/Spotfire/Programación de Cirugía Utilidades/Programación de Tareas Utilidades/Traslado de de terceros WEB/PWA |
| HISTORIAS CLINICAS .NET | Historia cilnica / Registro de enfermería - planilla de medicamentos Historia clínica WEB/Historia clínica - Diagnosticos Historia clínica WEB/Registro de enfermería - Registro de Transfusión Historia clínica/Resultados a procedimientos y Resultados a procedimientos Historias Clínicas Web / Resultado a Procedimientos Historias clínicas Web/ Solicitud de servicios Informes\ Resolución 256 Procesos / Epicrisis Pendientes Procesos / Historia Clínica / Folio HC - Diagnósticos - Listado Ítems Guías de atención Procesos / Tablero Control de Entrega de turno Procesos / Tablero Control Digiturnos Procesos /Consulta Historico Paciente Procesos /Registro de enfermería / Programaciones de cirugía Procesos /Registro de enfermería / Programaciones de cirugía / Notas de cirugía y Eventos Procesos/ Interconsulta – Historia Clínica Procesos/Consultar histórico de paciente Procesos/Historia Clinica/Solicitud de Servicios Procesos/Historias Clínicas WEB Procesos/Incapacidades Médicas WEB Procesos/Interconsultas Pendientes WEB Procesos/RE/Planilla de Medicamentos Procesos/Registro de Enfermería/Indicaciones Médicas WEB Procesos/Registro Digiturno Procesos/Triage Procesos\Resultados a Procedimiento Registro de enfermería - Planilla de medicamentos – Solicitud de insumos Tipos de Historia Clínica – Configuración de reporte |
| HOSPITALIZACIÓN .NET | Informes/Censo Diario |
| INFORMACIÓN FINANCIERA NIIF .NET | Informes/ Listado auxiliares – Cuentas, terceros y centros Opción: Informes / Listados auxiliares / Cuentas, Terceros y Centros Procesos / Comprobante Contable - Repetir Comprobante Procesos / Ingresos |

| Módulo | Opción ajustada |
|------------------|---|
| | Utilidades/Específicos/ información exógena Utilidades\Específicos\Información Exógena |
| INVENTARIOS .NET | Utilidades/Archivo circular 014 del 2022 Procesos / Entradas / Devolución ventas Procesos/Suministro a Pacientes Procesos/Entradas/Comprobantes de entrada Utilidades/Archivos Circular 014 de 2022 Utilidades/Inventario físico Procesos\ Pedido y Factura Procesos/ comprobante de entrada Procesos / Salidas / Pedido y factura Procesos / Facturación Electrónica Procesos\Salidas\Pedido y Factura Procesos / pedido y factura Productos / Indicaciones y autorizaciones / Medicamento Multidosis – Reusar Dosis Archivos / Productos - Medicamentos Regulados Comprobante de Entrada Devolución de Suministros, Orden de Despacho, Confirmación en bloque, Cierre mensual, Comprobante de Informes/Cuenta Fiscal Inventarios / Procesos - Suministro a paciente Inventarios / Suministro a Paciente / Listado de fórmulas en proceso ambulatorias Inventarios/Ajuste de inventario Inventarios/Archivos/Productos Inventarios/Devolución de suministro. Inventarios/Préstamo de Mercancía Inventarios/Suministro a Paciente/Dispensación de Suministros Inventarios/Suministro a Paciente/Listado de Formulas en proceso ambulatorio Inventarios/Xpo Opción: Utilidades / Archivos Circular 02 de 2007 Procesos – Entradas – Comprobante de entrada Procesos / Devolución Suministro a paciente Procesos / Entradas / Comprobantes de entrada Procesos / Entradas / Devolución de Suministro Procesos / Historias Clínicas – Registro de enfermería Procesos / Productos – código de agrupamiento. Procesos/ Comprobante de Entrada Procesos/ Devolución de Compra Procesos/Devolución de suministros procesos/entradas/devolución de suministro Procesos/Entradas/Devolución de ventas Procesos/préstamo de mercancía Procesos/Remisión procesos/Comprobante de entrada |

| Módulo | Opción ajustada |
|------------------|--|
| | Procesos/Salidas-Suministro a paciente Procesos\Comprobante de Entrada Recibo orden de despacho Utilidades/Archivo circular 014 de 2022 Utilidades/Archivos Circular 06 de 2018 |
| LABORATORIO .NET | Archivos / Parámetros de Resultados Laboratorio – Respuesta (Impresión de fecha del resultado) Ordenes – Generación XML Procesos / Laboratorio - Ordenes Procesos / Laboratorio / Resultado de laboratorio Procesos / Laboratorio / Resultados de laboratorio Procesos / Patología / Citología Cérvico Vaginal Procesos / patologías / citología cérvico vaginal Procesos / Patologías / Citología cérvico vaginal Procesos / Resultados de laboratorio Procesos / Resultados de laboratorio / Cliente del servicio web Procesos/ Laboratorio – Resultado de laboratorio Utilidades/Programación de Tareas |
| NOMINA .NET | Archivos/Grupos Archivos/Grupos/Conceptos Informes/Autoliquidación Liquidación de vacaciones/suspensión de vacaciones Liquidación prestaciones/Nomina electrónica Nomina/Archivos/Empleados Nomina/empleados/autoliquidación Nomina/Procesos/Novedades Novedades-incapacidad/ liquidación de vacaciones / liquidación nomina Procesos/Aportes y Ahorros Procesos/Autoliquidación Procesos/Autoliquidación Procesos/Cesantías Procesos/Embargos Procesos/Embargos Procesos/Empleados/Desprendibles - PWA Procesos/Liquidación Procesos/Liquidación de contrato Procesos/Nómina – Nómina electrónica Procesos/Nomina Electrónica Procesos/Nomina Electrónica - Generación XML Procesos/Nomina electrónica / archivo plano XML Procesos/Novedades Procesos/Novedades Procesos/Novedades Procesos/Novedades Procesos/Novedades e Informes/Autoliquidación Procesos/Saldos Iniciales |

| Módulo | Opción ajustada |
|-------------------------------|--|
| | Procesos/Vacaciones PWA Certificación PWA/Certificado ingresos y retenciones Reportes / Informe autoliquidación Reportes/Informe de ingresos/retenciones |
| PAGOS .NET | Procesos / Amortización mensual Procesos / Cuentas por pagar - RDIAN Procesos / Notas Procesos / Nota debito Procesos / Notas Reportes \ Listado de Pagos por edades Procesos/grupos de cuentas por pagar Procesos / Documento Equivalente Procesos / Amortización mensual Procesos/Notas Procesos\cuenta por pagar Procesos/ Cuentas por pagar Utilidades / Saldo Inicial Procesos/Documento Equivalente |
| PRESUPUESTO .NET | Informes / Gastos / Ejecución mensual de Gastos Contraloría Informes / Gastos / Listado de Obligaciones - (vigencia) Informes / ingresos / resolucio 036 / informa mensual de ejecucion de ingresos. Informes / Listado de Obligaciones (Vigencias) Procesos / Gastos / Reintegros – P.A.C. Modificaciones – P.A.C. de gastos Procesos / Gatos / Disponibilidades Modificaciones Procesos / Ingresos / Modificación de Recaudo Procesos / Ingresos / Modificación del Recaudo Procesos/ recibo de caja Procesos/Gastos/Obligaciones |
| PROGRAMACION DE CIRUGIAS WEB | Se inicio el proceso de revisión y ajuste para iniciar la implementación en el 1 trimestre del año 2024 |
| PROGRAMACION DE CIRUGIAS .NET | Informes / Planilla de Programación Procesos / Cirugías en espera Procesos/Preparación de carro quirúrgico Procesos/Programación de Cirugías Programación de cirugías Programación de Cirugías/Parámetros Programación de cirugías/Preparacion carro quirurgico |
| TESORERIA .NET | Informes / Boletín de Tesorería – Libro Bancos 1 / Registrados (Sin confirmar), Confirmados, anulados Inversiones/Inversión y compra de Títulos. Procesos / Comprobante de Egreso Procesos / Comprobante de Egresos Procesos / Recibos de Caja – Vista previa Procesos / Reembolsos Caja Menor |

| Módulo | Opción ajustada |
|--------|--|
| | Procesos/Comprobante de Egreso Procesos/Dispersión de Fondos Procesos/Dsipersión de Fondos Procesos/Recibo de Caja; Facturación (Net, Web) / Procesos / Liquidación |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Tabla 38.135 Equipos de cómputo adquiridos a través del modelo PDTI con la empresa movistar

| FUN | Característica | Fecha inicio | Fecha Fin | Año 2022 | Año 2023 | Año 2024 | Año 2025 |
|---------------|--|--------------|------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| FUN - 0610776 | 85 PDTI | 30/06/2022 | 29/06/2025 | \$ 68.890.920,00 | \$ 137.781.840,00 | \$ 137.781.840,00 | \$ 68.890.920,00 |
| FUN - 0612937 | 40 PDTI | 30/09/2022 | 29/09/2025 | \$ 15.372.000,00 | \$ 61.488.000,00 | \$ 61.488.000,00 | \$ 46.116.000,00 |
| FUN - 0641739 | 10PDTI | 1/09/2023 | 29/09/2025 | \$ 0,00 | \$ 6.511.020,00 | \$ 26.044.080,00 | \$ 19.533.060,00 |
| FUN - 0612539 | Microsoft 365 Apps for business (30 Licencias) | 11/08/2022 | 10/08/2025 | \$ 4.266.358,10 | \$ 14.090.724,00 | \$ 14.090.724,00 | \$ 9.393.816,00 |
| FUN - 0593589 | INTERNET IPS FIJAS | 28/01/2022 | 27/01/2025 | | | | |

| | | | | |
|-------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Total | \$ 88.529.278,10 | \$ 219.871.584,00 | \$ 239.404.644,00 | \$ 143.933.796,00 |
|-------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Red LAN de Hospital Regional de Moniquirá ESE

La red del Hospital de Moniquirá está distribuida en un rack principal en sistemas y 6 centros de cableado distribuidos en diferentes áreas del hospital (Radiología, Consulta Externa, Cirugía, Hospitalización, Ginecología y Urgencias), además se tienen dos sedes (Sede Centro y Hotel) la red compuesta por los siguientes equipos conectados a la red:

Tabla 39. Red LAN del Hospital

| EQUIPO | CANTIDAD |
|-----------------------------|----------|
| SWITCHES PRINCIPALES | 23 |
| SWITCHES PEQUEÑOS | 10 |
| CENTROS DE CABLEADO - RACKS | 7 |
| HOSTS | 215 |
| COMPUTADORES | 120 |

| | |
|------------------------|----|
| ROUTERS INALAMBRICOS | 2 |
| FIREWALL | 1 |
| PROVEDORES DE INTERNET | 2 |
| SERVIDORES | 6 |
| CAMARAS | 38 |
| NVR Y DVR | 5 |
| PLANTA TELEFONICA | 1 |
| RADIO-ENLACES | 3 |
| ENLACES FIBRA OPTICA | 2 |
| TELEFONOS | 15 |
| IMPRESORAS | 24 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

La red cuenta con dos conexiones a internet con dos proveedores diferentes, Movistar y Superfibras. En el caso del proveedor Movistar se tiene un pool de direcciones públicas para uso propio en equipos de la red. El pool de direcciones es 186.117.157.240/29, en el cual hay 6 direcciones usables en total, la primera dirección está configurada en el Router movistar (186.117.157.241) la dirección 186.117.157.242 esta configurada en una interfaz WAN2 del Firewall Fortinet.

En el proveedor Superfibras no entrega ninguna dirección pública a equipos de la red del Hospital. El Router de Superfibras está configurado con la dirección privada LAN 192.168.73.1/24 y la otra interface WAN1 del Firewall tiene configurada la dirección 192.168.73.50.

Creación de documentación de gestión

Procedimiento de activación e inactivación de usuarios

Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

Plan estratégico de tecnologías de la información y comunicaciones

Firewall Modelo FortiGate-100F FG-100F 1

Tabla 40. Firewall del Hospital

| | |
|---|---|
| Seguridad - Fortinet - Administración de Firewall - Soporte | Política de seguridad Diseño de firewall 1. Identificar las necesidades de seguridad de la organización. Evaluar las necesidades de seguridad, evaluar la postura de seguridad y el uso de la información para definir las necesidades de seguridad. 2. Definir una política general de seguridad. Una política de seguridad bien definida incluye los recursos de la red, las políticas de acceso y los controles de autorización, y garantiza que el firewall cumple todos los requisitos de seguridad. 3. Definir una filosofía de firewall. Será más fácil definir y configurar el firewall si se identifican los recursos, las aplicaciones y los servicios que deben protegerse de las amenazas externas y los ataques internos de la organización. 4. Identificar comunicaciones permitidas. Se debe definir una política de uso aceptable para especificar los tipos de actividad en la red, como aplicaciones permitidas y no permitidas en la LAN y los servicios web de Internet. 5. Identificar los puntos de cumplimiento del firewall. A la hora de diseñar un firewall, es fundamental definir los puntos de cumplimiento. Los programas de firewall se despliegan en el borde, entre la LAN privada y una red pública, como Internet. |
| | Seguridad de los accesos remotos por Internet o mediante una VPN. Puerta de enlace web segura Los dispositivos de puntos de conexión de los empleados pueden ser vulnerables. El acceso a los datos se basa en la verificación de la identidad Control de acceso Inicio de sesión único (SSO) |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Inventario

Tabla 41. Inventario de Equipos de Computo

| EQUIPOS | | | INFORMACION DEL PC | | | PROGRAMAS |
|---------|---------------------------------|------------------------------|------------------------|-----------|-------------------------|-------------------------------|
| Item | Nombre | Unidad Funcional | Sistemas Operativo | Marc a PC | Modelo PC | Paquete Office |
| 1 | PCFAR01 | FARMACIA | Windows 11 Pro | DELL | VOSTRO 3681 | Office 365 |
| 2 | PCFAR02 | FARMACIA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 3 | PCGLS05 | GLOSAS Y DEVOLUSIONES | Windows 10 pro | HG | HG | Office 2016 professional plus |
| 4 | PCFAR04 | FARMACIA | Windows 10 Pro | JANU S | MS-7A15 | Office 2010 professional plus |
| 5 | PCFAR05 | FARMACIA | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 6 | PCHOS01 | HOSPITALIZACION | Windows 10 Pro | JANU S | MS-7A15 | Office 2010 professional plus |
| 7 | PCREH01 / entrade de uci | TERAPIA FISICA | Windows 10 Pro | HP | HP280G2SFF BUSINESS PC | Office 2010 professional plus |
| 8 | PCHOS03 | HOSPITALIZACION | Windows 10 Pro | JANU S | MS-7A15 | Office 2010 professional plus |
| 9 | PCHOS04 | HOSPITALIZACION | Windows 10 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 10 | PCHOS05 | HOSPITALIZACION | Windows 10 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 11 | PCHOS06 | HOSPITALIZACION | WINDOWS 7 ULTIMATE | JANU S | MS-7A15 | OFFICE 2016 PROFESSIONAL PLUS |
| 12 | PCHOS07 | HOSPITALIZACION (Entrada rx) | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 13 | LPHOS01 (LIDER HOSPITALIZACION) | HOSPITALIZACION | Windows 11 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | Office 365 |
| 14 | PCGDT01 | GESTIÓN DOCUMENTAL | Windows 11 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 15 | PCGDT02 | GESTIÓN DOCUMENTAL | Windows 10 Pro | JANU S | MS-7A15 | LIBRE OFFICE |
| 16 | PCGDT03 | GESTIÓN DOCUMENTAL | WINDOWS 7 ENTERPRISE | LENOVO | LENOVO | Office 2010 professional plus |
| 40 | PCTPF01 | TERAPIA FISICA | Windows 10 Pro | JANU S | H61H2-MV | OFFICE 2016 PROFESSIONAL PLUS |
| 41 | PCTPF02 | TERAPIA FISICA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 42 | PCTRF03 | TERAPIA FISICA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 20 | PCUCI04 | SISTEMAS | Windows 10 Pro | JANU S | MS-7A15 | Office 2010 professional plus |
| 43 | PCTRF04 | TERAPIA FISICA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 17 | PCUCI01 | UCI | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 18 | PCUCI02 | UCI | Windows 11 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |

| EQUIPOS | | | INFORMACION DEL PC | | | PROGRAMAS |
|---------|--------------------------|------------------------|------------------------|-----------|-------------------------|-------------------------------|
| Item | Nombre | Unidad Funcional | Sistemas Operativo | Marc a PC | Modelo PC | Paquete Office |
| 24 | PCEXU01 | EXPERIENCIA AL USUARIO | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 25 | PCEXU02 | EXPERIENCIA AL USUARIO | Windows 11 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 26 | LPEXU01 | EXPERIENCIA AL USUARIO | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 27 | PCOBS01 | OBSERVACION URGENCIAS | Windows 10 Pro | JANUS | MS-7A15 | Office 2010 professional plus |
| 28 | PCOBS02 | OBSERVACION URGENCIAS | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 29 | PCOBS03 | SISTEMAS | Windows 10 Pro | HG | HG | N/A |
| 30 | PCOBS04 | OBSERVACION URGENCIAS | Windows 10 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 31 | PCADM10 (C_E_I) | ADMINISTRACION | Windows 10 Pro | JANUS | MS-7A15 | OFFICE 2016 PROFFESIONAL PLUS |
| 32 | PCRPS01(LIDER AUDITOR) | R.I.P.S | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 33 | PCRPS02(RIPS GLORIA) | R.I.P.S | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 34 | PCRPS03(RIPS EDWIN) | R.I.P.S | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 35 | PCRPS04(RIPSVI VIANA) | R.I.P.S | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 36 | PCRPS05(RIPS YLO) | R.I.P.S | Windows 10 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 37 | PCGLS01 | GLOSAS Y DEVOLUCIONES | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 38 | PCGLS02 | GLOSAS Y DEVOLUCIONES | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 39 | PCGLS03 | GLOSAS Y DEVOLUCIONES | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 19 | PCUCI03 | UCI | Windows 10 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 21 | PCUCI05 | UCI | Windows 10 Home single | JANUS | MS-7A15 | Office 2010 professional plus |
| 22 | PCUCI06 (SALIDAS de uci) | UCI | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2016 PROFESSIONAL PLUS |
| 23 | LPUCI01 (LIDER UCI) | UCI | Windows 11 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | OFFICE 2016 PROFESSIONAL PLUS |
| 44 | PCRCF01 | RECURSOS FISICOS | Windows 10 Pro | JANUS | MS-7A15 | Office 2010 professional plus |
| 45 | PCRCF02 | RECURSOS FISICOS | Windows 8.1 pro | JANUS | MS-7A15 | Office 2010 professional plus |
| 46 | LPRCF01 (LIDER) | RECURSOS FISICOS | Windows 11 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 47 | PCGYN01 | GINECOLOGÍA | Windows 11 Pro | DELL | VOSTRO 3681 | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 48 | PCGYN02 | GINECOLOGÍA | Windows 11 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 49 | PCGYN03 | GINECOLOGÍA | Windows 10 Pro | JANUS | MS-7A15 | Office 2010 professional plus |

| EQUIPOS | | | INFORMACION DEL PC | | | PROGRAMAS |
|---------|---|-------------------------|------------------------|-----------|--|-------------------------------|
| Item | Nombre | Unidad Funcional | Sistemas Operativo | Marc a PC | Modelo PC | Paquete Office |
| 50 | PCGYN04 | GINECOLOGÍA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 51 | PCGYN05 | GINECOLOGÍA | Windows 10 Pro | JANUS | MS-7A15 | Office 2010 professional plus |
| 52 | PCADM01 (Gerente) | ADMINISTRACION | Windows 11 Pro | DELL | Dell Optiplex 5490 AIO Estandar All in One | N/A |
| 53 | PCADM02 (Asistente Gerencia) | ADMINISTRACION | Windows 10 Pro | DELL | DELL Vostro 3681 | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 54 | PCADM03 (Tesoreria) | ADMINISTRACION | Windows 11 Pro | DELL | DELL Vostro 3682 | Office 365 |
| 55 | PCADM04 (Contratacion) | ADMINISTRACION | Windows 11 Pro | DELL | VOSTRO 3681 | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 56 | PCADM05 (Control Interno) | ADMINISTRACION | Windows 10 Pro | JANUS | MS-7C09 | Office 2010 professional plus |
| 57 | PCADM06 (Apoyo Juridico) | ADMINISTRACION | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2016 PROFESSIONAL PLUS |
| 58 | PCADM07 (Contador) | ADMINISTRACION | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE PROFFESIONAL PLUS 2021 |
| 59 | PCAMD08 (Agendamiento) | ADMINISTRACION | Windows 11 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 60 | PCAMD09 (Cartera) | ADMINISTRACION | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 61 | PCCEI16(Lider C_E_I) | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 10 Pro | JANUS | MS-7A15 | OFFICE 2016 PROFFESIONAL PLUS |
| 62 | PCADM11 (ABOGADO) | ADMINISTRACION | Windows 10 Pro | JANUS | MS-7C09 | N/A |
| 63 | PCADM12 (Lider-CEI) | ADMINISTRACION | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 64 | PCADM13 (SUB-CIENTÍFICA) | ADMINISTRACION | Windows 10 Pro | DELL | VOSTRO 3681 | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 65 | PCADM15 (Control de Infecciones) | ADMINISTRACION | Windows 10 Pro | JANUS | MS-7C09 | N/A |
| 66 | PCADM18 (Apoyo Recursos financieros y Talento Humano) | ADMINISTRACION | Windows 10 Pro | JANUS | H61H2-MV | WPS OFFICE |
| 67 | PCADM19 (PLANEACIÓN) | ADMINISTRACION | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2016 PROFESSIONAL PLUS |
| 68 | LPADM01 (GERENTE) | ADMINISTRACION | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | N/A |
| 69 | LPADM02 (SUB-GERENTE) | ADMINISTRACION | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | N/A |
| 70 | LPADM03 (APOYO-CONTABLE) | ADMINISTRACION | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 71 | LPADM08 L.AGENDAMIEN TO-PC | ADMINISTRACION | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | OFFICE 2016 PROFESSIONAL PLUS |

| EQUIPOS | | | INFORMACION DEL PC | | | PROGRAMAS |
|---------|--------------------------------|---------------------|------------------------------|-----------|---------------------------|-------------------------------|
| Item | Nombre | Unidad Funcional | Sistemas Operativo | Marc a PC | Modelo PC | Paquete Office |
| 72 | LPADM05 (CARTERA) | ADMINISTRACION | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 73 | LPADM06 (SST) | ADMINISTRACION | Windows 11 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 74 | LPADM07 (CALIDAD) | ADMINISTRACION | Windows 11 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 75 | LPADM09 (Apoyo Talento Humano) | ADMINISTRACION | Windows 11 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | OFFICE 2016 PROFESSIONAL PLUS |
| 76 | PCCEX01 | CONSULTA EXTERNA | Windows 10 pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 77 | PCCEX02 | CONSULTA EXTERNA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 78 | PCCEX03 | CONSULTA EXTERNA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 79 | PCCEX04 | CONSULTA EXTERNA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 80 | PCCEX05 | CONSULTA EXTERNA | Windows 8.1 pro | HG | HG | WPS OFFICE |
| 81 | PCCEX06 | CONSULTA EXTERNA | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 82 | PCSGC01 | GERENCIA CIENTIFICA | Windows 10 pro | JANUS | E1942C | LIBRE OFFICE |
| 83 | PCCEX08 | CONSULTA EXTERNA | Windows 11 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 84 | PCCEX09 | CONSULTA EXTERNA | Windows 10 Pro | HP | HP 280 G2 SFF BUSSINES PC | WPS OFFICE |
| 85 | PCCEX10 | CONSULTA EXTERNA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 86 | PCCEX11 | CONSULTA EXTERNA | Windows 10 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 87 | PCCEX12 | CONSULTA EXTERNA | Windows 10 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 88 | PCCEX13 | CONSULTA EXTERNA | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 89 | PCCEX14 | CONSULTA EXTERNA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 90 | TRIAGE-GINECO | GINECOLOGÍA | Windows 10 Pro | JANUS | H61MHV | LIBRE OFFICE |
| 91 | PCCEX16 | CONSULTA EXTERNA | Windows 11 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 92 | PCCEX17 | CONSULTA EXTERNA | Windows 10 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 93 | PCCEX18 | CONSULTA EXTERNA | Windows 10 Pro | JANUS | MS-7A15 | OFFICE |
| 94 | PCCEX19 | CONSULTA EXTERNA | Windows 11 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 95 | PCCEX20 | CONSULTA EXTERNA | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 96 | PCCEX21 | CONSULTA EXTERNA | Windows 11 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 97 | PCCEX22 | CONSULTA EXTERNA | Windows 10 Pro / Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |

| EQUIPOS | | | INFORMACION DEL PC | | | PROGRAMAS |
|---------|----------------------|-----------------------|------------------------|-----------|-------------------------|-------------------------------|
| Item | Nombre | Unidad Funcional | Sistemas Operativo | Marc a PC | Modelo PC | Paquete Office |
| 98 | PCCEX23 | CONSULTA EXTERNA | Windows 11 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 99 | PCCEX24 | CONSULTA EXTERNA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 100 | PCCEX25 | CONSULTA EXTERNA | Windows 10 Pro | JANUS | MS-7A15 | WPS OFFICE |
| 101 | PCRAX01 | RADIOLOGIA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 102 | PCRAX02 / Nutricion | RADIOLOGIA | Windows 10 Pro | JANUS | H61H2-MV | OFFICE 2016 PROFESSIONAL PLUS |
| 103 | PCRAX03 | RADIOLOGIA | Windows 10 Home single | HG | HG00208 | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 104 | PCRAX04 | RADIOLOGIA | Windows 10 Pro | DELL | OPTIPLEX 3020 | OFFICE 365 |
| 105 | PCRAX05 | RADIOLOGIA | Windows 8.1 pro | HG | HGC-001 | OFFICE 2016 PROFESSIONAL PLUS |
| 106 | PCRAX07 / PSICOLOGIA | RADIOLOGIA | Windows 10 Pro | JANUS | JANUS | N/A |
| 107 | PCRAX08 | RADIOLOGIA | Windows 10 Pro | JANUS | JANUS | Office 2010 professional plus |
| 108 | LPRAX01 (LIDER RX) | RADIOLOGIA | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | N/A |
| 109 | PCURG01 | CONSULTORIOS URG | Windows 10 Pro | JANUS | JANUS | Office 2010 professional plus |
| 110 | PCURG02 | CONSULTORIOS URG | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2016 PROFESSIONAL PLUS |
| 111 | PCURG03 | CONSULTORIOS URG | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2016 |
| 112 | PCURG04 | CONSULTORIOS URG | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 113 | PCURG05 | CONSULTORIOS URG | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 114 | PCURG06 | FACTURACIÓN URGENCIAS | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 115 | PCURG07 | FACTURACIÓN URGENCIAS | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |

| EQUIPOS | | | INFORMACION DEL PC | | | PROGRAMAS |
|---------|-------------------|----------------------------|------------------------|-----------|---------------------------|--|
| Item | Nombre | Unidad Funcional | Sistemas Operativo | Marc a PC | Modelo PC | Paquete Office |
| 116 | PCURG08 | FACTURACIÓN URGENCIAS | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 117 | PCURG09 | CENTRAL DE URGENCIAS | Windows 10 Pro | JANUS | JANUS | Office 2010 professional plus |
| 118 | PCURG10 | CENTRAL DE URGENCIAS | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2016 PROFFESIONAL PLUS / SIN LICENCIA |
| 119 | PCURG11 | CENTRAL DE URGENCIAS | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 120 | PCURG12 | CENTRAL DE URGENCIAS | Windows 10 Pro | HP | HP 280 G2 SFF BUSSINES PC | WPS OFFICE |
| 121 | PCSCX01 | SALAS DE CIRUGÍA | Windows 10 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 122 | PCSCX02 | SALAS DE CIRUGÍA | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 123 | PCSCX03 | SALAS DE CIRUGÍA | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 124 | PCSCX04 | ENTRADA SALAS DE CIRUGIA | Windows 8.1 pro | JANUS | JANUS | OFFICE 2016 PROFESSIONAL PLUS |
| 125 | PCSCX05 | ENTRADA SALAS DE CIRUGIA | Windows 10 Pro | HG | HG | WPS OFFICE |
| 126 | PCSCX06 | ENTRADA SALAS DE CIRUGIA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 127 | PCSCX07 | SALAS DE CIRUGÍA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2016 PROFESSIONAL PLUS |
| 128 | LPSCX01 | SALAS DE CIRUGÍA | Windows 11 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | Office 365 |
| 129 | LPSCX03 | SALAS DE CIRUGÍA | Windows 11 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 130 | HOSP DOMICILIARIA | HOSPITALIZACION | Windows 11 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | OFFICE |
| 131 | LPPYP01 | PROGRAMA EN SALUD FAMILIAR | Windows 11 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | N/A |
| 132 | LPPYP02 | PROGRAMA EN SALUD FAMILIAR | Windows 11 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | N/A |

| EQUIPOS | | | INFORMACION DEL PC | | | PROGRAMAS |
|---------|---------|----------------------------|------------------------|-----------|---------------------------------|-------------------------------|
| Item | Nombre | Unidad Funcional | Sistemas Operativo | Marc a PC | Modelo PC | Paquete Office |
| 133 | LPPYP03 | PROGRAMA EN SALUD FAMILIAR | Windows 11 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | N/A |
| 134 | LPPYP04 | PROGRAMA EN SALUD FAMILIAR | Windows 10 Pro | ASUS | X409U | N/A |
| 135 | LPPYP05 | PROGRAMA EN SALUD FAMILIAR | Windows 11 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | N/A |
| 136 | LPPYP06 | PROGRAMA EN SALUD FAMILIAR | Windows 10 Pro | ASUS | ASUS EXPERTBOOK P2451FA_P2451FA | N/A |
| 137 | LPPYP07 | PROGRAMA EN SALUD FAMILIAR | Windows 11 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | libre office |
| 138 | LPPYP08 | PROGRAMA EN SALUD FAMILIAR | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | N/A |
| 139 | LPPYP09 | PROGRAMA EN SALUD FAMILIAR | Windows 10 Pro | ASUS | X409U | N/A |
| 140 | LPPYP10 | PROGRAMA EN SALUD FAMILIAR | Windows 10 Pro | ASUS | X409U | N/A |
| 141 | LPPYP11 | PROGRAMA EN SALUD FAMILIAR | Windows 11 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 142 | LPPYP12 | PROGRAMA EN SALUD FAMILIAR | Windows 10 Pro | ASUS | P2451F | N/A |
| 143 | LPPYP13 | PROGRAMA EN SALUD FAMILIAR | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | N/A |
| 144 | LPCEX01 | GERENCIA CIENTIFICA | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | N/A |
| 145 | LPPYP15 | PROGRAMA EN SALUD FAMILIAR | Windows 10 Pro | DELL | N/A | N/A |
| 146 | PCLAB01 | LABORATORIO | Windows 10 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 147 | PCBIO01 | BIOMEDICA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 148 | PCBIO02 | BIOMEDICA | Windows 10 Pro | HG | HG00208 | Office 2010 professional plus |
| 149 | LPBIO01 | BIOMEDICA | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | OFFICE 2016 PROFESSIONAL PLUS |

| EQUIPOS | | | INFORMACION DEL PC | | | PROGRAMAS |
|---------|---------|---------------------------------------|------------------------|-----------|-------------------------|----------------|
| Item | Nombre | Unidad Funcional | Sistemas Operativo | Marc a PC | Modelo PC | Paquete Office |
| 150 | PCFAC01 | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 151 | PCFAC02 | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 152 | PCFAC03 | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 10 Pro | JANUS | JANUS | WPS OFFICE |
| 153 | PCFAC04 | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 154 | PCFAC05 | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 155 | PCFAC06 | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 11 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 156 | PCFAC07 | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 157 | PCFAC08 | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 158 | PCFAC09 | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 10 Pro | JANUS | JANUS | WPS OFFICE |
| 159 | PCFAC10 | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 160 | PCFAC11 | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 8.1 pro | JANUS | H61H2-MV | WPS OFFICE |
| 161 | PCFAC12 | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 162 | PCFAC13 | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 163 | PCFAC14 | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 164 | PCFAC15 | CICLO ECONÓMICO INTERNO | Windows 10 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | Office 365 |
| 165 | PCVTU01 | VENTANILLA ÚNICA (GESTIOS DOCUMENTAL) | Windows 8.1 pro | JANUS | JANUS | WPS OFFICE |
| 166 | LPSIS01 | SISTEMAS | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | WPS OFFICE |

| EQUIPOS | | | INFORMACION DEL PC | | | PROGRAMAS |
|---------|------------------------------------|------------------|------------------------|---------------|-------------------------|----------------|
| Item | Nombre | Unidad Funcional | Sistemas Operativo | Marc a PC | Modelo PC | Paquete Office |
| 167 | LPSIS02 | SISTEMAS | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | WPS OFFICE |
| 168 | LPSCX02 | SALAS DE CIRUGÍA | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | WPS OFFICE |
| 169 | PCSIS01 / ing | SISTEMAS | Windows 11 Pro | DELL | VOSTRO 3681 | Office 365 |
| 170 | PCSIS02 (cristian) | SISTEMAS | Windows 10 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 171 | PCSIS03(ANDRES) | SISTEMAS | Windows 11 Pro | DELL | VOSTRO 3681 | N/A |
| 172 | PCSIS04 (leo) | SISTEMAS | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | |
| 173 | PCSIS05 / equipo de backup / yesid | SISTEMAS | Windows 10 Pro | LENO VO | 90HT0005US | WPS OFFICE |
| 174 | PCSIS06 PC-SISTEMAS / posible 1.5 | SISTEMAS | Windows 10 Pro | JANU S | JANUS | WPS OFFICE |
| 175 | SVRDHCP / posible 1.6 | SISTEMAS | WINDOWS SERVER 2012 | HG | HG00208 | WPS OFFICE |
| 176 | MORFEO | SISTEMAS | LINUX | HP | ProLiant DL160 G6 | N/A |
| 177 | HRMSERVER | SISTEMAS | WINDOWS SERVER 2016 | HP | ProLiant DL160 G6 | N/A |
| 178 | SESI01 | SISTEMAS | WINDOWS SERVER 2022 | DELL | DELLEMC POWER EDGE R450 | N/A |
| 179 | HRMDC1 | SISTEMAS | WINDOWS SERVER 2016 | HP | ProLiant DL160 G6 | N/A |
| 180 | SVR_HRM | SISTEMAS | WINDOWS 10 PRO | THINK STATION | THINKSTATION | N/A |
| 181 | PCALL01 | CALL CENTER | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 182 | PCALL02 | CALL CENTER | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 183 | PCALL03 | CALL CENTER | Windows 10 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |

| EQUIPOS | | | INFORMACION DEL PC | | | PROGRAMAS |
|---------|--------------------|------------------------|------------------------|-----------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Item | Nombre | Unidad Funcional | Sistemas Operativo | Marc a PC | Modelo PC | Paquete Office |
| 184 | PCALL04 | CALL CENTER | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 185 | PCALL05 | CALL CENTER | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 186 | PCALL06 | CALL CENTER | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 187 | PCVAC01 | VACUNACIÓN | Windows 11 Home single | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 188 | PCSLP01 | SALUD PÚBLICA | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 189 | PCSLP02 | SALUD PÚBLICA | Windows 10 Pro | JANUS | JANUS | WPS OFFICE |
| 190 | PCODO01 | ODONTOLOGÍA | Windows 10 Home single | HG | HG00208 | WPS OFFICE |
| 191 | PCODO02 | ODONTOLOGÍA | Windows 10 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | WPS OFFICE |
| 192 | PCDIG01 | EXPERIENCIA AL USUARIO | Windows 10 Home single | HP | 22-DF0023W | WPS OFFICE |
| 193 | PCDIG02 | EXPERIENCIA AL USUARIO | Windows 11 Home single | HP | 22-DF0023W | WPS OFFICE |
| 194 | PCDIG03 | EXPERIENCIA AL USUARIO | WINDOWS 8 PRO | JANUS | JANUS | WPS OFFICE |
| 195 | LPVAC01 | VACUNACIÓN | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | OFFICE 2019 PROFFESIONAL PLUS |
| 196 | PCCEX26 - NUEVO 1 | CONSULTA EXTERNA | Windows 11 Pro | HP | HP ProOne 400 G6 20 All-in-One PC | WPS OFFICE |
| 197 | PCGLS04 | GLOSAS Y DEVOLUSIONES | WINDOWS 8 PRO | HG | HG | Office 365 |
| 198 | PCGYN06 - NUEVO 2 | GINECOLOGÍA | Windows 11 Pro | HP | HP ProOne 400 G6 20 All-in-One PC | WPS OFFICE |
| 199 | PCCEX07 - NUEVO 03 | CONSULTA EXTERNA | Windows 11 Pro | HP | HP ProOne 400 G6 20 All-in-One PC | WPS OFFICE |
| 200 | PCOBS05 - NUEVO 4 | OBSERVACION URGENCIAS | Windows 11 Pro | HP | HP ProOne 400 G6 20 All-in-One PC | WPS OFFICE |

| EQUIPOS | | | INFORMACION DEL PC | | | PROGRAMAS |
|---------|-----------------------------------|-----------------------|--------------------|-----------|-----------------------------------|----------------|
| Item | Nombre | Unidad Funcional | Sistemas Operativo | Marc a PC | Modelo PC | Paquete Office |
| 2011 | PCFAR03 - NUEVO 5 | FARMACIA | Windows 11 Pro | HP | HP ProOne 400 G6 20 All-in-One PC | WPS OFFICE |
| 2022 | PCDIG04 Auto agendamiento NUEVO 6 | SISTEMAS | Windows 11 Pro | HP | HP ProOne 400 G6 20 All-in-One PC | WPS OFFICE |
| 2033 | PC HOS02 - NUEVO 7 | HOSPITALIZACION | Windows 10 Pro | HP | HP ProOne 400 G6 20 All-in-One PC | WPS OFFICE |
| 2044 | NUEVO 8 | SISTEMAS | Windows 11 Pro | HP | HP ProOne 400 G6 20 All-in-One PC | WPS OFFICE |
| 2055 | NUEVO 9 | SISTEMAS | Windows 11 Pro | HP | HP ProOne 400 G6 20 All-in-One PC | WPS OFFICE |
| 2066 | NUEVO 10 | SISTEMAS | Windows 11 Pro | HP | HP ProOne 400 G6 20 All-in-One PC | WPS OFFICE |
| 2077 | PCGDT04 | GESTIÓN DOCUMENTAL | Windows 10 Pro | JANUS | H61H2-MV | OFFICE |
| 2088 | PCGDT05 | GESTIÓN DOCUMENTAL | Windows 10 Pro | JANUS | H61H2-MV | OFFICE |
| 2099 | PCFAC-12 | R.I.P.S | Windows 11 Pro | HP | HP PRODESK 400 G7 SMALL | |
| 2100 | LPURG01 LIDER DE URGENCIAS | URGENCIAS | Windows 10 Pro | DELL | LATITUDE 3420 | N/A |
| 2111 | PCOBS03 / estaba en sistemas | OBSERVACION URGENCIAS | Windows 10 Pro | JANUS | H61H2-MV | WPS OFFICE |
| 2122 | PCSGC02 | GERENCIA CIENTIFICA | Windows 10 pro | JANUS | MS-7A15 | LIBRE OFFICE |
| 2133 | REANIMACION | URGENCIAS | Windows 10 Pro | MSI | MS-7A15 | |
| 2144 | GASTROPROCED | CONSULTA EXTERNA | Windows 10 Pro | MSI | MS-7A15 | |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

3.24. Talento Humano

3.24.1. Descripción de los logros alcanzados en cada vigencia

3.24.1.1. 2020

PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN:

- Identificación y diagnóstico de necesidades de capacitación en los servicios de la entidad a través de diligenciamiento en formato institucional por cada representante de servicio.
- Elaboración de cronograma institucional de Capacitación de la vigencia de acuerdo con dichas temáticas.
- Dirección de metodología de capacitación vía asincrónica y virtual a través de canales de comunicación de la institución (meet y zoom) debido a la crisis pandémica.

CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL

- Se evalúan factores de riesgo psicosocial a través de examen ocupacional en cada uno de los trabajadores llevada a cabo por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Se emplea la metodología teletrabajo debido a la pandemia covid-19 para mitigar dichos factores de riesgo.

3.24.1.2. 2021

PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN:

- Elaboración de matriz de necesidad de capacitación orientada a las necesidades de los servicios a través del direccionamiento y diagnóstico de los líderes de las unidades funcionales con su equipo de trabajo.
- Elaboración de cronograma de capacitación institucional con la asignación de 139 temáticas y dando cumplimiento al 97,1% según informe de participación.

CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL

- Se reactiva y ejecuta convenio institucional con practicante de psicología de la Universidad de Boyacá encargada de evaluar e intervenir clima y cultura organizacional.
- Aplicación de cuestionario de evaluación de clima y cultura organizacional contando con la participación de 298 participantes de la población de funcionarios pertenecientes al Hospital Regional de Moniquirá, siendo el 90,3% de la población.
- Elaboración de informe y análisis de la información producto de la valoración con instrumento psicométrico de clima y cultura organizacional de acuerdo a manual instructivo, teniendo en cuenta la totalización de ítems para posteriormente realizarlo e interpretarlo por variables representadas en gráficos y figuras.
- Evidencia de falencias en aspectos característicos como el nivel de comunicación entre compañeros de trabajo relacionado a la categoría de Comunicación e Integración, deficiencias en ergonomía de su lugar de trabajo, trabajo en equipo frente al fomento de trabajo en grupo y habilidades en inteligencia emocional.

GENERAL

- Fortalecimiento de la política de talento humano, fortalecimiento de procesos de selección haciendo acompañamiento al equipo de las diferentes empresas de servicios temporales, que administraron el personal durante la vigencia, teniendo en cuenta tres criterios:
 - 100% transparencia y meritocracia
 - Principios corporativos
 - Evaluación continua

3.24.1.3. 2022

PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN:

- Elaboración de matriz de necesidad de capacitación orientada a las necesidades de los servicios a través del direccionamiento y diagnóstico de los líderes de las unidades funcionales con su equipo de trabajo.
- Elaboración de documento institucional de acuerdo con los lineamientos de la gestión de calidad definiendo la metodología de participación virtual, presencial y asincrónica a las jornadas de capacitación.
- Implementación de metodología de endomarketing informativo y estudio de caso clínico con la articulación del programa de academia e investigación de la entidad.
- Elaboración de cronograma de capacitación institucional con la asignación de 114 temáticas y dando cumplimiento al 86,8% según informe de participación.
- Publicación del primer módulo de inducción en la plataforma institucional “somos remo”.
- Implementación de metodología participativa de inducción institucional presencial en el auditorio de la institución una vez al mes contando con la participación de las áreas de calidad, SST, seguridad del paciente y talento humano.

CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL

- Evaluación de resultados de medición inicial de clima y cultura organizacional vigencia 2021-02 y elaboración de plan de intervención direccionado a fortalecer Orientación Organizacional, Administración del Talento Humano, Estilo de Dirección, Comunicación e Integración, Trabajo en Equipo, Capacidad Profesional, Medio Ambiente Físico, Cultura Organizacional e Inteligencia Emocional.
- Ejecución de plan de trabajo con apoyo de profesional de psicología y coordinadores de aseguradora de riesgo laboral y líder de SST.

- Implementación de Inducciones semanales personal de nuevo ingreso dando a conocer plataforma estratégica, código de integridad, manual de identidad corporativa, aula virtual.
- Capacitaciones de parte del profesional de talento humano frente a trabajo en equipo, inteligencia emocional y técnica del semáforo en situaciones de control emocional.
- Junto al área de SST se analizaron las condiciones físicas que rodean el trabajo de cada área funcional y se adecuaron 92 puestos de trabajo con sillas ergonómicas 80% asistenciales 20% administrativos.
- Se creó canal de comunicación virtual para el trámite de PQRSF cliente interno y se tramitó 7 de ellas a través del comité de convivencia.
- Apoyo y acompañamiento por parte de las ARL en capacitación sobre estrategias de afrontamiento al estrés, técnicas de relajación y estilos de vida saludable. Adicionalmente temáticas de empatía, escucha activa, liderazgo, inteligencia emocional, compañerismo por parte de las aseguradoras de riesgo laboral.

GENERAL

- Incremento del personal en un 74% en las últimas 2 vigencias, como resultado del crecimiento en la prestación de servicios del hospital.
- Fortalecimiento de los procesos y procedimientos del área.
- Evaluación continua del personal desde las dimensiones del ser, saber y saber hacer.
- Contratación de empresa especializada en formalización, quien hace el estudio de cargas y un diagnóstico inicial de actividades, que arroja la formalización de

279 cargos entre perfiles administrativos y asistenciales. Se formulan varias etapas para el desarrollo del proceso.

- Proyección de las acciones necesarias para adelantar la formalización en el primer semestre de 2023.
- Medición del clima organizacional, medición por variables.

3.24.1.4. 2023

PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN:

- Creación de encuesta de necesidad y diagnóstico de capacitación compartida por medios de difusión a todos los colaboradores de la institución, contando con la participación de 177 funcionarios es decir un 45,8% de la población.
- Fortalecimiento de documento institucional “Plan Institucional de Capacitación” de acuerdo con los lineamientos de la gestión de calidad definiendo la metodología de participación virtual, presencial y asincrónica a las jornadas de capacitación y socialización, aprobación publicación en la página web de la institución.
- Elaboración de cronograma de capacitación institucional conformado por 139 temáticas, de las cuales el 72,6% (101 temáticas) se dictaron a cabalidad, aludiendo que su indicador de impacto tiene un promedio de eficacia del 22%.
- Publicación del segundo módulo de inducción en la plataforma institucional “somos remo”.
- Documentación y publicación en la plataforma institucional de procedimiento de inducción y reinducción.

- Elaboración y publicación en la plataforma institucional de formato de entrenamiento en el puesto de trabajo y socialización con los líderes de las unidades funcionales para implementación con su equipo de trabajo semestralmente.
- Implementación de metodología participativa de inducción institucional presencial en el auditorio de la institución dentro de los primeros 15 días de vinculación de un colaborador contando con la participación de las áreas de calidad, SST, seguridad del paciente, IAMII, programa de salud familiar, talento humano, humanización.
- Evaluación de los procesos de capacitación y entrenamiento en el puesto de trabajo a través de cuestionario calificativo en las intervenciones de cada servicio.

CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL

- Aplicación de cuestionario de evaluación de clima y cultura organizacional contando con la participación de 143 participantes de la población de funcionarios pertenecientes al Hospital Regional de Moniquirá, siendo el 28,6% de la población.
- Evaluación de riesgo psicosocial al personal de la institución contando con la participación de 119 participantes de la población de funcionarios pertenecientes al Hospital Regional de Moniquirá, siendo el 70,8% de la población a la cual iba dirigida.
- Creación de estrategias de intervención en salud física y mental y articulación con el programa de salud familiar como “Programa de ejercicio para la salud física”, “Programa de Centro de escucha” y “Pausas activas”.
- Celebración de cumpleaños y exaltación profesional según el día de la profesión del colaborador.

- Se fortalecieron *los procesos organizacionales orientados a la capacitación, bienestar y satisfacción del funcionario a través de los planes institucionales de talento humano: bienestar social, incentivos, capacitación.*
 - Elaboración y publicación en la plataforma institucional “somos – remo” de procedimiento de evaluación de clima y cultura organizacional.
 - Implementación de talleres denominados Cuidando mi salud mental (Escuela de valores, mis Emociones y Autoestima), Taller Manejo del estrés y Terapia Anti - Estrés (Risoterapia, ser feliz y ansiedad) contando con la participación de 91 funcionarios.
 - Capacitación, asesoría y entrenamiento con mentores del programa de evaluación nacional Great Place to Work y primer acercamiento con la metodología de trabajo.
 - Ejecución plan de bienestar social institucional con actividades día de la familia, día del niño, actividad fin de año, día de la enfermería, día del médico, otras exaltaciones profesionales.

FORMALIZACIÓN LABORAL HRM

- Para dar inicio al proceso de selección se plantea la formalización de:

Figura 128. Cargos Formalizados Etapa 1

| CARGOS | Código | Grado | CANTIDAD FUNCIONARIOS |
|---------------------------|--------|-------|--------------------------|
| AUXILIAR AREA DE LA SALUD | 412 | 2 | 97 |
| ENFERMERO | 243 | 3 | 5 |
| TOTAL | | | 102 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

- Teniendo en cuenta los Acuerdos de Junta Directiva No.009 y No.010 de 2023 se da inicio al proceso de selección para Formalización del empleo mediante Resolución No.057 y 060 de 2023 donde se detalla el cronograma y evaluación que se va a seguir durante el proceso; se inscriben 100 personas (20 profesionales en enfermería y 80 auxiliares de enfermería). Dentro de las fases de evaluación se encuentra:

Figura 129. Cronograma Formalización Etapa 1

| No. | FASES | FECHA |
|-----|--|---|
| 1 | Publicación convocatoria. | 08 de junio del 2023 |
| 2 | Inscripciones y presentación de documentos | Del 08 de junio del 2023 desde las 7:30 am hasta el 09 de junio del 2023 a las 5:00 pm. |
| 3 | Verificación de cumplimiento de requisitos mínimos del empleo | Del 10 de junio del 2023 al 16 de junio de 2023. |
| 4 | Publicación de listado de aspirantes admitidos proceso de evaluación | 15 de junio 2023 |
| 5 | Reclamaciones frente al listado de aspirantes admitidos en etapa de inscripción | 15 de junio del 2023 desde las 9:00 am hasta las 4:00 pm. |
| 6 | Contestación de las reclamaciones | 16 de junio de 2023 |
| 7 | Publicación del listado definitivo de aspirantes admitidos proceso de evaluación | 17 de junio de 2023 |
| 8 | Publicación de listado de admitidos procesos de evaluación | 24 de junio del 2023 |
| 9 | Reclamaciones frente al listado de aspirantes admitidos proceso de evaluación | 26 de junio del 2023 desde las 7:00 am hasta las 2:00 pm. |
| 10 | Contestación de las reclamaciones | 27 de junio del 2023 |
| 11 | Publicación del listado definitivo de aspirantes admitidos | 27 de junio del 2023 |
| 12 | Revisión de antecedentes hojas de vida | 28 de junio del 2023 |
| 13 | Publicación de resultados definitivos | 28 de junio del 2023 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

Al finalizar esta etapa de selección finalmente el día 28 de junio de 2023 se posesionan 5 profesionales en enfermería y 13 auxiliares de enfermería quienes superaron el proceso con un mínimo de 80% en el ponderado de sus calificaciones donde se evaluaron conocimientos y criterios como el *ser, saber y el saber hacer*.

Figura 130. Criterios Selección de Personal en Formalización Laboral

| CRITERIO | PUNTAJE |
|---------------------------------|-------------|
| Prueba Psicotécnica | 25% |
| Prueba de conocimientos | 40% |
| Entrevista Semis – estructurada | 35% |
| TOTAL | 100% |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá
ESE, 2023)

Así pues, queda en vacancia los cargos:

Tabla 42. Cargos Vacantes Etapa 1 Formalización

| Cargo nivel jerárquico Profesional | Grado | Vacantes |
|---------------------------------------|-------|----------|
| Auxiliar Área de la Salud | 2 | 84 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

Por tal razón, según Resolución No. 136, 137 y 138 de 2023 se da inicio a un nuevo proceso de selección con cronograma:

Figura 131 Cronograma Etapa 2 Fase 1 Formalización.

| No. | FASES | FECHA |
|-----|--|---|
| 1 | Publicación convocatoria. | 09 de noviembre del 2023 |
| 2 | Inscripciones y presentación de documentos | Del 09 de noviembre del 2023 desde las 7:30 am hasta el 10 de noviembre del 2023 a las 5:00 pm. |
| 3 | Verificación de cumplimiento de requisitos mínimos del empleo | Del 11 de noviembre del 2023 al 15 de noviembre de 2023. |
| 4 | Publicación de listado de admitidos al proceso de evaluación | 16 de noviembre del 2023 |
| 5 | Reclamaciones frente al listado de aspirantes admitidos al proceso de evaluación | 17 de noviembre del 2023 desde las 7:00 am hasta las 2:00 pm. |
| 6 | Contestación de las reclamaciones frente al listado de aspirantes admitidos al proceso de evaluación | 18 de noviembre del 2023 |
| 7 | Publicación del listado definitivo de aspirantes admitidos al proceso de evaluación. | 20 de noviembre del 2023 |
| 8 | Proceso de evaluación de aspirantes admitidos | 20 de noviembre de 2023 al 04 de diciembre de 2023 |
| 9 | Publicación de listado de admitidos al proceso de Formalización Laboral | 05 de diciembre de 2023 |
| 10 | Reclamación frente al listado de admitidos al proceso de Formalización Laboral | 06 de diciembre de 2023 |
| 11 | Respuesta a reclamaciones frente al listado de admitidos al proceso de Formalización Laboral | 07 de diciembre de 2023 |
| 12 | Publicación de listado definitivo de admitidos al proceso de Formalización Laboral | 11 de diciembre de 2023 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

Finalizando el proceso y agotando el cronograma el día 28 de diciembre se posesionan 41 auxiliares de la salud que superaron el proceso con un mínimo de 80% en el ponderado de sus evaluaciones.

Así las cosas, para el año 2024 se proyecta formalizar 220 personas entre técnicos, tecnólogos, profesionales administrativos y asistenciales para proveer nuestra Planta Temporal proyectada de 279 perfiles.

3.25. Unidad de Inteligencia de Negocios y Analítica de Datos

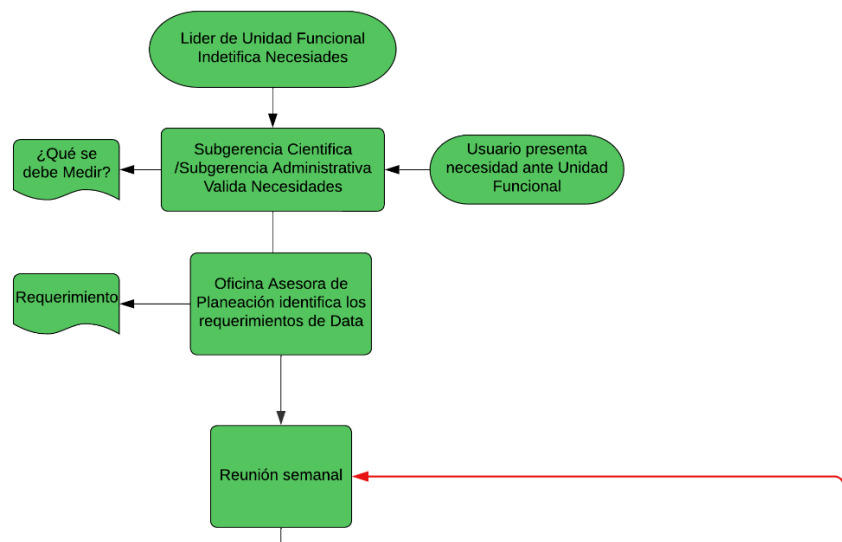
En concordancia con el objetivo estratégico de acreditación institucional en el maco del plan de desarrollo institucional y en conformidad con la necesidad de que las diferentes unidades funcionales cuenten con información, herramientas y parámetros de análisis para establecer el mejoramiento continuo en la institución con base en datos y hechos, desde la gerencia y subgerencias con el liderazgo de la oficina asesora de planeación se tomó la determinación de crear una unidad funcional adscrita al área de planeación, conformada por un ingeniero industrial y un ingeniero de sistemas que responda a la precitada necesidad.

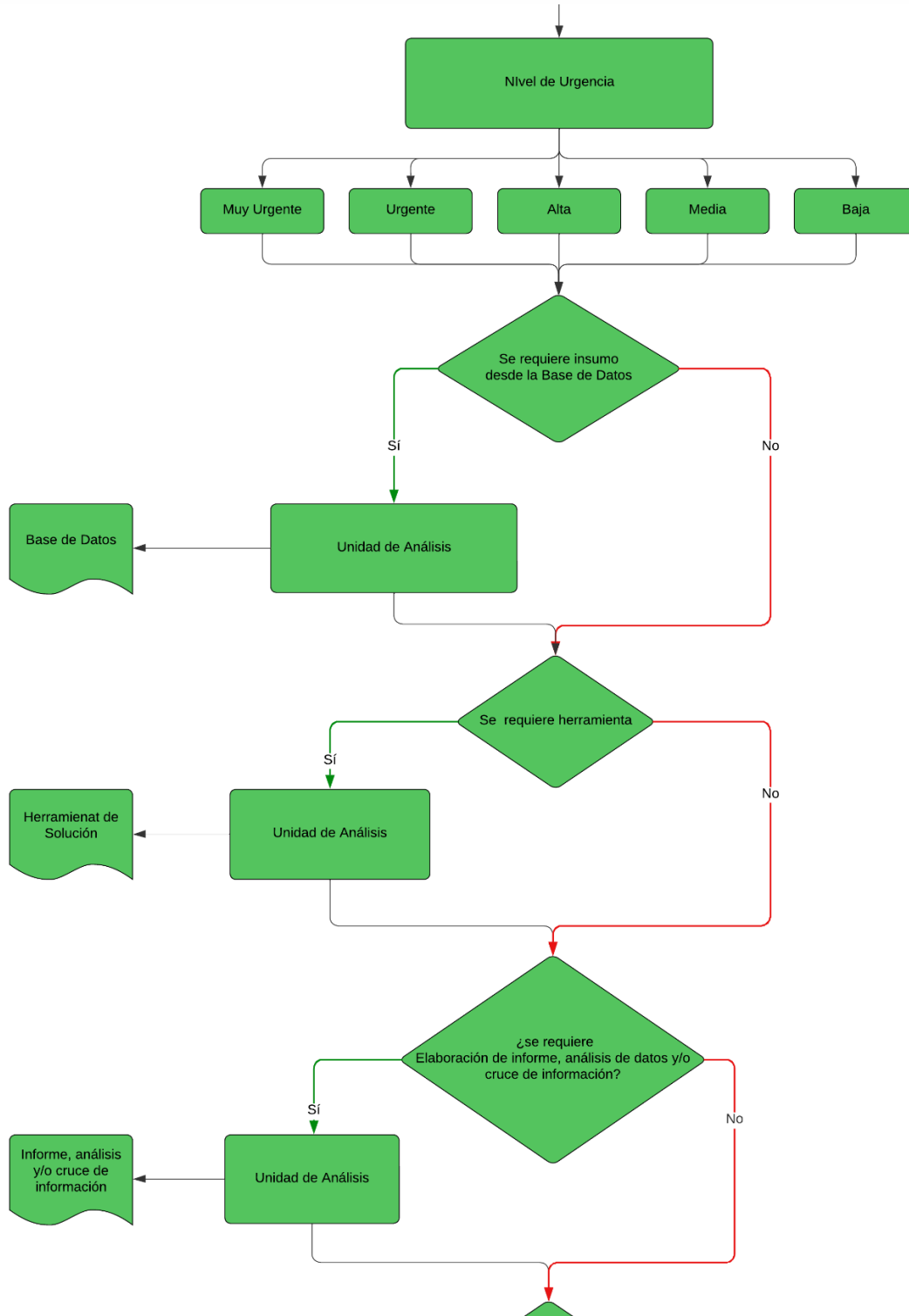
La unidad se creó en el mes de octubre de 2023, bajo el liderazgo de la oficina asesora de planeación, estableciendo como metodología de gestión el SCRUM como marco de gestión de proyectos ágiles.

Para la gestión SCRUM se determinó la herramienta web de gestión Odo

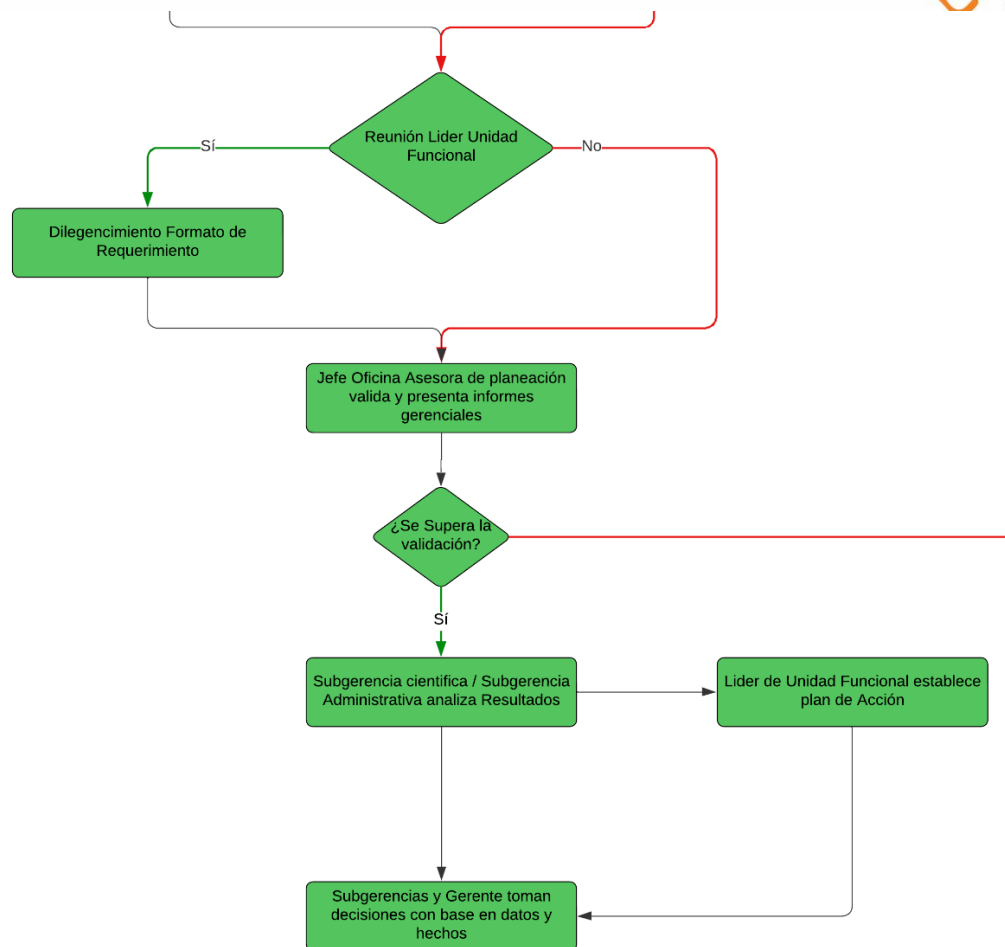
Se estableció el siguiente procedimiento para el funcionamiento de la unidad:

Figura 132. Procedimiento Operación Unidad de Inteligencia de Negocios y Analítica de Datos





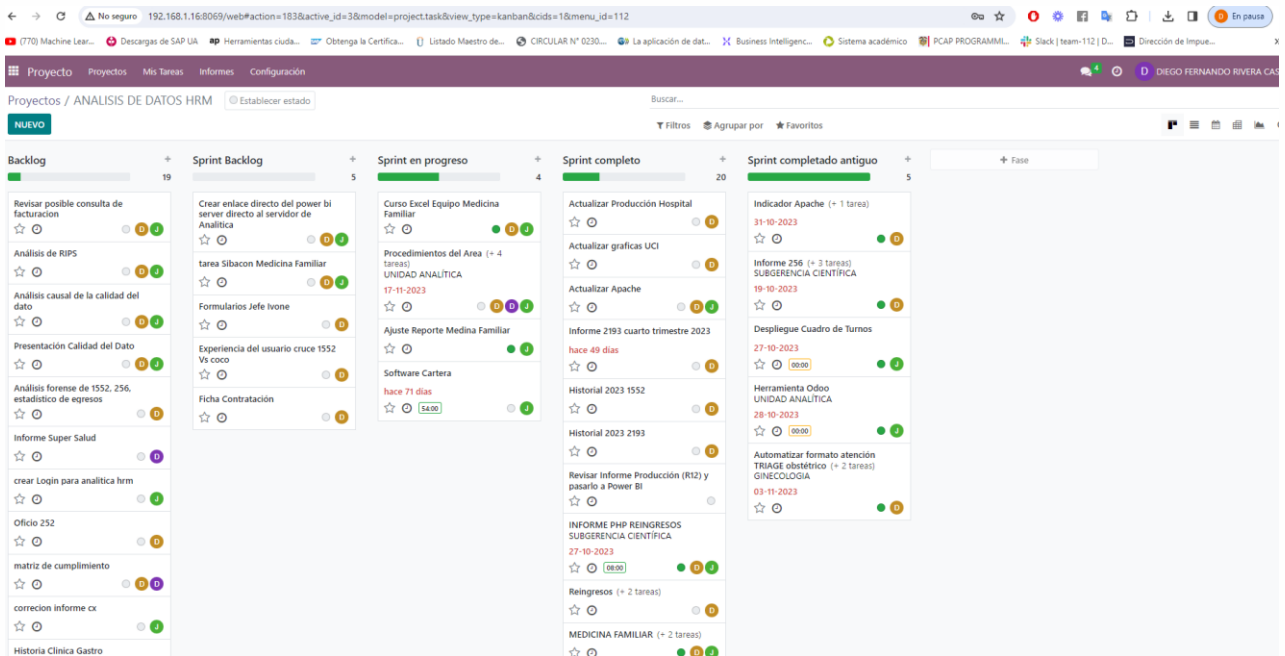
No



Fuente:(Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

En este procedimiento, los diferentes líderes de unidades funcionales generan las necesidades de data y herramientas a través de las subgerencias como cabezas de área, los cuales en conjunto con la oficina asesora de planeación filtran y priorizan las necesidades. Una vez surtido este proceso, la oficina asesora de planeación todos los lunes a las 8 am adelanta reunión de evaluación y planeación del SCRUM, en el cual se evalúan los proyectos gestados en la semana anterior y se proyectan y planifican los nuevos en conformidad con la priorización de las subgerencias. Esto se registra en el aplicativo de Odo, así:

Figura 133. Herramienta Odoo para la gestión del SCRUM de la Unidad



Fuente:(Odoo, 2024)

En el aplicativo se observan los proyectos que están en backlog, que son los planificados, pero no iniciados, el sprint Backlog que son los que se planifican según la reunión de planeación del SCRUM, el Sprint en progresos son los proyectos que se están ejecutando, el sprint completo son los proyectos que una vez evaluado el sprint en la reunión de los lunes se aprueban por parte de la oficina de planeación y pasan a entrega formal al líder de unidad funcional que solicitó. El sprint completado antiguo son los proyectos surtieron el proceso de entrega formal ante la unidad funcional, que diligenciaron el formato de entrega dispuesto para tal fin.

Durante 2023 la unidad se enfocó en apoyar a las unidades asistenciales, con el fin que los procesos misionales contaran con herramientas, indicadores e información para proyectar la prestación de servicios de salud de manera asertiva y prospectiva en el marco de un ciclo de mejoramiento continuo.

Los proyectos que se adelantaron a la fecha son:

Tabla 43. Proyectos Ejecutados Unidad de Inteligencia de Negocios y Analítica de datos

| Proyecto | Descripción |
|--|--|
| Indicador Apache | Se realiza consulta por medio de lenguaje PHP desde las bases de datos de Dinámica y se calcula el indicador APACHE. Se grafica el indicador haciendo uso de la herramienta Estadística Origin. Este indicador se buscó construir desde 2020, pero no había sido posible hacerlo operativo y llevarlo a nivel de informe, en un mes la unidad logró resarcir este rezago, generando además información estadística a partir del indicador. Este indicador permite a la UCI medir la gestión de calidad en la atención de pacientes. |
| Despliegue cuadro de turnos | Se realiza un Desarrollo en PHP para facilitar el diligenciamiento y construcción del cuadro de turnos. Este desarrollo permitió que desde el área de consulta externa y agendamiento se automatizaran y estandarizaran procesos que se hacían históricamente de manera manual y en muchos archivos dispersos. En este aplicativo se puede observar el agendamiento real, evitando cruces en la asignación del personal asistencial |
| Herramienta Odo | Se configura y activa la herramienta Odo para tener seguimiento de las tareas, actividades y proyectos manejados por el área de Analítica, esta herramienta funciona bajo la metodología SCRUM. |
| Automatización Formato Triage Ginecología | Se diseña y automatiza el formato de Triage Obstétrico con el fin de tener una base para adaptar al personal del área y aplicarlo en Dinámica. Este aplicativo permitió que la unidad de ginecobstetricia avanzará en la implementación de la estrategia IAMII, siendo un referente a nivel departamental en Triage Obstétrico. |
| Informe institucional Producción | Se diseña y estructura información para consolidar la producción y registro contable institucional de cada área. Se cruzan y unifican varias bases de datos que históricamente no se analizaban y generaban traumatismos en la obtención de información para la toma de decisiones , tales como Estadístico de Facturación, estadístico de Egresos, Reporte de Interconsultas (Que se volvió a parametrizar la consulta para hacerlo funcional), Reporte 1552, haciendo el tratamiento y limpieza de datos, detectando datos basura y duplicados. Todos estos informes se unificaron y visualmente se programaron en Power BI. Empezando a utilizar herramientas propias de la Inteligencia de negocios. Permitiendo un reporte que visualmente es amigable y que permite a la alta gerencia tener el consolidado de datos de producción y facturación del hospital. |
| Publicación Informe Producción institucional en Power BI | Se aplica herramienta del informe institucional en informe Power BI con publicación en la WEB para facilitar su visualización. |

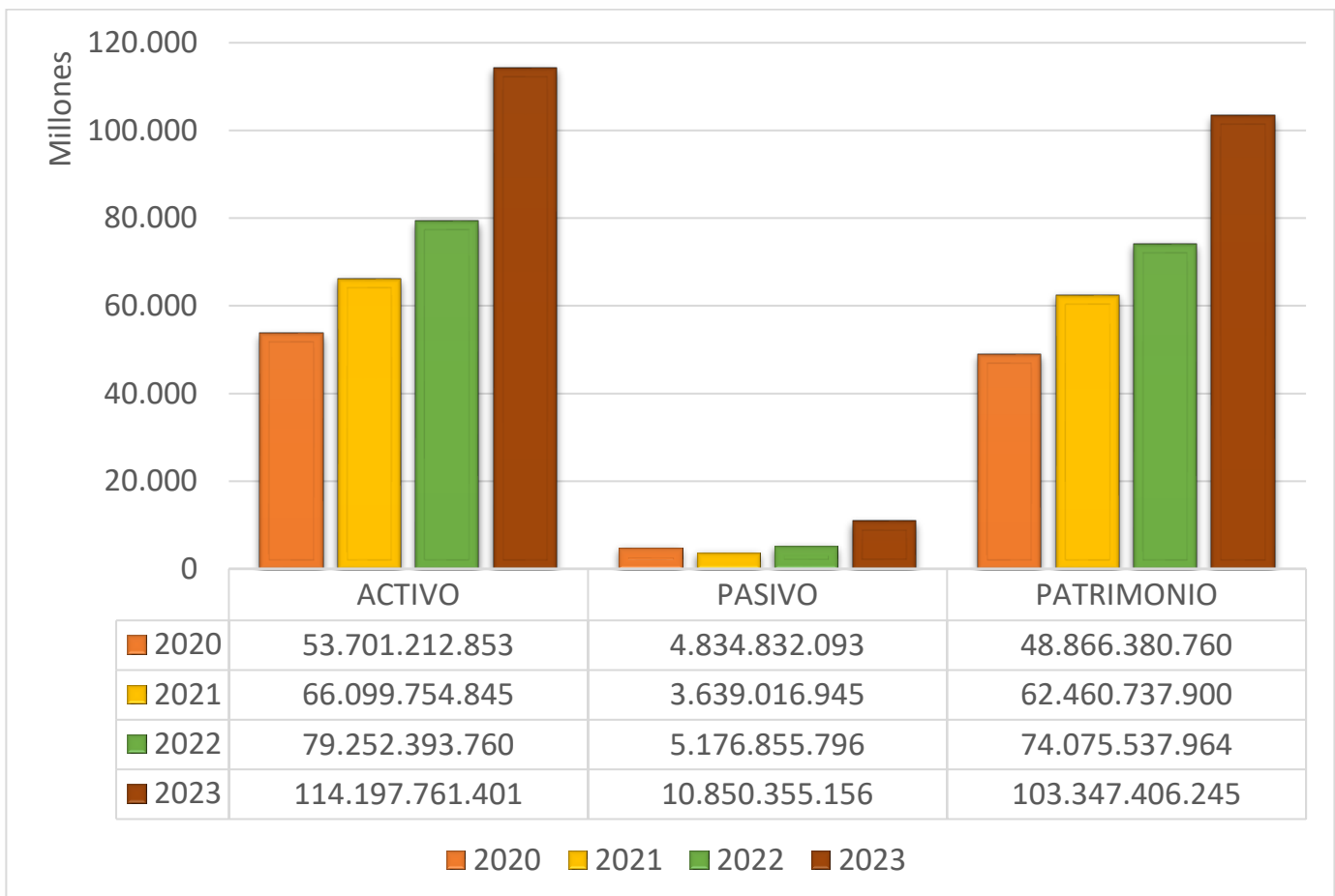
| | |
|---|--|
| Informe PHP Reingresos e informe de Reingresos | Se realiza consulta en SQL directa a la base de datos del sistema institucional y se crea informes en PHP de Reingresos. Se realiza informe formal de reingresos de urgencias de 72 horas y reingresos hospitalización de 15 días. Generando un reporte fidedigno con base en el sistema de información institucional. |
| Informe en Power BI para Medicina Familiar | Se diseña y desarrolla informe de producción de medicina familiar en herramienta Power BI, donde se visualiza Procedimientos Qx, procedimientos no Qx y Exámenes médicos. Esta herramienta se puede visualizar en formato Web y en la aplicación de Power BI para computador. Por último se realiza consulta SQL directa a la base de datos con el fin de configurar una actualización semi automática diaria, es decir la consulta de información se automatizó y esta conectada directamente al motor de base de datos del sistema de información. Esta herramienta es a base del modelo de tele experticia para mejorar la adherencia y pertinencia, inicialmente en medicina general en consulta externa. Este proceso es liderado por medicina familiar. |
| Cursos de Excel | Se han realizado cursos de Excel básico a los agentes de salud colaboradores del hospital en las veredas. |
| Historia Clínica UCI-SOFA | Se ha construido un folio de historia clínica con las herramientas de medición de apache y SOFA al igual que un reporte en PHP que permite exportar los datos diligenciados a formato Excel por un periodo de tiempo determinado. En igual sentido que APACHE, este reporte marca un hito para la UCI, |
| Herramienta de Mejora Continua | Se diseña y estructura herramienta de mejora continua para aplicarse en la institución para abordar los problemas que afectan la calidad del servicio. Combinando las metodologías de Ishikawa y AMFE. Es la herramienta base del modelo de mejoramiento institucional. |
| Cruce Datos Glosas | Se realiza colaboración al área de cartera con el cruce de bases de datos de Glosas. |
| Software Cartera | Se realiza un Desarrollo en PHP para el diligenciamiento de facturas y glosas para el área de cartera. Esto permite unificar toda la base de datos de cartera en un solo sitio, garantizando la integralidad de la información. Permitiendo hacer cargues masivos y generación de reportes según los requerimientos normativos. |
| Ajuste Cuadro de turno automático de Enfermería | Modificación y actualización de herramienta en Excel de cuadro de turnos del área de enfermería, agregando los meses del año 2024 y los festivos respectivos. |
| Formato turnos Ginecología | Se realiza cuadro de turnos para ginecología, formulando horas y costos para cada colaborador |
| Software Chat Institucional | Se realiza un Desarrollo en PHP el cual permite realizar peticiones por parte de los médicos generales a médicos familiares para tele experticia. |
| Informe PHP Producción CX | Reporte en PHP que ejecuta una consulta SQL a la base de datos de Dinámica Gerencial para listar los procedimientos consignados por los profesionales en el folio Informe QX |
| Informe PHP Medicina Familiar (exámenes, | Reporte en PHP que ejecuta una consulta SQL a la base de datos de Dinámica Gerencial para obtener los procedimientos QX, NoQX y exámenes solicitados por los médicos |

| | |
|---|---|
| procedimiento Qx y procedimientos noQx) | |
| Ficha Técnica del CEI | Se automatiza y formula herramienta que contiene indicadores claves de gestión, según la ficha técnica propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, que permite tener parámetros claros y trazadores en las negociaciones con las EAPB, así como en la formulación de indicadores de calidad para el mejoramiento institucional. |

Fuente: Elaboración Propia

4. Información Financiera

Figura 134. Estado de Situación Financiera 2020-2023

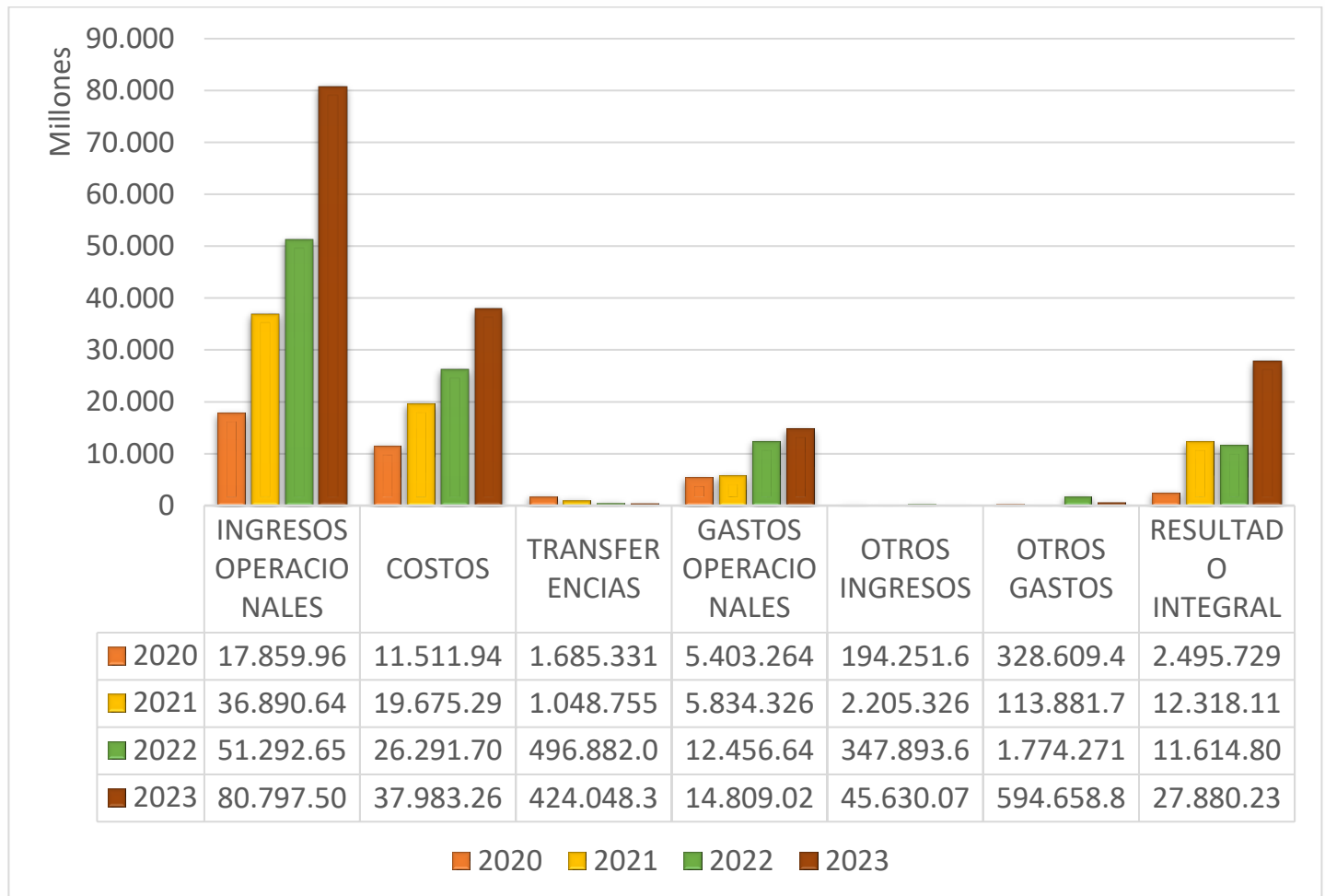


Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Se observa que el activo del hospital pasó de 53 mil millones en 2020 a 114 mil millones en 2023, mostrando un incremento del 113%, manteniendo la misma estructura del pasivo y aumentado el patrimonio en un 111%, esto es un indicador clave en la valoración de la empresa, es decir que incrementó su valor en el cuatrienio, muestra de la

buena gestión administrativa y financiera, apalancados en el crecimiento de producción de servicios de salud, apertura de nuevos y mejores servicios y la contención del costos y del gasto.

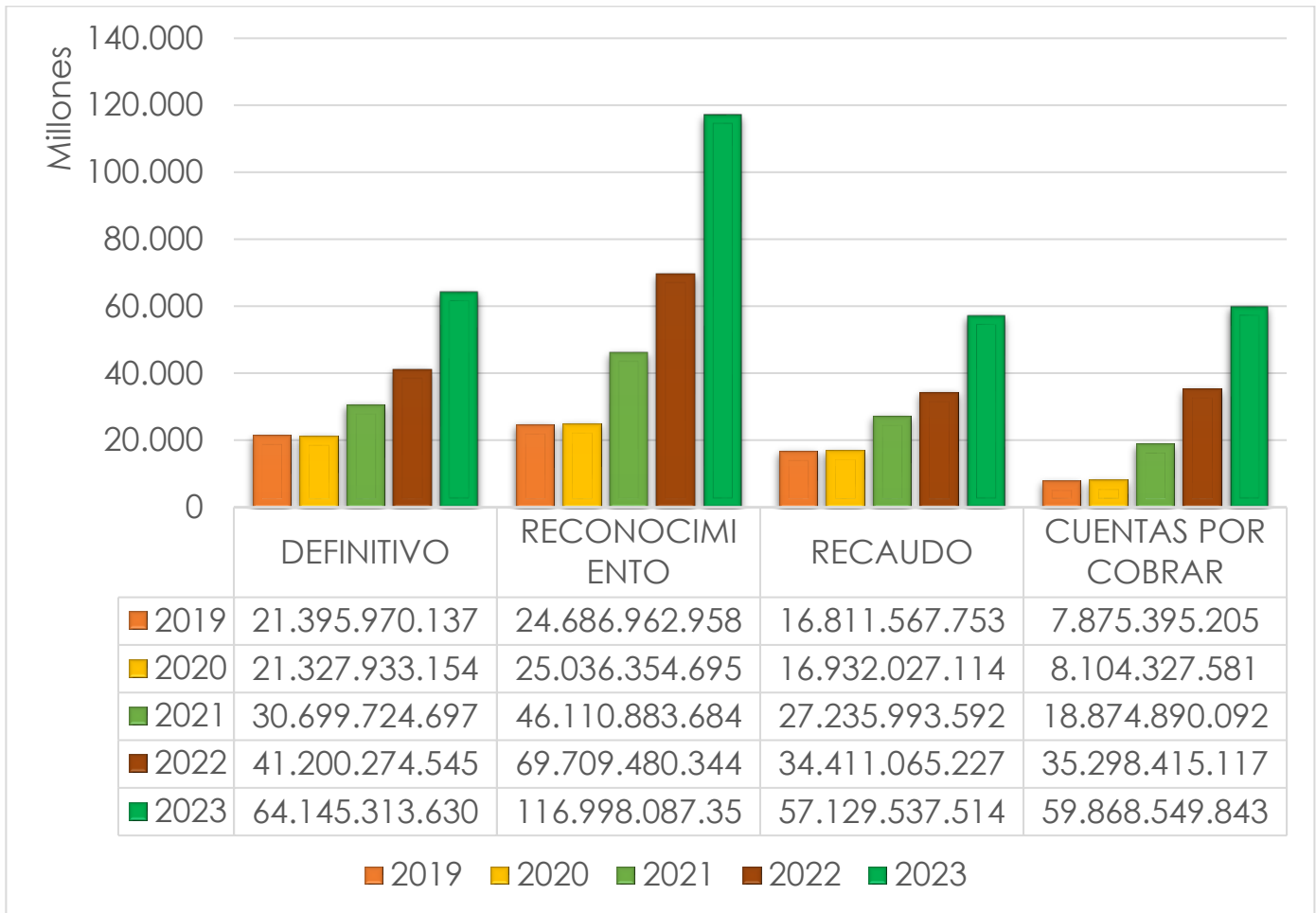
Figura 135. Estado de Resultados 2020-2023



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Se observa que los ingresos operacionales por concepto de venta de servicios de salud, incrementando en un 352% en 2023 respecto de 2020, mientras los costos en el mismo periodo evaluado incrementaron en un 230%, esto permitió que el resultado del ejercicio incrementará en un 1017% pasando de un resultado de 2 mil millones en 2020 a uno de 27 mil millones en 2023.

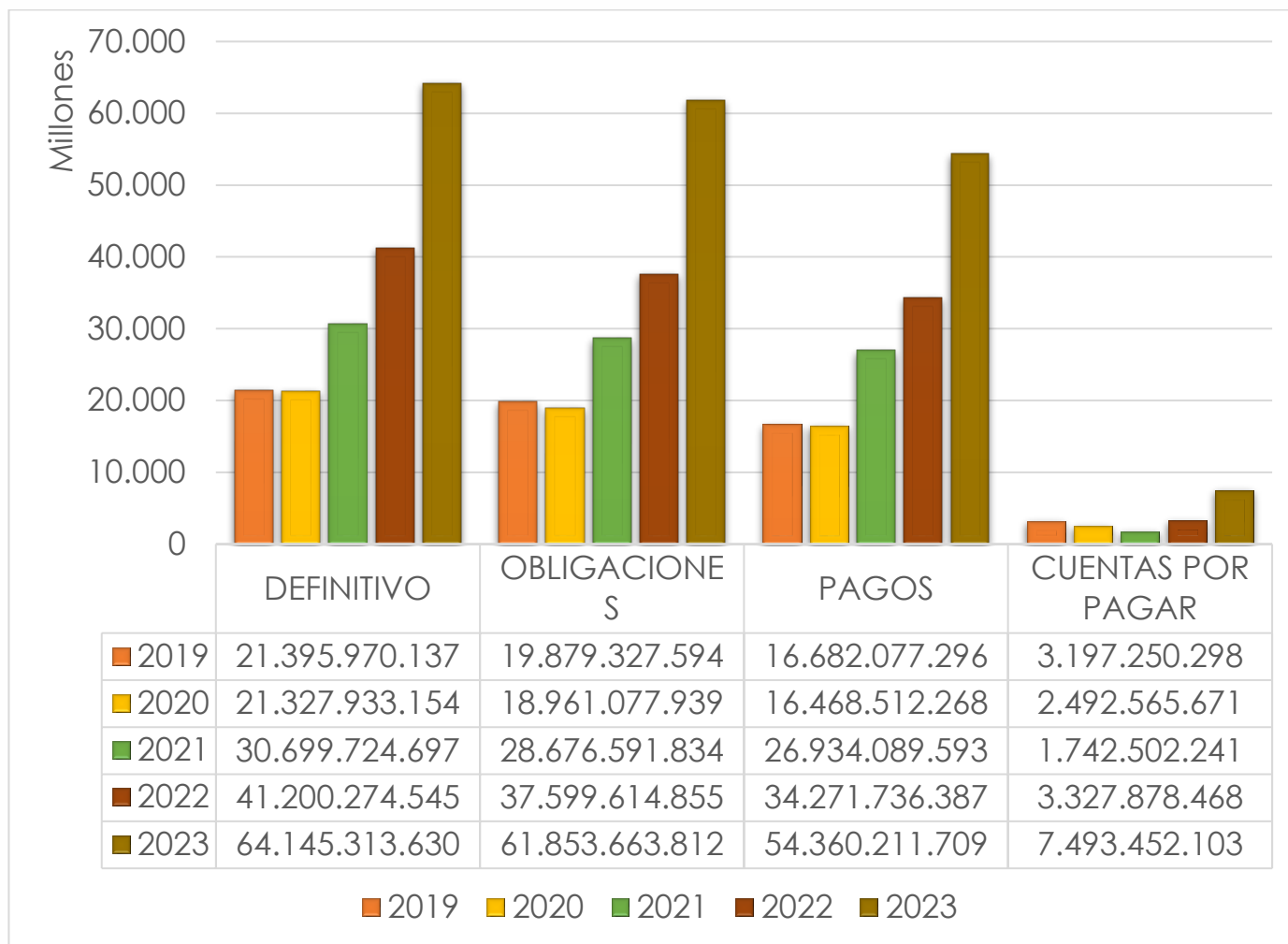
Figura 136. Presupuesto de Ingresos 2020-2023



Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

Se observa que se pasó de un presupuesto definitivo en 2020 de 21 mil millones a uno de 64 mil millones en 2023, representando un incremento del 200%, en los reconocimientos se pasó de un valor reconocido en 2020 de 25 mil millones a uno de 116 mil millones en 2023, presentando un incremento del 374%. En 2024 el presupuesto definitivo proyectado por capacidad instalada asciende a los 109 mil millones de pesos con la apertura de nuevos servicios como hemodinamia y Resonancia Nuclear Magnética. Esto demuestra el crecimiento del hospital sustentado vigencia tras vigencia en el último cuatrienio, transformado la manera de prestar servicios a nuestros usuarios.

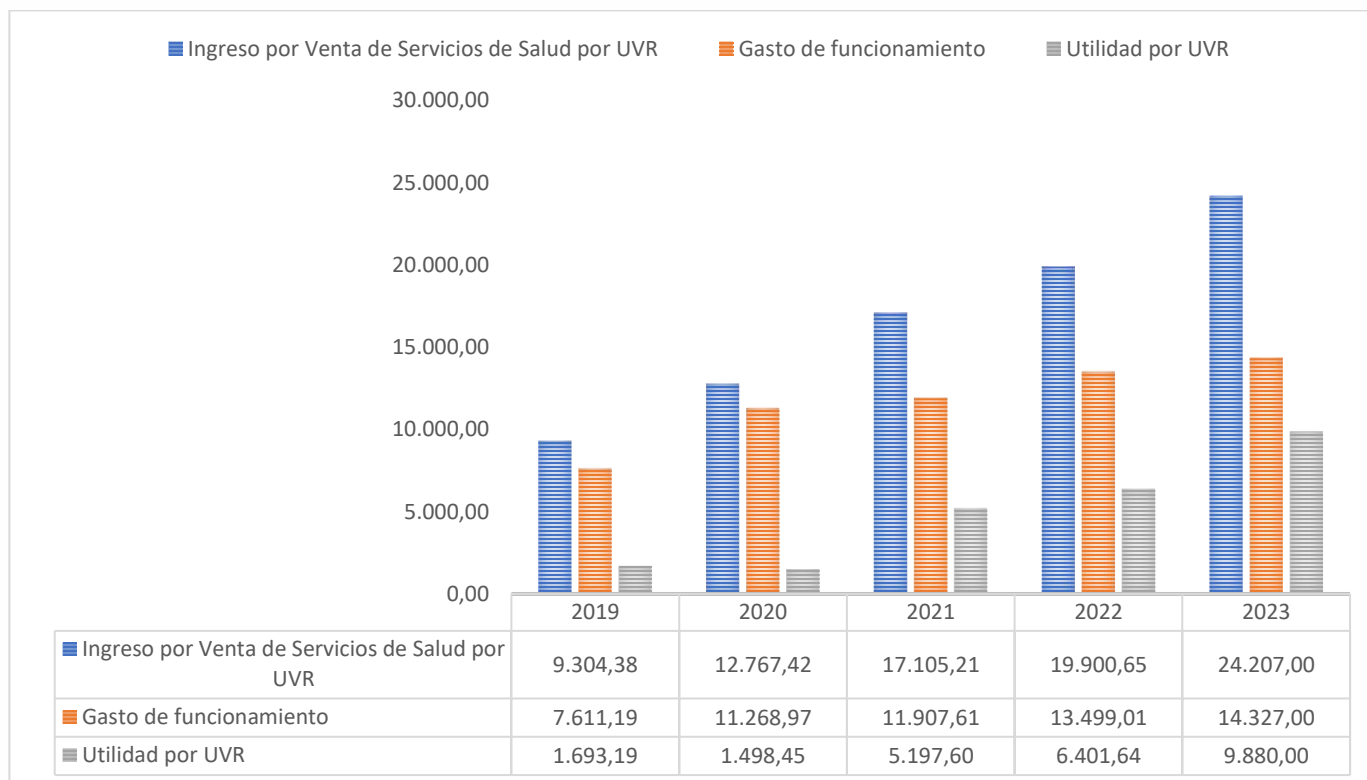
Figura 137. Presupuesto de Gastos



Fuente: (Hospital Regional de Monquirá ESE, 2024)

Se observa que el presupuesto de gastos incrementa en menor medida que el de ingresos y aumenta en concordancia con los aumentos de producción y lo que esto implica en el costo y gasto. Haciendo un ejercicio juicioso desde el punto de vista financiero.

Figura 138. Producción en UVR 2020-2023



Fuente: (Hospital Regional de Monquirá ESE, 2024)

Las UVR es una medida de eficiencia que relaciona la producción equivalente según los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con los servicios y nivel de complejidad del hospital con los ingresos, costos y gastos efectivos. En este sentido se observa que la utilidad por UVR en 2020 era de 1693, mientras que en 2023 fue de 9880, lo que denota que los aumentos de costos y gastos asociados a la producción de servicios de salud fueron consecuentes y controlados, es decir hoy producimos más, gastando menos en proporción con lo producido.

En el micrositio de Rendición de cuentas de la vigencia 2023, en la sección de transparencia de la página web del Hospital, se encuentran las ejecuciones presupuestales y Estados financieros a detalle, junto con las notas a estados financieros.

Tabla 44. Indicadores Financieros 2020-2023

| INDICES FINANCIEROS | dic-17 | dic-18 | dic-19 | dic-20 | dic-21 | dic-22 | dic-23 |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|----------------|----------------|--------------|
| LIQUIDEZ | | | | | | | |
| RAZON CORRIENTE | 2,67 | 2,08 | 2,43 | 3,24 | 7,36 | 7,36 | 6,50 |
| SOLIDEZ | 4,66 | 3,73 | 9,61 | 11,11 | 17,29 | 15,31 | 10,52 |
| LIQUIDEZ INMEDIATA | 2,65 | 2,06 | 2,39 | 3,15 | 7,09 | 7,05 | 6,23 |
| ACTIVO CORRIENTE/ACTIVO TOTAL(%) | 57,44 | 55,93 | 25,25 | 29,21 | 42,57 | 48,06 | 61,79 |
| PASIVO CORRIENTE/PASIVO TOTAL(%) | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |
| | 6.979.088.4 | 8.234.293.0 | 7.715.383.3 | 10.850.549.4 | | | 59.712.791.0 |
| CAPITAL DE TRABAJO (\$) | 71 | 47 | 33 | 79 | 24.479.976.760 | 32.910.435.450 | 77 |
| EFICIENCIA OPERACIONAL | | | | | | | |
| DIAS DE CARTERA | 318 | 377 | 277 | 292 | 255 | 253 | 287 |
| DIAS DE INVENTARIOS | 6 | 9 | 9 | 14 | 19 | 22 | 28 |
| DIAS DE PROVEEDORES | 18 | 176 | 31 | 21 | 17 | 27 | 21 |
| RENTABILIDAD | | | | | | | |
| SOBRE ACTIVOS TOTALES(%) | -4,11 | 18,99 | 45,50 | 4,65 | 20,02 | 14,66 | 24,41 |
| SOBRE PATRIMONIO(%) | -5,24 | 25,95 | 50,79 | 5,11 | 21,25 | 15,68 | 26,98 |
| SOBRE CAPITAL(%) | -5,00 | 35,21 | 154,92 | 5,38 | 26,98 | 18,60 | 36,94 |
| ESTRUCTURA | | | | | | | |
| ENDEUDAMIENTO CON VALORIZACION(%) | 21,48 | 26,83 | 10,40 | 9,00 | 5,78 | 6,53 | 9,50 |
| ENDEUDAMIENTO SIN VALORIZACION(%) | 21,48 | 26,83 | 10,40 | 9,00 | 5,78 | 6,53 | 9,50 |
| APALANCAMIENTO TOTAL (%) | 27,35 | 36,68 | 11,61 | 9,89 | 6,14 | 6,99 | 10,50 |
| EBITDA | | | | | | | |
| | | | 1.683.504.0 | 1.752.884.23 | | | 32.210.267.0 |
| EBITDA (\$) | 776.427.170 | 594.768.488 | 30 | 2 | 13.167.725.191 | 16.652.187.180 | 40 |
| EBITDA (%) | 6,73 | 4,80 | 10,56 | 9,81 | 34,85 | 32,47 | 39,87 |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2024)

5. Indicadores de Calidad, Oportunidad y Producción

Tabla 45. Producción 2020-2023

| Variable | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | INCREMENTO |
|--|--------|--------|--------|--------|------------|
| Dosis de biológico aplicadas | 7.873 | 28.220 | 16.580 | 9.768 | 24% |
| Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo) | 1.732 | 1.828 | 1.401 | 1.885 | 9% |
| Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo) | 11.883 | 4.594 | 2.032 | 3.243 | -73% |
| Citologías cervicovaginales tomadas | 1.106 | 1.665 | 2.313 | 3.009 | 172% |
| Consultas de medicina general electivas realizadas | 26.952 | 25.800 | 36.329 | 41.510 | 54% |
| Consultas de medicina general urgentes realizadas | 20.515 | 25.396 | 32.636 | 35.931 | 75% |
| Consultas de medicina especializada electivas realizadas | 13.548 | 16.942 | 36.933 | 50.760 | 275% |
| Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | 10.797 | 10.563 | 6.049 | 6.620 | -39% |
| Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras) | 2.265 | 3.183 | 7.221 | 7.589 | 235% |
| Total de consultas de odontología realizadas (valoración) | 4.574 | 4.261 | 11.157 | 13.599 | 197% |
| Número de sesiones de odontología realizadas | 11.672 | 19.404 | 50.737 | 56.620 | 385% |
| Total de tratamientos terminados (Paciente terminado) | 134 | 1.857 | 1.381 | 1.256 | 837% |
| Sellantes aplicados | 3.063 | 7.900 | 10.537 | 10.666 | 248% |

| | | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| Superficies obturadas (cualquier material) | 956 | 5.763 | 11.300 | 13.118 | 1272% |
| Exodoncias (cualquier tipo) | 128 | 778 | 945 | 1.084 | 747% |
| Partos vaginales | 556 | 591 | 548 | 535 | -4% |
| Partos por cesárea | 248 | 274 | 286 | 253 | 2% |
| Total de egresos | 3.806 | 6.974 | 7.992 | 12.102 | 218% |
| ...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos) | 917 | 885 | 1.784 | 1.477 | 61% |
| ...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos) | 758 | 808 | 2.905 | 4.111 | 442% |
| ...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos) | 2.131 | 5.281 | 3.229 | 6.404 | 201% |
| ...Egresos salud mental | 0 | 0 | 74 | 110 | 100% |
| Pacientes en Observación | 3.420 | 247 | 2.993 | 4.764 | 39% |
| Pacientes en Cuidados Intermedios | 127 | 435 | 644 | 745 | 487% |
| Pacientes Unidad Cuidados Intensivos | 58 | 336 | 259 | 462 | 697% |
| Total de días estancia de los egresos | 11.032 | 18.085 | 21.430 | 29.698 | 169% |
| ...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos) | 1.290 | 1.712 | 2.961 | 2.378 | 84% |
| ...Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin Incluir partos, cesáreas y otros obstétricos) | 1.954 | 2.121 | 6.502 | 8.706 | 346% |

| | | | | | |
|--|---------|---------|---------|---------|-------|
| ...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos) | 7.788 | 14.252 | 11.705 | 18.175 | 133% |
| ...Días estancia de los egresos salud mental | 0 | 0 | 262 | 439 | 100% |
| Días estancia Cuidados Intermedios. | 560 | 1.385 | 1.825 | 1.757 | 214% |
| Días estancia Cuidados Intensivos | 740 | 2.356 | 1.378 | 1.393 | 88% |
| Total de días cama ocupados | 11.005 | 21.185 | 21.353 | 30.588 | 178% |
| Total de días cama disponibles | 13.870 | 23.330 | 21.231 | 14.633 | 6% |
| Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas) | 2.571 | 3.030 | 3.822 | 5.826 | 127% |
| ...Cirugías grupos 2-6 | 1.361 | 1.340 | 1.336 | 2.115 | 55% |
| ...Cirugías grupos 7-10 | 1.050 | 1.293 | 1.696 | 2.658 | 153% |
| ...Cirugías grupos 11-13 | 146 | 289 | 609 | 821 | 462% |
| ...Cirugías grupos 20-23 | 14 | 108 | 181 | 232 | 1557% |
| Exámenes de laboratorio | 103.780 | 197.492 | 264.983 | 356.283 | 243% |
| Número de imágenes diagnósticas tomadas | 19.368 | 27.868 | 36.724 | 57.099 | 195% |
| Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas | 2.206 | 5.520 | 4.875 | 6.594 | 199% |
| Número de sesiones de terapias físicas realizadas | 5.941 | 16.715 | 19.293 | 24.805 | 318% |

| | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|------|
| Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas) | 1.589 | 2.026 | 1.061 | 3.702 | 133% |
| Número de visitas domiciliarias, comunitarias e institucionales -PIC- | 1.186 | 2.315 | 1.268 | 1.968 | 66% |
| Número de sesiones de talleres colectivos -PIC- | 127 | 834 | 456 | 143 | 13% |

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Se observa el incremento sostenido y progresivo de la producción de servicios de salud en todos los grupos de producción según lo reportado en el SIHO. Los incrementos más significativos se presentan en consulta de medicina especializada, pasando de 13548 en 2020 a 50760 en 2023 con un incremento del 275%, sustentado en el aumento de la oferta de especialidades según las necesidades del área de influencia del Hospital. Igualmente la cantidad de egresos aumentó de 3806 en 2020 a 12102 en 2023, presentando un incremento del 218% , pese a que con la pandemia se redujo la capacidad instalada de hospitalización para dar paso a la unidad de cuidados intensivos e intermedios , se presentó el incremento en los egresos y días cama ocupados, sustentado en el aumento de complejidad de atenciones en urgencias y en los grupos quirúrgicos. Pese a la disminución de la capacidad instalada en hospitalización, el Hospital ha respondido a la demanda , activando las contingencias en las áreas de observación y hospitalización. Atendiendo a las necesidades de los usuarios y en conformidad con el desarrollo del programa de salud mental, desde el 2022 se presentan egresos de salud mental, pues a pesar de remitir a los centros de referencia en salud mental, el hospital debe responder a la necesidad de los pacientes con patología mental.

La Unidad de Cuidados Intensivos e intermedios ha mostrado incrementos significativos en su producción, pese a estar en época post pandemia, pasando de 185 pacientes en 2020 a 1207 en 2023, con 1300 días de estancia en 2020 a 3150 en 2023.

Figura 139. Indicadores de Oportunidad Resolución 256

| ESPECIALIDAD | META | 2022 | | | | 2023 | | | |
|------------------|------|-------------|--------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------------|--------------|
| | | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE |
| Medicina General | 3 | 3,87 | 2,57 | 1,59 | 1,93 | 2,40 | 1,76 | 2,91 | 1,32 |
| Odontología | 3 | 13,77 | 2,44 | 14,43 | 1,45 | 2,52 | 1,74 | 2,32 | 2,18 |
| Medicina Interna | 15 | 8,27 | 14,49 | 8,14 | 6,31 | 4,10 | 3,75 | 4,21 | 3,63 |
| Pediatría | 5 | 4,61 | 3,44 | 1,96 | 2,52 | 2,78 | 3,92 | 3,56 | 3,66 |
| Ginecología | 8 | 11,23 | 12,09 | 5,42 | 2,70 | 6,14 | 2,48 | 2,92 | 3,58 |
| Obstetricia | 5 | 8,10 | 4,31 | 3,12 | 2,22 | 5,47 | 2,99 | 3,28 | 4,04 |
| Cirugía General | 8 | 9,23 | 10,72 | 5,00 | 7,08 | 7,13 | 4,35 | 4,78 | 3,82 |
| TRIAGE II | 30 | 31,78 | 28,69 | 51,49 | 0,03 | 42,64 | 23,07 | 22,41 | 21,02 |

Fuente:(Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

Se observa la mejora continua en los indicadores de oportunidad en las especialidades, así como en el Triage 2, que debido al incremento considerable en la demanda llegó a estar en 52 minutos en el segundo trimestre de 2022, llegando a estar en 21 minutos actualmente.

Todos los indicadores de calidad, oportunidad y producción en conformidad con lo establecido en el SOGCS se encuentran publicado en el micrositio de rendición de cuentas 2023, con el nombre de “Indicadores Producción, calidad y Oportunidad”, que hacen parte integral del presente informe de gestión y provienen del Cuadro de Mando Integral Institucional, herramienta mediante el cual se hace seguimiento institucional a la gestión.

Cada uno de los siguientes indicadores se encuentra con su respectiva ficha técnica.

Tabla 46. Indicadores Producción, Calidad y Oportunidad, CMI

| No | TIPO INDICADOR | NOMBRE |
|----|----------------|--|
| 1 | CALIDAD | Oportunidad en la asignación de citas PARA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL |
| 2 | CALIDAD | Oportunidad en la asignación de citas de primera vez PARA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL |
| 3 | CALIDAD | Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de ORTOPEdia |
| 4 | CALIDAD | Oportunidad en la asignación de citas de primera vez en la consulta de ORTOPEdia |
| 5 | CALIDAD | Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de UROLOGÍA |
| 6 | CALIDAD | Oportunidad en la asignación de citas de primera vez en la consulta de UROLOGÍA |
| 7 | CALIDAD | Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de MEDICINA INTERNA |
| 8 | CALIDAD | Oportunidad en la asignación de citas PRIMERA VEZ en la consulta de MEDICINA INTERNA |
| 9 | CALIDAD | Oportunidad en la asignación de citas de control en odontología |
| 10 | CALIDAD | Oportunidad en la asignación de citas de primera vez en la consulta de ODONTOLOGÍA |
| 11 | CALIDAD | Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de PEDIATRÍA |
| 12 | CALIDAD | Oportunidad en la asignación de citas PRIMERA VEZ en la consulta de PEDIATRÍA |

| No | TIPO INDICADOR | NOMBRE |
|----|----------------|---|
| 13 | CALIDAD | Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de CIRUGÍA GENERAL |
| 14 | CALIDAD | Tiempo de espera en consulta médica especializada Primera vez en CIRUGIA GENERAL |
| 15 | CALIDAD | Porcentaje de cancelación de cirugías programadas |
| 16 | CALIDAD | Oportunidad de la atención de consulta de urgencias |
| 17 | CALIDAD | Tasa de reingreso de pacientes al servicio de urgencias |
| 18 | CALIDAD | Tasa de remisión de pacientes a otros servicios de urgencias |
| 19 | CALIDAD | Oportunidad en la atención en servicios de imagenología |
| 20 | CALIDAD | Oportunidad en la realización de cirugía programada |
| 21 | CALIDAD | Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados antes de 15 días de su egreso por el mismo diagnóstico |
| 22 | CALIDAD | Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas |
| 23 | CALIDAD | Tasa de infección intrahospitalaria |
| 24 | CALIDAD | Proporción de vigilancia de eventos adversos |
| 25 | CALIDAD | Tasa de caídas de usuarios en servicio de hospitalización |
| 26 | CALIDAD | Tasa de caídas de usuarios en servicio de urgencias |
| 27 | CALIDAD | Tasa de caídas de usuarios en servicio de consulta externa |
| 28 | CALIDAD | Tasa de caídas de usuarios en servicio de laboratorio clínico |
| 29 | CALIDAD | Tasa de caídas de usuarios en servicio de radiología |
| 30 | CALIDAD | Tasa de incidentes por caídas clasificados como evento adverso |
| 31 | CALIDAD | Tasa de incidentes por caídas clasificados como incidentes |
| 32 | CALIDAD | Tasa de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización |
| 33 | CALIDAD | Tasa de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias |
| 34 | CALIDAD | Tasa de pacientes que desarrollan úlceras de presión durante el periodo de hospitalización |
| 35 | CALIDAD | Proporción de pacientes remitidos a niveles superiores desde servicio ambulatorio y hospitalario |

| No | TIPO INDICADOR | NOMBRE |
|----|----------------|--|
| 36 | CALIDAD | Proporción de partos remitidos a niveles superiores |
| 37 | CALIDAD | Tasa de satisfacción global |
| 38 | CALIDAD | Tasa de satisfacción primer momento contacto |
| 39 | CALIDAD | Tasa de satisfacción atención administrativa |
| 40 | CALIDAD | Tasa de satisfacción atención personal asistencial |
| 41 | CALIDAD | Tasa de satisfacción infraestructura y dotación hospital |
| 42 | CALIDAD | Tiempo de espera en consulta médica especializada GINECOLOGÍA |
| 43 | CALIDAD | Oportunidad en la asignación de citas PRIMERA VEZ en la consulta de GINECOLOGIA |
| 44 | CALIDAD | Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de OBSTETRICIA |
| 45 | CALIDAD | Tiempo de espera en consulta médica especializada de primera vez de OBSTETRICIA |
| 46 | CALIDAD | Oportunidad de servicios de imagenología y diagnóstico general RADIOLOGÍA SIMPLE |
| 47 | CALIDAD | Oportunidad de servicios de imagenología y diagnóstico especializado TAC |
| 48 | CALIDAD | Oportunidad de toma de muestras laboratorio básico |
| 49 | CALIDAD | Tasa de infección intrahospitalaria |
| 50 | CALIDAD | Tiempo de espera consulta de urgencias Triage II |
| 51 | CALIDAD | Razón de mortalidad Materna |
| 52 | CALIDAD | Tasa de mortalidad en menores de cinco años |
| 53 | CALIDAD | Tasa de mortalidad infantil |
| 54 | CALIDAD | Análisis de mortalidad intrahospitalaria |
| 55 | CALIDAD | Oportunidad en la realización de apendicectomía |
| 56 | CALIDAD | Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario |
| 57 | PRODUCCION | Producción Total (UVR) |
| 58 | PRODUCCION | Producción Servicio de Imagenología |
| 59 | PRODUCCION | Producción Servicio de Tomografía Axial Computarizada |

| No | TIPO INDICADOR | NOMBRE |
|----|----------------|---|
| 60 | PRODUCCION | Producción Servicio de Ecografía en el servicio de imágenes diagnósticas |
| 61 | PRODUCCIÓN | Producción servicio ecografía en las especialidades obstétrica y ginecológica |
| 62 | PRODUCCION | Producción Servicio de Mamografía |
| 63 | PRODUCCION | Producción Servicio de RX apoyo en Cirugía |
| 64 | PRODUCCION | Producción Servicio de Laboratorio |
| 65 | PRODUCCION | Producción Total Sala de Partos |
| 66 | PRODUCCION | Tasa partos por cesárea |
| 67 | PRODUCCION | Producción Servicio Salas de Cirugía |
| 68 | PRODUCCION | Producción Servicio de Consulta Externa |
| 69 | PRODUCCION | Porcentaje Inasistencia a citas |
| 70 | PRODUCCION | Producción servicio de Biológicos |
| 71 | PRODUCCION | Producción servicio de terapias |
| 72 | PRODUCCION | Producción servicio Traslado Asistencial Básico |
| 73 | PRODUCCION | Producción servicio Traslado Asistencial medicalizado |
| 74 | PRODUCCION | Porcentaje de Ocupación |
| 75 | PRODUCCION | Giro Cama |
| 76 | PRODUCCION | Promedio día Estancia |
| 77 | PRODUCCION | Número de Egresos hospitalización general |
| 78 | PRODUCCIÓN | Días cama ocupados hospitalización general |
| 79 | PRODUCCION | Número de Egresos UCI |
| 80 | PRODUCCIÓN | Días cama ocupados UCI |
| 81 | PRODUCCIÓN | Porcentaje de ocupación UCI |
| 82 | PRODUCCIÓN | Promedio días estancia UCI |
| 83 | PRODUCCIÓN | Giro cama UCI |
| 84 | PRODUCCION | Consultas Urgencias |
| 85 | PRODUCCION | Paciente en observación |
| 86 | PRODUCCION | Fórmulas despachadas |
| 87 | PRODUCCIÓN | Hospitalización Domiciliaria |
| 88 | PRODUCCIÓN | Promedio días estancia hospitalización domiciliaria |
| 89 | FINANCIEROS | Facturación Total |
| 90 | FINANCIEROS | Valor Costos y Gastos |
| 91 | FINANCIEROS | Ingreso por UVR |
| 92 | FINANCIEROS | Gasto por UVR |

| No | TIPO INDICADOR | NOMBRE |
|-----|----------------|---|
| 93 | FINANCIEROS | Utilidad por UVR (Eficiencia) |
| 94 | FINANCIEROS | Pasivo Total |
| 95 | FINANCIEROS | índice de Endeudamiento |
| 96 | FINANCIEROS | Valor total servicios personales |
| 97 | FINANCIEROS | Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios personal planta y contratación de servicios |
| 98 | FINANCIEROS | Porcentaje Recaudo Cartera de la Vigencia |
| 99 | FINANCIEROS | Oportunidad radicación de la facturación |
| 100 | FINANCIEROS | Recaudo cartera vigencias anteriores |
| 101 | FINANCIEROS | Cartera Total |
| 102 | FINANCIEROS | Equilibrio presupuestal con recaudos de la vigencia |

Fuente: (Hospital Regional de Moniquirá ESE, 2023)

6. Indicadores de Satisfacción del Usuario

En el micrositio de rendición de cuentas de la vigencia 2023 en la página web del Hospital en la sección de transparencia o botón participa se puede consultar el informe de satisfacción del usuario expedido por el área de experiencia al usuario, que incluye comparativo de las PQRSDf recibidas en 2023 y comparativo con la vigencia 2022, caracterización de los motivos de queja, mecanismos de atención prioritaria y preferencial, informe de las encuestas de satisfacción de usuario aplicadas en la vigencia 2023, así como los logros obtenidos en trabajo conjunto entre la administración y las alianzas de usuarios establecidas.

7. Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

El plan estratégico de la ESE se encuentra contenido en el plan de desarrollo institucional presentado por el gerente en los términos de la Ley que aplican a Empresas Sociales del Estado y aprobado por la Junta Directiva en los mismos términos mediante Acuerdo 06 de 2020. El plan de desarrollo aprobado se desarrolla a través de 10 objetivos

estratégicos que se despliegan utilizando la metodología del Balance Score Card, desplegando metas por cada objetivo que se detallan a continuación con el respectivo análisis de indicadores:

7.1. Objetivo 1

| AREA FUNCIONAL: | DIRECCIÓN |
|---|-------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL: | SUBGERENCIA CIENTÍFICA |
| OBJETIVO No. | |
| 1 | |
| Fortalecer durante el cuatrienio el desarrollo de todos los componentes del Sistema obligatorio de garantía de calidad, orientados a la presentación de la ESE ante el ente acreditador. | |
| ESTRATEGIAS: | |
| Enrutar al Hospital en el camino hacia la acreditación. | |
| Efectuar el seguimiento a la calidad de atención que se brinda y reforzar los procesos de atención segura y humanizada de los pacientes. | |
| Efectuar un plan de mejoramiento continuo y dar cumplimiento a los estándares de habilitación. | |
| Preparar al Hospital para llegar a ser una institución líder en la implementación del modelo de atención integral en salud, (MIAS) dentro de la Política Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE). | |
| Fortalecer la prestación de servicios mediante la implementación, socialización y actualización permanente de guías de práctica clínica y protocolos de atención. | |
| Levantar, implementar, evaluar y ajustar procesos y procedimientos administrativos y asistenciales. | |
| Designar profesional Químico farmacéutico que organice servicio con unidosis y control de dispositivos médicos que se utilicen en la ESE | |
| METAS: | |
| Evaluar cada año en el mes de octubre los diferentes ítems de preparación de la ESE para la acreditación. | |
| Para el año 2023 presentar a la ESE ante el ente acreditador. | |
| Articular con todos los actores del sistema el desarrollo del modelo integral de atención en salud, para ser implementado antes de 2022 | |
| Fortalecer los planes de intervenciones colectivas con las atenciones individuales, para tener resultados en salud, de manera permanente. | |

Revisar, actualizar y ejecutar las acciones del plan de mejoramiento continuo con evaluaciones semestrales para cumplir con las normas del SOGCS

Construir todos los procesos y procedimientos administrativos y asistenciales, presentarlos para aprobación e implementarlos en el año 2020.

Desarrollar e implementar las guías de práctica clínica de las primeras causas de morbilidad durante el primer semestre de 2021.

Organizar la dispensación de medicamentos por unidosis para el año 2020.

Organizar el control de dispositivos y material médicos quirúrgico con base en la producción y compras inteligentes, a partir de la fecha.

Tabla 47. Indicadores Objetivo 1

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|--|-----|--|-----|--|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| Evaluar cada año en el mes de octubre los diferentes ítems de preparación de la ESE para la acreditación. | Aplicar encuestas de satisfacción al cliente externo | 42 | Auxiliar Experiencia del Usuario | 2 | Experiencia del usuario - Camila Fajardo | 100% | La Satisfacción del cliente se ha medido de manera periódica y se ha perfeccionado la implementación de la encuesta enfocando a la atención diferencial y obteniendo resultados equivalentes en cada uno de los momentos de verdad de atención del paciente se lograron aplicar 4234, con una satisfacción global del 96,1% al cierre de noviembre. Aunado desde experiencia del usuario se implementó estrategia de medición de la satisfacción por momentos de verdad, lo cual se registró en el CMI. La aplicación de encuestas ha permitido a la institución establecer planes de mejora enfocados en mejorar la satisfacción de los usuarios, analizados en el comité de ética y en el comité de gerencia por la alta dirección. |
| | Fortalecer el programa de seguridad del paciente - | 42 | Subgerente Científico / Líder del Programa de Seguridad del Paciente | 2 | Karin Gamba-Subgerente Científico. | 100% | El programa de Seguridad de paciente ha trabajado en la capacitación constante del personal con enfoque de mejora continua, búsqueda activa de reporte de seguridad, Análisis y clasificación de eventos adversos, incidentes e indicios de atención insegura y planteamiento de acciones de mejora, con el fin de lograr una transformación cultural dado cumplimiento a los lineamientos normativos. |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|-------------|-----|---------------------|-----|---|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | | | | | Camila Martínez- Coordinador de Enfermería. | | <p>El programa de seguridad del paciente cuenta con un plan de acción integral con los programas de vigilancia (hemovigilancia, Reactivovigilancia, Farmacovigilancia y Tecnovigilancia) cuyas actividades fueron aprobadas y se realiza seguimiento en el comité institucional de seguridad del paciente.</p> <p>Se realizaron uno de las 2 semanas de la seguridad del paciente programadas para el 2023, un espacio en el que a través de stands Seguros los equipos de trabajo de todos los servicios realizan la presentación de temas y protocolos trazadores para seguridad del paciente, compitiendo por el servicio más seguro.</p> <p>También se realizó la primera medición de adherencia a los protocolos institucionales en lavado de manos, Prevención y reducción de caídas, prevención de flebitis, Aislamiento, prevención de infecciones asociadas a catéter urinario, egreso seguro, administración segura de medicamentos, identificación segura de pacientes y consentimiento informado, los resultados fueron socializados en el comité institucional y enviados a cada líder funcional para la generación de estrategias de mejoramiento. El comité Institucional sesionó mensualmente, con los líderes de unidades funcionales relacionadas, en</p> |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|---|-----|--|-----|----------------|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | | | | | | | <p>donde se analizaron los incidentes y eventos adversos con el fin de establecer acciones de mejora</p> <p>Se priorizó el desarrollo del paquete seguro: "seguridad en los procedimientos" a través de la documentación, socialización y medición de la adherencia al protocolo y lista de chequeo de Cirugía segura.</p> |
| | Fortalecer el componente de atención humanizada | 42 | Gerente, Subgerente Científico, Líder de Experiencia del Usuario | 1 | Camila Fajardo | 100% | <p>Como desarrollo del plan de acción propuesto desde el programa de humanización, inicialmente se incluyó dentro del proceso de inducción y reinducción una sesión para explicar la política de humanización y el protocolo de atención humanizada. Adicionalmente se desarrolló la construcción de espacios de entrega de información privados como las salas de UCI y Ginecología, también se entregaron a cada servicio una cartilla de guía del paciente por habitación en el área de internación para un total de 72 cartillas, las cartillas contienen toda la información básica del usuario, como porcentajes de copago, derechos y deberes, horarios del servicio de alimentación y recomendaciones para estancia. Para el desarrollo del bienestar experiencial como parte del programa de humanización se realizó la inauguración del oratorio como espacio de meditación y conexión espiritual para usuarios y pacientes, adicionalmente</p> |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|-------------|-----|---------------------|-----|-------------|--------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | | | | | | | <p>se inauguró el primer video call center para personas con discapacidad auditiva del departamento. En relación con programas como musicoterapia y proyectos de lectura que se venían desarrollando como parte del programa de humanización se continuo con la ejecución de manera regular.</p> <p>Para mediados del 2023 por medio de la circular N° 13 de subgerencias se inicia un ejercicio de auditorías cruzadas por parte de los líderes y construida por medio de unos criterios de evaluación enfocados a las dimensiones básicas de humanización, para por medio de esos resultados realizar un plan de intervención. En este sentido y en el marco de la meta de acreditación institucional se está evaluando por parte del equipo directivo el programa con el fin de incorporar de manera activa y estratégica componentes clínicos como</p> |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|---|-----|--|-----|--|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | | | | | | | Clínica del dolor y Plan de cuidados de fin de vida, entre otros. |
| | Realizar autoevaluación acreditación | 40 | Líder de calidad | 1 | Dr. Francisco Huertas / Líder de calidad | 100% | Se Realizaron dos, una durante los meses de marzo y abril, obteniendo una calificación de 2,4 y otra en los meses de noviembre y diciembre, con la asesoría de un equipo especializado en consultorías de calidad y acreditación en salud, haciendo esta autoevaluación de manera conjunta por equipos de trabajo relacionados según los estándares y ejes de acreditación, obteniendo en esta ocasión una calificación de 1,5 |
| Para el año 2023 presentar a la ESE ante el ente acreditador. | Verificar que Autoevaluación sea superior a 3.5 | 4 | Gerente, Subgerente Científico, Subgerente Administrativa y líder de Calidad | 4 | Dr. Francisco Huertas / Líder de calidad | 0% | La calificación en la primera ocasión (Marzo - abril) fue de 2,4 y en la segunda (Noviembre - diciembre) fue de 1,5. Esta segunda calificación obedece a que desde la gerencia se estableció el firme compromiso de alcanzar la meta establecida en este objetivo estratégico, relacionada con la acreditación en salud, convencidos de que es la forma de garantizar y establecer de manera permanente la cultura del mejoramiento continuo con el fin de mantener y proyectar mejores resultados en salud con base en los logros obtenidos en el período 2020-2023. Por esta razón se contrató una firma especializada en acreditación en salud que asesoró al equipo de calidad y líderes de |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|---|-----|---------------------|-----|--------------------------------------|--------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | | | | | | | unidades funcionales, haciendo un análisis crítico, con el fin de que los planes de mejora en acreditación sean efectivos y permitan a la institución en este ciclo de mejoramiento, postularse ante el ente acreditador. |
| | Contratar una firma que haga acompañamiento | 1 | Firma Contratada | 20 | Luis Carlos Olarte Contreras Gerente | 100% | Se contrato en el mes de octubre a la firma FDF, mediante CPS 498 -2023, cuyo objeto es "Prestación De Servicios Para La Conducción, Acompañamiento Y Formación A Los Equipos De Autoevaluación Y Recomendaciones Para La Elaboración De Los Planes De Mejora En Acreditación En Salud 2023" |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|------------------------------|-----|---------------------|-----|---|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Presentación ante el Icontec | 1 | Gerente | 8 | Luis Carlos Olarte Contreras Gerente | NA | Meta proyectada para la vigencia 2024. En noviembre de 2023 se obtuvo la certificación en condiciones de habilitación en todos los servicios que presta el hospital, siendo la primer ESE del orden departamental y la segunda en el departamento en alcanzar este logro. Este es el primer paso para alcanzar la meta de Acreditación. Aunado se contrató firma especializada en calidad y acreditación en salud para la asesoría en el proceso de autoevaluación, así como de la formulación de planes de mejoramiento con el fin de alcanzar la postulación en el 2024. Adicional con el fin de que los indicadores requeridos en el proceso de acreditación tengan información confiable, fidedigna y segura, así como para establecer tendencia e incorporar análisis estadísticos predictivos en salud, se creó en el mes de octubre la Unidad de inteligencia de negocios y analítica de datos bajo la dirección de la oficina asesora de planeación y que cuenta con un ingeniero de sistemas e industrial. Todo esto muestra el compromiso de la gerencia y la alta dirección para alcanzar este objetivo. |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|--|-----|---|-----|---|--------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| Articular con todos los actores del sistema el desarrollo del modelo integral de atención en salud, para ser implementado antes de 2022 | Contribuir con la construcción del plan de Acción del MAITE a nivel Municipal. | 1 | Gerente, Subgerente Científico - Líder de Salud Pública, Líder del programa de salud familiar | 20 | Wildy Alvarado / Líder de Salud Pública.; Eliana Gualdrón / Líder del programa de salud familiar. | 100% | La meta se logró durante el año 2022. Se fortaleció este enfoque mediante el establecimiento y fortalecimiento del Programa de Salud familiar , respondiendo a las necesidades de la población, enfocándose en gran medida en el área rural, en donde se muestra una mayor proporción de NBI. Mediante este programa que se constituyó en el centro del modelo de atención, así como en la implementación del MAITE según los lineamientos del gobierno nacional y anticipándose desde 2021 a la actual reforma en salud, orientando la implementación de APS. |
| | Desarrollar las actividades programadas en plan de acción Municipal MAITE que son responsabilidad del Hospital Regional de Monquirá E.S.E. | 1 | Subgerente Científico / Líder del programa de salud familiar | 50 | Karin Gamba / Subgerente Científico; Eliana Gualdrón / Líder del programa de salud familiar. | 100% | Semanalmente se realiza la visita de población rural del municipio para ampliar la cobertura y realizar canalización a los procesos de atención y realizar gestión del riesgo de salud del municipio |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|--|-----|---|-----|-------------------------------------|--------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | | | | | | | Se ha iniciado la certificación del hospital en la implementación de acciones para el fortalecimiento del mantenimiento de la salud y las visitas a espacios extramurales se han desarrollado con periodicidad ininterrumpida incluyendo a un medio familiar para realizar los acompañamientos. El programa de salud familiar logró la caracterización del 100% del área rural del municipio de Moniquirá. |
| | Realizar seguimiento a las actividades asignadas a la ESE del Plan de Acción Municipal de la mano con todos los actores del Sistema, (seguimiento anual) | 3 | Subgerente Científico - Líder de Salud Pública. | 10 | Karin Gamba / Subgerente Científico | 100% | A través de la implementación del Programa Integral de Salud Familiar se coordinan acciones intersectoriales para la gestión del riesgo en salud en el municipio de Moniquirá |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|--|-----|---|-----|--|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| Fortalecer los planes de intervenciones colectivas con las atenciones individuales, para tener resultados en salud, de manera permanente. | Participar ni la elaboración del Plan Territorial de Salud planeación cuatrienio 2020 - 2023 del municipio de Moniquirá | 1 | Gerente, Subgerente Científico - Líder de Salud Pública. | 10 | Jefe Wildy Alvarado Líder de Salud Publica | 100% | Se participó en la elaboración del ASIS municipal en 2020 que fue publicado en 2021 y se encuentra vigente |
| | Articular las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas a las acciones individuales programadas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud | 0 | Subgerente Científico - Líder de Salud Pública | 80 | Jefe Wildy Alvarado Líder de Salud Publica | 100% | De forma rutinaria, se ha realizado a través de la identificación, canalización (demanda inducida) de las acciones del POS en la actividad de visita domiciliaria del PIC, articulado y gestionado según MAITE de manera estratégica a través del programa de salud familiar. |
| | Evaluar el impacto en salud a través del Análisis de Situación en salud ASIS. | 4 | Subgerente Científico - Líder de Salud Pública - Asesor de Calidad y Planeación | 40 | Jefe Wildy Alvarado Líder de Salud Publica | 100% | se evalúa el impacto mensualmente a través del COVE, llevando indicadores trazadores de interés en salud pública |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|---|-----|---|-----|--|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Evaluar el cumplimiento de metas de la Ruta de Promoción Y Mantenimiento de la Salud semestralmente | 8 | Subgerente Científico, Líder del programa de salud familiar | 64 | Karin Gamba / Subgerente Científico; Eliana Gualdrón / Líder del programa de salud familiar. | 100% | En el comité de gerencia se hace la evaluación mensual de los indicadores del Programa Integral de Salud Familiar |
| Revisar, actualizar y ejecutar las acciones del plan de mejoramiento continuo con evaluaciones semestrales para cumplir con las normas del SOGCS | Actualizar el PAMEC | 4 | Líder de calidad | 42 | Dr. Francisco Huertas | 100% | Se realizó actualización del PAMEC y se envió oportunamente a la secretaria de salud de Boyacá, recibiendo aprobación y concepto favorable del mismo |
| | Presentación PAMEC ante la secretaria de SSB | 4 | Líder de calidad | 8 | Dr. Francisco Huertas | 100% | El PAMEC se elabora de manera articulada con los líderes de proceso y con un enfoque de acreditación. Se actualiza de manera anual. |
| | | | | | | 100% | Se realizó la actualización del PAMEC, su respectiva aprobación por SESALUB y envío de soportes de la ejecución con corte a junio 30. Actualmente y según programa de auditorías se está realizando seguimiento de cierre de la vigencia. |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|---|-----|---------------------|-----|-----------------------|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Ejecutar el PAMEC | 1 | Líder de calidad | 4 | Dr. Francisco Huertas | 100% | Al 30 de junio del 2023 o corte del primer semestre se realizó auditoria de seguimiento por parte del área de calidad y se evidencio un porcentaje de cumplimiento del PAMEC superior al 95% de las actividades comprometidas a desarrollar durante el primer semestre 2023. Actualmente se está haciendo consolidado de la ejecución a diciembre de las actividades planteadas |
| | Seguimiento y evaluación PAMEC | 2 | Líder de calidad | 8 | Dr. Francisco Huertas | 100% | Desde el área de calidad se hace seguimiento constante al cumplimiento de las metas de cada uno de los estándares. Con auditorías formales en los meses de julio y diciembre |
| Construir todos los procesos y procedimientos administrativos y asistenciales, presentarlos para aprobación e implementarlos en el año 2020. | Realizar inventario de los procesos y procedimientos, y cuales se deben implementar | 1 | Líder de calidad | 8 | Dr. Francisco Huertas | 100% | Actualmente en el SGC en la página Somos Remo se cuenta con 158 procedimientos y 7 caracterizaciones de proceso en conformidad con los requerimientos identificados de habilitación, los cuales se han actualizado, socializado y evaluado. |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|--|-----|---------------------|-----|-----------------------|--------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Revisar los procesos existentes y actualizarlos | 1 | Líder de calidad | 80 | Dr. Francisco Huertas | 100% | Actualmente en el SGC se cuenta con 1313 que han sido revisados y/o actualizados según los requerimientos del Hospital, de los cuales desde el área de calidad se cuenta con el respectivo control de calidad de estos |
| | levantamiento de información para construir los nuevos procesos. | 1 | Líder de calidad | 80 | Dr. Francisco Huertas | 100% | Se realizó un diagnóstico inicial de los procesos con los que cuenta la institución y se establecieron acciones para la generación de información dentro de la caracterización de procesos |
| | | | | | | | Se generó una base de datos única y organizada de los procesos dentro de la plataforma somos-remo en donde se encuentra el repositorio documental |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|---|-----|---|-----|--------------------------------------|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Socializar e implementación previa. | 1 | Líder de calidad | 20 | Dr. Francisco Huertas | 100% | A través de dos ferias de calidad en donde cada unidad funcional socializaba sus protocolos y manuales, se hizo proceso de socialización en los meses de mayo y julio, adicional de la medición de adherencia en el marco del proceso de certificación en condiciones de habilitación, se hacen evaluaciones periódicas como parte de los planes contractuales, así como de los procesos de inducción y reinducción |
| | Realizar el acto administrativo para su aprobación y publicación. | 1 | Gerente, Asesor Jurídico, Asesora de Calidad. | 1 | Luis Carlos Olarte Contreras Gerente | 100% | Los procesos y procedimientos no se encuentran adoptados por acto administrativo, sin embargo, estos se encuentran aprobados por acta de comité directivo y se ha realizado aprobación en el comité de gestión y desempeño |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|--|-----|--|-----|-----------------------------------|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Implementación en todas las áreas | 1 | Sugerente administrativo, Subgerente Científico | 1 | Karin Gamba Luis Antonio Pérez | 100% | Se ha realizado socialización y evaluación de procesos y procedimientos, así como medición de adherencia por parte de los líderes de unidades funcionales a sus equipos de trabajo y a través de ferias de calidad. |
| | Seguimiento permanente a la implementación. | 3 | Sugerente administrativo, Subgerente Científico, Líder de calidad. | 1 | Francisco Huertas | 100% | Desde el área de calidad se lidera la medición de adherencia de los procedimientos, en la cual se hace acompañamiento a los líderes de proceso y subproceso. |
| | Ajustar los procesos tanto misionales, como administrativos, de acuerdo con evaluaciones periódicas. | 40 | líder de calidad | 1 | Francisco Huertas | 100% | De acuerdo con los hallazgos en las mediciones de adherencia, se han replanteado y mejorado procesos y procedimientos, sus actualizaciones se encuentran en el control de calidad del SGC |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|---|-----|-----------------------------------|-----|-----------------------|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| Desarrollar e implementar las guías de práctica clínica de las primeras causas de morbilidad durante el primer semestre de 2021. | Establecer las primeras causas de morbilidad por urgencias, hospitalización y consulta externa. | 1 | Líder de Salud Pública | 2 | Wildy Alvarado | 100% | Desde el área de salud pública se actualiza el perfil epidemiológico del hospital, el cual se actualiza trimestralmente y es presentado en el COVE institucional |
| | Revisar y actualizar las guías existentes que correspondan a estas causas de morbilidad | 1 | Líder de Academia e Investigación | 2 | Eliana Lucía Gualdrón | 100% | Las GPC se encuentran adoptadas, se cuenta con instrumentos y procedimientos actualizados sobre la medición de adherencia, la cual se ha adelantado por servicios, teniendo en cuenta la primera causa de morbilidad por servicio y especialidad. |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|--|-----|---|-----|-----------------------|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Adoptar y adaptar las guías faltantes de acuerdo con las primeras causas de morbilidad | 1 | Gerente, Subgerente Científico, Líder de Academia e Investigación, Líder de calidad | 40 | Eliana Lucía Gualdrón | 100% | Las GPC se encuentran adoptadas, se cuenta con instrumentos y procedimientos actualizados sobre la medición de adherencia, la cual se ha adelantado por servicios, teniendo en cuenta la primera causa de morbilidad por servicio y especialidad. |
| | Socialización e implementación previa. | 1 | Subgerente científico, Líder de Academia e investigación, Líderes de unidades funcionales asistenciales | 50 | Eliana Lucía Gualdrón | 100% | Las GPC adoptadas se han socializado y evaluado por grupos focales, según unidades funcionales y servicios |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|--|-----|---|-----|--|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Aprobación de guías mediante acto administrativo | 1 | Gerente | 1 | Luis Carlos Olarte | 100% | Se cuenta con la Resolución 106 de 2022, 059 y 089 de 2023 |
| | Seguimiento a la adherencia a las guías y pertinencia | 8 | Subgerente Científico, Líder de Calidad, Líder de Academia e Investigación | 43 | Karin Gamba, Francisco Huertas, Eliana Lucía Gualdrón, | 100% | Las GPC adoptadas se han socializado y evaluado por grupos focales, según unidades funcionales y servicios |
| | Ajuste de guías acorde a seguimiento en su implementación | 1 | Subgerente Científico, Coordinador de Enfermería, líder de salud Pública y Asesora de Calidad | 40 | Eliana Lucía Gualdrón | 100% | Se revisaron y adoptaron las Guías del Ministerio de Salud y Protección Social |
| Organizar la dispensación de medicamentos por unidosis para el año 2020. | Documentar el proceso de dispensación por dosis unitaria SDMDU | 1 | Líder de farmacia, Líder de calidad | 20 | Rafael Bermúdez, Francisco Huertas | 100% | Se tiene documentado el proceso de suministro de unidosis a los servicios en medicamentos. Así mismo se cuenta con contrato de reempaque de medicamentos sólidos, ajuste de concentración y reenvase de medicamentos líquidos |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META | |
|-------|--|-----|-------------------------------------|-----|---|--------------------------------|--|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | | |
| | Elaborar el proyecto para el sistema de distribución de Medicamentos en dosis unitaria (SDMDU) | 1 | Líder de farmacia | 80 | Rafael Bermúdez Bastos, QF | 50% | El proyecto se encuentra en etapa de documentación por parte de las áreas de Farmacia y Planeación | |
| | Gestionar los recursos para la ejecución del proyecto para la distribución de medicamentos en dosis unitaria | 1 | Gerente | 10 | Dr. Luis Carlos Olarte Contreras, Gerente | 0% | Pendiente | |
| | Certificar el servicio farmacéutico en buenas prácticas de elaboración ante el Invima | 1 | Líder de Farmacia; Líder de calidad | 5 | Rafael Bermúdez Bastos; Francisco Huertas | 0% | Pendiente | |
| | Gestionar los eventos adversos por el uso de medicamentos y dispositivos médicos mediante los programas institucionales de farmacovigilancia y tecnovigilancia | 1 | Químico Farmacéutico | 19 | Rafael Bermúdez Bastos | 100% | Dentro del proceso se han gestionado e investigado los eventos relacionados con medicamentos y no solo los sucesos clasificados como eventos adversos si no también los incidentes | |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|---|-----|----------------------|-----|------------------------|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Retroalimentar a facturación sobre el proceso de dispensación y el cobro efectivo de los valores generados en el suministro de medicamentos a los usuarios. | 1 | Químico Farmacéutico | 20 | Rafael Bermúdez Bastos | 100% | Se inicio mesa de trabajo con el área de trabajo entre CEI y farmacia, con el fin de entrega de listado de medicamentos y precios que permita realizar cruce entre la información de las áreas. |

7.2. Objetivo 2

| | |
|---|---|
| AREA FUNCIONAL: | <u>DIRECCIÓN</u> |
| UNIDAD FUNCIONAL: | <u>SUBGERENCIA CIENTÍFICA - SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA</u> |
| OBJETIVO No. 2: | |
| Cumplir con el portafolio de servicios asignado en el rol de la ESE dentro del PTRRM de redes de ESE, con el objetivo de brindar atención integral a los usuarios con oportunidad, calidad e integralidad en la atención | |
| ESTRATEGIAS: | |

| |
|--|
| Ampliación del portafolio de servicios de la ESE |
| Mejorar el acceso y la oportunidad a los servicios de salud de los usuarios de las zonas rurales, realizando actividades extramurales de promoción y prevención y atención en áreas veredales, induciendo la demanda de servicios con el fin de mejorar el nivel de salud de la población. |
| Fortalecer y ampliar el alcance de la telemedicina en la institución, con el ánimo de optimizar el recurso humano especializado disponible. En este aspecto y dado el perfil epidemiológico del área de influencia se tendría que pensar en la viabilidad de implementar servicios como el de tele cardiología, tele neumología, Tele radiología, entre otros. |
| Creación de nuevos servicios mediante alianzas estratégicas con especialistas |

Tabla 48. Indicadores Objetivo 2.

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|---|-----|--|-----|--------------------------------|---|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| a | b | c | d | e | q | s | u |
| Desarrollar e implementar los servicios de urología, otorrino, oftalmología y medicina materno fetal, antes | Realizar proyecto para cada servicio, si ya está implementado realizar proyecto de ampliación de los servicios actuales | 1 | Subgerente Científico - líder de calidad | 50 | Karin Gamba, Francisco Huertas | 100% | Actualmente se ha abierto oferta para los servicios de Oftalmología, Urología y otorrinolaringología, además con cirugías también de estas especialidades, esto se ha logrado tras cumplimiento en metas de facturación de servicios, para el 2022 se está proyectando la apertura del servicio faltante, así mismo se materializó en 2023 el proyecto de la construcción de la UCI y convenio de asociación para habilitar los servicios de hemodinamia y RNM |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------------------|--|-----|---|-----|--|---|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| de finalizar 2020 | Programación para la implementación del proyecto | 1 | Subgerente Científico - líder de calidad | 20 | Karin Gamba | 100% | Los proyectos planteados interna y externamente se han implementado, actualmente en fase de ejecución UCI y hemodinamia |
| | Inscribir el servicio y habilitarlo | 1 | líder de calidad | 10 | Francisco Huertas | 100% | Los nuevos servicios derivados de estos proyectos se han inscrito correctamente en el REPS |
| | Contratar la venta de los servicios | 1 | Gerente, Subgerente administrativo, | 15 | Luis Carlos Olarte, Luis Antonio Pérez | 100% | Se llegan a acuerdos dentro de los contratos vigentes con cada una de las EAPB con las que se tiene convenio |
| | Programar y producir los servicios | 1 | Subgerente Científico, Líder ciclo interno económico, | 2 | Karin Gamba, Ivonne Vargas | 100% | Los nuevos servicios derivados de nuevos proyectos se encuentran con el debido agendamiento y producción que ha impactado favorablemente en la facturación de la entidad |
| | Evaluación de la ejecución financiera de cada proyecto | 2 | Contador, Coordinación Financiera Tesorería y Presupuesto Subgerencia Administrativa, | 16 | Luis Flórez; Cristian Franco; Luis Antonio Pérez | 100% | Cada proyecto desde el área de planeación cuenta con la respectiva evaluación financiera y económica que muestra la sostenibilidad de estos |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|---|-----|--|-----|--|---|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| Implementar la UCI adulto durante 2020. | elaboración del proyecto para implementación de UCI | 1 | Gerente- jefe Oficina Asesora de planeación | 16 | Luis Carlos Olarte; Diego Rivera | 100% | Proyecto elaborado, viabilizado y hecho realidad mediante convenio interadministrativo 2576 de 2023 con la gobernación de Boyacá |
| | Definir fuentes de financiación para la ejecución | 1 | Gerente-Subgerente administrativo; jefe Oficina Planeación. | 1 | Luis Carlos Olarte; Luis Antonio Pérez; Diego Rivera | 100% | Fuentes de financiación definidas en el proyecto, así: \$5.000 millones a cargo de la gobernación y 8 millones a cargo del Hospital |
| | Adecuación de la infraestructura | 1 | Subgerente Administrativo y financiero | 50 | Luis Antonio Pérez | 100% | Se realizaron las adecuaciones necesarias para poner en funcionamiento la unidad de cuidado intensivo, la cual cuenta con la habilitación por parte de SESALUB. Actualmente se está ejecutando el proyecto de construcción de la nueva unidad |
| | Contratación del talento Humano | 1 | Gerente-Subgerente Científico-Subgerente administrativo y financiero | 50 | Luis Carlos Olarte; Karin Gamba; Luis Antonio Pérez | 100% | Se ha garantizado la contratación del 100% del personal de cuidado intensivo de acuerdo con la ocupación contando con médicos intensivista 24 horas |
| | Adquisición de los equipos e insumos | 1 | Subgerente Científico - Subgerente administrativo y financiero | 32 | Karin Gamba; Luis Antonio Pérez | 100% | Se ha garantizado la adquisición de insumos necesarios para el funcionamiento de la unidad de cuidado intensivo de acuerdo con la ocupación |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|--|-----|--|-----|-----------------------------------|---|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Habilitación del servicio | 1 | Líder de calidad | 10 | Francisco Huertas | 100% | El servicio se encuentra habilitado de forma permanente ante la SSB |
| | Contratación con las EPS | 1 | Gerente; Líder CEI | 40 | Luis Carlos Olarte; Ivonne Vargas | 100% | Se encuentra facturando los servicios en los términos definidos por la norma servicios, a la facturación de estos se les realiza preauditoria limitando glosas por procedimiento y garantizando un pago completo del servicio |
| | Evaluación de la ejecución financiera del proyecto | 1 | Dirección Financiera; jefe Oficina Planeación | 3 | Cristian Franco; Diego Rivera | 100% | Se realiza seguimiento a la facturación y cobro de cartera semanal en los comités los martes, pendiente revisar costo y gasto de la unidad |
| Implementar equipos de gestión del riesgo en salud dirigido a atención de la población rural, durante 2020. | Conformar los equipos de gestión de riesgo, enfermera, psicóloga y Aux de enfermería | 2 | Subgerente Científico; Líder de Salud Familiar | 12 | Karin Gamba; Eliana Gualdrón | 100% | Equipos conformados por Médico especialista en Medicina Familiar, Médico General, Enfermera, Psicóloga y Agentes en Salud, teniendo unos resultados de mejoramiento en el estado de la salud de los pacientes del 100% por el acompañamiento permanente |
| | Programar jornadas de salud de atención extramural en sitios estratégicos a nivel rural. | 24 | Subgerente Científico; Líder de Salud Familiar | 12 | Karin Gamba; Eliana Gualdrón | 100% | Se realiza la sensibilización en reuniones con la comunidad y a partir de ellas de se proyectaron para inicio en agosto de 2021, los cuales ya dieron inicio |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|--|-----|--|-----|---------------------------------|---|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Informe de la situación en salud y condiciones sociales (SIBACOM) | 9 | Líder de salud familiar; Líder de salud pública | 3 | Eliana Gualdrón; Wildy Alvarado | 100% | Se inició la caracterización de los grupos familiares y elaboración de plan de cuidado familiar de las veredas Maciegal y Pila Grande para seguimiento del equipo multidisciplinario en salud |
| | Elaborar el Proyecto de adquisición de unidad móvil | 1 | Subgerencia científica; Jefe Oficina Asesora de planeación | 1 | Karin Gamba; Diego Rivera | NA | Teniendo en cuenta los resultados del programa de manera presencial y el acompañamiento que se ha venido dando y los resultados presentados, además de la representación en inversión y el beneficio adicional que pueda presentar una unidad móvil para el municipio y el área de influencia, se ha determinado no hacer la inversión |
| | Gestionar y ejecutar el proyecto de adquisición de la unidad móvil | 1 | Gerente | 1 | Luis Carlos Olarte | 0% | Teniendo en cuenta los resultados del programa de manera presencial y el acompañamiento que se ha venido dando y los resultados presentados, además de la representación en inversión y el beneficio adicional que pueda presentar una unidad móvil para el municipio y el área de influencia, se ha determinado no hacer la inversión |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|---|-----|---------------------|-----|-------------------|---|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| Implementar los servicios de tele salud antes de finalizar 2021. | Habilitar los servicios de Tele salud en las modalidades de: Tele experticia para UCI como entidad remitora, Telexperticia para especialidades ambulatorias como entidad de referencia, telemedicina interactiva para el servicio de medicina general e iniciar los servicios de tele salud en la modalidad teleorientacion en salud. | 1 | Líder de calidad | 20 | Francisco Huertas | 0% | Durante la vigencia 2020 se adelantaron acciones de consecución de elementos importantes para la prestación del servicio de telemedicina, además del personal, de apoyo y los espacios necesarios, sin embargo, no se ha conseguido un proveedor de telemedicina con el que se pueda iniciar la prestación del servicio |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 31 DE DICIEMBRE DE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|--|-----|--|-----|-------------------------------|---|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Prestar los servicios de Telesalud en las modalidades de: Tele experticia para UCI como entidad remitora, Telexperticia para especialidades ambulatorias como entidad de referencia, telemedicina interactiva para el servicio de medicina general e iniciar los servicios de tele salud en la modalidad teleorientacion en salud y telerradiografía según demanda | 1 | Subgerente Científico | 20 | Karin Gamba | 0% | Se cuenta con un intensivista en el servicio de UCI las 24 horas del día, esto con el fin de garantizar un excelente cubrimiento y atención a los pacientes en el área, de igual manera se ha intentado complementar el servicio con las referencias recibidas de instituciones dentro del a red brindar acompañamiento para que los pacientes se les garantice una alta calidad de la atención incluso momentos antes de su arribo a la institución |
| | Evaluación de la ejecución financiera del proyecto | 2 | Dirección Financiera; Jefe Oficina de Planeación | 20 | Cristian Franco; Diego Rivera | 100% | Se cuenta con la evaluación del proyecto, no se ha adelantado por imposibilidad fáctica |

7.3. Objetivo 3

| | |
|--|--|
| AREA FUNCIONAL: | <u>DIRECCIÓN</u> |
| | SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - OFICINA ASESORA |
| UNIDAD FUNCIONAL: | <u>JURÍDICA</u> |
| OBJETIVO No. | |
| <u>3:</u> | |
| Organizar la contratación de venta de servicios asistenciales, para que la ESE fortalezca sus ingresos y logre su autosostenibilidad, antes del 31 de diciembre de 2020. | |
| ESTRATEGIAS: | |
| Renegociar los contratos de capitación suscritos con las EPS, de tal manera que sean equitativos y cuyas metas sean alcanzables, medibles, reales, acordes a la población objetivo y al perfil epidemiológico, ajustando frecuencias de uso, teniendo en cuenta el factor de dispersión poblacional. | |
| Realizar mercadeo de la ESE en todos los municipios de su área de influencia | |
| Diseñar y poner en funcionamiento una central desde donde se coordine el sistema de referencia y contrarreferencia del área de influencia. | |
| METAS: | |
| Formalizar mediante contrato la venta de servicios de salud con las diferentes EPS, antes del 30 de septiembre de 2020. | |

| |
|--|
| Organizar el portafolio de servicios de la ESE y remitirlo a todos los aseguradores ofreciendo los servicios e indicando la disposición de celebrar contrato para atención de sus usuarios, antes del 31 de julio de 2020. |
| Elaborar un plan de mercadeo para oferta de servicios a los usuarios de los municipios del área de influencia, durante el segundo semestre de 2020. |
| Organizar el proceso de referencia y contra referencia, asignado personal suficiente que permita su operación antes del 30 de septiembre de 2020. |

Tabla 49. Indicadores Objetivo 3

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|---|-----|---|-----|-----------------------------------|--------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| a | b | c | d | e | q | s | u |
| Formalizar mediante contrato la venta de servicios de salud con las diferentes EPS, antes del 30 de septiembre de 2020. | Propuesta de contratos ante las EPS | 1 | Coordinador del ciclo Interno | 80 | Ivonne Vargas | 100% | Se adelanto la contratación y renovación de algunos contratos con EPS, estableciendo ajustes a tarifas |
| | Negociación de las condiciones del contrato | 1 | Gerente, Coordinador Ciclo interno económico. | 75 | Luis Carlos Olarte; Ivonne Vargas | 100% | se celebraron contratos con las entidades para adelantar la negociación respectiva. |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|--|-----|---|-----|------------------------------------|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Legalizar el contrato | 1 | Gerente, Asesor Jurídico. | 16 | Luis Carlos Olarte; Javier Flechas | 100% | Contratos con las 6 EAPB con las que se cuenta contrato, actualizados |
| | Parametrización del contrato en el sistema. | 1 | Líder CEI; Líder de sistemas | 40 | Ivonne Vargas; Eduardo Mateus | 100% | Se realizó parametrización del sistema de acuerdo con la nueva contratación se ha efectuado la actualización de la parametrización correspondiente. |
| | Socialización a todas las dependencias de los contratos y condiciones. | 1 | Coordinador de ciclo interno económico. | 12 | Ivonne Vargas | 100% | En las reuniones de ronda medica el CEI ha realizado la socialización de las condiciones contractuales que han variado, así mismo al equipo del CEI encargado del proceso de facturación. |
| | Seguimiento a la ejecución del contrato | 1 | Coordinador de ciclo interno económico | 12 | Ivonne Vargas | 100% | En el comité semanal de cartera se realiza seguimiento a la contratación teniendo en cuenta el régimen de contratación y la modalidad. Esto acompañado de un seguimiento de cartera permanente por parte del líder del ciclo económico interno y se presentan avances de manera periódica semanal a gerencia en las reuniones |
| Organizar el portafolio de servicios de la ESE y remitirlo a todos los aseguradores ofreciendo los | Estudio del portafolio actual | 1 | Líder CEI | 1 | Ivonne Vargas | 100% | A corte del mes de junio se ha venido desarrollando el portafolio de servicios por parte de la líder de comunicaciones, en apoyo de todas las unidades funcionales, Experiencia al usuario, calidad y planeación, posteriormente a los ajustes se presenta ante la gerencia para su publicación |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|---|-----|---------------------|-----|---------------|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| servicios e indicando la disposición de celebrar contrato para atención de sus usuarios, antes del 31 de julio de 2020. | Actualización del portafolio de servicios | 1 | Líder CEI | 1 | Ivonne Vargas | 100% | se elaboró portafolio de servicios con el apoyo del área de comunicaciones quien a su vez se encuentra realizando. ajustes gráficos al mismo |
| | Envío y socialización del portafolio a las distintas EPS cada 6 meses actualizado | 1 | Líder CEI | 1 | Ivonne Vargas | 75% | Portafolio socializado y enviado a las EPS. |
| | Realizar el seguimiento a las necesidades de los nuevos servicios | 1 | Líder CEI | 1 | Ivonne Vargas | 100% | Se hizo apertura de servicios nuevos de acuerdo con las necesidades como cirugía ortopedia de mayor complejidad (reemplazo de cadera), laparoscopia, y están en trámite proyectos de imágenes diagnosticas. Se han desarrollado herramientas de planeación costeo para cada proyecto. |
| Elaborar un plan de mercadeo para oferta de servicios a los usuarios de los municipios del área de influencia, durante el segundo semestre de 2020. | Estudio de mercado a los usuarios de los municipios de alta influencia | 1 | Líder CEI | 22 | Ivonne Vargas | 100% | Se ha revisado de manera consensuada de bases de datos oficiales de los municipios y entidades gubernamentales, además de nuestras propias bases de datos, la cantidad de pacientes que |
| | Creación del plan de mercadeo | 1 | Líder CEI | 32 | Ivonne Vargas | 100% | Dentro del proceso se ajustó el contrato de Sandra Barrera para que se iniciara con el desarrollo de proceso de mercadeo |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|--|-----|---|-----|-------------------------------|--------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Socialización EPS oferta de servicios según necesidades | 1 | Líder CEI | 20 | Ivonne Vargas | 100% | De acuerdo con el vencimiento contractual se han venido socializando con las EPS, para actualizar la contratación. |
| | Medición de resultado de la cantidad de servicios solicitados de la oferta | 1 | Líder CEI | 21 | Ivonne Vargas | 100% | se realiza medición diaria de la productividad por da área vs demanda insatisfecha. Aunado a eso se realiza medición de producción vs facturación. Revista medico administrativa diaria. |
| Organizar el proceso de referencia y contrarreferencia, asignado personal suficiente que permita su operación antes del 30 de septiembre de 2020. | revisar el proceso de referencia y contrarreferencia. | 1 | Líder de CEI; Líder de referencia y contrarreferencia | 8 | Ivonne Vargas; Fernando Ariza | 100% | Se realizó revisión del procedimiento y se plantearon actividades de mejora y se hace referenciación con hospitales externos para la mejora del proceso. Se cuenta desde el mes de marzo de 2023 con líder del proceso |
| | Adaptarlo y socializarlo al nuevo modelo de administración | 1 | Líder de calidad | 8 | Francisco Huertas | 100% | se documentó el proceso de referencia y contrarreferencia, y socializo con el personal que interactuar con el procedimiento. |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2023 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|--|-----|-----------------------------|-----|----------------------------------|--------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Evaluar la efectividad del proceso de referencia y contrarreferencia | 1 | líder de calidad, Líder CEI | 25 | Francisco Huertas; Ivonne Vargas | 100% | con la socialización se programó con corte 30 de septiembre evaluación y adherencia del procedimiento. |

7.4. Objetivo 4

| | |
|---|--|
| AREA FUNCIONAL: UNIDAD FUNCIONAL: OBJETIVO No. <u>4</u> : | <u>DIRECCIÓN</u> OFICINA ASESORA SISTEMA INTEGRAL DE <u>INFORMACIÓN</u> |
| Organizar el sistema de información integral de la ESE basado en un fortalecimiento del software y hardware, antes del 31 de diciembre de 2021 | |
| ESTRATEGIAS: | |
| Adquirir e implementar un software integral de información que incluya los aspectos administrativos, financieros y de informes a antes de control y vigilancia. | |

| |
|--|
| Organizar e implementar el sistema integral de información institucional |
| Implementar el servicio de Internet de banda ancha en cada ESE de primer nivel que permita la comunicación permanente y efectiva entre las sedes para la coordinación de actividades y el seguimiento a procesos misionales. |
| METAS: |
| Elaborar el proyecto para adquisición del sistema integral de información para la ESE, antes del 31 de agosto de 2020. |
| Buscar los recursos financieros para ejecutar el proyecto de sistema integral de información antes del 31 de diciembre de 2020. |
| Diseñar el flujo de información de cada una de las dependencias, según los procesos definidos y preparar la institución para iniciar la automatización de estos, antes del 31 de diciembre de 2020. |
| Organizar la interrelación con las ESE de primer nivel, de tal manera que pueda brindarse atención oportuna a los usuarios que lo requieran, antes del 31 de diciembre de 2020. |

Tabla 50. Indicadores Objetivo 4

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|--|-----|-----------------------|-----|----------------|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| a | b | c | d | e | q | s | u |
| Elaborar el proyecto para adquisición del sistema integral de | Elaboración de Proyecto para la adquisición de | 1 | Ingeniero de Sistemas | 4 | Eduardo Mateus | 100% | se elaboraron los estudios previos, en donde se fijaron las condiciones de hardware y software requeridas |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|---|-----|--|-----|--|--------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| información para la ESE, antes del 31 de agosto de 2020. | Sistema Integral de Información | | | | | | por la institución. Además de una investigación exhaustiva del software que se ajusta mejor a la institución, su complejidad y balance de crecimiento a mediano y largo plazo |
| | Revisión de Proyecto para la adquisición de Sistema Integral de Información | 1 | Subgerencia Administrativa Gerencia | 5 | Luis Carlos Olarte Contreras Luis Antonio Pérez | 100% | se realizó presentación de los documentos soporte para la adquisición de sistema de información, la cual fue aprobada por la gerencia., la compra del software de la empresa SYAC con dinámica gerencial y se establecieron parámetros de seguimiento del seguimiento al proyecto desde su entrada en producción el 1 de octubre de 2021 |
| | Aprobación de Proyecto para la adquisición de Sistema Integral de Información | 1 | Gerencia | 2 | Luis Carlos Olarte Contreras | 100% | se aprobó la adquisición de sistema de información de SYAC software dinámica gerencial |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|---|-----|------------------------------------|-----|------------------------------|--------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Hacer tramite de la inscripción del proyecto en la secretaria de Planeación, y la oficina de planeación de la secretaría de salud | 1 | Jefe Oficina Asesora de Planeación | 4 | Diego Rivera | 100% | no se realizó inscripción de proyecto, por las condiciones comerciales ofertadas por el proveedor. Más sin embargo el Hospital adelantó la gestión y con recursos propios se materializó el proyecto |
| | Inscribir el proyecto en el plan bienal de inversiones. | 1 | Jefe Oficina Asesora de Planeación | 4 | Diego Rivera | 100% | No se presenta el proyecto ante el ministerio de salud ya que no aplica para apoyo institucional ya que la adquisidora se hizo con recursos propios |
| Buscar los recursos financieros para ejecutar el proyecto de sistema integral de información antes del 31 de diciembre de 2020. | Presentar el proyecto ante la secretaria de salud, gobernación departamental para solicitar la financiación de este. | 1 | Gerencia | 2 | Luis Carlos Olarte Contreras | 100% | No se adelantó gestión de recursos ante el ministerio de las TIC, teniendo en cuenta la premura en la instalación y las condiciones comerciales propuestas. |
| | Presentar el proyecto ante el ministerio de salud y ante el MINTIC solicitando | 1 | Gerencia | 4 | Luis Carlos Olarte Contreras | 100% | Se adelantó el proyecto en 2022 en recursos propios |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|---|-----|-------------------------------|-----|------------------------------|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | cofinanciación de este. | | | | | | |
| | Presentar el proyecto ante empresas privadas que estén interesadas en aportar recursos al proyecto. | 1 | Gerencia | 4 | Luis Carlos Olarte Contreras | 100% | Se adelantó el proyecto en 2022 en recursos propios |
| | Definir las fuentes ciertas de financiación para el proyecto | 1 | Gerencia | 4 | Luis Carlos Olarte Contreras | 100% | Se cuenta con Recursos propios para la ejecución del proyecto de adquisición |
| | Realizar los convenios necesarios para concretar estos apoyos | 1 | Gerencia | 4 | Luis Carlos Olarte Contreras | 100% | Se cuenta con Recursos propios para la ejecución del proyecto de adquisición |
| | Destinar recursos propios necesarios para cofinanciar el proyecto | 1 | Gerencia | 4 | Luis Carlos Olarte Contreras | 100% | El sistema de información se encuentra en total funcionamiento a corte con los módulos adquiridos por el hospital y cuenta con soporte 24hr y de soporte interno para parametrización y para configuración dentro del sistema |
| Diseñar el flujo de información de cada una de las dependencias, según los procesos | Diseñar el flujo de información de cada uno de los procesos y procedimientos. | 1 | Líder de sistemas, Líderes de | 40 | Eduardo Mateus | 100% | Se cuenta con un avance de 50 subprocesos caracterizados de 54 con proyección de término del mes de diciembre |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|---|-----|---|-----|-------------------|--------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| definidos y preparar la institución para iniciar la automatización de estos, antes del 31 de diciembre de 2020. | | | unidades funcionales | | | | |
| | Diseñar los formatos en los cuales se plasmará la información que se requiere en cada dependencia. | 1 | Líder de Calidad | 40 | Francisco Huertas | 100,00% | Se han hecho cargue de 13 plantillas institucionales para la estandarización de la información y el cumplimiento normativo de la misma de un total de 13 plantillas plantillas proyectadas |
| | Implementación de los formatos de recolección de información de cada proceso y validación de estos. | 1 | Líder de calidad Líderes de unidades funcionales | 40 | Francisco Huertas | 100% | Con el sistema de información se cuenta con un ingeniero dedicado a la producción de informes basados en el registro de información en los diferentes módulos de funcionamiento del sistema de información Dinámica gerencial, ya se cuenta con informes específicos para los seguimientos allí implementados |
| | Parametrización requerida para el proyecto del sistema de información integral. | 1 | | 40 | | 100% | A corte Junio 2022 se venido realizando acompañamiento presencial por 40 días de ingeniero de SYAC para complementar la parametrización del sistema y poner en funcionamiento el 100% de las unidades adquiridas para corte de Junio de 2022 se realizó parametrización de la HC de mantenimiento de la salud Py se otorgó permiso para su uso y de allí |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE DICIEMBRE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|---|-----|-------------------------|-----|-------------------|--------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | | | | | | | se obtendrán reportes de información para EPS contratadas |
| Organizar la interrelación con las ESE de primer nivel, de tal manera que pueda brindarse atención oportuna a los usuarios que lo requieran, antes del 31 de diciembre de 2020. | Consultar con las ESE de referencia, qué tipo de Software tienen para el manejo de la historia clínica de los usuarios y el manejo de referencia y contrarreferencia. | 1 | Líder de calidad | 8 | Francisco Huertas | 100% | Se construyeron acciones tendientes a la mejora de los procesos, con la generación e informes en formatos planos obtenidos del sistema para la divulgación de procesos |
| | Definir la información que se requiere para la referencia y contrarreferencia de los usuarios con cada una de las ESE. | 1 | Líder de Referencia | 8 | Fernanda Ariza | 100% | se definición la información necesaria en el procedimiento de referencia y contrarreferencia desarrollado por el CEI |
| | Definir las interfaces necesarias para trabajar en línea con nuestro primer nivel de atención | 1 | Líder de Salud Familiar | 8 | Eliana Gualdrón | 100% | Se cuenta con las interfases entre los sistemas desarrolladas sin embargo estas no se han puesto en marcha ya que se necesita garantizar la seguridad e la información dentro del sistema |

7.5. Objetivo 5.

| | |
|---|---|
| AREA FUNCIONAL: | <u>DIRECCIÓN</u> |
| | OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN – SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y |
| UNIDAD FUNCIONAL: | <u>FINANCIERA</u> |
| OBJETIVO No. | |
| 5: | |
| Fortalecer la conservación de la infraestructura y fortalecimiento de la dotación tecnológica de la ESE, con el objetivo de cumplir los estándares de calidad permanentemente, en beneficio de los usuarios. | |
| ESTRATEGIAS: | |
| Establecer un programa de mejoramiento de la dotación tecnológica. Estos proyectos se estarían presentando a los diferentes organismos gubernamentales para gestionar su viabilizarían. | |
| Elaborar y dar cumplimiento al programa del mantenimiento hospitalario que impacte sobre la infraestructura y equipo biomédico. | |
| METAS: | |
| Elaborar y ejecutar el plan de mantenimiento hospitalario para el segundo semestre de 2020, antes del 31 de julio de 2020. | |
| Elaborar y ejecutar el plan de mantenimiento hospitalario para las vigencias 2021 a 2023 acorde con los lineamientos existentes. | |
| Elaborar un proyecto de modernización tecnológica cada semestre y asegurar su financiación interna o externa. | |

Tabla 51. Indicadores Objetivo 5.

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|--|-----|--|-----|---|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| a | b | c | d | e | q | s | u |
| Elaborar y ejecutar el plan de mantenimiento hospitalario para el segundo semestre de 2020, antes del 31 de julio de 2020. | Plan de mantenimiento de infraestructura | 1 | Subgerente administrativo- recursos físicos | 2 | Luis Antonio Pérez; Estrella Molina | 100% | Dentro de los planes de mantenimiento se ha venido desarrollando con la normalidad que garantiza el estado funcional de las instalaciones y equipos |
| | plan de mantenimiento de equipos biomédicos e industriales | 1 | Subgerente administrativo- recursos físicos- Biomédico | 2 | Luis Antonio Pérez; Estrella Molina; Javier Enciso | 100% | Dentro de los planes de mantenimiento se ha venido desarrollando con la normalidad que garantiza el estado funcional de las instalaciones y equipos |
| | plan de mantenimiento de equipos de computo | 1 | Subgerente administrativo- recursos físicos- Ingeniera de sistemas | 2 | Luis Antonio Pérez; Eduardo Mateus | 100% | Se contrato el arriendo de quipos de computo nuevos en donde el proveedor garantiza el mantenimiento de los equipos además de la adquisición de licencias de Microsoft 365 para su funcionamiento habitual |
| | plan de mantenimiento de muebles y enseres | 1 | Subgerente administrativo- recursos físicos | 2 | Luis Antonio Pérez; Estrella Molina | 100% | Dentro de los planes de mantenimiento se ha venido desarrollando con la normalidad que garantiza el estado funcional de las instalaciones y equipos |
| | Ejecución y monitoreo para cada uno de los planes de acuerdo con las fechas establecidas de cada plan. | 3 | Subgerente administrativo- recursos físicos- Ingeniera de sistemas | 60 | Luis Antonio Pérez; Estrella Molina; Eduardo Mateus | 100% | De manera semanal se entrega informe del seguimiento a los planes de mantenimiento |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|--|-----|--|-----|---|-------------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| Elaborar y ejecutar el plan de mantenimiento hospitalario para las vigencias 2021 a 2023 acorde con los lineamientos existentes. | plan de mantenimiento de infraestructura | 3 | Subgerente administrativo-recursos físicos | 25 | Luis Antonio Pérez; Estrella Molina | 100% | Dentro de los planes de mantenimiento se ha venido desarrollando con la normalidad que garantiza el estado funcional de las instalaciones y equipos |
| | plan de mantenimiento de equipos biomédicos | 3 | Subgerente administrativo-recursos físicos-Biomédico | 60 | Luis Antonio Pérez; Javier Enciso | 100% | Dentro de los planes de mantenimiento se ha venido desarrollando con la normalidad que garantiza el estado funcional de las instalaciones y equipos |
| | plan de mantenimiento de equipos de computo | 3 | Subgerente administrativo-recursos físicos-Ingeniera de sistemas | 40 | Luis Antonio Pérez; Estrella Molina; Javier Enciso. | 100% | Se saco de servicio los equipos obsoletos y se entregaron equipos nuevos y cubrieron las necesidades de los servicios prestados en cada uno de las evaluaciones |
| | plan de mantenimiento de muebles y enseres | 3 | Subgerente administrativo-recursos físicos | 45 | Luis Antonio Pérez; Estrella Molina | 100% | Se ha planificado junto con el contratista de las temporales quienes tienen la obligación también de garantizar el tema de puestos de trabajo un costo mensual ya asumido dentro del contrato para el mantenimiento de puestos de trabajo que ellos disponen dentro de la institución |
| | Ejecución y monitoreo para cada uno de los planes de acuerdo con las fechas establecidas de cada plan. | 25 | Líder de Almacén, Subgerente Administrativo | 40 | Luis Antonio Pérez ; Estrella Molina | 100% | Se adelantan verificaciones semanales de las actividades de mantenimiento además de la entrega mensual de informe de actividades por cada responsable. |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|--|-----|---|-----|--|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| Elaborar un proyecto de modernización tecnológica cada semestre y asegurar su financiación interna o externa. | Identificar cuáles son las necesidades de modernización tecnológica de la ESE. | 1 | Gerente-Subgerente administrativo-subgerencia científica-ing sistemas-ing biomedico-recursos físicos-lider de calidad | 20 | Luis Carlos Olarte; Luis Antonio Pérez; Karin Gamba; Eduardo Mateus; Javier Enciso; Estrella Molina; Francisco | 100% | Se está adelantando plan de Re-potencialización de equipos de cómputo y se fijó un plan de reposición de equipos de manera única con 80 equipos adquiridos a manera de arriendo |
| | Priorizar cuales son los proyectos para elaborar cada semestre. | 1 | Gerente, Subgerente | 8 | | 100% | De acuerdo con los recursos disponibles, se ha modernizado el sistema de información institucional y algunos equipos de cómputo, teniendo en cuenta la inversión realizada. |
| | Elaborar los proyectos correspondientes definidos por la ESE | 1 | Líder de Calidad, Ing., Sistemas, Subgerente Científico | 10 | Ing. sistemas | 100% | Proyectos de modernización tecnológica ejecutados entre 2021 y 2022 |
| | Viabilizar los proyectos | 1 | Gerente, Subgerente Científico, Subgerente Administrativo-Coordinadora financiera tesorería y presupuesto. | 3 | Subgerente administrativo | 100% | se viabilizaron dos proyectos (sistema de información- recambio de equipos y Re potencialización). Además del cambio del equipo de tomografía teniendo en cuenta la falla del anterior |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|--|-----|--|-----|-------------------------|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Ejecutarlos y hacerles el seguimiento. | 1 | Subgerente Administrativo, Subgerente Científico, Ing., Sistemas, líder de calidad, líder de recursos físicos, asesor jurídico interno | 5 | Asesor Jurídico interno | 100% | Se les hace seguimiento de manera semanal a los proyectos de interés institucional |

7.6. Objetivo 6

| | |
|---|---|
| AREA FUNCIONAL: | <u>DIRECCIÓN</u> |
| UNIDAD FUNCIONAL: | <u>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</u> |
| OBJETIVO No. | _____ |
| <u>6:</u> | |
| Fortalecer el área financiera de la ESE, mediante el desarrollo de los componentes de facturación, costos hospitalarios y control de gastos y costos, para obtener recursos oportunos para el normal funcionamiento de la ESE en desarrollo de su objeto social. | |
| ESTRATEGIAS: | |

| |
|--|
| Fortalecer el servicio de facturación en todas las dependencias que prestan servicios |
| Mejorar e intensificar la gestión Administrativa de cobro y recaudo. |
| Construir e implementar el sistema de costos y monitoreo de cada una de las unidades funcionales para toma de decisiones oportunas |
| METAS: |
| Organizar el proceso de admisión, facturación y cartera como un proceso integral, continuo, oportuno y eficiente, antes del 31 de julio de 2020 y realizar seguimiento permanente a su funcionamiento. |
| Establecer el sistema de costos hospitalarios, durante 2021. |
| Establecer un plan de compras conjuntas con los demás hospitales públicos, cercanos a la ESE, antes del 31 de diciembre de 2020. |

Tabla 52. Indicadores Objetivo 6

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|---|-----|--|-----|-------------|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| a | b | c | d | e | q | s | u |
| Organizar el proceso de admisión, facturación y cartera como un proceso integral, | Organizar el proceso de admisión desde donde comienza hasta donde termina | 1 | Líder de facturación-apoyo facturación-coordinador ciclo interno económico | 30 | CEI | 100% | se elaboraron procedimientos y restructuración interna, con documentación y participación de los miembros del proceso, estando pendiente aprobación por gerencia |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|---|-----|---|-----|-------------|-------------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| continuo, oportuno y eficiente, antes del 31 de julio de 2020 y realizar seguimiento permanente a su funcionamiento. | Organizar proceso de facturación | 1 | Líder de facturación-coordinador ciclo interno económico | 30 | CEI | 100% | El ciclo económico pasa a la administración propia del hospital y se garantiza un flujo de información y seguimiento por parte interna con la contratación de nuevos líderes de proceso además de la verificación y auditoría médica de cuentas |
| | organizar proceso de cartera | 1 | Subgerente administrativo Coordinador ciclo interno económico-auxiliar cartera-jurídico externo | 10 | CEI | 100% | Ase cuenta con seguimiento semanal de la cartera además de un control diario de la misma contando así con cartera actualizada y reconocimientos oportunos que garantizan el flujo de recursos |
| | Armonización de los procesos de admisión, facturación y cartera | 1 | Líder de facturación-coordinador ciclo interno económico, auxiliar cartera, jurídico externo | 50 | CEI | 100% | con el fin de buscar la integralidad del proceso se capacito al personal que forma parte del CEI, efectuando rotación continua por todas áreas que forman parte del ciclo. |
| Establecer el sistema de costos hospitalarios, durante 2021. | Desarrollar un aplicativo de costos | 1 | Aplicativo Software | ## | CEI | 100% | Se actualizo para el mes de abril el seguimiento al proceso se eliminaron unidades de costos y se actualizaron los nuevos servicios prestados |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|--|-----|---|-----|---------------------------|-------------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Definir toda la información que se requiere en cada uno de los centros de costos | 1 | Contador , coordinador Ciclo interno económico- líder de facturación, dirección financiera. | 80 | Contador | 100% | se ha realizado la entrega de la información de información de costos a la subgerencia administrativa y ministerio de hacienda de acuerdo a las solicitudes. |
| | Realizar un primer estudio de costos por actividades y por centros de costos. | 1 | Subgerencia científica, Auditor médico, líder de facturación, dirección financiera, contador subgerencia administrativa, líder ciclo interno económico, líder calidad, químico F. | 50 | Subgerente Científico | 100% | se adelantó la consolidación de la información para su entrega a la subgerencia a administrativa y min hacienda para el desarrollo de las actividades. |
| | Crear el comité de seguimiento a costos hospitalarios | 1 | Subgerente Científico | 2 | Subgerente administrativo | 0% | Se ha venido revisando de manera permanente el adelanto al estudio de costos, estudiando primero la producción consulta de especialidad y el costo en recursos que está teniendo el servicio en cuestión de recursos. No se ha creado ni se encuentra en funcionamiento el comité |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|---|-----|--|-----|----------------------------|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Tener en cuenta la información de costos para la contratación de la venta de servicios | 1 | Auditor médico, líder de facturación | 4 | Auditor Medico | 100% | las propuestas de nuevos servicios se han realizado con base al detallado de costos de la institución para lograr una negociación real con cada EPS. Pendiente el costo a negociar por costo de unidad capitada |
| | Seguimiento y control a los informes periódicos de costos | 1 | contador , coordinador ciclo interno económico líder de facturación, dirección financiera. | 2 | CEI | 100% | De manera semanal se presenta información de gastos y costos de manera presupuestal |
| Establecer un plan de compras conjuntas con los demás hospitales públicos, | Determinar con quien se va a realizar la alianza. Establecer los procesos de las compras conjuntas. | 1 | Subgerencia administrativa, almacén, jurídico | 1 | Subgerencia Administrativa | 100% | Se hizo análisis costo/beneficio y de factibilidad operacional, pero en ambos casos no resultó conveniente, se implementaron compras electrónicas a través del SECOP II |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|---|-----|---|-----|----------------------------|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| cercaños a la ESE, antes del 31 de diciembre de 2020. | Definir los bienes y servicios que se van a adquirir de manera conjunta. | 1 | gerente-Subgerencia administrativa, jurídico, almacén, químico farmacéutico | 15 | CEI | 100% | Las condiciones especiales de mercado no han permitido realizar adquisiciones conjuntas dado el desabastecimiento de algunos insumos por pandemia, se plantea ajustar la meta. |
| | Análisis y estudio de necesidades de la institución para estas compras conjuntas. | 1 | Subgerencia administrativa, jurídico, almacén, químico farmacéutico | 2 | Subgerencia Administrativa | 100% | Las condiciones especiales de mercado no han permitido realizar adquisiciones conjuntas dado el desabastecimiento de algunos insumos por pandemia, se plantea ajustar la meta. |
| | Legalización de Acuerdo de alianza estratégica | 1 | Gerente-Subgerencia administrativa, jurídico | 1 | Subgerencia Administrativa | 100% | Las condiciones especiales de mercado no han permitido realizar adquisiciones conjuntas dado el desabastecimiento de algunos insumos por pandemia, se plantea ajustar la meta. |
| | Proceso administrativo de compras, ingreso a almacén, pagos | 1 | Subgerencia administrativa, almacén. químico farmacéutico | 1 | Dirección financiera | 100% | Las condiciones especiales de mercado no han permitido realizar adquisiciones conjuntas dado el desabastecimiento de algunos insumos por pandemia, se plantea ajustar la meta. |
| | Seguimiento al proceso. | 1 | | | CEI | 100% | Las condiciones especiales de mercado no han permitido realizar adquisiciones conjuntas dado el desabastecimiento de algunos |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|-------------|-----|---------------------|-----|-------------|-------------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | | | | | | | insumos por pandemia, se plantea ajustar la meta. |

7.7. Objetivo 7

| | |
|--|---|
| AREA FUNCIONAL: | <u>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</u> |
| UNIDAD FUNCIONAL: | <u>TALENTO HUMANO</u> |
| OBJETIVO No. | _____ |
| <u>7</u> : | |
| <p>Desarrollar una política de fortalecimiento del talento humano de la ESE, mediante la conformación de una planta de personal básica acorde a las necesidades de la ESE y la contratación externa de las actividades no misionales acorde con los requerimientos reales de las dependencias.</p> | |
| <p>ESTRATEGIAS:</p> | |
| <p>Fomentar una política de talento humano que involucre procesos de reclutamiento, selección, entrenamiento, capacitación, educación continuada en los procesos administrativos y asistenciales, incentivos y estímulos, incorporando el personal en la cantidad y con los perfiles, competencias y habilidades requeridas.</p> | |
| <p>Ajustar valores de contratación de personal por empresas temporales u outsourcing, de tal manera que se ajusten a las verdaderas necesidades y a la realidad financiera institucional.</p> | |

| |
|---|
| Crear la planta transitoria requerida para tener dependencias organizadas y responsables de los procesos fundamentales de la ESE. |
| METAS: |
| Definir e implementar la política de talento humano de la ESE, acorde con los lineamientos del DAFP, antes del 31 de diciembre de 2020. |
| Crear planta transitoria de cargos necesarios para el normal desarrollo de las actividades misionales, por fases a desarrollar durante el cuatrienio. |
| Definir las necesidades de personal a contratar con empresas externas, con base en las necesidades de cada uno de los procesos integrales e integrados. |
| Definir estrategias de evaluación al personal vinculado con la ESE en sus diferentes modalidades, para lograr mayor eficiencia de toda la institución. |

Tabla 53. Indicadores Objetivo 7

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|---|-----|---|-----|---|-------------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| a | b | c | d | e | q | s | u |
| Definir e implementar la política de talento humano de la ESE, acorde con los lineamientos | Elaborar y Aprobar la Política de Talento Humano de la E.S.E. | 1 | Gerente Subgerente financiero y administrativo Subgerente Científico Líder de Talento Humano | 6 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / TALENTO HUMANO | 100% | Se realizo elaboración de política de talento humano, se realizó la primera presentación, a lo que se realizó observación y se encuentra en ajuste para el mes de septiembre. , sin embargo para el mes de diciembre dentro del comité de Gestión y desempeño se va a presentar una metodología para la construcción de |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|--|-----|---|-----|---|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| del DAFP, antes del 31 de diciembre de 2020. | | | Jurídico Interno Técnico SST | | | | políticas acorde con la institución y que le permita orientarla acorde a MIPG y el direccionamiento estratégico de la institución |
| | Adoptar y socializar la Política de Talento Humano de la E.S.E. | 1 | Gerente Jurídico Interno Líder de Talento Humano | 4 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / TALENTO HUMANO | 50% | Política socializada, pendiente de adopción |
| | Medir la adherencia a la política | 1 | Líder de Talento Humano Auxiliar administrativo | 2 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / TALENTO HUMANO | 100% | Medición de adherencia continua a través de los planes de acción contractuales |
| Crear planta transitoria de cargos necesarios para el normal desarrollo de las actividades misionales, por fases a desarrollar durante el cuatrienio. | Elaborar Estudio Técnico y financiero de creación de planta transitoria de carácter misional | 1 | Gerencia Subgerente financiero y administrativo. Subgerente Científico. Tesorero. Líder de Talento Humano Asesor de Planeación Jurídico Interno | 7 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / TALENTO HUMANO | 100% | Estudio técnico y financiero adelantado en 2022, proceso de formalización implementado en 2023, se creó en 2 etapas, en la primera etapa se formalizaron 102 cargos entre auxiliares y profesionales de enfermería, se han provisto 18 cargos en junio de 2023 |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|--|-----|---|-----|---|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Aprobación Estudio Técnico y financiero de creación de planta transitoria de carácter misional | 1 | Junta Directiva Gerente Jurídico Interno | 3 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / TALENTO HUMANO | 100% | Estudio técnico y financiero adelantado en 2022, proceso de formalización implementado en 2023, se creó en 2 etapas, en la primera etapa se formalizaron 102 cargos entre auxiliares y profesionales de enfermería, se han provisto 18 cargos en junio de 2023. El estudio contó con la respectiva aprobación de Junta Directiva, SESALUB y Ministerio del trabajo |
| | Selección de personal con criterios objetivos. | 1 | Gerencia. Subgerente financiero y administrativo. Subgerente Científico. Líder de Talento Humano Asesor de Planeación Jurídico Interno | 6 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / TALENTO HUMANO | 100% | Estudio técnico y financiero adelantado en 2022, proceso de formalización implementado en 2023, se creó en 2 etapas, en la primera etapa se formalizaron 102 cargos entre auxiliares y profesionales de enfermería, se han provisto 18 cargos en junio de 2023. El estudio contó con la respectiva aprobación de Junta Directiva, SESALUB y Ministerio del trabajo. Se contrató consultoría externa para acompañar el proceso riguroso, objetivo y transparente de selección de personal a vincular en la planta de empleos temporales |
| | Vincular al Personal de planta transitoria | 1 | Gerente Líder de Talento Humano Jurídico Interno | 3 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / TALENTO HUMANO | 100% | Estudio técnico y financiero adelantado en 2022, proceso de formalización implementado en 2023, se creó en 2 etapas, en la primera etapa se formalizaron 102 cargos entre auxiliares y profesionales de enfermería, se han provisto 18 cargos en junio de 2023. El |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|--|-----|---|-----|---|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | | | | | | | estudio contó con la respectiva aprobación de Junta Directiva, SESALUB y Ministerio del trabajo |
| Definir las necesidades de personal a contratar con empresas externas, con base en las necesidades de cada uno de los procesos integrales e integrados. | Identificar la cantidad de personal a contratar según la necesidad de los usuarios, las frecuencias de uso histórico y las metas de prestación de servicios. | 1 | Gerencia Subgerente financiero y administrativo Subgerente Científico. Líder de Talento Humano Coordinación Enfermería Apoyo facturación | 6 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / TALENTO HUMANO | 100% | se ha realizado el cálculo de personal a vincular a la institución de acuerdo a las necesidades de producción de servicios de la entidad, de lo que elaboran los respectivos cálculos por los jefes de área. Para finalizar el estudio se descargó una base a corte Junio con los registros obtenidos para obtener una producción y comparar la misma con lo reportado en trimestres similares |
| | Establecer la modalidad de contratación o vinculación del personal. | 1 | Gerencia Subgerente financiero y administrativo Subgerente Científico Líder de Talento Humano Jurídico Interno | 5 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / TALENTO HUMANO | 100% | se han dado aplicación a las modalidades de contratación vigentes y permitidas por el estatuto de contratación de la E.S.E , así como la implementación de la planta de empleos temporales |
| | Adelantar el proceso de contratación con la empresa externa y | 1 | Subgerencia Administrativa | 3 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / | 100% | Se elaboro procedimiento de selección de personal a vincular a través de empresas de servicios temporales o prestación de servicios de manera |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|--|-----|---|-----|---|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | fijar criterios de selección de personal | | Jurídico Interno Subgerencia científica | | TALENTO HUMANO | | objetivo, pendiente implementación. Al inicio del año tras a la licitación de las temporales |
| | Vincular al personal de acuerdo a la necesidad de la E.S.E. | 1 | Subgerencia Administrativa Subgerencia Científica Coordinación de Enfermería Líder de Talento Humano | 4 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / TALENTO HUMANO | 100% | Estudio técnico y financiero adelantado en 2022, proceso de formalización implementado en 2023, se creó en 2 etapas, en la primera etapa se formalizaron 102 cargos entre auxiliares y profesionales de enfermería, se han provisto 18 cargos en junio de 2023. El estudio contó con la respectiva aprobación de Junta Directiva, SESALUB y Ministerio del trabajo. Se contrató consultoría externa para acompañar el proceso riguroso, objetivo y transparente de selección de personal a vincular en la planta de empleos temporales |
| | Realizar la supervisión de los contratos suscritos | 1 | Subgerencia Administrativa Subgerencia Científica Coordinación de Enfermería | 3 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / TALENTO HUMANO | 100% | se realiza supervisión de los contratos de manera permanente de acuerdo a las asignaciones de gerencia. Esta revisión la realiza cada uno de los subgerentes en su área de encargo |
| | Evaluar el cumplimiento del contrato y liquidarlo acorde a las disposiciones del | 1 | Subgerencia Administrativa Subgerencia Científica | 3 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / | 100% | se da cumplimiento con la supervisión de cada uno de los contratos. |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|---|-----|---|-----|---|-------------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | estatuto de contratación. | | Coordinación de Enfermería | | TALENTO HUMANO | | |
| Definir estrategias de evaluación al personal vinculado con la ESE en sus diferentes modalidades, para lograr mayor eficiencia de toda la institución. | Elaborar y definir los criterios para la evaluación del personal independientemente de su modalidad de contratación | 1 | Subgerencia Administrativa Subgerencia Científica Coordinación de Enfermería Jurídico Interno Líder de Talento Humano | 5 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / TALENTO HUMANO | 100% | Se implemento la medición del personal teniendo en cuenta el Ser el Hacer y el deber ser para personal tanto administrativo como científico en donde mes a mes se evalúa por talento humano el resultado, a través de la herramienta del plan de acción contractual, herramienta que fue actualizada en 2023 según criterios de mejoramiento continuo en la institución |
| | Realizar el seguimiento a los criterios de la evaluación fijada | 1 | Subgerencia Administrativa Subgerencia Científica Coordinación de Enfermería Jurídico Interno Líder de Talento Humano | 5 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / TALENTO HUMANO | 100% | Se cuenta con un seguimiento mensual de la totalidad de evaluaciones recibidas incluidas el personal que se encuentra en contrato y temporal |
| | Establecer planes de mejora de acuerdo a los resultados de evaluación | 1 | Subgerencia Administrativa Subgerencia Científica Coordinación de Enfermería Líder de Talento Humano | 5 | GERENTE / SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO / TALENTO HUMANO | 100% | Se realiza de manera mensual, supervisado por ambas subgerencias |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|-------------|-----|---------------------|-----|-------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | | | Asesora de Calidad | | | | |

7.8. Objetivo 8

| | |
|---|--|
| AREA FUNCIONAL: | <u>DIRECCIÓN</u> |
| UNIDAD FUNCIONAL: | <u>OFICINA ASESORA JURÍDICA</u> |
| OBJETIVO No. <u>8</u>: | _____ |
| Organizar una oficina asesora jurídica que organice todos los procesos relacionados con la contratación, defensa jurídica de la entidad y las acciones de prevención de daño antijurídico, antes del 31 de octubre de 2020 | |
| ESTRATEGIAS: | |
| Diseñar un modelo de supervisión e interventoría y seguimiento a contratos que permitan verificar el cumplimiento de las actividades o procesos contratados, ajustándose el pago a lo realmente ejecutado. | |
| Rediseñar y/o ajustar las minutas de contratos tanto de venta de servicios como los necesarios para la prestación de servicios, con el ánimo de blindar a la institución en forma más eficiente. | |
| Efectuar la capacitación del personal médico, paramédico y de enfermería en la prevención del daño antijurídico y en la responsabilidad médico legal. | |

| |
|---|
| Fortalecer el proceso de defensa judicial con la correcta trazabilidad de los procesos, dando respuesta oportuna a demandas dentro de los términos establecidos, efectuando adecuada argumentación jurídico-laboral y jurídico-médica y analizando la conveniencia o no de realizar conciliaciones para evitar mayor impacto económico. |
| Hacer uso del llamamiento en garantía a los implicados en procesos judiciales en donde se tipifique la falla en el servicio, con el ánimo de que se involucren en la defensa judicial de la institución y en la argumentación médico-jurídica. |
| METAS: |
| Organizar los procesos y procedimientos de la oficina jurídica y organizarla acorde con estos, antes del 31 de octubre de 2020. |
| Ajustar los estudios de necesidades, definición de contratación y minutas modelo que requiera la ESE en el desarrollo normal de su actividad misional. |
| Verificar de manera permanente la atención oportuna y pertinente a los procesos que están instaurados en contra de la ESE. |
| Realizar cada año una jornada de capacitación al personal médico, paramédico y de enfermería en temas relacionados con el daño antijurídico y responsabilidad médico legal. |
| Realizar llamamiento en garantía a los responsables en el momento de tener fallos en contra de la ESE, atribuibles a terceros que realizaron las acciones objeto del fallo. |

Tabla 54. Indicadores Objetivo 8

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|---|-----|--|-----|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| a | b | c | d | e | q | s | u |
| Organizar los procesos y procedimientos de la oficina jurídica y organizarla acorde con estos, antes del 31 de octubre de 2020. | identificación de procesos existentes | 1 | abogado interno, abogado externo | 40 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | se creó base de datos en la oficina de contratación en la cual se identificaron los tipos de procesos que se adelantan por el área, así mismo de manera trimestral y con ocasión del informe de 2193, la asesoría jurídica externa presenta el informe de defensa judicial y estimación del pasivo contingente |
| | elaboración de flujogramas de procesos. | 1 | abogado interno, abogado externo | 40 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | Se cuenta con los procedimientos documentados en la plataforma Somos Remo con su respectivo flujograma, así como la actualización de procedimientos contractuales y sancionatorios |
| | establecer responsables del proceso | 1 | abogado interno, abogado externo | 2 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | se creó la oficina asesora jurídica interna responsable del proceso interno contractual y externa de la defensa jurídica |
| | Socializar los procesos y procedimientos del área | 1 | Abogado interno | 2 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | Documentos socializados en la feria de procedimientos adelantada en el mes de abril de 2023 |
| | Implementar los procesos desarrollados | 1 | abogado interno, abogado externo comité de compras | 40 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | Procesos implementados por el área jurídica y de contratación |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|---|-----|--|-----|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| Ajustar los estudios de necesidades, definición de contratación y minutas modelo que requiera la ESE en el desarrollo normal de su actividad misional. | Definir criterios para elaborar el plan institucional de compras | 3 | abogado interno, subgerente administrativo | 6 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | Se actualizó el estatuto de contratación del hospital por parte de la Junta Directiva |
| | desarrollar minutas de estudios previos | 1 | abogado interno | 80 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | Existen minutas de estudios previos en el archivo de contratación para las necesidades de la institución |
| | desarrollar minutas de contratos de acuerdo a la naturaleza | 1 | abogado interno | 80 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | Existen minutas de contratos en el archivo de contratación para las necesidades de la institución |
| | establecer archivo magnético institucional con modelos necesarios para desarrollar las actividades misionales y administrativas | 1 | abogado interno | 3 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | la oficina de contratación cuenta con el archivo magnético necesario para desarrollar las actividades misionales |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|--|-----|---------------------|-----|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Revisar todos y cada uno de los actos administrativos y / o contratos relacionados con adquisición de bienes y servicios, así como las ventas de servicios | 1 | abogado interno | 80 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | todos los documentos suscritos por la gerencia y subgerencia tienen visto bueno por la oficina jurídica, estos son revisados por el jurídico interno, quien es el encargado de organizar y controlar más allá de las funciones específicas las obligaciones generales de los proveedores |
| Verificar de manera permanente la atención oportuna y pertinente a los procesos que están instaurados en contra de la ESE. | verificación de estados judiciales | 92 | abogado externo | 4 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | la oficina jurídica externa realiza cada viernes la verificación de los estados judiciales |
| | presentar oportunamente las actuaciones judiciales | 1 | abogado externo | 30 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | las acciones judiciales en las que la ESE es parte demandante se presentan oportunamente |
| | presentar informe de estados procesales mensualmente | 1 | abogado externo | 6 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | de manera permanente se le reporta al subgerente administrativo el estado de los casos instaurados a la ESE y estos se socializan al comité directivo de manera permanente |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|---|-----|---------------------|-----|---------------------------------|-------------------------------------|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Participar en el Comité de sostenibilidad financiera y presentar las contingencias resultantes de los procesos judiciales para que sean debidamente contabilizadas. | 1 | abogado externo | 12 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | Conforme a necesidades de comité de sostenibilidad financiera en el cual la oficina jurídica no ha sido citada para presentar informe de contingencias judiciales Sin embargo se ha venido desarrollando entrega de resultados tanto a la junta directiva como demás partes interesadas teniendo en cuenta la población |
| Realizar cada año una jornada de capacitación al personal médico, paramédico y de enfermería en temas relacionados con el daño antijurídico y responsabilidad médico legal. | diseñar capacitación de daño antijurídica | 1 | abogado externo | 8 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | la oficina jurídica participa en las diferentes capacitaciones tendientes a minimizar el daño antijurídico por actividades del hospital, pendiente capacitación por daño antijurídico como consecuencia de falla en el servicio |
| | diseñar evaluación de la capacitación | 1 | abogado externo | 1 | Elizabeth Patiño | 100% | Durante la vigencia se desarrollaron diferentes temas de capacitación por parte del área jurídica con el fin de minimizar el riesgo estas se han venido desarrollando tras la capacitación |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|--|-----|---------------------|-----|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| Realizar llamamiento en garantía a los responsables en el momento de tener fallos en contra de la ESE, atribuibles a terceros que realizaron las acciones objeto del fallo. | realizar la exigencia de garantías de acuerdo con la estimación de riesgos | 1 | abogado interno | 1 | Javier Flechas Jurídico Interno | 100% | la oficina jurídica ha determinado el valor del riesgo jurídico para poder estipular las garantías que serán aplicadas teniendo en cuenta la matriz nacional de evaluación y de la misma forma se define el monto pasivo contingente |
| | realizar el llamamiento en garantía de acuerdo con necesidad | 1 | abogado externo | 1 | Elizabeth Patiño | 100% | según necesidad del servicio no se ha desarrollado por falta de esta. |

7.9. Objetivo 9

| | |
|--|--------------------------------------|
| AREA FUNCIONAL: | <u>DIRECCIÓN</u> |
| UNIDAD FUNCIONAL: | <u>SUBGERENCIA CIENTÍFICA</u> |
| OBJETIVO No. <u>9</u> : | _____ |
| Desarrollar el componente de desarrollo de capacidades en ciencia y tecnología en la ESE, mediante convenios con universidades e institutos de ciencia y tecnología, como base del fortalecimiento en la prestación de servicios de salud en condiciones de calidad | |
| ESTRATEGIAS: | |

| |
|---|
| Buscar el apoyo interinstitucional mediante la suscripción de convenios docente-asistenciales y otros. |
| METAS: |
| Suscribir convenios de docencia servicio para la especialización de medicina Familiar con la U.P.T.C. durante el transcurso del presente año. |
| Suscribir convenios de docencia servicio para pregrado y otras especialidades con diferentes universidades del orden nacional, por lo menos uno en cada semestre. |
| Suscribir convenios docencia servicios para pasantía de personal auxiliar de la salud, durante cada semestre del plan. |
| Realizar alianzas estratégicas con otras instituciones y participar en proyectos de investigación. |

Tabla 55. Indicadores Objetivo 9.

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|---|-----|--|-----|-----------------------|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| a | b | c | d | e | q | s | u |
| Suscribir convenios de docencia servicio para la especialización de medicina Familiar con la U.P.T.C. durante el transcurso del presente año. | Suscribir convenio docente servicio para la especialidad de medicina Familiar con la Universidad Pedagógica y | 1 | Subgerente Científico - Líder Unidad Funcional Consulta externa - Jurídico | 6 | Subgerente científico | 100% | Se cuenta con Convenio Docencia servicio con La Universidad de Boyacá, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Con Médicos Familiar, para poder ofrecer rotación en actividades intrahospitalarias de medicina familiar es necesario certificarnos como centro de formación, |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|---|-----|--|-----|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Tecnológica de Colombia. | | | | | | actualmente se está ofreciendo la rotación a través de actividades extramurales |
| | Brindar como contraprestación a la prestación del servicio el servicio de alojamiento y/o alimentación. | 1 | Hospedaje | 8 | Gerente/Subgerente científico | 100% | A todos los internos de medicina se les está ofreciendo la alimentación de manera permanente mientras se encuentran en formación |
| Suscribir convenios de docencia servicio para pregrado y otras especialidades con diferentes universidades del orden nacional, por lo menos uno en cada semestre. | Suscribir convenio docente servicio para Medicina, Enfermería y Psicología con la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. | 1 | Subgerente Científico - Líder Unidad Funcional Consulta externa - Jurídico-Profesionales pares de los internos Médico, enfermera y Psicóloga | 6 | Subgerente científico | 100% | Se cuenta con convenio, a la fecha se reciben estudiantes de Medicina en rotación pediatría e internación, teniendo en cuenta que ellos son personales en formación siempre realizan sus actividades de acompañamiento con el encargado de los servicios |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE JUNIO DE 2022 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|---|-----|---|-----|-----------------------|-------------------------------------|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| Suscribir convenios docencia servicios para pasantía de personal auxiliar de la salud, durante cada semestre del plan. | Suscribir convenio docente servicio para personal auxiliar de enfermería del Instituto Técnico de Colombia | 1 | Subgerente Científico - Líder de enfermería | 6 | Subgerente científico | 100% | Se cuenta con convenio con instituciones de formación técnica en enfermería y personal auxiliar de área de la salud, estos convenios están suscritos con una vigencia de 10 años |
| Realizar alianzas estratégicas con otras instituciones y participar en proyectos de investigación. | Desarrollar a través de los convenios de docencia servicio realizados con Universidades proyectos de investigación - vinculados a los grupos de investigación de las Universidades, articulados al comité de ética institucional. | 1 | Subgerente Científico - Líder Unidad Funcional Consulta externa | 80 | Subgerente científico | 100% | Dentro del convenio universitaria de la Universidad pedagógica y tecnológica de Colombia se especificó un apoyo en investigación a través de su área CIES, con los cuales se ha logrado realizar estudios y formación en investigación médica y actualmente 6 médicos especialistas de la institución se encuentran en formación de investigaciones en salud cuantitativas |

7.10. Objetivo 10

| | |
|--|---|
| AREA FUNCIONAL: | <u>DIRECCIÓN</u> |
| UNIDAD FUNCIONAL: | <u>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</u> |
| OBJETIVO No. <u>10</u> : | |
| Cumplir con los lineamientos de organización y conservación de los archivos de la institución, antes del 31 de diciembre de 2021. | |
| ESTRATEGIAS: | |
| Organizar los archivos activo y pasivo acorde con los lineamientos legales | |
| Organizar el archivo de historias clínicas tanto físico como electrónico cumpliendo con las condiciones de confiabilidad y custodia de esta. | |
| METAS: | |
| Organizar el plan de gestión documental y el proceso de archivo antes del 31 de octubre de 2020. | |
| Adquirir los insumos necesarios para gestión documental antes del 30 de septiembre de 2020. | |
| Gestionar el apoyo del archivo del departamento, para recibir asistencia técnica en la organización del archivo. | |
| Organizar la planta física de los archivos históricos, de gestión y de historias clínicas, acorde con las necesidades detectadas, antes del 31 de diciembre de 2020. | |

Tabla 56. Indicadores Objetivo 10.

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE NOVIEMBRE DE 2021 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|--|-----|---|-----|---|---|--|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| a | b | c | d | e | q | s | u |
| Organizar el plan de gestión documental y el proceso de archivo antes del 31 de octubre de 2020. | Elaborar el plan de Gestión Documental | 1 | Líder de Gestión Documental | 40 | Yazmin Rodríguez Líder de Gestión Documental | 100% | Se elaboro en Plan de Gestión documental y se le realizo la presentación en el comité de gestión y desempeño en el mes de agosto, este fue aprobado por comité y está pendiente de la asignación de acto administrativo |
| | Revisar y actualizar tablas de retención documental | 1 | Líder de Gestión Documental Gerente Subgerente Administrativo Subgerente Científico Asesor Calidad y planeación Ingeniero de Sistemas Ciclo interno Económico | 80 | Jasmín Rodríguez Líder Gestión Documental | 50% | Se cuenta con unas tablas de retención documental, sin embargo no se han actualizado pero se han adelantado acciones como la actualización del manual de funciones del personal de planta, también la caracterización y definición de procesos, se pretende para el mes de diciembre desarrollar encuestas de generación de documentos para proyectar las actualizaciones correspondientes |
| | Programación de adecuación de la planta física de los archivos | 1 | Líder de Gestión Líder de suministros Subgerencia Administrativa | 50 | Subgerente Administrativo | 100% | Se hace una programación de los traslados documentales para traslado al área temporal de almacenamiento de manera ordenada |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE NOVIEMBRE DE 2021 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|---|-----|--|-----|---------------------------|---|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | histórico y de gestión | | Subgerencia Científica | | | | |
| | Ejecución de adecuación de planta física | 1 | Gerente, Líder de Gestión Líder de suministros Subgerencia Administrativa Empresa de suministro e instalación | 24 | Subgerente Administrativo | 100% | Se cuenta con el archivo en las instalaciones asignadas, de manera temporal, con el archivo Histórico, central y de gestión, sin embargo el lugar no cumple con muchos de los requisitos establecidos que exige la norma archivística |
| Adquirir los insumos necesarios para gestión documental antes del 30 de septiembre de 2020. | Estudio de conveniencia y oportunidad para la adquisición de insumos necesarios | 1 | Líder de Gestión | 2 | Subgerente Administrativo | 100% | Se tiene estantería adecuada, Insumos como carpetas, ganchos, cajas disponibles para organización de archivos y se encuentra presupuestada dentro de los recursos de insumos |
| | Remitir a recursos físicos los requerimientos correspondientes | 1 | Líder de Gestión Líder de suministros Subgerencia Administrativa | 1 | Subgerente Administrativo | 100% | Se ha pasado necesidad de recurso de manera anual para la proyección de presupuesto, basado en consumo histórico con un porcentaje de crecimiento acorde al crecimiento de servicios o de pacientes atendidos |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE NOVIEMBRE DE 2021 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|--|---|-----|--|-----|---------------------------|---|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Hacer seguimiento al trámite de adquisición de insumos necesarios. | 1 | Subgerencia administrativa | 1 | Subgerente Administrativo | 100% | Se le hace seguimiento para que haya siempre disponibilidad de los recursos e insumos tanto en archivo de gestión, central e historia clínica |
| Gestionar el apoyo del archivo del departamento, para recibir asistencia técnica en la organización del archivo. | Solicitar la asistencia técnica del archivo departamental | 1 | Gerente | 2 | Gerente | 100% | Se ha solicitado mesa técnica con archivo departamental para la actualización de las tablas de retención documental |
| | Organizar el Plan de trabajo con la oficina de archivo del departamento | 1 | Líder de Gestión, Jurídica y Subgerencia administrativa | 2 | Subgerente Administrativo | 100% | El proceso se está adelantando internamente por parte del área de gestión documental |
| | Ejecutar el plan de trabajo | 1 | Subgerente administrativo, Subgerente científico, Líder de gestión documental, Líder de Calidad, Coordinador del ciclo Interno económico, coordinadora financiera tesorería y presupuesto, | 12 | Yazmin Rodríguez | 100% | PINAR formulado según lineamientos del DAFP y AGN y ejecutado en este sentido en un 81% |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE NOVIEMBRE DE 2021 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|---|---|-----|--|-----|---|---|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | | | Apoyo de cartera. | | Líder de Gestión Documental | | |
| | Evaluar la ejecución | 1 | Subgerente administrativo, | 2 | Subgerente Administrativo | 100% | Seguimiento adelantado desde la oficina asesora de planeación |
| | Solicitar el Concepto técnico del Archivo general de la nación | 1 | Subgerente administrativo, | 2 | Subgerente Administrativo | NA | Actividad no ejecutada aún |
| Organizar la planta física de los archivos histórico, de gestión y de historias clínicas, acorde con las necesidades detectadas, antes del 31 de diciembre de 2020. | levantar el diagnostico de necesidades para la organizar los archivos de gestión, central, histórico e historia clínica | 1 | Líder de Gestión Documental | 16 | Yazmin Rodríguez Líder de Gestión Documental | 100% | Dentro del PINAR y en el Programa de Gestión Documental se encuentra el diagnostico de cómo se encuentra los archivos, falta una construcción de diagnóstico específico con los requerimientos del archivo general de la nación |
| | Elaborar y ejecutar un plan para organizar el archivo histórico | 1 | Líder de Gestión Documental y apoyo gestión documental | 17 | Yazmin Rodríguez Líder de Gestión Documental | 100% | La tabla de retención documental cuenta con los tiempos de organización y traslado de archivo central a histórico, ese archivo se encuentra organizado |

| METAS | ACTIVIDADES | | RECURSOS NECESARIOS | | RESPONSABLE | EJECUTADO CORTE 30 DE NOVIEMBRE DE 2021 | ACLARACIONES A CUMPLIMIENTO META |
|-------|---|-----|--|-----|--|---|---|
| | TIPO | No. | TIPO | No. | | | |
| | Elaborar y ejecutar un plan para organizar el archivo de gestión | 1 | Sub gerente administrativo, Subgerente científico ,Líder de gestión documental, Líder de Calidad, Coordinador del ciclo Interno económico, coordinadora financiera tesorería y presupuesto, Apoyo de cartera, apoyo gestión documental | 19 | Yazmin Rodríguez Líder de Gestión Documental | 100% | Hay un cronograma de recolección del archivo de gestión y se cuenta dentro del plan de auditorías de control interno un seguimiento al traslado de archivos de gestión a archivos central |
| | Elaborar y ejecutar un plan para organizar el archivo de historias clínicas | 1 | Subgerente científico ,Líder de gestión documental, apoyo gestión documental, Ing. sistemas | 21 | Yazmin Rodríguez Líder de Gestión Documental | 100% | Diariamente se organiza y alimenta el inventario de Historia Clínica y este se mantiene actualizado y de manera constante se hace revisión, se está proyectando el tema de digitalización de los documentos |

7.11. Conclusión general del Plan de desarrollo

Tabla 57. Consolidado Resultados Indicadores Plan de Desarrollo

| Nº | Objetivo del Plan de desarrollo | Acciones Cumplidas | Acciones Programadas | Acciones no cumplidas | Porcentaje de Cumplimiento |
|----------------|---|--------------------|----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1 | SOGCS - Acreditación | 35 | 39 | 4 | 90% |
| 2 | Servicios- PTRRM | 18 | 21 | 3 | 86% |
| 3 | Contratación - autosostenibilidad | 17 | 17 | 0 | 100% |
| 4 | Sistema Información / software y hardware | 18 | 18 | 0 | 100% |
| 5 | Infraestructura y dotación | 15 | 15 | 0 | 100% |
| 6 | Fortalecimiento Financiero | 15 | 16 | 1 | 94% |
| 7 | Fortalecimiento TH | 16 | 16 | 0 | 100% |
| 8 | Organización Jurídica y Contratación | 18 | 18 | 0 | 100% |
| 9 | Ciencia y Tecnología- Convenios | 5 | 5 | 0 | 100% |
| 10 | Gestión Documental | 15 | 15 | 0 | 100% |
| Totales | | 172 | 180 | 8 | 95,6% |

Fuente: Elaboración Propia

Se observa una ejecución del plan de desarrollo del 95.6% respecto a las metas planteadas, con 172 acciones cumplidas, respecto a las 180 programadas, lo cual muestra el compromiso de la gerencia con el cumplimiento de los objetivos estratégicos que se plantearon de acuerdo con el análisis de necesidades internas y de la región.

8. Contratación

El informe detallado de la contratación de la vigencia 2023 se encuentra en el micrositio de rendición de cuentas de la vigencia 2023 en la sección de transparencia, menú participa de la página web del Hospital

9. Informe de Control Interno de Gestión

9.1. Marco Legal

El accionar y los roles establecidos para la oficina de control interno de gestión se encuentran enmarcados en la siguiente reglamentación legal:

- Constitución Política de Colombia, artículos 209 y 269, donde enuncia que todas las entidades públicas en sus diferentes órdenes y niveles deben contar con métodos y procedimientos de control interno.
- Ley 87 de 1993 en la cual se establecen las directrices para el ejercicio del control interno.
- Directiva Presidencial 01 de 1997. Proporciona las directrices y se precisa el Desarrollo del Sistema de Control Interno, señalando que le compete a la Oficina de Control Interno, apoyar a los directivos en el desarrollo del sistema, reevaluar los planes, fomenta la cultura del autocontrol de tal forma que contribuya al mejoramiento continuo, coadyuvar y participar para fomentar la cultura del autocontrol de forma que contribuya al mejoramiento continuo además de, participar en la implementación de adecuados instrumentos de gestión y gerencia
- Ley 1474 de 2011. (Estatuto Anticorrupción) “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”

- Resolución 048 de 2004. Contaduría General de la Nación, dicta disposiciones relacionadas con el control interno contable y establece las funciones de la Oficina de Control Interno relacionadas con la materia.
- Decreto 1083 de 2015: decreto único reglamentario
- Decreto 648 de 2017: por el cual se adiciono el capítulo 1 del título 21 del decreto 1083 de 2015 y se modificó el artículo 2.2.21.3.1 del mismo decreto.
- Decreto 1499 de 2017: por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG
- Resolución 093 de 2017: por medio de la cual se actualiza el comité institucional de Coordinación de control interno del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E
- Resolución 05 de 2021: Por medio de la cual se actualiza el comité Institucional de Control Interno del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E.
- Resolución 05 de 2021: Por medio de la cual se actualiza el comité Institucional de Control Interno del Hospital Regional de Moniquirá E.S.E.

En el año 2023, se desarrollaron actividades programadas en el mes de enero establecidas en el plan de acción y el plan anual de auditorías, aprobados por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y ejecutadas en el marco de los 5 roles de; liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, relación con entes externos de control, evaluación de la gestión del riesgo y evaluación y seguimiento.

Con el objeto de dar cumplimiento a la normativa mencionada, se presenta informe de gestión de las actividades desarrolladas por la oficina de control interno, respecto a la vigencia 2023, las cuales se detallan a continuación:

9.2. Planeación Oficina De Control Interno:

Proyección del plan de acción y plan anual de auditorías de la oficina de control interno vigencia 2023, en el cual se detalla la programación de auditorías internas, rendición de informes actividades de asesoría, seguimiento y evaluación; se elaboró y presento el plan anual al comité institucional de coordinación de control interno el cual fue aprobado en el mes de enero

9.3. Ejecución De Auditorías Internas:

Proceso que inicia con la elaboración del plan de auditoria (define objetivo, alcance y criterios), se realiza reunión de apertura, desarrollo de actividades de observación y verificación, envío de informe preliminar para que se ejerza el derecho de réplica, continua con reunión de cierre de la auditoria donde se presenta e informe final de la auditoria, se suscribe plan de mejoramiento y seguimiento a su ejecución. De acuerdo con lo anterior, se ejecutaron durante la vigencia 2023 las siguientes auditorías internas:

❖ Auditoria al proceso de gestión de la contratación: Se verificaron algunos contratos productos de una muestra contractual, la revisión contaba con una lista de chequeo determinando el cumplimiento del proceso de acuerdo al manual y estatuto de contratación de la entidad, se concluyó la auditoria con el informe final el cual fue socializado y enviado por correo electrónico al gerente y a los responsables del proceso auditado, de igual forma se suscribió plan de

mejoramiento y durante la vigencia se le realizó seguimiento a dicho plan el cual fue allegado al gerente y a los intervinientes en el proceso.

❖ Auditoria al proceso de urgencias: Se verifico la oportunidad en la atención en el Triage, así como la oportunidad en las interconsulta en el servicio de urgencias, es así que se pudo mejorar con la información por parte del personal médico hacia los pacientes en cuanto al Triage y mejorar los tiempos de las interconsultas, todo ellos como consecuencia del plan de mejoramiento suscrito con los lideres del proceso, concluyó la auditoria con el informe final el cual fue socializado y enviado por correo electrónico al gerente y a los responsables del proceso auditado, de igual forma se suscribió plan de mejoramiento y durante la vigencia se le realizó seguimiento a dicho plan el cual fue allegado al gerente y a los intervinientes en el proceso.

❖ Auditoria al proceso de experiencia al usuario: Se realizo revisión de todos los procesos y procedimientos llevados a cabo para la Atención al Ciudadano, desde la atención y orientación al ciudadano a través de los canales dispuestos, la recepción de requerimientos por la página web, su direccionamiento, seguimiento y control a la gestión de respuesta, hasta la evaluación de la satisfacción del ciudadano. Se verificó la oportunidad y la calidad de las respuestas a los derechos de petición, quejas, reclamos, solicitudes, consultas, manifestaciones, sugerencias, que han ingresado a la ESE, por cualquiera de los medios de comunicación. Concluyó la auditoria con el informe final el cual fue socializado y enviado por correo electrónico al gerente y a los responsables del proceso auditado, de igual forma se suscribió plan de mejoramiento para realizar su posterior verificación.

❖ Auditoria al proceso de cartera: Se realizó evaluación al proceso de gestión de cartera con el fin de verificar la información reportada en el sistema dinámica gerencial y al estado de conciliaciones (objeciones y devoluciones) de lo corrido de la vigencia 2023, se buscaba evidenciar el cumplimiento del manual de procesos y procedimientos para el reporte de la información de cartera en la plataforma adquirida por la ESE. Concluyó la auditoria con el informe final el cual fue socializado y enviado por correo electrónico al gerente y a los responsables del proceso auditado, de igual forma se suscribió plan de mejoramiento para realizar su posterior verificación.

❖ Auditoria al proceso de facturación: Se revisaron los procesos y procedimientos del área de facturación que se estén cumpliendo en su totalidad. Se evaluó el nivel de eficiencia, eficacia y oportunidad, así como el grado de control que existe en el desarrollo de los procesos y procedimientos del recaudo de dinero. Concluyó la auditoria con el informe final el cual fue socializado y enviado por correo electrónico al gerente y a los responsables del proceso auditado, de igual forma se suscribió plan de mejoramiento para realizar su posterior verificación.

En conclusión, se realizaron cinco (05) auditorías internas; los soportes y evidencias reposan en el archivo de gestión de la oficina de control interno en los expedientes físicos de cada uno de los procesos auditados en carpetas separadas.

Cabe señalar que la entidad actualizó en la vigencia 2023 la política de riesgos mediante la resolución No. 036 de 2023, y avanzó un 50% en la elaboración de la matriz de riesgos por procesos, es por ello que para la vigencia 2023 no se pudo realizar auditorías basadas en riesgos identificados por los líderes de cada área, sin embargo es importante resaltar que para la vigencia 2024 se realizaran

auditorias basadas en la evaluación a los riesgos de corrupción y a los riesgos de procesos según el avance de la ESE.

9.4. Rendición De Informes – Competencia De La Oficina De Control Interno

❖ Informe de gestión de la oficina de control interno: En el comité institucional de coordinación control interno se presentó el informe de gestión de la vigencia 2023, de igual forma se remitió al área de comunicaciones para que se publicara en la página web institucional.

❖ Informe de evaluación de la gestión por dependencias: Se elaboró y presentó a la subgerencia administrativa y financiera quien tiene las funciones de talento humano como insumo de la evaluación de desempeño; igualmente, se envió a gerencia, en términos de la normativa que lo regula y al área de comunicaciones para que sea publicado en la página WEB de la entidad.

❖ Informe FURAG II – modelo integrado de planeación y gestión: Según lo establecido en por el Departamento Administrativo de la Función Pública se rindió dicho informe en el mes de julio de 2023 en la plataforma FURAG II, de acuerdo con las directrices impartidas por el Departamento Administrativo de la función Pública; se realizó en compañía del asesor de planeación quien vinculo a los líderes de los diferentes procesos. La oficina de control interno brindo asesoría y acompañamiento a la oficina asesora de planeación en la rendición de este, de acuerdo con el usuario y cuestionario asignado.

❖ Informe de control interno contable: En el mes de febrero se rindió lo correspondiente al año 2022 a la contaduría general de la nación, mediante plataforma CHIP; resultandos enviados con la información de la cuenta anual a la

Contraloría General de Boyacá, se rindió según lo dispuesto en el informe de empalme por la asesora de control interno saliente.

❖ Informe cuenta anual vigencia 2022: Acompañamiento en el proceso en cuanto a la rendición de los informes competencia de la oficina asesora de control interno de gestión enviados a la Contraloría General de Boyacá, dentro de los términos establecidos.

❖ Informe de derechos de autor: Presentado en el mes de marzo, de acuerdo con informe rendido por la oficina de sistemas dentro de términos y directrices del Ministerio del Interior.

❖ Informe pormenorizado estado del sistema de control interno: En atención a lo establecido en el estatuto anticorrupción ley 1474 de 2011, el informe pormenorizado se consolidó, de acuerdo a las directrices dadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública y al modelo integrado de planeación y gestión (dimensiones y avances en las etapas de implementación), realizando las observaciones, sugerencias y recomendaciones; enviado a gerencia y comité institucional de coordinación de control interno, publicado en la página de la entidad en el mes de enero y julio (correspondiente al segundo semestre 2022 y primer semestre de 2021), de acuerdo a decreto 2106 de 2019, se realizaron las respectivas recomendaciones, fe enviado al gerente y al comité institucional de coordinación de control interno, de igual forma fue publicada en la página web.

❖ Informe de austeridad del gasto: El cual se elabora con la información suministrada por el coordinador de presupuesto y tesorería, esto de acuerdo con la ejecución presupuestal de gastos; se presentó a la Gerencia sin embargo es importante señalar que durante el tercer y cuarto trimestre de la vigencia 2023 no

fue posible realizar el informe pese a los múltiples requerimientos que se le hizo a la subgerencia administrativa y financiera y a la oficina de coordinación de presupuesto y tesorería no fue posible que allegaran la información necesaria para realizar el respectivo informe.

❖ Informe de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias: En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1474 de 2011 fue reportado en enero en atención a que correspondía al segundo semestre de la vigencia 2022 y julio en atención al primer semestre de la vigencia 2023, fue publicado en la página web y enviado al gerente de la E.S.E. con las respectivas sugerencias y recomendaciones para su cumplimiento.

❖ Informe de seguimiento al comité de conciliaciones: Fue rendido en los meses de enero y julio, con sus respectivas sugerencias y recomendaciones, fue remitido al correo del gerente de la ESE, así como también fue publicado en la página web del hospital regional de Moniquirá; de igual forma la asesora de control interno realizó acompañamiento a los comités de conciliación judicial de acuerdo a las convocatorias realizadas.

❖ Informe rendición de cuentas: Se realizó asesoría y acompañamiento a la rendición pública de cuentas, realizada de forma presencial y con trasmisión por los canales locales y las redes sociales oficiales de la entidad; acorde a los lineamientos establecidos, se realizó evaluación del proceso, se consolidó informe, enviado a gerencia con las respectivas recomendaciones

9.5. Asesoría, Acompañamiento, Seguimiento Y Evaluación:

❖ Seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano y atención al ciudadano: Se verificó la publicación de dicho a plan a 31 de enero de 2023 cumpliendo con lo establecido en la ley 1474 de 2011 y decreto 124 de 2016, adicional a ello de forma cuatrimestral se le ha realizado seguimiento y control a la implementación de los avances de las actividades allí consignadas en los tiempos establecidos.

❖ Seguimiento a publicación de informes de Ley 1474 de 2011 y decreto 648 de 2017: Se verifico el cumplimiento, verificación de publicación de los planes institucionales consolidados; se verificó el plan anual de adquisiciones realizándole el respectivo informe con sugerencias.

❖ Asistencia y acompañamiento a comités instituciones: A los comités que se fue citada a la oficina de control interno como invitada se asistió, realizando las respectivas sugerencias y recomendaciones.

- Acompañamiento y asesoría al comité de contratación, se asistió activamente al comité de contratación de la entidad cuando se fue citada, cabe resaltar que en dicho comité se asiste con voz pero sin voto.

- Acompañamiento y asesoría al comité de conciliaciones judiciales en el cual se asiste con voz, pero sin voto a las sesiones programadas por el área jurídica

- Acompañamiento y asesoría al comité de sostenibilidad del sistema contable en el cual se asiste con voz pero sin voto

- Acompañamiento y asesoría al comité de bajas de bienes en el cual se asiste con voz, pero sin voto

- ❖ Asesoría y apoyo en consolidación de planes de mejoramiento: Se realiza acompañamiento a las diferentes áreas de los procesos auditados para la suscripción del plan de mejoramiento, de igual forma durante la vigencia se suscribieron planes de mejoramiento producto de las auditorias
- ❖ Seguimiento a la publicación de los procesos contractuales: La dependencia de control interno de gestión realizó seguimiento a la publicación en la plataforma de Colombia compra eficiente de los documentos que integran los procesos contractuales en los tiempos establecidos por la ley, así como se verifico la oportunidad también se verifico la veracidad, realizando las observaciones y sugerencias pertinentes, de igual forma se revisó la rendición de los contratos en la plataforma de la contraloría general de la república de SIA OBSERVA
- ❖ Seguimientos a caja menor y caja general: Se realizaron arquezos aleatorios a la caja menor ya a la caja general de la entidad, realizando las observaciones y respectivas sugerencias en aras de mejorar el proceso, se tuvo en cuenta el acto administrativo expedido por la ESE y las directrices nacionales dadas sobre la materia.
- ❖ Seguimiento a planes de mejoramiento: Teniendo en cuenta que en los diferentes seguimientos o auditorías internas se suscribieron planes de mejoramiento, y se tenían planes de mejoramiento suscrito de las auditorias de las vigencias anteriores, se realizó el seguimiento generando el respectivo informe emitiendo alertas de cumplimiento.
- ❖ Seguimiento y asesoría en el sistema de información y gestión del empleo público – SIGEP: Se realizó informe de seguimiento a la información que se debe reportar para los funcionarios de planta así como para los contratistas, dicho

informe fue enviado al gerente, al subgerente administrativo y financiero, al área de talento humano y de contratación ella entidad para las respectivas mejoras del proceso.

❖ Seguimiento al sistema único de tramites – SUIT: Durante la vigencia 2023 se realizó seguimiento al SUIT encontrando un avance significativo toda vez que se llegó al 100% de la primera fase de la racionalización de tramites.

❖ Asistencia a capacitaciones: Teniendo en cuenta que la entidad cuenta con plan anual de capacitaciones institucional se asistió a las capacitaciones programadas.

9.6. Cumplimiento De Roles De La Oficina De Control Interno

❖ **Rol de enfoque hacia la prevención:** Se formulan recomendaciones con alcance preventivo, con el ánimo de implementación de acciones de manera oportuna, que permitan disminuir o mitigar los riesgos y/o su impacto; igualmente, se fomenta la cultura del autocontrol, especialmente en los líderes de proceso, de acuerdo con las tres líneas de defensa de MIPG.

❖ **Rol de liderazgo estratégico:** Se materializa a través de las asesorías y seguimientos, mediante las auditorias y participación en los diferentes comités a los que se asiste como invitada, con las sugerencias y recomendaciones que realiza la oficina de control interno de gestión, lo que se pretende es alertar de manera oportuna sobre aquellos riesgos que pueden afectar el desempeño institucional y el cumplimiento de los objetivos; con el ánimo de brindar soporte estratégico en la toma de decisiones. Se ha realizado asesoría para mejorar los procesos de contratación y de gestión de inventarios, la primera y segunda línea

muestran interés y empatía con las recomendaciones y observaciones que realiza la oficina de control interno de gestión

❖ **Rol de relación con entes externos de control:** Se realizaron las recomendaciones de entrega de información en términos de oportunidad, integridad y pertinencia, mediante la cultura de autocontrol en los responsables. Respecto al seguimiento de otros oficios de entes de control, no fueron de conocimiento de la oficina de control interno.

❖ **Rol de evaluación de gestión del riesgo:** Se han evaluado a través de las auditorías internas y los diferentes seguimientos a los procesos, insistiendo en la implementación de la metodología del riesgo, durante la vigencia 2023 la entidad actualizó la política de gestión del riesgo y se avanzó en un 50% aproximado del mapa de riesgos de los procesos, por lo cual en reiteradas ocasiones se ha solicitado al asesor de la oficina de planeación en la implementación de estas para poder realizar una evaluación adecuada y generar alertas oportunas. Se han realizado recomendaciones para la consolidación del mapa de riesgos institucional y de la política de riesgos

❖ **Rol de evaluación y seguimiento:** De acuerdo con el plan de acción y programa anual de auditorías, se realizaron las actividades de evaluación y seguimiento a los diferentes procesos de la institución, general informes y recomendaciones presentados a la gerencia y al comité institucional de Control Interno, con el ánimo de generar valor agregado y disminución del riesgo, de acuerdo, a las líneas de defensa.

Adicionalmente, como acciones preventivas, se comparten por parte de la oficina de control interno la normatividad aplicable a la entidad, se generan alertas respecto a las directrices que requieren de cumplimiento de término que se realizan a través de correos electrónicos y/o directamente con los responsables de los procesos, de tal forma que se dé cumplimiento oportuno a los requerimientos.

Se deja la recomendación, como se ha venido haciendo desde la oficina de control interno de gestión, para que se dé continuidad a la formalización laboral y la creación de la plata de personal, de acuerdo, a las directrices nacionales y a los compromisos suscritos con la oficina de trabajo. Igualmente se reitera la necesidad de que la entidad cuente con política de riesgo y mapa de riesgos institucionales.

Se participó activamente de los comités departamentales de auditorías, de igual forma a las capacitaciones citadas por el departamento administrativo de la función pública, y demás entidades del orden departamental y nacional en atención a lo concerniente a control interno.

Finalmente me permito informar que los soportes de los informes y seguimientos reposan en la oficina de Control Interno y de acuerdo la norma está publicada en la página web institucional y se encuentran a disposición para ser consultados.

Se presenta en el mes de enero al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, de acuerdo con la ley 87 de 1993; igualmente, se enviará a la Contraloría General de Boyacá como requerimiento de la cuenta anual; será publicado en la página web institucional (www.hrm.gov.co) en cumplimiento de la ley 1712 de 2014

REFERENCIAS

- Acero, M., Caro, I., Henao, L., Ruíz, L., & Sánchez, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 105-106.
- CEPAL. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: Una mirada desde América Latina*. 2001. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf
- DANE. (2022). *Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)*. Bogotá D.C. Obtenido de [https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi#:~:text=Se%20consideran%20en%20esta%20situaci%C3%B3n,cocina%2C%20ba%C3%B1o%20y%20garaje\).&text=Este%20indicador%20expresa%20en%20fo](https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi#:~:text=Se%20consideran%20en%20esta%20situaci%C3%B3n,cocina%2C%20ba%C3%B1o%20y%20garaje).&text=Este%20indicador%20expresa%20en%20fo)
- DANE. (2022). *Piramides Poblacional 2022*. Obtenido de <https://www.populationpyramid.net/es/colombia/2022/>
- DANE. (2022). *PROYECCIONES DE POBLACIÓN*. Bogotá D.C. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- De la Guardia Gutierrez , M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). *La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria*. Madrid: Journal of Negative and No Positive Results. doi:<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2023). *DANE*. Obtenido de ¿Cuántos Somos?. Explorador de Datos: <https://sitios.dane.gov.co/cnpv#!/>
- Departamento Nacional de Estadística. (2019). *Proyecciones de Población*. Bogotá D.C. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- Departamento Nacional de Estadística. (2022). *Necesidades Básicas Insatisfechas*. Bogotá D.C. Obtenido de [https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi#:~:text=Se%20consideran%20en%20esta%20situaci%C3%B3n,cocina%2C%20ba%C3%B1o%20y%20garaje\).&text=Este%20indicador%20expresa%20en%20fo](https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi#:~:text=Se%20consideran%20en%20esta%20situaci%C3%B3n,cocina%2C%20ba%C3%B1o%20y%20garaje).&text=Este%20indicador%20expresa%20en%20fo)
- Departamento Nacional de Estadística. (2023). *DANE*. Obtenido de Proyecciones de Población 2020-2035: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- Dinámica Gerencial . (2023). *Atenciones por Lugar de Procedencia por RIPS*. Moniquirá.
- Dinámica Gerencial, HRM. (2022). *Generación de RIPS – Resolución 3374 – Dinámica Gerencial.NET*. Moniquirá.
- Dinámica Gerencial, HRM. (2022). *Morbilidades atendidas, consulta por Historia Clínica*. Moniquirá.
- Dinámica Gerencial, HRM. (2022). *Reporte Resolución 1552*. Moniquirá.
- Dinámica Gerencial, HRM. (2022). *RIPS Hospital Regional de Moniquirá 2022*. Moniquirá.

Gobernación de Boyacá. (2022). *Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por municipio, régimen y administradora - DEPARTAMENTO DE BOYACA*. Publicado en el portal de Datos Abiertos del Estado Colombiano, Tunja. Obtenido de <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Afiliacion-al-Sistema-General-de-Seguridad-Social/vdtf-vxs4>

Gobernación de Boyacá. (2023). *Convenio Interadministrativo 2576 de 2023*. Tunja.

Gobernación de Boyacá. (2023). *Gobernación de Boyacá*. Obtenido de Análisis Situación de Salud Municipios de Boyacá en el Año 2022: <https://www.boyaca.gov.co/secretariasalud/analisis-situacion-de-salud-de-los-municipios-de-boyaca-en-el-ano-2022/>

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2024). *Informe de Gestión calidad*. Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá . (2022). *Imagen computarizada del Tomografo Siemens Somaton*. Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá , Contabilidad. (2022). *ESTADOS FINANCIEROS* . Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá. (2022). *Repositorio de Imagenes, área de comunicaciones*. Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá. (2023). *Imagenes del área de comunicaciones*. Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE . (2024). *Informe Financiero* . Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2020). *Plan Estratégico 2020-2023*. Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2022). *Programa de Seguridad del Paciente*. Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2023). *Acuerdo de Formalización Laboral*. Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2023). *Cuadro de Mando Integral*. Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2023). *Informe Comité de Infecciones* . Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2023). *Informe consolidado de Eventos Académicos*. Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2023). *Informe de encuesta de Percepción de Seguridad del Paciente*. Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2023). *Informe de Seguridad del Paciente 2022*. Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2023). *Manual de Procedimientos Unidad de Inteligencia de Negocios y Analítica de Datos*. Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2023). *Oportunidad Reporte 1552*. Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2024). *Indicadores Estadísticos APACHE UCI*. Moniquirá: Unidad de Inteligencia de Negocios y Analítica de datos.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2024). *Informe de Avance de obra Comité de Obra Construcción Unidad de Cuidados Intensivos*. Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2024). *Informe de Farmacia*. Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2024). *Informe de Gestión área de sistemas.* Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2024). *Informe de Gestión de SST.* Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2024). *Informe de Satisfacción de usuarios.* Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2024). *Informe de Seguridad del Paciente 2023.* Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2024). *Informe Financiero 2020-2023.* Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2024). *Informe Programa de Salud Mental.* Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2024). *Programa Integral de Salud Familiar.* Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá ESE. (2024). *Rediseño Institucional .* Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá, Calidad. (2022). *Informe del proceso de Gestión Calidad.* Moniquirá.

Hospital Regional de Moniquirá, CMI. (2022). *Cuadro de Mando Integral .* Moniquirá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Bodega de Datos SISPRO.* Obtenido de <https://nam02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fsites%2Frid%2FLists%2FBibliotecaDigital%2FRIDE%2FVS%2FED%2FPSP%2Fbd-externas-actualizacion-asis-2022.zip&data=05%7C01%7Cclara.guerrero%40boyaca.gov.co%7Cee5e6b6c36d342>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *PREMIO NACIONAL A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON INFORME RETROALIMENTACIÓN EVALUACIÓN E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ.* Bogotá D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *REPS.* Bogotá D.C. Obtenido de <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *SIHO 2193.* Bogotá D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Cifras de Aseguramiento en Salud.* Bogotá D.C. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Ministerio de Salud y Protección Social.* Obtenido de Análisis de Situación en Salud ASIS : <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Planes Bienales de Inversiones en Salud.* Obtenido de <https://prestadores.minsalud.gov.co/planesbienales/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Dirección de Prestación de servicios y atención primaria.* Obtenido de Registro Especial de Prestadores en Salud (REPS): <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria*. Obtenido de Sistema de Información Hospitalaria - SIHO: <https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria*. Obtenido de Sistema de Información Hospitalaria SIHO: <https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/>
- Odo. (2024). *Aplicativo para la Gestión SCRUM*. Obtenido de Odo Hospital Regional de Monquirá ESE: http://192.168.1.16:8069/web#action=183&active_id=3&model=project.task&view_type=kanban&cids=1&menu_id=112
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Salud en las Américas*. Determinantes e Inequidades en Salud, Washigton D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Colombia*. Washington D.C. Obtenido de <https://www.paho.org/es/colombia>
- Secretaría de Salud de Boyacá. (2023). *Certificación No 00001097*. Tunja.
- Secretaría de Salud Departamental. (2023). *Concepto de Viabilidad Técnica* . Tunja.
- Secretaría Municipal de Salud de Monquirá. (2022). *ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CON EL MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD*,. Monquirá.
- Williamson, J. (1990). *Latin American Adjustment: How Much Has?* Washington D.C.: Institute for International Economics.