



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR
TRASLADO CONTESTACIÓN - EXCEPCIONES
(Artículo 175 CPACA)

Medio de control	REPETICIÓN
Radicado	13-001-23-33-000-2022-00027-00
Demandante	E.S.E. HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS
Demandado	VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ, ÁLVARO ENRIQUE RUIZ CAMPILLO, MÓNICA DEL CARMEN JURADO MÁRQUEZ Y ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMÚDEZ
Magistrado Ponente	LUIS MIGUEL VILLALOBOS ÁLVAREZ

En la fecha, martes diecisiete (17) de octubre de dos mil veintitrés (2023), se corre traslado por el término legal de tres (03) días a la parte demandante de la(s) contestación(es) de demanda presentada(s) por el(a) apoderado(a) de la(s) parte(s) demandada(s) VERENA BERNARDA POLO, y de las excepciones que contenga el(os) escrito(s) de contestación de la demanda, presentado(s) electrónicamente el(os) día diecinueve (19) y veinticinco (25) de septiembre de dos mil veintitrés (2023) y por el(a) apoderado(a) de la(s) parte(s) demandada(s) ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ, presentado(s) electrónicamente el(os) día veinte (20) de septiembre de dos mil veintitrés (2023).

EMPIEZA EL TRASLADO: MIÉRCOLES DIECIOCHO (18) DE OCTUBRE DE DOS MIL VEINTITRÉS (2023), A LAS OCHO DE LA MAÑANA (8:00 AM)

DENISE AUXILIADORA CAMPO PEREZ
SECRETARIA GENERAL

VENCE EL TRASLADO: VIERNES VEINTE (20) DE OCTUBRE DE DOS MIL VEINTITRÉS (2023), A LAS CINCO DE LA TARDE (5:00 PM)

DENISE AUXILIADORA CAMPO PEREZ
SECRETARIA GENERAL

Centro Avenida Venezuela, Calle 33 No. 8-25 Edificio Nacional-Primer Piso

E-Mail: desta02bol@notificacionesrj.gov.co



RV: 13-001-23-33-000-2022-00027-00 CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y EXCEPCIONES PREVIAS - VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ

Secretaría Tribunal Administrativo - Bolívar - Cartagena

<stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Mar 19/09/2023 5:00 PM

Para:Notificaciones Despacho 02 Tribunal Administrativo - Bolívar - Cartagena

<desta02bol@notificacionesrj.gov.co>

📎 2 archivos adjuntos (1 MB)

13001233300020220002700 ANEXOS CONTESTACION DE LA DEMANDA.pdf; 13001233300020220002700 CONTESTACION DE LA DEMANDA.pdf;

De: edwin anillo lora <ronaldaniello@hotmail.com>

Enviado: martes, 19 de septiembre de 2023 4:58 p. m.

Para: Secretaría Tribunal Administrativo - Bolívar - Cartagena <stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co>;
Notificaciones Despacho 02 Tribunal Administrativo - Bolívar - Cartagena <desta02bol@notificacionesrj.gov.co>;
Despacho 02 Tribunal Administrativo - Bolívar - Cartagena <des02tabolivar@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: notificacionesjudiciales@esecartagenadeindias.gov.co
<notificacionesjudiciales@esecartagenadeindias.gov.co>; abogadosasociados203@gmail.com
<abogadosasociados203@gmail.com>; verenapolo@yahoo.com <verenapolo@yahoo.com>;
aruizcampillo@hotmail.com <aruizcampillo@hotmail.com>; monicarojrurado@gmail.com
<monicarojrurado@gmail.com>; roquebossio@gmail.com <roquebossio@gmail.com>; Procesos Judiciales -
Oficina Juridica <procesosjudiciales@procuraduria.gov.co>

Asunto: 13-001-23-33-000-2022-00027-00 CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y EXCEPCIONES PREVIAS - VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ

Doctor

LUIS MIGUEL VILLALOBOS ÁLVAREZ

MAGISTRADO PONENTE

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR

Email: des02tabolivar@cendoj.ramajudicial.gov.co - desta02bol@notificacionesrj.gov.co - stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co

Cartagena de Indias D.T. y C. – Bolívar

MEDIO DE CONTROL: Acción de Repetición.

RADICADO: 13-001-23-33-000-2022-00027-00.

DEMANDANTE (S): E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias

DEMANDADOS (S): Verena Bernarda Polo Gómez y otros.

ASUNTO: Contestación de la demanda.

EDWIN ARMANDO ANILLO LORA, identificado con cédula de ciudadanía 9.174.516 de San Jacinto - Bolívar, portador de la tarjeta profesional de abogado 95.407 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de apoderado especial de **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ**, conforme el poder conferido mediante mensaje de datos adjunto, amablemente concurro ante usted, para remitir la **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA** interpuesta contra mi mandante, junto las **EXCEPCIONES PREVIAS** propuestas, a través de los archivos en formato PDF adjuntos.

Se deja constancia que el presente mensaje se remite simultáneamente (en copia CC) a las direcciones electrónicas suministradas por los demás sujetos procesales.

Cartagena de Indias – 19 de septiembre de 2023

Doctor

LUIS MIGUEL VILLALOBOS ÁLVAREZ
MAGISTRADO PONENTE
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR

Correos Electrónicos: Des02tabolivar@cendoj.ramajudicial.gov.co
Desta02bol@notificacionesrj.gov.co
Stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co

Av. Venezuela, # 8-52, Edificio Nacional
Ciudad

MEDIO DE CONTROL:	Acción de Repetición
RADICADO:	13001233300020220002700
DEMANDANTE (S):	ESE Hospital Local Cartagena de Indias
DEMANDADOS (S):	Verena Bernarda Polo Gómez y otros
ASUNTO:	Contestación de la demanda

EDWIN ARMANDO ANILLO LORA, actuando en mi condición de apoderado especial de **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ**, conforme el poder conferido mediante mensaje de datos adjunto, amablemente concurre ante usted, para **CONTESTAR** la demanda interpuesta contra mi poderdante, teniendo en cuenta los siguientes términos:

TEMPORALIDAD DE LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

El auto admisorio de la demanda fue recibido en el buzón electrónico de mi poderdante¹ el pasado 2 de agosto de 2023, por lo tanto, la notificación personal se surtió el 4 de agosto de 2023, es decir, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la remisión mencionada, de conformidad con lo previsto en el inciso 4 del artículo 48 de la Ley 2080 de 2021.

Así las cosas, el término de treinta (30) días hábiles del traslado de la demanda inicialmente discurriría entre el 8 de agosto de 2023 y el 19 de septiembre de 2023. No obstante, este término fue suspendido entre 14 y 20 de septiembre de 2023 a través del Acuerdo PCSJA23-12089 expedido el 13 de septiembre de 2023 por el Consejo Superior de la Judicatura, "Por el cual se suspenden términos judiciales en el territorio nacional", cuando todavía restaban cuatro (4) días hábiles para su vencimiento.

De esta manera, el plazo finalmente previsto para el traslado de la demanda se extiende hasta el lunes, 25 de septiembre de 2023, y el presente escrito ha sido presentado dentro del mencionado periodo, es decir, dentro de la oportunidad legal otorgada para tal fin.

CONTESTACIÓN A LOS HECHOS

AL PRIMERO: Es cierto.

AL SEGUNDO: Es cierto.

AL TERCERO: Es cierto.

AL CUARTO: Es cierto, en el sentido que la sociedad contratista **COLTEMPORA S.A.** remitió propuesta para el pago de la factura de venta 64855, la cual fue objeto de aceptación por parte de mi mandante **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ**, en su condición de Gerente y Representante Legal de la Empresa Social del Estado demandante para la época en que se describe este hecho, motivo por el cual fue expedida la Resolución 0065 del 2 de marzo de 2016.

¹ verenapolo@yahoo.com.

No es un hecho, por cuanto la parte demandante no se refiere a un supuesto fáctico existente, sino que realiza una conclusión subjetiva y sin ningún respaldo fáctico ni jurídico sobre el supuesto plazo que tenía la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** para presentar la información exógena tributaria correspondiente al año gravable 2014.

AL QUINTO: Es cierto.

AL SEXTO: No nos consta, teniendo en cuenta que la supuesta demanda ejecutiva habría sido presentada por la **COLTEMPORA S.A.** el 12 de octubre de 2016, y para ese entonces mi poderdante no estaba vinculada en la entidad demandante, debido a que su condición como Gerente se extendió hasta el 31 de marzo de 2016.

Por tanto, mi poderdante no tuvo injerencia ni participación en supuesto fáctico alegado, que deberá ser acreditado por la parte demandante conforme al artículo 167 del Código General del Proceso.

AL SÉPTIMO: No nos consta, teniendo en cuenta que para la época en que supuestamente tuvo lugar el supuesto fáctico alegado mi poderdante estaba totalmente desvinculada de la entidad demandante, debido a que su condición como Gerente se extendió hasta el 31 de marzo de 2016.

Así las cosas, mi poderdante no tuvo injerencia ni participación en supuesto fáctico alegado, que deberá ser acreditado por la parte demandante en atención a lo previsto en el artículo 167 del Código General del Proceso.

AL OCTAVO: No nos consta, teniendo en cuenta que para la época en que supuestamente tuvo lugar el supuesto fáctico alegado mi poderdante estaba totalmente desvinculada de la entidad demandante, debido a que su condición como Gerente se extendió hasta el 31 de marzo de 2016.

Así las cosas, mi poderdante no tuvo injerencia ni participación en supuesto fáctico alegado, que deberá ser acreditado por la parte demandante en atención a lo previsto en el artículo 167 del Código General del Proceso.

AL NOVENO: No nos consta, teniendo en cuenta que para la época en que supuestamente tuvo lugar el supuesto fáctico alegado mi poderdante estaba totalmente desvinculada de la entidad demandante, debido a que su condición como Gerente se extendió hasta el 31 de marzo de 2016.

Así las cosas, mi poderdante no tuvo injerencia ni participación en supuesto fáctico alegado, que deberá ser acreditado por la parte demandante en atención a lo previsto en el artículo 167 del Código General del Proceso.

CONTESTACIÓN A LAS PRETENSIONES

A LA PRIMERA PRETENSIÓN: Nos oponemos a la pretensión primera formulada, y en consecuencia, solicitamos su rechazo, teniendo en cuenta que mi poderdante **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ** no ha causado ningún perjuicio a la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS**, por tanto, no puede ser declarada responsable en el presente proceso.

Así las cosas, respetuosamente solicitamos se sirva declarar probadas todas y cada una de las excepciones propuestas mediante la presente contestación de la demanda, y con ello, denegar las pretensiones de la demanda respecto de mi poderdante **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ**.

A LA SEGUNDA PRETENSIÓN: Nos oponemos a la pretensión segunda, ya que es consecencial de la anterior, y por ello, resulta improcedente en los términos expuestos en los párrafos precedentes.

A LA TERCERA PRETENSIÓN: Nos oponemos a la pretensión tercera, ya que es consecencial de la anterior, y por ello, resulta improcedente en los términos expuestos en los párrafos precedentes.

A LA CUARTA PRETENSIÓN: Nos oponemos a la pretensión cuarta, ya que es consecuencial de la anterior, y por ello, resulta improcedente en los términos expuestos en los párrafos precedentes.

A LA QUINTA PRETENSIÓN: Nos oponemos a la pretensión quinta, ya que es consecuencial de la anterior, y por ello, resulta improcedente en los términos expuestos en los párrafos precedentes.

FUNDAMENTACIÓN FÁCTICA Y JURÍDICA DE LA DEFENSA

Nos oponemos a las pretensiones esgrimidas en la demanda, teniendo en cuenta que no se configura ninguno de los presupuestos para declarar la responsabilidad patrimonial de mi representada en este caso, quien no ostentaba la naturaleza de empleada pública para la fecha en que se originaron los supuestos perjuicios, que según ellos, derivaron de la celebración y ejecución de contrato de transacción del 11 de febrero de 2021, suscrito entre la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** y la sociedad **COLTEMPORA S.A.**, para supuestamente dar por terminado el proceso ejecutivo singular tramitado en el Juzgado 001 Civil del Circuito de Cartagena de Indias bajo el radicado 130013100300120170034600, acuerdo sobre el cual, vale decir, no reposa providencia que haya impartido su aprobación ni que haya decretado la terminación del proceso.

De igual forma, no existe ninguna conducta atribuible a mi poderdante que pueda catalogarse como dolosa o gravemente culposa, y que a la postre, haya causado el pago de este contrato de transacción, que se recalca, fue suscrito para dar por terminado un proceso judicial que inició de forma posterior a la desvinculación de mi mandante como Gerente y Representante Legal de la entidad demandante.

Al respecto, los artículos 6 y 90 de la Constitución Política señalan que los servidores públicos pueden ser responsables por infringir la Constitución y las Leyes, o por omisión y extralimitación en el ejercicio de sus funciones, y en el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de un daño antijurídico, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquel deberá repetir contra éste.

En desarrollo de tales preceptos constitucionales, el artículo 142 de la Ley 1437 de 2011 refiere que cuando el Estado haya debido hacer un reconocimiento indemnizatorio con ocasión de una condena, conciliación u otra forma de terminación de conflictos que sean consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa del servidor o ex servidor público o del particular en ejercicio de funciones públicas, la entidad respectiva deberá repetir contra estos por lo pagado.

De tales disposiciones se infiere que son elementos que determinan la prosperidad de la acción de repetición: “a) la existencia de una condena judicial o de un acuerdo conciliatorio que impuso a la entidad estatal demandante el pago de una suma de dinero; b) que el pago se haya realizado; c) la calidad del demandado como agente o ex agente del Estado y d) la culpa grave o dolo”².

Extrapolando lo expuesto al caso concreto, tenemos que la presente acción de repetición no cumple con los elementos anteriores respecto de mi poderdante **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ**, quien no era agente del Estado cuando la entidad demandante fue demandada por parte de **COLTEMPORA S.A.**; igualmente, no existe una conducta que ponga en evidencia su culpa grave o dolo en el hecho dañoso.

De lo que si existe certeza es que mi poderdante **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ** no reporta ninguna clase de antecedente disciplinario, fiscal o judicial por actuaciones relacionadas con sus funciones como Gerente de la entidad demandante dentro del periodo comprendido entre el 24 de abril de 2012 y el 31 de marzo de 2016, lo que demuestra por si solo un comportamiento correcto y estrictamente ceñido al ordenamiento jurídico, situación que también se constata con las calificaciones de su desempeño durante el tiempo referido, las cuales eran sobresalientes.

Bajo esta perspectiva, las pretensiones de la demanda deberán rechazarse, pues el material probatorio no permite ni siquiera valorar la conducta desplegada por mi poderdante frente al supuesto

² Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección A. Consejero Ponente: Marta Nubia Velásquez Rico. Sentencia del 19 de julio de 2018. Radicado: 11001-33-31-034-2007-00262-01(54845).

daño ocasionado a la entidad demandante, incumpliendo con ello el deber de carga probatoria que le asiste en virtud de lo dispuesto en el artículo 167 del Código General del Proceso.

Al respecto, el Consejo de Estado ha señalado:

“61. (...) es importante recabar que la prosperidad de las pretensiones que se formulan en la demanda de repetición no pueden soportarse en la simple exposición argumental para satisfacer de palabra la exigencia contenida en la segunda parte del artículo 90 constitucional, pues para esto se requiere una verdadera convicción probatoria de que medió una conducta dolosa o gravemente culposa, esto es, el cumplimiento del onus probandi que al interesado le asiste a fin de que se acceda a su petitum, de ahí que, quien persigue de otro el reembolso de una suma que ha pagado, le asiste la carga de acreditar los elementos de la responsabilidad que reclama, cuya probanza ahora se extraña, pues no de otra manera el artículo 177 del C.P.C., determina que la carga de la prueba compete a la parte que alega un hecho o a quien lo excepciona o lo controvierte.

62. En este punto, para la Sala es importante insistir en la indebida aproximación de la entidad pública en el caso concreto, ante la carencia de una imputación determinada, puesto que se limitó a la simple enunciación de que los demandados obraron bajo uno u otro de dos estándares de conducta completamente distintos; hecho que, como se dijo en precedencia, desconoce los postulados del derecho de defensa, además de que impide realizar un análisis subjetivo de la conducta de los agentes, en tanto para ello es menester que se haga una imputación precisa de los cargos que se endilgan. Así las cosas, se observa que en el sub examine, la demandante no se esforzó por especificar y probar con suficiencia, los hechos y razones que, según su dicho, justificaban la atribución de responsabilidad bajo los criterios de dolo o culpa grave, estando ello a su cargo.

63. Dicha consideración se extiende a los medios de pruebas que las entidades públicas allegan a los juicios de repetición, dado que no distinguen la forma de la conducta imputada para efectos de que, bajo criterios de pertinencia, conducencia y utilidad, el material probatorio sea congruente con esa imputación. En efecto, no se trata de acreditar simplemente uno de los supuestos de derecho para el ejercicio de la acción, pues con especial relevancia, deberán traer los medios de prueba que permitan establecer individual y congruentemente, el dolo o la culpa grave que se imputa. Así las cosas, el adecuado análisis probatorio que deben adelantar las entidades para decidir el ejercicio de la acción de repetición en contra de los servidores con base en los elementos de convicción con los que cuentan, evitaría que se adelanten acciones de repetición sin que se cuente con los medios que acreditan cada uno de los requisitos que esta acción reversiva exige.”³.

Ahora bien, de conformidad con el Acuerdo 170 del 27 de julio de 2016, expedido por la Junta Directiva de la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS**, por medio del cual se adoptó el Manual Específico de Funciones, Requisitos y Competencias Laborales del Plan de Cargos de esta entidad, no era la Gerente quien debía encargarse *motu proprio* de gestionar el pago de las obligaciones contraídas por la entidad, puesto que las órdenes de pago estaban precedidas de un procedimiento administrativo en el que participaban activamente las personas que ejercían los cargos de Subgerente Administrativo y Financiero, código 090, grado 28, que tenía dentro de sus funciones “planificar, coordinar, ejecutar y evaluar los procesos financieros de presupuesto, contables de tesorería necesarios para el normal funcionamiento de la empresa, en el marco de las

³ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección A. Consejero ponente: José Roberto SÁCHICA MÉNDEZ. Sentencia del 22 de octubre de 2021. Radicación: 25000-23-26-000-2010-00592-01(55499).

disposiciones legales vigentes” y Profesional Universitario, código 219, grado 20, ubicado en la Subgerencia mencionada, cuyo propósito principal consiste en “coordinar, organizar, ejecutar y controlar los procesos financieros de presupuesto, contabilidad, recaudo y cartera y pagaduría”, y dentro de sus funciones estaban “dirigir y supervisar las operaciones de facturación, cartera y recaudo, contabilidad, costo, y presupuesto de la Empresa, verificando que los registros se efectúen de acuerdo con las normas legales y fiscales vigentes”, entre otras.

En ese sentido, en el remoto evento de que proceda la acción de repetición en este caso, las personas que ejercieron los empleos públicos referidos son quienes principalmente estarían llamados a responder por las pretensiones de la demanda, y en esa medida, mi poderdante **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ** deberá ser desvinculada de este proceso.

Aunado a lo anterior, otro factor determinante para que la entidad demandante supuestamente realizara el pago del contrato de transacción en cuestión fue su inadecuada y deficiente defensa dentro del proceso ejecutivo que lo originó, como se explica a renglón seguido:

De acuerdo con la narrativa expresada en la demanda, los perjuicios cuyo reconocimiento se pide a título de repetición derivaron de la celebración y ejecución de contrato de transacción del 11 de febrero de 2021, suscrito entre la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** y la sociedad **COLTEMPORA S.A.**, para supuestamente dar por terminado el proceso ejecutivo singular tramitado en el Juzgado 001 Civil del Circuito de Cartagena de Indias bajo el radicado 130013100300120170034600.

No obstante, con las pruebas arrojadas en el proceso no se demuestra que la entidad demandante hubiese contestado la demanda, ni que hubiese propuesto excepciones dentro de la oportunidad legal correspondiente, especialmente la excepción de pago con fundamento en la Resolución 0065 del 2 de marzo de 2016, suscrita por mi apadrinada como Gerente y Representante Legal, a través de la cual se ordenó el pago de la factura de venta 64855 del 13 de marzo de 2015, que a la postre sirvió como título ejecutivo en el proceso ejecutivo singular referido, acto administrativo tuvo como fundamento, además, la propuesta efectuada por la sociedad **COLTEMPORA S.A.** el 29 de diciembre de 2015.

No debe perderse de vista que la representación judicial y extrajudicial de la entidad demandante estaba a cargo de las personas que se desempeñaron como gerentes de la entidad demandante desde la fecha en que la misma fue notificada personalmente del mandamiento de pago, fecha en que vale decir, mi mandante no tenía ningún vínculo con la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS**.

Tampoco se arrimaron al proceso objeciones a las distintas liquidaciones del crédito practicadas, ni se demuestra haberse hecho un estudio acucioso, en ejercicio del derecho de defensa, de los elementos formales y sustanciales del título ejecutivo singular que fue presentado para cobro ante el juez civil del circuito correspondiente.

Además, no existe prueba de que el acuerdo de transacción fuera objeto de aprobación por parte del Juzgado que tramita la demanda, y mucho menos, que el proceso hubiese terminado satisfactoriamente con ocasión de este.

Lo anterior pone en evidencia que la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** no ejerció su derecho a la defensa en todo el proceso ejecutivo que se tramitó en el Juzgado 001 Civil del Circuito bajo el radicado 130013100300120170034600.

De todo lo anterior, se colige que la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** nunca contravirtió la actuación judicial adelantada en su contra por parte de **COLTEMPORA S.A.**, siendo totalmente permisiva e inerte ante la misma.

Por todo lo anterior, las pretensiones de la demanda deberán rechazarse, y en su lugar, deberá absolverse a mi poderdante, conforme las siguientes excepciones de mérito:

EXCEPCIONES DE MÉRITO

i. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

Las pretensiones deben ser rechazadas frente a mi poderdante **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ**, debido a que no pueden imputársele fáctica ni jurídicamente, teniendo en cuenta que no tuvo injerencia ni participación en la producción del supuesto hecho dañoso, ni incurrió en omisiones o extralimitaciones en el ejercicio de sus funciones que conllevaran a este.

Según lo expuesto en la demanda, los perjuicios cuyo reconocimiento se pide a título de repetición derivaron de la celebración y ejecución de contrato de transacción del 11 de febrero de 2021, suscrito entre la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** y la sociedad **COLTEMPORA S.A.**, para supuestamente dar por terminado el proceso ejecutivo singular tramitado en el Juzgado 001 Civil del Circuito de Cartagena de Indias bajo el radicado 130013100300120170034600.

En esa medida, es claro que mi poderdante no era agente del Estado cuando se produjo la actuación judicial, puesto que desde el 31 de marzo de 2016 ella había sido retirada de su cargo como Gerente de la Empresa Social del Estado demandante, lo que conlleva a declarar su falta de legitimación en la causa para obrar formal y materialmente como demandada en el presente proceso contencioso administrativo.

En este contexto, es pertinente poner de relieve que la condición de servidor o ex servidor pública constituye un elemento subjetivo *sine qua non* para la prosperidad de la pretensión de repetición. Sobre el particular, el Consejo de Estado ha dicho:

“La acción de repetición y sus presupuestos

(...)

24. Su prosperidad, como lo ha reconocido esta Corporación, depende de la acreditación de los siguientes presupuestos:

a) la existencia de una obligación a cargo del Estado producto de una condena judicial, una conciliación o cualquier otra forma de terminación de un conflicto;

b) el pago efectivo de la obligación;

c) la condición de agente o exagente del Estado o particular que desempeña función pública, de quien es demandado; y,

d) una conducta dolosa o gravemente culposa de los agentes o exagentes estatales, relacionadas directamente con la obligación de pago del Estado.”⁴.

De igual forma, frente a la legitimación en la causa por pasiva dentro de la acción de repetición, el máximo tribunal de lo contencioso administrativo ha señalado:

“La legitimación en la causa ha sido entendida por esta Corporación como la relación sustancial que debe existir entre las partes del proceso, para que las personas que formulan la demanda, así como aquellas a las que se les exige una determinada obligación, estén habilitadas por la ley para actuar procesalmente.

De igual forma, esta Corporación ha determinado la existencia de dos tipos de legitimación, a saber: i) una de hecho que hace referencia a la circunstancia de obrar dentro del proceso en calidad de demandante o

⁴ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección A. Consejero ponente: José Roberto SÁCHICA MÉNDEZ. Sentencia del 11 de octubre de 2021. Radicación: 05001-23-31-000-2003-00813-01(57325)A.

demandado, una vez se ha iniciado el mismo en ejercicio del derecho de acción y en virtud de la correspondiente pretensión procesal y ii) una material que da cuenta de la participación o vínculo que tienen las personas -siendo o no partes del proceso-, con el acaecimiento de los hechos que originaron la formulación de la demanda.”⁵.

Pues bien, en el caso *sub examine* es improcedente dirigir la pretensión de repetición contra mi poderdante **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ**, debido a que su condición de servidora pública no se extendió hasta la fecha de producción del hecho dañoso reclamado, que se reitera, fue el supuesto pago del contrato de transacción del 11 de febrero de 2021, suscrito entre la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** y la sociedad **COLTEMPORA S.A.**, para supuestamente dar por terminado el proceso ejecutivo singular tramitado en el Juzgado 001 Civil del Circuito de Cartagena de Indias bajo el radicado 130013100300120170034600.

De ahí que el representante legal para la época en que notificó personalmente el mandamiento de pago dentro del proceso ejecutivo en cuestión sea quien deba responder frente a las pretensiones de repetición propuestas en este proceso, pues no hizo ninguna gestión oportuna y eficiente para defender los intereses de la entidad demandante en dicho proceso.

Ahora bien, si en gracia de discusión la parte demandante alega que el hecho generador del perjuicio fue la supuesta omisión en el pago de la factura de venta 64855 del 13 de marzo de 2015 presentada por **COLTEMPORA S.A.**, situación que originó la demanda ejecutiva en donde tuvo lugar el acuerdo transaccional, lo cierto es mi poderdante **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ** lo cierto es que antes de cualquier orden de pago, era necesario el agotamiento de actuaciones administrativas de índole jurídico y presupuestal a cargo del Subgerente Administrativo y Financiero, código 090, grado 28, que tenía dentro de sus funciones “planificar, coordinar, ejecutar y evaluar los procesos financieros de presupuesto, contables de tesorería necesarios para el normal funcionamiento de la empresa, en el marco de las disposiciones legales vigentes” y del Profesional Universitario, código 219, grado 20, ubicado en la Subgerencia mencionada, cuyo propósito principal consiste en “coordinar, organizar, ejecutar y controlar los procesos financieros de presupuesto, contabilidad, recaudo y cartera y pagaduría”, y dentro de sus funciones estaban “dirigir y supervisar las operaciones de facturación, cartera y recaudo, contabilidad, costo, y presupuesto de la Empresa, verificando que los registros se efectúen de acuerdo con las normas legales y fiscales vigentes”, entre otras.

En ese sentido, en el remoto evento de que proceda la acción de repetición en este caso, las personas que ejercieron los empleos públicos referidos son quienes principalmente estarían llamados a responder por las pretensiones de la demanda, y en esa medida, mi poderdante **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ** deberá ser desvinculada de este proceso.

ii. HECHO IMPUTABLE A UN TERCERO

Las pretensiones de la demanda deben ser rechazadas, teniendo en cuenta que, de acuerdo con lo expuesto por la actora en la misma, la supuesta prosperidad de la demanda ejecutiva que originó el acuerdo transaccional del 11 de febrero de 2021 se produjo por hechos en los tuvieron injerencia y participación servidores y/o ex servidores públicos distintos a mi poderdante:

Tal y como se dijo, entre la fecha de notificación del mandamiento de pago a la entidad demandante y la suscripción del acuerdo transaccional transcurrieron más de cuatro (4) años, en los que fue desbordante y desconcertante la desidia de la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** para ejercer una adecuada y oportuna defensa de sus intereses en el proceso ejecutivo, función que le correspondía a su representante legal para la época en que se adelantó dicha actuación.

⁵ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección B. Consejero ponente: Alexander Joja Bolaños (E). Sentencia del 30 de junio de 2021. Radicación: 25000-23-36-000-2015-00110-01(61075).

Por lo tanto, mal podría condenarse a mi poderdante por los actos y las omisiones que realizaron servidores y exservidores públicos diferentes, así que solicito respetuosamente su desvinculación en el presente asunto.

iii. INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS DE PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE REPETICIÓN

Mi poderdante **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ** no puede ser declarada responsable patrimonialmente en el presente asunto, debido a que no se configuran los elementos que estructuran dicha responsabilidad, a saber: “a) la existencia de una obligación a cargo del Estado producto de una condena judicial, una conciliación o cualquier otra forma de terminación de un conflicto; b) el pago efectivo de la obligación; **c) la condición de agente o exagente del Estado o particular que desempeña función pública, de quien es demandado; y, d) una conducta dolosa o gravemente culposa de los agentes o exagentes estatales, relacionadas directamente con la obligación de pago del Estado.**”⁶.

Al respecto, anteriormente se dejó claro que para la fecha en que se produjeron los hechos dañosos mi poderdante no ostentaba la calidad de servidora pública en la entidad demandante, y mucho menos existe prueba alguna de que con sus acciones u omisiones hubiese ocasionado la aminoración patrimonial cuyo resarcimiento se pretende.

Debemos destacar que en la demanda no se acredita ningún perjuicio patrimonial irrogado en contra de la parte demandante que tenga su origen a partir de conductas dolosas o gravemente culposas que puedan endilgarse a mi poderdante, razón por la cual, la presente excepción debe declararse probada.

iv. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN Y COBRO DE LO NO DEBIDO

Las pretensiones deben ser rechazadas, debido a que mediante este proceso se pretende cobrar sumas de dinero que mi representada no está en el deber jurídico de reconocer ni pagar, pues como ya se dijo, en este caso no se configuran los elementos de procedencia de la acción de repetición frente a mi apadrinada.

Lo anterior nos permite concluir que las pretensiones objeto de este proceso se centran en la exigencia de obligaciones inexistentes que no pueden prosperar, puesto que darían lugar al pago de lo no debido, y con ello, causarían un detrimento patrimonial injustificado a mi poderdante.

v. INCUMPLIMIENTO DE LA CARGA PROBATORIA

Las pretensiones de la demanda deben rechazarse, teniendo en cuenta que, del material probatorio allegado con la demanda no se observa ninguna prueba que permita acreditar el supuesto fáctico que sirve de fundamento para las pretensiones, y en consecuencia, deben ser rechazadas las mismas por incumplimiento de la carga probatoria, dispuesta en el inciso primero del artículo 167 del Código General del Proceso, que reza lo siguiente:

“ARTÍCULO 167. Carga de la prueba: Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen. (...)”

En el presente proceso no se encuentran acreditados ninguno de los supuestos fácticos que evidencian configuración de los elementos de la responsabilidad patrimonial cuya declaratoria se pretende en la demanda, ni que los perjuicios derivados de dicha responsabilidad sean imputables a mi poderdante **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ**, quien siempre ha actuado de conformidad con el ordenamiento jurídico.

Bajo esta perspectiva, las pretensiones de la demanda deberán rechazarse, pues el material probatorio no permite ni siquiera valorar la conducta desplegada por mi poderdante frente al supuesto

⁶ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección A. Consejero ponente: José Roberto Sáchica Méndez. Sentencia del 11 de octubre de 2021. Radicación: 05001-23-31-000-2003-00813-01(57325)A.

daño ocasionado a la entidad demandante, incumpliendo con ello el deber de carga probatoria que le asiste en virtud de lo dispuesto en el artículo 167 del Código General del Proceso antes citado. Al respecto, el Consejo de Estado ha señalado:

“61. (...) es importante recabar que la prosperidad de las pretensiones que se formulan en la demanda de repetición no pueden soportarse en la simple exposición argumental para satisfacer de palabra la exigencia contenida en la segunda parte del artículo 90 constitucional, pues para esto se requiere una verdadera convicción probatoria de que medió una conducta dolosa o gravemente culposa, esto es, el cumplimiento del onus probandi que al interesado le asiste a fin de que se acceda a su petitum, de ahí que, quien persigue de otro el reembolso de una suma que ha pagado, le asiste la carga de acreditar los elementos de la responsabilidad que reclama, cuya probanza ahora se extraña, pues no de otra manera el artículo 177 del C.P.C., determina que la carga de la prueba compete a la parte que alega un hecho o a quien lo excepciona o lo controvierte.

62. En este punto, para la Sala es importante insistir en la indebida aproximación de la entidad pública en el caso concreto, ante la carencia de una imputación determinada, puesto que se limitó a la simple enunciación de que los demandados obraron bajo uno u otro de dos estándares de conducta completamente distintos; hecho que, como se dijo en precedencia, desconoce los postulados del derecho de defensa, además de que impide realizar un análisis subjetivo de la conducta de los agentes, en tanto para ello es menester que se haga una imputación precisa de los cargos que se endilgan. Así las cosas, se observa que en el sub examine, la demandante no se esforzó por especificar y probar con suficiencia, los hechos y razones que, según su dicho, justificaban la atribución de responsabilidad bajo los criterios de dolo o culpa grave, estando ello a su cargo.

63. Dicha consideración se extiende a los medios de pruebas que las entidades públicas allegan a los juicios de repetición, dado que no distinguen la forma de la conducta imputada para efectos de que, bajo criterios de pertinencia, conducencia y utilidad, el material probatorio sea congruente con esa imputación. En efecto, no se trata de acreditar simplemente uno de los supuestos de derecho para el ejercicio de la acción, pues con especial relevancia, deberán traer los medios de prueba que permitan establecer individual y congruentemente, el dolo o la culpa grave que se imputa. Así las cosas, el adecuado análisis probatorio que deben adelantar las entidades para decidir el ejercicio de la acción de repetición en contra de los servidores con base en los elementos de convicción con los que cuentan, evitaría que se adelanten acciones de repetición sin que se cuente con los medios que acreditan cada uno de los requisitos que esta acción reversiva exige.”⁷.

Por tales razones, la conducta procesal de la parte demandante es contraria al principio general del derecho contenido en la máxima latina que reza *“onus probandi incumbit actori”*, que significa que al demandante le corresponde probar los hechos en que funda su acción, y cuya inobservancia impone la necesidad de absolver al demandado de los cargos que le fueron esgrimidos, de conformidad al aforismo *“actore non probante, reus absolvitur”*.

PRUEBAS

Se solicitan que se tengan como pruebas, las siguientes:

⁷ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección A. Consejero ponente: José Roberto SÁCHICA Méndez. Sentencia del 22 de octubre de 2021. Radicación: 25000-23-26-000-2010-00592-01(55499).

i. ALLEGADAS:

Documentales:

1. Certificado de antecedentes disciplinarios de mi poderdante, del 1 de diciembre de 2021, expedido por la **PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN**.
2. Certificado de antecedentes fiscales de mi poderdante, del 1 de diciembre de 2021, expedido por la **CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA**.
3. Certificado de antecedentes judiciales de mi poderdante, del 1 de diciembre de 2021, expedida por la **POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA**.
4. Solicitudes probatorias realizadas ante el Juzgado 001 Civil del Circuito de Cartagena y la ESE Hospital Local de Cartagena de Indias.

ii. SOLICITADAS

Interrogatorio de parte:

Solicito el interrogatorio de parte de mi poderdante **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ**, para que ejerza su derecho fundamental a ser oída, y declare en relación con los hechos materia de este proceso.

Documentales:

- 1) Requiérase al Juzgado 001 Civil del Circuito de Cartagena, para lo siguiente:
 1. Remitir el expediente del proceso ejecutivo singular tramitado por este despacho bajo el radicado 130013100300120170034600, en el que funge como parte demandante la sociedad COLTEMPORA S.A. y como parte demandada la ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS.
 2. Indicar el estado actual del referido proceso ejecutivo singular para la fecha de presentación de la demanda de repetición, es decir, si se encontraba activo o si fue terminado.
 3. Indicar la fecha en que se surtió la notificación personal del mandamiento de pago a la parte demandada, y si durante el traslado de la demanda la ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS propuso excepciones de mérito y/o previas.
 4. Certificar nombre, identificación personal y profesional de los profesionales en derecho que fungieron como apoderados de la ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS y la fecha en que se desempeñaron como tal.
 5. Relacionar los títulos o depósitos judiciales que se han constituido a órdenes del despacho con ocasión de las medidas cautelares decretadas en el proceso ejecutivo, la fecha de constitución y el valor de los respectivos títulos o depósitos judiciales, así como la fecha de constitución.
- 2) Requiérase a la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS**, para que remita:
 1. Certificado donde conste el tiempo en que el doctor RODOLFO LLINAS CASTRO, identificado con la cédula de ciudadanía 72.180.374, prestó sus servicios o ejerció el cargo de Gerente de la ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS.
 2. Acto administrativo de nombramiento y acta de posesión del doctor RODOLFO LLINAS CASTRO, identificado con la cédula de ciudadanía 72.180.374, prestó sus servicios o ejerció el cargo de Gerente de la ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS.

3. Copia de los poderes que la entidad otorgó al profesional y/o los profesionales en derecho que ejercieron la defensa dentro del proceso ejecutivo que promovió la sociedad COLTEMPORA S.A. en el JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA, bajo el radicado 2017-00346-00.
4. Certificar el tipo de vinculación del profesional y/o los profesionales en derecho que fungieron como apoderados de la entidad dentro del proceso ejecutivo antes mencionado, con los respectivos soportes, actos administrativos de nombramiento, actas de posesión, o contratos de prestación de servicios, según el caso.
5. Responder las siguientes preguntas:
 - a. ¿La ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS propuso excepciones previas o de mérito dentro del proceso ejecutivo antes referido?
 - b. ¿Cuáles fueron de forma detallada los actos procesales que la ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS promovió en ejercicio de su derecho de defensa, indicándonos si se contestó la demanda, se propusieron excepciones de mérito, previas, recursos ordinarios y/o extraordinarios?
 - c. ¿Durante el trámite del proceso ejecutivo en cuestión la ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS resultó embargada? En caso afirmativo, señalar los montos que fueron efectivamente descontados y embargados en perjuicio de la entidad y que se constituyeron como depósitos judiciales en favor del JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA.
6. Remitir planillas de pagos, comprobantes de egresos, constancias de consignación y demás documentos que acrediten todos los pagos que se realizaron para dar cumplimiento a las obligaciones cobradas por la sociedad COLTEMPORA S.A. dentro del proceso ejecutivo antes mencionado, incluyendo aquellos realizados en virtud de la Resolución 0065 del 2 de marzo de 2016, e igualmente, sírvase remitir copia de este acto administrativo.
7. Informar cuales empleos públicos dentro de la planta de personal de la ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS tienen dentro de sus funciones la revisión, supervisión y vigilancia de los procesos judiciales que se siguen contra la entidad, y remitir certificado de las personas que ocuparon tales cargos entre enero de 2016 y diciembre de 2021, así como los documentos que soportan su vinculación a tales empleos.
8. Remitir certificados de las personas que ocuparon los cargos de Subgerente Administrativa y Financiera de la ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS dentro del periodo comprendido entre enero de 2016 y diciembre de 2021, así como los documentos que soportan su vinculación a dicho empleo.

ANEXOS

Se adjunta poder especial para actuar, otorgado mediante mensaje de datos, y las pruebas documentales relacionadas como allegadas.

NOTIFICACIONES JUDICIALES

i. NOTIFICACIONES DE MI PODERDANTE:

Cartagena de Indias, Barrio Castillogrande, Calle 6 # 9-100, Edificio Malibú, Apartamento 13-B y en el buzón electrónico verenapolo@yahoo.com.

ii. **NOTIFICACIONES DEL SUSCRITO APODERADO**

Cartagena de Indias, Centro Histórico, Avenida Venezuela, Calle 33 # 8-20, Edificio Caja Agraria –
Oficina 5-06 y en el buzón electrónico ronaldaniello@hotmail.com.

Cordialmente,



EDWIN ARMANDO ANILLO LORA
CC No. 9.174.516 de San Jacinto, Bolívar
TP No. 95.407 del C. S. de la J.

OTORGAMIENTO DE PODER

verena polo gomez <verenapolo@yahoo.com>

Mié 6/09/2023 12:08 PM

Para:Ronaldaniello@hotmail.com <Ronaldaniello@hotmail.com>

 1 archivos adjuntos (657 KB)

PODER ANILLO.pdf;

Doctor

LUIS MIGUEL VILLALOBOS ÁLVAREZ

MAGISTRADO PONENTE

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR

Email: des02tabolivar@cendoj.ramajudicial.gov.co - Desta02bol@notificacionesrj.gov.co - stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co

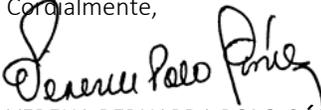
Cartagena de Indias D.T. y C. – Bolívar

MEDIO DE CONTROL: Acción de Repetición.
RADICADO: 13-001-23-33-000-2022-00027-00.
DEMANDANTE (S): E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias
DEMANDADOS (S): Verena Bernarda Polo Gómez y otros.
ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER.

VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ, identificada con la cedula de ciudadanía 45.492.974, actuando en mi calidad de demandada, con el debido respeto, concurro ante su despacho, con el fin de manifestarle que, por medio del presente mensaje de datos, y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley 2213 de 2022, confiero poder especial, amplio y suficiente al doctor **EDWIN ARMANDO ANILLO LORA**, identificado con cédula de ciudadanía 9.174.516 de San Jacinto - Bolívar, portador de la tarjeta profesional de abogado 95.407 del Consejo Superior de la Judicatura, y con correo electrónico ronaldaniello@hotmail.com. de acuerdo con la información obrante en el Registro Nacional de Abogados, para que represente mis intereses y ejerza mi derecho de defensa dentro del proceso contencioso administrativo de la referencia.

El doctor **ANILLO LORA** queda ampliamente facultado para transigir, conciliar, contestar la demanda interpuesta en mi contra, instaurar demanda de reconvencción, solicitar pruebas, presentar alegatos de conclusión, promover incidentes, solicitar nulidades, interponer recursos, renunciar, sustituir y reasumir este poder, y en general, para ejercer toda actuación que en derecho sea necesaria para defender los intereses que le confío, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 77 del Código General del Proceso.

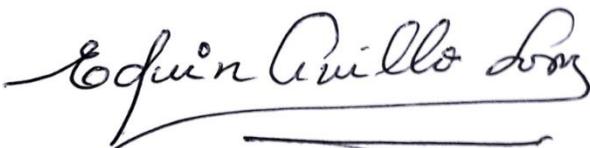
Cordialmente,



VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ

CC No. 45.492.974

Acepto,



EDWIN ARMANDO ANILLO LORA

CC No. 9.174.516 de San Jacinto, Bolívar

TP No. 95.407 del C. S. de la J.

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 19 de septiembre de 2023, a las 16:40:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	45492974
Código de Verificación	45492974230919164034

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:47:10 PM horas del 19/09/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **45492974**

Apellidos y Nombres: **POLO GOMEZ VERENA BERNARDA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 231561120



PIB
16:45:24
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 19 de septiembre del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) VERENA BERNARDA POLO GOMEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 45492974:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Solicitud de información y documentación para aportar pruebas en proceso judicial

edwin anillo lora

Mié 13/09/2023 4:03 PM

Para:atencionusuario@adm.esecartagenadeindias.gov.co
<atencionusuario@adm.esecartagenadeindias.gov.co>;gerencia@esecartagenadeindias.gov.co
<gerencia@esecartagenadeindias.gov.co>;notificacionesjudiciales@esecartagenadeindias.gov.co
<notificacionesjudiciales@esecartagenadeindias.gov.co>
CC:verenapolo@yahoo.com <verenapolo@yahoo.com>

 1 archivos adjuntos (831 KB)

PETICIÓN ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS.pdf;

Señores

ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS

Correos Electrónicos: atencionusuario@adm.esecartagenadeindias.gov.co -
gerencia@esecartagenadeindias.gov.co - notificacionesjudiciales@esecartagenadeindias.gov.co
Pie de la popa, Calle Nueva del Toril - Calle 33 #22-54 Ciudad

EDWIN ARMANDO ANILLO LORA, identificado con cédula de ciudadanía 9.174.516 de San Jacinto - Bolívar, portador de la tarjeta profesional 95.407 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando conforme el poder que me ha otorgado la doctora **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ**, identificada con la cedula de ciudadanía 45.492.974, para representar sus intereses y ejercer su derecho de defensa dentro del medio de control de repetición promovido por la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** en su contra, que actualmente se tramita en el **TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR** bajo el radicado 13001333300920210021800, con el debido respeto y de acuerdo con lo previsto en el artículo 23 de la Constitución Política, la Ley 1755 de 2015, el artículo 77, el numeral 10 del artículo 78 y el artículo 173 del Código General del Proceso, me permito solicitar la información y documentación que se expone en el PDF adjunto, que será aportada como prueba dentro del proceso antes mencionado.

Cordialmente,

EDWIN ARMANDO ANILLO LORA
CC No. 9.174.516 de San Jacinto, Bolívar
TP No. 95.407 del C. S. de la J.

Señores

ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS

Correos Electrónicos: atencionusuario@adm.esecartagenadeindias.gov.co - gerencia@esecartagenadeindias.gov.co - notificacionesjudiciales@esecartagenadeindias.gov.co

Pie de la popa, Calle Nueva del Toril - Calle 33 #22-54

Ciudad

ASUNTO: Solicitud de información y documentación para aportar pruebas en proceso judicial.

EDWIN ARMANDO ANILLO LORA, identificado con cédula de ciudadanía 9.174.516 de San Jacinto - Bolívar, portador de la tarjeta profesional 95.407 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando conforme el poder que me ha otorgado la doctora **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ**, identificada con la cedula de ciudadanía 45.492.974, para representar sus intereses y ejercer su derecho de defensa dentro del medio de control de repetición promovido por la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** en su contra, que actualmente se tramita en el **TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR** bajo el radicado 13001333300920210021800, con el debido respeto y de acuerdo con lo previsto en el artículo 23 de la Constitución Política, la Ley 1755 de 2015, el artículo 77, el numeral 10 del artículo 78 y el artículo 173 del Código General del Proceso, me permito solicitar la siguiente información y documentación, que será aportada como prueba dentro del proceso antes mencionado:

1. Certificado donde conste el tiempo en que el doctor **RODOLFO LLINAS CASTRO**, identificado con la cédula de ciudadanía 72.180.374, prestó sus servicios o ejerció el cargo de Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS**.
2. Acto administrativo de nombramiento y acta de posesión del doctor **RODOLFO LLINAS CASTRO**, identificado con la cédula de ciudadanía 72.180.374, prestó sus servicios o ejerció el cargo de Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS**.
3. Copia de los poderes que la entidad otorgó al profesional y/o los profesionales en derecho que ejercieron la defensa dentro del proceso ejecutivo que promovió la sociedad **COLTEMPORA S.A.** en el **JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA**, bajo el radicado 2017-00346-00.
4. Certificar el tipo de vinculación del profesional y/o los profesionales en derecho que fungieron como apoderados de la entidad dentro del proceso ejecutivo antes mencionado, con los respectivos soportes, actos administrativos de nombramiento, actas de posesión, o contratos de prestación de servicios, según el caso.
5. Sírvase responder las siguientes preguntas:
 - a. ¿La **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** propuso excepciones previas o de mérito dentro del proceso ejecutivo antes referido?
 - b. ¿Cuáles fueron de forma detallada los actos procesales que la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** promovió en ejercicio de su derecho de defensa, indicándonos si se contestó la demanda, se propusieron excepciones de mérito, previas, recursos ordinarios y/o extraordinarios?
 - c. ¿Durante el trámite del proceso ejecutivo en cuestión la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** resultó embargada? En caso afirmativo, señalar los montos que fueron efectivamente descontados y embargados en perjuicio de la entidad y que se constituyeron como depósitos judiciales en favor del **JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA**.
6. Planilla de pagos, comprobantes de egresos, constancias de consignación y demás documentos que acrediten todos los pagos que se realizaron para dar cumplimiento a las obligaciones cobradas por la sociedad **COLTEMPORA S.A.** dentro del proceso ejecutivo antes mencionado, incluyendo aquellos

realizados en virtud de la Resolución 0065 del 2 de marzo de 2016, e igualmente, sírvase remitir copia de este acto administrativo.

7. Informar cuales empleos públicos dentro de la planta de personal de la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** tienen dentro de sus funciones la revisión, supervisión y vigilancia de los procesos judiciales que se siguen contra la entidad, y remitir certificado de las personas que ocuparon tales cargos entre enero de 2016 y diciembre de 2021, así como los documentos que soportan su vinculación a tales empleos.
8. Remitir certificados de las personas que ocuparon los cargos de Subgerente Administrativa y Financiera de la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** dentro del periodo comprendido entre enero de 2016 y diciembre de 2021, así como los documentos que soportan su vinculación a dicho empleo.

NOTIFICACIONES

Recibiré las notificaciones en Cartagena de Indias, Centro Histórico, Avenida Daniel Lemaitre, Calle 32 # 9-45 Edificio Banco del Estado, Oficina 11-01, y en el correo electrónico ronaldaniello@hotmail.com.

Cordialmente,



EDWIN ARMANDO ANILLO LORA

CC No. 9.174.516 de San Jacinto, Bolívar

TP No. 95.407 del C. S. de la J.

ANEXO:

- Poder otorgado mediante mensaje de datos.

Solicitud de información y documentación para aportar pruebas a proceso judicial.

edwin anillo lora

Mié 13/09/2023 4:16 PM

Para: j01cctocgena@cendoj.ramajudicial.gov.co <j01cctocgena@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC: verenapolo@yahoo.com <verenapolo@yahoo.com>

 1 archivos adjuntos (824 KB)

PETICIÓN JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA DE INDIAS.pdf;

Señores

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA DE INDIAS

Correo Electrónico: j01cctocgena@cendoj.ramajudicial.gov.co

Ciudad

ASUNTO: Solicitud de información y documentación para aportar pruebas a proceso judicial.

EDWIN ARMANDO ANILLO LORA, identificado con cédula de ciudadanía 9.174.516 de San Jacinto - Bolívar, portador de la tarjeta profesional 95.407 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando conforme el poder que me ha otorgado la doctora **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía 45.492.974, para representar sus intereses y ejercer su derecho de defensa dentro del medio de control de repetición promovido por la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** en su contra, que actualmente se tramita en el **TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR** bajo el radicado 13001333300920210021800, con el debido respeto y de acuerdo con lo previsto en el artículo 23 de la Constitución Política, la Ley 1755 de 2015, el artículo 77, el numeral 10 del artículo 78 y el artículo 173 del Código General del Proceso, me permito solicitar la información y documentación descrita en el PDF adjunto, que será aportada como prueba dentro del proceso antes mencionado.

Cordialmente,

EDWIN ARMANDO ANILLO LORA

CC No. 9.174.516 de San Jacinto, Bolívar

TP No. 95.407 del C. S. de la J.

Cartagena de Indias, 13 de septiembre de 2023

Señores

JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA DE INDIAS

Correo Electrónico: j01cctocgena@cendoj.ramajudicial.gov.co

Ciudad

ASUNTO: Solicitud de información y documentación para aportar pruebas a proceso judicial.

EDWIN ARMANDO ANILLO LORA, identificado con cédula de ciudadanía 9.174.516 de San Jacinto - Bolívar, portador de la tarjeta profesional 95.407 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando conforme el poder que me ha otorgado la doctora **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ**, identificada con la cedula de ciudadanía 45.492.974, para representar sus intereses y ejercer su derecho de defensa dentro del medio de control de repetición promovido por la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** en su contra, que actualmente se tramita en el **TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR** bajo el radicado 13001333300920210021800, con el debido respeto y de acuerdo con lo previsto en el artículo 23 de la Constitución Política, la Ley 1755 de 2015, el artículo 77, el numeral 10 del artículo 78 y el artículo 173 del Código General del Proceso, me permito solicitar la siguiente información y documentación, que será aportada como prueba dentro del proceso antes mencionado:

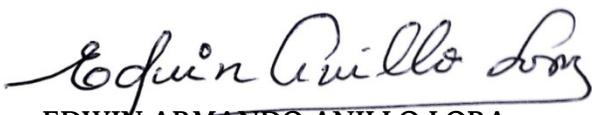
OBJETO DE LA PETICIÓN

1. Sírvase remitir el expediente del proceso ejecutivo singular tramitado por este despacho bajo el radicado 130013100300120170034600, en el que funge como parte demandante la sociedad **COLTEMPORA S.A.** y como parte demandada la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS**.
2. Sírvase indicarme el estado actual del referido proceso ejecutivo singular, es decir, si se encuentra activo o si fue terminado.
3. Sírvase indicarme la fecha en que se surtió la notificación personal del mandamiento de pago a la parte demandada, y si durante el traslado de la demanda la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** propuso excepciones de mérito y/o previas.
4. Sírvase certificarme nombre, identificación personal y profesional de los profesionales en derecho que fungieron como apoderados de la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** y la fecha en que se desempeñaron como tal.
5. Sírvase relacionarme los títulos o depósitos judiciales que se han constituido a órdenes del despacho con ocasión de las medidas cautelares decretadas en el proceso ejecutivo, la fecha de constitución y el valor de los respectivos títulos o depósitos judiciales.

NOTIFICACIONES

Recibiré las notificaciones en Cartagena de Indias, Centro Histórico, Avenida Daniel Lemaitre, Calle 32 # 9-45 Edificio Banco del Estado, Oficina 11-01, y en el correo electrónico ronaldaniello@hotmail.com.

Cordialmente,


EDWIN ARMANDO ANILLO LORA
CC No. 9.174.516 de San Jacinto, Bolívar
TF No. 95.407 del C. S. de la J.

CONTESTACION DE DEMANDA DE REPETICION CON RADICADO 13-001-23-33-000-2022-00027-00.

marco Bossio vasquez <marco.bossio0628@gmail.com>

Mié 20/09/2023 4:56 PM

Para:Notificaciones Despacho 02 Tribunal Administrativo - Bolívar - Cartagena
<desta02bol@notificacionesrj.gov.co>

📎 1 archivos adjuntos (8 MB)

CONTESTACION - ACCION DE REPETICION 2 REVISADA Y ANEXOS.pdf;

Señores

**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR.
E.S.D.**

MEDIO DE CONTROL	ACCION DE REPETICION.
DEMANDANTE	ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS
DEMANDADOS	VERENA BERNARDA POLO GOMEZ; ALVARO ENRIQUE RUIZ CAMPILLO; MONICA DEL CARMEN JURADO MARQUEZ, ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ
REFERENCIA	CONTESTACION DE DEMANDA DE REPETICION CON RADICADO 13-001-23-33-000-2022-00027-00.

MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ, abogado en ejercicio, identificado con cédula de ciudadanía No 1.143.351.438 de Cartagena, portador de la Tarjeta Profesional No 287.025 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado judicial del **DR. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía No. 73.156.364, me dirijo a su Honorable Despacho de manera atenta y respetuosa, dentro del término legal, con el fin de presentar contestación de la demanda que cursa en su despacho, con fundamento en lo siguiente:

I. TERMINO DE CONTESTACION

La demanda de repetición instaurada en contra del **DR. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ** y otros, fue notificada de su admisión por mensaje electrónico el día 2 de agosto de 2023, lo cual según lo consagrado en el artículo 199 del CPACA, modificado por el inciso 4 del artículo 48 de la Ley 2080 de 2021, el termino de 30 días hábiles empieza a correr el día 3 de agosto de 2023 hasta el 15 de septiembre de 2023, termino este que fue suspendido del 14 al 20 de septiembre de 2023, mediante acuerdo PCSJA23-12089 del 13 de septiembre de 2023 por lo cual nos encontramos en oportunidad para presentar la contestación.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES

Con el respeto que caracteriza mi actuación profesional, me permito manifestarle que me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, por los argumentos que expondré más adelante.

III. FRENTE A LOS HECHOS

PRIMERO. No nos consta, mi mandante el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, fue gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, desde el 22 de diciembre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2020, por lo que para la fecha no se encontraba en el cargo, siendo así las cosas nos remitiremos a lo que se encuentre probado en el presente proceso.

SEGUNDO. No nos consta, mi mandante el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, fue gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, desde el 22 de diciembre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2020, por lo que para la fecha no se encontraba en el cargo, siendo así las cosas nos remitiremos a lo que se encuentre probado en el presente proceso.

TERCERO. No nos consta, mi mandante el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, fue gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, desde el 22 de diciembre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2020, por lo que para la fecha no se encontraba en el cargo, siendo así las cosas nos remitiremos a lo que se encuentre probado en el presente proceso.

CUARTO. No nos consta, mi mandante el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, fue gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, desde el 22 de diciembre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2020, por lo que para la fecha no se encontraba en el cargo, siendo así las cosas nos remitiremos a lo que se encuentre probado en el presente proceso.

QUINTO. No nos consta, mi mandante el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, fue gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, desde el 22 de diciembre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2020, por lo que para la fecha no se encontraba en el cargo, siendo así las cosas nos remitiremos a lo que se encuentre probado en el presente proceso.

SEXTO. No nos consta, mi mandante el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, fue gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, desde el 22 de diciembre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2020, por lo que para la fecha no se encontraba en el cargo, siendo así las cosas nos remitiremos a lo que se encuentre probado en el presente proceso.

SEPTIMO. Si es cierto, libró mandamiento de pago mediante auto del 8 de agosto de 2017, mi mandante, el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ** Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**.

OCTAVO y NOVENO. Si es cierto, que el Juzgado Primero Civil del Circuito decide mediante Sentencia del 4 de febrero de 2019 la situación de fondo y modifica la liquidación mediante auto de fecha 27 de mayo de 2019.

IV. DEFENSA JURIDICA

En aras de realizar una defensa jurídica dentro, del presente proceso, se hace necesario debatir en primeramente, la configuración del presunto daño y los sujetos responsables del mismo, toda vez que mi poderdante **ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, se posesionó en el cargo de Gerente el día 22 de Diciembre de 2016, mediante resolución 1764 de 2016, fecha esta posterior a la suscripción del contrato o envió de trabajadores en misión e incluso posterior a los pagos en las facturas 0073, 0074, 0075, 0076 del 16 de febrero de 2021 y a la Resolución 0065 del 02 de marzo de 2016, pagadas por la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** a **COLTEMPORA S.A**, lo que demuestra que para la fecha de la suscripción del contrato, del pago y de los intereses causados mi poderdante no tenía la calidad servidor público, por lo que cabe resaltar a su despacho que este contrato se suscribió para la vigencia 2016, donde solo hasta el 22 de diciembre de 2016 el **Dr. BOSSIO BERMUDEZ** fue posesionado en el cargo.

Referente a los intereses que se causaron por el incumplimiento de la obligación contractual se tiene que, solo hasta el 22 de diciembre de 2016 fue posesionado como Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ** y

que en virtud de sus funciones para efectos de no generar erogaciones mayores que rayaran con un detrimento patrimonial de la entidad, se liquidó el contrato, mediante acta de liquidación No. 092 - 2016, suscrito entre el Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** y **COLTEMPORA S.A** representada por el señor **LUIS ALBERTO YASO CORONADO**, en la fecha 23 de mayo de 2017.

Frente al argumento que aparece en el libelo demandatorio, en el capítulo llamado “prueba del daño”, se estableció que el daño nace cuando se causan los intereses generados desde el 14 de abril de 2015, producto de algunos incumplimientos contractuales, teniendo como resultado la presentación de la demanda ejecutiva en la fecha 12 de octubre de 2016, fechas estas en la que el **Dr. BOSSIO BERMUDEZ** no ostentaba la calidad de Gerente, lo que demuestra que cuando se configuró el presunto daño, fue responsabilidad exclusiva de quien en ese momento ostentaba la calidad de Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** y tuvo la facultad legal de ordenador del gasto establecidas en el Manual de funciones, esto con el fin de dejar claro a su despacho de la actuación de mi defendido frente a la configuración del daño, su participación es totalmente nula por no tener la calidad de servidor público para la fecha en que se empezaron a causar los intereses moratorios, sumado a ello cabe resaltar que quien para la fecha del vencimiento de las facturas ocupaba el cargo de Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, tuvo la facultad de cancelar las obligaciones contraídas con **COLTEMPORA S.A.**

Con posterioridad a la posesión del **Dr. ROQUE ISAMEL BOSSIO BERMUDEZ** el 22 de diciembre de 2016, se realizó defensa por parte de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** en el proceso ejecutivo singular No. 0346-17 que cursaba en el Juzgado Primero Civil del Circuito, por lo que solo hasta el 4 de febrero de 2019 hubo condena en contra de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, probando una vez más que el **Dr. BOSSIO BERMUDEZ** haciendo buen uso de funciones defendió los intereses de la entidad, tanto que por requerimientos realizados por la DIAN por proceso coactivo que se venían adelantando en con **COLTEMPORA S.A**, se somete a revisión la actuación en aras de seguir salvaguardando los recursos públicos.

Por otro lado, a tan solo 5 meses y 4 días, de haberse posesionado el **Dr. BOSSIO BERMUDEZ** como gerente, se categorizó en alto riesgo financiero a la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** mediante Resolución No. 1755 del 26 de mayo de 2017 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, producto del análisis financiero de la vigencia inmediatamente anterior, para este caso la vigencia 2016. Con esta calificación en riesgo alto financiero la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** se acogió a un **PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO** ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, conforme a los artículos 80, 81 y 82 de la Ley 1438 de 2011 que señalan que las Empresas Sociales del Estado (ESE) del nivel territorial categorizadas en riesgo medio o alto por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), deberán adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) con sujeción a los parámetros generales de contenido definidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP) en ejercicio de las competencias otorgadas mediante el parágrafo del artículo 8 de la Ley 1608 de 2013.

Para este efecto, el artículo 8 de la Ley 1608 de 2013 define el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero como un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre toda la ESE, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud. Según el mismo artículo, el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero deberá contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos; que permitan la operación en equilibrio de la ESE, con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad y asegurar buena calidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria. Adicionalmente establece que la viabilidad de los Programas

de Saneamiento Fiscal y Financiero está a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, estableciendo unas estrictas prioridades financieras por prelación de créditos, así:

“Conforme a lo establecido en la GUÍA METODOLÓGICA PARA LA ELABORACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO Y DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, Sección II, análisis dimensión interna, aspectos financieros, numeral 5 – Pasivos, elaborada por el MHCP, precisa la necesidad de identificar la totalidad del pasivo a cargo de la ESE en una fecha precisa de corte. Dentro de este análisis, la citada Guía señala que se debe considerar la composición del pasivo por tipo, edad y exigibilidad, así como la gestión de pasivos contingentes, teniendo como base el reporte de pasivos del mes anterior a la elaboración del análisis, considerando el grado de vencimiento de los pasivos, así como si los saldos reflejados por terceros están completamente conciliados y/o están pendientes de cruzar con anticipos o giros pendientes de aplicar, e identificación de pasivos no causados entre otros aspectos de análisis.

la Guía en la Sección III, PARÁMETROS GENERALES PARA LA FORMULACIÓN, numeral II PROPUESTA PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO, numeral 3.3. Pago de pasivos del programa, señala que la ESE debe proceder a programar el pago de aquellas obligaciones declaradas como pasivos ciertos (obligaciones claras, expresas y exigibles actualmente) a la fecha de corte del programa, considerando la siguiente prelación de pagos:

- 1. Acreencias Laborales + Servicios Personales Indirectos;*
- 2. Entidades Públicas y de Seguridad Social;*
- 3. Proveedores bienes y servicios;*
- 4. Obligaciones financieras;*
- 5. Demás acreedores externos; y*
- 6. Otros pasivos, incluye: provisión para contingencias y demás pasivos no relacionados en el grupo anterior.”*

Lo anterior prueba que la conducta adoptada por el **Dr. BOSSIO BERMUDEZ** en calidad de Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, no fue producto de una imprevisión, omisión o una actitud excesivamente descuidada como lo quiere hacer ver el demandante y constituye una afirmación que incluso raya en una acusación, gratuita, exagerada y temeraria.

La calificación de la conducta por parte del demandante hacía el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, como culpa grave, no tiene asidero, pretende el demandante que por el solo hecho de ser nombrado y debidamente posesionado en el cargo de gerente sin el análisis de las circunstancias, hechos y situaciones que rodearon el supuesto daño sea suficiente para realizar dicha calificación, es una afirmación que no tiene sustento probatorio a la luz de la subjetividad que debe ser objeto de estudio y aplicación, como lo establece la Corte Constitucional a través de las Sentencias C-957/14 y SU354/20, así:

“...5.31. Sobre el particular, debe tenerse en cuenta que la consagración constitucional de la responsabilidad patrimonial de los agentes del Estado es:

(i) Subsidiaria, porque su procedencia está restringida a los eventos en los que la administración sea efectivamente condenada a pagar una indemnización por el daño antijurídico causado con dolo o culpa grave por parte de uno de sus agentes, por lo que la misma se concreta a través de la figura de la repetición;

(ii) Subjetiva, ya que la viabilidad de la acción de repetición depende de la demostración de que el daño que debió indemnizar el Estado fue causado con dolo o culpa grave por parte de uno de sus funcionarios, por lo que no cualquier equivocación o descuido permite que se ejecute la acción de regreso, pues se requiere que ante la autoridad competente se acredite plenamente que la conducta que derivó en el menoscabo obedeció a un supuesto de imprudencia calificada o de arbitrariedad; y

(iii) Sujeta a criterios de proporcionalidad, toda vez que la transferencia al agente del Estado del valor de la indemnización por el daño que debió ser asumido por la administración debe efectuarse sin incurrir en excesos...

Con relación al régimen de responsabilidad patrimonial de los agentes del Estado contemplado en la Ley 678 de 2001, es pertinente señalar que, en los artículos 5° y 6°, se contemplan una serie de criterios para determinar la configuración de la culpa grave o el dolo exigidos por el Constituyente para la procedencia de la acción de repetición específicamente:

(i) En el artículo 5° se establece que “la conducta es dolosa cuando el agente del Estado quiere la realización de un hecho ajeno a las finalidades del servicio del Estado”; y

(ii) En el artículo 6° se señala que “la conducta del agente del Estado es gravemente culposa cuando el daño es consecuencia de una infracción directa a la Constitución o a la ley o de una inexcusable omisión o extralimitación en el ejercicio de las funciones”.

Para este caso que hoy es objeto de litigio se puede evidenciar que la cualificación de la conducta como culpa grave de mi poderdante, es excesiva, en las Sentencias C-957/14 y SU354/20 se exponen algunos casos donde se ha aplicado la presunción de culpa grave, así:

“...(iii) Se ha aplicado la presunción de culpa grave denominada “violación manifiesta e inexcusable de las normas de derecho” (artículo 6.1), en los asuntos en los que el Estado ha tenido que indemnizar los daños causados con ocasión de: (a) accidentes de tránsito originados por el desconocimiento de la normatividad vial por parte de funcionarios públicos en servicio ; (b) homicidios en personas protegidas por parte de miembros de la fuerza pública infringiendo las disposiciones relativas al derecho internacional humanitario ; o (c) actos administrativos de desvinculación del servicio sin motivación a pesar de que el derecho positivo exige tal carga.

(iv) Se ha utilizado la presunción de culpa grave denominada “violación del debido proceso en lo referente a detenciones arbitrarias y dilación en los términos procesales con detención física o corporal” (artículo 6.4), en los casos en los cuales el Estado tuvo que pagar condenas por privaciones injustas de la libertad originadas en medidas de aseguramiento de detención preventiva impuestas indebidamente por fiscales...”

Se aprecia de la anterior cita que la cualificación como culpa grave de la conducta de los agentes del estado requiere que exista un descuido anormal, pero que para el caso del **DR. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, fue producto de medidas administrativas que buscaban salvaguardar las finanzas públicas y la prestación del servicio de salud como derecho fundamental de los ciudadanos, como se ha demostrado en líneas anteriores la falta de elementos esenciales para que se de la calificación de culpa grave ya que es preciso retrotraernos a los hechos, circunstancias y situaciones que se presentaron dentro los 5 meses siguientes a su posesión cuando se da la declaratoria de alto riesgo, precisamente por el análisis de las actuaciones administrativas y financieras de sus antecesores, es aquí donde se violentan derechos fundamentales, donde en reiteradas veces ha manifestado la corte lo siguiente:

“...es imperioso verificar si hay lugar a modular el quantum a reintegrar en atención al grado de participación del servidor en el daño y de los elementos objetivos que se predicen, en general, de las relaciones entre los funcionarios y la administración. Lo expuesto, busca evitar que la procedencia de la pretensión de repetición derive en una decisión que, debido a su desproporción, vulnere los mandatos constitucionales asociados a la dignidad humana y a la igualdad, por resultar la condena impuesta en una obligación excesiva, irredimible o contraria a la distribución de las cargas públicas...”

“...Sin embargo, la aplicación de la acción de repetición no puede ignorar que, en el otro extremo, la figura no pretende imponer cargas desproporcionadas a quienes asumen el ejercicio del servicio

público, como quiera que con la pretensión de regreso no se busca que la responsabilidad inherente a la actividad del Estado recaiga en sus funcionarios o contratistas de manera indiscriminada, ya que ello sólo es posible, bajo ciertos parámetros que aseguren vigencia de la prohibición de exceso, cuando su intervención en la ocurrencia de daños antijurídicos sea premeditada, negligente o manifiestamente imprudente..."

V. EXCEPCIONES PREVIAS

❖ FALTA DE INTEGRACIÓN DEL LITISCONSORTE NECESARIO

Teniendo en cuenta que la demanda presenta graves irregularidades sustanciales, ya que el demandante omitió vincular en calidad de terceros con interés en el asunto a los Subgerentes Administrativos y Financieros y Profesionales Universitarios código 219, grado 20 de la Subgerencia Administrativa y Financiera de la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS**, dentro del periodo comprendido de la suscripción del contrato con la empresa **COLTEMPORA S.A** en el periodo comprendido entre el año 2015 y el 27 de junio de 2019, sobre quienes recae un interés sustancial en este proceso. Señor juez, la presente demanda tiene por objeto el resarcimiento de los supuestos perjuicios irrogados a la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** por haber pagado los moratorios reconocidos al **COLTEMPORA S.A**, según lo consagrado en el Acuerdo 179 del 27 de julio de 2016, Manual Especifico de Funciones, Requisitos y Competencias Laborales de los diferentes empleos del Plan de Cargos de la entidad demandante, tenemos que se encontraban los empleos públicos referidos, con las siguientes funciones:

a) Subgerente Administrativo y Financiero: encargado de “planificar, coordinar, ejecutar y evaluar los procesos financieros de presupuesto, contables de tesorería necesarios para el normal funcionamiento de la empresa, en el marco de las disposiciones legales vigentes.”

b) Profesional Universitario código 219, grado 20, de la Subgerencia Administrativa y Financiera: encargado de “coordinar, organizar, ejecutar y controlar los procesos financieros de presupuesto, contabilidad, recaudo y cartera, y pagaduría”, y dentro de sus funciones “mantener la información financiera al día para la toma de decisiones de la junta directiva y de la gerencia”, “tramitar y velar por el pago oportuno de los compromisos a cargo de la empresa (...)”, y siendo un criterio de desempeño que los pagos sean “realizados conforme a una programación que atiende al criterio de antigüedad de la deuda y fecha de presentación de la factura o cuentas de cobro con todos sus soportes legales”.

Por lo anterior el demandante no tuvo en cuenta la participación que tuvieron estos ex servidores públicos frente al no pago de las obligaciones, teniendo interés directo en este proceso.

En virtud de lo consagrado en El numeral 9 del artículo 100 del Código General del Proceso se formula la excepción previa toda vez que la demanda no vincula a los litisconsortes necesarios o tercero con interés directo en el asunto. Por lo que solicitamos que se rechacen las pretensiones de la demanda toda vez que no se encuentran vinculados como demandados todos los servidores que tuvieron incidencia en el no pago a **COLTEMPORA S.A** y que debieron ser vinculados.

❖ INEPTITUD DE LA DEMANDA POR FALTA DE LOS REQUISITOS FORMALES.

Por todos los argumentos presentados en este escrito de contestación de demanda, frente a la cualificación de la conducta como culpa grave, y no haber sido probada por la parte demandante, incumple con uno de los requisitos exigidos por la Ley 678 del 2001 para su procedencia, como ya se dijo el demandante solo prueba que existió un no pago y un ex servidor del estado que tenía la facultad de ordenador del gasto, pero no prueba fehacientemente la exigencia de probar la culpa grave del ex servidor público, como lo establece la norma que lo regula y reza lo siguientes:

PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE REPETICIÓN

Con base en lo dispuesto en los artículos 90 de la Constitución y 2° de la Ley 678 de 2001, este Tribunal ha explicado que la procedencia de la acción de repetición se encuentra supeditada a: “(i) que la entidad pública haya sido condenada por la jurisdicción contencioso administrativa a reparar los daños antijurídicos que con su acción u omisión ha causado a un particular; (ii) que se encuentre claramente establecido que el daño antijurídico se produjo **como consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa del funcionario o exfuncionario público**; y (iii) que la entidad condenada efectivamente haya pagado la suma de dinero fijada por el juez contencioso en la sentencia de condena”.

En esta misma línea argumentativa, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha sostenido que la procedencia de la pretensión de regreso está determinada por la acreditación de los siguientes supuestos:

(i) “La calidad de agente del Estado y su conducta determinante en la condena: La calidad, la actuación u omisión de los agentes del Estado debe ser materia de prueba, con el fin de brindar certeza sobre la calidad de funcionario o ex funcionario del demandado y de su participación en la expedición del acto o en la acción u omisión dañina, determinante de la responsabilidad del Estado”;

(ii) “La existencia de una condena judicial, una conciliación, una transacción o de cualquier otra forma de terminación de conflictos que genere la obligación de pagar una suma de dinero a cargo del Estado: La entidad pública debe probar la existencia de la obligación de pagar una suma de dinero derivada de la condena judicial impuesta en su contra, en sentencia debidamente ejecutoriada, de una conciliación o de cualquier otra forma de terminación de un conflicto”;

(iii) “El pago realizado por el Estado: La entidad pública tiene que acreditar el pago efectivo que hubiere realizado respecto de la suma dineraria que le hubiere sido impuesta por condena judicial o que hubiere asumido en virtud de una conciliación, a través de prueba que, en caso de ser documental, generalmente suele constituirse por el acto mediante el cual se reconoce y ordena el pago en favor del beneficiario y/o su apoderado y por el recibo de pago o consignación y/o paz y salvo que deben estar suscritos por el beneficiario”; y

(iv) “La cualificación de la conducta del agente determinante del daño reparado por el Estado, como dolosa o gravemente culposa: La entidad demandante debe probar que la conducta del agente o ex agente del Estado fue dolosa o gravemente culposa conforme a las normas que para el momento de los hechos sean aplicables”.

VI. PRUEBAS

❖ PRESENTADAS.

1. Poder otorgado por el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BEMUDEZ**.
2. Resolución 1755 del 26 de mayo de 2017 “Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones”.
3. Programa de saneamiento fiscal y financiero de 2017 – 2021 de agosto de 2017.
4. Concepto técnico de la Dirección General de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
5. Acta de liquidación del contrato de suministro de personal No. 092-2016 de 23 de mayo de 2017.

❖ SOLICITADAS.

las siguientes pruebas serán solicitadas por encontrarse en poder de la administración pública y ante la imposibilidad de no poder aportarlas en el presente escrito de contestación de demanda como oportunidad procesal para presentar pruebas y solicitar pruebas.

1. Resolución mediante la cual se le dio aprobación al “Programa de saneamiento fiscal y financiero de 2017 – 2021 de agosto del 2017” ante la **ESE HOSPITAL CARTAGENA DE INDIAS** o ante el **MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO**.
2. Resolución por la cual se creó el Comité de Conciliación de la **ESE HOSPITAL CARTAGENA DE INDIAS** para las vigencias 2016 al 27 de diciembre de 2019.
3. Informe de empalme o Acta de entrega según lo consagrado en la Ley 951 de 2001, de la **Dra. MONICA DEL CARMEN JURADO MARQUEZ** en calidad de funcionario saliente, ante la **ESE HOSPITAL CARTAGENA DE INDIAS**.
4. Informes de monitoreo y seguimiento del PSFF enviados por la **ESE HOSPITAL CARTAGENA DE INDIAS** al Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
5. Proceso de Cobro Coactivo que se seguía en la DIAN en contra de COLTEMPORA S.A.

VII. NOTIFICACIONES

❖ Demandado

El demandado **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ** recibirá notificaciones en la dirección; Barrio Crespo Carrera Tercera No. 67 – 08, Edificio Mare Club House, apto 1403 y en la dirección electrónica de correo roquebossio@gmail.com

❖ Apoderado del demandado

Recibo notificaciones en la dirección; Urbanización el Campestre Manzana 21 Lote 1 segunda etapa y en la dirección electrónica de correo marco.bossio0628@gmail.com

Cordialmente,

MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ
C.C. 1.143.351.438 de Cartagena.
T.P. No 287025 del Consejo Superior de la Judicatura.

MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ

ABOGADO ESPECIALISTA EN
DERECHO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

Cartagena D.T y C 14 de septiembre de 2023

Señores

**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR.
E.S.D.**

MEDIO DE CONTROL	ACCION DE REPETICION.
DEMANDANTE	ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS
DEMANDADOS	VERENA BERNARDA POLO GOMEZ; ALVARO ENRIQUE RUIZ CAMPILLO; MONICA DEL CARMEN JURADO MARQUEZ, ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ
REFERENCIA	CONTESTACION DE DEMANDA DE REPETICION CON RADICADO 13-001-23-33-000-2022-00027-00.

MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ, abogado en ejercicio, identificado con cédula de ciudadanía No 1.143.351.438 de Cartagena, portador de la Tarjeta Profesional No 287.025 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado judicial del **DR. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía No. 73.156. 364, me dirijo a su Honorable Despacho de manera atenta y respetuosa, dentro del término legal, con el fin de presentar contestación de la demanda que cursa en su despacho, con fundamento en lo siguiente:

I. TERMINO DE CONTESTACION

La demanda de repetición instaurada en contra del **DR. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ** y otros, fue notificada de su admisión por mensaje electrónico el día 2 de agosto de 2023, lo cual según lo consagrado en el artículo 199 del CPACA, modificado por el inciso 4 del artículo 48 de la Ley 2080 de 2021, el termino de 30 días hábiles empieza a correr el día 3 de agosto de 2023 hasta el 15 de septiembre de 2023, termino este que fue suspendido del 14 al 20 de septiembre de 2023, mediante acuerdo PCSJA23-12089 del 13 de septiembre de 2023 por lo cual nos encontramos en oportunidad para presentar la contestación.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES

Con el respeto que caracteriza mi actuación profesional, me permito manifestarle que me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, por los argumentos que expondré más adelante.

III. FRENTE A LOS HECHOS

PRIMERO. No nos consta, mi mandante el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, fue gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, desde el 22 de diciembre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2020, por lo que para la fecha no se encontraba en el cargo, siendo así las cosas nos remitiremos a lo que se encuentre probado en el presente proceso.

Email: marco.bossio0628@gmail.com
Dirección: Campestre Mz 21 – L1 – 2da etapa.
Celular: (+57) 3225398042
WhatsApp: (+57) 3225398042

MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ

ABOGADO ESPECIALISTA EN
DERECHO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

SEGUNDO. No nos consta, mi mandante el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, fue gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, desde el 22 de diciembre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2020, por lo que para la fecha no se encontraba en el cargo, siendo así las cosas nos remitiremos a lo que se encuentre probado en el presente proceso.

TERCERO. No nos consta, mi mandante el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, fue gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, desde el 22 de diciembre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2020, por lo que para la fecha no se encontraba en el cargo, siendo así las cosas nos remitiremos a lo que se encuentre probado en el presente proceso.

CUARTO. No nos consta, mi mandante el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, fue gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, desde el 22 de diciembre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2020, por lo que para la fecha no se encontraba en el cargo, siendo así las cosas nos remitiremos a lo que se encuentre probado en el presente proceso.

QUINTO. No nos consta, mi mandante el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, fue gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, desde el 22 de diciembre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2020, por lo que para la fecha no se encontraba en el cargo, siendo así las cosas nos remitiremos a lo que se encuentre probado en el presente proceso.

SEXTO. No nos consta, mi mandante el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, fue gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, desde el 22 de diciembre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2020, por lo que para la fecha no se encontraba en el cargo, siendo así las cosas nos remitiremos a lo que se encuentre probado en el presente proceso.

SEPTIMO. Si es cierto, libró mandamiento de pago mediante auto del 8 de agosto de 2017, mi mandante, el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ** Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**.

OCTAVO y NOVENO. Si es cierto, que el Juzgado Primero Civil del Circuito decide mediante Sentencia del 4 de febrero de 2019 la situación de fondo y modifica la liquidación mediante auto de fecha 27 de mayo de 2019.

IV. DEFENSA JURIDICA

En aras de realizar una defensa jurídica dentro, del presente proceso, se hace necesario debatir en primeramente, la configuración del presunto daño y los sujetos responsables del mismo, toda vez que mi poderdante **ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, se posesionó en el cargo de Gerente el día 22 de Diciembre de 2016, mediante resolución 1764 de 2016, fecha esta posterior a la suscripción del contrato o envió de trabajadores en misión e incluso posterior a los pagos en las facturas 0073, 0074, 0075, 0076 del 16 de febrero de 2021 y a la Resolución 0065 del 02 de marzo de 2016, pagadas por la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** a **COLTEMPORA S.A**, lo que demuestra que para la fecha de la suscripción del contrato, del pago y de los intereses causados mi poderdante no tenía la calidad servidor público, por lo que cabe resaltar a su despacho que este contrato se suscribió para la vigencia 2016, donde solo hasta el 22 de diciembre de 2016 el **Dr. BOSSIO BERMUDEZ** fue posesionado en el cargo.

MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ

ABOGADO ESPECIALISTA EN
DERECHO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

Referente a los intereses que se causaron por el incumplimiento de la obligación contractual se tiene que, solo hasta el 22 de diciembre de 2016 fue posesionado como Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ** y que en virtud de sus funciones para efectos de no generar erogaciones mayores que rayaran con un detrimento patrimonial de la entidad, se liquidó el contrato, mediante acta de liquidación No. 092 - 2016, suscrito entre el Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** y **COLTEMPORA S.A** representada por el señor **LUIS ALBERTO YASO CORONADO**, en la fecha 23 de mayo de 2017.

Frente al argumento que aparece en el libelo demandatorio, en el capítulo llamado "prueba del daño", se estableció que el daño nace cuando se causan los intereses generados desde el 14 de abril de 2015, producto de algunos incumplimientos contractuales, teniendo como resultado la presentación de la demanda ejecutiva en la fecha 12 de octubre de 2016, fechas estas en la que el **Dr. BOSSIO BERMUDEZ** no ostentaba la calidad de Gerente, lo que demuestra que cuando se configuró el presunto daño, fue responsabilidad exclusiva de quien en ese momento ostentaba la calidad de Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** y tuvo la facultad legal de ordenador del gasto establecidas en el Manual de funciones, esto con el fin de dejar claro a su despacho de la actuación de mi defendido frente a la configuración del daño, su participación es totalmente nula por no tener la calidad de servidor público para la fecha en que se empezaron a causar los intereses moratorios, sumado a ello cabe resaltar que quien para la fecha del vencimiento de las facturas ocupaba el cargo de Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, tuvo la facultad de cancelar las obligaciones contraídas con **COLTEMPORA S.A.**

Con posterioridad a la posesión del **Dr. ROQUE ISAMEL BOSSIO BERMUDEZ** el 22 de diciembre de 2016, se realizó defensa por parte de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** en el proceso ejecutivo singular No. 0346-17 que cursaba en el Juzgado Primero Civil del Circuito, por lo que solo hasta el 4 de febrero de 2019 hubo condena en contra de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, probando una vez más que el **Dr. BOSSIO BERMUDEZ** haciendo buen uso de funciones defendió los intereses de la entidad, tanto que por requerimientos realizados por la DIAN por proceso coactivo que se venían adelantando en con **COLTEMPORA S.A.**, se somete a revisión la actuación en aras de seguir salvaguardando los recursos públicos.

Por otro lado, a tan solo 5 meses y 4 días, de haberse posesionado el **Dr. BOSSIO BERMUDEZ** como gerente, se categorizó en alto riesgo financiero a la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** mediante Resolución No. 1755 del 26 de mayo de 2017 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, producto del análisis financiero de la vigencia inmediatamente anterior, para este caso la vigencia 2016. Con esta calificación en riesgo alto financiero la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** se acogió a un **PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO** ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, conforme a los artículos 80, 81 y 82 de la Ley 1438 de 2011 que señalan que las Empresas Sociales del Estado (ESE) del nivel territorial categorizadas en riesgo medio o alto por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), deberán adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) con sujeción a los parámetros generales de contenido definidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP) en ejercicio de las competencias otorgadas mediante el parágrafo del artículo 8 de la Ley 1608 de 2013.

Email: marco.bossio0628@gmail.com

Dirección: Campestre Mz 21 – L1 – 2da etapa.

Celular: (+57) 3225398042

WhatsApp: (+57) 3225398042

MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ

ABOGADO ESPECIALISTA EN
DERECHO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

Para este efecto, el artículo 8 de la Ley 1608 de 2013 define el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero como un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre toda la ESE, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud. Según el mismo artículo, **el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero deberá contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos; que permitan la operación en equilibrio de la ESE,** con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad y asegurar buena calidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria. Adicionalmente establece que la viabilidad de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero está a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, estableciendo unas estrictas prioridades financieras por prelación de créditos, así:

“Conforme a lo establecido en la GUÍA METODOLÓGICA PARA LA ELABORACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO Y DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, Sección II, análisis dimensión interna, aspectos financieros, numeral 5 – Pasivos, elaborada por el MHCP, precisa la necesidad de identificar la totalidad del pasivo a cargo de la ESE en una fecha precisa de corte. Dentro de este análisis, la citada Guía señala que se debe considerar la composición del pasivo por tipo, edad y exigibilidad, así como la gestión de pasivos contingentes, teniendo como base el reporte de pasivos del mes anterior a la elaboración del análisis, considerando el grado de vencimiento de los pasivos, así como si los saldos reflejados por terceros están completamente conciliados y/o están pendientes de cruzar con anticipos o giros pendientes de aplicar, e identificación de pasivos no causados entre otros aspectos de análisis.

la Guía en la Sección III, PARÁMETROS GENERALES PARA LA FORMULACIÓN, numeral II PROPUESTA PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO, numeral 3.3. Pago de pasivos del programa, señala que la ESE debe proceder a programar el pago de aquellas obligaciones declaradas como pasivos ciertos (obligaciones claras, expresas y exigibles actualmente) a la fecha de corte del programa, considerando la siguiente prelación de pagos:

- 1. Acreencias Laborales + Servicios Personales Indirectos;*
- 2. Entidades Públicas y de Seguridad Social;*
- 3. Proveedores bienes y servicios;*
- 4. Obligaciones financieras;*
- 5. Demás acreedores externos; y*
- 6. Otros pasivos, incluye: provisión para contingencias y demás pasivos no relacionados en el grupo anterior.”*

Lo anterior prueba que la conducta adoptada por el **Dr. BOSSIO BERMUDEZ** en calidad de Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, no fue producto de una imprevisión, omisión o una actitud excesivamente descuidada como lo quiere hacer ver el demandante y constituye una afirmación que incluso raya en una acusación, gratuita, exagerada y temeraria.

La calificación de la conducta por parte del demandante hacía el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, como culpa grave, no tiene asidero, pretende el demandante que por el solo hecho de ser nombrado y debidamente posesionado en el cargo de gerente sin el análisis de las circunstancias, hechos y situaciones que rodearon el supuesto daño sea suficiente para realizar dicha calificación, es una afirmación que no tiene sustento probatorio a la luz de la subjetividad que debe ser objeto de estudio y aplicación, como lo establece la Corte Constitucional a través de las Sentencias C-957/14 y SU354/20, así:

Email: marco.bossio0628@gmail.com

Dirección: Campestre Mz 21 – L1 – 2da etapa.

Celular: (+57) 3225398042

WhatsApp: (+57) 3225398042

MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ

ABOGADO ESPECIALISTA EN
DERECHO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

“...5.31. Sobre el particular, debe tenerse en cuenta que la consagración constitucional de la responsabilidad patrimonial de los agentes del Estado es:

(i) Subsidiaria, porque su procedencia está restringida a los eventos en los que la administración sea efectivamente condenada a pagar una indemnización por el daño antijurídico causado con dolo o culpa grave por parte de uno de sus agentes, por lo que la misma se concreta a través de la figura de la repetición;

(ii) Subjetiva, ya que la viabilidad de la acción de repetición depende de la demostración de que el daño que debió indemnizar el Estado fue causado con dolo o culpa grave por parte de uno de sus funcionarios, por lo que no cualquier equivocación o descuido permite que se ejecute la acción de regreso, pues se requiere que ante la autoridad competente se acredite plenamente que la conducta que derivó en el menoscabo obedeció a un supuesto de imprudencia calificada o de arbitrariedad;
Y

(iii) Sujeta a criterios de proporcionalidad, toda vez que la transferencia al agente del Estado del valor de la indemnización por el daño que debió ser asumido por la administración debe efectuarse sin incurrir en excesos...”

Con relación al régimen de responsabilidad patrimonial de los agentes del Estado contemplado en la Ley 678 de 2001, es pertinente señalar que, en los artículos 5° y 6°, se contemplan una serie de criterios para determinar la configuración de la culpa grave o el dolo exigidos por el Constituyente para la procedencia de la acción de repetición específicamente:

(i) En el artículo 5° se establece que “la conducta es dolosa cuando el agente del Estado quiere la realización de un hecho ajeno a las finalidades del servicio del Estado”; y

(ii) En el artículo 6° se señala que “la conducta del agente del Estado es gravemente culposa cuando el daño es consecuencia de una infracción directa a la Constitución o a la ley o de una inexcusable omisión o extralimitación en el ejercicio de las funciones”.

Para este caso que hoy es objeto de litigio se puede evidenciar que la cualificación de la conducta como culpa grave de mi poderdante, es excesiva, en las Sentencias C-957/14 y SU354/20 se exponen algunos casos donde se ha aplicado la presunción de culpa grave, así:

“...(iii) Se ha aplicado la presunción de culpa grave denominada “violación manifiesta e inexcusable de las normas de derecho” (artículo 6.1), en los asuntos en los que el Estado ha tenido que indemnizar los daños causados con ocasión de: (a) accidentes de tránsito originados por el desconocimiento de la normatividad vial por parte de funcionarios públicos en servicio ; (b) homicidios en personas protegidas por parte de miembros de la fuerza pública infringiendo las disposiciones relativas al derecho internacional humanitario ; o (c) actos administrativos de desvinculación del servicio sin motivación a pesar de que el derecho positivo exige tal carga.

(iv) Se ha utilizado la presunción de culpa grave denominada “violación del debido proceso en lo referente a detenciones arbitrarias y dilación en los términos procesales con detención física o corporal” (artículo 6.4), en los casos en los cuales el Estado tuvo que pagar condenas por privaciones injustas de la libertad originadas en medidas de aseguramiento de detención preventiva impuestas indebidamente por fiscales...”

Se aprecia de la anterior cita que la cualificación como culpa grave de la conducta de los agentes del estado requiere que exista un descuido anormal, pero que para el caso del **DR. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, fue producto de medidas administrativas que buscaban salvaguardar las finanzas públicas y la prestación del

Email: marco.bossio0628@gmail.com

Dirección: Campestre Mz 21 – L1 – 2da etapa.

Celular: (+57) 3225398042

WhatsApp: (+57) 3225398042

MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ

ABOGADO ESPECIALISTA EN
DERECHO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

servicio de salud como derecho fundamental de los ciudadanos, como se ha demostrado en líneas anteriores la falta de elementos esenciales para que se de la calificación de culpa grave ya que es preciso retrotraernos a los hechos, circunstancias y situaciones que se presentaron dentro los 5 meses siguientes a su posesión cuando se da la declaratoria de alto riesgo, precisamente por el análisis de las actuaciones administrativas y financieras de sus antecesores, es aquí donde se violentan derechos fundamentales, donde en reiteradas veces ha manifestado la corte lo siguiente:

*“...es imperioso verificar si hay lugar a modular el quantum a reintegrar en atención al grado de participación del servidor en el daño y de los elementos objetivos que se predicán, en general, de las relaciones entre los funcionarios y la administración. **Lo expuesto, busca evitar que la procedencia de la pretensión de repetición derive en una decisión que, debido a su desproporción, vulnere los mandatos constitucionales asociados a la dignidad humana y a la igualdad, por resultar la condena impuesta en una obligación excesiva, irredimible o contraria a la distribución de las cargas públicas...**”*

*“...Sin embargo, la aplicación de la acción de repetición no puede ignorar que, en el otro extremo, **la figura no pretende imponer cargas desproporcionadas a quienes asumen el ejercicio del servicio público, como quiera que con la pretensión de regreso no se busca que la responsabilidad inherente a la actividad del Estado recaiga en sus funcionarios o contratistas de manera indiscriminada**, ya que ello sólo es posible, bajo ciertos parámetros que aseguren vigencia de la prohibición de exceso, cuando su intervención en la ocurrencia de daños antijurídicos sea premeditada, negligente o manifiestamente imprudente...”*

V. EXCEPCIONES PREVIAS

❖ FALTA DE INTEGRACIÓN DEL LITISCONSORTE NECESARIO

Teniendo en cuenta que la demanda presenta graves irregularidades sustanciales, ya que el demandante omitió vincular en calidad de terceros con interés en el asunto a los Subgerentes Administrativos y Financieros y Profesionales Universitarios código 219, grado 20 de la Subgerencia Administrativa y Financiera de la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS**, dentro del periodo comprendido de la suscripción del contrato con la empresa **COLTEMPORA S.A** en el periodo comprendido entre el año 2015 y el 27 de junio de 2019, sobre quienes recae un interés sustancial en este proceso. Señor juez, la presente demanda tiene por objeto el resarcimiento de los supuestos perjuicios irrogados a la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** por haber pagado los moratorios reconocidos al **COLTEMPORA S.A**, según lo consagrado en el Acuerdo 179 del 27 de julio de 2016, Manual Específico de Funciones, Requisitos y Competencias Laborales de los diferentes empleos del Plan de Cargos de la entidad demandante, tenemos que se encontraban los empleos públicos referidos, con las siguientes funciones:

a) Subgerente Administrativo y Financiero: encargado de “planificar, coordinar, ejecutar y evaluar los procesos financieros de presupuesto, contables de tesorería necesarios para el normal funcionamiento de la empresa, en el marco de las disposiciones legales vigentes.”

b) Profesional Universitario código 219, grado 20, de la Subgerencia Administrativa y Financiera: encargado de “coordinar, organizar, ejecutar y controlar los procesos financieros de presupuesto, contabilidad, recaudo y cartera, y pagaduría”, y dentro de sus funciones “mantener la información financiera al día para la toma de decisiones de la junta directiva y de la gerencia”, “tramitar y velar por el pago oportuno de los compromisos a cargo de la empresa (...)”, y siendo un criterio de desempeño que los pagos sean “realizados conforme a una

Email: marco.bossio0628@gmail.com

Dirección: Campestre Mz 21 – L1 – 2da etapa.

Celular: (+57) 3225398042

WhatsApp: (+57) 3225398042

MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ

ABOGADO ESPECIALISTA EN
DERECHO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

programación que atiende al criterio de antigüedad de la deuda y fecha de presentación de la factura o cuentas de cobro con todos sus soportes legales”.

Por lo anterior el demandante no tuvo en cuenta la participación que tuvieron estos ex servidores públicos frente al no pago de las obligaciones, teniendo interés directo en este proceso.

En virtud de lo consagrado en El numeral 9 del artículo 100 del Código General del Proceso se formula la excepción previa toda vez que la demanda no vincula a los litisconsortes necesarios o tercero con interés directo en el asunto. Por lo que solicitamos que se rechacen las pretensiones de la demanda toda vez que no se encuentran vinculados como demandados todos los servidores que tuvieron incidencia en el no pago a **COLTEMPORA S.A** y que debieron ser vinculados.

❖ INEPTITUD DE LA DEMANDA POR FALTA DE LOS REQUISITOS FORMALES.

Por todos los argumentos presentados en este escrito de contestación de demanda, frente a la cualificación de la conducta como culpa grave, y no haber sido probada por la parte demandante, incumple con uno de los requisitos exigidos por la Ley 678 del 2001 para su procedencia, como ya se dijo el demandante solo prueba que existió un no pago y un ex servidor del estado que tenía la facultad de ordenador del gasto, pero no prueba fehacientemente la exigencia de probar la culpa grave del ex servidor público, como lo establece la norma que lo regula y reza lo siguientes:

PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE REPETICIÓN

Con base en lo dispuesto en los artículos 90 de la Constitución y 2° de la Ley 678 de 2001, este Tribunal ha explicado que la procedencia de la acción de repetición se encuentra supeditada a: “(i) que la entidad pública haya sido condenada por la jurisdicción contencioso administrativa a reparar los daños antijurídicos que con su acción u omisión ha causado a un particular; (ii) que se encuentre claramente establecido que el daño antijurídico se produjo **como consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa del funcionario o exfuncionario público**; y (iii) que la entidad condenada efectivamente haya pagado la suma de dinero fijada por el juez contencioso en la sentencia de condena”.

En esta misma línea argumentativa, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha sostenido que la procedencia de la pretensión de regreso está determinada por la acreditación de los siguientes supuestos:

(i) “La calidad de agente del Estado y su conducta determinante en la condena: La calidad, la actuación u omisión de los agentes del Estado debe ser materia de prueba, con el fin de brindar certeza sobre la calidad de funcionario o ex funcionario del demandado y de su participación en la expedición del acto o en la acción u omisión dañina, determinante de la responsabilidad del Estado”;

(ii) “La existencia de una condena judicial, una conciliación, una transacción o de cualquier otra forma de terminación de conflictos que genere la obligación de pagar una suma de dinero a cargo del Estado: La entidad pública debe probar la existencia de la obligación de pagar una suma de dinero derivada de la condena judicial impuesta en su contra, en sentencia debidamente ejecutoriada, de una conciliación o de cualquier otra forma de terminación de un conflicto”;

Email: marco.bossio0628@gmail.com

Dirección: Campestre Mz 21 – L1 – 2da etapa.

Celular: (+57) 3225398042

WhatsApp: (+57) 3225398042

MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ

ABOGADO ESPECIALISTA EN
DERECHO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

(iii) “El pago realizado por el Estado: La entidad pública tiene que acreditar el pago efectivo que hubiere realizado respecto de la suma dineraria que le hubiere sido impuesta por condena judicial o que hubiere asumido en virtud de una conciliación, a través de prueba que, en caso de ser documental, generalmente suele constituirse por el acto mediante el cual se reconoce y ordena el pago en favor del beneficiario y/o su apoderado y por el recibo de pago o consignación y/o paz y salvo que deben estar suscritos por el beneficiario”; y

(iv) “La cualificación de la conducta del agente determinante del daño reparado por el Estado, como dolosa o gravemente culposa: La entidad demandante debe probar que la conducta del agente o ex agente del Estado fue dolosa o gravemente culposa conforme a las normas que para el momento de los hechos sean aplicables”.

VI. PRUEBAS

❖ PRESENTADAS.

1. Poder otorgado por el **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BEMUDEZ**.
2. Resolución 1755 del 26 de mayo de 2017 “Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones”.
3. Programa de saneamiento fiscal y financiero de 2017 – 2021 de agosto de 2017.
4. Concepto técnico de la Dirección General de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
5. Acta de liquidación del contrato de suministro de personal No. 092-2016 de 23 de mayo de 2017.

❖ SOLICITADAS.

las siguientes pruebas serán solicitadas por encontrarse en poder de la administración pública y ante la imposibilidad de no poder aportarlas en el presente escrito de contestación de demanda como oportunidad procesal para presentar pruebas y solicitar pruebas.

1. Resolución mediante la cual se le dio aprobación al “Programa de saneamiento fiscal y financiero de 2017 – 2021 de agosto del 2017” ante la **ESE HOSPITAL CARTAGENA DE INDIAS** o ante el **MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO**.
2. Resolución por la cual se creó el Comité de Conciliación de la **ESE HOSPITAL CARTAGENA DE INDIAS** para las vigencias 2016 al 27 de diciembre de 2019.
3. Informe de empalme o Acta de entrega según lo consagrado en la Ley 951 de 2001, de la **Dra. MONICA DEL CARMEN JURADO MARQUEZ** en calidad de funcionario saliente, ante la **ESE HOSPITAL CARTAGENA DE INDIAS**.
4. Informes de monitoreo y seguimiento del PSFF enviados por la **ESE HOSPITAL CARTAGENA DE INDIAS** al Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
5. Proceso de Cobro Coactivo que se seguía en la DIAN en contra de COLTEMPORA S.A.

Email: marco.bossio0628@gmail.com

Dirección: Campestre Mz 21 – L1 – 2da etapa.

Celular: (+57) 3225398042

WhatsApp: (+57) 3225398042

MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ

ABOGADO ESPECIALISTA EN
DERECHO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

VII. NOTIFICACIONES

❖ Demandado

El demandado **Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ** recibirá notificaciones en la dirección; Barrio Crespo Carrera Tercera No. 67 – 08, Edificio Mare Club House, apto 1403 y en la dirección electrónica de correo roquebossio@gmail.com

❖ Apoderado del demandado

Recibo notificaciones en la dirección; Urbanización el Campestre Manzana 21 Lote 1 segunda etapa y en la dirección electrónica de correo marco.bossio0628@gmail.com

Cordialmente,



MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ
C.C. 1.143.351.438 de Cartagena.
T.P. No 287025 del Consejo Superior de la Judicatura.

Email: marco.bossio0628@gmail.com
Dirección: Campestre Mz 21 – L1 – 2da etapa.
Celular: (+57) 3225398042
WhatsApp: (+57) 3225398042

7351.

MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ

ABOGADO ESPECIALISTA EN
DERECHO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

SEÑORES

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR
E.S.D.

REF: PODER PARA ACTUAR

ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ, mayor de edad, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. **73.156.364**, obrando en nombre propio, les manifiesto Señores MAGISTRADOS DEL TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLIVAR, que le concedo, mediante el presente escrito, poder especial, amplio y suficiente al Dr. **MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ**, abogado titulado, inscrito y postulante, identificado civilmente con la cédula de ciudadanía N.º **1.143.351.438** expedida en Cartagena, y licenciado para ejercer la profesión del derecho mediante la tarjeta profesional N.º **287025** otorgada por el Consejo Superior de la Judicatura, para que en mi nombre y representación, inicie defensa en el **Proceso Ordinario Contencioso Administrativo del Medio de Control de Repetición con radicado No. 13-001-23-33-000-2022-00027-00**, promovido por la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, en los términos establecidos por los tratados o convenios internacionales ratificados en Colombia (Bloque de Constitucionalidad), la Constitución Política de 1991, la Ley 1437 de 2011, los presupuestos normativos que comprenden la función pública y la acción de repetición en nuestro país, la Jurisprudencia del Consejo de Estado, Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia.

Bajo la gravedad del juramento manifiesto que todos los hechos que se pretenden son ciertos, y que cualquier inconsistencia e inexactitud de estos y/o de las pruebas adjuntas a la solicitud exoneró de toda responsabilidad a mi apoderado.

El Dr. **MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ**, además de las facultades inherentes, concomitantes y subsiguientes a este mandato, tendrá las de ley, esto es, Art. 77 del Código General del Proceso, sin que pueda decirse en ningún momento que actúa sin poder suficiente, quedando expresamente facultado para pedir y aportar pruebas, conciliar judicial y extrajudicialmente, transigir, desistir, sustituir, reasumir y renunciar libremente a este poder, tramitar, firmar, notificarse, interponer recursos, ejecutar, gestionar y recibir la indemnización a que haya lugar.

Sírvase Señor Juez, reconocer personería jurídica a mi apoderado en los términos del presente poder.

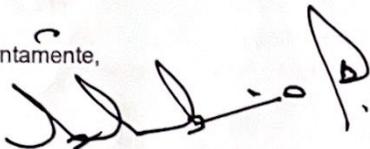


COLOMBIA
DE BOLIVAR
SEGUNDA
ZALEZ DURAN
ENCARGADO
DE CARTAGENA

MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ

ABOGADO ESPECIALISTA EN
DERECHO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

Atentamente,



ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ
C.C. No. 73.156.364 de Cartagena.

Acepto,



MARCO ANTONIO BOSSIO VASQUEZ
C.C. 1.143.351.438 de Cartagena.
T.P. No 287025 del Consejo Superior de la Judicatura.

COLOMBIA
DE BOLIVAR
SEGUNDA
ZALEZ DURAN
ENCARGADO
DE CARTAGENA

COLOMBIA
DE BOLIVAR
SEGUNDA
ZALEZ DURAN
ENCARGADO
DE CARTAGENA



NOTARIA SEGUNDA

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO PRIVADO

Artículo 68 Decreto-Ley 960 de 1970 y Decreto 1069 de 2015



COD 14239

En la ciudad de Cartagena De Indias, Departamento de Bolívar, República de Colombia, el siete (7) de septiembre de dos mil veintitres (2023), en la Notaría segunda (2) del Círculo de Cartagena De Indias, compareció: ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 0073156364 y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto.

14239-1



dfbcc49f5

07/09/2023 15:45:09

----- Firma autógrafa -----

Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Esta acta, que contiene la siguiente información PODER ESPECIAL.



CARLOS JOSE GONZALEZ DURAN

Notario (2) del Círculo de Cartagena De Indias , Departamento de Bolívar - Encargado

Consulte este documento en <https://notariid.notariasegura.com.co>

Número Único de Transacción: dfbcc49f5, 07/09/2023 15:45:38



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE BOLIVAR
NOTARIA SEGUNDA
CARLOS JOSE GONZALEZ DURAN
ENCARGADO
CARTAGENA COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE BOLIVAR
NOTARIA SEGUNDA
CARLOS JOSE GONZALEZ DURAN
ENCARGADO
CARTAGENA COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE BOLIVAR
NOTARIA SEGUNDA
CARLOS JOSE GONZALEZ DURAN
ENCARGADO
CARTAGENA COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
RESOLUCIÓN NÚMERO 001755 DE 2017

(26 MAY 2017)

Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades legales, en especial, de las conferidas en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social contiene en la Sección 2, Capítulo 8 Título 3, Parte 5 del Libro 2 las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional.

Que el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, preceptúa que el hoy Ministerio de Salud y Protección Social "(...) *determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud (...). Las Empresas Sociales del Estado, atendiendo su situación financiera se clasificarán de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social (...)*"

Que el artículo 81 ibídem, dispuso que las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial categorizadas en riesgo medio o alto por el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán someterse a un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero ante el Ministerio de Hacienda y crédito Público.

Que en desarrollo de lo anterior, este Ministerio expidió la Resolución 2509 de 2012 que define la metodología para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, y que fue modificada en su artículo 5, por el artículo 2 de la Resolución 2090 de 2014, en el sentido de incorporar los ingresos por aporte patronales en el numeral 5.1 como componente de la metodología.

Que teniendo en cuenta que para la vigencia 2016 los aportes patronales no son subsidio a la oferta, en el marco de lo dispuesto en la Ley 1797 de 2016, se inaplicará dicho componente en la metodología, para efectos de la categorización de la vigencia 2017.

Que de otra parte, el artículo 8° de la Ley 1608 de 2013 establece que los parámetros generales de contenidos, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero se determinarán por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y que en todo caso, la viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los mismos, estará a cargo de dicha Entidad.

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Que la precitada disposición fue reglamentada en el artículo 2.6.5.13 del Decreto 1068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, que estableció que la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que realice anualmente el Ministerio de Salud y Protección Social, tendrá en cuenta el concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público sobre el cumplimiento de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero en ejecución y los Acuerdos de Reestructuración de Pasivos.

Que mediante radicado 201742301044372 de fecha 19 de mayo de 2017 el Ministerio de Hacienda y Crédito Público remitió a este Ministerio el "Informe de evaluación anual 2016 – Programas de saneamiento fiscal y financiero viabilizados de ESE en riesgo medio y alto", en el que recomienda no aplicar ningún proceso de categorización a: i) "(...) 52 ESE con Programas de saneamiento fiscal y financiero viabilizados que fueron evaluadas con el propósito de garantizar la continuidad en la ejecución de su Programa a fin de alcanzar el equilibrio y sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo (...)" y ii) "(...) a las ESE que por su categorización con la Resolución 2184 de 2016, se encontraban tramitando su viabilidad ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público al 31 de diciembre de 2016 y cuyo PSFF fue viabilizado en el 2017; esto con el propósito de garantizar el que puedan ejecutar su Programa a fin de alcanzar el equilibrio y sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo".

Que igualmente, la Superintendencia Nacional de Salud remitió mediante oficios 2-2017-043447, 2-2017-043884 y 2-2017-045617 de 19, 22 y 25 de mayo de 2017, respectivamente, el informe de las Empresas Social del Estado con Planes de Gestión del Riesgo - PGIR en ejecución o en trámite de viabilidad con corte a 31 de diciembre de 2016, en el cual recomienda a este Ministerio "(...) no realizar la categorización de las ESE que se encuentran en proceso de elaboración o ejecución de los Planes de Gestión Integral del Riesgo – PGIR (...)" así como para las ESE remitidas a la Delegada de Medidas Especiales "(...) no cambiar su categorización del riesgo, toda vez que estas entidades se encuentran en proceso de adopción e implementación de las medidas a que haya lugar en el marco de las acciones de control propias de esta Superintendencia". Igualmente, solicita "(...) llevar a cabo una nueva categorización del riesgo de acuerdo con la metodología implementada por ese Ministerio (...)", a "(...) la ESE Ismael Roldan Valencia del Departamento del Chocó" y al "(...) Hospital Universitario C.A.R.I. ESE de Barranquilla – Atlántico".

Que de otra parte, el Distrito Capital de Bogotá en el marco de sus competencias, adelantó procesos de reorganización del sector salud fusionando a veintidós (22) Empresas Sociales del Estado de su jurisdicción, en cuatro (4) Empresas Sociales del Estado, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. y Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, las cuales fueron inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS el 1 de agosto de 2016, lo que impide tener información de las mismas correspondiente a los doce (12) meses de la vigencia 2016, como lo exige la metodología.

Que en el anterior contexto y dada la obligación legal que le asiste a este Ministerio, se hace necesario efectuar la categorización de las Empresas Social del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017, para lo cual, se cuenta con la información presupuestal y financiera reportada por cada una de ellas, consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud en cumplimiento a lo dispuesto en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto efectuar la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017, previa aplicación de la metodología definida en el artículo 5 de la Resolución 2509 de 2012, con las inclusiones que respecto de esta se efectúan con la presente resolución.

Artículo 2. Metodología para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado. La metodología para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial será la establecida en la Resolución 2509 de 2012 modificada por el artículo 2 de la Resolución 2090 de 2014, salvo el componente de ingresos de aportes patronales del numeral 5.1 del artículo 5 modificado por el artículo 2 de la Resolución 2090 de 2014.

Artículo 3. Información para la categorización del riesgo. Para la categorización del riesgo de que trata la presente resolución, se tendrá en cuenta las siguientes fuentes de información:

3.1. **Información presupuestal y financiera.** La información anual con corte a 31 de diciembre del 2016, que en cumplimiento del reporte de información de las IPS a que refiere la Sección 2, Capítulo 8 Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, fue consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud al Ministerio de Salud y Protección Social a 30 de abril de 2017.

Las Empresas Sociales del Estado que a 30 de abril 2017 no tuvieron información anual con corte a 31 de diciembre del 2016, a la que hace referencia la Sección 2, Capítulo 8 Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud o respecto de la que se detectó alguna imprecisión en la información presentada y no fue corregida o entregada oportunamente, se categorizarán en *riesgo alto*. Lo anterior, sin perjuicio del reporte, a los correspondientes organismos de inspección, vigilancia y control, para que se adelanten las acciones a que haya lugar, por el no cumplimiento de los términos allí establecidos.

3.2. **Información para identificar Empresas Sociales del Estado con condiciones de mercado especiales.** La información de dispersión poblacional se toma sobre el promedio nacional de las proyecciones del censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE para 2017. La información de prestación de servicios de urgencias o partos, es tomada del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, con corte a 15 de mayo de 2017.

Artículo 4. Categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado para la vigencia 2017. La categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017, será la siguiente:

4.1 Las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial con Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizado y que fueron evaluados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público con corte a 31 de diciembre de 2016 y las Empresas Sociales del Estado que se encontraban tramitando su viabilidad ante dicho Ministerio al 31 de diciembre de 2016 y cuyo Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero fue viabilizado en el 2017, continuarán con igual categorización y deberán cumplir con los programas viabilizados, en los términos definidos en el Libro 2, Parte 6, Título 5 del Decreto 1068 de 2015 Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público y con los parámetros generales de contenidos,

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

seguimiento y evaluación determinados por dicha Entidad. Estas Empresas Sociales del Estado, se encuentran relacionadas en el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la presente resolución.

- 4.2 Las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial con Plan de Gestión Integral del Riesgo – PGIR en ejecución o trámite de viabilidad y aquellas que se encuentran en la implementación de alguna otra medida en los términos y condiciones establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud, deberán continuar con dichos procesos. Estas empresas se encuentran relacionadas en el Anexo Técnico No. 2 que hace parte integral de la presente resolución.
- 4.3 Las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que a 30 de abril de 2017 no tenían información anual consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud al Ministerio de Salud y Protección Social con corte a 31 de diciembre de 2016, se categorizan en riesgo alto, las cuales se relacionan en el Anexo Técnico No. 3 que hace parte integral de la presente resolución.
- 4.4 Las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial no incluidas en los numerales 4.1, 4.2 y 4.3 del presente artículo, una vez aplicada la metodología definida en el artículo 5 de la Resolución 2509 de 2012 con las exclusiones a que refiere el artículo 2 del presente acto administrativo, se categorizan para la vigencia 2017 *sin riesgo, con riesgo bajo, medio o alto*, tal y como se relacionan en el Anexo Técnico No. 4 que hace parte integral de la presente resolución.

Parágrafo. Para la vigencia 2017 no se categorizan las Empresas Sociales del Estado Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. y Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E resultantes de la fusión de veintidós (22) Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital de Bogotá, por cuanto las mismas fueron inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud el 1 de agosto de 2016, lo que impide tener información en los doce meses de la vigencia 2016.

Artículo 5. Condiciones para la ejecución de recursos distribuidos por las entidades territoriales, para programas de saneamiento fiscal y financiero viabilizados. Los recursos asignados a las entidades territoriales mediante las Resoluciones 4874 de 2013 y 5938 de 2015, distribuidos por éstas con aprobación de este Ministerio, para programas de saneamiento fiscal y financiero viabilizados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y que no se encuentren bajo el monitoreo de dicho Ministerio, podrán continuar su ejecución hasta culminarlos, según lo determine la entidad territorial; no obstante, estas entidades no podrán ser objeto de distribución de nuevos recursos, salvo que hayan quedado categorizadas en riesgo medio o alto mediante la presente resolución y cumplan con las condiciones definidas en las precitadas resoluciones.

Artículo 6. Condiciones para la ejecución de recursos pendientes de distribución por las entidades territoriales para programas de saneamiento fiscal y financiero viabilizados. Los recursos asignados a las entidades territoriales mediante las Resoluciones 4874 de 2013 y 5938 de 2015, no distribuidos y/o no ejecutados por éstas, podrán destinarse al financiamiento de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados o que se viabilicen por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 7. Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. Las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial categorizadas en riesgo medio o alto en los Anexos Técnicos 3 y 4 que hacen parte integral de la presente resolución, deberán dar

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

cumplimiento a lo establecido en el Libro 2, Parte 6, Título 5 del Decreto 1068 de 2015 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Artículo 8. Comunicación de la categorización del riesgo. Publicada la presente resolución, este Ministerio comunicará a las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado de su jurisdicción.

Artículo 9. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los 26 MAY 2017


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

7

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Anexo Técnico No. 1

Empresas Sociales del Estado del nivel territorial categorizadas en riesgo medio o alto mediante la Resolución 2184 de 2016 y la Resolución 3916 de 2016 que continúan con igual categorización

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Antioquia	Caicedo	ESE Hospital Guillermo Gaviria Correa	Riesgo medio
Antioquia	Cocorná	ESE Hospital San Juan de Dios	Riesgo medio
Antioquia	Concepción	ESE Hospital José María Córdoba	Riesgo alto
Antioquia	Granada	ESE Hospital Padre Clemente Giraldo	Riesgo alto
Antioquia	Hispania	ESE Hospital San Juan del Suroeste	Riesgo medio
Antioquia	Itagüi	ESE Hospital del Sur Gabriel Jaramillo Piedrahita	Riesgo medio
Antioquia	Olaya	ESE Hospital San Miguel	Riesgo medio
Antioquia	Rionegro	ESE Hospital Gilberto Mejía Mejía	Riesgo alto
Antioquia	San Carlos	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Riesgo alto
Antioquia	San José de la Montaña	ESE Hospital Laureano Pino	Riesgo medio
Antioquia	San Juan de Urabá	ESE Hospital Héctor Abad Gómez	Riesgo medio
Antioquia	Santa Bárbara	ESE Hospital Santamaría	Riesgo medio
Antioquia	Yarumal	ESE Hospital San Juan de Dios	Riesgo medio
Atlántico	Soledad	ESE Hospital Materno Infantil de Soledad	Riesgo medio
Boyacá	Chivatá	ESE Centro Salud Nuestra Señora del Rosario de Chivatá	Riesgo alto
Boyacá	Guateque	ESE Hospital Regional Segundo Nivel de Atención Valle de Tenza	Riesgo alto
Boyacá	Miraflores	ESE Hospital Regional de Miraflores	Riesgo medio
Boyacá	Paipa	ESE Hospital San Vicente de Paúl de Paipa	Riesgo alto
Cauca	Santander de Quilichao	ESE Hospital Francisco de Paula Santander Nivel II	Riesgo medio
Chocó	Tadó	ESE Hospital San José de Tadó	Riesgo alto
Córdoba	Cereté	ESE CAMU Prado	Riesgo alto
Córdoba	Sahagún	ESE Hospital San Juan	Riesgo alto
Cundinamarca	Arbeláez	ESE Hospital San Antonio	Riesgo alto
Cundinamarca	Cáqueza	ESE Hospital San Rafael de Cáqueza	Riesgo medio
Cundinamarca	Cucunubá	ESE Centro de Salud Cucunubá	Riesgo medio
Cundinamarca	Gachetá	ESE Hospital San Francisco de Gachetá	Riesgo alto
Cundinamarca	Guaduas	ESE Hospital San José de Guaduas	Riesgo alto
Cundinamarca	Junín	ESE Policlínico de Junín	Riesgo alto
Cundinamarca	Madrid	ESE Hospital Santa Matilde	Riesgo medio
Cundinamarca	Mosquera	ESE María Auxiliadora	Riesgo medio
Cundinamarca	Ricaurte	ESE Centro de Salud de Ricaurte	Riesgo alto
Cundinamarca	San Juan de Río Seco	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Riesgo medio
Cundinamarca	Silvania	ESE Hospital Ismael Silva	Riesgo medio
Cundinamarca	Sopó	ESE Hospital Divino Salvador	Riesgo medio
Cundinamarca	Suesca	ESE Hospital Nuestra Señora del Rosario	Riesgo medio
Cundinamarca	Une	ESE Centro de Salud Timoteo Riveros Cubillos	Riesgo alto
Huila	Rivera	ESE Hospital Divino Niño	Riesgo alto
Huila	Timaná	ESE Hospital Municipal San Antonio	Riesgo medio
Huila	Villavieja	ESE Hospital del Perpetuo Socorro de Villavieja	Riesgo alto
Magdalena	El Banco	ESE Centro de Salud Samuel Villanueva Valest	Riesgo alto
Magdalena	Plato	ESE Hospital Fray Luis de León	Riesgo medio
Magdalena	Salamina	ESE Hospital Local de Salamina	Riesgo alto

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Magdalena	Santa Marta	ESE Hospital Universitario Fernando Troconis	Riesgo medio
Meta	Villavicencio	ESE Hospital Departamental de Villavicencio	Riesgo alto
Meta	Villavicencio	ESE Solución Salud	Riesgo alto
Nariño	Cuaspué	ESE Centro de Salud Cuaspué Carlosama	Riesgo medio
Nariño	El Charco	ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús	Riesgo medio
Nariño	Imués	ESE Santiago Apóstol	Riesgo alto
Nariño	La Tola	ESE Centro de Salud Nuestra Señora del Carmen	Riesgo alto
Nariño	La Unión	ESE Centro de Salud Municipal Nivel 1 Luis Acosta	Riesgo medio
Nariño	Pasto	ESE Pasto Salud	Riesgo medio
Nariño	San Bernardo	ESE Centro de Salud San Bernardo	Riesgo alto
Nariño	Tumaco	ESE Centro Hospital Divino Niño	Riesgo alto
Norte de Santander	Chimácota	ESE Hospital Regional Sur Oriental	Riesgo alto
Putumayo	Mocoa	ESE Hospital José María Hernández	Riesgo alto
Putumayo	Puerto Guzmán	ESE Hospital Jorge Julio Guzmán	Riesgo alto
Risaralda	Balboa	ESE Hospital Cristo Rey	Riesgo alto
Santander	Aratoca	ESE Hospital Juan Pablo II	Riesgo medio
Santander	Betulia	ESE Hospital San Juan de Dios de Betulia	Riesgo medio
Santander	San Andrés	ESE Hospital San José	Riesgo alto
Santander	Santa Bárbara	ESE Centro de Salud Santa Bárbara	Riesgo alto
Santander	Suaita	ESE Hospital Integrado Caicedo y Flórez	Riesgo alto
Santander	Tona	ESE San Isidro del Municipio de Tona	Riesgo alto
Sucre	Buenavista	ESE Centro de Salud Santa Lucía	Riesgo alto
Sucre	Caimito	ESE Centro de Salud de Caimito	Riesgo alto
Sucre	Coloso	ESE Centro de Salud de Coloso	Riesgo alto
Sucre	Corozal	ESE Centro de Salud Cartagena de Indias	Riesgo medio
Sucre	El Roble	ESE Centro de Salud de El Roble	Riesgo alto
Sucre	Los Palmitos	ESE Centro de Salud de Los Palmitos	Riesgo alto
Sucre	Palmito	ESE Centro de Salud San Antonio	Riesgo alto
Sucre	Sampué	ESE Centro de Salud Sampué	Riesgo alto
Sucre	San Benito Abad	ESE Hospital San Benito Abad	Riesgo medio
Sucre	Tolú Viejo	ESE Centro de Salud San José de Tolú Viejo	Riesgo alto
Valle del Cauca	Palmira	ESE Hospital Raúl Orejuela Bueno	Riesgo alto
Valle del Cauca	Roldanillo	ESE Hospital Departamental San Antonio	Riesgo medio
Valle del Cauca	Toro	ESE Hospital Sagrada Familia	Riesgo alto
Valle del Cauca	Zarzal	ESE Hospital Departamental San Rafael	Riesgo medio

8

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Anexo Técnico No. 2

Empresas Sociales del Estado del nivel territorial en la Superintendencia Nacional de Salud con ejecución o trámite de viabilidad de los Planes de Gestión Integral del Riesgo – PGIR o en trámite de otras medidas

Departamento	Municipio	Nombre
Antioquia	Alejandría	ESE Hospital Presbítero Luis Felipe Arbeláez
Antioquia	Arboletes	ESE Hospital Pedro Nel Cardona
Antioquia	Cáceres	ESE Hospital Isabel La Católica
Antioquia	Campamento	ESE Hospital La Sagrada Familia
Antioquia	Caramanta	ESE Hospital San Antonio
Antioquia	Ebéjico	ESE Hospital San Rafael
Antioquia	Fredonia	ESE Hospital Santa Lucía
Antioquia	Itagüí	ESE Hospital San Rafael
Antioquia	La Estrella	ESE Hospital La Estrella
Antioquia	Peñol	ESE Hospital San Juan de Dios
Antioquia	Remedios	ESE Hospital San Vicente de Paúl
Antioquia	Sabaneta	ESE Hospital Venancio Díaz Díaz
Antioquia	San Francisco	ESE Hospital San Francisco de Asís
Antioquia	San Rafael	ESE Hospital Pbro Alonso María Giraldo
Antioquia	Sopetrán	ESE Hospital Horacio Muñoz Suescún
Antioquia	Tarso	ESE Hospital San Pablo
Antioquia	Toledo	ESE Hospital Pedro Claver Aguirre Yepes
Antioquia	Turbo	ESE Hospital Francisco Valderrama
Antioquia	Valdivia	ESE Hospital San Juan de Dios
Antioquia	Vegachí	ESE Hospital San Camilo de Leis
Antioquia	Yalí	ESE Hospital La Misericordia
Antioquia	Yondó	ESE Hospital Héctor Abad Gómez
Arauca	Arauca	ESE Jaime Alvarado y Castilla
Atlántico	Campo De La Cruz	ESE Hospital Local de Campo de La Cruz
Atlántico	Juan de Acosta	ESE Hospital de Juan de Acosta
Atlántico	Luruaco	ESE Hospital Local de Luruaco
Atlántico	Malambo	ESE Hospital Local de Malambo
Atlántico	Palmar de Varela	ESE Centro de Salud de Palmar de Varela
Atlántico	Piojó	ESE Hospital Vera Judith Imitola Villanueva
Atlántico	Potonuevo	ESE Centro de Salud de Potonuevo
Atlántico	Sabanagrande	ESE Hospital Municipal de Sabanagrande
Atlántico	Santa Lucía	ESE Centro de Salud Santa Lucía
Atlántico	Soledad	ESE Hospital Departamental Juan Domínguez Romero
Atlántico	Tubará	ESE Centro de Salud de Tubará
Bolívar	Achí	ESE Hospital Local San José de Achí
Bolívar	Arenal	ESE Hospital Local Manuela Pabuena Lobo
Bolívar	Arroyohondo	ESE Centro de Salud Francisca Ospino
Bolívar	Cantagallo	ESE Centro de Salud con camas Cantagallo
Bolívar	Cartagena	ESE Hospital Universitario del Caribe
Bolívar	Cicuco	ESE Hospital Local de Cicuco
Bolívar	Hatillo de Loba	ESE Hospital de Hatillo de Loba
Bolívar	Mahates	ESE Hospital Local Mahates

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre
Bolívar	María La Baja	ESE Hospital Local María La Baja
Bolívar	Morales	ESE Hospital San Sebastián de Morales
Bolívar	Pinillos	ESE Hospital San Nicolás de Tolentino
Bolívar	Río Viejo	ESE Hospital Local La Candelaria
Bolívar	San Estanislao	ESE Hospital Local Ana María Rodríguez
Bolívar	San Pablo	ESE Hospital Local San Pablo
Bolívar	Santa Catalina	ESE Hospital Local de Santa Catalina de Alejandría
Bolívar	Simití	ESE Hospital San Antonio de Padua
Bolívar	Talaigua Nuevo	ESE Hospital Local de Talaigua Nuevo
Bolívar	Turbaco	ESE Hospital Local Turbaco
Bolívar	Zambrano	ESE Hospital Local San Sebastián
Boyacá	Arcabuco	ESE Centro de Salud de Arcabuco
Boyacá	Coper	ESE Centro de Salud Luis Lancheros
Boyacá	Cubará	ESE Hospital Especial de Cubará
Boyacá	Güicán	ESE Hospital Andres Girardot de Güicán
Boyacá	Jenesano	ESE Centro de Salud Jenesano
Boyacá	La Uvita	ESE Centro de Salud La Uvita
Boyacá	Macanal	ESE Centro de Salud Macanal
Boyacá	Pachavita	ESE Puesto de Salud Nuestra Señora de Guadalupe de Pachavita
Boyacá	Quípama	ESE Centro de Salud Nuestra Señora de La Paz
Boyacá	Rondón	ESE Centro de Salud San Rafael
Boyacá	Socha	ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús
Boyacá	Socotá	ESE Centro de Salud San Antonio Socotá
Boyacá	Sora	ESE Centro de Salud Santa Bárbara
Boyacá	Tipacoque	ESE Centro de Salud Santa Rita de Casia
Boyacá	Tunja	ESE Santiago de Tunja
Boyacá	Turmequé	ESE Hospital Baudilio Acero
Buenaventura	Buenaventura	ESE Hospital San Agustín
Caldas	Aranzazu	ESE Hospital San Vicente de Paúl
Caldas	Manizales	ESE Hospital Geriátrico San Isidro
Casanare	Aguazul	ESE Hospital Local Juan Hernando Urrego
Cauca	Timblo	ESE Centro de Salud de Timblo
Cesar	Becerril	ESE Hospital San José
Cesar	Gamarra	ESE Hospital Olaya Herrera
Cesar	La Gloria	ESE Hospital San José
Cesar	La Jagua de Ibirico	ESE Hospital Jorge Isaac La Jagua de Ibirico
Cesar	San Alberto	ESE Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara
Cesar	Tamalameque	ESE Hospital Tamalameque
Chocó	Condoto	ESE Hospital San José de Condoto
Chocó	El Carmen de Atrato	ESE Hospital San Roque
Córdoba	Buenavista	ESE CAMU Buenavista
Córdoba	Canalefe	ESE CAMU de Canalefe
Córdoba	Cereté	ESE Hospital San Diego de Cereté
Córdoba	Chimá	ESE Camu Chimá
Córdoba	Momil	ESE CAMU Momil
Córdoba	Montería	ESE Hospital San Jerónimo de Montería
Córdoba	Puerto Libertador	ESE CAMU Divino Niño

2

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre
Córdoba	Purísima	ESE CAMU de Purísima
Córdoba	San Bernardo del Viento	ESE Hospital San José
Cundinamarca	Cajicá	ESE Hospital Profesor Jorge Cavelier
Cundinamarca	Carmen de Carupa	ESE Hospital Habacuc Calderón
Cundinamarca	Chía	ESE Hospital San Antonio de Chía
Cundinamarca	El Peñón	ESE Cayetano María de Rojas
Cundinamarca	Fosca	ESE Centro de Salud de Fosca
Cundinamarca	Guachetá	ESE Hospital San José de Guachetá
Cundinamarca	La Palma	ESE Hospital San José de La Palma
Cundinamarca	Nimaima	ESE Centro de Salud San José de Nimaima
Cundinamarca	Puerto Salgar	ESE Hospital Diógenes Troncoso
Cundinamarca	San Francisco	ESE Centro de Salud San Francisco de Sales
Cundinamarca	Sasaima	ESE Hospital Hilario Lugo de Sasaima
Cundinamarca	Sesquilé	ESE Hospital San Antonio de Sesquilé
Cundinamarca	Vergara	ESE Hospital Santa Bárbara de Vergara
Huila	Baraya	ESE Hospital Tulia Durán de Borrero
Huila	Hobo	ESE Hospital Local Municipal de Hobo
Huila	Iquira	ESE Hospital María Auxiliadora
Huila	La Argentina	ESE Juan Ramón Núñez Palacios
Huila	Nátaga	ESE Hospital Luis Antonio Mojica
Huila	Paicol	ESE Santa Rosa de Lima
Magdalena	Chibolo	ESE Hospital Local de Chibolo
Magdalena	El Piñon	ESE Hospital Local San Pedro
Magdalena	Pijiño del Carmen	ESE Hospital Local Pijiño del Carmen
Magdalena	San Zenón	ESE Hospital Local de San Zenón
Magdalena	Santa Ana	ESE Hospital Nuestra Señora Santa Ana
Magdalena	Tenerife	ESE Hospital Local de Tenerife
Meta	San Carlos de Guaroa	ESE Hospital Local San Carlos de Guaroa
Nariño	Barbacoas	ESE Hospital San Antonio de Barbacoas
Nariño	Contadero	ESE Centro de Salud Sagrado Corazón de Jesús
Nariño	El Peñol	ESE Centro de Salud San Isidro
Nariño	Francisco Pizarro	ESE Centro de Salud Señor del Mar
Nariño	La Llanada	ESE Centro de Salud San Juan Bosco
Nariño	Leiva	ESE Centro de Salud San José de Leiva
Nariño	Olaya Herrera	ESE Centro de Salud Camilo Hurtado Cifuentes
Nariño	Ricaurte	ESE Hospital Ricaurte
Nariño	Roberto Payán	ESE Centro Hospital Las Mercedes
Nariño	Santa Bárbara	ESE Centro de Salud Santa Bárbara
Nariño	Tumaco	ESE Hospital San Andrés
Norte de Santander	Cúcuta	ESE Hospital Mental Rudesindo Soto
Putumayo	Orito	ESE Hospital Orito
Putumayo	San Miguel	ESE Hospital Fronterizo La Dorada
Santander	Cabrera	ESE Centro de Salud San Pedro de Cabrera
Santander	Cepitá	ESE Centro de Salud
Santander	Charta	ESE Centro de Salud Ucatá
Santander	Concepción	ESE Hospital San Rafael
Santander	Confines	ESE Centro de Salud San Cayetano

8

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre
Santander	Coromoro	ESE Centro de Salud de Coromoro
Santander	Girón	ESE Hospital San Juan de Dios
Santander	Guapotá	ESE San Cayetano
Santander	Guavatá	ESE San José de Guavatá
Santander	La Paz	ESE Nuestra Señora de La Paz
Santander	Molagavita	ESE Centro Salud Nuestra Señora de La Esperanza
Santander	Oiba	ESE Hospital San Rafael
Santander	Onzaga	ESE Hospital Integrado San Vicente de Paúl
Santander	Puente Nacional	ESE Hospital Integrado San Antonio
Santander	Puerto Wilches	ESE Edmundo German Arias Duarte
Santander	San Joaquín	ESE Hospital Integrado San Joaquín
Santander	Santa Helena del Opón	ESE Centro de Salud Jaime Michel
Santander	Valle de San José	ESE Hospital San José
Sucre	Galeras	ESE Centro de Salud Inmaculada Concepción
Sucre	La Unión	ESE Hospital La Unión
Sucre	Majagual	ESE Centro de Salud de Majagual
Sucre	Morroa	ESE Centro de Salud San Blas de Morroa
Sucre	Ovejas	ESE Centro de Salud de Ovejas
Sucre	San Juan de Betulia	ESE San Juan de Betulia
Sucre	San Marcos	ESE Centro de Salud San José Primer Nivel
Sucre	San Marcos	ESE Hospital Regional de II Nivel San Marcos
Sucre	San Onofre	ESE Hospital Local San Onofre
Sucre	Santiago de Tolú	ESE Hospital Local Santiago de Tolú
Sucre	Sincé	ESE Hospital Local Nuestra Señora del Socorro
Sucre	Sincelejo	ESE Hospital Universitario de Sincelejo
Sucre	Sucre	ESE Hospital Santa Catalina de Sena
Tolima	Ambalema	ESE Hospital San Antonio
Tolima	Carmen de Apicalá	ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen
Tolima	Cunday	ESE Hospital Federico Arbeláez
Tolima	Flandes	ESE Hospital Nuestra Señora de Fátima
Tolima	Guamo	ESE Hospital San Antonio
Tolima	Herveo	ESE Hospital San Antonio
Tolima	Ibagué	ESE Hospital Federico Lleras Acosta
Tolima	Lérida	ESE Hospital Reina Sofía de España de Lérida
Tolima	Líbano	ESE Hospital Regional del Líbano
Tolima	Murillo	ESE Hospital Ramón María Arana
Tolima	Piedras	ESE Hospital San Sebastián
Tolima	Prado	ESE Hospital San Vicente de Paúl
Tolima	Purificación	ESE Nuevo Hospital La Candelaria
Tolima	San Luis	ESE Hospital Serafín Montaña Cuellar Nivel I
Valle del Cauca	Argelia	ESE Hospital Pío XII
Valle del Cauca	Bugalagrande	ESE Hospital San Bernabé
Valle del Cauca	Cali	ESE Hospital Isaías Duarte Cancino
Valle del Cauca	Cali	ESE Hospital Universitario del Valle Evaristo García
Valle del Cauca	El Cairo	ESE Hospital Santa Catalina
Valle del Cauca	Ginebra	ESE Hospital del Rosario
Valle del Cauca	Tuluá	ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre
Valle del Cauca	Ulloa	ESE Pedro Sáenz Díaz
Valle del Cauca	Versalles	ESE Hospital San Nicolás

2

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Anexo Técnico No. 3

Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que a 30 de abril de 2017 no tenían información anual con corte a 31 de diciembre del 2016, consolidada, validada y presentada por las direcciones territoriales de salud al Ministerio de Salud y Protección Social

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Bolívar	San Jacinto del Cauca	ESE Centro de Salud Con Camas	Riesgo alto
Bolívar	Turbaná	ESE Hospital Local Turbaná	Riesgo alto
Chocó	Quibdó	ESE Hospital Local Ismael Roldán Valencia	Riesgo alto
Norte de Santander	Herrán	ESE Joaquín Emiro Escobar	Riesgo alto

7

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Anexo Técnico No. 4

Empresas Sociales del Estado del nivel territorial categorizadas sin riesgo, con riesgo bajo, medio o alto para la vigencia 2017

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Amazonas	Leticia	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Antioquia	Abejorral	ESE Hospital San Juan de Dios	Riesgo bajo
Antioquia	Amagá	ESE Hospital San Fernando	Riesgo alto
Antioquia	Amalfi	ESE Hospital El Carmen	Sin riesgo
Antioquia	Andes	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Antioquia	Angelópolis	ESE Hospital La Misericordia	Riesgo alto
Antioquia	Angostura	ESE Hospital San Rafael	Riesgo alto
Antioquia	Anorí	ESE Hospital San Juan de Dios	Sin riesgo
Antioquia	Anza	ESE Hospital San Francisco de Asís	Riesgo alto
Antioquia	Argelia	ESE Hospital San Julián	Riesgo alto
Antioquia	Armenia	ESE Hospital San Martín de Porres	Sin riesgo
Antioquia	Barbosa	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Riesgo alto
Antioquia	Bello	ESE Hospital Bellosalud	Riesgo alto
Antioquia	Bello	ESE Hospital Mental de Antioquia	Sin riesgo
Antioquia	Bello	ESE Hospital Marco Fidel Suárez	Riesgo alto
Antioquia	Belmira	ESE Hospital Nuestra Señora del Rosario	Riesgo alto
Antioquia	Betania	ESE Hospital San Antonio	Sin riesgo
Antioquia	Betulia	ESE Hospital German Vélez Gutierrez	Riesgo medio
Antioquia	Briceño	ESE Hospital El Sagrado Corazón	Riesgo alto
Antioquia	Buriticá	ESE Hospital San Antonio	Sin riesgo
Antioquia	Caldas	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Sin riesgo
Antioquia	Cañasgordas	ESE Hospital San Carlos	Riesgo bajo
Antioquia	Caracol	ESE Hospital San Pío X	Sin riesgo
Antioquia	Carepa	ESE Hospital Francisco Luis Jiménez Martínez	Riesgo bajo
Antioquia	Carolina	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Antioquia	Caucasia	ESE Hospital Cesar Uribe Piedrahita	Sin riesgo
Antioquia	Chigorodó	ESE Hospital María Auxiliadora	Riesgo alto
Antioquia	Cisneros	ESE Hospital San Antonio	Sin riesgo
Antioquia	Ciudad Bolívar	ESE Hospital La Merced	Riesgo medio
Antioquia	Concordia	ESE Hospital San Juan de Dios	Sin riesgo
Antioquia	Copacabana	ESE Hospital Santa Margarita	Sin riesgo
Antioquia	Dabeiba	ESE Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro	Sin riesgo
Antioquia	Don Matías	ESE Hospital Francisco Eladio Barrera	Riesgo alto
Antioquia	El Bagre	ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen	Riesgo alto
Antioquia	El Carmen de Viboral	ESE Hospital San Juan de Dios	Riesgo bajo
Antioquia	El Santuario	ESE Hospital San Juan de Dios	Riesgo bajo
Antioquia	Entrerrios	Nueva ESE Hospital Presbítero Emigdio Palacio	Sin riesgo
Antioquia	Envigado	ESE Hospital Manuel Uribe Ángel	Sin riesgo
Antioquia	Frontino	ESE Hospital María Antonia Toro de Elejalde	Sin riesgo
Antioquia	Giraldó	ESE Hospital San Isidro	Sin riesgo
Antioquia	Girardota	ESE Hospital San Rafael	Riesgo bajo
Antioquia	Gómez Plata	ESE Hospital Santa Isabel	Sin riesgo
Antioquia	Guadalupe	ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe	Riesgo alto

2

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Antioquia	Guarne	ESE Hospital Nuestra Señora de La Candelaria	Riesgo bajo
Antioquia	Guatapé	ESE Hospital La Inmaculada	Sin riesgo
Antioquia	Heliconia	ESE Hospital San Rafael	Riesgo medio
Antioquia	Ituango	ESE Hospital San Juan de Dios	Sin riesgo
Antioquia	Jardín	ESE Hospital Gabriel Peláez Montoya	Riesgo bajo
Antioquia	Jericó	Nueva ESE Hospital San Rafael de Jericó	Sin riesgo
Antioquia	La Ceja	ESE Hospital de La Ceja	Sin riesgo
Antioquia	La Pintada	ESE Hospital Antonio Roldán Betancur	Riesgo medio
Antioquia	La Unión	ESE Hospital San Roque	Riesgo alto
Antioquia	Liborina	ESE Hospital San Lorenzo	Sin riesgo
Antioquia	Maceo	ESE Hospital Marco A. Cardona	Riesgo alto
Antioquia	Marinilla	ESE Hospital San Juan de Dios	Riesgo medio
Antioquia	Medellín	ESE Carisma	Sin riesgo
Antioquia	Medellín	ESE Metrosalud	Riesgo bajo
Antioquia	Medellín	ESE Hospital La María	Sin riesgo
Antioquia	Medellín	ESE Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutierrez	Sin riesgo
Antioquia	Montebello	ESE Hospital San Antonio	Sin riesgo
Antioquia	Murindó	ESE Hospital San Bartolomé	Sin riesgo
Antioquia	Mutatá	ESE Hospital La Anunciación	Riesgo alto
Antioquia	Nariño	ESE Hospital San Joaquín	Riesgo alto
Antioquia	Nechí	ESE Hospital La Misericordia	Sin riesgo
Antioquia	Necoclí	ESE Hospital San Sebastián de Urabá	Riesgo bajo
Antioquia	Peque	ESE Hospital San Francisco	Sin riesgo
Antioquia	Pueblorrico	ESE Hospital San Vicente de Paul	Riesgo bajo
Antioquia	Puerto Nare	ESE Hospital Octavio Olivares	Sin riesgo
Antioquia	Rionegro	ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro	Sin riesgo
Antioquia	Sabanalarga	ESE Hospital San Pedro	Sin riesgo
Antioquia	Salgar	ESE Hospital San José	Riesgo bajo
Antioquia	San Andrés	ESE Hospital Gustavo González Ochoa	Sin riesgo
Antioquia	San Jerónimo	ESE Hospital San Luis Beltrán	Sin riesgo
Antioquia	San Luis	ESE Hospital San Rafael	Riesgo bajo
Antioquia	San Pedro	ESE Hospital Santa Isabel	Riesgo medio
Antioquia	San Pedro de Uraba	ESE Hospital Oscar Emiro Vergara Cruz	Sin riesgo
Antioquia	San Roque	ESE Hospital Municipal San Roque	Riesgo bajo
Antioquia	Santafé de Antioquia	ESE Hospital San Juan de Dios	Sin riesgo
Antioquia	Santo Domingo	ESE Hospital San Rafael	Riesgo alto
Antioquia	Segovia	ESE Hospital San Juan de Dios	Sin riesgo
Antioquia	Sonson	ESE Hospital San Juan de Dios	Sin riesgo
Antioquia	Támesis	ESE Hospital San Juan de Dios	Riesgo alto
Antioquia	Tarazá	ESE Hospital San Antonio	Sin riesgo
Antioquia	Titiribí	ESE Hospital San Juan de Dios	Riesgo alto
Antioquia	Uramita	ESE Hospital Tobías Puerta de Uramita	Riesgo alto
Antioquia	Urrao	ESE Hospital Iván Restrepo Gómez	Sin riesgo
Antioquia	Valparaíso	ESE Hospital San Juan Dios	Riesgo alto
Antioquia	Venecia	ESE Hospital San Rafael	Riesgo bajo
Antioquia	Vigía del Fuerte	ESE Hospital Atrato Medio Antioqueño	Riesgo bajo
Antioquia	Yolombó	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Arauca	Arauca	ESE Departamental de I Nivel Moreno y Clavijo	Sin riesgo
Arauca	Arauca	ESE Hospital San Vicente de Arauca	Riesgo medio
Arauca	Saravena	ESE Hospital del Sarare	Sin riesgo
Atlántico	Baranoa	ESE Hospital de Baranoa	Sin riesgo
Atlántico	Barranquilla	ESE Hospital Niño Jesús de Barranquilla	Riesgo medio
Atlántico	Barranquilla	ESE Hospital Universitario CARI	Riesgo alto
Atlántico	Candelaria	ESE Hospital de Candelaria	Riesgo alto
Atlántico	Galapa	ESE Centro de Salud de Galapa.	Riesgo alto
Atlántico	Manatí	ESE Hospital Local de Manatí	Sin riesgo
Atlántico	Ponedera	ESE Hospital de Ponedera	Riesgo medio
Atlántico	Puerto Colombia	ESE Hospital de Puerto Colombia	Sin riesgo
Atlántico	Repelón	ESE Hospital de Repelón	Sin riesgo
Atlántico	Sabanalarga	ESE Centro Materno Infantil de Sabanalarga Ceminsa	Riesgo bajo
Atlántico	Sabanalarga	ESE Hospital Departamental de Sabanalarga	Riesgo medio
Atlántico	Santo Tomás	ESE Hospital de Santo Tomás	Sin riesgo
Atlántico	Suan	ESE Unidad Local de Salud de Suan	Sin riesgo
Atlántico	Usiacurí	ESE Centro de Salud de Usiacurí	Sin riesgo
Bolívar	Altos del Rosario	ESE Centro de Salud con camas Manuel H Zabaleta G	Sin riesgo
Bolívar	Arjoná	ESE Hospital Local Arjona	Sin riesgo
Bolívar	Barranco de Loba	ESE Hospital José Rudecindo López Parodi	Sin riesgo
Bolívar	Calamar	ESE Hospital Local de Calamar	Riesgo bajo
Bolívar	Cartagena	ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo Castaño	Sin riesgo
Bolívar	Córdoba	ESE Centro de Salud con camas	Sin riesgo
Bolívar	El Carmen de Bolívar	ESE Centro de Salud Giovani Cristini	Riesgo alto
Bolívar	El Carmen de Bolívar	ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen	Sin riesgo
Bolívar	El Peñón	ESE Centro de Salud con camas	Riesgo alto
Bolívar	Magangué	ESE Río Grande de la Magdalena del Municipio de Magangué	Sin riesgo
Bolívar	Magangué	ESE Hospital La Divina Misericordia	Sin riesgo
Bolívar	Mompós	ESE Hospital Local Santa María	Sin riesgo
Bolívar	Montecristo	ESE Centro de Salud con camas de Montecristo	Riesgo bajo
Bolívar	San Fernando	ESE Hospital Local San Fernando	Sin riesgo
Bolívar	San Jacinto	ESE Hospital Local San Jacinto	Sin riesgo
Bolívar	San Juan Nepomuceno	ESE Hospital Local San Juan Nepomuceno	Riesgo bajo
Bolívar	San Martín de Loba	ESE Hospital Local San Martín de Loba	Sin riesgo
Bolívar	Santa Rosa	ESE Hospital Local Santa Rosa de Lima	Sin riesgo
Bolívar	Santa Rosa del Sur	ESE Hospital Manuel Elkin Patarroyo	Sin riesgo
Bolívar	Soplaviento	ESE Centro de Salud con camas Vitalio Sara Castillo	Riesgo bajo
Bolívar	Tiquisio	ESE Hospital San Juan de Puerto Rico	Sin riesgo
Boyacá	Aquitania	ESE Salud Aquitania	Sin riesgo
Boyacá	Belén	ESE Centro de Salud Nuestra Señora de Belén	Sin riesgo
Boyacá	Berbéo	ESE Centro de Salud Juan Francisco Berbeo	Sin riesgo
Boyacá	Betétiva	ESE Centro de Salud Betétiva	Riesgo alto
Boyacá	Boyacá	ESE Centro de Salud San José	Sin riesgo
Boyacá	Briceño	ESE Centro de Salud de Briceño	Sin riesgo
Boyacá	Buenavista	ESE Centro de Salud Buenavista	Sin riesgo
Boyacá	Caldas	ESE Centro de Salud Las Mercedes Caldas	Sin riesgo

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Boyacá	Campohermoso	ESE Centro de Salud Campohermoso	Sin riesgo
Boyacá	Cerínza	ESE Centro de Salud Cerínza	Sin riesgo
Boyacá	Chiquinquirá	ESE Hospital Regional de Chiquinquirá	Sin riesgo
Boyacá	Chiquiza	ESE Centro de Salud San Pedro de Iguaque	Sin riesgo
Boyacá	Chitaraque	ESE Centro de Salud Chitaraque	Sin riesgo
Boyacá	Ciénega	ESE Puesto de Salud Ciénega	Sin riesgo
Boyacá	Cómbita	ESE Centro de Salud de Cómbita	Sin riesgo
Boyacá	Corrales	ESE Puesto de Salud de Corrales	Riesgo alto
Boyacá	Cucaita	ESE Centro de Salud Santa Lucía	Sin riesgo
Boyacá	Cuitiva	ESE Lago Salud Cuitiva	Sin riesgo
Boyacá	Duitama	ESE Salud del Tundama	Sin riesgo
Boyacá	Duitama	ESE Hospital Regional de Duitama	Sin riesgo
Boyacá	El Cocuy	ESE Hospital San José	Sin riesgo
Boyacá	Firavítoba	ESE Puesto de Salud Firavítoba	Sin riesgo
Boyacá	Floresta	ESE Centro de Salud Floresta	Sin riesgo
Boyacá	Gachantivá	ESE San Antonio de Padua	Riesgo bajo
Boyacá	Gameza	ESE Gámeza Municipio Saludable	Sin riesgo
Boyacá	Iza	ESE Centro de Salud Luis Patiño Camargo	Riesgo alto
Boyacá	Jericó	ESE Centro de Salud Nuestra Señora de La Natividad	Sin riesgo
Boyacá	La Capilla	ESE Centro de Salud La Candelaria	Sin riesgo
Boyacá	Labranzagrande	ESE Centro de Salud Labranzagrande	Sin riesgo
Boyacá	Maripí	ESE Centro de Salud Rafael Salgado	Sin riesgo
Boyacá	Mongua	ESE Centro de Salud San Jerónimo de Mongua	Sin riesgo
Boyacá	Monguí	ESE Hospital Las Mercedes de Monguí	Sin riesgo
Boyacá	Moniquirá	ESE Hospital Regional de Moniquirá	Sin riesgo
Boyacá	Motavita	ESE Centro de Salud de Motavita	Sin riesgo
Boyacá	Muzo	ESE Hospital Santa Ana	Sin riesgo
Boyacá	Nobsa	ESE Unidad de Salud Nobsa	Riesgo alto
Boyacá	Nuevo Colón	ESE Centro de Salud Nuevo Colón	Sin riesgo
Boyacá	Oicatá	ESE Puesto de Salud Municipio de Oicatá	Sin riesgo
Boyacá	Otanche	ESE Centro de Salud Manuel Elkin Patarroyo	Riesgo bajo
Boyacá	Páez	ESE Centro de Salud Jorge González Olmos	Sin riesgo
Boyacá	Pauna	ESE Edgar Alonso Pulido Solano	Sin riesgo
Boyacá	Paya	ESE Centro de Salud de Paya	Sin riesgo
Boyacá	Paz de Río	ESE Salud Paz de Río	Riesgo alto
Boyacá	Pesca	ESE Salud Pesca	Sin riesgo
Boyacá	Pisba	ESE Nuestra Señora del Rosario de Pisba	Sin riesgo
Boyacá	Puerto Boyacá	ESE Hospital José Cayetano Vásquez	Sin riesgo
Boyacá	Ramiriquí	ESE Hospital San Vicente de Ramiriquí	Sin riesgo
Boyacá	Ráquira	ESE Centro de Salud San Antonio de La Pared	Sin riesgo
Boyacá	Saboyá	ESE Centro de Salud San Vicente Ferrer	Sin riesgo
Boyacá	Sáchica	ESE Centro de Salud Sáchica	Sin riesgo
Boyacá	Samacá	ESE Hospital Santa Marta de Samacá	Sin riesgo
Boyacá	San Eduardo	ESE Centro de Salud Jaime Díaz Pérez	Riesgo alto
Boyacá	San José de Pare	ESE Centro de Salud San José de Pare	Sin riesgo
Boyacá	San Luis de Gaceno	ESE Hospital San Francisco	Riesgo bajo
Boyacá	San Miguel de Sema	ESE Centro de Salud San Miguel	Riesgo alto

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Boyacá	San Pablo de Borbur	ESE Centro de Salud San Pablo de Borbur	Sin riesgo
Boyacá	Santa Sofía	ESE Centro de Salud Santa Sofía	Sin riesgo
Boyacá	Santana	ESE Centro de Salud Santana	Sin riesgo
Boyacá	Siachoque	ESE Centro de Salud Siachoque	Sin riesgo
Boyacá	Soatá	ESE Hospital San Antonio de Soatá	Sin riesgo
Boyacá	Sogamoso	ESE Salud Sogamoso	Sin riesgo
Boyacá	Sogamoso	ESE Hospital Regional de Sogamoso	Sin riesgo
Boyacá	Somondoco	ESE Centro de Salud San Sebastián de Somondoco	Sin riesgo
Boyacá	Soracá	ESE Centro de Salud Fe y Esperanza de Soracá	Sin riesgo
Boyacá	Sotaquirá	ESE Centro de Salud Manuel Alberto Fonseca Sandoval	Sin riesgo
Boyacá	Susacón	ESE Centro de Salud Héctor Pineda Gallo de Susacón	Sin riesgo
Boyacá	Sutamarchán	ESE Centro de Salud Santo Eccehomo	Sin riesgo
Boyacá	Tasco	ESE Centro de Salud Nuestra Señora del Rosario	Sin riesgo
Boyacá	Tibaná	ESE Gustavo Romero Hernández	Sin riesgo
Boyacá	Tibasosa	ESE Inés Ochoa Pérez	Sin riesgo
Boyacá	Tinjacá	ESE Centro de Salud San Blas	Sin riesgo
Boyacá	Toca	ESE Centro de Salud de Toca	Sin riesgo
Boyacá	Togüí	ESE Centro de Salud de Togüí	Sin riesgo
Boyacá	Tópaga	ESE Centro de Salud San Judas Tadeo	Sin riesgo
Boyacá	Tota	ESE Centro de Salud de Tota	Sin riesgo
Boyacá	Tunja	ESE Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá	Sin riesgo
Boyacá	Tunja	ESE Hospital San Rafael de Tunja	Sin riesgo
Boyacá	Tununguá	ESE Centro de Salud Santa Bárbara	Sin riesgo
Boyacá	Tuta	ESE Puesto de Salud San Miguel	Sin riesgo
Boyacá	Tutazá	ESE Centro de Salud Simón Bolívar	Sin riesgo
Boyacá	Umbita	ESE Centro de Salud San Rafael	Sin riesgo
Boyacá	Ventaquemada	ESE Centro de Salud de Ventaquemada	Sin riesgo
Boyacá	Villa de Leyva	ESE Hospital San Francisco de Villa de Leyva	Sin riesgo
Boyacá	Viracachá	ESE Centro de Salud de Viracachá	Riesgo bajo
Boyacá	Zetaquirá	ESE Centro de Salud de Zetaquirá	Sin riesgo
Buenaventura	Buenaventura	ESE Hospital Luis Ablanque de La Plata	Riesgo alto
Caldas	Aguadas	ESE Hospital San José de Aguadas	Riesgo bajo
Caldas	Ansérma	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Sin riesgo
Caldas	Belalcázar	ESE Hospital San José de Belalcázar	Sin riesgo
Caldas	Chinchiná	ESE Hospital San Marcos	Sin riesgo
Caldas	Filadelfia	ESE Hospital San Bernardo	Riesgo medio
Caldas	La Dorada	ESE Salud Dorada	Sin riesgo
Caldas	La Dorada	ESE Hospital San Félix	Sin riesgo
Caldas	La Merced	ESE Hospital La Merced	Riesgo bajo
Caldas	Manizales	ESE Assbasalud	Sin riesgo
Caldas	Manizales	ESE Hospital Santa Sofía de Caldas	Sin riesgo
Caldas	Manzanares	ESE Hospital San Antonio de Manzanares	Sin riesgo
Caldas	Marmato	ESE Hospital Departamental San Antonio Marmato	Sin riesgo
Caldas	Marquetalia	ESE Hospital San Cayetano	Sin riesgo
Caldas	Marulanda	ESE Hospital Departamental San José de Marulanda	Riesgo medio
Caldas	Neira	ESE Departamental Hospital San José de Neira	Sin riesgo
Caldas	Norcasia	ESE Hospital Departamental Sagrado Corazón	Riesgo bajo

2

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Caldas	Pácora	ESE Hospital Santa Teresita de Pácora	Sin riesgo
Caldas	Pensilvania	ESE Hospital Local San Juan de Dios	Riesgo bajo
Caldas	Riosucio	ESE Hospital Departamental San Juan de Dios	Sin riesgo
Caldas	Risaralda	Hospital San Rafael	Sin riesgo
Caldas	Salamina	ESE Hospital Departamental Felipe Suárez	Sin riesgo
Caldas	Samaná	ESE Hospital San José de Samaná	Riesgo bajo
Caldas	San José	ESE Hospital Departamental San José	Sin riesgo
Caldas	Supía	ESE Hospital San Lorenzo de Supía	Sin riesgo
Caldas	Victoria	ESE Hospital San Simón	Sin riesgo
Caldas	Villamaría	ESE Hospital Departamental San Antonio de Villamaría	Sin riesgo
Caldas	Viterbo	ESE Hospital San José	Sin riesgo
Caquetá	Belén de Los Andaquíes	ESE Rafael Tovar Poveda	Sin riesgo
Caquetá	El Doncello	ESE Sor Teresa Adele	Riesgo bajo
Caquetá	Florencia	ESE Hospital Comunal Las Malvinas	Sin riesgo
Caquetá	Florencia	ESE Hospital María Inmaculada	Sin riesgo
Caquetá	San Vicente del Caguán	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Caquetá	Valparaíso	ESE Fabio Jaramillo Londoño	Sin riesgo
Cartagena	Cartagena	ESE Hospital Local Cartagena de Indias	Riesgo alto
Casanare	Tauramena	ESE Hospital Local de Tauramena	Sin riesgo
Casanare	Yopal	ESE Red Salud Casanare	Sin riesgo
Casanare	Yopal	ESE Salud Yopal	Riesgo alto
Casanare	Yopal	ESE Hospital de Yopal	Sin riesgo
Cauca	Bolívar	ESE Suroccidente	Sin riesgo
Cauca	Buenos Aires	ESE Norte 1	Sin riesgo
Cauca	Caloto	ESE Norte 2	Sin riesgo
Cauca	El Tambo	ESE Hospital de El Tambo	Sin riesgo
Cauca	Guapi	ESE Guapi	Sin riesgo
Cauca	La Vega	ESE Sur Oriente	Sin riesgo
Cauca	Paez	ESE Tierradentro	Sin riesgo
Cauca	Patía	ESE Hospital Nivel I El Bordo	Sin riesgo
Cauca	Piendamó	ESE Centro I	Sin riesgo
Cauca	Popayán	ESE Popayán	Sin riesgo
Cauca	Popayán	ESE Hospital Susana López de Valencia	Sin riesgo
Cauca	Popayán	ESE Hospital Universitario San José de Popayán	Sin riesgo
Cauca	Puerto Tejada	ESE Norte 3	Sin riesgo
Cauca	Rosas	ESE Centro 2	Sin riesgo
Cauca	Santander de Quilichao	ESE Quilichao	Riesgo bajo
Cauca	Timbiquí	ESE Occidente	Riesgo alto
Cauca	Toribio	ESE Cxayu'Ce Jxut	Sin riesgo
Cesar	Aguachica	ESE Hospital Local de Aguachica	Sin riesgo
Cesar	Aguachica	ESE Hospital Regional de Aguachica José David Padilla Villafañe	Sin riesgo
Cesar	Agustín Codazzi	ESE Hospital Agustín Codazzi	Sin riesgo
Cesar	Astrea	ESE Hospital San Martín	Riesgo bajo
Cesar	Bosconia	ESE Hospital San Juan Bosco de Bosconia	Sin riesgo
Cesar	Chimichagua	ESE Hospital Inmaculada Concepción	Sin riesgo
Cesar	Chiriguana	ESE Hospital Regional San Andrés	Riesgo alto

2

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Cesar	Curumaní	ESE Hospital Local Curumaní Cristian Moreno Pallares	Sin riesgo
Cesar	El Copey	ESE Hospital San Roque	Sin riesgo
Cesar	El Paso	ESE Hospital Hernando Quintero Blanco	Sin riesgo
Cesar	González	ESE Hospital San Juan Crisóstomo	Sin riesgo
Cesar	La Paz	ESE Hospital Marino Zuleta Ramirez	Sin riesgo
Cesar	Manaure	ESE Hospital José Antonio Socarrás Sánchez	Sin riesgo
Cesar	Pailitas	ESE Hospital Helí Moreno Blanco	Riesgo alto
Cesar	Pelaya	ESE Hospital Francisco Canossa	Riesgo alto
Cesar	Pueblo Bello	ESE Hospital Camilo Villazón Pumarejo	Sin riesgo
Cesar	Río de Oro	ESE Hospital Local de Río de Oro	Sin riesgo
Cesar	San Diego	ESE Hospital El Socorro	Sin riesgo
Cesar	San Martín	ESE Hospital Local Álvaro Ramírez González	Sin riesgo
Cesar	Valledupar	ESE Hospital Eduardo Arredondo Daza	Sin riesgo
Cesar	Valledupar	ESE Hospital Rosario Pumarejo de López	Sin riesgo
Cesar	Valledupar	ESE Instituto Departamental de Rehabilitación y Educación Especial IDREEC	Riesgo alto
Córdoba	Ayapel	ESE Hospital San Jorge de Ayapel	Sin riesgo
Córdoba	Chinú	ESE Hospital San Rafael de Chinú	Sin riesgo
Córdoba	Ciénaga de Oro	ESE Hospital San Francisco	Sin riesgo
Córdoba	Cotorra	ESE Centro de Salud Cotorra	Sin riesgo
Córdoba	La Apartada	ESE CAMU La Apartada	Sin riesgo
Córdoba	Lorica	ESE CAMU Santa Teresita	Sin riesgo
Córdoba	Lorica	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Sin riesgo
Córdoba	Los Córdoba	ESE CAMU de Los Córdoba	Sin riesgo
Córdoba	Montelíbano	ESE Hospital Local Montelíbano	Sin riesgo
Córdoba	Montería	ESE CAMU El Amparo	Sin riesgo
Córdoba	Moñitos	ESE CAMU Moñitos	Riesgo alto
Córdoba	Planeta Rica	ESE Hospital San Nicolás	Sin riesgo
Córdoba	Pueblo Nuevo	ESE CAMU Pueblo Nuevo	Riesgo alto
Córdoba	Puerto Escondido	ESE CAMU Puerto Escondido	Sin riesgo
Córdoba	Sahagún	ESE CAMU San Rafael	Sin riesgo
Córdoba	San Andrés Sotavento	ESE Hospital San Andrés Apóstol	Riesgo alto
Córdoba	San Antero	ESE CAMU Iris López Durán de San Antero	Sin riesgo
Córdoba	San Pelayo	ESE CAMU de San Pelayo	Sin riesgo
Córdoba	Tierralta	ESE Hospital San José de Tierralta	Riesgo bajo
Córdoba	Valencia	ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús	Sin riesgo
Cundinamarca	Anolaima	ESE Hospital San Antonio de Anolaima	Riesgo bajo
Cundinamarca	Bogotá D.C.	ESE Hospital Universitario de La Samaritana	Sin riesgo
Cundinamarca	Chocontá	ESE San Martín de Porres de Chocontá	Riesgo bajo
Cundinamarca	El Colegio	ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen	Sin riesgo
Cundinamarca	Facatativá	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Cundinamarca	Fomeque	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Sin riesgo
Cundinamarca	Funza	ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes	Sin riesgo
Cundinamarca	Fusagasugá	ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá	Sin riesgo
Cundinamarca	Guatavita	ESE Hospital San Antonio de Guatavita	Sin riesgo
Cundinamarca	La Mesa	ESE Hospital Pedro León Álvarez Díaz	Sin riesgo
Cundinamarca	Medina	ESE Hospital Nuestra Señora del Pilar	Sin riesgo

7

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Cundinamarca	Nemocón	ESE Hospital San Vicente de Paúl de Nemocón	Sin riesgo
Cundinamarca	Pacho	ESE Hospital San Rafael	Riesgo bajo
Cundinamarca	San Antonio del Tequendama	ESE Hospital San Antonio del Tequendama	Sin riesgo
Cundinamarca	Soacha	ESE del Municipio de Soacha	Sin riesgo
Cundinamarca	Soacha	ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas	Sin riesgo
Cundinamarca	Tabio	ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen	Riesgo bajo
Cundinamarca	Tausa	ESE Centro de Salud de Tausa	Sin riesgo
Cundinamarca	Tenjo	ESE Hospital Santa Rosa de Tenjo	Riesgo bajo
Cundinamarca	Tocaima	ESE Hospital Marco Felipe Afanador de Tocaima	Riesgo bajo
Cundinamarca	Vianí	ESE Mercedes Téllez de Pradilla - Hospital Vianí	Riesgo bajo
Cundinamarca	Villa de San Diego de Ubaté	ESE Hospital El Salvador de Ubaté	Sin riesgo
Cundinamarca	Villeta	ESE Hospital Salazar de Villeta	Riesgo alto
Cundinamarca	Viotá	ESE Hospital San Francisco de Viotá	Sin riesgo
Guaviare	San José del Guaviare	ESE Red de Servicios de Primer Nivel del Guaviare	Riesgo alto
Guaviare	San José del Guaviare	ESE Hospital San José del Guaviare	Sin riesgo
Huila	Acevedo	ESE San Francisco Javier	Riesgo bajo
Huila	Agrado	ESE Hospital Municipal San Antonio de Agrado	Sin riesgo
Huila	Aipe	ESE Hospital San Carlos	Sin riesgo
Huila	Algeciras	ESE Hospital Municipal de Algeciras	Sin riesgo
Huila	Campoalegre	ESE Hospital del Rosario	Sin riesgo
Huila	Colombia	ESE Ana Silvia Maldonado Jiménez	Sin riesgo
Huila	Elías	ESE Hospital Municipal San Francisco de Asís	Sin riesgo
Huila	Garzón	ESE María Auxiliadora de Garzón	Riesgo bajo
Huila	Garzón	ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl	Sin riesgo
Huila	Gigante	ESE Hospital San Antonio de Gigante	Sin riesgo
Huila	Guadalupe	ESE Hospital Municipal Nuestra Señora de Guadalupe	Sin riesgo
Huila	Isnos	ESE Hospital San José de Isnos	Sin riesgo
Huila	La Plata	ESE San Sebastián de La Plata	Sin riesgo
Huila	La Plata	ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua	Sin riesgo
Huila	Neiva	ESE Carmen Emilia Ospina	Sin riesgo
Huila	Neiva	ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo	Sin riesgo
Huila	Oporapa	ESE Municipal David Molina Muñoz	Sin riesgo
Huila	Palermo	ESE Hospital San Francisco de Asís	Sin riesgo
Huila	Palestina	ESE Camilo Trujillo Silva	Sin riesgo
Huila	Pital	ESE Centro de Salud San Juan de Dios del Pital	Sin riesgo
Huila	Pitalito	ESE Municipal Manuel Castro Tovar	Sin riesgo
Huila	Pitalito	ESE Hospital Departamental San Antonio de Pitalito	Sin riesgo
Huila	Saladoblanco	ESE Hospital Nuestra Señora de Las Mercedes Saladoblanco	Sin riesgo
Huila	San Agustín	ESE Hospital Arsenio Repizo Vanegas	Riesgo bajo
Huila	Santa María	ESE Nuestra Señora del Carmen	Sin riesgo
Huila	Suaza	ESE Hospital Nuestra Señora de Fátima	Sin riesgo
Huila	Tarquí	ESE Hospital San Antonio de Tarquí	Sin riesgo
Huila	Tello	ESE Centro de Salud Miguel Barreto Lopez	Sin riesgo
Huila	Teruel	ESE Hospital San Roque	Riesgo bajo
Huila	Tesalia	ESE Hospital Santa Teresa	Riesgo medio
Huila	Yaguará	ESE Centro de Salud Laura Perdomo de García	Sin riesgo

8

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
La Guajira	Albania	ESE Hospital San Rafael de Albania	Riesgo bajo
La Guajira	Barrancas	ESE Hospital Nuestra Señora del Pilar	Riesgo alto
La Guajira	Dibulla	ESE Hospital Santa Teresa de Jesús de Ávila	Sin riesgo
La Guajira	Distracción	ESE Hospital Santa Rita de Cassia	Sin riesgo
La Guajira	El Molino	ESE Hospital San Lucas	Riesgo bajo
La Guajira	Fonseca	ESE Hospital San Agustín de Fonseca	Sin riesgo
La Guajira	Hatonuevo	ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen	Riesgo alto
La Guajira	La Jagua del Pilar	ESE Hospital Donaldo Saúl Morón Manjarrez	Riesgo alto
La Guajira	Maicao	ESE Hospital San José de Maicao	Riesgo alto
La Guajira	Manaure	ESE Hospital Armando Pabón López	Riesgo alto
La Guajira	Riohacha	ESE Hospital Nuestra Señora de Los Remedios	Sin riesgo
La Guajira	San Juan del Cesar	ESE Hospital San Rafael Nivel II	Sin riesgo
La Guajira	Uribia	ESE Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro	Sin riesgo
La Guajira	Uribia	ESE Hospital de Nazareth	Riesgo bajo
La Guajira	Urumita	ESE Hospital Santa Cruz de Urumita	Sin riesgo
La Guajira	Villanueva	ESE Hospital Santo Tomás	Sin riesgo
Magdalena	Algarrobo	ESE Hospital Local de Algarrobo	Sin riesgo
Magdalena	Aracataca	ESE Hospital Luisa Santiaga Márquez Iguarán	Riesgo alto
Magdalena	Ariguaní	ESE Hospital Alejandro Maestre Sierra	Sin riesgo
Magdalena	Cerro San Antonio	ESE Hospital Local Cerro de San Antonio	Riesgo alto
Magdalena	Ciénaga	ESE Hospital San Cristóbal	Sin riesgo
Magdalena	Concordia	ESE Hospital Local de Concordia	Riesgo medio
Magdalena	El Banco	ESE Hospital La Candelaria	Riesgo medio
Magdalena	El Retén	ESE Hospital Local El Retén	Sin riesgo
Magdalena	Fundación	ESE Centro de Salud Paz del Río	Sin riesgo
Magdalena	Fundación	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Magdalena	Guamal	ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen	Sin riesgo
Magdalena	Nueva Granada	ESE Hospital Local Nueva Granada	Sin riesgo
Magdalena	Pedraza	ESE Hospital de Pedraza	Riesgo bajo
Magdalena	Pivijay	ESE Hospital Santander Herrera de Pivijay	Riesgo alto
Magdalena	Plato	ESE Hospital 7 de agosto	Riesgo bajo
Magdalena	Puebloviejo	ESE Hospital Local San José	Sin riesgo
Magdalena	Remolino	ESE Hospital Local de Remolino	Riesgo alto
Magdalena	Sabanas de San Angel	ESE Hospital Local Sabanas de San Ángel	Riesgo bajo
Magdalena	San Sebastián de Buenavista	ESE Hospital Rafael Paba Manjarrez	Riesgo alto
Magdalena	Santa Bárbara de Pinto	ESE Hospital Local Santa Bárbara de Pinto	Sin riesgo
Magdalena	Sitionuevo	ESE Hospital Local de Sitionuevo	Riesgo bajo
Magdalena	Zapayán	ESE Centro de Salud de Zapayán	Riesgo alto
Magdalena	Zona Bananera	ESE Hospital Local Zona Bananera	Sin riesgo
Meta	Acacias	ESE Hospital Municipal de Acacias	Sin riesgo
Meta	Castilla La Nueva	ESE Hospital de Castilla La Nueva	Sin riesgo
Meta	Cubarral	ESE Hospital Local de Cubarral	Sin riesgo
Meta	El Dorado	ESE Hospital Municipal de El Dorado	Riesgo alto
Meta	Fuente De Oro	ESE Hospital Fuente de Oro	Sin riesgo
Meta	Granada	ESE Primer Nivel Granada Salud	Riesgo bajo
Meta	Granada	ESE Hospital Departamental de Granada	Riesgo bajo

8

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Meta	Guamal	ESE Hospital Local de Guamal Primer Nivel	Sin riesgo
Meta	Puerto López	ESE Hospital Local de Puerto López	Sin riesgo
Meta	Puerto Rico	ESE Hospital Nivel I Puerto Rico	Riesgo alto
Meta	San Martín	ESE Hospital Local de San Martín	Sin riesgo
Meta	Villavicencio	ESE del Municipio de Villavicencio	Sin riesgo
Nariño	Albán	ESE Centro de Salud San José	Sin riesgo
Nariño	Aldana	ESE Centro de Salud Nuestra Señora de Pilar	Sin riesgo
Nariño	Ancuyá	ESE Centro de Salud Ancuyá	Sin riesgo
Nariño	Arboleda	ESE Centro de Salud San Miguel de Berruecos	Riesgo bajo
Nariño	Belén	ESE Centro de Salud Belén	Riesgo alto
Nariño	Buesaco	ESE Centro de Salud Virgen de Lourdes	Sin riesgo
Nariño	Chachagüí	ESE Centro de Salud Nuestra Señora de Fátima	Sin riesgo
Nariño	Colón	ESE Centro de Salud La Buena Esperanza	Sin riesgo
Nariño	Consaca	ESE Centro de Salud de Consaca	Sin riesgo
Nariño	Córdoba	ESE Centro de Salud San Bartolomé de Córdoba	Riesgo bajo
Nariño	Cumbal	ESE Hospital Cumbal	Sin riesgo
Nariño	Cumbitara	ESE San Pedro de Cumbitara	Sin riesgo
Nariño	El Rosario	ESE Centro de Salud El Rosario	Sin riesgo
Nariño	El Tablón de Gómez	ESE Centro de Salud El Tablón de Gómez	Riesgo bajo
Nariño	El Tambo	ESE Centro Hospital San Luis	Sin riesgo
Nariño	Funes	ESE Centro de Salud Funes	Riesgo bajo
Nariño	Guachucal	ESE Hospital Guachucal	Riesgo bajo
Nariño	Guaitarilla	ESE Centro Hospital Guaitarilla	Sin riesgo
Nariño	Gualmatán	ESE Centro de Salud Señor de Los Milagros de Gualmatán	Sin riesgo
Nariño	Iles	ESE Centro de Salud de Iles	Sin riesgo
Nariño	Ipiales	ESE IPS Municipal de Ipiales	Sin riesgo
Nariño	Ipiales	ESE Hospital Civil de Ipiales	Sin riesgo
Nariño	La Cruz	ESE Hospital El Buen Samaritano	Sin riesgo
Nariño	La Florida	ESE Centro Hospital de La Florida	Sin riesgo
Nariño	La Unión	ESE Hospital Eduardo Santos	Sin riesgo
Nariño	Linares	ESE Juan Pablo II del Municipio de Linares	Sin riesgo
Nariño	Los Andes	ESE Centro de Salud de Los Andes	Sin riesgo
Nariño	Magüí	ESE Centro de Salud Saúl Quiñones	Riesgo bajo
Nariño	Mallama	ESE Centro de Salud Santiago de Mallama	Sin riesgo
Nariño	Mosquera	ESE Centro de Salud San Francisco	Sin riesgo
Nariño	Nariño	ESE Centro de Salud San Sebastián	Riesgo bajo
Nariño	Ospina	ESE Centro de Salud San Miguel Arcángel de Ospina	Riesgo bajo
Nariño	Pasto	ESE Centro de Habilitación del Niño "Cehani"	Riesgo bajo
Nariño	Pasto	ESE Hospital Universitario Departamental de Nariño	Riesgo bajo
Nariño	Policarpa	ESE Centro de Salud Policarpa	Sin riesgo
Nariño	Potosí	ESE Centro Hospital Luis Antonio Montero	Sin riesgo
Nariño	Providencia	ESE Centro de Salud de Providencia	Sin riesgo
Nariño	Puerres	ESE Centro Hospital Nuestro de la Divina Misericordia de Puerres	Riesgo bajo
Nariño	Pupiales	ESE Centro de Salud San Juan Bautista	Sin riesgo
Nariño	Samaniego	ESE Hospital Lorencita Villegas de Santos	Riesgo alto
Nariño	San Lorenzo	ESE Centro de Salud San Lorenzo	Sin riesgo

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Nariño	San Pablo	ESE Hospital San Carlos	Sin riesgo
Nariño	San Pedro de Cartago	ESE Centro de Salud Municipal de Cartago	Riesgo bajo
Nariño	Sandoná	ESE Hospital Clarita Santos	Sin riesgo
Nariño	Santacruz	ESE Centro de Salud Guachavés	Sin riesgo
Nariño	Sapuyes	ESE Centro de Salud de Sapuyes	Sin riesgo
Nariño	Taminango	ESE Centro Hospital San Juan Bautista	Sin riesgo
Nariño	Tangua	ESE Centro de Salud Hermes Andrade Mejía	Sin riesgo
Nariño	Yacuanquer	ESE Centro de Saludya	Riesgo bajo
Norte de Santander	Abrego	ESE Hospital Regional Noroccidental	Sin riesgo
Norte de Santander	Cachirá	ESE Hospital Regional de Occidente	Riesgo bajo
Norte de Santander	Cúcuta	ESE Imsalud	Sin riesgo
Norte de Santander	Cúcuta	ESE Centro de Rehabilitación Cardioneuromuscular del Norte de Santander	Riesgo alto
Norte de Santander	Cúcuta	ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz	Sin riesgo
Norte de Santander	El Zulia	ESE Hospital Juan Luis Londoño	Sin riesgo
Norte de Santander	Gramalote	ESE Hospital Regional Centro	Riesgo bajo
Norte de Santander	La Playa	ESE Hospital Isabel Celis Yañez	Riesgo bajo
Norte de Santander	Los Patios	ESE Hospital Local Municipio Los Patios	Sin riesgo
Norte de Santander	Ocaña	ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares	Sin riesgo
Norte de Santander	Pamplona	ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona	Riesgo alto
Norte de Santander	Tibú	ESE Hospital Regional Norte	Sin riesgo
Norte de Santander	Villa del Rosario	ESE Hospital Local Jorge Cristo Sahium Villa del Rosario	Sin riesgo
Putumayo	Colón	ESE Hospital Pío XII	Sin riesgo
Putumayo	Leguízamo	ESE Hospital María Angélines	Sin riesgo
Putumayo	Puerto Asís	ESE Hospital Local de Puerto Asís	Riesgo bajo
Putumayo	Puerto Caicedo	ESE Hospital Alcides Jiménez	Sin riesgo
Putumayo	Valle del Guamuez	ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús	Sin riesgo
Putumayo	Villagarzón	ESE Hospital San Gabriel Arcángel	Sin riesgo
Quindío	Armenia	ESE Redsalud Armenia	Sin riesgo
Quindío	Armenia	ESE Hospital Departamental Universitario San Juan de Dios	Sin riesgo
Quindío	Buenavista	ESE Hospital San Camilo	Riesgo medio
Quindío	Calarca	ESE Hospital La Misericordia	Sin riesgo
Quindío	Circasia	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Sin riesgo
Quindío	Córdoba	ESE Hospital San Roque	Sin riesgo
Quindío	Filandia	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Sin riesgo
Quindío	Filandia	ESE Hospital Mental	Riesgo bajo
Quindío	Génova	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Sin riesgo
Quindío	La Tebaida	ESE Hospital Pío X	Riesgo bajo
Quindío	Montenegro	ESE Hospital San Vicente	Sin riesgo
Quindío	Pijao	ESE Hospital Santa Ana	Sin riesgo
Quindío	Quimbaya	ESE Hospital del Sagrado Corazón de Jesús	Riesgo bajo
Quindío	Salento	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Sin riesgo
Risaralda	Apía	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Riesgo bajo
Risaralda	Belén de Umbria	ESE Hospital San José	Sin riesgo
Risaralda	Dosquebradas	ESE Hospital Santa Mónica	Sin riesgo

f

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Risaralda	Guática	ESE Hospital Santa Ana	Sin riesgo
Risaralda	La Celia	ESE Hospital San José	Riesgo bajo
Risaralda	La Virginia	ESE Hospital San Pedro y San Pablo	Sin riesgo
Risaralda	Marsella	ESE Hospital San José	Sin riesgo
Risaralda	Mistrató	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Sin riesgo
Risaralda	Pereira	ESE Salud Pereira	Sin riesgo
Risaralda	Pereira	ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda	Sin riesgo
Risaralda	Pereira	ESE Hospital Universitario San Jorge	Sin riesgo
Risaralda	Pueblo Rico	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Risaralda	Quinchía	ESE Hospital Nazareth de Quinchía	Sin riesgo
Risaralda	Santa Rosa de Cabal	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Sin riesgo
Risaralda	Santuario	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Riesgo bajo
Santa Marta	Santa Marta	ESE Alejandro Prospero Reverend	Riesgo alto
Santander	Aguada	ESE Centro de Salud Hermana Gertrudis	Riesgo alto
Santander	Albania	ESE Centro de Salud Blanca Alicia Hernández	Sin riesgo
Santander	Barbosa	ESE Hospital Integrado San Bernardo	Riesgo alto
Santander	Barichara	ESE Hospital San Juan de Dios	Sin riesgo
Santander	Barrancabermeja	ESE Barrancabermeja	Riesgo medio
Santander	Barrancabermeja	ESE Hospital Regional del Magdalena Medio	Sin riesgo
Santander	Bolívar	ESE Hospital Local de Bolívar	Sin riesgo
Santander	Bucaramanga	ESE Instituto de Salud de Bucaramanga	Riesgo bajo
Santander	Bucaramanga	ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo	Sin riesgo
Santander	Bucaramanga	ESE Hospital Universitario de Santander	Sin riesgo
Santander	California	ESE Hospital San Antonio	Riesgo alto
Santander	Capitanejo	ESE Hospital San Bartolomé	Sin riesgo
Santander	Cerrito	ESE Hospital San Antonio	Sin riesgo
Santander	Charalá	ESE Hospital Luis Carlos Galán Sarmiento	Sin riesgo
Santander	Chima	ESE Hospital San Roque	Sin riesgo
Santander	Chipatá	ESE Centro de Salud Divino Niño Jesús	Sin riesgo
Santander	Cimitarra	ESE Hospital Integrado San Juan	Riesgo bajo
Santander	Curití	ESE Hospital Integrado San Roque	Sin riesgo
Santander	El Carmen de Chucurí	ESE Hospital El Carmen	Sin riesgo
Santander	El Guacamayo	ESE Centro de Salud Juan Solerí	Sin riesgo
Santander	El Peñón	ESE Centro de Salud El Peñón	Riesgo bajo
Santander	El Playón	ESE Hospital Santo Domingo Savio	Riesgo alto
Santander	Encino	ESE Centro de Salud Encino	Riesgo alto
Santander	Enciso	ESE Hospital de Enciso	Sin riesgo
Santander	Florián	ESE Centro de Salud San José de Florián	Sin riesgo
Santander	Floridablanca	ESE Clínica Guane y su Red Integral de Salud	Sin riesgo
Santander	Floridablanca	ESE Hospital San Juan de Dios	Riesgo alto
Santander	Galán	ESE Hospital San Juan de Dios	Riesgo bajo
Santander	Guaca	ESE Hospital Santa Ana	Sin riesgo
Santander	Guadalupe	ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe	Riesgo bajo
Santander	Güepsa	ESE Centro de Salud San Roque	Sin riesgo
Santander	La Belleza	ESE Hospital San Martín	Sin riesgo
Santander	Landázuri	ESE Hospital Integrado Landázuri	Riesgo alto
Santander	Lebríja	ESE Hospital Integrado San Juan de Dios	Sin riesgo

8

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Santander	Los Santos	ESE Nuestra Señora de Las Nieves	Sin riesgo
Santander	Macaravita	ESE Hospital Macaravita	Riesgo bajo
Santander	Málaga	ESE Hospital Regional de García Rovira	Sin riesgo
Santander	Matanza	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Santander	Mogotes	Hospital Integrado San Pedro Claver	Sin riesgo
Santander	Ocamonte	ESE de Ocamonte	Sin riesgo
Santander	Palmar	ESE Andres Cala Pimentel	Riesgo alto
Santander	Páramo	ESE Centro de Salud Municipio de Páramo	Sin riesgo
Santander	Piedecuesta	ESE Hospital Local de Piedecuesta	Sin riesgo
Santander	Pinchote	ESE San Antonio de Padua	Riesgo bajo
Santander	Puerto Parra	ESE Centro de Salud de Puerto Parra	Sin riesgo
Santander	Rionegro	ESE San Antonio	Sin riesgo
Santander	Sabana de Torres	ESE Hospital Integrado Sabana de Torres	Sin riesgo
Santander	San Benito	ESE San Benito	Sin riesgo
Santander	San Gil	ESE Hospital Regional San Gil	Sin riesgo
Santander	San José de Miranda	ESE Hospital Nuestra Señora de Los Remedios	Riesgo bajo
Santander	San Miguel	ESE Centro de Salud San Miguel	Riesgo bajo
Santander	Simacota	ESE Hospital Integrado San Roque	Sin riesgo
Santander	Socorro	ESE Hospital Regional Manuela Beltrán	Sin riesgo
Santander	Sucre	ESE Centro de Salud de Sucre	Riesgo bajo
Santander	Suratá	ESE Hospital San Sebastián de Suratá	Sin riesgo
Santander	Vélez	ESE Hospital Regional de Vélez	Sin riesgo
Santander	Vetas	ESE Centro de Salud Nuestra Señora del Carmen	Riesgo alto
Santander	Villanueva	ESE Centro de Salud Camilo Rueda	Riesgo bajo
Sucre	Corozal	ESE Hospital Regional de II Nivel Nuestra Señora de Las Mercedes	Sin riesgo
Sucre	Guaranda	ESE Centro de Salud Guaranda	Riesgo alto
Sucre	San Pedro	ESE Centro de Salud San Pedro Sucre	Sin riesgo
Sucre	Sincelejo	ESE Unidad de Salud San Francisco de Asís	Sin riesgo
Tolima	Alpujarra	ESE Hospital San Isidro de Alpujarra	Sin riesgo
Tolima	Alvarado	ESE Hospital San Roque	Sin riesgo
Tolima	Anzoátegui	ESE Hospital San Juan de Dios	Sin riesgo
Tolima	Armero	ESE Hospital Nelson Restrepo Martínez	Sin riesgo
Tolima	Ataco	ESE Hospital Nuestra Señora de Lourdes	Sin riesgo
Tolima	Cajamarca	ESE Hospital Santa Lucía	Riesgo alto
Tolima	Casabianca	ESE Hospital Santo Domingo	Sin riesgo
Tolima	Chaparral	ESE Hospital San Juan Bautista	Sin riesgo
Tolima	Coello	ESE Centro de Salud de Coello	Sin riesgo
Tolima	Coyaima	ESE Hospital San Roque	Riesgo bajo
Tolima	Dolores	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Tolima	Espinal	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Tolima	Falan	ESE Hospital Santa Ana	Sin riesgo
Tolima	Fresno	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Sin riesgo
Tolima	Honda	ESE Hospital San Juan de Dios	Sin riesgo
Tolima	Ibagué	ESE Unidad de Salud de Ibagué USI	Sin riesgo
Tolima	Ibagué	ESE Hospital San Francisco	Riesgo alto
Tolima	Icononzo	ESE Hospital Sumapaz	Sin riesgo

7

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Tolima	Lérida	ESE Hospital Especializado Granja Integral	Sin riesgo
Tolima	Mariquita	ESE Hospital San José	Sin riesgo
Tolima	Melgar	ESE Central de Urgencias Louis Pasteur	Sin riesgo
Tolima	Natagaima	ESE Hospital Primer Nivel de Atención San Antonio	Sin riesgo
Tolima	Ortega	ESE Hospital San José	Riesgo bajo
Tolima	Palocabildo	ESE Hospital Ricardo Acosta Nivel I	Sin riesgo
Tolima	Planadas	ESE Hospital Centro Nivel I Planadas	Sin riesgo
Tolima	Rioblanco	ESE Hospital María Inmaculada	Sin riesgo
Tolima	Roncesvalles	ESE Hospital Santa Lucía	Sin riesgo
Tolima	Rovira	ESE Hospital San Vicente	Sin riesgo
Tolima	Saldaña	ESE Hospital San Carlos	Sin riesgo
Tolima	San Antonio	ESE Hospital La Misericordia	Sin riesgo
Tolima	Santa Isabel	ESE Hospital Carlos Torrente Llano	Riesgo alto
Tolima	Suárez	ESE Hospital Santa Rosa de Lima	Sin riesgo
Tolima	Valle de San Juan	ESE Hospital Local Vito Fasael Gutierrez Pedraza	Sin riesgo
Tolima	Venadillo	ESE Hospital Santa Bárbara	Riesgo alto
Tolima	Villahermosa	ESE Hospital Ismael Perdomo	Sin riesgo
Tolima	Villarrica	ESE Hospital La Milagrosa	Sin riesgo
Valle del Cauca	Alcalá	ESE Hospital San Vicente de Paúl	Sin riesgo
Valle del Cauca	Andalucía	ESE Hospital San Vicente Ferrer	Riesgo bajo
Valle del Cauca	Ansermanuevo	ESE Hospital Santa Ana de Los Caballeros	Sin riesgo
Valle del Cauca	Bolívar	ESE Hospital Santa Ana	Sin riesgo
Valle del Cauca	Caicedonia	ESE Hospital Santander	Sin riesgo
Valle del Cauca	Cali	ESE Red de Salud de Ladera	Sin riesgo
Valle del Cauca	Cali	ESE Red de Salud del Centro Hospital Primitivo Iglesias	Sin riesgo
Valle del Cauca	Cali	ESE Red de Salud del Norte	Sin riesgo
Valle del Cauca	Cali	ESE Red de Salud del Oriente	Sin riesgo
Valle del Cauca	Cali	ESE Red de Salud del Suroriente	Sin riesgo
Valle del Cauca	Cali	ESE Hospital Geriátrico Ancianato San Miguel	Riesgo alto
Valle del Cauca	Cali	ESE Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle	Sin riesgo
Valle del Cauca	Cali	ESE Hospital Departamental Mario Correa Rengifo	Riesgo bajo
Valle del Cauca	Calima	ESE Hospital San Jorge	Riesgo medio
Valle del Cauca	Candelaria	ESE Hospital Local de Candelaria	Sin riesgo
Valle del Cauca	Cartago	ESE IPS del Municipio de Cartago	Sin riesgo
Valle del Cauca	Dagua	ESE Hospital Local José Rufino Vivas	Sin riesgo
Valle del Cauca	El Águila	ESE Hospital San Rafael	Riesgo bajo
Valle del Cauca	El Cerrito	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Valle del Cauca	El Dovio	ESE Hospital Santa Lucía del Dovio	Sin riesgo
Valle del Cauca	Florida	ESE Hospital Benjamín Barney Gasca	Sin riesgo
Valle del Cauca	Guacarí	ESE Hospital San Roque	Sin riesgo
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	ESE Hospital Divino Niño	Riesgo bajo
Valle del Cauca	Jamundí	ESE Hospital Piloto Jamundí	Sin riesgo
Valle del Cauca	La Cumbre	ESE Hospital Santa Margarita	Sin riesgo
Valle del Cauca	La Unión	ESE Hospital Gonzalo Contreras	Sin riesgo
Valle del Cauca	La Victoria	ESE Hospital Nuestra Señora de Los Santos	Sin riesgo
Valle del Cauca	Obando	ESE Hospital Local de Obando	Sin riesgo
Valle del Cauca	Pradera	ESE Hospital San Roque	Sin riesgo

f

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Departamento	Municipio	Nombre	Riesgo
Valle del Cauca	Restrepo	ESE Hospital San José	Sin riesgo
Valle del Cauca	Riofrío	ESE Hospital Kennedy	Sin riesgo
Valle del Cauca	San Pedro	ESE Hospital Local Ulpiano Tascón Quintero	Sin riesgo
Valle del Cauca	Sevilla	ESE Hospital Departamental Centenario de Sevilla	Sin riesgo
Valle del Cauca	Trujillo	ESE Hospital Santa Cruz	Sin riesgo
Valle del Cauca	Tuluá	ESE Hospital Rubén Cruz Vélez	Sin riesgo
Valle del Cauca	Vijes	ESE Hospital Local de Vijes	Sin riesgo
Valle del Cauca	Yotoco	ESE Hospital Local Yotoco	Sin riesgo
Valle del Cauca	Yumbo	ESE Hospital La Buena Esperanza	Sin riesgo
Vaupés	Mitú	ESE Hospital San Antonio	Sin riesgo
Vichada	Puerto Carreño	ESE Hospital Departamental San Juan de Dios II Nivel	Riesgo alto

f



7.

Doctor

Roque Ismael Bossio Bermudez

Gerente

ESE Hospital Local de Cartagena de Indias

Calle 33 N° 22 – 54 Av. Pedro de Heredia - Pie de la Popa

Distrito de Cartagena de Indias - Bolívar

Tel: 095 - 6505898



Radicado: 2-2018-038952

Bogotá D.C., 29 de octubre de 2018 15:30

No. Expediente 9505/2018/RPQRSD

Asunto: Respuesta comunicación radicado No. 1-2018-102136.

Tema: Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero - ESE.

Subtema: Compensación de pasivos.

Respetado Doctor:

En atención a su comunicación presentada ante la Dirección General de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público para nuestro conocimiento bajo radicado del asunto, mediante la cual consulta “¿Puede la ESE Hospital Local Cartagena realizar la compensación de los pasivos pagados, inicialmente referenciados en el PSFF con los actuales? ¿En consecuencia, puede proceder a realizar el pago de los pasivos usando la totalidad de los recursos de fuente FONPET aprobados en el PSFF para tal efecto?”, nos permitimos señalar lo siguiente:

Los artículos 80, 81 y 82 de la Ley 1438 de 2011¹ señalan que las Empresas Sociales del Estado (ESE) del nivel territorial categorizadas en riesgo medio o alto por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), deberán adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) con sujeción a los parámetros generales de contenido definidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP) en ejercicio de las competencias otorgadas mediante el parágrafo² del artículo 8 de la Ley 1608 de 2013.³

Para este efecto, el artículo 8 de la Ley 1608 define el PSFF como un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre toda la ESE, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud. Según el mismo artículo, el PSFF deberá contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos; que permitan la operación en equilibrio de la ESE, con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria. Adicionalmente establece que la viabilidad de los PSFF está a cargo del MHCP.

La ESE Hospital Local de Cartagena fue categorizada en riesgo alto a través de la Resolución 1755 de 2017, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. En virtud de esta categorización y, atendiendo lo dispuesto por el artículo 81 de la Ley 1438 de 2011, esta ESE adoptó un Programa de

¹ Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

² **Parágrafo.** Los parámetros generales de contenidos, seguimiento y evaluación de los programas a que hace referencia este artículo se determinarán por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con concepto del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos parámetros deberán contener aspectos financieros, administrativos, institucionales y jurídicos. En todo caso, la viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los planes de desempeño estará a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

³ Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud.



Continuación oficio

Página 2 de 3

Saneamiento Fiscal y Financiero dirigido a recuperar su viabilidad económica y financiera, siendo viabilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, al cumplir los criterios de viabilidad establecidos en el artículo 2.6.5.4 del Decreto 1068 de 2015.

Respecto de los recursos correspondientes a las fuentes de financiación que tiene previsto el PSFF de la ESE para el pago de pasivos por valor de \$17.251.499.044 corresponden a recursos de FONPET que fueron debidamente certificados por el Distrito, conforme al comunicado expedido por la Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social del Ministerio de Hacienda y Crédito Público con el radicado 2-2017-018498 del 14 de junio de 2017, donde le informa a la Entidad que está en condiciones de presentar la solicitud de retiro de recursos de excedentes del FONPET.

Conforme a lo establecido en la **GUÍA METODOLÓGICA PARA LA ELABORACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO Y DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO**⁴, Sección II, análisis dimensión interna, aspectos financieros, numeral 5 – Pasivos, elaborada por el MHCP, precisa la necesidad de identificar la totalidad del pasivo a cargo de la ESE en una fecha precisa de corte. Dentro de este análisis, la citada Guía señala que se debe considerar la composición del pasivo por tipo, edad y exigibilidad, así como la gestión de pasivos contingentes, teniendo como base el reporte de pasivos del mes anterior a la elaboración del análisis, considerando el grado de vencimiento de los pasivos, así como si los saldos reflejados por terceros están completamente conciliados y/o están pendientes de cruzar con anticipos o giros pendientes de aplicar, e identificación de pasivos no causados entre otros aspectos de análisis.

Igualmente, la Guía en la Sección III **PARÁMETROS GENERALES PARA LA FORMULACIÓN, numeral II PROPUESTA PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO**, numeral 3.3. **Pago de pasivos del programa**, señala que la ESE debe proceder a programar el pago de aquellas obligaciones declaradas como pasivos ciertos (obligaciones claras, expresas y exigibles actualmente) a la fecha de corte del programa, considerando la siguiente prelación de pagos:

1. Acreencias Laborales + Servicios Personales Indirectos;
2. Entidades Públicas y de Seguridad Social;
3. Proveedores bienes y servicios;
4. Obligaciones financieras;
5. Demás acreedores externos; y
6. Otros pasivos, incluye: provisión para contingencias y demás pasivos no relacionados en el grupo anterior.

Por otra parte, el numeral 4. **Reglas a considerar en la construcción del escenario financiero del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero**, precisa las reglas a considerar en la construcción del escenario financiero del PSFF, dentro de las cuales se consideran las siguientes:

- En caso de generar excedentes o ahorros en la operación corriente estos deberán destinarse a la constitución de un fondo de contingencias conforme a lo establecido en el programa, que contribuya a: anticipar el pago de pasivos programados dentro del PSFF, pago de sentencias judiciales registradas en el PSFF y financiamiento de las medidas definidas en el PSFF.
- En el contexto del PSFF, la ESE debe operar sin generar nuevo pasivo.
- Se reitera, que es necesario tener especial cuidado con las acreencias relacionadas con los servicios públicos (acueducto, alcantarillado, aseo, luz y energía eléctrica, y gas) que soportan

4

http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty?nodeId=%2FOCS%2FP_MHCP_WCC-073908%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased



Continuación oficio

Página 3 de 3

buna parte del adecuado funcionamiento de la ESE, la calidad y continuidad de los servicios de salud, además de incidir en la sostenibilidad de las empresas o dependencias de servicios públicos que también atienden a toda la población del o los municipios de jurisdicción de la ESE y de las mismas entidades territoriales.

- La entidad territorial (departamental, distrital o municipal) no puede modificar posteriormente a la viabilidad del Programa, la destinación o disminuir el valor de los recursos certificados y que afecten el cumplimiento del PSFF. La inobservancia de lo aquí señalado, se constituye en causal de incumplimiento del PSFF.

Igualmente, la Guía señala como recomendación adicional:

- *Para garantizar la prioridad y pago de los distintos conceptos del gasto se recomienda constituir una cuenta especial para el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero; si el margen financiero lo permite, una opción podría ser utilizar los servicios de un Encargo Fiduciario de recaudo, administración y pagos, que de garantía en la prioridad de cancelación del pasivo.*

Atendiendo a lo señalado, los pasivos a cargo de la ESE susceptibles de ser financiadas con cargo a las fuentes de financiación del PSFF al momento de ser recibidos y posterior a la emisión del concepto de viabilidad por parte del MHCP, corresponden a las siguientes situaciones:

- a. Pasivos con el corte a 30 de junio de 2017 que se encuentren pendientes de pago.
- b. Pasivos causados que fueron pagados con recursos de la operación corriente de la ESE en compensación a los que fueron pagados en su momento que se encontraban en el PSFF para el normal desarrollo de la actividad de la ESE.
- c. El pago de pasivos debe ser hasta por la suma de las fuentes de financiación que certifico el Distrito para el PSFF, que para este caso es en valor de \$17.251.499.044, las cuales deben ser canceladas preservando el estricto orden de prelación y de causación.
- d. El pasivo adicional al que se encuentre en el PSFF, debe ser atendido por otras fuentes de financiación que a bien considere el Distrito o en su defecto por los excedentes de la operación corriente que genere la ESE, para este caso no requiere de modificación del programa viabilizado.
- e. Si en caso contrario el pago de pasivo fuere por menor al valor de las fuentes de financiación del PSFF, el saldo sobrante de estas, debe cumplir con la condición de generar el respectivo fondo de contingencias en una cuenta bancaria creada para tal fin y su uso debe ser destinado para lo establecido en la guía de elaboración de PSFF.

Las anteriores precisiones deben ser informadas en su momento en el informe de monitoreo por parte de la ESE a través de la plataforma CHIP y en el informe de seguimiento que realice la Entidad Territorial al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a través de la sede electrónica habilitada para tal fin.

Cordial saludo,

Ana Lucía Villa Arcila

Directora

Dirección General de Apoyo Fiscal

APROBÓ: Fernando Olivera
REVISIÓN: Adelaida Berdugo
ELABORÓ: Equipo Hospitalares

Firmado digitalmente por: ANA VILLA ARCILA

Directora General De Apoyo Fiscal

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Código Postal 111711

PBX (571) 381 1700

Atención al Ciudadano (571) 6021270 - Línea Nacional: 01 8000 910071

atencioncliente@minhacienda.gov.co

Carrera 8 No. 6C- 38 Bogotá D.C.



ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

**PROGRAMA DE SANEAMIENTO
FISCAL Y FINANCIERO 2017-2021**

**Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMÚDEZ
GERENTE**

Cartagena, Agosto 18 de 2017

MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA

JHONNY DE JESUS ORDOSGOITIA OSORIO	PRESIDENTE DELEGADO- JUNTA DIRECTIVA ESE
ADRIANA MEZA YEPES	DIRECTORA DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DISTRITAL –DADIS – DTS.
MANUEL MENDOZA TARON	REPRESENTANTE DE LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS
HERNANDO MARRUGO GONZALEZ	REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
LUZ MERY CIFUENTES CALIFA	REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES AREA ADMINISTRATIVA

EQUIPO DE TRABAJO INSTITUCIONAL PARA EL PSFF

NOMBRES Y APELLIDOS

ROQUE BOSSIO BERMUDEZ
MARICELA TORRENEGRA BARRIOS
VICTOR MANUEL TERAN ACOSTA
GERMAN ANTONIO GONZALEZ HERNANDEZ
RUPERTO ZUÑIGA ESCOBAR
MONICA ESTHER ACOSTA CHIMA
EMPERATRIZ CARDOZO MEZA
LENNYS GONZALEZ SEÑA
MURIEL CHAMORRO RUIZ
HERNAN ALBERTO DAGER PEÑA
JOSE RAMON PAZ DIAZ
IVAN FERNANDO ANAYA SEVERICHE
LUIS LABASTIDAS ROMERO
JOHANY MENDOZA BRU
CARLOS ANDRES MORALES BARRIOS
GERMAN ANTONIO GONZALEZ HERNANDEZ

CARGO

GERENTE
SUBG. ADMINISTRATIVA
SUBGERENTE CIENTIFICO
ASESOR
ASESOR FINANCIERO
P.U AREA FINANCIERA
P.E AREA CALIDAD
P.E AREA PLANEACION
P.E TALENTO HUMANO
P.E.SISTEMAS
P.E FACTURACION
JEFE DE CONTROL
INTERNO
P.E. CARTERA
P.E JURIDICA
P,U AREA PLANEACION
COORDINADOR DEL PSFF

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	7
PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO (PSFF).....	9
1. Diagnóstico	9
1.1 Dimensión Interna	9
1.1.1 ASPECTOS INSTITUCIONALES	9
1.1.1.1 Identificación general de la empresa ESE Hospital Local Cartagena de Indias. Cuadro N° 1.....	9
1.1.1.2. Cultura corporativa y lineamientos estratégicos de la ESE.....	15
1.1.1.3 Oferta de servicios (Cuadro 2 al 6).....	24
1.1.1.3.1 Servicios ofrecidos por la ESE según habilitación, red de servicios actual y propuesta. – CUADRO PSFF No.2.	25
1.1.1.3.2 CAPACIDAD INSTALADA.....	251
1.1.1.3.3 Recurso Humano	260
1.1.1.3.4 PRODUCTIVIDAD ESE HLCI.....	267
1.1.1.3.5 Servicios por Centros de Costos. CUADRO 6 PSFF	280
1.1.1.4. CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	288
1.1.1.4.1 Sistema único de Habilitación	288
1.1.1.4.2 Sistema Único de Acreditación.....	294
1.1.1.4.3 Programa de Mejoramiento para la calidad PAMEC.....	298
1.1.1.4.4 Indicadores de Calidad (Cuadro PSFF 7).....	299
1.1.1.4.4.1 Satisfacción del usuario.....	304
1.1.1.5 Información de Planta de Cargos Vigente	309
1.1.1.5.1 Análisis personal para prestación de servicios ESE HLCI	312
1.1.1.5.2 Formalización Laboral	313
1.1.1.5.3 Cesantías Retroactivas	315
1.1.1.5.4 Saneamiento de Aportes Patronales Entidades Promotoras de Salud (EPS)	317
1.1.1.5.5 Fondos de Pensiones.....	319
1.1.1.5.6 Análisis de Personal por Centro de Trabajo y Costo:	320
1.1.1.6. Análisis Integral Aspectos Institucionales	321
1.1.1.6.1 Problemas, causas, DOFA y Medidas	325
1.1.2 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	329
1.1.2.1 Estado de Procesos y Procedimientos prioritarios.....	329
1.1.2.2 Procesos Estratégicos.....	330

1.1.2.2.1	Gestión Gerencial.....	330
1.1.2.2.2	Junta Directiva	330
1.1.2.2.3	Gestión de negociación	331
1.1.2.3	Procesos Misionales	331
1.1.2.3.1	Admisiones.....	331
1.1.2.3.2	Asignación de Citas médicas:	332
1.1.2.3.3	Atención de urgencias	333
1.1.2.4	Procesos de Apoyo Misional	334
1.1.2.4.1	Sistema de Información al Usuario (SIAU)	334
1.1.2.4.2	Epidemiología	335
1.1.2.4.3	Proceso de Estadísticas Vitales:	336
1.1.2.5.	Procesos de Apoyo Administrativo y Financiero	337
1.1.2.5.1	Adquisición de Bienes y Servicios	337
1.1.2.5.2.	Mantenimiento.....	338
1.1.2.5.3	Financieros.....	342
1.1.2.5.3.1	Contabilidad	343
1.1.2.5.3.2	Tesorería.....	343
1.1.2.5.3.3	Presupuesto	343
1.1.2.5.3.4	Costos	343
1.1.2.5.3.5	Centros de Costos.....	343
1.1.2.5.3.6	Cartera	344
1.1.2.6	Procesos Administrativos ligados a la Prestación de Servicios	345
1.1.2.6.1	Facturación	345
1.1.2.7	Procesos de evaluación y control	345
1.1.2.7.1	Control Interno	345
1.1.2.7.2	Control Disciplinario	347
1.1.2.8.	Procesos de Sistematización, Trámites en Línea y Comunicaciones. ...	350
1.1.2.8.1	Descripción del área de Tecnologías de la Información TIC's	350
1.1.2.8.2	Procesos del área de Tecnologías de la Información TIC's	350
1.1.2.8.3	Gestión y Desarrollo de Software	350
1.1.2.8.4	Gestión de Hardware:	351
1.1.2.8.5	Actividades del área Tecnologías de la Información TIC's.....	351
1.1.2.8.6	Situaciones Problema del área.....	353

1.1.2.8.7 Soluciones a los diferentes problemas del área.	354
1.1.2.9 Análisis de Información al interior de la ESE	355
1.1.2.10 Reporte a Entidades Externas.....	355
1.1.2.11 Análisis Integral Aspectos Administrativos	358
1.1.2.11.1 Problemas Causas, DOFA y medidas	359
1.1.3 ASPECTOS JURÍDICOS	364
1.1.3.1 Legalidad en la expedición de todos los actos administrativos relacionados con: la creación de la ESE, adopción de sus estatutos y del PSFF	364
1.1.3.2 Acciones legales frente a la prescripción de cuentas por pagar y/o cuentas por cobrar	364
1.1.3.3 El proceso de conciliación	365
1.1.3.4 El proceso de evaluación y los resultados relacionados con los títulos de propiedad de los bienes muebles e inmuebles.....	365
1.1.3.5 El proceso de revisión de cláusulas contractuales en los procesos de adquisiciones y en la venta de servicios.....	366
1.1.3.6 Nulidad y Restablecimiento del Derecho	367
1.1.3.7 Procesos Ejecutivos	368
1.1.3.8 Controversia Contractual.....	369
1.1.3.9 Demanda Arbitral	369
1.1.3.10 Análisis integral Aspectos Jurídicos	373
1.1.3.10.1 Problemas, Causas, DOFA y Medidas	374
1.1.4 ASPECTOS FINANCIEROS	379
1.1.4.1 Gastos y Costos organizados por centro de Costos (Cuadro 12)	379
1.1.4.2 Análisis de los costos promedio por servicio - producto – servicios (CUADRO 13).....	381
1.1.4.3 Análisis de ingresos por venta de servicios (CUADRO 14).....	382
1.1.4.3.1 Contratos por Venta de Servicios (CUADRO 14)	384
1.1.4.3.1.1 Régimen Subsidiado	384
1.1.4.3.2 Comportamiento de la facturación capitada.....	388
1.1.4.3.3 Contratación Entidades Territoriales.....	390
1.1.4.3.4 Ingresos No Generados por la venta de servicios. Cuadro N° 15. ...	390
1.1.4.3.5 Pasivos (CUADROS 16 y 17)	391
1.1.4.3.6 Entidades públicas y de seguridad social	393
1.1.4.3.7 Cuentas Por Pagar:.....	393
1.1.4.4 Cartera (CUADROS 18 y 19)	395

1.1.4.5 Análisis contable proceso de período intermedio al 30 de junio de 2017 (CUADROS 20 al 23)	397
1.1.4.6 Análisis Integral Aspectos Financieros	409
1.1.4.6.1 Problemas, Causas, DOFA y Medidas	409
1.2 Dimensión Externa Entorno	411
1.2.1 Análisis de la Población	411
1.2.2 Análisis de la gestión de las EPS según población asegurada y contratación con la ESE Hospital Local Cartagena de Indias	415
1.2.3 Análisis de tarifas	422
1.2.4 Operación dentro de la Red de la ESE Cartagena de Indias.	423
1.2.5 Análisis de Morbilidad y Mortalidad	441
1.2.6 Análisis Integral Dimensión Externa Entorno.....	445
1.2.6.1 Problemas, Causas, DOFA y Medidas	447
2.PROBLEMAS Y CAUSAS PRIORIZADOS Y FORMULACION MEDIDAS	448
3. PROPUESTA PSFF DE LA ESE	472
3.1. MEDIDAS ADOPTADAS MEDIANTE EL PSFF. Cuadro 31.....	477
3.2.Análisis de la Proyección de la Producción de Servicios en los años de implementación del PSFF. Cuadro 32.....	484
3.3.Proyección de las ventas de servicios capitados y no capitados. Cuadro 33 y conexos. 493	
3.4 Proyección del comportamiento de los gastos y costos administrativos y asistenciales en los años de vigencias del PSFF. Cuadro 34.....	499
3.5Flujo Financiero Proyectado. Cuadro 35.	502
3.4.1 Ingresos Operación Corriente	505
3.4.2 Gastos Operación Corriente.....	507
3.6 ANALISIS PRESUPUESTO DE CADA VIGENCIA Y PRESUPUESTO PROYECTADO (CUADRO 36)	509
3.7 INGRESOS	511
CONCLUSIONES	

INTRODUCCIÓN

La comunicación de la calificación de riesgo fiscal y financiero alto para la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, fue radicada el día 20 de mayo del 2017 en la oficina del DADIS, mediante el radicado N° EXT-AMC- 17-004-3559. La primera impresión que el equipo de trabajo de la ESE experimento fue de incredulidad, esa sensación se fue acrecentando y se convirtió en negación en la medida que se conocieron las implicaciones y las consecuencias de la misma. Al paso de los días se tornó angustiante, mucho más cuando no se conocía en profundidad en que consiste un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, esta sensación se acentuó cuando se recibieron las primeras inducciones que implicaron obligatoriamente tener que organizarse, armar equipo y aceptar el reto de construir un diagnóstico real, objetivo y crítico del desempeño, individual y colectivo de la organización. La tarea se tornó desgastante cuando comenzamos el proceso de construcción de los cuadros, el manejo del aplicativo y la odisea de recapitular la información institucional y extra institucional de forma real y organizada, es en ese momento cuando el equipo de trabajo encontró la primera verdad: **había debilidad en la comunicación, en el trabajo en equipo y en la capacidad para afrontar la formulación del PSFF.**

El camino para la construcción de un **PSFF** en una entidad de las dimensiones de la ESE hospital Local Cartagena de Indias, además está lleno de incertidumbre, cuando se asume que el tiempo disponible es limitado, corto y vuela. Cuando se entiende que además del trabajo propio el resultado final, el éxito de los logros a alcanzar, depende de las acciones de terceros. Entonces cuenta y se hacen inmensamente importante: la disposición de asistencia técnica y acompañamiento de la dirección de salud, la comprensión de los miembros de la Junta Directiva, el acompañamiento efectivo, como en caso nuestro, del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y finalmente la opinión particular de la cabeza rectora del ente territorial, el señor Alcalde Distrital. En nuestro escenario jugaron un papel desgastante, las fechas límites, las obtención de las certificaciones, el cumplimiento de las condiciones de viabilidad o no viabilidad del programa; estas circunstancias y la posibilidad de un mal mayor como la intervención de la empresa, finalmente logran impactar a los individuos y transformar las actitudes del grupo; ya con reconocimiento y asimilación de la información real institucional, hay una transformación, **se van transformando los individuos en adalides de una gran causa como es salvar la integridad de la empresa.**

El proceso de construcción del PSFF, tal como está establecido, nos ha permitido crecer y clarificar nuestro rol dentro de la entidad y de la entidad en el sistema de salud del distrito de Cartagena. Sin lugar a dudas, de **lograr su aprobación y viabilidad será el principal insumo de gestión institucional los próximos 4 años.**

Su síntesis diagnóstica, las cifras ya depuradas de los pasivos, carteras y costos operacionales reconocidos, la precisión de fuente precisas y seguras de su financiación, además del cumulo de claridades en la gestión de los procesos propios de la entidad que el ejercicio nos ha permitido asimilar, **son en el gran sustrato para reinventar a la organización y cambiar el rumbo del desempeño hacia el presente y el futuro.**

Una vez sea aprobado, adoptado y viabilizado el presente PSFF, este nos determinará **que seremos y adonde podremos llegar en la gestión desde el presente año y hasta el año 2021.**

Finalmente, es imperioso dar el merecido reconocimiento a las personas que desde el DADIS han contribuido y facilitado los resultados del proceso, los doctores **ADRIANA MEZA YEPES** y **WILSON JAIMES CASTAÑO**, mención especial al Dr**MANUEL MATAMOROS ZAMBRANO** y su equipo de trabajo en el **MHCP**, por las dos ocasiones en que fuimos atendidos en la ciudad de Bogotá y por los múltiples apoyos telefónicos, en estos sesenta días, cuyos aportes y sugerencias hicieron posible este producto.

A todos los compañeros de trabajo de la Empresa, mi reconocimiento y gratitud por su dedicación, empeño y esfuerzo realizado y el porvenir.

ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ
Gerente.

PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO (PSFF)

Definición: Se entiende por Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de Empresas Sociales del Estado, un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre la Empresa Social del Estado, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud.

1. Diagnóstico

1.1 Dimensión Interna

1.1.1 ASPECTOS INSTITUCIONALES

1.1.1.1 Identificación general de la empresa ESE Hospital Local Cartagena de Indias. Cuadro N° 1.

La ESE Hospital Local de Cartagena de Indias, es una entidad del Estado, del orden distrital, descentralizada, de naturaleza contractual especial, orientada a la prestación de servicios asistenciales de primer nivel de atención en salud. Es la entidad prestadora de servicios asistenciales en salud pública del orden territorial distrital. Anualmente garantiza la atención en salud de aproximadamente 485.000 usuarios a nivel urbano, rural e insular.

Tabla 1.

Cuadro 1PSFF. Identificación de la Empresa Social del Estado

NOMBRE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	ESE Hospital Local Cartagena de Indias
NIT	806010305-8
NIVEL DE ATENCION	1
NOMBRE DE LA RED A LA QUE PERTENECE	Distrital
ROL DE LA ESE EN LA RED	Tipo 1A, 1B, 1C.
CARÁCTER TERRITORIAL	Distrital
DEPARTAMENTO/DISTRITO	Cartagena
MUNICIPIO SEDE PRINCIPAL	Cartagena
DIRECCION Y TIPO DE LA SEDE PRINCIPAL	Pie de la Popa Sector El Toril Calle 33 #22-54 Sede Administrativa
CODIGO DEL PRESTADOR – REPSS	1300100871
	OTRAS SEDES
1	HOSPITAL CANAPOTE Barrio Canapote carrera 14 No. 62-03 Código de habilitación 1300100871-02

2	CENTRO DE SALUD CON CAMAS NUEVO BOSQUE Barrio Nuevo Bosque Tercera etapa MZ 1 Lote 14B Código de habilitación 1300100871-03
3	CENTRO DE SALUD CON CAMAS DE BLAS DE LEZO Barrio Blas de Lezo Avenida Kennedy Calle 25 N°66-75 Código de habilitación 1300100871-04
4	CENTRO DE SALUD CON CAMAS LA ESPERANZA Barrio Esperanza Calle principal Plaza Navidad N°29-130 Código de habilitación 1300100871-05
5	HOSPITAL ARROZ BARATO Barrio Arroz Barato Carrera 30 # 07-22 Código de habilitación 1300100871-06
6	CENTRO DE SALUD CON CAMAS BOQUILLA Corregimiento la Boquilla. Código de habilitación 1300100871-07
7	CENTRO DE SALUD CON CAMAS OLAYA HERRERA Barrio Olaya Herrera Carretera principal Cra. 32B No. 64-142 . Código de habilitación 1300100871-08
8	CENTRO DE SALUD CON CAMAS BAYUNCA Corregimiento Bayunca Calle San Antonio Código de habilitación 1300100871-09
9	PUESTO DE SALUD PUNTA CANOA Corregimiento de Punta Canoa Código de habilitación 1300100871-10
10	CENTRO DE SALUD CON CAMA CERROS Barrio Cerros Mz 3A Lote 1A Código de habilitación 1300100871-11
11	CENTRO DE SALUD CON CAMAS PASACABALLOS Corregimiento Pasacaballos Calle 18 N°08-10 Código de habilitación 1300100871-12
12	HOSPITAL POZON Barrio Pozón Calle principal Pozón Código de habilitación 1300100871-14
13	CENTRO DE SALUD CON CAMAS LA CANDELARIA Barrio la Esperanza Avenida Pedro Romero sector Alcibia calle 31 No. 33-111 Código de habilitación 1300100871-15
14	CENTRO DE SALUD FATIMA Barrio Getsemaní Calle Larga Casa Fátima N°25-01 . Código de habilitación 1300100871-16
15	CENTRO DE SALUD SAN VICENTE DE PAUL. Escallón Villa Cra 53 -30 D-6 Código de habilitación 1300100871-17
16	CENTRO DE SALUD LAS REINAS. Barrio Las Reinas Calle Principal Código de habilitación 1300100871-18
17	CENTRO DE SALUD FREDONIA. Barrio Fredonia Calle 36# 79-29 Código de habilitación 1300100871-19
18	CENTRO DE SALUD FOCO ROJO. Barrio Olaya Herrera sector Rafael Núñez Cra. 49E 34-161 Código de habilitación 1300100871-20

19	CENTRO DE SALUD GAVIOTAS Barrio Chiquinquirá Mz63 L 115 Código de habilitación 1300100871-21
20	CENTRO DE SALUD LIBANO Barrio Olaya Herrera sector Once de Noviembre Código de habilitación 1300100871-22
21	CENTRO DE SALUD SAN PEDRO Y LIBERTAD Barrio San Pedro y Libertad Calle Aurora Código de habilitación 1300100871-23
22	CENTRO DE SALUD SOCORRO Barrio el Socorro Plan 134 Código de habilitación 1300100871-24
23	CENTRO DE SALUD TERNERA Barrio Ternera Calle Real calle 32 N°32-33 Código de habilitación 1300100871-25
24	CENTRO DE SALUD BOSQUE Barrio el Bosque Avenida Pedro Vélez N° 20-05 Código de habilitación 1300100871-26
25	PUESTO DE SALUD BOCACHICA Corregimiento de Bocachica Código de habilitación 1300100871-28
26	PUESTO DE SALUD ISLA FUERTE Corregimiento Isla Fuerte Código de habilitación 1300100871-29
27	PUESTO DE SALUD CAÑO DEL ORO Corregimiento de Caño del Oro Código de habilitación 1300100871- 30
28	PUESTO DE SALUD ISLA DEL ROSARIO Isla del Rosario Código de habilitación 1300100871-31
29	PUESTO DE SALUD ARROYO GRANDE Corregimiento de Arroyo Grande Código de habilitación 1300100871-33
30	PUESTO DE SALUD ARROYO DE PIEDRA Corregimiento Arroyo de Piedra Código de habilitación 1300100871-34
31	PUESTO DE SALUD ARROYO DE LAS CANOAS Corregimiento Arroyo de las Canoas Código de habilitación 1300100871-35
32	PUESTO DE SALUD PUNTA ARENA Corregimiento de Punta Arena Código de habilitación 1300100871-36
33	PUESTO DE SALUD DE TIERRA BOMBA Corregimiento de Tierra Bomba Código de habilitación 1300100871-37
34	PUESTO DE SALUD DE PONTEZUELA Corregimiento de Pontezuela Código de habilitación 1300100871-38
35	PUESTO DE SALUD ISLOTE SAN BERNARDO Islote San Bernardo Código de habilitación 1300100871-39
36	PUESTO DE SALUD MANZANILLO Corregimiento de Manzanillo del Mar, Transv.52A-5 Código de habilitación 1300100871-41
37	CENTRO DE SALUD DANIEL LEMAITRE Barrio Daniel Lemaitre. Cra. 69 14-99 Código de habilitación 1300100871-42

38	CENTRO DE SALUD BOSTON Barrio Boston calle 1ra de las Flores Código de habilitación 1300100871-44
39	CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO 1 Barrio San Francisco Manzana 1 Lote 3 Código de habilitación 1300100871-45
40	CENTRO DE SALUD CON CAMA MANDELA Nelson Mandela Sector El Edén Calle Principal Mz 4 Lote 6 Código de habilitación 1300100871-46
41	PUESTO DE SALUD PUERTO REY Corregimiento Puerto Rey Código de habilitación 1300100871-47
42	CENTRO DE SALUD NUEVO PORVENIR Diagonal 34 C manzana L lote 1 Código de habilitación 1300100871-49
43	PUESTO DE SALUD TIERRA BAJA Corregimiento de Tierra Baja Código de habilitación 1300100871-60
44	CENTRO DE SALUD NELSON MANDELA Nelson Mandela Sector San Bernardo Mz. E Lote 22 Código de habilitación 1300100871-61

Fuente: PSFF ESE Hospital Local Cartagena de Indias

La presente información, no concuerda con el reporte del Ministerio de salud y Protección Social, debido a que al inicio del 2013 se contaban con 47 sedes, según la última actualización del documento de redes de ese año. Sin embargo, como consecuencia de las dificultades locativas en una de ellas y que la prestación de los servicios correspondida a otra entidad (Fundación Santo Domingo), se realizó la novedad de cierre definitivo de los servicios ofertados por las sedes del puesto de salud de Isla Barú, identificado con código de habilitación No. 1300100871-32, a través de radicado No.04156 del 2 de diciembre de 2013 y del puesto de salud de Santa Ana identificado con código de habilitación No. 1300100871-40, a través de radicado No. 04148 del 2 de diciembre de 2013.

De esta forma la renovación de la autoevaluación que se realiza para la actualización de los servicios de manera obligatoria en el mes de enero, desde el año 2014 no incluye estos dos centros de atención.

Teniendo en cuenta lo anterior, la ESE Hospital Local Cartagena de indias, cuenta con 44 sedes para la prestación de los servicios y una sede administrativa, en donde se coordinan las actividades de los equipos extramurales, además de los procesos de apoyo y mejora para garantizar la prestación de los servicios a la población del Distrito de Cartagena de Indias.

Las 44 sedes están distribuidas en 11 corregimientos, 7 corregimientos de la zona insular y 25 barrios de la zona urbana, en donde encontramos dos sedes en el mismo barrio, que corresponden a los Centros de Salud con cama de Nelson Mandela, identificado con código de habilitación No. 1300100871-46, con un portafolio exclusivo para la prestación de urgencias. Esta sede debido a problemas jurídicos por la posesión del inmueble, con una Entidad que ostentaba la posesión del inmueble a través de un comodato (Clínica CREC) y por los

problemas de orden público, el DADIS, determinó su cierre y traslado temporal a otra sede y la otra sede es el puesto de salud de Nelson Mandela identificado con código de habilitación No. 1300100871-61, que oferta solo servicio ambulatorios de consulta externa, odontología y promoción y prevención. Debido a la dificultad para encontrar una sede alterna para el CSCC de Nelson Mandela, se decidió en el 2016, incluir dentro del portafolio de servicios del puesto de salud de Nelson Mandela, los servicios de urgencia y farmacéutico para garantizar la atención de la población de esta zona de Cartagena.

Para la presente vigencia a corte de 30 de junio, la ESE HLCI, cuenta con 44 sedes de las cuales tres están cerradas (Centro de Salud con cama Los Cerros y Centro de salud de Líbano y Centro de Salud con cama de Nelson Mandela), las dos primeras, debido a la intervención en la infraestructura que está realizando el DADIS y porque no fue posible conseguir una sede alterna en su plan de contingencia y la tercera por cierre cumpliendo orden del Ente Territorial por problemas jurídicos. La atención de esta población se redistribuyó en otras sedes cercanas. La sede del centro de salud con cama de Nelson Mandela en el presente documento no es tenida en cuenta para la proyección de servicios.

Tabla No. 2.

Integrantes Junta Directiva - Cuadro PSFF No. 1B

CALIDAD MIEMBRO EN JUNTA DIRECTIVA	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO Y NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD	PERIODO NOMBRAMIENTO
PRESIDENTE DELEGADO- JUNTA DIRECTIVA ESE	JHONNY DE JESUS ORDOSGOITIA OSORIO	C.C. 9.088.085	AGOSTO 17 DE 2017
SECRETARIO - DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DISTRITAL – DADIS	ADRIANA MEZA YEPES	C.C 64.559.980	DICIEMBRE 18 2015
REPRESENTANTE DE LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS	MANUEL MENDOZA TARON	C.C 73.123.174	MARZO 8 DE 2016 A MARZO 7 DE 2018
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	HERNANDO MARRUGO GONZALEZ	C.C 9.281.991	DICIEMBRE 18 2015 A DICIEMBRE 17 2017
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES AREA ADMINISTRATIVA	LUZ MERY CIFUENTES CALIFA	C.C.45.465.536	FEBRERO 23 2017 A FEBRERO 22- 2019

Fuente: Gerencia

La Junta Directiva de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias la conforman 5 miembros, la distinción de presidente de la misma está en cabeza del Dr. **JHONNY DE JESUS ORDOSGOITIA OSORIO**, cuyo cargo a nivel de la administración distrital es Secretario General de la Alcaldía Distrital de Cartagena, Presidente delegado de la Junta Directiva de la ESE Hospital Local Cartagena de

Indias. De igual forma, la Dra. **ADRIANA MEZA YEPES**, quien desempeña las competencias de directora territorial de salud, en el cargo de directora del departamento administrativo distrital de salud – DADIS. Estos dos funcionarios representan el estamento político administrativo. En representación de los empleados de la empresa están posesionados: el Dr. **HERNANDO MARRUGO GONZALEZ**, quien termina período el próximo 17 de diciembre, en representación de los empleados de la salud y la Dra. **LUZ MERY CIFUENTES CALIFA**, quien está posesionada desde el pasado 23 de febrero de 2017, en representación de los empleados del área administrativa. La representación de los usuarios está en cabeza del señor **MANUEL MENDOZA TARON**, cuyo periodo de dos años termina el 7 de marzo del próximo año. El actual Gerente, Dr. **ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ** fue designado mediante el Decreto 1764 del 22 de diciembre del año 2016, fecha en la cual se posesionó.

Para la elaboración del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, fueron delegados los siguientes funcionarios:

Tabla No.3.

Directivos y responsables elaboración y ejecución PSFF. Cuadro 1B

CARGO	NOMBRES Y APELLIDOS	E-MAIL	TELEFONOS
GERENTE	ROQUE BOSSIO BERMUDEZ	gerencia@esecartagenadeindias.gov.co	3178933721
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA	MARICELA TORRENEGRA BARRIOS	subgeadministrativa@esecartagenadeindias.gov.co	3016111909
SUBGERENTE CIENTIFICO	VICTOR MANUEL TERAN ACOSTA	subgecientifica@esecartagenadeindias.gov.co	3114073453
ASESOR	GERMAN ANTONIO GONZALEZ HERNANDEZ	germangonzalez2222@gmail.com	3015030541
ASESOR FINANCIERO	RUPERTO ZUÑIGA ESCOBAR	rupertozu@hotmail.com	3106575322
P.U AREA FINANCIERA	MONICA ESTHER ACOSTA CHIMA	financiera@adm.esecartagenadeindias.gov.co	3168707396
P.E AREA CALIDAD	EMPERATRIZ CARDOZO MEZA	coord.calidad@esecartagenadeindias.gov	3178865758
P.E AREA PLANEACION	LENNYS GONZALEZ SEÑA	lennys.gonzalez@hotmail.com	3012750315
P.E TALENTO HUMANO	MURIEL CHAMORRO RUIZ	coord.talentohumano@esecartagenadeindias.gov.co	3183534326
P.E.SISTEMAS	HERNAN ALBERTO DAGER PEÑA	coord.sistemas@esecartagenadeindias.gov.co	3183534313
P.E FACTURACION	JOSE RAMON PAZ DIAZ	coord.cfc@esecartagenadeindias.gov.co	3165259725
JEFE DE CONTROL INTERNO	IVAN FERNANDO ANAYA SEVERICHE	coord.controlinterno@esecartagenadeindias.gov.co	3185159764
P.E. CARTERA	LUIS LABASTIDAS ROMERO	labastida06@hotmail.com	3008056747

P.E JURIDICA	JOHANY MENDOZA BRU	coord.juridica@esecartagenadeindias.gov.co	3002434673
P,U AREA PLANEACION	CARLOS ANDRES MORALES BARRIOS	carlosmorales@adm.esecartagenadeindias.gov.co	3006107088
FUNCIONARIO CONTACTO	GERMAN ANTONIO GONZALEZ HERNANDEZ	germangonzalez2222@gmail.com	3015030541

Fuente: Gerencia.

Se diseñó un Plan de trabajo donde se establecieron responsabilidades para recolección, diligenciamiento y análisis de la información institucional. El gerente de la entidad, quien conjuntamente con los funcionarios: Dra. **MARICELA TORRENEGRA**, Dr. **VICTOR TERAN ACOSTA**, Dr. **RUPERTO ZUÑIGA ESCOBAR**, Dra. **LENNYS GONZALEZ SEÑA** y Dr. **GERMAN GONZALEZ HERNANDEZ** son los responsables de hacer seguimiento, revisar y analizar los informes y soportes que demanda la construcción del PSFF. Para la coordinación del documento en la parte técnica se designó al Dr. **GERMAN A. GONZALEZ HERNANDEZ MD ES GS – EST MA AD**.

1.1.1.2. Cultura corporativa y lineamientos estratégicos de la ESE

Reseña histórica.

La ESE Hospital Local de Cartagena de Indias, fue constituida mediante el acuerdo Distrital 043 del 24 de diciembre de 1999, por medio del cual fueron creadas 3 ESEs distritales para primer nivel de atención en salud. Luego, fueron fusionadas en lo que hoy es la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, mediante el decreto Distrital 0421 del 29 de junio de 2001.

Constituye una categoría especial de entidad de derecho público, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita al Departamento Administrativo de Salud DADIS- e integrante del Sistema General de Seguridad Social y sometida al régimen jurídico de la Ley 100, del capítulo III, artículos 194, 195 y 196 y demás normatividad que los modifique, adicione, reformen, reglamenten o sustituyan, en especial las leyes 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y Ley 1751 de 2015 y sus normas reglamentarias y complementarias.

Su última reforma a los estatutos se ubica en el acuerdo de junta directiva N° 013 de 27 de diciembre de 2002. La actual estructura orgánica y organizacional se adoptó mediante el acuerdo N° 002 de Octubre 1° de 2001.

El último ajuste al plan de cargos se realizó mediante el acuerdo 188 de 29 de diciembre de 2016, por el cual se aprueba el plan de cargos de la Empresa Social del Estado Hospital Local Cartagena de Indias, para la vigencia 2017.

Como consecuencia de la auditoría general realizada por funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud en el año 2007, la empresa fue objeto de un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero en los años, 2007, 2008, 2009 y 2010. El seguimiento realizado en el año 2010, mostró el no cumplimiento de los contenidos del PSFF, lo que motivó una intervención entre el mes de enero y abril, la cual se suspendió por medio de una acción de tutela del gerente entrante Dr. **SALÍN HADECHNI MEZA**, nuevamente fue intervenida en el mes de junio y finalmente esta medida fue suspendida en el mes de agosto del mismo año, por acuerdos específicos liderados por la alcaldesa de ese momento Dra. **JUDITH PINEDO FLOREZ**. Desde esa fecha la empresa se mantuvo sin riesgo financiero hasta la presente vigencia.

El año 2016 fue un año atípico ya que la empresa paso por la interinidad de 2 gerentes, debido a que culminó la gerencia en propiedad del periodo anterior. Fueron designados como gerentes encargados: el Dr. **ALVARO RUIZ CAMPILLO**, desde el día 1º de abril de 2016, hasta el día 6 de diciembre del 2016 y la enfermera **MONICA JURADO MARQUEZ** en el periodo del 7 al 21 de diciembre de 2016. La gerencia actual inició periodo el día 22 de diciembre del 2016, resultado del nombramiento como Gerente del Dr. **ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ**, para el periodo 2016- 2020.

Plataforma Estratégica.

Misión

Somos una entidad prestadora de servicios integrales de salud, de baja complejidad que mediante procesos asistenciales y administrativos fundamentados en una Política Integral de Gestión, contribuyen al mejoramiento de la salud de la población usuaria de nuestros servicios.

Visión

La visión de la E.S.E. el año 2022 la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, será Líder en la prestación de los servicios de baja y mediana complejidad, mediante procesos de optimización centrados en la excelencia de la atención al usuario, el respeto a la dignidad humana, cultura, innovación, tecnología y el autocontrol institucional.

Principios Institucionales:

Dignidad Humana. Garantizar los derechos fundamentales de la persona y la comunidad para el mejoramiento de su calidad de vida y el desarrollo individual y social de conformidad con la dignidad que se debe reconocer a todo ser humano.

Calidad. Búsqueda permanente de la satisfacción del usuario atendiendo los criterios de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad.

Mejoramiento continuo. Desarrollo operativo de la entidad dentro de los procesos continuos de planeación y control de procesos.

Universalidad. Atender a todas las personas que soliciten nuestros servicios sin discriminación alguna y en todas las etapas de la vida, de conformidad con las disposiciones legales que organizan la atención en salud en el país.

Complementariedad. Brindando atención oportuna y continua a las personas, en su entorno social, con servicios de calidad tanto humana como técnica enmarcada dentro de nuestro portafolio de servicios.

Rentabilidad Social. La sociedad debe percibir a la empresa como una organización que le resuelve los problemas de salud de baja complejidad, educando, informando, mitigando el dolor, produciendo alivio y contribuyendo al bienestar y desarrollo social.

Sostenibilidad institucional y desarrollo de los servicios. La Empresa presta servicios de salud crecientes de manera progresiva en cobertura y complejidad, generando procesos productivos, estándares, medibles, verificables y facturables en su totalidad a costos sostenibles y rentables.

Eficiencia. Buscando la mejor aplicación del talento humano y de los recursos administrativos, tecnológicos y financieros disponibles con criterio de rentabilidad social y económica.

Valores Institucionales

- Compromiso
- Lealtad
- Respeto.
- Responsabilidad.
- Tolerancia
- Honestidad

La Plataforma estratégica será revisada y ajustada en el segundo semestre del 2017, de conformidad con el propósito de la empresa de constituirse como **Prestador Primario** a nivel de las RIPSS que operen en el Distrito de Cartagena.

Objetivos Estratégicos:

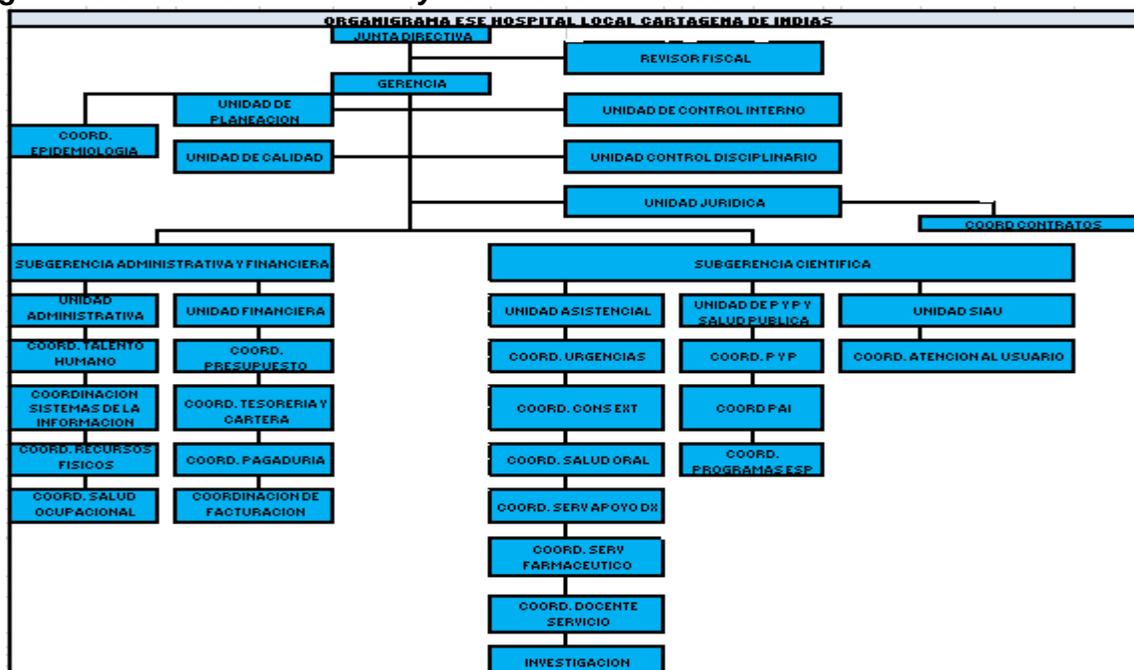
- Obtener un nivel óptimo de satisfacción de nuestros usuarios.
- Prestar servicios cumpliendo los requisitos legales.
- Asegurar la competencia técnica y humana del personal de la organización.
- Garantizar una atención segura durante la prestación del servicio.
- Mitigar el impacto al medio ambiente mediante la gestión ambiental institucional.

Política Integral de Gestión

Estamos comprometidos con la promoción de una cultura de autocontrol, la mejora continua de los procesos, una filosofía de trabajo soportada en los principios y valores institucionales, un comportamiento seguro y responsable frente al medio ambiente y una cultura de salud laboral, que promueva ambientes de trabajo saludables, reduciendo los factores de riesgo que puedan afectar la seguridad y salud de nuestros usuarios.

Los elementos de la plataforma estratégica a pesar de estar definidos a un corto horizonte de tiempo año 2022, mantienen vigencia, son coherentes y proyectan todo el componente estratégico y axiológico para potencializar la organización, sin embargo, tiene poca introyección en el recurso humano, no están adecuadamente socializados y han generado poco impacto en la cultura de la gestión institucional. Deben ser, revisados a la luz de las exigencias de la política PAIS, y contextualizados con las metas de la propuesta estratégica del Plan de Desarrollo Institucional 2017 – 2020, debido a que la empresa debe funcionar con mejor desempeño en los administrativo, financiero y asistencial, adaptándose al ajuste del modelo del SGSSS, en especial a la política PAIS, es decir, a un modelo más extramural, con énfasis en APS centrado en las familias y las comunidades, de igual forma, al desarrollo de la capacidad resolutive en los procesos de gestión del riesgo, p y p, además de los servicios asistenciales persé.

Gráfico N°1
Organización Funcional Interna y de Prestación del servicio.



Fuente: Coordinación de Talento Humano

La última organización funcional de la empresa, se da mediante el acuerdo de Junta Directiva, N° 0156 de diciembre 23 del año 2014. La empresa mantiene la estructura formal de todas las ESEs, un área de dirección, el área de atención al usuario (prestación servicios) y un área de apoyo logístico (administración). Área de dirección a cargo de la Junta Directiva y el Gerente, quien cuenta con el apoyo de los comités de dirección y de apoyo. En esta área fue incluido como directivo el revisor fiscal. Organizacionalmente como apoyo a la Gerencia dependen: La unidad de control interno, la unidad de control interno disciplinario, la unidad jurídica, la unidad de planeación, la unidad de gestión tic, la unidad de gestión de calidad y auditoría, la unidad de gestión comercial y los organismos colegiados (Comités); de igual forma la coordinación de costos hospitalarios, la coordinación de estadísticas hospitalarias.

El área de atención al usuario (área de servicios), organizacionalmente está conformada por la subgerencia científica, la unidad de sistema de información y atención al usuario (SIAU), la unidad de servicios asistenciales, la unidad de atención primaria en salud, en la cual, la máxima autoridad asistencial de la empresa recae en la subgerencia científica.

La Subgerencia Científica es una área funcional a la que le corresponde la planificación, organización y ejecución de los servicios de urgencia, consulta externa, promoción y prevención, extramurales, internación, ayudas diagnósticas y

terapéuticas, servicios farmacéuticos y demás que en el futuro se organicen orientados a la atención de los usuarios y prestación directa de los servicios de salud. Operativamente tiene como esencia organizar y realizar los procesos para dirigir y controlar las 43 sedes operativas y todo el proceso asistencial que incluye además la gestión de promoción y prevención, el transporte asistencial de muestra, pacientes y estudios, así como algunos servicios especializados, para lo cual se han ido desarrollando administrativamente competencias de coordinaciones y subcoordinaciones por portafolio (urgencias, consulta externa, apoyo diagnóstico, p y p, etc.). De esta área también dependen los coordinadores de UPAs y CAP, siendo por lo general estos funcionarios profesionales del área de la salud, con vinculación asistencial, pero que en la práctica desempeñan funciones de dirección, coordinación y control de procesos, careciendo su competencia de una clara visión gerencial para la producción y la calidad de los servicios a su cargo. Hacen parte de la subgerencia científica las siguientes coordinaciones:

Coordinación de Urgencias: En el servicio de urgencias se ha mantenido a través de los años el número de camas para observación; entendido este servicio como el monitoreo que se le realiza al usuario luego de su atención inicial de urgencias y que por su condición de salud requiere una vigilancia a la aplicación del tratamiento y ayudas diagnósticas solicitadas para definir su conducta. En este servicio actualmente se cuenta con 25 cunas y camillas pediátricas, 33 camas de observación para hombres adultos y 29 camas adulto mujeres, 12 salas de reanimación, 22 consultorios de urgencia y 2 consultorios de Triage.

Coordinación de Consulta Externa: El servicio de consulta externa de la E.S.E. Hospital Local Cartagena de Indias presta servicios de consulta médica general a las personas que lo requieran las cuales su vida o funcionalidad no dependen de manera inmediata de esta atención, la cual se brinda con médicos generales, son servicios programables y permiten un trámite administrativo, incluida la facturación y el recaudo.

La ESE Cartagena de Indias cuenta con 69.5 consultorios distribuidos en las 43 IPS, para atender la población contratada de 281.848, a corte del junio del 2017, con esta oferta se tiene la capacidad de atender 48.048 consultas de medicina general mensuales. Se cuenta con 66.8 horas/medico contratadas al día, para una oferta potencial de 564.326 consultas/año.

La gestión de la consulta externa se basa en gestión del riesgo y gestión de la calidad de la prestación de servicios para lo cual se diseñó un sistema de información que permite la captura, medición y control de indicadores de gestión de calidad que son entre otros, oportunidad en la atención, oportunidad en la asignación de citas, cumplimientos de registros clínicos, rendimiento y productividad.

Coordinación Promoción y Prevención: Esta área, se encarga del desarrollo de estrategias que conduzcan al aumento del autocuidado, promoción de estilos de

vida saludables, educación, concientización e integración del individuo y la familia con los servicios de salud de nuestra institución, garantizando la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante la ejecución de programas, actividades y acciones de información, educación y comunicación. Las actividades de promoción y prevención correspondientes a cada programa están dirigidas a cada grupo poblacional específico de acuerdo a la normatividad vigente para tal fin, de tal forma que en la prestación de nuestro servicio genere el impacto y los resultados esperados.

Contamos con un grupo de profesionales idóneos y con la experiencia en la ejecución de estos programas para lo cual disponemos de 53 consultorios médicos, 47 consultorios de enfermería, 42 consultorios de vacunación, con la anterior capacidad instalada podemos realizar 1272 consultas médicas al día, 27984 al mes y 335808 consultas al año. De otro lado estamos en la capacidad de realizar 1128 atenciones diarias por enfermería, 24816 mensuales y 297792 atenciones al año, para el caso del programa de vacunación según esquema PAI la atención es a libre demanda con intensificaciones por parte del grupo extramural de vacunación.

Salud Mental: El programa de salud mental se encuentra actualmente adscrito a la coordinación de promoción y prevención, cuenta con 5 psicólogos distribuidos en 25 centros de atención y los 3 hospitales. Para un total de 28 centros de atención con servicio de psicología. El servicio se presta de lunes a viernes durante 8 horas y los días sábados 4 horas. Además de esto, cuenta con un psiquiatra con disponibilidad de 4 horas diarias que presta sus servicios de lunes a viernes en el C.S.C.C La esperanza.

Actualmente el programa cuenta con 28 consultorios que ocasionalmente son compartidos con los servicios de consulta externa y promoción y prevención, siempre y cuando no se preste el servicio de psicología ese día en el centro de salud.

De esta forma, el programa realiza acciones de atención orientadas hacia la prestación de servicios de consulta externa, consultas de psicoorientación (promoción y prevención), asesoría pre y post en VIH y consulta externa por psiquiatría.

Coordinación de Atención al Usuario: Esta área se encarga de la atención, orientación y direccionamiento de las solicitudes, quejas y reclamos que se presenten en los diferentes servicios que se ofertan en la ESE HLCl. Del mismo modo incentiva y garantiza la participación social y comunitaria de los usuarios a través de las asociaciones de usuarios pertenecientes a los diferentes centros de salud. Se evalúa la prestación del servicio a través de la aplicación de encuestas y socializa a las diferentes áreas y coordinaciones el nivel de satisfacción de los usuarios frente a los servicios recibidos a fin de diseñar los planes de

mejoramiento pertinentes de acuerdo a las quejas y reclamos generados por nuestros usuarios.

En la actualidad esta área cuenta con un equipo de once (11) personas entre las que se encuentra un profesional de trabajo social, encargado de recepcionar a todos los usuarios que acuden a la oficina.

Seis (06) auxiliares que se desplazan por todos los centros de salud socializando temas relacionados con el portafolio de servicios, deberes, derechos, red de servicios, apertura de buzones de sugerencias y aplicación de la encuesta de satisfacción.

Dos auxiliares administrativos encargados de digitar toda la información generada y recolectada por las encuestas de satisfacción y las quejas y reclamos.

Coordinación de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico: Esta área se encarga del correcto funcionamiento de los servicios de Imagenología y laboratorio clínico tal y como se mencionan a continuación.

El servicio de laboratorio clínico de la E.S.E Cartagena de Indias se encuentra habilitado para la prestación de servicios de baja complejidad. Para el funcionamiento del servicio de apoyo diagnóstico de Laboratorio clínico de baja complejidad modalidad ambulatoria y hospitalaria que brinda la atención a los usuarios de las diferentes EPS-S con las cuales se tiene contratación, la ESE habilitó tres sedes en los centros de atención de la Canapote, Nuevo bosque y Arroz Barato y 40 tomas de muestra en los diferentes prestadores de la red.

Cuenta con personal idóneo, capacitado y entrenado para los procedimientos a realizar, como son bacteriólogos y auxiliares de laboratorio clínico las 24 horas al día, todo ello en cumplimiento a las exigencias normativas. Nuestros Laboratorios se encuentran ubicados en los Hospitales de Arroz Barato, Canapote y CSC de Nuevo Bosque.

Teniendo en cuenta lo anterior y en función de la cobertura y accesibilidad de nuestro servicio, la atención de laboratorio clínico se brinda mediante toma de muestras en cada una de las unidades prestadoras de los servicios, lo cual permite el cubrimiento de la demanda diaria de usuarios promedio en cada centro donde se halla ubicado la toma de muestras. Los exámenes de laboratorio son generados desde los distintos servicios ofertados por la empresa como son las consultas de morbilidad, promoción y prevención, urgencias y hospitalización. El servicio actualmente se rige bajo los parámetros de los indicadores de calidad institucionales como son: accesibilidad, pertinencia, seguridad y la oportunidad en la atención.

Por su parte, **el servicio de Imagenología** de la E.S.E Cartagena de Indias se encuentra habilitado para la prestación de servicios de baja complejidad, cuenta con un personal idóneo para los estudios diagnósticos a realizar como son

técnicos en Rayos X y médico radiólogo quien se encarga de la lectura de las placas y apoyo técnico a la prestación del servicio en cumplimiento a las exigencias normativas. El servicio se presta con disponibilidad las 24 horas para el servicio de urgencias y según la demanda de nuestros usuarios.

Coordinación de Vigilancia Epidemiológica: Esta área se encarga de la vigilancia, reporte y notificación a través de SIVIGILA de los diferentes eventos de interés en salud pública que se generan desde nuestras 43 UPGD. Esta notificación se realiza de forma semanal y/o inmediata de acuerdo al evento teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el Instituto Nacional de Salud.

El flujo de la información se realiza de la siguiente manera: la UPGD notifica al área de epidemiología quien a su vez notifica a través del SIVIGILA al Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS y esta notifica al Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social.

Por otro lado, la oficina de vigilancia epidemiológica se encarga de la verificación y control del ingreso de los certificados de hechos vitales, nacidos vivos y defunciones a la web RUAF.

Todo esto con el fin de realizar el análisis de la morbilidad y mortalidad de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias de forma trimestral.

Coordinación de Salud Oral: La salud bucal como parte integral de la atención en salud tiene como fin primordial mantener sana nuestra población afiliada a través de acciones de demanda inducida, atención en morbilidad, detección temprana y protección específica. Dentro de las actividades de salud bucal la E.S.E. Cartagena de Indias presta servicios de atención odontológica a través de actividades de salud oral de promoción y prevención y de morbilidad.

En este contexto, se desarrollan actividades de consulta odontológica de primera vez y de control, actividades de promoción y prevención como: control de placa bacteriana y cepillado, flúor, sellantes y detartrajes, muchas de estas actividades también se realizan de manera extramural por odontólogos e higienistas orales.

En la atención de morbilidad bucal se realizan procedimientos de operatoria dental, cirugía oral, endodoncias y tomas de Rayos X periapicales para los casos de endodoncias y cirugías complicadas.

En total la ESE HLCl en el servicio de Salud oral brinda atención en 40 de sus 43 centros de salud en donde tiene servicios, cuenta con 45 unidades odontológicas 63 odontólogos, 3 endodoncistas y 4 higienistas orales (extramural) con capacidad para realizar 891 consultas al día, 19.602 consultas al mes, 235.224 al año.

Coordinación de Servicio Farmacéutico: Cuenta con un local destinado al servicio farmacéutico (farmacia) dotado de silla, escritorio, aire acondicionado,

termo higrómetros, armarios, y algunos con torre gavetera en todos los centros de salud con camas y hospitales. Este servicio se presta 8 horas diarias; de lunes a viernes de 7 a 12 am y 1-4 pm y los sábados de 8-12 am, y es atendido por un tecnólogo en regencia de farmacia durante todo el mes

La subgerencia científica tiene como esencia organizar y realizar los procesos para dirigir y controlar las 43 sedes operativas y todo el proceso asistencial que incluye además la gestión de promoción y prevención, el transporte asistencial de muestra, pacientes y estudios, así como algunos servicios especializados, para lo cual se han ido desarrollando administrativamente competencias de coordinaciones y subcoordinaciones por portafolio (urgencias, consulta externa, apoyo diagnóstico, p y p, etc.). De esta área también dependen los coordinadores de centros de salud y centros de salud con camas siendo por lo general estos funcionarios profesionales del área de la salud, con vinculación asistencial, pero que en la práctica desempeñan funciones de dirección, coordinación y control de procesos, careciendo su competencia de una clara visión gerencial para la producción y la calidad de los servicios a su cargo.

La subgerenciad científica cuenta además con dos Líderes de Programas. Salud Mental y Docencia Servicios.

El área de apoyo logístico (área administrativa), organizacionalmente está estructurada con la **subgerencia administrativa y financiera**, esta a su vez la integran las áreas funcionales de Talento Humano, financiera, facturación, cartera, contratación, recursos físicos jurídica, sistema y mantenimiento. Jerárquicamente la lidera la Subgerente Administrativa y Financiera, su misión es garantizar el apoyo logístico para garantizar el soporte funcional de los procesos asistenciales y la sostenibilidad financiera institucional. De tal forma, que interviene en los procesos de adquisiciones y compra, contratación, personal, mantenimiento, saneamiento ambiental, aseo, vigilancia, comunicaciones, facturación y cobro, etc., para lo cual, también se han creado coordinaciones de área, muchas de las cuales están en cabeza de profesionales universitarios, sin una adecuada asignación de competencias como jefe de dependencias o coordinadores de procesos.

En términos generales, la actual estructura orgánico funcional, no está acorde con la nominal definida en el acuerdo 0156 del 2014. De igual forma, la operación de los procesos es rutinaria, fragmentado y la generación de la información institucional es dispendiosa y compleja.

1.1.1.3 Oferta de servicios (Cuadro 2 al 6)

				2.6.10	Endodoncia		X						X						
				2.6.16	Ginecobstetricia		X			X			X						
				2.6.28	Nutrición y dietética	X							X						
				2.6.38	Psicología	X			X				X						
				2.6.39	Psiquiatría		X									X			
	HOSPITALIZACIÓN N	3.3	Estancia general	3.3.01	General adultos	X							X						
				3.3.02	General pediátrica														
				3.3.03	Obstetricia	X	X		X	X		X	X						
4	QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO	4.1	Salas de parto	4.1.01	Partos vaginales	X			X				X						
				4.2.33	Cirugía dermatológica														
		4.2.34	Cirugía de tórax																
		4.2.35	Cirugía gastrointestinal																
		4.2.36	Cirugía plástica oncológica																
5	APOYO DIAGNÓSTICO	5.1	Anatomía patológica	5.1.01	Toma de muestras citológicas cérvico-uterinas	X			X				X						
				5.2.01	Radiología e imágenes diagnóstico	X			X	X		X							
		5.2	Imagenología	5.2.02	Ultrasonido		X			X					X				
				5.2.03	Toma e interpretación radiologías odontológicas	X									X				
				5.3.01	Laboratorio clínico	X			X	X		X							
		5.3	Laboratorio clínico	5.3.02	Toma de muestras de lab Clínico	X			X					X					
				6.3.01	Servicio farmacéutico	X			X						X				
		6.5	Rehabilitación y terapias	6.5.01	Fisioterapia														
				6.5.02	Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje														
				6.5.03	Terapia ocupacional														
				6.5.04	Terapia respiratoria	X									X				
6.7	Unidad hemodinamia	6.7.01	Diagnostico cardiovascular				X				X				X				
7	SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	7.1	Medio ambiente	7.1.01	Visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	X			X				X						
				7.1.02	Talleres colectivos -PIC-	X			X				X						
		7.2	Otros servicios	7.2.01	Lactario -alimentación														
				7.2.02	Esterilización														
		7.3	Servicios de ambulancias	7.3.01	Transporte asistencial básico	X			X					X					
				7.3.02	Transporte asistencial medicalizado		X			X					X				

Fuente: Cuadro PSFF No. 2 consolidado

La ESE Hospital Local Cartagena de Indias, a finales del año 2016, es una entidad asistencial tipo IPS 1C, con oferta asistencial incompleta, que se ubica a nivel del

Distrito como entidad pública monopólica para la oferta de servicios de salud de baja complejidad a nivel continental, rural e insular. Opera con una sede administrativa arrendada, y 43 sedes asistenciales, 13 de las cuales ofertan urgencias 24 horas (10 Tipo 1b y 3 Tipo 1C), 3 de estas: El Hospital Local El Pozón, el Hospital Local Canapote y el Hospital Local Arroz Barato, prestan un portafolio incompleto tipo 1C. Otras 15 unidades de atención básica puestos de salud 1A, que usan de forma periódica 1 o 2 veces al mes para realizar atención médica y de forma rutinaria para p y p, especialmente en la zona rural e insular, al igual que 16 unidades asistenciales centros de salud para igual oferta, pero de forma más continuada. El desarrollo de esta numerosa infraestructura física y el portafolio ofertado no se ha hecho acorde con las necesidades de la población objeto en el área. No obedece a una caracterización previa del componente epidemiológico de la zona de influencia de cada sede operativa, tampoco al concepto de complementariedad con enfoque de subredes. Esta ha sido más el resultado de procesos de presión social y política. Se conoce, por ejemplo de nuevas sedes hospitalarias construidas en una zona de expansión de la ciudad como son Colombiatón y flor del campo, infraestructura construida por urbanizadores y empresas privadas, que como en el caso de arroz barato, terminan en posesión de la ESE H.L. C. I sin que esta represente un aumento en el número de usuarios y si un mayor costo operación fijo y variable para la entidad.

En el documento de RED del Distrito de Cartagena, algunos servicios que son ofertados actualmente por la ESE no aparecen aprobados; es el caso del servicio de consulta especializada de Endodoncia, a través del cual se pretende minimizar los riesgos por la complejidad del procedimiento en órganos dentarios multirradiculares, garantizar la atención oportuna y evitar la pérdida del órgano dentario, disminuyendo el índice de COP, por tal razón la ESE considera importante mantener este servicio en el portafolio.

Otro servicio que no fue contemplado, es el de consulta especializada de Psiquiatría, que por más de 15 años, se ha prestado en el centro de salud con camas la Esperanza, siendo un centro de referencia para la atención de los pacientes con alguna alteración mental, el cual es reconocido por las EPS.

También el servicio de Nutrición y Dietética, que se presta como un servicio complementario para los programas de promoción y prevención, pero en el documento Red no fue incluido.

Referente al servicio de Terapia Respiratoria, tampoco se registra en el documento RED, a este servicio se le hizo novedad de cierre, porque no se cuenta con la infraestructura y se incluyó como procedimiento del servicio de urgencias.

Tabla N° 5

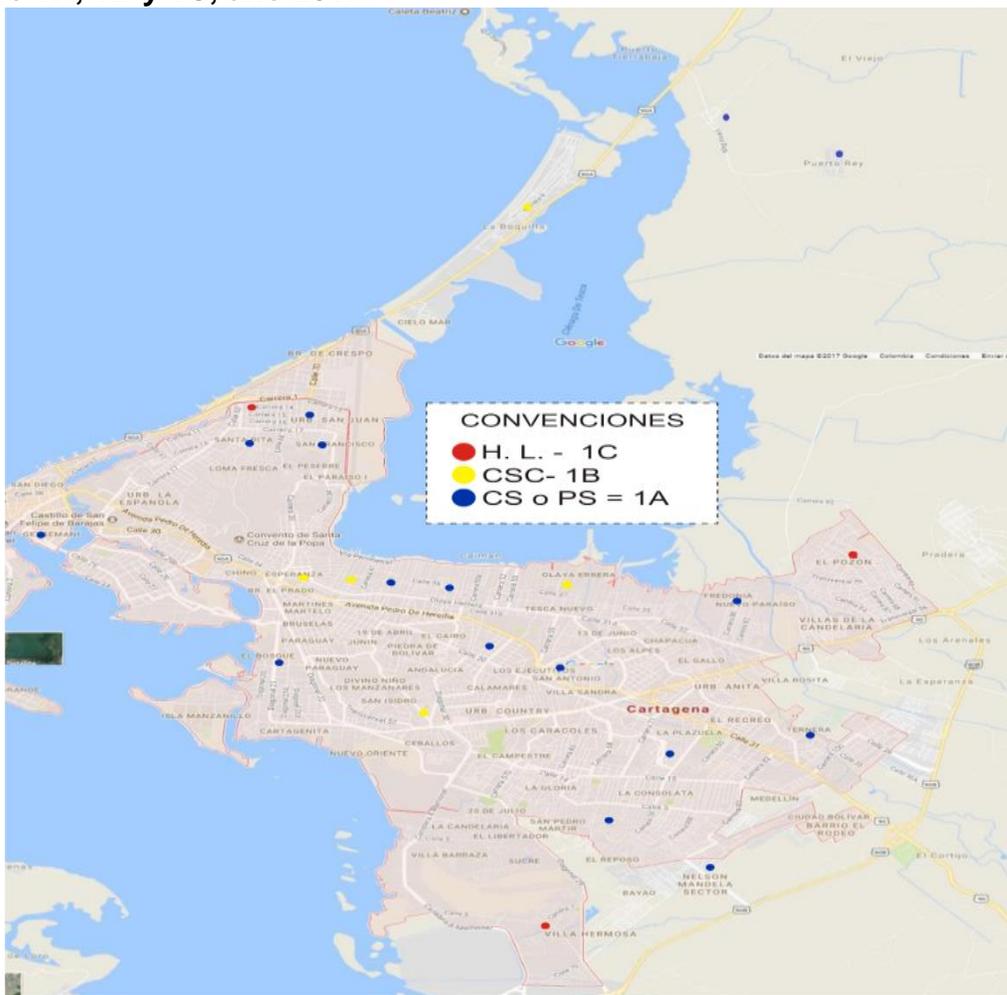
Relación de sedes operativas según tipo de portafolio ofertado por la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, Año 2017

TIPO DE SEDE	N° SEDES	%
PS 1 A	15	0.34
CS 1 A	16	0.36
CSC 1 B	10	0.23
HL 1 C	3	0.07
Total general	44	

Fuente: Subgerencia Científica.

En 13 sedes se ofertan el servicio de atención inicial de urgencias, estas están ubicadas en sectores populares de la ciudad, su capacidad es limitada a la baja complejidad en lo humano, tecnológico y capacidad instalada que se traduce en una muy baja capacidad resolutive, operándose servicios que no cumplen adecuadamente los criterios de calidad, especialmente en la integralidad, pertinencia y continuidad, lo que pone en riesgo continuamente la seguridad del equipo asistencial, que además son objeto de presión por grupos delincuenciales y pandillas. Esta situación genera un alto riesgo, si se tiene en cuenta que en estos sectores se hace muy sentida la percepción de las fronteras invisibles. Sobre actual oferta instalada recae de manera directa las acciones que se desprenden del entorno ambiental, económico, social y político en se desenvuelven sus usuarios, clientes y coadministradores. Estas circunstancias, han motivado a que el esquema asistencial se haga con un enfoque de georreferenciación, centrado en la capacidad resolutive del portafolio ofertado, en consonancia con la estructura dispersa y desconcentrada de las 43 sedes operativas distribuidas en lo ancho y largo de la geografía del distrito (urbano, rural e insular).

Gráfico N°2.
Distribución geográfica de las sedes operativas de la ESE H. L. C. de Indias, tipo 1A, 1B y 1C, año 2017.



Fuente: Subgerencia Científica.

A la fecha solo se tiene título de propiedad de la sede asistencial de Arroz Barato, los demás bienes inmuebles de las sedes asistenciales no están escriturados a nombre de la empresa.

Las principales características por sedes se detallan a continuación:

SEDE No. 1 HOSPITAL DE CANAPOTE

Ubicado en la zona urbana, carrera 14 no. 62-03, con código de habilitación 1300100871-02, con una población usuaria (capitada) a fecha de 30 de junio de

15460. Cuenta con vías en buen estado y la movilidad se realiza a través de rutas de transporte público de buses, taxis, colectivos y moto taxis. En la actualidad el Distrito de Cartagena está interviniendo la infraestructura de la sede, por lo cual como contingencia los servicios ambulatorios se prestan en una sede alterna, ubicada en el mismo barrio. Este centro de atención está ubicado de la sede administrativa a 15 minutos.

El servicio de obstetricia tiene una novedad con fecha de enero de 2017, sobre un cierre temporal debido a que la infraestructura fue destruida en la intervención. El servicio de Imágenes diagnosticas está a la fecha de realización de este informe con cierre temporal debido a daños en el equipo

En lo proyectado en el documento Red del Distrito de Cartagena, esta sede estará ubicada en la Subred Norte Centro, Nodo A, B y F y será tipo C. Esta designación limita el portafolio de servicios que actualmente oferta la sede, ya que los servicios de ginecobstetricia, psicología y nutrición y dietética no están contemplados en esta categoría.

Para la ESE esta sede tendrá la categoría de tipo C y mediana complejidad.

El servicio de urgencias se presta en el primer piso, el acceso al servicio es amplio, cuenta con acceso para discapacitados. A la infraestructura física le hace falta mantenimiento de pintura internamente y en la fachada. La iluminación de los diferentes ambientes es adecuada. El aire acondicionado es central, en la actualidad funciona adecuadamente, solo hay un consultorio en donde es deficiente; La sede dispone de una planta eléctrica con capacidad para los computadores, ventiladores y luz del servicio, no tiene capacidad para el aire acondicionado. La dotación de equipos existente es básica pero deben ser renovados por vencimiento de la vida útil. La disponibilidad de materiales e insumos para prestar el servicio es permanente, ocasionalmente pueden faltar en periodos cortos. La dotación de medicamentos es regular, estos se encuentran dispuestos para la prestación del servicio, cumpliendo con la normatividad y de acuerdo a la complejidad del servicio ofertado. Actualmente el servicio de urgencias se presta con suficiencia a todos y cada uno de los usuarios que lo consultan, no existen significativas dificultades para la operatividad del servicio, en general se dispone de los elementos y condiciones necesarias para la prestación del mismo, se deduce entonces que el proceso se desarrolla sin mayores traumatismos.

La empresa oferta tres consultorios de urgencias durante las 24 horas al día, todos los días del año, de estos uno funciona como consultorio de Triage. El servicio es atendido por el equipo de salud liderado por el médico general. También se dispone de una sala de reanimación que se comparte con sala de procedimientos menores, además se cuenta con ocho (08) camillas de observación de pacientes (hombres, mujeres y niños). En los últimos tres años (2015-2017) la ESE Cartagena de Indias ha sostenido esta capacidad instalada en el servicio de

urgencias de este centro de atención; a partir del año 2.015 se incrementó la consulta de urgencias y hubo que incrementar la capacidad instalada, lo que motivó que se colocara un tercer turno médico en el horario comprendido entre las 7:00 am y 7:00 pm de lunes a sábado, esto con el fin de cubrir la demanda elevada a partir de dicha fecha y reducir los tiempos de espera secundarios al triage realizado.

Tabla No. 6

Relación comparativa de la producción porcentual de urgencias en el Hospital de Canapote entre los años 2011-2017

CENTRO/ AÑO	CANAPOTE								
	Urgencias			Procedimientos Menores			Observación		
	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util
2011	34560	75	0,22%	5760	4	0,07%	38880	13	0,03%
2012	34560	21608	62,52%	5760	1501	26,06%	38880	1614	4,15%
2013	34560	19957	57,75%	5760	1900	32,99%	38880	1925	4,95%
2014	34560	26522	76,74%	5760	1671	29,01%	38880	11786	30,31%
2015	34560	24097	69,73%	5760	1692	29,38%	38880	11642	29,94%
2016	34560	28624	82,82%	5760	2623	45,54%	38880	9795	25,19%
2017	34560	13023	37,68%	5760	1676	29,10%	38880	3881	9,98%

Fuente: Subgerencia científica

La capacidad instalada potencial puede generar un registro asistencial de 34.560 consultas de urgencias año, si analizamos la producción anual, se evidencia que el año que más consultas de urgencias se prestaron en esta sede fue en el 2016 con un total de 28.624 pacientes atendidos, los cuales representan el 82,82% de la oferta de nuestra empresa para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 9.795 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 38.880 pacientes en este centro de atención que corresponden al 25,19% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 2.623 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 45,54% de la capacidad instalada para los procedimientos menores.

Para el año 2011 se encontró una relación de 75 pacientes atendidos en el servicio de urgencias, lo que representa solamente el 0.22% del total de la capacidad instalada en el servicio para este año, este dato debe corresponder a un sub-registro de la información reportada por el sistema de información de la empresa, muy seguramente el número de pacientes atendidos no corresponde a la realidad. Del total de pacientes atendidos fueron observados 13 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 38.880 pacientes en este centro de atención. Estos 13 pacientes corresponden al 0.03% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 4 procedimientos

menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 0.07% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en la sede de Canapote.

Para el año 2012 fueron atendidos en el servicio de urgencias 21.608 pacientes, lo que representa un 62,52% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.614 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 38.880 pacientes en este centro de atención. Estos 1.614 pacientes corresponden al 4,15% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.501 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 26,05% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Canapote.

Para el año 2013 fueron atendidos en el servicio de urgencias 19.957 pacientes, lo que representa un 57,75% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.925 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 38.880 pacientes en este centro de atención. Estos 1.925 pacientes corresponden al 4,95% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.900 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 32,99% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Canapote.

Para el año 2014 fueron atendidos en el servicio de urgencias 26.522 pacientes, lo que representa un 76,74% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 11.786 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 38.880 pacientes en este centro de atención. Estos 11.786 pacientes corresponden al 30,31% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.671 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 29,01% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Canapote.

Para el año 2015 fue necesario ampliar la capacidad instalada en un nuevo consultorio de urgencias que funciona hasta la fecha con 12 horas medico/día, en el horario de 7:00 am a 7:00 pm, decisión motivada por el aumento de la demanda del servicio por parte de los usuarios. Durante este año fueron atendidos en el servicio de urgencias 24.097 pacientes, lo que representa un 69,72% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 11.642 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 38.880 pacientes en este centro de atención. Estos 11.642 pacientes corresponden al 29,94% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.692 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 29,38% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Canapote.

Para el año 2017, con corte a junio 30 han sido atendidos en el servicio de urgencias 13.023 pacientes, lo que representa un 37,68% de la capacidad instalada para este periodo; si se toma en cuenta la producción promedio de los últimos 5 años, se tendrá que la producción para este año estará alrededor del 75% de la capacidad instalada. Del total de pacientes atendidos fueron observados 3.881 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 38.880 pacientes en este centro de atención. Estos 3.881 pacientes corresponden al 9,98% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.676 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se ha realizado el 29,10% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el Hospital de Canapote.

Los pacientes que requieren ser referidos hacia otra IPS de mayor complejidad son regulados a través del programa de referencia asistencia y traslados, PRAT, los cuales se encargan de reportarlos a las EPS, IPS, ubicar cama, envían las ambulancias para el traslado y aceptación de los mismos.

La empresa tiene una alta resolutiveidad en cuanto a las patologías de baja complejidad atendidas, los pacientes que exceden nuestra capacidad técnico-científicos deben ser referidos hacia la mediana y/o alta complejidad; en la actualidad existe un déficit de camas tanto del servicio de urgencias y hospitalización tanto en la mediana y alta complejidad en el Distrito, lo que genera represamiento en nuestro servicio de urgencia.

La consulta externa en estos momentos se está prestando en una sede alquilada como un plan de contingencia debido a las intervenciones locativas que se le está haciendo a la infraestructura de la sede propia del centro, la cual se están realizando por cuenta del Dadis. En la sede provisional la asignación de cita se encuentra en el primer piso a la entrada del centro, en una cacaeta separada de la infraestructura, donde el paciente tiene acceso, sin necesidad de ingresar a la sede donde se prestan los servicios. Se forman las filas de espera para la asignación de cita en la terraza de la institución, se necesitaría en este caso proteger a los pacientes del sol y/o lluvia. El ambiente de trabajo en la sala de asignación de cita cuenta con un buen aire acondicionado el cual brinda una temperatura agradable. para la asignación de cita cuenta con dos amplios consultorios que en la segunda planta de la institución, con un ambiente confortable el cual es dado un aires acondicionados mini split en cada consultorio, además es compartido el médico de p y p el cual de su intensidad horaria presta 2 horas de morbilidad, este brinda sus servicios en un consultorio en el primer piso por lo que se trata de adjudicar los paciente que tienen problema para subir escalera, ya que no existen rampa, con buena iluminación y ventilación natural.

El horario de atención de la consulta Externa es de 7 a 4 pm

La dotación en el área de asignación de citas cuenta con un equipo de cómputo e impresora en mal estado. La dotación de los consultorios en cuanto a equipos está completa, con necesidad de mantenimiento de equipo. En los consultorios falta lámpara cuello de cisne, la silla de los médicos están en regular estado.

En cuanto al recurso humano el centro de salud en el 2015 termino el año con 2.5 médicos lo que equivale a 20 horas médicas, el cálculo de horas médicas se toma del ejercicio que se hace para el estudio de la suficiencia de red, el cual arrojó 12 horas médicas, se sobre oferta el servicio con el fin de servir de apoyo en la atención de la población flotante del centro de salud de Daniel Lemaître que se encuentra también cerrada su sede por intervención en la infraestructura, logrando así llevar la oportunidad a rango óptimo. El recurso humano de este centro corresponde al 3.8 %, del recurso humano de la institución, el cual se ha mantenido constante hasta el 2017 con la capacidad de generar 15840 consultas al año, hay que aclarar que en este centro se generan tres consulta por hora debido que el recurso humano médico en su totalidad es de planta, y ello tienen estipulado 3 consulta por paciente.

Tabla No.7

Relación del recurso humano del servicio de consulta externa en el Hospital de Canapote, año 2017

CARGO	CANTIDAD	VINCULACION	%
Auxiliar de cita	1	Misión	
Auxiliar de archivo	1	Misión	
Medico 8 Hora	0.25	Misión	11.2%
Medico 8Horas	2	Planta	88.8%

Fuente: Coordinación de Consulta externa

El recurso humano del servicio de consulta externa lo componen: 2.25 médico, 1 auxiliar de citas, 1 auxiliar de archivo. Tradicionalmente este servicio contaba con dos médicos de 8 horas, además de 2 horas que la brinda otro médico, de p y p. compartiendo 2 horas de morbilidad y 6 horas en los programa de P y P.

Las actividades de facturación en el servicio de consulta externa se realizan en el área externa donde se presta la atención de asignación de cita presentando la misma problemática antes mencionada la impresora de la consulta se encuentra en este sitio.

Tabla No. 8

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta externa en el Hospital de Canapote, Años 2015, 2016 y 2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2015	15840	12.771	80.6 %
2016	14256	11487	80.5 %

2017 (ENERO – JUNIO)	7128	5815	81.5 %
----------------------	------	------	--------

Fuente: Coordinación de Consulta externa

Al analizar el porcentaje de cumplimiento de la producción del 2015, se encuentra que fue de un 80.6 %, con respecto a la capacidad de producción la cual fue sacada de 2,5 médicos, en el 2016 se redujo las horas medicas a 2,25 horas disminuyendo la producción a 14256, teniendo un porcentaje de producción de 80.5%, en el primer semestre de 2017 la producción se encuentra en un 81,5%.

El servicio de promoción y prevención del Hospital Canapote está ubicado en una sede alterna puesto que este centro se encuentra intervenido, sin embargo los programas de p y p se realizan en el primer piso de esta institución donde se prestan los programas de vacunación, control de crecimiento y desarrollo por médico y enfermería, detección precoz de las alteraciones del joven , atención de enfermedades de interés en salud pública por médico y enfermera, detección precoz del cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, planificación familiar y salud visual para lo cual cuenta con 3 espacios físicos que garantizan las condiciones necesarias para la prestación de estos servicios de salud.

Este centro es alterno al hospital que está en remodelación por parte de la Alcaldía de Cartagena, cuenta con la iluminación suficiente y tiene acondicionador de aire tipo mini split todos los consultorios de p y p.

Esta sede ofrece siguientes servicios:

Vacunación, Higiene oral, Planificación familiar, detección precoz del cáncer de cuello uterino, detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo, detección precoz de las alteraciones del joven, detección precoz de las alteraciones del adulto, atención de enfermedades de interés en salud pública.

Además el hospital en construcción es sede del programa Maternidad Segura el cual presta sus servicios en el primer piso de este centro, además cuenta con un recurso humano especializado para desarrollar el control prenatal, al igual que la realización de ecografías y pelvimetrías. En la actualidad no se están atendiendo partos.

Para la prestación de los servicios esta sede dispone de auxiliar de vacunación la cual tiene 8 horas contratadas y realiza la aplicación de biológicos a libre demanda, lo que significa que se atienden a todos los usuarios que requieran el servicio sin ninguna barrera, para la atención de controles de hipertensión, diabetes, detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo atención de primera vez, planificación familiar, salud visual se cuenta con un médico de 6 horas el cual debe atender 3 pacientes por hora, 18 pacientes diarios, 405 pacientes al mes con una producción anual de 4860, esto en un estado ideal. La atención por enfermería es realizada por una enfermera jefe la cual debe atender 3 pacientes por hora, 12 pacientes de crecimiento y desarrollo y 9 citologías

vaginales diarias para una producción mensual de 270 controles y 198 citologías al mes que consolidando dicha información se generaría un total de 3240 controles al año y 2376 citologías al año.

Tabla No.9

Relación del Recurso Humano del servicio de promoción y prevención en el Hospital de Canapote- Año 2017

DESCRIPCION	CANTIDAD	HORAS
Médico de P y P	1	6
Enfermera Jefe de P y P	1	8
Auxiliar de Vacunación	1	8
Auxiliar de Enfermería	1	8

Coordinación de Promoción y Prevención

Este centro tiene una población referida porcentual importante y requiere del aumento en la capacidad instalada existente. Actualmente la oferta no es suficiente para atender a la población usuaria del servicio.

Tabla No.10

Relación del Recurso Humano del Programa Maternidad Segura en el Hospital de Canapote- Año 2017

DESCRIPCION	CANTIDAD
Ginecólogos	3
Médicos Para Control Prenatal- CANAPOTE	1
Enfermeras Para Control Prenatal	1
Auxiliares de Enfermería de Consulta Externa- Citas	1

Coordinación de Promoción y Prevención

Este servicio no depende de manera directa de la empresa, es operado por un asociado que en gran medida garantiza la disponibilidad de insumos y dispositivos médicos para la ejecución óptima del programa.

Tabla No.11

Relación comparativa de la producción de Promoción y Prevención en el Hospital Canapote entre los años 2014-2017

AÑO / PROGRAMA	C Y D	CCU	CPN	PLANIFICACION	ADULTO	JOVEN	VACUNACION
2014 PRODUCCION	1018	505	634	287	25	182	1322
2015 PRODUCCION	2619	1105	4930	942	63	591	4354
2016 PRODUCCION	2728	850	5260	928	81	545	3901
2017 PRODUCCION	1441	722	2909	334	93	152	1402

Coordinación de Promoción y Prevención

Los datos registrados en la tabla anterior nos permiten inferir múltiples situaciones que se vienen presentando en el desarrollo de los diferentes programas de promoción y prevención, los cuales se detallan a continuación:

Programa de crecimiento y desarrollo:

El desarrollo de este programa muestra un comportamiento regular con la tendencia hacia el aumento como se registra en la tabla anterior, donde se observa que cada vigencia ha tenido un aumento paulatino que ha garantizado el buen desarrollo del mismo, sin embargo este centro podría producir mucho más, solo que se encuentra en remodelación, su cumplimiento en este programa ha sido satisfactorio

Este cumplimiento ha sido en gran medida la exigencia del cumplimiento del programa nacional “Mas Familias en Acción” quien obliga a todos los niños a cumplir con este programa.

De igual forma la líder de crecimiento y desarrollo está atenta a cualquier situación que genere cambios significativos en la prestación de los servicios de salud.

Citologías vaginales:

La realización de citologías vaginales ha tenido un comportamiento irregular mostrando un 100% de aumento en la realización de las mismas respecto al año 2014 donde paso de 505 citologías a 1105 en el 2015, luego presento una disminución del 12% de producción con respecto al año anterior. En el primer semestre de 2017 se observa un aumento significativo que si se cumple la proyección podría realizarse el mayor número de citología de todos los años registrado 2014-2017.

Programa del joven

La producción de este programa es baja, no muestra un comportamiento al aumento más bien a la disminución como se muestra en la tabla anterior.

Programa del adulto mayor:

Este programa muestra una tendencia hacia en aumento en la producción, sin embargo el número de actividades realizadas durante todas las vigencias no tiene cumplimientos suficientes para mejorar de manera significativa el programa donde máximo ha mostrado un cumplimiento del 16%.

Planificación familiar:

La producción en este programa para los años 2015 y 2016 fue la misma, mostrando una regularidad entre estos dos periodos. Sin embargo para el 2017

ha tenido una disminución que amerita la intervención del líder del programa para garantizar el buen desarrollo del mismo. Existen muchos factores externos que muchas veces impiden un normal desarrollo del programa.

Vacunación según esquema PAI:

Este programa ha mostrado variaciones en la producción donde muestra un aumento en el 2015 en un 300%, ósea de manera significativa, pero luego disminuyó en el 2016 y lo producido en el primer semestre también hace pensar que no superara lo producido en el 2015.

Los servicios de Salud Oral prestan en el primer piso, la infraestructura con la que cuenta está deteriorada, le falta mantenimiento en techo y paredes, la iluminación es deficiente, no cuenta con lavamanos para los profesionales, ni independencia entre las áreas de atención, secado y área de esterilización, la unidad odontológica presenta tapizado deteriorado, cuenta con un aire acondicionado mini split en buenas condiciones suficiente para mantener en todo el consultorio una temperatura confortable.

Se dispone de un consultorio con una unidad odontológica, dos turnos de atención, el primero de 7am a 11 am, el segundo de 12m a 4 pm. Estos están dotados con equipo de cómputo sin impresora la cual se encuentra dañada por lo cual se imprime en el módulo de facturación o se realizan las remisiones de manera manual. Se cuenta con los equipos biomédico básicos necesarios para la prestación del servicio de salud oral excepto el equipo de radiografía periapical.

Tabla No.12

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica de primera vez en centro de salud de Canapote entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas Primera vez	551	1146	1501	2667	1728	1247	596
Capacidad de producción	6336	6336	6336	6336	6336	6336	3168
% cumplimiento	8,7%	18,1%	23,7%	42,1%	27,3%	19,7%	18,8%

Fuente: Área de Sistemas-Coordinación Salud oral.

Las consultas iniciales muestran su aumento progresivo y más posicionamiento con respecto a otros centros de salud, de los últimos 3 años presenta el 2015 mayor consultas de primera vez que los años 2016 y 2017.

Tabla No.13

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica en centro de salud de Canapote entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total Consultas odontológicas	3521	5182	5263	5610	4618	4419	2027

Capacidad de producción	6336	6336	6336	6336	6336	6336	3168
% Cumplimiento	55,6%	81,8%	83,1%	88,5%	72,9%	69,7%	64,0%

Fuente: Coordinador Salud oral

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad.

El Talento humano está compuesto por 2 odontólogos generales de 4 horas diarias distribuidos en los turnos anteriormente descritos, y una auxiliar de consultorio de 8 horas diaria; la atención de los usuarios se realiza cada 20 minutos, es decir se atienden 3 pacientes por hora.

La capacidad instalada de Hospital Canapote para el 2017 es de 24 consultas diarias por 22 días laborales generando 528 consultas mensuales, y 6336 consultas anuales. Sin embargo se puede ver alterada por los constantes problemas de suspensión de servicios públicos como agua y energía eléctrica, así como por las capacitaciones a nuestro talento Humano.

Este centro presenta producción aceptable desde el 2011 hasta el 2017 con tendencia a disminuir en consultas odontológicas, producto de la cercanía con otros centros de salud como Daniel Lemaitre, San Pedro, San Francisco sin embargo a pesar de esto cuando se revisan los registros de manera manual tiene una producción anual en promedio de 400 consultas es decir unas 4800 consultas al año.

Salud Mental

Está ubicado en el primer piso de la contingencia del Hospital de Canapote, la iluminación es deficiente ya que solo depende de la iluminación artificial, en caso de irse la luz el consultorio queda oscuro. Actualmente no cuenta con aire acondicionado, en su lugar solo cuenta con un extractor que tiene como fin la distribución del flujo del aire acondicionado que se encuentra en el consultorio de la enfermera jefe, sin embargo, aunque esto no garantiza la ventilación adecuada del consultorio, en ocasiones se hace uso de un ventilador.

El servicio se presta en dos turnos de atención, cada uno de ellos en 8 horas diarias, los días lunes y miércoles. Cuenta con una sola profesional quien inicia sus labores desde las 7:00 am a 4:00 pm. Sin embargo, el mayor inconveniente es que no garantiza la privacidad del usuario ya que el hueco en el que funciona el extractor es tan grande que facilita la escucha de todo lo que se dice en ambos consultorios.

Por otra parte, en el área de facturación también se presentan inconvenientes relacionados con el software y la conectividad ya que si se logra facturar al paciente, en ocasiones no se logra guardar la historia, ya que en muchas ocasiones se cargan los servicios y las consultas pero no se cierran las facturas es

decir el valor sale en cero y en otras ocasiones se pierde la historia clínica realizada.

Cuando se pierde conectividad el profesional debe realizar la historia clínica manualmente y las actividades realizadas son ingresadas posteriormente por el facturador. Procesos que además de lentos y prolongados, dificultan la prestación de un servicio oportuno y agradable tanto para el usuario como para el profesional. Además que afectan directamente nuestra producción y crean discrepancias entre lo reportado de manera manual y los reportes del área de sistema y RIPS.

Tabla No. 14

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta por psicología en el Hospital de Canapote entre los años 2011-2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2011	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año
2012	576	172	30%
2013	576	226	39%
2014	576	366	64%
2015	2304	334	14%
2016	2304	504	22%
2017 (ENERO – JUNIO)	1152	434	38%

Fuente: Salud Mental

El servicio de Apoyo Diagnóstico cuenta con laboratorio clínico el cual se encuentra ubicado en el primer piso. El servicio cuenta con las áreas delimitadas, según lo establecido en la Res. 2003 de 2014, como son química clínica e inmunología, hematología, orina y varios, además cuenta con el área de toma de muestras sanguínea y toma de muestras ginecológicas, área de montaje, esterilización y lavado de material. Contamos con equipos automatizados, insumos, y reactivos, para la prestación del servicio. En cuanto a la infraestructura, el área cuenta con iluminación suficiente, los mesones son lisos, y la superficie no es porosa y permite su desinfección.

El Horario de atención para la consulta externa es de Lunes a Sábado de 7:00 a.m – 5:00 p.m, y Urgencias las 24 horas los siete días de la semana.

A esta sede del laboratorio clínico están referenciadas las muestras que provienen de los siguientes centros de salud, las cuales son transportadas por un personal de referencia de muestras y estudios.

Tabla No.15
Centros de Salud referenciados a Canapote

CANDELARIA	ARROYO DE LAS CANOAS
ESPERANZA	ARROYO DE PIEDRA
SAN FRANCISCO	ARROYO GRANDE
FOCO ROJO	MANZANILLO
BOQUILLA	PONTEZUELA
BAYUNCA	PUERTO REY
FREDONIA	PUNTA CANOA
DANIEL LEMAITRE	TIERRA BAJA
SAN PEDRO Y LIBERTAD	BOCACHICA
NUEVO PORVENIR	CAÑO DEL ORO
FATIMA	ISLAS DEL ROSARIO
CANAPOTE	PUNTA ARENA
LIBANO	TIERRA BOMBA

Fuente: Coordinación Apoyo Diagnóstico

Tabla No.16

Relación comparativa de la producción porcentual del Laboratorio Clínico en el Hospital Canapote, años 2011 hasta 2017

ZONA URBANA																					
CENTRO/ AÑO	2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017		
	Capc	Prodc	% Util																		
BOQUILLA	12240	12581	103%	12240	10420	85%	12240	8531	70%	12240	15112	123%	12240	16261	133%	12240	15685	128%	12240	6976	57%
CANAPOTE	15840	27111	171%	15840	23232	147%	15840	20456	129%	15840	31635	200%	15840	33119	209%	15840	46021	291%	15840	19324	122%
CANDELARIA	13440	31430	234%	13440	30306	225%	13440	28204	210%	13440	31426	234%	13440	35784	266%	13440	43053	320%	13440	16174	120%
ESPERANZA	13440	33049	246%	13440	24112	179%	13440	22408	167%	13440	36222	270%	13440	49454	368%	13440	47066	350%	13440	19977	149%
FATIMA	12240	8508	70%	12240	9535	78%	12240	7644	62%	12240	6165	50%	12240	6689	55%	12240	6978	57%	12240	4387	36%
FOCO ROJO	12240	12875	105%	12240	14678	120%	12240	12744	104%	12240	9957	81%	12240	14119	115%	12240	22778	186%	12240	12436	102%
FREDONIA	12240	32050	262%	12240	24876	203%	12240	22968	188%	12240	34937	285%	12240	45420	371%	12240	22468	184%	12240	12032	98%
LIBANO	12240	16471	135%	12240	19089	156%	12240	17508	143%	12240	19556	160%	12240	9730	79%	12240	0	0%	12240	0	0%
SAN FRANCISCO	12240	32856	268%	12240	33680	275%	12240	31860	260%	12240	41757	341%	12240	16127	132%	12240	34078	278%	12240	18547	152%
SAN PEDRO	12240	15081	123%	12240	18879	154%	12240	16596	136%	12240	17766	145%	12240	7083	58%	12240	10434	85%	12240	6032	49%
DANIEL LEMAITRE	12240	6878.3	56%	12240	8456	69%	12240	6324	52%	12240	7219	59%	12240	5514	45%	12240	12245	100%	12240	7590	62%
NUEVO PORVENIR	12240	17780	145%	12240	16545	135%	12240	14244	116%	12240	16580	135%	12240	11749	96%	12240	18158	148%	12240	9940	81%
TOTAL LAB. CANAPOTE	177360	267164	151%	177360	255131	144%	177360	224959	127%	177360	291755	164%	177360	272803	154%	177360	301959	170%	177360	145711	82%

Fuente: Coordinación Apoyo Diagnóstico

Tabla No.17

Relación comparativa de la producción porcentual del Laboratorio Clínico en las sedes asistenciales del área rural de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, años 2011 hasta 2017

CENTRO/ AÑO	2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017		
	Capc	Prodc	% Util																		
BAYUNCA	12240	15055	123%	12240	14756	121%	12240	10852	89%	12240	16034	131%	12240	18576	152%	12240	17297	141%	12240	10020	82%
BOCACHICA	12240	11720	96%	12240	13210	108%	12240	11120	91%	12240	12453	102%	12240	10097	82%	12240	16857	138%	12240	5837	48%
MA.ONZANILLO	12240	2179	18%	12240	3809	31%	12240	1980	16%	12240	2100	17%	12240	824	7%	12240	2236	18%	12240	844	7%
TIERRA BAJA	12240	2445	20%	12240	3767	31%	12240	1764	14%	12240	2366	19%	12240	1084	9%	12240	2224	18%	12240	1080	9%
PONTEZUELA	12240	4254	35%	12240	5098	42%	12240	3914	32%	12240	4954	40%	12240	3049	25%	12240	3481	28%	12240	1666	14%
CAÑO DE ORO	12240	3121	25%	12240	4564	37%	12240	2112	17%	12240	4422	36%	12240	1386	11%	12240	3038	25%	12240	1530	13%
ARROYO CANOAS	12240	1771	14%	12240	3275	27%	12240	1104	9%	12240	1812	15%	12240	892	7%	12240	1113	9%	12240	687	6%
PUERTO REY	12240	2581	21%	12240	3134	26%	12240	1020	8%	12240	1280	10%	12240	889	7%	12240	2265	19%	12240	1249	10%
TIERRA BOMBA	12240	3259	27%	12240	4230	35%	12240	2496	20%	12240	3683	30%	12240	2628	21%	12240	4743	39%	12240	2279	19%
PUNTA CANOA	12240	2975	24%	12240	3890	32%	12240	1260	10%	12240	1876	15%	12240	874	7%	12240	1081	9%	12240	684	6%
PUNTA ARENA	12240	0	0%	12240	0	0%	12240	1815	15%	12240	912	7%	12240	786	6%	12240	1663	14%	12240	602	5%
ARROYO PIEDRA	12240	4279	35%	12240	5676	46%	12240	3276	27%	12240	6654	54%	12240	1509	12%	12240	2984	24%	12240	1515	12%
ISLAS DEL ROSARIO	12240	0	0%	12240	0	0%	12240	0	0%	12240	144	1%	12240	139	1%	12240	325	3%	12240	221	2%
ARROYO GRANDE	12240	5439	44%	12240	6567	54%	12240	4620	38%	12240	7389	60%	12240	3178	26%	12240	5698	47%	12240	2276	19%
Total	171360	59078	34%	171360	71976	42%	171360	47333	28%	171360	66079	39%	171360	45911	27%	171360	65005	38%	171360	30490	18%

Fuente: Coordinación Apoyo Diagnóstico

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad

De acuerdo a la población asignada para este Hospital, y teniendo en cuenta la demanda de la asignación de citas, se hace una programación de 60 citas diarias para esta sede, cabe resaltar que a este laboratorio están referenciados las Tomas de muestras de los centros de Salud mencionados anteriormente los cuales manejan un aproximado de 45 pacientes diarios, exceptuando los centros de salud de Candelaria y Esperanza los cuales manejan 50 citas diarias.

El recurso humano está capacitado y es idóneo para desarrollar las actividades propias de su cargo.

Teniendo en cuenta la capacidad instalada del Hospital, se cuenta con 5 Bacteriólogos de 6 horas para realizar la Urgencia 24 horas, 4 Bacteriólogos de 8 horas, y 1 Bacteriólogo de 6 horas para la consulta Externa, 3 Auxiliares de Laboratorio y 4 mensajeros.

La oportunidad en el Hospital Canapote se encuentra a 1 día.

En relación de la capacidad instalada – producción y % de rendimiento para la Zona Urbana, se detalla que nosotros contamos con un recurso humano, dotación e infraestructura para prestar servicio de 12.240 tomas de muestras demostrando que la producción anual del 2011 y 2012 fue de 267.164 y 255.131 respectivamente, teniendo una porcentaje de rendimiento por encima de nuestra capacidad de 151% para el año 2011, y 144% para el 2012.

En el 2013, 2014, 2015, y 2016 nuestra capacidad instalada sigue siendo la misma en estos años obteniendo un porcentaje de rendimiento de 127%, 164%, 154% y 170%, debido a una producción superior a nuestra capacidad instalada en 224.959, 291.755, 272.803, y 301.959 respectivamente.

En el 2017 se puede evidenciar que en el primer semestre del 2017 ya se tiene un rendimiento del 82 %, con una producción de 145.711, debido a la demanda del servicio y la apertura del programa de maternidad segura en este centro.

Para la Zona rural en relación de la capacidad instalada – producción y % de rendimiento, se presenta que el % de rendimiento está por debajo en comparación a la Zona urbana, debido a que la atención se realiza 1 sola vez a la semana en los diferentes centros, y el personal que labora en este servicio es compartido con el área de PyP.

Para el caso de la oferta de toma de muestras para citologías cérvico uterinas se dispone de una infraestructura compartida con el servicio de tomas de muestras de laboratorio clínico de los diferentes centros tipo B y C.

A nivel de las unidades para toma de muestra de laboratorio clínico se observa que tanto la productividad de la capacidad física, como al del recurso humano

están por muy encima del 100%, incluso la tendencia está por encima del 200%, este comportamiento estadístico debe ser revisado por qué se puede estar generando en una mala práctica clínica.

En el Hospital Canapote el servicio de apoyo diagnóstico cuenta con sala de Rayos X médico, la cual se encuentra ubicado en el primer piso. El servicio cuenta con las áreas delimitadas, según lo establecido en la Res. 2003 de 2014, como son sala de exámen exclusiva para equipo de rayos X con las protecciones contra radiaciones ionizantes, área para el control del equipo, área para cambio de ropa de pacientes, área para lectura de placas. Contamos con equipos digitales, insumos para la prestación del servicio. En cuanto a la infraestructura, debido a la intervención del hospital, en época de lluvia el agua se filtra hasta este servicio dificultando la atención, el área cuenta con iluminación suficiente, los mesones son lisos, y la superficie no es porosa y permite su desinfección, las paredes y puertas están plomadas, los espacios son amplios y suficientes para la buena prestación del servicio. La sala de espera es compartida con otros servicios, la cual es reducida para el número de pacientes.

El Horario de atención para la consulta externa es de Lunes a Sábado de 7:00 a.m – 12:00 m, y de 1:00 p.m – 5:00 p.m, y Urgencias las 24 horas los siete días de la Semana.

Tabla No.18

Relación comparativa de la producción porcentual de la sala de Rayos X en el Hospital Canapote, años 2011 hasta 2017

CENTRO / AÑO	2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017		
	Ca pc	Pro dc	% Util	Ca pc	Pro dc	% Util	Ca pc	Pro dc	% Util	Ca pc	Pro dc	% Util	Ca pc	Pro dc	% Util	Ca pc	Pro dc	% Util	Ca pc	Pro dc	% Util
RAYOS X	254 40	955 4	38 %	254 40	186 40	73 %	254 40	196 28	77 %	254 40	248 46	98 %	254 40	245 02	96 %	254 40	251 92	99 %	254 40	914 8	36 %

Fuente: Coordinación Apoyo Diagnóstico

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad

De acuerdo a la población asignada, y teniendo en cuenta la demanda de la asignación de citas, se hace una programación de 70 citas diarias para este servicio.

El recurso humano está capacitado y es idóneo para desarrollar las actividades propias de su cargo.

Teniendo en cuenta la capacidad instalada del Hospital, se cuenta con 4 técnicos de rayos x de 6 horas, y 1 auxiliar administrativo.

La oportunidad en el Hospital Canapote se encuentra a 10 días.

En relación de la capacidad instalada – producción y % de rendimiento , se detalla que nosotros contamos con un recurso humano, dotación e infraestructura para prestar servicio de 25.440 toma de Rayos X, demostrando que la producción anual del 2011 fue de 9.554, teniendo un porcentaje de rendimiento por debajo de nuestra capacidad de 38% .

En el 2012, y 2013 nuestra capacidad instalada sigue siendo la misma en estos años obteniendo un porcentaje de rendimiento de 73% y 77% respectivamente, con una producción para el año 2012 de 18.640, y 19.628 para el 2013.

Para los años de 2014, 2015 y 2016, la producción se ve incrementada en comparación a los años anteriores, con un porcentaje de utilidad de 98%, 96% y 99% respectivamente, esto debido a que se realizaron 24.846 tomas de Rayos X para el año 2014, 24.502 para el 2015, y para el 2016, 25.192.

En el 2017 se puede evidenciar que el primer semestre del 2017 ya se tiene un porcentaje de rendimiento del 36 %, con una producción de 9.148.

La empresa tiene tres salas habilitadas, y licenciadas por la secretaria de salud departamental, pero sola está en funcionamiento la sala del Hospital Canapote, la sala del Hospital Arroz Barato y del CSCC Esperanza se encuentra averiadas, esto ocasiona el no cumplimiento con las metas, tanto a nivel de producción, como a nivel de las metas establecidas contractualmente con las EPS, debido a las baja cobertura de este servicio.

Componente habilitación según Resolución 2003

Tabla No.19

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio Hospital Canapote Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	100	0	0	100	100	NA	NA	100	100	78	78	NA	NA
ODONTOLOGICA	100	100	0	0	91	91	42	42	100	100	78	78	100	100
CONSULTA PROMOCION Y PREVENION	100	100	0	0	100	100	100	100	33	33	80	80	NA	NA
VACUNACION	100	100	0	0	100	100	73	73	63	63	100	100	NA	NA
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	100	0	0	100	100	100	100	33	33	100	100	NA	NA
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	67	67	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	NA	NA
URGENCIAS	0	0	0	0	50	50	0	0	40	40	78	78	50	50
HOSPITALIZACION	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	0		0	0	0		82		100		100		NA	NA
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
FARMACIA	100	100	0	0	67	50	92	0	100	40	100	78	NA	NA
P Y P MEDICO	100	100	0	0	50	50	86	86	67	67	90	90	NA	NA
ECOGRAFIA	NE		NE		NE		NE		NE		NE		NE	
PSICOLOGIA	NE		NE		NE		NE		NE		NE		NE	
LABORATORIO CLINICO	67	67	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	NA	NA

Nota: Se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No.20

Comparativo de cumplimiento de global de estándares de habilitación por servicio Hospital Canapote años 2016-2017

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	75,60	24,40	94,5	5,5
ODONTOLOGICA	73	26,86	85,1	14,6
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	68,83	31,17	82,6	17,4
VACUNACIÓN	72,67	27,33	87,2	12,8
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	72,17	27,83	86,6	13,4
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	*	*	*	*
URGENCIAS	31,14	68,86	36,3	63,6
HOSPITALIZACION	NA	NA	NA	NA
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	47	53	0	
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	NA	NA	NA	NA
FARMACIA	76,5	23,5	53	47
P Y P MEDICO	65,5	34,5	78,6	21,4
ECOGRAFIA	NE	NE	NE	NE
PSICOLOGIA	NE	NE	NE	NE
LABORATORIO	95,29	4,71	95,29	4,71
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	63,07	26,07	77,7	22,28

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre La evaluación del servicio de toma de muestras está incluido en el servicio de laboratorio clínico.

Con la tabla anterior podemos evidenciar, de manera general un incremento en el cumplimiento de la habilitación de los servicios ofertados, se obtiene un resultado global de 63% en el 2016 y en el 2017 paso a 77,7%; siendo los servicios con menor cumplimiento en habilitación, urgencias y farmacia que están en la sede que está siendo intervenida.

La evaluación de la Política de seguridad del paciente, se evalúa a través de dos metodologías, la primera fue la aplicación del instrumento de evaluación de la estrategia de lavado de manos, dado por la OMS, en los años 2014 y 2015, en el 2016 no se realizó y el para el 2017 se programó para el segundo semestre del año.

Tabla No.21

**Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
Hospital Canapote**

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	40	20	97,5	40	5	202,5	126-250 BASICO	
2da medición	40	20	85	35	5	185	126-250 BASICO	
2015	50	60	62,5	55	45	272,5	251-375 INTERMEDIO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consistente en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 61%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, el recurso humano tiene claro el concepto de lo que es cada uno, no se evidencia la aplicación del protocolo de bienvenida.

Infraestructura

Este centro de salud se encuentra en estos momentos intervenido por empresa constructora contratada por el DADIS (Departamento Administrativo Distrital de Salud), por lo tanto su estudio del estado de la infraestructura hospitalario no es recomendable mencionarlo en este momento, ya que hay áreas que se encuentran directamente afectadas por el proceso de construcción del centro hospitalario.

Facturación

Facturación Urgencia

El área de facturación del servicio de urgencia, se encuentra en la entrada de dicho servicio, su ubicación es estratégica para poder visualizar el ingreso del paciente pero no es garantía para cuando el paciente sale de la atención o dado de alta; El área locativa de facturación tiene una buena ventilación debido a que el

aire central cubre todo el espacio en que está compuesto el área de sala de espera y facturación, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 24 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Facturación Consulta Externa

El área de facturación en el servicio de consulta externa se encuentra en un espacio no adecuado locativamente para poder ejercer la función con visibilidad al ingreso o solicitud del usuario de su cita programada, ya que se encuentra en la entrada de una casa la cual fue acondicionada para prestar este servicio.

Igualmente carece de una protección locativa hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 8 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Sistemas

La conectividad entre esta sede y la sede principal es a través de fibra óptica con un ancho de banda de 15 Mbps.

El cableado estructurado de esta seda está en un regular estado por lo que se hace necesario cambiarlo además es insuficiente por lo cual la sede cuenta con conexión inalámbrica. Esta sede cuenta con dos cámaras de video vigilancia 24/7, ubicada una en la entrada de la urgencia y una en la sala de espera de este servicio.

El Hospital de Canapote, está programado dentro del enfoque de Prestador Primario en el esquema de RIPSS, para que asuma el rol de cabeza de nodo de la Subred Norte, esta sede operativa desarrollará el portafolio integral definido por la norma para un Prestador Primario, es decir los servicios de baja complejidad, con una urgencia resolutive y las especialidades básicas. Actualmente lleva más de 18 meses en intervención por parte del distrito y según su amplitud puede ser además una alternativa para servicios complementarios mediante esquemas de asociación.

SEDE No. 2 CENTRO DE SALUD CON CAMA NUEVO BOSQUE:

Ubicado en la zona urbana, 3ª Etapa Mz.1 Lote 14 B, Barrio Nuevo Bosque, con código de habilitación 1300100871-03, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 24297. La ubicación de este centro es de fácil acceso, cuenta con vías en buen estado y con servicio de transporte público actualmente está siendo sede de la contingencia presentada por el cierre del centro de salud con cama Los Cerros, debido a la demolición de este centro por parte de Distrito, en año 2015. La población usuaria asignada a este centro de atención es de 24297 y la de Los Cerros es de 12148. Esta situación ha generado la extensión en los horarios de 8 horas a 12 horas en los servicios ambulatorios.

Este centro está ubicado a 20 minutos aproximadamente de la sede administrativa.

En el documento Red este centro de atención pertenece a la sub red Centro, Nodo E, categorizado como centro tipo b. Esta designación limita el portafolio de servicios que actualmente oferta la sede, ya que elimina el laboratorio clínico que permite garantizar la oportunidad en el servicio y hacer una atención preferencial al programa de control prenatal.

El servicio de urgencias se presta en el primer piso, el acceso al servicio es amplio, cuenta con acceso para discapacitados. A la infraestructura física le hace falta mantenimiento de pintura internamente y en la fachada. La iluminación de los diferentes ambientes es adecuada, excepto en sala de observación en donde es deficiente, por otra parte las lámparas requieren que se les coloque protectores. No obstante contar con acondicionador de aire central, este en la actualidad no funciona adecuadamente porque el que se tenía fue hurtado por delincuentes y el que está actualmente solo cubre un 30% del servicio; lo que no permite trabajar en buenas condiciones de temperatura, el calor se convierte en un elemento que dificulta la atención de los pacientes. La sede dispone de una planta eléctrica con capacidad para todos los servicios, excepto los aires acondicionados. La dotación de equipos existente es básica pero deben ser renovados por vencimiento de la vida útil. La disponibilidad de materiales e insumos para prestar el servicio es permanente, ocasionalmente pueden faltar en periodos cortos. La dotación de medicamentos es regular, estos se encuentran dispuestos para la prestación del servicio, cumpliendo con la normatividad y de acuerdo a la complejidad del servicio ofertado. Actualmente el servicio de urgencias se presta con suficiencia a todos y cada uno de los usuarios que lo consultan, no existen significativas dificultades para la operatividad del servicio, en general se dispone de los elementos y condiciones necesarias para la prestación del mismo, se deduce entonces que el proceso se desarrolla sin mayores traumatismos.

La empresa oferta dos consultorios de urgencias durante las 24 horas al día, todos los días del año, de estos uno funciona como consultorio de Triage. El servicio es atendido por el equipo de salud liderado por el médico general. También se dispone de una sala de reanimación y una sala de procedimientos menores,

además se cuenta con ocho (08) camillas de observación de pacientes (hombres, mujeres y niños). En los últimos tres años (2015-2017) la ESE Cartagena de Indias ha sostenido esta capacidad instalada en el servicio de urgencias de este centro de atención; a partir del año 2015 se incrementó la consulta de urgencias y hubo que incrementar la capacidad instalada, motivado por el cierre del servicio de urgencias del CSCC de Los Cerros, lo cual produjo un significativo aumento en la demanda del servicio del centro, lo que motivó que se incrementara la capacidad instalada en un consultorio médico, el mismo funciona en la sala de procedimientos menores, la cual a partir de esa fecha funciona compartida con sala de reanimación.

Tabla N° 22

Relación comparativa de la producción porcentual de urgencias en el CSCC de Nuevo Bosque entre los años 2011-2017

CENTRO/ AÑO	NUEVO BOSQUE								
	URGENCIAS			PROCEDIMIENTOS MENORES			OBSERVACIÓN		
	Capc	Prodc	% Útil	Capc	Prodc	% Útil	Capc	Prodc	% Útil
2011	25920	4	0,02%	5760	1	0,02%	34560	0	0,00%
2012	25920	11294	43,57%	5760	1550	26,91%	34560	1267	3,67%
2013	25920	16483	63,59%	5760	1179	20,47%	34560	2800	8,10%
2014	25920	21771	83,99%	5760	1116	19,38%	34560	6136	17,75%
2015	38880	34815	89,54%	5760	1709	29,67%	34560	9966	28,84%
2016	38880	36008	92,61%	5760	5122	88,92%	34560	14994	43,39%
2017	38880	16626	42,76%	5760	2317	40,23%	34560	5576	16,13%

Fuente: Subgerencia científica

La capacidad instalada potencial puede generar un registro asistencial de 25.920 consultas de urgencias año, si analizamos la producción anual, se evidencia que el año que más consultas de urgencias se prestaron en esta sede fue en el 2016 con un total de 36.008 pacientes atendidos, los cuales representan el 92,61% de la oferta de nuestra empresa para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 14.994 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención que corresponden al 43,39% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 5.122 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 88,92% de la capacidad instalada para los procedimientos menores.

Para el año 2011 se encontró una relación de 4 pacientes atendidos en el servicio de urgencias, lo que representa solamente el 0.02% del total de la capacidad instalada en el servicio para este año, este dato debe corresponder a un sub-registro de la información reportada por el sistema de información de la empresa, muy seguramente el número de pacientes atendidos no corresponde a la realidad. Del total de pacientes atendidos fueron observados 0 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención.

Estos 0 pacientes corresponden al 0,0% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizó 1 procedimiento menor. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 0.02% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en la sede de Nuevo Bosque.

Para el año 2012 fueron atendidos en el servicio de urgencias 11.294 pacientes, lo que representa un 43,57% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.267 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 1.267 pacientes corresponden al 3.67% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo período se realizaron 1.550 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 26,91% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Nuevo Bosque.

Para el año 2013 fueron atendidos en el servicio de urgencias 16.483 pacientes, lo que representa un 63,59% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 2.800 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 2.800 pacientes corresponden al 8,10% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.179 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 20,47% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Nuevo Bosque.

Para el año 2014 fueron atendidos en el servicio de urgencias 21.771 pacientes, lo que representa un 83,99% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 6.136 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 6.136 pacientes corresponden al 17,75% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.166 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 19,38% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Nuevo Bosque.

Para el año 2015 fue necesario ampliar la capacidad instalada en un nuevo consultorio de urgencias las 24 horas al día, decisión motivada por que se cerró el servicio de urgencias del CSCC de Los Cerros, cercano a este centro, lo cual incrementó la demanda al servicio y como contingencia ante esta situación, la ESE amplió su capacidad instalada para soportar la sobredemanda al servicio. Durante este año fueron atendidos en el servicio de urgencias 34.815 pacientes, lo que representa un 89,54% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 9.966 pacientes, la empresa está en

capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 9.966 pacientes corresponden al 28,84% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.709 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 29,67% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Nuevo Bosque.

Para el año 2017, con corte a junio 30 han sido atendidos en el servicio de urgencias 16.626 pacientes, lo que representa un 42,76% de la capacidad instalada para este periodo; si se toma en cuenta la producción promedio de los últimos 5 años, se tendrá que la producción para este año estará alrededor del 85% de la capacidad instalada. Del total de pacientes atendidos fueron observados 5.576 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 5.576 pacientes corresponden al 16,13% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 2.317 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se ha realizado el 40,23% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Nuevo Bosque.

La Consulta Externa dispone de un área para la asignación de cita en el primer piso, la cual se encuentra ubicada a la entrada del acceso destinado para la consulta externa, contando con una pequeña sala de espera al interior de la institución para los pacientes que vienen a solicitar la cita, consta con dos puestos de asignación de cita, distribuida en dos ambientes diferentes, una se encuentra a un lado de la sala de espera separada por una barrera física a media altura con mesón de apoyo, y el otro puesto en una sala adyacente, con el fin de atender la gran demanda de pacientes que vienen a solicitar la consulta. En el segundo piso se encuentran los 5 consultorios médicos disponibles para realizar la consulta, con una gran sala de espera que se comparte con los otros servicios que se ofrecen en la institución, a los cuales pueden acceder a través de una amplia rampa que comunica el primer piso con el segundo.

En cuanto al ambiente de la asignación de cita desde hace un año carecer de aire acondicionado central, debido al robo que le hicieron al centro de salud el cual le robaron las manejadoras y hasta la fecha no se ha podido recuperar estos equipos, teniendo la necesidad de recurrir a los abanicos que no solucionan la problemática de las altas temperatura que se manejan en esta ciudad, lo mismo sucede con los consultorios del segundo piso y sala de espera, cada uno de los consultorios se le ha asignado un abanico en las medidas de lo posible, incluso un médico adecuo su propio aire acondicionado, cuenta con buena iluminación, la ventilación natural.

La dotación de las áreas de asignación de cita cuenta con un equipo de cómputo e impresora. La dotación de los consultorios en cuanto a equipos no es completa

hay falencia de tensiómetros y fonendoscopio pediátrico, peso con tallimetro, la silla de los médicos se encuentra en mal estado, y algunos pacientes.

En cuanto al recurso humano el centro de salud en el 2015, inicio con 28 horas médicas, horas ajustado al estudio de suficiencia de red, con el cual se podía brindar un servicio con oportunidad a la población demandante, situación que se modificó para el mes de octubre debido a que este centro sirvió de soporte para la atención de la población del centro de salud de los Cerros, el cual fue cerrado por realizarles intervención en su infraestructura a cargo del Dadis, por lo que fue necesario incrementar la oferta hasta 44 horas médicas, y así poder brindar un servicio con oportunidad, En el 2017 se ofrece el servicio con 5.5 médicos que generan 44 horas medica diarias, la cuales corresponden al 8.2 % del total de horas médica, pudiendo producir 23232 consultas al año.

Tabla N° 23

Relación del recurso humano del servicio de consulta externa en el Centro de Salud Con Cama de Nuevo Bosque año 2017

	CANTIDAD	VINCULACION	%
Auxiliar de cita	2	Misión	
Auxiliar de archivo	1	Misión	
Medico 8 Hora	2	Misión	
Medico 4Horas	7	Misión	

Fuente: Coordinación de Consulta externa

El recurso humano del servicio de consulta externa lo componen además del personal médico, la auxiliar de citas, un auxiliar de archivo. En estos momentos por la gran población que se atiende Se cuenta con 2 auxiliares de cita, una auxiliar de archivo, 2 médicos de 8 horas, y 7 médicos de 4 horas que corresponde a 3,5 médicos de 8 Horas.

El horario de atención en este centro para la consulta externa es de 7 a.m. a 7 pm, jornada continua

Las actividades de facturación en el servicio de consulta externa se realizan en el segundo piso al inicio de la sala de espera, separada por un medio muro, Igualmente carece de una protección locativa hacia las agresiones de los usuarios o familiares a los que son víctimas ocasionalmente los facturadores.

La capacidad de producción del centro se puede observar que presento una variación significativa en el 2015, la cual inicio con 28 horas médica y termino el año con 36 horas medicas quedando con una capacidad de producción de 38016 consulta, en el periodo del 2016 y 2017, se incrementó a 44 horas medicas las cuales se estabilizo en estos períodos quedando con una capacidad de producción de 46464 consulta.

Tabla N° 24

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta externa en el Centro de Salud con Cama de Nuevo Bosque, Años 2015, 2016 y 2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2015	38016	21887	57.5%
2016	46464	32106	69.0%
2017 (ENERO – JUNIO)	23232	17986	77.4%

Fuente: Coordinación de Consulta externa

Al analizar el porcentaje de cumplimiento de la producción del 2015 que fue de un 57.5%, hay que aclarar que se tomó la capacidad de producción la oferta de los últimos meses que fue de 36 horas médicas, por eso da una capacidad de producción espera elevada con respecto a la consulta realizada, ya que al inicio del año solo se contaba con 28 horas, por lo tanto tenemos en este año un sesgo en los resultados de porcentaje de producción bastante disminuido, en el 2016 y 2017 se mejoró la producción subiendo a un 69%, y 77.4%, respectivamente, teniendo en cuenta que los inconvenientes que se tienen al no poder reemplazar las horas médicas en caso de incapacidades, capacitación, y en la dificultad que hay para conseguir un médico inmediatamente cuando se retira un médico por diversas causas.

La Promoción y Prevención en el centro de salud con camas de Nuevo Bosque está ubicado en el segundo piso de esta institución donde se prestan los programas de control de crecimiento y desarrollo por médico y enfermería, detección precoz de las alteraciones del joven, atención de enfermedades de interés en salud pública por médico y enfermera, detección precoz del cáncer de cuello uterino, detección precoz del cáncer de seno, planificación familiar, salud visual, para lo cual cuenta con 4 espacios físicos que garantizan las condiciones necesarias para la prestación de estos servicios de salud, sin embargo para el fortalecimiento del cumplimiento de metas de las actividades de la toma de citologías vaginales se proyectado tener un espacio adicional para la realización de las citologías vaginales en un consultorio ubicado en el primer piso donde funciona la atención por psicología ya que este espacio es utilizado los martes, viernes y sábado; La prestación del programa de vacunación se presta en el primer piso de esta institución.

Esta infraestructura debe ser intervenida mediante la realización de un mantenimiento correctivo de pintura de la fachada e interiores de la misma. Cabe anotar que cumple con los parámetros establecidos en cuanto al espacio físico requerido por cada área respectiva. Cuenta con la iluminación suficiente y tiene acondicionador de aire tipo mini split en todos los consultorios de p y p, sin embargo la sala de espera es compartida para otros servicios la cual no tiene acondicionador de aire generando trastorno y malestar en los usuarios.

Esta sede ofrece siguientes servicios:

Vacunación, Higiene oral, Planificación familiar, detección precoz del cáncer de cuello uterino, detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo, detección precoz de las alteraciones del joven, detección precoz de las alteraciones del adulto, atención de enfermedades de interés en salud pública.

Para la prestación de los servicios esta sede dispone de 2 auxiliares de vacunación la cual tiene 8 horas contratadas y realiza la aplicación de biológicos a libre demanda, lo que significa que se atienden a todos los usuarios que requieran el servicio sin ninguna barrera, para la atención de controles de hipertensión, diabetes, detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo atención de primera vez, planificación familiar, salud visual se cuenta con 12 horas médicas (un médico de 8 horas el cual debe atender 3 pacientes por hora, 24 pacientes diarios, 540 pacientes al mes con una producción anual de 6480 esto en un estado ideal y otro de 4 horas que realiza la mitad de la producción anteriormente descrita) . La atención por enfermería es realizada por 2 enfermeras jefes las cuales deben atender 3 pacientes por hora, 12 pacientes de crecimiento y desarrollo y 9 citologías vaginales diarias para una producción mensual de 270 controles y 198 citologías al mes que consolidando dicha información se generaría un total de 3240 controles al año y 2376 citologías al año cada una (Esto en un escenario ideal).

Tabla N° 25

Relación del Recurso Humano del servicio de Promoción y Prevención en el Centro de Salud con Camas Nuevo Bosque- Año 2017

DESCRIPCION	CANTIDAD	HORAS
MEDICO DE P Y P	1	4
MEDICO DE P Y P	1	8
ENFERMERA JEFE DE P Y P	2	8
AUXILIAR DE VACUNACION	2	8
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1	8

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

Con el recurso humano descrito anteriormente no podemos cumplir al 100% de las metas establecidas para los programas de promoción y prevención debido a que los alcances de estas, son muy altas para cada uno de los programas, adicionalmente la atención de las enfermedades de interés en salud pública y crecimiento y desarrollo ocupan un porcentaje importante de nuestra capacidad instalada, por lo anterior ya se están realizando los ajustes respectivos que permitan minimizar esta situación. Puesto que nuestro proceso de atención establece que la atención de cita de control y atención por primera vez de estas patologías se hacen por médico, además del programa de planificación familiar que realiza tanto la consulta de primera vez y la cita de control por médico.

Este servicio depende en gran medida de insumos y dispositivos médicos para la ejecución óptima de los programas por lo que se hace necesario contar de manera oportuna con cada uno de ellos, en la actualidad la adquisición de estos se hace de manera oportuna y suficiente, aunque en algunos momentos se puedan producir algunos retrasos en la distribución de los mismos.

Tabla N° 26

Relación comparativa de la producción de promoción y prevención en el centro de salud con camas nuevo bosque entre los años 2014-2017

AÑO / PROGRAMA	C Y D	CCU	CPN	PLANIFICACION	ADULTO	JOVEN	VACUNACION	
2014	PRODUCCION	1823	507	849	310	27	95	2350
2015	PRODUCCION	5049	1300	495	6260	178	585	6435
2016	PRODUCCION	6815	1814	582	1239	67	381	7691
2017	PRODUCCION	3507	1216	315	716	68	549	4424

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

Los datos registrados en la tabla anterior nos permiten inferir múltiples situaciones que se vienen presentando en el desarrollo de los diferentes programas de promoción y prevención, los cuales se detallan a continuación:

Programa de crecimiento y desarrollo:

Este programa muestra un aumento significativo entre el año 2014 y 2015 donde paso de 1823 controles a 5049 teniendo un aumento de 276% aproximadamente, con la ventaja que este comportamiento ha sido sistemático, el cual va en aumento año tras año como se observa en la tabla anterior donde se registran 1823 en el 2014, 5049 en el 2015, 6815 en el 2016 y 3507 en el primer semestre de 2017 lo que conlleva a pensar que estaríamos realizando alrededor de 7.000 controles para el mes de Diciembre, siendo este número de actividades el mayor ejecutado en todos los cuatro años que se registran.

Este cumplimiento desbordado se debe principalmente al programa nacional "Familias En Acción" quien obliga a todos los niños a cumplir con este programa.

De igual forma la líder de crecimiento y desarrollo está atenta a cualquier situación que genere cambios significativos en la prestación de los servicios de salud.

Citologías vaginales:

La realización de citologías vaginales ha tenido un comportamiento regular mostrando un aumento año tras año pasando de 507 citologías en el 2014 a 1814 en el 2016, al igual de lo producido en el primer semestre de 2017 donde se han realizado 1216 lo que supone que para el final del año estaríamos realizando alrededor de 2432 citologías cervico-uterinas superando este número lo realizado durante los últimos cuatro años.

Programa del joven

Este programa muestra un comportamiento deficiente en cada uno de los años anotados en la tabla anterior puesto que la población objeto tiene unas características especiales que no demandan el servicio de manera voluntaria alcanzando máximo un cumplimiento entre el 8.8% y 10% para la totalidad de las vigencias.

Programa del adulto mayor:

El porcentaje de cumplimiento de este programa en los periodos correspondientes a los años 2014, 2015 y 2016 no fue el esperado mostrando una producción deficiente en cada uno de los años registrados, sin embargo para el primer semestre del 2017 tuvo un repunte significativo duplicando lo producido en años anteriores.

Planificación familiar:

La producción en este programa ha sido irregular , aunque presento comportamientos positivos durante la vigencia 2015 donde se realizaron 6260 actividades representando esto un aumento muy significativo con respecto al año que lo antecedió donde se realizaron solo 310 actividades, sin embargo en el 2016 presento una disminución en el número de actividades , realizando tan solo 1239. En el primer semestre de 2017 el comportamiento ha sido similar al año 2016, no ha tenido cambios significativos; sin embargo este es uno de los programas más sensibles en cuanto a la oportunidad en la entrega de insumos.

Vacunación según esquema PAI:

Este programa muestra un aumento sistemático en cada uno de los años reportados en la tabla anterior, lo cual tiene una explicación importante ya que este programa también es de carácter obligatorio para los beneficiarios del programa "MAS FAMILIAS EN ACCION". De igual forma resaltar la labor ejercida por todos los funcionarios que hacen parte de este programa bandera de nuestra institución.

Salud Mental

En este centro el servicio de psicología se presta en el segundo piso, en un consultorio pequeño, dotado con un aire acondicionado de tipo mini split que no funciona en su totalidad ya que no enfría y se debe hacer uso de un abanico para ventilar mejor el ambiente. El sistema de iluminación es adecuado, la pintura y la infraestructura a nivel general es aceptable, aunque hay mejoras por hacer al cielo raso ya que presenta unos levantamientos en algunas zonas del consultorio.

Para la prestación del servicio en el centro de salud de Nuevo Bosque, se dispone de un profesional en psicología que labora 20 horas semanales equivalentes a una producción de 240 pacientes mensuales y 2.880 pacientes anuales.

Los problemas más relevantes del servicio en este centro están relacionados con la sistematización y la conectividad, cuyas causas tienen que ver con la carencia de servidores, problemas de cableado, cortes del fluido eléctrico, equipos obsoletos y aplicativos no licenciados.

Tabla No. 27

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta por psicología en el centro de salud con camas de Nuevo Bosque entre los años 2011-2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2011	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año
2012	144	93	65%
2013	288	317	110%
2014	288	319	110%
2015	1152	1044	91%
2016	2304	592	26%
2017 (ENERO – JUNIO)	1152	385	34%

Fuente: Coordinación de Salud mental

Los servicios de Salud Oral se prestan en el segundo piso, la infraestructura con la que cuenta está deteriorada, le falta mantenimiento en techo y paredes, la iluminación es buena, cuenta con un aire acondicionado mini Split en buenas condiciones pero no es suficiente para mantener en todo el consultorio una temperatura confortable, se haría necesario instalar un segundo aire Mini Split.

Se dispone de un consultorio con dos unidades odontológicas, tres turnos de atención, el primero de 7am a 11 am, el segundo de 11am a 3 pm, y el tercero de 3pm a 7 pm. Estos están dotados con equipo de cómputo e impresora la cual se encuentra dañada por lo cual se imprime en el módulo de facturación o se realizan las remisiones de manera manual. Se cuenta con la mayoría de los equipos biomédico necesarios para la prestación del servicio de salud oral excepto el equipo de radiografía periapical.

Tabla No. 28

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica primera vez en Centro de Salud de Nuevo Bosque entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas primera vez	2	1293	1118	3687	3915	3836	1923
Capacidad de producción	12672	12672	12672	12672	15840	15840	9504
% cumplimiento	0,0%	10,2%	8,8%	29,1%	24,7%	24,2%	20,2%

Fuente: Área de Sistema-Coordinación Salud oral.

Según el cuadro anterior el año 2011 el reporte sistematizado de consultas es de 2 pacientes, lo que representa el 0% del total de la capacidad instalada en el servicio. En los años 2012, 2013, se reportaron 1293 y 1118 consultas lo que corresponde al 10.2 % y 8.8% de la capacidad instalada respectivamente a pesar que hubo aumento con respecto al año 2011 presenta sub-registros en la información por los problemas de conectividad anteriormente descritos.

Tabla No. 29

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica en Centro de Salud de Nuevo Bosque entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total Consultas odontológicas	170	5230	4569	9852	11368	13522	7959
Capacidad de producción	12672	12672	12672	12672	15840	19008	9504
% cumplimiento	1,3%	41,3%	36,1%	77,7%	71,8%	71,1%	83,7%

Fuente: Área de Sistema-Coordinación Salud oral.

En el año 2014 tenemos 3687 es decir un 29.1% de la capacidad instalada siendo el más alto de los años en análisis.

En el año 2015, 2016, 2017 se reportaron 3915, 3836, 1923 consultas iniciales respectivamente donde también se observan sub-registros al respecto dado que de manera manual el centro de Nuevo bosque reporta aproximadamente unas 700 consultas iniciales por mes, las cuales se constatan en el registro manual que el Hospital de manera sencilla llevan.

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad.

El Talento humano está compuesto por 6 odontólogos generales de 4 horas diarias distribuidos en los turnos anteriormente descritos, dos por cada turno y cuatro auxiliares de consultorio de 8 horas diaria; la atención de los usuarios se

realiza cada 20 minutos, es decir se atienden 6 pacientes por hora. Hasta el 2014 tenía 4 odontólogos generales, en 2015 y 2016 aumento a 5 por la población que adopto con el cierre del centro de salud de Los Cerros, y en el 2017 aumento a 6 odontólogos al año ya que seguía siendo insuficiente para mantener la oportunidad de citas en un estándar inferior a 3 días.

La capacidad instalada de CSCC de Nuevo Bosque para el 2017 es para 72 consultas diarias por 22 días laborales generando 1584 consultas mensuales, y 19008 consultas anuales. Sin embargo se puede ver alterada por los constantes problemas de suspensión de servicios públicos como agua y energía eléctrica, así como por las capacitaciones a nuestro talento Humano.

Tabla No.30

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica en centro de salud de nuevo bosque entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total Consultas odontológicas	170	5230	4569	9852	11368	13522	7959
Capacidad de producción	12672	12672	12672	12672	15840	19008	9504
% cumplimiento	1,3%	41,3%	36,1%	77,7%	71,8%	71,1%	83,7%

Fuente: Coordinación Salud Oral

Se observa que este es uno de los centros de atención que mayor producción, a pesar que puede presentar subregistros se evidencia tendencia al aumento en producción de los años 2014-2017 viendo una diferencia 82.4% entre el 2011 y el 2017.

El apoyo terapéutico En el centro de salud con camas de Nuevo Bosque el servicio de apoyo diagnóstico cuenta con laboratorio clínico el cual se encuentra ubicado en el segundo piso. El servicio cuenta con las áreas delimitadas, según lo establecido en la Res. 2003 de 2014, como son química clínica e inmunología, hematología, orina y varios, además cuenta con el área de toma de muestras sanguínea y toma de muestras ginecológicas, área de montaje, esterilización y lavado de material. Contamos con equipos automatizados, insumos, y reactivos, para la prestación del servicio. En cuanto a la infraestructura, el área cuenta con iluminación suficiente, los mesones son lisos, y la superficie no es porosa y permite su desinfección, los espacios son reducidos, insuficientes para cada una de las áreas del servicio, no posee área exclusiva para el lavado de los elementos de aseo.

El horario de atención para la consulta externa es de lunes a sábado de 7:00 a.m – 5:00 p.m, y Urgencias las 24 horas los siete días de la semana.

El recurso humano está capacitado y es idóneo para desarrollar las actividades propias de su cargo.

A esta sede del laboratorio clínico están referenciadas las muestras que provienen de los siguientes centros de salud:

Tabla No. 31

Centros referenciados en Nuevo Bosque

GAVIOTAS	SOCORRO
SAN VICENTE DE PAUL	TERNERA
POZON	BOSQUE
BLAS DE LEZO	OLAYA
CERROS	NUEVO BOSQUE

Fuente: Coordinación Apoyo Diagnóstico

Las cuales son transportadas por un personal de referencia de muestras y estudios.

Tabla No.32

Relación comparativa de la producción porcentual del laboratorio clínico en el CSCC Nuevo Bosque, años 2011 hasta 2017

CENTRO/ AÑO	2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017		
	Capc	Prodc	% Útil																		
GAVIOTAS	12240	15973	130 %	12240	15540	127 %	12240	13620	111 %	12240	13383	109 %	12240	21348	174 %	12240	31174	255 %	12240	11927	97%
OLAYA	12240	0	0%	12240	0	0%	12240	0	0%	12240	17457	143 %	12240	16315	133 %	12240	34543	282 %	12240	17833	146 %
SAN VICENTE	12240	14375	117 %	12240	13008	106 %	12240	11900	97%	12240	18324	150 %	12240	10266	84%	12240	15324	125 %	12240	6366	52%
CERROS	12240	26945	220 %	12240	32567	266 %	12240	30512	249 %	12240	31153	255 %	12240	13507	110 %	12240	0	0%	12240	0	0%
POZON	18240	42926	235 %	18240	43354	238 %	18240	41016	225 %	18240	43298	237 %	18240	44037	241 %	18240	70522	387 %	18240	34054	187 %
SOCORRO	12240	33453	273 %	12240	32499	266 %	12240	30084	246 %	12240	36283	296 %	12240	34945	285 %	12240	47492	388 %	12240	19448	159 %
NUEVO BOSQUE	15840	35117	222 %	15840	34776	220 %	15840	32516	205 %	15840	35690	225 %	15840	37481	237 %	15840	74376	470 %	15840	39292	248 %
TERNERA	12240	18887	154 %	12240	18743	153 %	12240	15188	124 %	12240	18886	154 %	12240	19529	160 %	12240	26960	220 %	12240	15276	125 %
BOSQUE	12240	11366	93%	12240	13290	109 %	12240	11160	91%	12240	13943	114 %	12240	15071	123 %	12240	28953	237 %	12240	15787	129 %
BLAS DE LEZO	12240	36398	297 %	12240	33009	270 %	12240	30076	246 %	12240	34772	284 %	12240	46535	380 %	12240	56189	459 %	12240	13455	110 %
TOTAL LAB. NUEVO BOSQUE	132000	235440	178 %	132000	236786	179 %	132000	216072	164 %	132000	263189	199 %	132000	259034	196 %	132000	385533	292 %	132000	173438	131 %

Fuente: Coordinador Apoyo Diagnostico

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad

De acuerdo a la población asignada para este Centro de Salud, y teniendo en cuenta la demanda de la asignación de citas, se hace una programación de 60 citas diarias para esta sede, cabe resaltar que a este laboratorio están referenciados las Tomas de muestras de los centros de Salud de Gaviotas, San Vicente de Paul, Pozón, Blas de Lezo, Los Cerros, Socorro, Ternera, Bosque, Olaya, , los cuales manejan un aproximado de 45 pacientes diarios, exceptuando al Hospital Pozón, que debido a la demanda, se hace necesario un cupo de 70 citas.

Teniendo en cuenta la capacidad instalada del centro de salud se cuenta con 5 Bacteriólogos de 6 horas para realizar la Urgencia 24 horas, 4 Bacteriólogos de 8 Horas, y 1 Bacteriólogo de 6 Horas para la consulta Externa, 3 Auxiliares de Laboratorio y 3 mensajeros.

La oportunidad en el CSCC de Nuevo Bosque está a 1 día.

En relación de la capacidad instalada – producción y % de rendimiento se detalla que nosotros contamos con un recurso humano, dotación e infraestructura para prestar servicio de 12.240 tomas de muestras demostrando que la producción anual del 2011 y 2012 fue de 235.440 y 236.736 respectivamente, teniendo un porcentaje de rendimiento por encima de nuestra capacidad en 178% en 2011, y 179% en 2012.

En el 2013, 2014, 2015, y 2016 nuestra capacidad instalada sigue siendo la misma en estos años obteniendo un porcentaje de rendimiento de 164%, 199%, 196%, y 292%, debido a una producción superior a nuestra capacidad instalada en 216.072, 263.189, 259.034 respectivamente.

A nivel de las unidades para toma de muestra de laboratorio clínico se observa que tanto la productividad de la capacidad física, como al del recurso humano están por muy encima del 100%, incluso la tendencia está por encima del 200%, este comportamiento estadístico debe ser revisado por qué se puede estar generando en una mala práctica clínica.

Componente habilitación según Resolución 2003

Los resultados del componente de habilitación, frente al cumplimiento de los requisitos exigidos en la Resolución 2003 de 2014, es variable, teniendo en cuenta la evaluación realizada por auditoría interna en los años 2016 y 2017, en la siguiente tabla se muestra un comparativo de los resultados obtenidos.

Tabla No.33

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S.C.C Nuevo Bosque Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	70	100	65	100	67	100	0	100	75	100	80	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	70	67	67	82	60	100	70	100	67	100	75	0	60
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	70	100	65	100	60	100	70	33	67	90	70	N.A	N.A
VACUNACION	100	80	90	60	90	60	90	80	100	67	100	80	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	100	100	60	90	70	100	70	100	100	100	100	N.A	N.A
LABORATORIO	67	67	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
URGENCIAS	90	70	50	50	100	60	100	60	80	70	90	70	100	80
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	100	50	100	50	100	60	100	N.A	90	70	100	80	N.A	N.A
FARMACIA	100	90	100	60	90	67	100	70	90	80	100	80	N.A	N.A
P Y P MEDICO	0	70	100	65	100	60	N.A	70	33	67	90	70	N.A	N.A
PSICOLOGIA	0	80	0	60	0	80	N.A	N.A	100	80	100	80	N.A	N.A

Fuente: Coordinación de Calidad

Nota: Se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No.34

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.S.C.C Nuevo Bosque Años 2016-2017

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	100,00	0,00	71,40	28,60
ODONTOLOGICA	78,43	21,57	67,00	33,00
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	87,17	12,83	67,00	33,00
VACUNACIÓN	95,00	5,00	71,17	28,83
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	98,33	1,67	83,33	16,67
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	95,29	4,71	95,29	4,71
URGENCIAS	87,14	12,86	65,71	34,29
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	98,33	1,67	62,00	38,00
FARMACIA	96,67	3,33	74,50	25,50
P Y P MEDICO	64,60	35,40	67,00	33,00
PSICOLOGIA	40,00	60,00	76,00	24,00
LABORATORIO	95,00	5,00	95,00	5,00
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	86,0	13,2	74,4	25,08

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

Se presenta una disminución en la calificación global del cumplimiento de habilitación del periodo de 2016 a 2017, pasando de una calificación de 86% a 74%, debido a los estándares de infraestructura y dotación.

Tabla No.35

**Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
CSCC Nuevo Bosque**

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	70	57.5	85	35	11	201	126-250 BASICO	
	5	15	45	30	2	97	0-125 INADECUADO	
2015	40	60	62,5	57,5	45	265	251-375 INTERMEDIO	

Fuente: instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

La implementación de la estrategia de lavado de manos, presento una mejoría debido al incremento en la formación del recurso humano, la evaluación y retroalimentación, criterios que subieron significativamente, respondiendo a las actividades programadas por la coordinación del centro de atención. Esta corresponde a la primera herramienta para evaluar la política de seguridad del paciente, además se realiza la aplicación de lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la política de humanización, tiene un cumplimiento del 40%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se evidencia parcialmente el conocimiento de los deberes y derecho por parte de los funcionarios, faltando la socialización del protocolo de bienvenida y la socialización de la política, en el 2017.

Infraestructura

El centro de salud de nuevo bosque, cuenta con una infraestructura adecuada para el funcionamiento de un centro de salud con urgencia y consulta externa, requiere de reparación y/o ampliaciones en la zona de urgencias para el buen funcionamiento en las áreas de observación y procedimientos, como también requiere de unas mejoras locativas generales en su infraestructura que ayudarían a mejorar la prestación del servicio sin embargo este centro de salud era uno de los priorizados a remodelar por el Distrito de Cartagena, hoy día no se tiene certeza de la ejecución de dichas obras.

Las debilidades con las que cuenta este centro se relacionan a continuación:

- Cambio de ventanas y puertas partidas por actos vandálicos

- Arreglo de cielo raso
- Cerramiento perimetral (el centro es propenso a robos)
- Instalación de barandas en rampas y escalera
- Mantenimiento al sistema regulado y suministro de baterías a la UPS
- Instalación de divisiones en sala de observación
- Reparación y resane de grietas y estuco de muros
- Pintura total del centro de salud

Facturación

Facturación Urgencia

El área de facturación del servicio de urgencia, se encuentra en la entrada de dicho servicio, su ubicación es estratégica para poder visualizar el ingreso del paciente pero no es garantía para cuando el paciente sale de la atención o dado de alta; el área locativa donde se encuentra el facturador carece de protección hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, no cuenta con una buena ventilación debido a que el aire acondicionado no cubre todo el espacio en que está compuesto el área de sala de espera y facturación, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 24 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Facturación Consulta Externa

El área de facturación en el servicio de consulta externa se encuentra en un espacio adecuado locativamente para poder ejercer la función con visibilidad al ingreso o solicitud del usuario de su cita programada, carece de una protección locativa hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 8 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Sistemas

La conectividad entre esta sede y la sede principal es a través de fibra óptica con un ancho de banda de 15 Mbps.

El cableado estructurado de esta sede está en un regular estado por lo que se hace necesario cambiarlo además es insuficiente por lo cual la sede cuenta con conexión inalámbrica.

Esta sede cuenta con dos cámaras de video vigilancia 24/7, ubicada una en la entrada de la urgencia y una en la sala de espera de este servicio.

El Centro de Salud del Nuevo Bosque, está programado dentro del enfoque de Prestador Primario en el esquema de RIPSS, para que asuma el rol de IPS con Urgencia Resolutiva de la Subred Centro, esta sede operativa desarrollará el portafolio requerido por la norma para servicios de atención inicial de urgencias con capacidad resolutiva, es decir los servicios de urgencias de baja complejidad, con una capacidad instalada de todos los ambientes necesarios para garantizar una adecuada resolutivez es decir, Laboratorio Clínico, imágenes diagnósticas, farmacia, apoyo especializado. Este centro fue intervenido por parte del Distrito y según su amplitud requeriría de pocas adecuaciones para el rol proyectado en la propuesta de Subred.

SEDE No. 3 BLAS DE LEZO

Ubicado en la zona urbana, barrio Blas de Lezo Avenida Kennedy N°66-75, con código de habilitación 1300100871-04, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 13449. Esta sede fue propuesta para la intervención, teniendo en cuenta la demanda de sus servicios, pero finalmente se retiró del proyecto. La ubicación de este centro es de fácil acceso, cuenta con vías en buen estado y con servicio de transporte público.

Se ubica a 18 minutos aproximadamente de la sede administrativa.

En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo E, categorizado como centro tipo b.

El servicio de urgencias se presta en el primer piso, el acceso al servicio es amplio, cuenta con acceso para discapacitados. A la infraestructura física le hace falta mantenimiento de pintura internamente y en la fachada. La iluminación de los diferentes ambientes es adecuada, excepto en sala de procedimientos menores en donde es deficiente, por otra parte las lámparas requieren cambio por deterioro de las mismas ocasionados entre otras cosas por las continuas fallas eléctricas en el sector. El aire acondicionado del servicio es mini split, los cuales funcionan adecuadamente; lo que permite trabajar en buenas condiciones de temperatura. La sede dispone de una planta eléctrica con capacidad para todos los servicios, excepto los aires acondicionados. La dotación de equipos existente es básica pero deben ser renovados por vencimiento de la vida útil. La disponibilidad de materiales e insumos para prestar el servicio es permanente, ocasionalmente pueden faltar en periodos cortos. La dotación de medicamentos es regular, estos se encuentran dispuestos para la prestación del servicio, cumpliendo con la normatividad y de acuerdo a la complejidad del servicio ofertado. Actualmente el servicio de urgencias se presta con suficiencia a

todos y cada uno de los usuarios que lo consultan, no existen significativas dificultades para la operatividad del servicio, en general se dispone de los elementos y condiciones necesarias para la prestación del mismo, se deduce entonces que el proceso se desarrolla sin mayores traumatismos.

La empresa oferta tres consultorios de urgencias durante las 24 horas al día, todos los días del año, de estos uno funciona como consultorio de Triage. El servicio es atendido por el equipo de salud liderado por el médico general. También se dispone de una sala de reanimación que se comparte con sala de procedimientos menores, además se cuenta con ocho (08) camillas de observación de pacientes (hombres, mujeres y niños). En los últimos tres años (2015-2017) la ESE Cartagena de Indias ha sostenido esta capacidad instalada en el servicio de urgencias de este centro de atención; a partir del año 2014 se incrementó la capacidad instalada, la empresa dispuso de un tercer turno medico de lunes a sábado en horario de 7:00 am a 7:00 pm, durante todo el año, la cual se ha mantenido hasta la fecha, esto motivado por el cierre del servicio de urgencias del CSCC de Los Cerros, lo cual produjo un significativo aumento en la demanda del servicio.

Tabla No.36

Relación comparativa de la producción porcentual de urgencias en el CSCC de Blas de Lezo entre los años 2011-2017

CENTRO/ AÑO	BLAS DE LEZO								
	URGENCIAS			PROCEDIMIENTOS MENORES			OBSERVACIÓN		
	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util
2011	34560	33316	96,40%	5760	2403	41,72%	34560	6574	19,02%
2012	34560	38366	111,01%	5760	2766	48,02%	34560	4182	12,10%
2013	34560	23019	66,61%	5760	1996	34,65%	34560	1771	5,12%
2014	34560	32539	94,15%	5760	1505	26,13%	34560	10171	29,43%
2015	34560	37589	108,76%	5760	1348	23,40%	34560	12117	35,06%
2016	34560	37257	107,80%	5760	2985	51,82%	34560	13628	39,43%
2017	34560	19497	56,41%	5760	1831	31,79%	34560	5400	15,63%

Fuente: Subgerencia científica

La capacidad instalada potencial puede generar un registro asistencial de 34.560 consultas de urgencias año, si analizamos la producción anual, se evidencia que el año que más consultas de urgencias se prestaron en esta sede fue en el 2012 con un total de 38.366 pacientes atendidos, los cuales representan el 111,01% de la oferta de nuestra empresa para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 4.182 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención que corresponden al 12,10% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 2.766 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 48,02% de la capacidad instalada para los procedimientos menores.

Para el año 2011 fueron atendidos en el servicio de urgencias 33.316 pacientes, lo que representa un 96,40% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 6.574 pacientes, la empresa está en capacidad de

observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 6.574 pacientes corresponden al 19,02% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 2.403 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 41,72% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Blas de Lezo.

Para el año 2013 fueron atendidos en el servicio de urgencias 23.019 pacientes, lo que representa un 66,61% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.771 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 1.267 pacientes corresponden al 5,12% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.996 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 34,65% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Blas de Lezo.

Para el año 2014 fue necesario ampliar la capacidad instalada en un nuevo consultorio médico de urgencias durante 12 horas al día, en horario de 7:00 am a 7:00 pm, de lunes a sábado, decisión motivada por que se cerró el servicio de urgencias del CSCC de Los Cerros, cercano a este centro, lo cual incrementó la demanda al servicio y como contingencia ante esta situación, la ESE amplió su capacidad instalada para soportar la sobredemanda al servicio. Durante este año fueron atendidos en el servicio de urgencias 32.539 pacientes, lo que representa un 94,15% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 10.171 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 10.171 pacientes corresponden al 29,43% de nuestra capacidad instalada ofertada; durante este mismo periodo se realizaron 1.505 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 26,13% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Blas de Lezo.

Para el año 2015 fueron atendidos en el servicio de urgencias 37.589 pacientes, lo que representa un 108,76% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 12.117 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 12.117 pacientes corresponden al 35,06% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.348 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 23,40% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Blas de Lezo.

Para el año 2016 fueron atendidos en el servicio de urgencias 37.257 pacientes, lo que representa un 107,80% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 13.628 pacientes, la empresa está en

capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 13.628 pacientes corresponden al 39,43% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 2.985 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 51,82% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Blas de Lezo.

Para el año 2017, con corte a junio 30 han sido atendidos en el servicio de urgencias 19.497 pacientes, lo que representa un 56,41% de la capacidad instalada para este periodo; si se toma en cuenta la producción promedio de los últimos 5 años, se tendrá que la producción para este año estará alrededor del 113% de la capacidad instalada. Del total de pacientes atendidos fueron observados 5.400 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 5.400 pacientes corresponden al 15,63% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.831 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se ha realizado el 31,79% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Blas de Lezo.

La consulta externa: La consulta externa se encuentra ubicada a la entrada del centro de salud, dispone de un sala de espera pequeña donde se encuentra ubicada la asignación de cita, separada por una barrera física a media altura con mesón de apoyo, inmediatamente después de la entrada, los pacientes pueden acceder a la asignación de cita sin necesidad de ingresar al centro de salud, a través de una ventana, hace falta en la zona externa un parasol para proteger a los usuarios del sol y lluvia cuando se presente, además se cuenta con dos consultorios exclusivos para consulta externa, y un tercer consultorio compartido con la Coordinación del centro, donde solo se dispone de media jornada para la atención de paciente.

El ambiente en la sala de espera, asignación de cita, y consultorios es confortable, con aire acondicionado mini Split manteniendo una temperatura confortable, cada uno de los espacios cuenta con su aire acondicionado el cual le brinda confort a la atención médica, con buena iluminación, sin ventilación natural.

El Centro de Salud con cama de Blas de Lezo en el año 2015 y 2016 tenía una disponible de 3 consultorio médicos para cumplir la atención de la población asignada por georreferenciación, correspondiente al 4,4 % del total de los consultorios, atendiendo 8 horas diarias, para una población asignada que oscilaba entre 13346 a 19110, con una frecuencia de uso de 2, atendida sin inconvenientes, aunque ha sido difícil direccionar la población de las Reinas para este centro de salud, siendo necesario atenderla en Blas de Lezo, lo que aumenta la oportunidad.

La dotación en el área de asignación de cita cuenta con un equipo de cómputo e impresora. La dotación de los consultorios en cuanto a equipos biomédicos es incompleta. En un consultorio falta fonendoscopio, y en otro un otoscopio, la demás

dotación está completa, la silla de los médicos están en mal estado. La papelería para la prestación del servicio no presenta inconvenientes.

En cuanto al recurso humano el centro de salud en el 2015 termino el año con 2.5 médicos lo que equivale a 24 horas médicas, aunque en algunos meses por lo oscilante de la población fue necesario incrementar 4 horas médicas, cálculo de horas médicas que resulta del estudio de suficiencia de red, el cual arrojó 21 horas médicas, pero por el comportamiento de la población demandante del Centro de Salud Las Reinas fue necesario ajustar unas horas más a las que arrojaba el estudio, lo que se mantuvo estable en el 2016, al disminuir un poco la población, además de aplicar la estrategia de georreferenciación ser más fuerte en el 2017 se disminuye las horas medicas a 20 horas médicas que equivale al 3.7% del total de horas, lo que equivale a 2.5 médicos que corresponde al 308% del total del recurso humano médico de la ESE, pudiendo producir 10560 consultas al año.

Tabla No.37

Relación del recurso humano del servicio de consulta externa en el centro de salud con cama de Blas de Lezo, año 2017

CARGO	CANTIDAD	VINCULACION	%
Auxiliar de cita	1	Misión	
Auxiliar de archivo	1	Misión	
Medico 8 Hora	2	Misión	66.66
Medico 8Horas	1	Planta	33.33

Fuente: Coordinación de Consulta externa

El recurso humano del servicio de consulta externa, en estos momentos lo componen además del personal médico, una (1) auxiliar de citas, un (1) auxiliar de archivo, un médico de 8 horas y tres (3) de cuatro, para 20 horas médicas, pudiendo generar 10560 consultas en el primer semestre del año en curso, en el 2015 y 2016 por la oferta de 24 horas médicas se podían general 25344 consultas.

La facturación en el servicio de consulta externa se encuentra en un área adyacente a la sala de espera aislada del público con protección locativa hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores con equipo de cómputo y la impresora ejerciendo sus funciones con visibilidad al público.

El Horario de atención de la consulta externa es de 7 am. A 4 pm.

La capacidad de producción del centro en el periodo del 2015 a y 2017, con la oferta instalada fue de 25344 consulta al año, el cual es mantuvo con un porcentaje de producción entre el 72.19% al 86,68%.

Tabla No.38

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta externa del centro de salud con cama de Blas de Lezo, años 2015, 2016 y 2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2015	25344	18298	72,19%
2016	25344	21970	86.68%
2017 (ENERO – JUNIO)	12672	12672	85,81%

Fuente: Coordinación de Consulta externa

El servicio de promoción y prevención en el centro de salud con camas Blas de Lezo está ubicado en el primer piso de esta institución donde se prestan los programas de vacunación, control de crecimiento y desarrollo por médico y enfermería, detección precoz de las alteraciones del joven , atención de enfermedades de interés en salud pública por médico y enfermera, detección precoz del cáncer de cuello uterino, detección precoz cáncer de seno, planificación familiar y salud visual para lo cual cuenta con 4 espacios físicos que garantizan las condiciones necesarias para la prestación de estos servicios de salud, a continuación se describen las características de los programas:

Vacunación: Se encuentra ubicada a la entrada de la consulta externa del centro de salud. El espacio es reducido para garantizar los dos ambientes, no tiene separado los dos ambientes, pisos manchados y desgastados, se cuenta con dos lámparas, no hay zona de lavado de termos. Cuenta con una iluminación suficiente y tiene un acondicionador de aire tipo mini split (Estado regular).

Consultorio médico de PyP: Son dos consultorios de los que se dispone, uno para el médico de 8 horas y otro para el médico de 4 horas que además es compartido con la consulta externa.

Ambos consultorios presentan deficiencias en paredes con pintura manchada y desprendida, en unas zonas con signos de salitre, cuenta con su lavamanos, aire acondicionado con buen funcionamiento en uno de los consultorios, en el de la doctora de 8 horas el aire se encuentra dañado ya que se dañó el condensador y hace falta una pieza que aún no se ha traído por parte de la empresa de mantenimiento, las puertas con pintura desgastada, iluminación con buen funcionamiento.

Consultorio de enfermería de PyP: presenta un área con suficiente espacio para la atención de los pacientes, cuentan con un biombo para la separación de los ambientes, paredes con pintura manchada, cuenta con lavamanos, aire acondicionado tipo mini Split con buen funcionamiento, puerta con pintura desgastada, iluminación con buen funcionamiento.

Toma de muestras de citología: El consultorio no es independiente es compartido con toma de muestra de laboratorio, paredes con pintura manchada, signos de salitre y desprendimiento.

Esta sede ofrece siguientes servicios:

Vacunación, Higiene oral, Planificación familiar, detección precoz del cáncer de cuello uterino, detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo, detección precoz de las alteraciones del joven, detección precoz de las alteraciones del adulto, atención de enfermedades de interés en salud pública.

Para la prestación de los servicios esta sede dispone de auxiliar de vacunación la cual tiene 8 horas contratadas y realiza la aplicación de biológicos a libre demanda, lo que significa que se atienden a todos los usuarios que requieran el servicio sin ninguna barrera, para la atención de controles de hipertensión, diabetes, detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo atención de primera vez, planificación familiar, salud visual se cuenta con un médico de 8 horas el cual debe atender 3 pacientes por hora, 24 pacientes diarios, 540 pacientes al mes con una producción anual de 6480 esto en un estado ideal. Y otro médico de 4 horas, el cual produce la mitad del anterior. La atención por enfermería es realizada por una enfermera jefe la cual debe atender 3 pacientes por hora, 12 pacientes de crecimiento y desarrollo y 9 citologías vaginales diarias para una producción mensual de 270 controles y 198 citologías al mes que consolidando dicha información se generaría un total de 3240 controles al año y 2376 citologías al año.

Tabla No.39

Relación del recurso humano del servicio de promoción y prevención en el centro de salud con camas Blas de Lezo- año 2017

DESCRIPCION	CANTIDAD	HORAS
MEDICO DE P Y P	2	12 (8-4)
ENFERMERA JEFE DE P Y P	1	8
AUXILIAR DE VACUNACION	2	8(c/u)
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1	8

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

La capacidad instalada en este centro permite que se le aumente las horas médicas del servicio de PyP, ya que las actividades asignadas a este centro son muy elevadas, además existen muchos pacientes de programas crónicos no transmisibles que ocupan un espacio importante de esta consulta disminuyendo la capacidad resolutive de este centro. Todo lo anterior producto de las enfermedades de interés en salud pública las cuales ocupan un 44.6%, 80% de la capacidad médica institucional, puesto que nuestro proceso de atención establece que la atención de cita de control y atención por primera vez de estas patologías se hacen por médico, además del programa de planificación familiar que realiza tanto la consulta de primera vez y la cita de control por médico.

Este servicio depende en gran medida de insumos y dispositivos médicos para la ejecución óptima de los programas por lo que se hace necesario contar de manera oportuna con cada uno de ellos, en la actualidad la adquisición de estos se hace de manera oportuna y suficiente, aunque en algunos momentos se puedan producir algunos retrasos en la distribución de los mismos.

Tabla No.40

Relación comparativa de la producción de Promoción y Prevención en el centro de salud con camas Blas de Lezo entre los años 2014-2017

AÑO / PROGRAMA	C Y D	CCU	CPN	PLANIFICACION	ADULTO	JOVEN	VACUNACION	
2014	PRODUCCION	1277	493	635	366	62	274	2093
2015	PRODUCCION	2956	1009	383	817	177	514	5942
2016	PRODUCCION	2990	947	356	883	206	543	5219
2017	PRODUCCION	1675	606	220	455	161	300	2573

Fuente: Coordinador de Promoción y Prevención

Los datos registrados en la tabla anterior nos permiten inferir múltiples situaciones que se vienen presentando en el desarrollo de los diferentes programas de promoción y prevención, los cuales se detallan a continuación:

Programa de crecimiento y desarrollo:

Este programa ha demostrado una estabilidad en las vigencias reportadas para el 2015 y 2016 y primer semestre de 2017, la información consolidada en la tabla anterior muestra un comportamiento regular, que deja de manifiesto el buen desarrollo del mismo presentando porcentajes de cumplimientos óptimos desde el año 2014 hasta lo transcurrido en el 2017.

Este cumplimiento sistemático se debe principalmente al programa nacional "MasFamilias en Acción" quien obliga a todos los niños a cumplir con este programa.

De igual forma la líder de crecimiento y desarrollo está atenta a cualquier situación que genere cambios significativos en la prestación de los servicios de salud.

Citologías vaginales:

La realización de citologías vaginales ha tenido un comportamiento irregular mostrando una producción inicial de 493 citologías en el 2014 pasando a 1009 en el 2015 que representa un aumento del 100% aproximadamente, luego hubo una leve disminución a 947 citologías en el 2016, y para el primer semestre de 2017 muestra un comportamiento satisfactorio en este periodo (600), por lo que se espera que la producción supere lo realizado en todos los años anteriores.

Programa del joven

Este programa se ha desarrollado de una manera regular en cuanto al número de pacientes atendidos en todas las vigencias,(2014,2015,2016 y 2017) , sin embargo presenta incumplimiento en el logro de las metas para tal fin, alcanzando máximo del 10% al 16%, por lo que se ha iniciado un programa que incentive a esta población a demandar e estos servicios de salud.

Programa del adulto mayor:

El porcentaje de cumplimiento para este programa en los periodos correspondientes a los años 2014, 2015 y 2016 ha sido de manera irregular ya que es difícil lograr reunir este grupo poblacional (Edades Especificas), se ha iniciado una articulación con algunas EAPB para trabajar unidos en el favorecimiento de este grupo poblacional.

Planificación familiar:

La producción de este programa correspondiente al año 2014 fue de 366 actividades, sin embargo para los años siguientes hubo un aumento significativo para los años 2015 y 2016 los cuales muestran un comportamiento regular, y en el primer semestre de 2017 muestra un mejoramiento del número de actividades realizadas.

Programa control prenatal:

Los datos que se registran en la tabla anterior muestra el funcionamiento de este programa en la ESE. Hospital Local Cartagena de Indias, puesto que en los centros que no son de referencia solo se hace la captación de la embarazada las cuales son remitidas a los centros de referencia.

El Servicio de Salud oral Está ubicado en el primer piso del CSCC de Blas de Lezo, la infraestructura con la que cuenta está deteriorada, le falta mantenimiento en techo y paredes, la iluminación es buena, cuenta con un aire acondicionado mini Split en aceptables condiciones y que permite temperatura confortable.

Tiene a su disposición un consultorio con una unidad odontológica, tres turnos de atención, el primero de 7am a 11 am, el segundo de 11am a 3 pm y el último de 3pm a 7pm. Se encuentra dotado con equipo de cómputo e impresora, y cuenta con la mayoría de los equipos biomédico necesarios para la prestación del servicio de salud oral, sin embargo en el 2017 presenta daños constantes en algunos equipos biomédicos como pieza de alta velocidad, lo que en ocasiones detiene la producción de algunas actividades de salud oral especialmente las de morbilidad.

Tabla No.41

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica de primera vez en CSCC Blas de Lezo entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas 1ra vez	203	351	2007	3692	2674	2147	1133
Capacidad de producción	6336	6336	6336	6336	6336	9504	9504
% cumplimiento	3,2%	5,5%	31,7%	58,3%	42,2%	22,6%	11,9%

Fuente: Coordinador Salud Oral

Tabla No.42

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica en CSCC Blas de Lezo entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas	4109	5181	7457	2938	7170	7501	3700
Capacidad de producción	6336	6336	6336	6336	9504	9504	4752
% cumplimiento	64,9%	81,8%	117,7%	46,4%	75,4%	78,9%	77,9%

Fuente: Coordinador Salud Oral

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad.

El Talento humano está compuesto por 3 odontólogos generales de 4 horas diarias distribuidos en los turnos anteriormente descritos, y dos auxiliares de consultorio una de 8 horas diaria 7am-3pm, y la otra de 4 horas diarias 3pm-7pm; la atención de los usuarios se realiza cada 20 minutos, es decir se atienden 3 pacientes por hora, con una oportunidad de citas menor a 3 días.

La capacidad instalada de CSCC Blas de Lezo desde el 2015 es de 36 consultas diarias por 22 días laborales generando 792 consultas mensuales, y 9504 consultas anuales. Sin embargo se puede ver alterada por los constantes problemas de suspensión de servicios públicos como agua y energía eléctrica, así como por las capacitaciones a nuestro talento Humano.

Se observa un sub-registro en las consultas odontológicas debido a los problemas de software, conectividad, equipos de apoyo como servidores, mala condiciones de cableado de redes, y recesiones de fluido eléctrico, ineficacia en la facturación, ya que al constatar las consultas de manera manual se observa un promedio mensual de 700 pacientes.

Cumplimiento habilitación según Resolución 2003

Los resultados del componente de habilitación, frente al cumplimiento de los requisitos exigidos en la Resolución 2003 de 2014, es variable, teniendo en cuenta la evaluación realizada por auditoría interna en los años 2016 y 2017, en la siguiente tabla se muestra un comparativo de los resultados obtenidos.

Tabla No.43

**Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio
C.S.C.C Blas de Lezo Años 2016-2017**

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	70	100	60	67	60	N.A	0	100	70	78	75	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	50	67	100	67	91	70	64	70	100	70	78	75	50	N.A
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	67	100	60	100	60	14	80	0	60	89	75	N.A	N.A
VACUNACION	100	80	100	67	100	67	100	70	67	70	91	80	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	0	100	66	100	80	100	80	100	80	0	66	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	0	0	100	70	100	70	100	80	100	80	100	70	100	0
URGENCIAS	0	80	0	60	75	60	100	80	60	60	0	70	100	65
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	N.E	80	N.E	70	N.E	80	N.E	N.A	N.E	70	N.E	80	N.E	N.A
FARMACIA	100	80	80	60	67	75	72	80	100	80	100	75	N.A	N.A
P Y P MEDICO	100	67	100	60	100	60	79	80	33	67	90	75	N.A	N.A

Fuente: Coordinación de Calidad

Nota: Se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No.44

**Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio
C.S.C.C Blas de Lezo**

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	89,00	11,00	67,00	33,00
ODONTOLOGICA	76,14	23,86	69,86	30,14
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	67,17	32,83	67,00	33,00
VACUNACION	93,00	7,00	72,33	27,67
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	83,33	16,67	62,00	38,00
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	85,71	14,29	52,86	47,14
URGENCIAS	47,86	52,14	67,86	32,14
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	0,00	0,00	76,00	24,00
FARMACIA	86,50	13,50	75,00	25,00
P Y P MEDICO	83,67	16,33	68,17	31,83
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	79,15	20,85	67,81	32,19

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

En las tablas anteriores se puede evidenciar que la disminución en el cumplimiento de algunos estándares como recurso humano, infraestructura y dotación influyeron

negativamente, pasando de una calificación global en el año 2016 de 79% a 67% en el 2017.

Este centro fue propuesto para intervención, con el propósito de contar con dos pisos, pero luego fue retirado del proyecto.

Tabla No.45

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S.C.C Blas de Lezo

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACIÓN	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	40	50	45	15	7	157	126-250 BASICO	
	45	45	45	20	7	162	126-250 BASICO	
2015	40	95	40	45	35	255	251-375 INTERMEDIO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

La evaluación de la implementación de la estrategia de lavado de manos, como parte de la política de seguridad del paciente, presentó una mejoría, pasando de una calificación de nivel básico a intermedio en los periodos evaluados. Este resultado de las acciones aplicadas por la coordinación del centro de atención, estimulando la formación y aprendizaje sobre la estrategia. Esta es la primera estrategia para evaluar la adherencia o implementación de la política de seguridad del paciente.

La segunda estrategia para evaluar la política de seguridad del paciente, a la fecha de corte de este análisis no se ha realizado, que consiste en la aplicación global y particular de la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación y la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la política de humanización, el cumplimiento solo es del 17%, a pesar de contar con la publicación de los deberes y derechos no se evidencia la adherencia a ellos y la aplicación del protocolo de bienvenida, así como la conformación del equipo de humanización.

Infraestructura

Este centro de salud cuenta con áreas a nivel espacial que como centro de salud con ciertas dificultades para cumplir con la norma, como es el caso del área de urgencia con sus áreas de observación y urgencias, ya que es un centro que recepciona gran

número de usuarios por lo que espacialmente es insuficiente para prestar un buen servicio, su infraestructura se encuentra en un estado regular con muchas debilidades en la cubierta en sus viga canales ya que sufren con la vegetación o arborización del centro creando inconvenientes serios cuando el agua se rebosa, en términos generales este centro de salud debería ser intervenido en su totalidad para mejorar las áreas de urgencia y consulta externa, sus necesidades principales son:

- Revisión del sistema eléctrico normal
- Instalación del sistema eléctrico regulado incluyendo el suministro de UPS
- Pintura de muros y cielo raso
- Pintura de puertas y cambio de las deterioradas
- Mantenimiento al sistema eléctrico general
- Instalación de elementos de protección de radiación solar

Facturación

Facturación Urgencia

El área de facturación del servicio de urgencia, se encuentra en la entrada de dicho servicio, su ubicación es estratégica para poder visualizar el ingreso del paciente pero no es garantía para cuando el paciente sale de la atención o dado de alta; el área locativa donde se encuentra el facturador se encuentra protegida con un cubículo evitando de una manera el contacto directo y las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores.

El área locativa de facturación tiene una buena ventilación debido a que el aire central cubre todo el espacio en que está compuesto el área de sala de espera y facturación, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 24 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Facturación Consulta Externa

El área de facturación en el servicio de consulta externa se encuentra en un espacio adecuado locativamente para poder ejercer la función con visibilidad al ingreso o solicitud del usuario de su cita programada, careciendo de la protección para un contacto directo y las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 8 horas del día durante todo el año, , la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y

solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Los servicios prestados facturados por la modalidad de evento en este centro con cama son enviados al centro de acopio designado por georreferencia, correspondiéndole a la sede administrativa, con la finalidad de realizar la revisión, correcciones en los casos que corresponda, RIPS, escanear los soportes y facturas, fotocopiado, armado de facturas con sus soportes y posteriormente su radicación ante las diferentes EPSS – EPSC, secretarías, aseguradoras, regímenes especiales, ya sea por correo certificado o presencialmente.

Los soportes para obtener los resultados son deficientes debido a la fluctuación del sistema de información generando elaboración manual de los documentos necesarios con el riesgo que no sean aportados al área de facturación, e igualmente por deficiencia en la responsabilidad asistencial de elaborar adecuadamente las Historias Clínicas o en su defecto los Triage, se realizan auditorías concurrentes en los servicios de urgencia y consulta externa, haciéndole seguimiento al proceso para detectar debilidades y tomar correctivos en el mismo centro con el coordinador o en su defecto la jefe del servicio.

El procedimiento de la recolección de recaudos no es soporte de esta área, pero igualmente el facturador es quien le corresponde realizar el cobro de los servicios prestados a los usuarios particulares o cuotas moderadoras correspondientes, encontrando que la mayor debilidad está representada en la custodia de los dineros recaudados hasta la entrega final a quien corresponda, causando esto un inconformismo entre los facturadores por no tener las condiciones necesarias de seguridad donde custodiar estos dineros. Por otra parte no está establecido un formato del estudio socio económico del solicitante del servicio cuando manifiesta libremente que no posee recursos para cancelar los servicios prestados, ejerciendo el facturador funciones de trabajador social y a la vez de ordenador de descuentos por estos servicios.

La mayor debilidad para el área de facturación es el insumo correspondiente al sistema de información.

El Centro de Salud de Blas de Lezo, está programado dentro del enfoque de Prestador Primario en el esquema de RIPSS, para que asuma el rol de cabeza de nodo de la Subred Centro, esta sede operativa desarrollará el portafolio integral definido por la norma para un Prestador Primario, es decir los servicios de baja complejidad, con una urgencia resolutoria y las especialidades básicas. El área del terreno donde está ubicado, y su estratégica ubicación en la zona centro de la ciudad son la opción a tomar, por la no disponibilidad por parte de la empresa de la sede remodelada del barrio San Fernando. Esta alternativa asistencia implica incluye la adecuación física total de la sede.

SEDE No. 4 CENTRO DE SALUD CON CAMA LA ESPERANZA

Ubicado en la zona urbana, localidad 1, Ciénaga y de la Virgen, Barrio Esperanza Calle principal Plaza Navidad N°29-130 Código de habilitación 1300100871-05 con una población usuaria (capitada) a fecha de 30 de junio de 2017, de 21460 personas. La vía de acceso esta pavimentada en buenas condiciones. La movilidad se realiza a través de taxis, colectivos y moto taxis. Algunos sectores aledaños no disponen de rutas de transporte público. Este centro asistencial está ubicado de la sede administrativa a 1.8 Kms, aproximadamente 4 minutos.

Los barrios aledaños al centro de atención, presentan situaciones sociales que generan riesgos para la seguridad del personal del centro.

El servicio de urgencias se presta en el primer piso, el acceso al servicio es amplio, cuenta con acceso para discapacitados. A la infraestructura física le hace falta mantenimiento de pintura internamente y en la fachada. La iluminación de los diferentes ambientes es adecuada. El aire acondicionado es deficiente, en la actualidad no hay aire acondicionado en sala de procedimientos, el resto de los aires acondicionados del servicio no funcionan adecuadamente, lo que dificulta el trabajo por el calor extremo que se siente en el sitio; La sede dispone de una planta eléctrica con capacidad para los computadores, ventiladores y luz del servicio, no tiene capacidad para los aires acondicionados. La dotación de equipos existente es básica pero deben ser renovados por vencimiento de la vida útil. La disponibilidad de materiales e insumos para prestar el servicio es permanente, ocasionalmente pueden faltar en periodos cortos. La dotación de medicamentos es regular, estos se encuentran dispuestos para la prestación del servicio, cumpliendo con la normatividad y de acuerdo a la complejidad del servicio ofertado. Actualmente el servicio de urgencias se presta con suficiencia a todos y cada uno de los usuarios que lo consultan, no existen significativas dificultades para la operatividad del servicio, en general se dispone de los elementos y condiciones necesarias para la prestación del mismo, se deduce entonces que el proceso se desarrolla sin mayores traumatismos.

La empresa oferta dos consultorios de urgencias durante las 24 horas al día, todos los días del año, de estos uno funciona como consultorio de Triage. El servicio es atendido por el equipo de salud liderado por el médico general. También se dispone de una sala de reanimación que se comparte con sala de procedimientos menores, además se cuenta con ocho (08) camillas de observación de pacientes (hombres, mujeres y niños). En los últimos tres años (2015-2017) la ESE Cartagena de Indias ha sostenido esta capacidad instalada en el servicio de urgencias de este centro de atención.

Tabla No. 46

Relación comparativa de la producción porcentual de urgencias en el CSCC de La Esperanza entre los años 2011-2017

CENTRO/ AÑO	ESPERANZA								
	URGENCIAS			PROCEDIMIENTOS MENORES			OBSERVACIÓN		
	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util
2011	25920	25645	98,94%	5760	2101	36,48%	34560	859	2,49%
2012	25920	21661	83,57%	5760	1578	27,40%	34560	1016	2,94%
2013	25920	16541	63,82%	5760	1826	31,70%	34560	1117	3,23%
2014	25920	19560	75,46%	5760	1265	21,96%	34560	3424	9,91%
2015	25920	23570	90,93%	5760	1680	29,17%	34560	5790	16,75%
2016	25920	24312	93,80%	5760	3563	61,86%	34560	7071	20,46%
2017	25920	11022	42,52%	5760	1359	23,59%	34560	1391	4,02%

Fuente: Subgerencia científica

La capacidad instalada potencial puede generar un registro asistencial de 25.920 consultas de urgencias año, si analizamos la producción anual, se evidencia que el año que más consultas de urgencias se prestaron en esta sede fue en el 2011 con un total de 25.645 pacientes atendidos, los cuales representan el 98,94% de la oferta de nuestra empresa para ese año; Del total de pacientes atendidos fueron observados 859 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención que corresponden al 2,49% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 2.101 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 36,48% de la capacidad instalada para los procedimientos menores.

Para el año 2012 fueron atendidos en el servicio de urgencias 21.661 pacientes, lo que representa un 83,57% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.016 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 1.016 pacientes corresponden al 2,94% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.578 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 27,40% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de la Esperanza.

Para el año 2013 fueron atendidos en el servicio de urgencias 16.541 pacientes, lo que representa un 63,82% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.117 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 1.117 pacientes corresponden al 3,23% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.826 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se

realizó el 31,70% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de la Esperanza.

Para el año 2014 fueron atendidos en el servicio de urgencias 19.560 pacientes, lo que representa un 75,46% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 3.424 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 3.424 pacientes corresponden al 9,91% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo período se realizaron 1.265 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 21,96% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de la Esperanza.

Para el año 2015 fueron atendidos en el servicio de urgencias 23.570 pacientes, lo que representa un 90,93% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 5.790 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 5.790 pacientes corresponden al 16,75% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.680 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 29,17% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de la Esperanza.

Para el año 2016 fueron atendidos en el servicio de urgencias 24.312 pacientes, lo que representa un 93,80% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 7.071 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 7.071 pacientes corresponden al 20,46% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo período se realizaron 3.563 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 61,86% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de la Esperanza.

Para el año 2017, con corte a junio 30 han sido atendidos en el servicio de urgencias 11.022 pacientes, lo que representa un 43,52% de la capacidad instalada para este periodo; si se toma en cuenta la producción promedio de los últimos 5 años, se tendrá que la producción para este año estará alrededor del 87% de la capacidad instalada. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.391 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 1.391 pacientes corresponden al 4,02% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.359 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se ha realizado el 23,59% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de la Esperanza.

La consulta externa se encuentra ubicada en un primer piso, la amplia infraestructura que posee permite tener espacios cómodos para la atención, dispone de una área de asignación de cita la cual comparte con facturación cerrada con acceso a los pacientes a través de una ventada sin ingresar al recinto, con su respectiva sala de espera, además cuenta con cinco (5) consultorios exclusivos para consulta externa.

El ambiente en la asignación de cita es confortable y brinda un ambiente agradable para la atención, cuenta con cinco (5) consultorios con aire acondicionado mini split manteniendo una temperatura confortable, con mala iluminación en casi todos los consultorios.

El centro de salud con cama de la Esperanza en el año de 2015 disponía de 4 consultorios correspondiente al 5.9 % de la oferta, los cuales para el 2016 y 2017 se disminuyó la oferta a 3,5 consultorios por disminuir la población, correspondiendo al 5.2 %, de la oferta total.

En cuanto al recurso humano el centro de salud en el 2015 se ofertaban 32 horas médicas, lo que corresponde a 4 médicos de 8 horas, correspondiendo al 6.2% de la oferta total de médicos. En el año 2016 a 2017 la oferta se mantuvo con 3,5 médicos lo que equivale a 28 horas médicas, cálculo de horas médicas que sale del estudio de suficiencia de red, el cual se avala con el comportamiento de la oportunidad en niveles óptimos.

Tabla No.47

Relación del recurso humano del servicio de consulta externa en el centro de salud con cama de la esperanza año 2017

CARGO	CANTIDAD	VINCULACION	%
Auxiliar de cita	2	Misión	
Auxiliar de archivo	1	Misión	
Medico 4 Hora	2	Misión	
Medico 8 horas	3	Misión	

Fuente: Coordinación de Consulta externa

El recurso humano del servicio de consulta externa, en estos momentos lo componen además del personal médico, una (2) auxiliar de citas, un (1) auxiliar de archivo, dos (2) médico de ocho horas, y 2 médicos de 8 horas, el equivalente a 3,5 médicos de 8 horas, para 28 horas médicas, pudiendo generar 29568 consultas al año.

El horario de atención de la consulta externa es de 7 am. A 5 pm.

Tabla No.48

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta externa del centro de salud con cama de la esperanza, años 2015, 2016 y 2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2015	33792	24374	72.12 %
2016	29568	24141	81.64 %
2017 (ENERO – JUNIO)	14784	12109	81.90 %

Fuente: Coordinación de Consulta externa

La capacidad de producción del centro en el periodo del 2015 fue de 24374 consulta, con una oferta instalada de 4 médicos de 8 hora, realizando una producción del 72.12 %, en el 2016 con 24141 consulta para una producción de 81.64 %, el 2017 con un porcentaje de producción del 81.90% %

El servicio promoción y prevención en el centro de salud con camas Esperanza está ubicado en el primer piso de esta institución donde se prestan los programas de vacunación, control de crecimiento y desarrollo por médico y enfermería, detección precoz de las alteraciones del joven , atención de enfermedades de interés en salud pública por médico y enfermera, detección precoz del cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, planificación familiar y salud visual para lo cual cuenta con 4 espacios físicos que garantizan las condiciones necesarias para la prestación de estos servicios de salud, sin embargo para el fortalecimiento del cumplimiento de metas de los diferentes programas se hace necesario tener un espacio adicional para la realización de las citologías vaginales y otro consultorio médico para la realización de las actividades de medicina general.

Esta sede ofrece siguientes servicios:

Vacunación, Higiene oral, Planificación familiar, detección precoz del cáncer de cuello uterino, detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo, detección precoz de las alteraciones del joven, detección precoz de las alteraciones del adulto, atención de enfermedades de interés en salud pública.

Para la prestación de los servicios esta sede dispone de auxiliar de vacunación la cual tiene 8 horas contratadas y realiza la aplicación de biológicos a libre demanda, lo que significa que se atienden a todos los usuarios que requieran el servicio sin ninguna barrera, para la atención de controles de hipertensión, diabetes, detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo atención de primera vez, planificación familiar, salud visual se cuenta con un médico de 8 horas el cual debe atender 3 pacientes por hora, 24 pacientes diarios, 540 pacientes al mes con una producción anual de 6480 esto en un estado ideal y otro médico de 4 horas el cual produce la mitad de lo descrito anteriormente. La atención por enfermería es realizada por una enfermera jefe la cual debe atender 3 pacientes por hora, 12 pacientes de crecimiento y desarrollo y 7

citologías vaginales diarias para una producción mensual de 107 citologías al mes que consolidando dicha información se generaría 1284 citologías al año.

Tabla No. 49

Relación del recurso humano del servicio de promoción y prevención en el hospital de esperanza- año 2017

Descripción	cantidad	horas
Médico De P y P	2	12
Enfermera Jefe de P y P	1	8
Auxiliar de Vacunación	2	16
Auxiliar de Enfermería	1	8

Fuente: Coordinación de promoción y prevención

Todo lo anterior para explicar que con la capacidad instalada que posee este centro no se puede cumplir las metas establecidas para los programas de promoción y prevención debido a que los alcances de estas son muy altas para cada uno de los programas, adicionalmente la atención de las enfermedades de interés en salud pública y crecimiento y desarrollo ocupan un 80% de la capacidad medica institucional, puesto que nuestro proceso de atención establece que la atención de cita de control y atención por primera vez de estas patologías se hacen por médico, además del programa de planificación familiar que realiza tanto la consulta de primera vez y la cita de control por médico.

Tabla No. 50

Relación comparativa de la producción porcentual de promoción y prevención en el centro de salud con camas esperanza entre los años 2014-2017

AÑO / PROGRAMA		C Y D	CCU	CPN	PLANIFICACION	ADULTO	JOVEN	VACUNACION
2014	PRODUCCION	2452	534	653	735	33	223	1714
2015	PRODUCCION	4659	901	341	2399	170	565	4450
2016	PRODUCCION	4867	929	359	1380	301	535	4331
2017	PRODUCCION	2518	668	224	816	131	314	2494

Fuente: Coordinación de promoción y prevención

Los datos registrados en la tabla anterior nos permiten inferir múltiples situaciones que se vienen presentando en el desarrollo de los diferentes programas de promoción y prevención, los cuales se detallan a continuación:

Programa de crecimiento y desarrollo:

La población estimada en consultas de crecimiento y desarrollo durante los años 2014 al 2017 muestran una meta de cumplimiento por encima de lo estimado en cada uno de estos periodos, por encima del 100%. En el primer semestre de 2017 se realizaron 2518 consultas arrojando un cumplimiento del 124%; Este cumplimiento se debe principalmente al programa nacional "Familias en Acción" quien obliga a todos los niños a cumplir con esta estrategia.

Programa del adulto mayor:

El porcentaje de cumplimiento para este programa en los periodos correspondientes a los años 2014, 2015 y 2016 fue aproximadamente del 8%, sin embargo para el primer semestre del 2017 tuvo un aumento significativo del 11% mejorando sustancialmente con respecto a los años anteriores.

Citologías vaginales:

La realización de citologías vaginales ha tenido un comportamiento irregular mostrando un 15% de cumplimiento para el año 2014, luego en el año 2015 y 2016 cumplió con un 20%, En el primer semestre de 2017 se realizaron 648 citologías arrojando un cumplimiento 22% se espera que para terminar el año el rendimiento de este programa aumente.

Planificación familiar:

La producción en este programa en el primer semestre de 2017 es del 15% donde se realizaron 523 atenciones.

Agudeza visual:

Los datos que se registran en los años anteriores no permiten realizar un análisis de la situación de este programa en este centro, puesto que solo registran algunas atenciones permitiendo dudar de la veracidad de estos datos, sin embargo para el programa se realizaron durante el primer semestre del 2017 189 mediciones arrojando un cumplimiento del 14%.

Salud Mental:

En el centro de salud con cama de la Esperanza el servicio de psicología cuenta con un consultorio ubicado en el área de promoción y prevención, ocasionalmente es compartido con la consulta externa los días en los que no se presta el servicio. El aire acondicionado se encuentra instalado pero sin funcionar, por lo que se hizo necesario disponer de un abanico para ventilar el espacio, siendo esto además de incómodo insuficiente.

El talento humano asignado para este centro es de una psicóloga, quien cada 8 días (martes) acude al centro y realiza las consultas de morbilidad, promoción y prevención así como de asesoría pre y post en VIH.

Además de esto, contamos con un profesional especializado (psiquiatra) quien labora de lunes a viernes 4 horas diarias prestando consulta en psiquiatría a los doce primeros pacientes que acudan al centro, ya que estas citas se asignan por ficho y no por agenda previa como se hace con el resto de los servicios. En el consultorio de psiquiatría, la iluminación es adecuada y la infraestructura garantiza la privacidad y comodidad del paciente, pero desde hace un mes el aire acondicionado se dañó y aun no es reparado, al parecer por las constantes fallas eléctricas que se presentan en este centro.

El Servicio de Salud oral está ubicado en el primer piso del CSCC de la Esperanza, la infraestructura con la que cuenta está deteriorada, le falta mantenimiento en techo y paredes, la iluminación es aceptable, cuenta con dos aire acondicionado mini split uno en aceptables condiciones y el otro en malas condiciones por lo que no se cuenta con una temperatura confortable.

Tiene a su disposición un consultorio amplio con dos unidades odontológicas, tres turnos de atención, el primero de 7am a 11 am, el segundo de 11am a 3 pm y el último de 3pm a 7pm el cual por las condiciones de seguridad del centro de salud y por no tener facturador en ese horario resulta difícil el remplazo de pacientes y cuando se realiza se actualiza la información al día siguiente.

Se encuentra dotado con equipo de cómputo e impresora, y cuenta con todos los equipos biomédico necesarios para la prestación del servicio de salud oral, incluyendo radiografía oral periapical sin embargo este equipo está deteriorado y ha presentado fallas, además el chaleco de plomo con el que se cuenta ya no presta la protección necesaria por las condiciones de desgaste que presenta.

Tabla No. 51

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta por Psicología en el centro de salud con camas de la esperanza entre los años 2011-2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2011	240	60	25%
2012	576	107	19%
2013	576	468	83%
2014	576	310	54%
2015	2304	304	13%
2016	2304	526	23%
2017 (ENERO – JUNIO)	1152	378	39%

Fuente: Coordinación Salud Mental

Tabla No.52

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta por Psiquiatría en el centro de salud con camas de la esperanza entre los años 2011-2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2011	2880	2614	91%
2012	2880	2161	75%
2013	2880	2354	82%
2014	2880	2011	70%
2015	2880	1604	56%
2016	2880	2394	83%
2017 (ENERO – JUNIO)	1440	1487	100%

Fuente: Coordinación Salud Mental

Tabla No.53

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica inicial en CSCC de esperanza entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas iniciales	1196	3678	4236	4650	3629	2505	1200
Capacidad de producción	12672	12672	12672	12672	12672	12672	6336
	9,4%	29,0%	33,4%	36,7%	28,6%	19,8%	18,9%

Fuente: Coordinación de Salud Oral

En el cuadro adjunto se observa la relación de la consulta odontológica inicial frente a la capacidad instalada total, a pesar que se observa disminuida en 2011 con un 9,4% poco a poco se aumentó alcanzando su mayor porcentaje en 2014, pero en los último dos años la consulta inicial disminuyo considerablemente.

Tabla No. 54

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica en CSCC de esperanza entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas	5765	7834	11197	12008	11173	10581	5865
Capacidad de producción	12672	12672	12672	12672	12672	12672	6336
% cumplimiento	45,5%	61,8%	88,4%	94,8%	88,2%	83,5%	92,6%

Fuente: Coordinación de Salud Oral

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad.

El Talento humano está compuesto por 4 odontólogos generales de 4 horas diarias, 2 endodoncias, distribuidos en los turnos anteriormente descritos, y 4 auxiliares de consultorio. La atención de los usuarios de odontología general se realiza cada 20 minutos, es decir se atienden 3 pacientes por hora, con una oportunidad de citas menor a 3 días, y la atención de los pacientes de endodoncia se atienden 1 por hora para un total de 4 paciente por endodoncias y 8 pacientes diarios en el CSCC de Esperanza.

La Capacidad instalada de CSCC Esperanza es de 48 consultas diarias por 22 días laborales generando 1056 consultas mensuales, y 12672 consultas anuales. Sin embargo se puede ver alterada por los constantes problemas de suspensión de servicios públicos como agua y energía eléctrica, así como por las capacitaciones a nuestro talento Humano.

En el cuadro se muestra un comportamiento de cumplimiento de capacidad instalada entre el 80-90% con el transcurrir de los años sin embargo es difícil llegar al cumplimiento del 100% de la capacidad instalada ya que los inconvenientes anteriormente descritos se mantienen.

Componente de Habilitación Resolución 2003 de 2014

Los resultados del componente de habilitación, frente al cumplimiento de los requisitos exigidos en la Resolución 2003 de 2014, es variable, teniendo en cuenta la evaluación realizada por auditoría interna en los años 2016 y 2017, en la siguiente tabla se muestra un comparativo de los resultados obtenidos.

Tabla No. 55

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S.C.C Esperanza Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	0	0	67	33	67	67	91	55	0	0	67	0	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	0	0	33	33	45	64	91	82	0	0	67	100	0	N.A
ENDODONCIA	0	N.E	33	N.E	64	N.E	91	N.E	0	N.E	67	N.E	0	N.E
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	0	100	67	50	100	86	57	33	67	70	90	N.A	N.A
VACUNACION	67	33	60	60	100	67	100	64	100	100	100	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	0	100	100	100	100	0	100	0	100	100	0	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	0	0	0	0	100	0	100	100	100	100	100	0	100	0
URGENCIAS	0	0	0	50	50	67	91	0	40	0	67	0	50	50
FARMACIA	100	75	100	100	67	67	91	55	100	0	100	100	N.A	N.A
P Y P MEDICO	67	67	67	33	50	100	86	43	33	67	70	100	N.A	N.A

PSICOLOGIA	0	0	100	0	100	100	N.A	100	0	0	100	100	N.A	N.A
PSIQUIATRIA	0	0	100	0	100	100	N.A	0	0	0	100	100	N.A	N.A
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	0	0	0	76	0	70	0	73	0	54	100	0	0	N.A

Fuente: Coordinación de Calidad

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No.56

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación C.S.C.C Esperanza Años 2016-2017

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	48,67	51,33	38,75	61,25
ODONTOLOGICA	33,71	66,29	46,50	53,50
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	73,17	26,83	63,50	19,83
VACUNACIÓN	87,83	12,17	70,67	29,33
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	66,67	33,33	66,67	16,67
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	71,43	28,57	28,57	71,43
URGENCIAS	42,57	57,43	23,86	47,57
HOSPITALIZACION	0,00	0,00	0,00	0,00
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	0,00	0,00	33,33	66,67
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	14,29	85,71	0,00	0,00
FARMACIA	93,00	7,00	66,17	33,83
P Y P MEDICO	62,17	37,83	68,33	31,67
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	59,41	40,59	47,55	37,73

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

A través de las tablas anteriores, se evidencia el bajo cumplimiento en los estándares de habilitación, los servicios más críticos son toma de muestras, imágenes diagnósticas y urgencia. En la clasificación global el comportamiento fue negativo en el presente año.

La evaluación de la política de seguridad del paciente, se evalúa a través de dos metodologías, la primera fue la aplicación del instrumento de evaluación de la estrategia de lavado de manos, dado por la OMS, en los años 2014 y 2015, en el 2016 no se realizó y en el 2017 se programó para el segundo semestre del año.

Tabla No.57

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015 C.S.C.C Esperanza

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACIÓN	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	60	35	30	40	1	166	126-250 BASICO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

Los resultados de esta evaluación, muestran un cumplimiento básico en la aplicación de la estrategia de lavado de manos, fundamental en la política. Este resultado evidencia que se requiere fortalecer la formación y aprendizaje, la evaluación y retroalimentación.

La segunda metodología para la evaluación de la política de seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consistente en aplicar la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la política de humanización, tiene un cumplimiento del 17%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, pero no se evidencia la socialización del protocolo de bienvenida y la socialización de la política, en el 2017.

Infraestructura

Este centro de salud era uno de los priorizados a remodelar por el Distrito de Cartagena, hoy día no se tiene certeza de la ejecución de dichas obras, el deterioro continúa y a pesar de que el área de mantenimiento de la entidad, constantemente realiza trabajos menores de mejora preventivos y correctivos

Los problemas de infraestructura que presenta son los siguientes:

- Arreglo de techo por filtraciones
- Cambio de puertas
- Tuberías hidrosanitarias en mal estado y taponadas
- Cambio de la totalidad del cielo raso
- Construcción de caseta para planta eléctrica
- Remodelación de baños y cambio de aparatos sanitarios
- Cambio total del sistema eléctrico
- Instalación del sistema regulado y suministro de UPS
- Estuco y pintura en general
- Cambio de pisos en muchas áreas
- Mejoramiento de rampa de accesos

Su debilidad consiste en que este centro tiene muchos problemas de infraestructura por deterioro y tiempo de existencia este inmueble requiere de reparaciones o intervenciones totales, y es un centro que por su ubicación la infraestructura es violentada constantemente.

Facturación:

Facturación Urgencia

El área de facturación del servicio de urgencia, se encuentra en la entrada de dicho servicio, su ubicación es estratégica para poder visualizar el ingreso del paciente pero no es garantía para cuando el paciente sale de la atención o dado de alta; El área locativa de facturación tiene una buena ventilación e iluminación. el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 24 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Facturación Consulta Externa

El área de facturación en el servicio de consulta externa se encuentra en un espacio no adecuado locativamente para poder ejercer la función con visibilidad al ingreso o solicitud del usuario de su cita programada, ya que se encuentra en la parte de atrás de la sala de espera.

Igualmente carece de una protección locativa hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 8 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Los servicios prestados facturados por la modalidad de evento en este centro con cama son enviados al centro de acopio designado por georreferencia, correspondiéndole a la sede del pozón, con la finalidad de realizar la revisión, correcciones en los casos que corresponda, RIPS, Escanear los soportes y facturas, fotocopiado, armado de facturas con sus soportes y posteriormente su radicación ante las diferentes EPSS – EPSC, secretarías, aseguradoras, regímenes especiales, ya sea por correo certificado o presencialmente.

Los soportes para obtener los resultados son deficientes debido a la fluctuación del sistema de información generando elaboración manual de los documentos necesarios con el riesgo que no sean aportados al área de facturación, e igualmente por deficiencia en la responsabilidad asistencial de elaborar adecuadamente las Historias Clínicas o en su defecto los Triage, se realizan auditorías concurrentes en los servicios de urgencia y consulta externa, haciéndole seguimiento al proceso para detectar

debilidades y tomar correctivos en el mismo centro con el coordinador o en su defecto la jefe del servicio.

El procedimiento de la recolección de recaudos no es soporte de esta área, pero igualmente el facturador es quien le corresponde realizar el cobro de los servicios prestados a los usuarios particulares o cuotas moderadoras correspondientes, encontrando que la mayor debilidad está representada en la custodia de los dineros recaudados hasta la entrega final a quien corresponda, causando esto un inconformismo entre los facturadores por no tener las condiciones necesarias de seguridad donde custodiar estos dineros. Por otra parte no está establecido un formato del estudio socio económico del solicitante del servicio cuando manifiesta libremente que no posee recursos para cancelar los servicios prestados, ejerciendo el facturador funciones de trabajador social y a la vez de ordenador de descuentos por estos servicios.

La mayor debilidad para el área de facturación es el insumo correspondiente al sistema de información.

El Centro de Salud de la Esperanza, está programado dentro del enfoque de Prestador Primario en el esquema de RIPSS, como una de las dos alternativas (La otra es la candelaria) para que asuma el rol de IPS con urgencia resolutive de la Subred Norte, esta sede operativa desarrollará el portafolio requerido por la norma para servicios de atención inicial de urgencias con capacidad resolutive, es decir los servicios de urgencias de baja complejidad, con una capacidad instalada de todos los ambientes necesarios para garantizar una adecuada resolutive es decir, Laboratorio Clínico, imágenes diagnósticas, farmacia, poyo especializado. Esta alternativa asistencia implica incluye la adecuación física total de la sede.

SEDE No. 5. HOSPITAL ARROZ BARATO:

Ubicado en la zona urbana, localidad 3, Industrial y de la Bahía, Barrio Arroz Barato, Carrera 30 # 07-22, con código de habilitación 1300100871-06, con una población usuaria (capitada) a fecha de 30 de junio de 2017, de 14.782 personas. La vía de acceso esta pavimentada en buenas condiciones hasta la sede, después de esta no tiene pavimento lo cual genera gran cantidad de polvo, más aun cuando esta es una vía que utilizan vehículos de carga pesada. La movilidad se realiza a través de rutas de busetas, taxis y moto taxis. Algunos sectores aledaños no disponen de rutas de transportes. Este centro asistencial está ubicado de la sede administrativa a 12 Kms, aproximadamente 25 minutos. Este centro está próximo a la zona de la gran industria de Cartagena, en el sector de Mamonal, una de la zona de mayor progreso del Distrito, lo cual puede convertirse en una oportunidad para la venta de servicios hacia usuarios del régimen contributivo.

Dispone de una infraestructura de 3 pisos, en el primer piso se hallan ubicados en un área los servicios ambulatorios como consulta externa, promoción y prevención, laboratorio clínico, odontología y servicio farmacéutico y otra área para urgencias con

acceso independiente. En el segundo piso se ubica el programa de maternidad segura, que oferta los servicios de control prenatal (CPN), consulta por psicología y especializadas de ginecología, nutrición también están ubicados los ambientes de sala de trabajo de parto, atención de parto y camas de hospitalización obstétrica y hospitalización adulto. El consultorio de psicología es compartido con Medicina general. En este espacio se encuentra el área administrativa de coordinación del centro. El tercer piso no funciona operativamente, está proyectado y dotado para hospitalización general, además dispone de una sala de cirugía. La infraestructura cuenta con dos ascensores (uno camillero) en buen estado, además de dos escaleras internas para la accesibilidad entre los pisos.

En algunos ambientes las paredes están manchadas, con zonas de desprendimiento, leves grietas, deficiencias en la iluminación y ventilación insuficiente en sala de espera.

Se tienen en el REPS inscritos los servicios de hospitalización adultos (101, obstetricia (102), enfermería (312), ginecobstetricia (320), medicina general (331), nutrición y dietética (333), odontología general (334), psicología (344), servicio de urgencia (501), servicio de transporte asistencial básico (601), laboratorio clínico (706), toma de muestras de laboratorio (712), servicio farmacéutico (719), ultrasonido (718), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra.

El servicio de urgencias se presta en el primer piso, a la infraestructura física le hace falta mantenimiento de pintura internamente y en la fachada, posee iluminación adecuada; cuenta con acondicionadores de aire central, pero en la actualidad no funciona; lo que no permite trabajar en buenas condiciones de temperatura, el calor se convierte en un elemento que dificulta la atención de los pacientes. La sede dispone de una planta eléctrica con capacidad para todos los servicios. El acceso al servicio es amplio, la dotación de equipos es básica pero deben ser renovados por vencimiento de la vida útil. La disponibilidad de materiales e insumos para prestar el servicio es permanente, ocasionalmente pueden faltar en periodos cortos. La dotación de medicamentos es más regular, estos se encuentran dispuestos para la prestación del servicio, cumpliendo con la normatividad y de acuerdo a la complejidad del servicio ofertado. Actualmente el servicio de urgencias se presta con suficiencia a todos y cada uno de los usuarios que lo consultan, no existen significativas dificultades para la operatividad del servicio, se cuenta con los elementos y condiciones necesarias para la prestación del mismo, se deduce entonces que el proceso se desarrolla sin mayores traumatismos.

Facturación cuenta con un área a la entrada del servicio de urgencia, su ubicación aunque estratégica para poder visualizar el ingreso del paciente, no es garantía para

facturar efectivamente cuando el paciente sale de la atención o es dado de alta, porque no hay definido un control para el egreso; el área locativa donde se encuentra el facturador carece de protección hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores. Esta área carece de buena ventilación debido a que el AA no cubre todo el espacio en que está compuesto el área de atención y facturación, el equipo de cómputo y la impresora funcionan las 24 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, ya tienen tiempo para su renovación. No se dispone de comunicación telefónica para ejercer las funciones de verificación de derechos antes las diferentes EPSS y EPSC, además es permanente la fluctuación en el flujo de información, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que se han adiestrado en el quehacer dentro del proceso de facturación.

La empresa oferta dos consultorios de urgencias, de los cuales uno funciona como consultorio de Triage, el servicio es atendido por el equipo de salud liderado por el médico y se presta durante 24 horas al día, siete días a la semana, 365 días al año, de manera ininterrumpida; cuenta con una sala de reanimación que también funciona como sala de procedimientos menores, además se cuenta con seis (06) camillas de observación de pacientes (hombres, mujeres y niños); durante los últimos tres años (2015-2017) la ESE Cartagena de Indias ha sostenido esta capacidad instalada en el servicio de urgencias de este centro de atención, la cual no se ha variado porque la misma es suficiente para la atención a la población que nos ha consultado durante este período.

Tabla No. 58

Relación comparativa de la producción porcentual de urgencias en el Hospital de Arroz Barato entre los años 2011-2017

CENTRO/ AÑO	ARROZ BARATO								
	URGENCIAS			PROCEDIMIENTOS MENORES			OBSERVACIÓN		
	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util
2011	25920	362	1,40%	1426	24	1,68%	51840	74	0,14%
2012	25920	8567	33,05%	1426	715	50,14%	51840	1574	3,04%
2013	25920	7975	30,77%	1426	667	46,77%	51840	670	1,29%
2014	25920	20449	78,89%	1426	934	65,50%	51840	2393	4,62%
2015	25920	19869	76,66%	1426	1147	80,43%	51840	1825	3,52%
2016	25920	16292	62,85%	1426	1889	132,47%	51840	2143	4,13%
2017	25920	7206	27,80%	1426	911	63,88%	51840	2496	4,81%

Fuente: Coordinación de Urgencias

La capacidad instalada genera un registro asistencial de 25.920 consultas de urgencias, si analizamos la producción anual, se evidencia que el año que más consultas de urgencias se prestaron en este Hospital por parte de la empresa fue en el 2014 con un total de 20.449 pacientes atendidos, los cuales representan el 78,89% de la oferta de nuestra empresa para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 2.393 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 51.840 pacientes en este centro de atención que corresponden al 4,61% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 934 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 1.426

procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 65,49% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el Hospital de Arroz Barato.

De esta manera tenemos que para el año 2011 solo nos consultaron 362 pacientes, lo que representa solamente el 1,39% del total de la capacidad instalada en el servicio para este año, este dato hay que analizarlo muy cuidadosamente porque debe corresponder a un sub-registro de la información reportada por el sistema de información de la empresa, muy seguramente el número de pacientes atendidos no corresponde a la realidad. Del total de pacientes atendidos fueron observados 74 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 51.840 pacientes en este centro de atención. Estos 74 pacientes corresponden al 0,14% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 24 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 1.426 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 1,68% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el Hospital de Arroz Barato.

Para el año 2012 fueron atendidos en el servicio de urgencias 8.567 pacientes, lo que representa un 33,05% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.574 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 51.840 pacientes en este centro de atención. Estos 1.574 pacientes corresponden al 3,03% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 715 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 1.426 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 50,14% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el Hospital de Arroz Barato.

Para el año 2013 fueron atendidos en el servicio de urgencias 7.975 pacientes, lo que representa un 30,76% de la capacidad instalada para ese período. Del total de pacientes atendidos fueron observados 670 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 51.840 pacientes en este centro de atención. Estos 670 pacientes corresponden al 1,29% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 667 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 1.426 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 46,77% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el Hospital de Arroz Barato.

Para el año 2015 fueron atendidos en el servicio de urgencias 19.869 pacientes, lo que representa un 76,65% de la capacidad instalada para ese período. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.825 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 51.840 pacientes en este centro de atención. Estos 1.825 pacientes corresponden al 3,52% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.147 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 1.426 procedimientos menores por año en este centro, esto nos

arroja que se realizó el 80,43% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el Hospital de Arroz Barato.

Para el año 2016 fueron atendidos en el servicio de urgencias 16.292 pacientes, lo que representa un 62,85% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 2.143 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 51.840 pacientes en este centro de atención. Estos 2.143 pacientes corresponden al 4,13% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.889 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 1.426 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 132,46% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el Hospital de Arroz Barato. Este dato se puede explicar por el aumento en los actos de violencia que se presentan en la zona de influencia del centro de atención, también hay que tener en cuenta que la capacidad instalada sale del tiempo que le dedica el médico a realizar dichos procedimientos menores, en este caso se evidencia que para este año nuestro recurso humano medico tuvo que emplear más tiempo a la realización de los procedimientos menores; aun contando con esta variable no se hace necesario incrementar el número de horas medico/día/año en el servicio ya que la capacidad instalada en este Hospital esta sub demandada.

Para el año 2017, con corte a junio 30 han sido atendidos en el servicio de urgencias 7.206 pacientes, lo que representa un 27,80% de la capacidad instalada para este periodo; si se toma en cuenta la producción promedio de los últimos 5 años, se tendrá que la producción para este año estará alrededor del 60% de la capacidad instalada. Del total de pacientes atendidos fueron observados 2.496 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 51.840 pacientes en este centro de atención. Estos 2.496 pacientes corresponden al 4,81% de nuestra capacidad instalad ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 911 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 1.426 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se ha realizado el 63,88 % de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el Hospital de Arroz Barato.

Se evidencia que la ESE Hospital Local Cartagena de Indias tiene una oferta del servicio de urgencias en el Hospital de Arroz Barato suficiente para la atención de los pacientes que nos consultan en dicho centro de atención, no es necesario aumentar el recurso humano ni la capacidad instalada para atender la demanda actual a este centro de atención. Por otra parte se hace necesario continuar con la prestación del servicio en este CSCC ya que somos la única IPS (pública o privada, de cualquier complejidad) que brinda servicios a esta población, la cual es de difícil acceso, aislada, queda en la zona industrial, muchas de las personas que habitan en los barrios vecinos a esta, están afiliadas a las EPS que tienen contratados con nosotros la atención de urgencias bajo la modalidad de capitación; si decidiéramos no brindar el servicio de urgencias en este CSCC le estaríamos poniendo barreras de accesibilidad, oportunidad, eficiencia y eficacia a nuestros usuarios.

Los pacientes que requieren ser referidos hacia otra IPS de mayor complejidad son regulados a través del programa de referencia asistencia y traslados, PRAT, los cuales se encargan de reportarlos a las EPS, IPS, ubicar cama, envían las ambulancias para el traslado y aceptación de los mismos.

La empresa tiene una alta resolutiveidad en cuanto a las patologías de baja complejidad atendidas, los pacientes que exceden nuestra capacidad técnico-científicos deben ser referidos hacia la mediana y/o alta complejidad; en la actualidad existe un déficit de camas tanto del servicio de urgencias y hospitalización tanto en la mediana y alta complejidad en el Distrito, lo que genera represamiento en nuestro servicio de urgencia.

Los problemas más relevantes del servicio están relacionados con la sistematización del centro que está afectado por conectividad cuyas causas tienen que ver con la carencia de servidores, problemas de cableado, cortes del fluido eléctrico, equipos obsoletos. Aplicativos no licenciados.

La consulta externa dispone de un ambiente para la asignación de cita a un lado de la sala de espera, separada por una barrera física a media altura con mesón de apoyo, además cuenta con dos consultorios. En el segundo piso se encuentra otro consultorio médico que se comparte con psicología.

El ambiente es confortable, con aire acondicionado central para la sala de espera y asignación de cita, con fallas ocasionales del aire, pero se mantiene una temperatura confortable, cada uno de los consultorios cuenta con su aire acondicionado mini Split el cual le brinda confort a la atención médica, con buena iluminación, la ventilación natural por estar los consultorios con aire se mantienen cerrada.

La dotación en el área de asignación de cita cuenta con un equipo de cómputo e impresora. La dotación de los consultorios en cuanto a equipos no es completa. En un consultorio falta fonendoscopio, y en otro un otoscopio, la demás dotación está completa, la silla de los médicos están en mal estado. La papelería para la prestación del servicio no presenta inconvenientes.

En cuanto al recurso humano en el período analizado se viene ofreciendo 20 horas médicas diarias, acorde al estudio de suficiencia de red, el cual arroja la necesidad entre 20 a 22 horas médicas para la prestación del servicio, manteniéndose estable en el transcurso de todo el periodo, las cuales se prestan con 2.5 médicos, que correspondiendo al 3.8 % del total del recurso humano médico de la ESE.

Tabla No. 59

Relación del recurso humano del servicio de consulta externa en el Hospital de Arroz Barato, año 2017

CARGO	CANTIDAD	VINCULACION	%
Auxiliar de cita	1	Misión	
Auxiliar de archivo	1	Misión	
Médico 8 Hora	2	Misión	66.66
Médico 8Horas	1	Planta	33.33

Fuente: Coordinación de Consulta externa

El recurso humano del servicio de consulta externa lo componen además del personal médico y la auxiliar de citas, un auxiliar de archivo. Tradicionalmente este servicio contaba con dos médicos de 8 horas y uno de cuatro, pero por la renuncia del médico de 4 horas fue necesario establecer la estrategia de tener un médico de 8 horas compartido con otro centro de salud, pero que fueran las 8 horas compartidas, 3 veces a la semana. Potencialmente se pueden generar 19.008 consultas al año con toda la oferta instalada, es importante resaltar que uno de los médicos de 8 horas, es de planta y su producción es de 3 pacientes por hora.

La facturación en el servicio de consulta externa se encuentra en un espacio no adecuado locativamente para poder ejercer la función con visibilidad al ingreso o solicitud del usuario de su cita programada, ya que se encuentra en la parte posterior de la sala de espera.

Igualmente carece de una protección locativa hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores. El equipo de cómputo y la impresora ya cumplieron el periodo de vida útil, son requeridos 8 horas del día durante todo el año, quedando después de la jornada laboral sin seguridad, no se dispone de medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos antes las diferentes EPSS y EPSC, es continua la fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es adecuadamente seleccionado.

La capacidad de producción del centro se puede observar que estuvo disminuida en el periodo del 2015 y 2016, por la dificultad de conseguir médico de 4 horas, principalmente, además de la dificultad que había para acceder al centro ya que la malla vial se encontraba deteriorada. En el primer semestre de 2017 se observa un aumento significativo de la producción.

Tabla No. 60

Relación comparativa de la producción porcentual de la Consulta Externa en el Hospital de Arroz Barato, años 2015, 2016 y 2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2015	19.008	12.805	67.3%
2016	19.008	14.168	74.5%
2017 (ENERO – JUNIO)	9.504	8.813	92.7%

Fuente: Coordinación de Consulta externa

Los problemas más relevantes del servicio están relacionados con la sistematización del centro que está afectado por conectividad cuyas causas tienen que ver con la carencia de servidores, problemas de cableado, cortes del fluido eléctrico, equipos obsoletos, aplicativos no licenciados.

Dificultad para la accesibilidad al centro. Falta de rutas de transporte público desde zonas aledañas, pavimentación incompleta de la vía.

La promoción y prevención en el centro de salud con camas de Arroz Barato está ubicado en el primer piso de esta institución donde se prestan los programas de vacunación, control de crecimiento y desarrollo por médico y enfermería, detección precoz de las alteraciones del joven, atención de enfermedades de interés en salud pública por médico y enfermera, detección precoz del cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, planificación familiar y salud visual para lo cual cuenta con 4 espacios físicos que garantizan las condiciones necesarias para la prestación de estos servicios de salud, sin embargo para el fortalecimiento del cumplimiento de metas de los diferentes programas se hace necesario tener un espacio adicional para la realización de las citologías vaginales (2 consultorios) y otro consultorio médico para la realización de las actividades de medicina general.

Esta infraestructura a pesar de haber sido remodelada en años anteriores presenta en la actualidad deficiencias en la pintura de los consultorios cabe anotar que cumple con los parámetros establecidos en cuanto al espacio físico requerido por cada área respectiva. Cuenta con la iluminación suficiente y tiene acondicionador de aire tipo mini split todos los consultorios de p y p.

Este centro es sede principal del programa Maternidad Segura el cual presta sus servicios en el segundo piso de este centro, además cuenta con un recurso humano especializado para desarrollar el control prenatal, atención del parto y atención del recién nacido, al igual que la realización de ecografías y pelvimetrías.

Para la prestación de los servicios esta sede dispone de auxiliar de vacunación la cual tiene 8 horas contratadas y realiza la aplicación de biológicos a libre demanda, lo que significa que se atienden a todos los usuarios que requieran el servicio sin ninguna barrera, para la atención de controles de hipertensión, diabetes, detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo atención de primera vez, planificación familiar, salud visual se cuenta con un médico de 8 horas el cual debe atender 3 pacientes por hora, 24 pacientes diarios, 540 pacientes al mes con una producción anual de 6480 esto en un estado ideal. La atención por enfermería es realizada por una enfermera jefe la cual debe atender 3 pacientes por hora, 12 pacientes de crecimiento y desarrollo y 9 citologías vaginales diarias para una producción mensual de 270 controles y 198 citologías al mes que consolidando dicha información se generaría un total de 3240 controles al año y 2376 citologías al año.

Tabla No. 61

Relación del recurso humano del servicio de promoción y prevención en el Hospital de Arroz Barato- Año 2017

DESCRIPCION	CANTIDAD	HORAS
MEDICO DE P Y P	1	8
ENFERMERA JEFE DE P Y P	1	8
AUXILIAR DE VACUNACION	1	8
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1	8

Fuente: Coordinación Promoción y Prevención

Todo lo anterior para explicar que con la capacidad instalada que posee este centro no se puede cumplir con las metas establecidas para los programas de promoción y prevención debido a que los alcances de estas, son muy altas para cada uno de los programas, adicionalmente la atención de las enfermedades de interés en salud pública y crecimiento y desarrollo ocupan un gran porcentaje de la capacidad medica institucional, puesto que nuestro proceso de atención establece que la atención de cita de control y atención por primera vez de estas patologías se hacen por médico, además del programa de planificación familiar que realiza tanto la consulta de primera vez y la cita de control por médico.

Tabla No. 62

Relación del recurso humano del programa maternidad segura en el Hospital de Arroz Barato- año 2017

DESCRIPCION	CANTIDAD
Ginecólogos	3
Médicos Para Control Prenatal- Arroz Barato	1
Médico para control prenatal supernumerario	1
Médicos para Hospitalización Obstétrica- Arroz Barato	3
Enfermeras Para Control Prenatal	1
Auxiliares de Enfermería de Consulta Externa- Citas	1
Auxiliar de Enfermería Hospitalización Obstétrica- Arroz Barato	6
Nutricionista	1

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

Este programa depende en gran medida de insumos y dispositivos médicos para la ejecución optima de los programas por lo que se hace necesario contar de manera oportuna con cada uno de ellos, en la actualidad la adquisición de estos se hace de manera oportuna y suficiente, aunque en algunos momentos se puedan producir algunos retrasos en la distribución de los mismos.

Tabla No. 63

Relación comparativa de la producción de promoción y prevención en el Hospital de Arroz Barato entre los años 2014-2017

AÑO / PROGRAMA	C Y D	CCU	CPN	PLANIFICACION	ADULTO	JOVEN	VACUNACION	
2014	PRODUCCION	3613	403	1485	728	25	244	2608
2015	PRODUCCION	5101	838	3822	1153	36	356	3461
2016	PRODUCCION	4989	786	3822	1112	34	200	3843
2017	PRODUCCION	2678	552	2437	448	47	123	2500

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

Los datos registrados en la tabla anterior nos permiten inferir múltiples situaciones que se vienen presentando en el desarrollo de los diferentes programas de promoción y prevención, los cuales se detallan a continuación:

Programa de Crecimiento y Desarrollo:

Este es uno de los programas estrellas de nuestra institución ya que el cumplimiento del mismo supera en gran medida lo proyectado, lo cual es demostrado por la información consolidada durante los periodos que se registran en la tabla anterior, donde se evidencia un aumento significativo del año 2014 al 2015, representando este aumento el 41% de la producción del año anterior, del año 2015 al 2016 refleja una estabilidad en la producción, sin embargo los datos consignados en el primer semestre de 2017 apuntan a que el aumento en la realización de actividades de este programa será significativo. Los porcentajes de cumplimiento son altos para cada uno de los periodos.

Este cumplimiento desbordado se debe principalmente al programa nacional "Familias en Acción" quien obliga a todos los niños a cumplir con este programa. De igual forma la líder de crecimiento y desarrollo está atenta a cualquier situación que genere cambios significativos en la prestación de los servicios de salud.

Citologías Vaginales:

La realización de citologías vaginales ha tenido un comportamiento regular dirigido hacia el aumento en cada uno de los años registrados mostrando una producción de 552 en el primer semestre de 2017 citologías realizadas, las cuales evidencian un mejoramiento en la ejecución de este programa, sin embargo es importante anotar que aún falta un esfuerzo para cumplir de manera satisfactoria con estas actividades.

Programa Joven

Este programa muestra un cumplimiento desfavorable en cada uno de los años registrados con porcentajes de cumplimientos bajos que impulsan a estudiar las razones que conllevan al incumplimiento sistemático de este programa, hasta el momento los porcentajes de cumplimiento no pasan del 12-15% en el total de los años registrados, en la actualidad se están implementando estrategias que aumenten el número de actividades (Programa SISA)

Programa del Adulto Mayor:

El porcentaje de cumplimiento para este programa en los periodos correspondientes a los años 2014, 2015 y 2016 fue aproximadamente del 7.2 %, sin embargo para el primer semestre del 2017 tuvo un repunte del 16% duplicando lo producido en años anteriores.

Planificación Familiar:

La producción en este programa para los años 2015 y 2016 se comportó de manera similar, sin embargo no ha sucedido lo mismo en el primer semestre de 2017 donde hay una ligera disminución en el cumplimiento de este programa, sin embargo la líder

del programa ha iniciado estrategias que conlleven a un aumento significativo, ya que en la actualidad contamos con todos los insumos necesarios para garantizar el suministro de los anticonceptivos a las usuarias que lo soliciten.

Control prenatal:

Este es un programa que se ha desarrollado de manera exitosa en nuestra institución, el cual es nuestra carta de presentación. El comportamiento de la producción ha sido con tendencia al aumento en el número de embarazadas atendidas como lo demuestra los datos registrados en la tabla anterior; alcanzando un número importante en el primer semestre de 2017, lo que supone que estaríamos atendiendo un número de embarazadas a finales de Diciembre superior a lo registrado durante estos últimos cuatro años.

Salud Mental:

El consultorio de psicología se encuentra ubicado en el segundo piso de este centro hospitalario, es de fácil acceso, ya que al subir las escaleras es el primer consultorio al que se accede.

Su distribución es homogénea al del resto de consultorios, sus sistemas de ventilación e iluminación son adecuados para su funcionamiento, toda vez que se garantiza la confidencialidad y seguridad a los pacientes.

En Arroz Barato la prestación de este servicio se realiza dos veces a la semana 8 horas respectivamente. Contamos con una (01) profesional de psicología quien se encarga de trabajar todos los ejes temáticos de nuestro programa y a su vez recibe pacientes que son remitidos desde todos los servicios que ofertamos, bien sea consulta externa, urgencias, promoción y prevención. El acceso a la consulta psicológica no necesita de remisión ya que el paciente puede solicitarlo a libre demanda, razón por la que desde el primer momento en que el paciente manifieste el deseo de acceder a la consulta solo debe solicitarla al funcionario encargado de las asignaciones de citas. Acto seguido, se asigna fecha y hora según conveniencia del paciente a quien se le informa que debe estar 15 minutos antes de su cita. Finalmente el paciente se presenta según la fecha y hora asignada y accede inmediatamente a su cita por psicología. Ahora bien, si desde la consulta psicológica se identifican factores de riesgo asociados a patologías psiquiátricas se hace la remisión a psiquiatría, servicio que se presta en el centro de salud con cama de la Esperanza en el horario de lunes a viernes de 7 a 11 am de lunes a viernes.

Entre algunas ventajas de este servicio se resalta que el acceso inmediato y sin remisión al servicio de psicología es un plus que permite garantizar el acceso sin barreras y limitaciones. La prestación del servicio de psicología en el Hospital de Arroz Barato permite prestar un servicio de atención en salud integral e integrado, que

garantiza la optimización de nuestros recursos y la transversalización de este a todos los programas y servicios que se prestan en el centro.

Sin embargo, entre las principales debilidades se identifica la discontinuidad de la prestación del servicio que aumenta la demora en la asignación de las citas, toda vez que las 16 horas que hasta la fecha se ofertan en el Hospital de Arroz Barato, además de ser insuficientes para la identificación del servicio por parte de la comunidad, tiende a confundir al resto de profesionales del centro quienes no tienen clara la agenda y en ocasiones se abstienen de remitir al servicio de psicología solo por el desconocimiento del horario. Es importante que desde las consultas se concientice al paciente sobre la importancia de su salud mental y de cómo esta influye en su desarrollo, comprensión y adaptación al mundo.

El talento humano está compuesto por 1 psicóloga de 8 horas quien presta sus servicios profesionales los días lunes y miércoles, la atención de los usuarios se realiza cada 20 minutos, es decir se atienden 3 pacientes por hora.

Es de mencionar que, de cada atención se realizan los soportes atencionales denominados historias clínicas y reportes o notificaciones de obligatorio cumplimiento que de acuerdo al evento se notifican, tales como fichas de notificación y formatos de remisión a otros servicios y consultas. Estas se archivan y se diligencian de forma escrita o sistematizada y son usadas como soportes de cada una de las atenciones.

La Capacidad instalada de Hospital de Arroz Barato esta para 48 consultas semanales por 4 semanas generando 192 consultas mensuales y 2304 consultas anuales. Sin embargo, esta meta se puede ver alterada por los constantes problemas de inasistencia por parte de los pacientes, baja demanda, así como por las capacitaciones a nuestro talento Humano que obligan en muchas ocasiones a reprogramar las citas

Tabla No.64

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta por Psicología en el hospital de Arroz Barato entre los años 2011-2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2011	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año
2012	72	42	58%
2013	144	91	63%
2014	288	201	69%
2015	1152	528	46%
2016	2304	569	25%
2017 (ENERO – JUNIO)	1152	298	26%

Fuente: Coordinación Salud Mental

Según el cuadro anterior en el año 2011 no se prestaba el servicio de consulta externa en este centro, razón por la que no hay reportes de producción relacionada.

En los años 2012, 2013, se reportaron 72 y 144 consultas lo que corresponde al 58% y 63% de la capacidad instalada, reportes registrados en el sistema SIOS, software que además de presentar muchos inconvenientes, reportaba muchos subregistros que han generado divergencia entre lo realizado y lo soportado.

En el año 2014 tenemos 201 consultas que representan el 69% de toda la capacidad de producción, reporte que indica un mayor acercamiento y promoción del servicio. En el año 2015, 2016, 2017 se reportaron 528, 569, 298 consultas respectivamente equivalentes al 46%, 25% y 26% de la producción trazada, producción que se vio afectada por las constantes renunciaciones de los psicólogos y la contratación de profesionales que solo podían realizar consulta externa dejando de lado las asesorías en APV ya que al no estar entrenados no podían prestar este servicio.

La Salud Oral está ubicada en el primer piso del Hospital de Arroz Barato, la infraestructura con la que cuenta está deteriorada, le falta mantenimiento en techo y paredes, la iluminación deficiente, cuenta con un aire acondicionado mini split en buenas condiciones y que permite temperatura confortable.

Tiene a su disposición un consultorio con una unidad odontológica, dos turnos de atención, el primero de 7am a 11 am y el segundo de 12m a 4 pm. Se encuentra dotado con equipo de cómputo e impresora, y cuenta con la mayoría de los equipos biomédicos necesarios para la prestación del servicio de salud oral excepto de equipo de radiografía periapical, por lo cual cuando es necesario se envía el usuario al centro de salud de Esperanza donde tenemos el único equipo de radiografía periapical disponible para que el usuario se tome la radiografía y poder determinar la conducta a seguir en el tratamiento del usuario.

El mayor problema que afronta los odontólogos quienes tienen la responsabilidad de la facturación, es que el software y la conectividad funcionen bien y queden la consulta y actividades realizadas cargados en la historia clínica y facturados, ya que en muchas ocasiones se cargan los procedimientos pero no se cierran las facturas es decir el valor facturado sale en ceros, en otras se cargan pero no se reflejan en el historial de lo facturado o por el contrario se pierde la historia clínica realizada. Cuando el software pierde conectividad por más de una hora la historia clínica se realiza manual y las actividades realizadas son ingresadas por el facturador. Son desafíos diarios que manifiestan nuestros odontólogos en el Hospital de Arroz Barato y que afectan nuestra producción y hacen que lo reportado por los odontólogos de manera manual no coincida con los reportes del área de sistema y RIPS, situación que ha sido manifestada hacia el área de facturación y Sistemas realizando correctivos necesarios pero que reaparecen nuevamente.

El abastecimiento de los insumos odontológicos se realiza a través de una solicitud por parte del regente de farmacia del Hospital Arroz Barato a la coordinadora de salud oral en la sede administrativa, esto se da el día 16 de cada mes, quien verifica lo solicitado y autoriza el pedido y se lo envía al coordinador de servicios farmacéuticos el día 18 o

20 de cada mes, este a su vez tiene hasta el día 30 del mes en curso para la distribución de estos.

Este proceso en algunas ocasiones se altera ya sea por atraso en las rutas de distribución de los 43 centros, o por envío atrasado de la solicitud de pedido inicial por parte del Hospital por lo cual en algunas ocasiones no llega dentro de las fechas establecidas, se agota algún insumo y se afecta la producción ese mes de una actividad específica, o se tiene que reprogramar la atención de los usuarios.

Tabla No. 65

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica 1ra vez vs capacidad instalada en el hospital de arroz barato entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total de Consultas odontológicas 1ra vez	713	1757	1152	2761	1384	1107	854
Capacidad de producción	6336	6336	6336	6336	6336	6336	3168
% cumplimiento	11,3%	27,7%	18,2%	43,6%	21,8%	17,5%	27,0%

Fuente: Coordinación Salud Oral

Tabla No. 66

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica en el Hospital de Arroz Barato vs capacidad instalada entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total de Consultas odontológicas	2495	4979	4410	3244	4547	4547	2272
Capacidad de producción	6336	6336	6336	6336	6336	6336	3168
% cumplimiento	39,4%	78,6%	69,6%	51,2%	71,8%	71,8%	71,7%

Fuente: Coordinación Salud Oral

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad.

El Talento humano está compuesto por 2 odontólogos generales de 4 horas diarias distribuidos en los turnos anteriormente descritos, y una auxiliar de consultorio de 8 horas diaria; la atención de los usuarios se realiza cada 20 minutos, es decir se atienden 3 pacientes por hora.

La capacidad instalada de Hospital de arroz Barato es de 24 consultas diarias por 22 días laborales generando 528 consultas mensuales, y 6336 consultas anuales. Sin embargo se puede ver alterada por los constantes problemas de suspensión de

servicios públicos como agua y energía eléctrica, así como por las capacitaciones a nuestro talento humano.

En el cuadro anterior relacionamos la proporción del total de las consultas respecto a la capacidad instalada de producción, entre los años 2011-2013 el reporte sistematizado era deficiente ya que los datos suministrados provienen del sistema de información SIOS, software que presento demasiadas inconsistencias entre lo realizado y lo evidenciado en sistema, por lo cual fue remplazado en el 2014 por el software Healthmanager, donde se evidencia aumento significativo año tras año sobre todo en los últimos 3 años, sin alcanzar la producción máxima si hay un esfuerzo por parte del talento Humano de la ESE HLCI, sin embargo nos afecta el sub-registro en la información producto de las deficiencia en la facturación de las consultas y actividades ya que la realiza el odontólogo al cerrar la historia clínica y con mucha frecuencia hay fallas en este proceso.

Sin embargo comparándolo con las consultas iniciales se observa que el mayor número de consultas se presenta en las de evolución de control ya que las consultas iniciales en el año 2017 comparadas con la capacidad instalada representan solo el 27%.

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad.

El Talento humano está compuesto por 2 odontólogos generales de 4 horas diarias distribuidos en los turnos anteriormente descritos, y una auxiliar de consultorio de 8 horas diaria; la atención de los usuarios se realiza cada 20 minutos, es decir se atienden 3 pacientes por hora.

La Capacidad instalada de Hospital de Arroz Barato esta para 24 consultas diarias por 22 días laborales generando 528 consultas mensuales, y 6336 consultas anuales. Sin embargo se puede ver alterada por los constantes problemas de suspensión de servicios públicos como agua y energía eléctrica, así como por las capacitaciones a nuestro talento humano.

Según el cuadro anterior el año 2011 el reporte sistematizado de consultas es de 713 pacientes, lo que representa el 11,25% del total de la capacidad instalada en el servicio, para este año los datos provienen del sistema de información SIOS, software que presento demasiadas inconsistencias entre lo realizado y lo evidenciado en sistema, por lo cual fue remplazado en el 2014 por el software Health manager, sin embargo los problemas de conectividad, inestabilidad de energía eléctrica en la sedes y equipos de ayuda del software se mantienen generando sub-registros de consultas al respecto en lo que a este año y otro años se refiere.

En los años 2012, 2013, se reportaron 1757 y 1152 consultas lo que corresponde al 27.7 % y 18.18% de la capacidad instalada respectivamente y coincidimos que también presenta sub-registros en la información.

En el año 2014 tenemos 1181 consultas reportadas por el sistema de información de SIOS y 1508 reportadas por Health manager para un total de 2761 consultas es decir un 43.58% de la capacidad instalada cifra que se acerca más a las consultas realizadas y reportadas manualmente.

En el año 2015, 2016, 2017 se reportaron 1384, 1107, 854 consultas respectivamente donde también se observan sub-registros al respecto dado que de manera manual el centro de arroz barato reporta aproximadamente unas 400 consultas por mes, las cuales se constatan en el registro manual que el Hospital de manera sencilla llevan.

El apoyo terapéutico En el Hospital Arroz Barato el servicio de Apoyo Diagnostico cuenta con Laboratorio Clínico el cual se encuentra ubicado en el primer piso del hospital. El servicio cuenta con las áreas delimitadas, según lo establecido en la Res. 2003 de 2014, como son química clínica e inmunología, hematología, orina y varios, además cuenta con el área de toma de muestras sanguínea y toma de muestras ginecológicas, área de montaje, esterilización y lavado de material. Contamos con equipos semiautomatizados, insumos, y reactivos, para la prestación del servicio. En cuanto a la infraestructura, el área cuenta con iluminación suficiente, las paredes son de fácil limpieza, los mesones son lisos, y la superficie no es porosa y permite su desinfección.

El Horario de atención para la consulta externa es de Lunes a Sábado de 7:00 a.m – 5:00 p.m, y Urgencias las 24 horas los siete días de la Semana.

El recurso humano está capacitado y es idóneo para desarrollar las actividades propias de su cargo.

A esta sede del Laboratorio Clínico están referenciadas las muestras que provienen de los Centros de Salud de Nelson Mandela, Las Reinas y Pasacaballos, las cuales son transportadas por un personal de mensajería.

Tabla No. 67

Relación comparativa de la producción porcentual del laboratorio clínico en el hospital de Arroz Barato, años 2011 hasta 2017

CENTRO/ AÑO	2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017		
	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util												
PASACABALLOS	12240	13795	113%	12240	15956	130%	12240	13252	108%	12240	13490	110%	12240	12480	102%	12240	14794	121%	12240	11284	92%
ARROZ BARATO	12240	27633	226%	12240	23665	193%	12240	21271	174%	12240	27633	226%	12240	37962	310%	12240	39632	324%	12240	18226	149%
REINAS	12240	24420	200%	12240	26556	217%	12240	22876	187%	12240	25260	206%	12240	21389	175%	12240	24020	196%	12240	12332	101%
NELSON MANDELA	12240	25178	206%	12240	24876	203%	12240	20952	171%	12240	23914	195%	12240	26970	220%	12240	28178	230%	12240	15090	123%
TOTAL LAB. ARROZ BARATO	48960	91026	186%	48960	91053	186%	48960	78351	160%	48960	90297	184%	48960	98801	202%	48960	106624	218%	48960	56932	116%

Fuente: Coordinación Apoyo Diagnostico

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad

De acuerdo a la población asignada para este hospital, y teniendo en cuenta la demanda de la asignación de citas, se hace una programación de 45 citas diarias para esta sede, cabe resaltar que a este laboratorio están referenciados las tomas de muestras de los centros de Salud de Nelson Mandela, Las Reinas y Pasacaballos, los cuales también manejan un aproximado de 45 pacientes diarios, para un total de 180 pacientes diarios para este Laboratorio Clínico.

Teniendo en cuenta la capacidad instalada del centro se cuenta con 5 Bacteriólogos de 6 horas para realizar la Urgencia 24 horas, 2 Bacteriólogos de 8 horas para la consulta externa, 2 Auxiliares de Laboratorio y 1 mensajero.

La oportunidad en el centro de Arroz Barato se encuentra a 1 día.

En relación de la capacidad instalada – producción y % de rendimiento se detalla que nosotros contamos con un recurso humano, dotación e infraestructura para prestar servicio de 12240 tomas de muestras demostrando que la producción anual del 2011 y 2012 fue de 91026 y 91053 respectivamente teniendo una porcentaje de rendimiento por encima de nuestra capacidad en 186%.

En el 2013, 2014, 2015, y 2016 nuestra capacidad instalada sigue siendo la misma en estos años obteniendo un porcentaje de rendimiento de 160%, 184%, 202% y 218% debido a una producción superior a nuestra capacidad instalada en 78351, 90297, 98801, 106624 respectivamente.

En el 2017 se puede evidenciar que a el primer semestre del 2017 ya se tiene un % rendimiento del 116 % debido a la demanda del servicio y la apertura del programa de maternidad segura en este centro.

Componente de Habilitación Resolución 2003 de 2014

Los resultados del componente de habilitación, frente al cumplimiento de los requisitos exigidos en la Resolución 2003 de 2014, es variable, teniendo en cuenta la evaluación realizada por auditoría interna en los años 2016 y 2017, en la siguiente tabla se muestra un comparativo de los resultados obtenidos.

Tabla No.68

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio Hospital Arroz Barato Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	70	100	67	100	71	NA	100	0	60	89	80	NA	NA
ODONTOLOGICA	100	70	100	67	82	80	91	54	100	20	89	87	0	20
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	67	100	60	50	70	86	54	67	67	90	80	NA	NA
VACUNACION	100	80	80	75	100	88	100	81	100	70	100	90	NA	NA
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	0	100	60	100	100	86	70	100	90	75	NA	NA	NA

TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	67	67	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
URGENCIAS	100	80	50	60	100	70	0	64	60	67	80	80	50	80
HOSPITALIZACION	100	80	75	65	100	100	91	100	100	30	100	70	100	50
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	NA													
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	0	80	0	70	100	80	100	100	0	70	100	90	NA	NA
FARMACIA	100	80	100	65	100	67	100	64	100	80	100	90	NA	NA
P Y P MEDICO	100	67	100	60	50	70	86	54	67	67	90	80	NA	NA
ECOGRAFIA	100	100	67	100	100	100	91	100	85	100	100	100	NA	NA
PSICOLOGIA	100	60	67	10	100	70	NA	NA	0	70	100	80	NA	NA
LABORATORIO CLINICO	67	67	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

En la anterior tabla podemos evidenciar que algunos servicios tuvieron un comportamiento negativo de la evaluación en las dos vigencias, que los estándares como talento humano que en la vigencia 2016 cumplían para el 2017 no cumplen, debido a la alta rotación de personal; en el estándar de infraestructura solo dos servicios, el de laboratorio clínico y ecografía cumplen, los demás servicios bajaron su calificación, en el servicio de farmacia fue el que presentó una disminución significativa en su calificación pasando de 100% a 67%. Referente al estándar de procesos prioritarios, el incumplimiento significativo se evidencia en los servicios de odontología y hospitalización.

En la revisión global de los resultados obtenidos por cada servicio durante los años 2016 y 2017, se evidencia una disminución en el cumplimiento de los estándares de habilitación de los servicios ofertados, se obtiene un resultado global de 81,55% en el 2016 y en el 2017 paso a 74,94%; siendo significativa la disminución en la calificación de los servicios de promoción y prevención.

Tabla No. 69

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio Hospital Arroz Barato Años 2016-2017

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	77,80	22,20	74,67	25,33
ODONTOLOGICA	80,29	19,57	56,86	43,14
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCION	82,17	17,83	66,33	33,67
VACUNACION	96,67	3,32	80,67	19,33
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	81	19	65,83	34,17
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	*	*	*	*
URGENCIAS	62,86	37,14	71,57	28,43
HOSPITALIZACION	95,14	4,86	70,71	29,29
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	0,00	0,00	0,00	0,00
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	42,86	57,14	81,67	18,33
FARMACIA	100	0	74,33	40,00
P Y P MEDICO	82,17	17,83	66,33	33,67

ECOGRAFIA	90,50	9,50	100,00	0,00
PSICOLOGIA	73,40	26,60	70,00	30,00
LABORATORIO	96,29	4,71	95,29	4,71
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	81,55	18,44	74,94	25,06

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre *La evaluación del servicio de toma de muestras está incluido en el servicio de laboratorio clínico.

La evaluación de la Política de seguridad del paciente, se evalúa a través de dos metodologías, la primera fue la aplicación del instrumento de Evaluación de la Estrategia de lavado de manos, dado por la OMS, en los años 2014 y 2015, en el 2016 no se realizó, se programó para el segundo semestre del año 2017.

Tabla No.70

**Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
Hospital Arroz Barato**

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014 1era medición	60	70	100	50	11	291	251-375 INTERMEDIO	
2da medición	55	65	60	55	7	242	251-375 INTERMEDIO	
2015	100	65	67,5	75	45	352,5	251-375 INTERMEDIO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

Los resultados de esta evaluación, muestran un cumplimiento intermedio en la aplicación de la estrategia de lavado de manos, fundamental en la Política. Este resultado evidencia las actividades de promoción y compromiso con la estrategia por parte de los funcionarios del centro de atención

La segunda metodología para la evaluación de la política de seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consistente en aplicar la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 9%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, pero no se evidencia la socialización del protocolo de bienvenida y la socialización de la política, en el 2017. A pesar de la realización de capacitaciones con el SENA e ICONTEC, el recurso humano no conoce los deberes y derechos.

Infraestructura

Este centro hospitalario requiere de intervenciones locativas para su buen funcionamiento como son los puntos generalizados que a continuación vamos a mencionar:

- Estuco y pintura general externa e interna del Hospital
- Mantenimiento de cielo rasos en todas las áreas del centro de salud
- Mejoramiento del estado de los pisos (cerámica de las áreas del primer piso en consulta externa)
- Electrobombas en mal estado
- Suministro e instalación de puertas metálicas para C.E.
- Seguridad en la ventanearía
- Mejoramiento del acceso al centro hospitalario
- Colocación de pasa manos en las escaleras
- El centro cuenta con áreas que no están en este momento habilitadas para la prestación de servicios como es el área de cirugía

Como debilidad en este hospital podemos mencionar la ruta de evacuación de desechos hospitalarios y cadáveres, se hace necesario mejorar sus pisos o plantillas como también los giros para que no haya inconvenientes con la camillas de cadáveres, este centro se encuentra ubicado sobre una vía de acceso de camiones de carga pesada la cual no se encuentra terminada generando así polvo contaminante que deteriora la calidad de vida de usuarios y de colaboradores, otro punto débil sería la falta de conectividad con el sistema de aguas negras (las aguas negras se están desalojando con el contrato de mantenimiento de pozas sépticas), en el momento el sistema de recolección de aguas negras del barrio o sector, las redes o tuberías se encuentran instaladas pero las bombas de la estación de rebombeo no se encuentran instaladas por lo tanto el sistema no funciona.

Como fortaleza este centro cuenta con una infraestructura que si bien necesita mejoras se encuentra bien ubicada abarcando una población que evidentemente necesita de su servicio.

Facturación: Facturación Urgencia

El área de facturación del servicio de urgencia, se encuentra en la entrada de dicho servicio, su ubicación es estratégica para poder visualizar el ingreso del paciente pero no es garantía para cuando el paciente sale de la atención o dado de alta; el área locativa donde se encuentra el facturador carece de protección hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, en lo referente a la ventilación es escasa ya que el aire acondicionado no cubre todo el espacio en que está compuesto el área de sala de espera y facturación; el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 24 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no

permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Facturación Consulta Externa

El área de facturación en el servicio de consulta externa se encuentra en un espacio no adecuado locativamente para poder ejercer la función con visibilidad al ingreso o solicitud del usuario de su cita programada, ya que se encuentra en la parte de atrás de la sala de espera.

Igualmente carece de una protección locativa hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 8 horas del día durante todo el año, quedando después de la jornada laboral sin seguridad, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Los servicios prestados facturados por la modalidad de evento en este hospital son enviados al centro de acopio designado por georreferencia, correspondiéndole a la sede administrativa, con la finalidad de realizar la revisión, correcciones en los casos que corresponda, RIPS, Escanear los soportes y facturas, fotocopiado, armado de facturas con sus soportes y posteriormente su radicación ante las diferentes EPSS – EPSC, secretarías, aseguradoras, regímenes especiales, ya sea por correo certificado o presencialmente.

Los soportes para obtener los resultados son deficientes debido a la fluctuación del sistema de información generando elaboración manual de los documentos necesarios con el riesgo que no sean aportados al área de facturación, e igualmente por deficiencia en la responsabilidad asistencial de elaborar adecuadamente las Historias Clínicas o en su defecto los Triage, se realizan auditorías concurrentes en los servicios de urgencia y consulta externa, haciéndole seguimiento al proceso para detectar debilidades y tomar correctivos en el mismo centro con el coordinador o en su defecto la jefe del servicio.

El procedimiento de la recolección de recaudos no es soporte de esta área, pero igualmente el facturador es quien le corresponde realizar el cobro de los servicios prestados a los usuarios particulares o cuotas moderadoras correspondientes, encontrando que la mayor debilidad está representada en la custodia de los dineros recaudados hasta la entrega final a quien corresponda, causando esto un inconformismo entre los facturadores por no tener las condiciones necesarias de

seguridad donde custodiar estos dineros. Por otra parte no está establecido un formato del estudio socio económico del solicitante del servicio cuando manifiesta libremente que no posee recursos para cancelar los servicios prestados, ejerciendo el factorador funciones de trabajador social y a la vez de ordenador de descuentos por estos servicios.

La mayor debilidad para el área de facturación es el insumo correspondiente al sistema de información.

Sistemas

La conectividad entre esta sede y la sede principal es a través de fibra óptica con un ancho de banda de 15 Mbps.

La conexión llega a un pequeño cuarto de datos ubicado en el segundo piso y de allí la conexión es llevada a una central de datos principal ubicada en el primer piso y al tercer piso lo que permite llevar la comunicación de datos y voz a toda la sede.

El cableado estructurado de esta sede está en un regular estado por lo que se hace necesario cambiarlo en áreas como consulta externa, citas, facturación; además, el cableado estructurado es insuficiente por lo cual la sede cuenta con conexión inalámbrica.

Esta sede cuenta con dos cámaras de video vigilancia 24/7, ubicada una en la entrada de la urgencia y una en la sala de espera de este servicio.

El Hospital de Arroz Barato, está programado dentro del enfoque de Prestador Primario en el esquema de RIPSS, como una de las dos alternativas (La otras sedes son Pasacaballos y Nuevo Bosque) para que asuma el rol de IPS con Urgencia Resolutiva de la Subred Centro, esta sede operativa desarrollará el portafolio requerido por la norma para servicios de atención inicial de urgencias con capacidad resolutiva, es decir los servicios de urgencias de baja complejidad, con una capacidad instalada de todos los ambientes necesarios para garantizar una adecuada resolutividad es decir, Laboratorio Clínico, imágenes diagnósticas, farmacia, poyo especializado. Esta alternativa asistencia NO implica incluye la adecuación física total de la sede. Su amplitud puede ser además una alternativa para servicios complementarios en salud mental mediante esquemas de asociación.

SEDE No. 6 CENTRO DE SALUD CON CAMA BOQUILLA

Ubicado en la zona urbana, Corregimiento la Boquilla, con código de habilitación 1300100871-07, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 9501. La ubicación de este centro es de no es de fácil acceso, cuenta con vías en regular estado y con servicio de transporte público limitado.

Se ubica de 19 a 25 minutos aproximadamente de la sede administrativa

El servicio de urgencias se presta en el primer piso, el acceso al servicio es amplio. A la infraestructura física le hace falta mantenimiento de pintura internamente y en la fachada. La iluminación de los diferentes ambientes es adecuada. No obstante contar con acondicionadores de aire, los mismos en la actualidad no funcionan correctamente; lo que no permite trabajar en buenas condiciones de temperatura, el calor se convierte en un elemento que dificulta la atención de los pacientes. La sede dispone de una planta eléctrica con capacidad solamente para los servicios de urgencias y vacunación, la misma no tiene capacidad para los aires acondicionados. La dotación de equipos existente es básica pero deben ser renovados por vencimiento de la vida útil. La disponibilidad de materiales e insumos para prestar el servicio es permanente, ocasionalmente pueden faltar en periodos cortos. La dotación de medicamentos es regular, estos se encuentran dispuestos para la prestación del servicio, cumpliendo con la normatividad y de acuerdo a la complejidad del servicio ofertado. Actualmente el servicio de urgencias se presta con suficiencia a todos y cada uno de los usuarios que lo consultan, no existen significativas dificultades para la operatividad del servicio, en general se dispone de los elementos y condiciones necesarias para la prestación del mismo, se deduce entonces que el proceso se desarrolla sin mayores traumatismos.

Tabla No.71

Relación comparativa de la producción porcentual de urgencias en el CSCC de Boquilla entre los años 2011-2017

CENTRO/ AÑO	BOQUILLA								
	URGENCIAS			PROCEDIMIENTOS MENORES			OBSERVACIÓN		
	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util
2011	12960	9964	76,88%	2880	549	19,06%	30240	411	1,36%
2012	12960	10723	82,74%	2880	799	27,74%	30240	812	2,69%
2013	12960	8494	65,54%	2880	790	27,43%	30240	414	1,37%
2014	12960	8796	67,87%	2880	1016	35,28%	30240	455	1,50%
2015	12960	8593	66,30%	2880	909	31,56%	30240	512	1,69%
2016	12960	12153	93,77%	2880	1634	56,74%	30240	445	1,47%
2017	12960	4770	36,81%	2880	688	23,89%	30240	642	2,12%

Fuente: Subgerencia Científica

La capacidad instalada potencial puede generar un registro asistencial de 12.960 consultas de urgencias año, si analizamos la producción anual, se evidencia que el año que más consultas de urgencias se prestaron en esta sede fue en el 2016 con un total de 12.153 pacientes atendidos, los cuales representan el 93,77% de la oferta de nuestra empresa para ese año; Del total de pacientes atendidos fueron observados 445 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 30.240 pacientes en este centro de atención que corresponden al 1,47% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.634 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este

centro, esto nos arroja que se realizó el 56,74% de la capacidad instalada para los procedimientos menores.

Para el año 2011 fueron atendidos en el servicio de urgencias 9.964 pacientes, lo que representa un 76,88% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 411 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 30.240 pacientes en este centro de atención. Estos 411 pacientes corresponden al 1,36% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 549 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 19,06% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Boquilla.

Para el año 2012 fueron atendidos en el servicio de urgencias 10.723 pacientes, lo que representa un 82,74% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 812 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 30.240 pacientes en este centro de atención. Estos 812 pacientes corresponden al 2,69% de nuestra capacidad instalada ofertada; durante este mismo periodo se realizaron 799 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 27,74% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Boquilla.

Para el año 2013 fueron atendidos en el servicio de urgencias 8.494 pacientes, lo que representa un 65,54% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 414 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 30.240 pacientes en este centro de atención. Estos 414 pacientes corresponden al 1,37% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 790 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 27,43% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Boquilla.

Para el año 2014 fueron atendidos en el servicio de urgencias 8.796 pacientes, lo que representa un 67,87% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 455 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 30.240 pacientes en este centro de atención. Estos 455 pacientes corresponden al 1,50% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.016 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 35,28% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Boquilla.

Para el año 2015 fueron atendidos en el servicio de urgencias 8.593 pacientes, lo que representa un 66,30% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 512 pacientes, la empresa está en capacidad

de observar cada año 30.240 pacientes en este centro de atención. Estos 512 pacientes corresponden al 1,69% de nuestra capacidad instalada ofertada; durante este mismo periodo se realizaron 909 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 31,56% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Boquilla.

Para el año 2017, con corte a junio 30 han sido atendidos en el servicio de urgencias 4.770 pacientes, lo que representa un 36,81% de la capacidad instalada para este periodo; si se toma en cuenta la producción promedio de los últimos 5 años, se tendrá que la producción para este año estará alrededor del 73% de la capacidad instalada. Del total de pacientes atendidos fueron observados 642 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 30.240 pacientes en este centro de atención. Estos 642 pacientes corresponden al 2,12% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 688 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se ha realizado el 23,89% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Boquilla.

La consulta externa: La consulta externa se encuentra ubicada en un primer piso, tiene su acceso por una entrada independiente de la urgencia inclusive en calles diferentes, a su ingreso se encuentra la sala de espera amplia, a un lado se encuentra la asignación de cita separada por una estructura de madera y vidrio, la cual se comparte con el facturador y asignación de cita de p y p. Además cuenta con dos (2) consultorios, exclusivos para consulta externa.

El centro de Salud, cuenta con un aire acondicionado en la sala de espera y área de asignación de cita, logrando mantener una temperatura agradable para los pacientes y funcionarios, los consultorios cada uno cuenta con su aire mini split, la iluminación de los consultorios es buena, sin ventilación.

El centro de salud de La Boquilla tenía en el período de 2015 contaba con (1.5) consultorios, hasta mediado de 2016 correspondiendo al 2.2 % de la oferta total de la institución, ha mediado de 2016 se elevó la oferta a 2 consultorio por haberse incrementado las horas medicas a 16 horas, sin tener en cuenta la población sino la dificultad de conseguir medico de 4 horas.

En cuanto al recurso humano el centro de salud en el 2015 terminó el año con 1.5 médicos lo que equivale a 12 horas médicas, correspondiendo al 2.3 % de las horas medicas de la institución. El estudio de suficiencia de red, arrojo una necesidad de horas medicas entre 10 a 11 horas, manteniéndose estable en el transcurso de todo el periodo, ajustando la oferta a este estudio se consiguió la oferta ideal. Desde mediado del 2016 en adelante se elevó la oferta a 2 médicos ampliando la capacidad de producción 12672 consultas al año.

La población asignada en todos los periodos analizados oscilo entre 5752 a 6617 la población del 2015 fue más alta.

Tabla No.72

Relación del recurso humano del servicio de consulta externa en el Centro de Salud con Cama de Boquilla

CARGO	CANTIDAD	VINCULACION	%
Auxiliar de cita	1	Misión	
Auxiliar de archivo	1	Misión	
Medico 8 Hora	1	Planta	
Medico 8 horas	0.5	Misión	

Fuente: Coordinación de Consulta externa

El recurso humano del servicio de consulta externa, en estos momentos lo componen además del personal médico, una (1) auxiliar de citas, un (1) auxiliar de archivo, dos punto cinco (1.5) médico de ocho horas, para 12 horas médicas, pudiendo generar 6336 consultas en el primer semestre del año en curso.

El horario de atención de la consulta externa es de 7 am. A 4 pm.

Tabla No.73

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta externa del Centro de Salud Con Cama de la Boquilla años 2015, 2016 y 2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2015	12672	10532	83.11%
2016	12672	12184	96.14 %
2017 (ENERO – JUNIO)	6336	4830	76.23 %

Fuente: Coordinación de Consulta externa

La capacidad de producción del centro de salud en el periodo del 2015 a 2017 fue de 12672 con un porcentaje de producción del 83.11 % en el 2015, en el año 2016 se generaron 12184 consulta con un porcentaje de producción de 96.14 %, se nota una gran elevación en el porcentaje de producción ocasionado ya que en varios meses del año la producción se realizó con 2 médicos, lo que elevo la producción y el cálculo de producción esperada fue con 1,5 médicos, en el 2017 si está acorde al cálculo de producción, obteniéndose un porcentaje del 76.23 %

El servicio promoción y prevención en el centro de salud con camas Boquilla está ubicado en el primer piso de esta institución donde se prestan los programas de vacunación, control de crecimiento y desarrollo por médico y enfermería, detección precoz de las alteraciones del joven , atención de enfermedades de interés en salud pública por médico y enfermera, detección precoz del cáncer de cuello uterino, cáncer

de seno, planificación familiar y salud visual para lo cual cuenta con 4 espacios físicos que garantizan las condiciones necesarias para la prestación de estos servicios de salud.

Esta sede ofrece siguientes servicios:

Vacunación, Higiene oral, Planificación familiar, detección precoz del cáncer de cuello uterino, detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo, detección precoz de las alteraciones del joven, detección precoz de las alteraciones del adulto, atención de enfermedades de interés en salud pública.

Para la prestación de los servicios esta sede dispone de auxiliar de vacunación la cual tiene 8 horas contratadas y realiza la aplicación de biológicos a libre demanda, lo que significa que se atienden a todos los usuarios que requieran el servicio sin ninguna barrera, para la atención de controles de hipertensión, diabetes, detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo atención de primera vez, planificación familiar, salud visual se cuenta con un médico de 8 horas el cual debe atender 3 pacientes por hora, 24 pacientes diarios, 540 pacientes al mes con una producción anual de 6480 esto en un estado ideal . La atención por enfermería es realizada por una enfermera jefe la cual debe atender 3 pacientes por hora, 12 pacientes de crecimiento y desarrollo y 9 citologías vaginales diarias para una producción mensual de 198 citologías al mes que consolidando dicha información se generaría 2376 citologías al año.

Cuenta con una sala de espera con iluminación y ventilación el aire acondicionado que se encuentra ubicado en dicho espacio físico garantiza la buena ventilación, cuenta con la disponibilidad de unidades sanitarias por sexo.

El programa de PyP cuenta con el consultorio de enfermería y para médico, este cuenta con área para entrevista y el área para examen, los pisos en cerámica, paredes con pinturas de fácil lavado.

Tabla No. 74

Relación del recurso humano del servicio de promoción y prevención en el Centro De Salud Con Camas Boquilla- Año 2017

DESCRIPCION	CANTIDAD	HORAS
MEDICO DE P Y P	1	8
ENFERMERA JEFE DE P Y P	1	8
AUXILIAR DE VACUNACION	1	8
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1	8

Fuente: Coordinación Promoción y Prevención

El servicio cuenta con un médico general, una enfermera jefe, una auxiliar de enfermería y una profesional del área de psicología.

Tabla No.75

Relación Comparativa de la Producción de Promoción y Prevención en el Centro de Salud Con Camas Boquilla entre los años 2014-2017

AÑO / PROGRAMA		CYD	CCU	CPN	PLANIFICACION	ADULTO	JOVEN	VACUNACION
2014	PRODUCCION	881	267	263	271	16	120	886
2015	PRODUCCION	1971	401	486	387	79	386	1639
2016	PRODUCCION	2400	377	790	671	217	1024	2533
2017	PRODUCCION	1120	149	459	400	72	216	1310

Fuente: Coordinación Promoción y Prevención

Los datos registrados en la tabla anterior nos permiten inferir múltiples situaciones que se vienen presentando en el desarrollo de los diferentes programas de promoción y prevención, los cuales se detallan a continuación:

Programa de crecimiento y desarrollo:

La población estimada en consultas de crecimiento y desarrollo durante los años 2014 al 2017 muestran una meta de cumplimiento por encima de lo estimado en cada uno de estos periodos, por encima del 100%. En el primer semestre de 2017 se realizaron 2518 consultas arrojando un cumplimiento del 124%; Este cumplimiento se debe principalmente al programa nacional "FAMILIAS EN ACCION" quien obliga a todos los niños a cumplir con esta estrategia.

Programa del adulto mayor:

El porcentaje de cumplimiento para este programa en los periodos correspondientes a los años 2014, 2015 fue aproximadamente del 8%, sin embargo para el primer semestre del 2017 tuvo un aumento significativo del 11% mejorando sustancialmente con respecto a los años anteriores. Aunque se produjo el mayor número de actividades en el 2015.

Citologías vaginales:

La realización de citologías vaginales ha tenido un comportamiento irregular mostrando unas cifras que año tras año reflejan un desarrollo deficiente del programa, sin embargo el cumplimiento de este programa se ha presentado de la siguiente manera: un 15% de cumplimiento para el año 2014, luego en el año 2015 y 2016 cumplió con un 20%, En el primer semestre de 2017 se realizaron 459 citologías arrojando un cumplimiento 22% se espera que para terminar el año el rendimiento de este programa aumente.

Planificación familiar:

El cumplimiento de este programa no ha sido óptimo puesto que se han presentado cambios en el recurso humano que desarrollaba el programa, sin embargo la producción en este programa en el primer semestre de 2017 es del 15% donde se realizaron 400 actividades.

Vacunación:

Este programa muestra unos datos que evidencian la tendencia al aumento en la realización de actividades de vacunación, es importante aclarar que este es otro programa bandera de nuestra institución.

Salud Mental:

En este centro de salud se presta el servicio de psicología en un consultorio de promoción y prevención que se alterna y se comparte con la enfermera jefe los días sábados 16 horas mensuales que corresponden de acuerdo a la proyección de la producción anual a 192 pacientes atendidos en el año.

La infraestructura del consultorio a nivel general no presenta mayores inconvenientes ya que los sistemas de ventilación e iluminación funcionan de forma adecuada.

El profesional asignado a este centro de salud es una psicóloga que presta sus servicios en salud mental articulándose con todos los servicios ofertados en el centro desde consulta externa y promoción y prevención.

Entre las principales debilidades se encuentra la conectividad y el software de las historias clínicas del que constantemente recibimos quejas debido a su fluctuación y pérdida de la información.

Tabla No.76

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta por psicología en el centro de salud con camas de la boquilla entre los años 2011-2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2011	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año
2012	96	86	90%
2013	288	151	55%
2014	288	204	71%
2015	1152	290	25%
2016	1152	305	26%
2017 (ENERO – JUNIO)	576	142	25%

Fuente: Coordinación Salud mental

El Servicio de Salud oral en el centro de salud de Boquilla está ubicado en el 1er piso del centro de salud, la infraestructura con la que cuenta está deteriorada, le falta mantenimiento en techo y paredes, cuenta con buena iluminación, tiene a su disposición una unidad odontológica, para dos turnos de atención el primero de 7am a 11 am y en el segundo de 12m a 4 pm.

Está ubicado en una casa por contingencia ya que desde el período anterior de la administración distrital se inició la construcción de un centro de salud nuevo el cual a la fecha no se ha entregado para su operación.

Se encuentra dotado con equipo de cómputo e impresora, y cuenta con la mayoría de los equipos biomédico necesarios para la prestación del servicio de salud oral, a excepción de radiografía oral periapical.

Tabla No.77

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica de primera vez en centro de salud de Boquilla entre los años 2011-2017.

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas Primera vez	1004	1395	1531	2626	1712	1034	354
Capacidad de producción	6336	6336	6336	6336	6336	6336	3168
% cumplimiento	15,80%	22,00%	24,20%	41,40%	27,00%	16,30%	11,20%

Fuente: Área sistemas ESE HLCI-Coordinación salud oral

Tabla No. 78

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica en centro de salud de Boquilla entre los años 2011-2017.

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas	2950	5481	5036	5278	5484	5092	2803
Capacidad de producción	6336	6336	6336	6336	6336	6336	3168
% cumplimiento	46,6%	86,5%	79,5%	83,3%	86,6%	80,4%	88,5%

Fuente: Área sistema ESE HLCI-Coordinación salud oral

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad.

El Talento humano está compuesto por 2 odontólogos generales de 4 horas diarias distribuidos en los turnos anteriormente descritos, y una auxiliar de consultorio una de 8 horas diaria 7am-3pm, la atención se realiza cada 20 minutos, es decir se atienden 3 pacientes por hora, con una oportunidad de citas de 0 días.

La capacidad instalada de CSCC Blas de Lezo es de 24 consultas diarias por 22 días laborales generando 528 consultas mensuales, y 6336 consultas anuales. Sin embargo se puede ver alterada por los constantes problemas de suspensión de servicios públicos como agua y energía eléctrica, así como por las capacitaciones a nuestro talento humano.

Se observa un sub-registro en las consultas odontológicas debido a los problemas de software, conectividad, equipos de apoyo como servidores, mala condiciones de cableado de redes, y recesiones de fluido eléctrico, ineficacia en la facturación, ya que al constatar las consultas de manera manual se observa un promedio mensual de 600.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Los resultados del componente de habilitación, frente al cumplimiento de los requisitos exigidos en la Resolución 2003 de 2014, es variable, teniendo en cuenta la evaluación realizada por auditoría interna en los años 2016 y 2017, en la siguiente tabla se muestra un comparativo de los resultados obtenidos.

Tabla No. 79

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S.C.C Boquilla Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	90	67	60	90	85	100	80	100	75	100	80	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	90	67	60	45	73	100	90	100	80	100	80	0	60
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	70	100	60	100	90	100	85	33	70	90	80	N.A	N.A
VACUNACION	100	90	90	85	90	90	100	100	100	90	100	90	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	70	0	60	100	90	100	90	100	100	0	90	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	70	90	60	100	90	80	90	100	80	0	90	N.A	100
URGENCIAS	100	80	50	60	25	75	91	80	80	80	0	90	100	90
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	100	90	100	60	100	90	100	90	90	90	100	90	0	N.A
FARMACIA	100	90	80	60	67	70	91	90	90	90	100	90	N.A	N.A
P Y P MEDICO	67	90	67	60	70	85	100	85	33	70	90	80	N.A	N.A
PSICOLOGIA	0	60	0	57	100	90	N.A	N.A	100	65	100	90	N.A	N.A

Nota: Se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No.80

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.S.C.C Boquilla

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	85,33	14,67	78,33	21,67
ODONTOLOGICA	73,14	26,86	76,14	23,86
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	87,17	12,83	75,83	24,17
VACUNACION	96,67	3,33	90,83	9,17
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	83,33	16,67	83,33	16,67
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	67,14	32,86	82,86	17,14
URGENCIAS	63,71	36,29	79,29	20,71
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	84,29	15,71	85	15
FARMACIA	88	12	81,67	18,33
P Y P MEDICO	71,17	28,83	78,33	21,67
PSICOLOGIA	60	40	72,4	27,6
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	78,18	21,82	80,37	19,63

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

A pesar de contar con una infraestructura limitada, se evidenció mejoras en algunos estándares, los cuales influyeron en la ligera mejora en la calificación global de la habilitación, pasando de 78% a 80%.

Tabla No.81

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015 C.S.C.C Boquilla

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	50	0	30	70	9	159	126-250 BASICO	
2015	40	65	40	77,5	45	267,5	251-375 INTERMEDIO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

Los resultados de esta evaluación, muestran un cumplimiento intermedio en la segunda aplicación de la estrategia de lavado de manos, fundamental en la Política. Este resultado evidencia las actividades de promoción y compromiso con la estrategia por parte de los funcionarios del centro de atención. La aplicación de esta herramienta

corresponde a la primera metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente.

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consistente en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la política de humanización, tiene un cumplimiento del 24%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, pero no se evidencia la socialización del protocolo de bienvenida y la socialización de la política, en el 2017. A pesar de la realización de capacitaciones con el SENA e ICONTEC, el recurso humano no conoce los deberes y derechos.

Infraestructura

Este centro de salud era uno de los priorizados a remodelar por el Distrito de Cartagena, hoy día no se tiene certeza de la ejecución de dichas obras, pero se hace sin embargo necesario la intervención total de este centro ya que cuenta con una infraestructura totalmente deteriorada que no cumple espacialmente en ninguna de sus áreas con las necesidades de la prestación de servicio que requiere teste centro, sus necesidades inmediatas serian:

- Arreglo de cielo raso
- Arreglo de techos e impermeabilización
- Instalación del sistema regulado y suministro de UPS
- Instalación de transformador y mantenimiento general al sistema eléctrico
- Construcción de caseta para planta eléctrica
- Mantenimiento a rejas exteriores
- Instalación de rejas nuevas en el área de urgencias
- Instalación de divisiones en sala de observación
- Resane de grietas y estuco de muros
- Pintura total del centro de salud
- Cambio de puertas en mal estado
- Revisión del sistema eléctrico en general

Facturación

Facturación Urgencia

El área de facturación del servicio de urgencia, se encuentra en la entrada de dicho servicio, su ubicación es estratégica para poder visualizar el ingreso del paciente pero

no es garantía para cuando el paciente sale de la atención o dado de alta; el área locativa donde se encuentra el facturador carece de protección hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores.

El área locativa de facturación carece de una buena ventilación debido a que el AA no cubre todo el espacio en que está compuesto el área de atención y facturación, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 24 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Facturación Consulta Externa

El área de facturación en el servicio de consulta externa se encuentra en un espacio no adecuado locativamente por ser muy estrecho, si logran ejercer la función con visibilidad al ingreso o solicitud del usuario de su cita programada, ya que se encuentra en la entrada del centro.

Cuenta con protección locativa hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 8 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Los servicios prestados facturados por la modalidad de evento en este centro con cama son enviados al centro de acopio designado por georreferencia, correspondiéndole a la sede del pozón, con la finalidad de realizar la revisión, correcciones en los casos que corresponda, RIPS, Escanear los soportes y facturas, fotocopiado, armado de facturas con sus soportes y posteriormente su radicación ante las diferentes EPSS – EPSC, secretarías, aseguradoras, regímenes especiales, ya sea por correo certificado o presencialmente.

Los soportes para obtener los resultados son deficientes debido a la fluctuación del sistema de información generando elaboración manual de los documentos necesarios con el riesgo que no sean aportados al área de facturación, e igualmente por deficiencia en la responsabilidad asistencial de elaborar adecuadamente las Historias Clínicas o en su defecto los Triage, se realizan auditorías concurrentes en los servicios de urgencia y consulta externa, haciéndole seguimiento al proceso para detectar

debilidades y tomar correctivos en el mismo centro con el coordinador o en su defecto la jefe del servicio.

El procedimiento de la recolección de recaudos no es soporte de esta área, pero igualmente el facturador es quien le corresponde realizar el cobro de los servicios prestados a los usuarios particulares o cuotas moderadoras correspondientes, encontrando que la mayor debilidad está representada en la custodia de los dineros recaudados hasta la entrega final a quien corresponda, causando esto un inconformismo entre los facturadores por no tener las condiciones necesarias de seguridad donde custodiar estos dineros. Por otra parte no está establecido un formato del estudio socio económico del solicitante del servicio cuando manifiesta libremente que no posee recursos para cancelar los servicios prestados, ejerciendo el facturador funciones de trabajador social y a la vez de ordenador de descuentos por estos servicios.

La mayor debilidad para el área de facturación es el insumo correspondiente al sistema de información.

Esta sede asistencial, asumirá un rol específico para gestión de riesgo y atención de p y p, con el apoyo de equipos extramurales dentro del esquema de subred del norte y la visión de Prestador Primario de la Empresa. Requiere de pocas adecuaciones.

SEDE No. 7 CENTRO DE SALUD CON CAMA OLAYA HERRERA

Ubicado en la zona urbana, Barrio Olaya Herrera Carretera principal Kra 32B No. 64-142, con código de habilitación 1300100871-08, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 7286. La ubicación de este centro es de fácil acceso, cuenta con vías en buen estado y con servicio de transporte público; con problemas de inseguridad y existencia de pandillas.

Se encuentra a 14 minutos máximo de la sede Administrativa.

El servicio de urgencias se presta en el primer piso, el acceso al servicio es amplio, cuenta con acceso para discapacitados. A la infraestructura física le hace falta mantenimiento de pintura internamente y en la fachada. La iluminación de los diferentes ambientes es deficiente, debido a las fluctuaciones del servicio de energía eléctrica se queman muchas lámparas en el servicio, las cuales requieren ser cambiadas. El aire acondicionado del servicio es central, presenta fallas con mucha frecuencia en todo el servicio, se requiere cambio de estos equipos; La sede dispone de una planta eléctrica con capacidad para algunos servicios, cuando está funcionando, en el servicio tiene capacidad para las luces, computadores e impresoras, no tiene capacidad para el funcionamiento de los aires acondicionados. La dotación de equipos existente es básica pero deben ser renovados por vencimiento de la vida útil. La disponibilidad de materiales e insumos para prestar el servicio es permanente, ocasionalmente pueden faltar en periodos cortos. La dotación de medicamentos es

regular, estos se encuentran dispuestos para la prestación del servicio, cumpliendo con la normatividad y de acuerdo a la complejidad del servicio ofertado. Actualmente el servicio de urgencias se presta con suficiencia a todos y cada uno de los usuarios que lo consultan, no existen significativas dificultades para la operatividad del servicio, en general se dispone de los elementos y condiciones necesarias para la prestación del mismo, se deduce entonces que el proceso se desarrolla sin mayores traumatismos.

Tabla No. 82

Relación comparativa de la producción porcentual de urgencias en el CSCC de Olaya entre los años 2011-2017

CENTRO/ AÑO	OLAYA								
	URGENCIAS			PROCEDIMIENTOS MENORES			OBSERVACIÓN		
	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util
2011	34560	744	2,15%	5760	73	1,27%	34560	41	0,12%
2012	34560	25541	73,90%	5760	2267	39,36%	34560	857	2,48%
2013	34560	16651	48,18%	5760	2317	40,23%	34560	813	2,35%
2014	34560	22075	63,87%	5760	1802	31,28%	34560	1235	3,57%
2015	34560	33430	96,73%	5760	2313	40,16%	34560	1925	5,57%
2016	34560	36305	105,05%	5760	5011	87,00%	34560	1244	3,60%
2017	34560	15921	46,07%	5760	2968	51,53%	34560	891	2,58%

Fuente: Subgerencia científica

La capacidad instalada potencial puede generar un registro asistencial de 34.560 consultas de urgencias año, si analizamos la producción anual, se evidencia que el año que más consultas de urgencias se prestaron en esta sede fue en el 2016 con un total de 36.305 pacientes atendidos, los cuales representan el 105,05% de la oferta de nuestra empresa para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.244 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención que corresponden al 3,60% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 5.011 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 87% de la capacidad instalada para los procedimientos menores.

Para el año 2011 fueron atendidos en el servicio de urgencias 744 pacientes, lo que representa solamente un 2,15% de la capacidad instalada para ese año, este dato debe corresponder a un sub-registro de la información reportada por el sistema de información de la empresa, muy seguramente el número de pacientes atendidos no corresponde a la realidad; Del total de pacientes atendidos fueron observados 41 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 41 pacientes corresponden al 0,12% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 73 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760

procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 1,27% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Olaya.

Para el año 2012 fueron atendidos en el servicio de urgencias 25.541 pacientes, lo que representa un 73,90% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 857 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 857 pacientes corresponden al 2,48% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 2.267 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 39,36% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Olaya.

Para el año 2013 fueron atendidos en el servicio de urgencias 16.651 pacientes, lo que representa un 48,18% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 813 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 813 pacientes corresponden al 2,35% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 2.317 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 40,23% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Olaya.

Para el año 2014 fueron atendidos en el servicio de urgencias 22.075 pacientes, lo que representa un 63,87% de la capacidad instalada para ese período. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.235 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 1.235 pacientes corresponden al 3,57% de nuestra capacidad instalada ofertada; durante este mismo periodo se realizaron 1.802 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 31,28% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Olaya.

Para el año 2015 fueron atendidos en el servicio de urgencias 33.430 pacientes, lo que representa un 96,73% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.925 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 1.925 pacientes corresponden al 5,57% de nuestra capacidad instalada ofertada; durante este mismo periodo se realizaron 2.313 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 40,16% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Olaya. A partir de este año, la empresa aumentó la capacidad instalada en doce (12) horas de atención medicas por urgencias, por día, en el horario comprendido de 7:00 am a 7:00 pm, de lunes a sábado, lo anterior para soportar la

demanda aumentada al servicio que se evidenció durante el transcurso del año analizado.

Para el año 2017, con corte a junio 30 han sido atendidos en el servicio de urgencias 15.921 pacientes, lo que representa un 46,07% de la capacidad instalada para este periodo; si se toma en cuenta la producción promedio de los últimos 5 años, se tendrá que la producción para este año estará alrededor del 92% de la capacidad instalada. Del total de pacientes atendidos fueron observados 891 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 891 pacientes corresponden al 2,58% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 2.968 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se ha realizado el 51,53% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Olaya.

La consulta externa: La Consulta Externa se encuentra ubicada en el segundo piso, al cual se puede acceder a través de la escalera o de un ascensor el cual pueden ser utilizar la población: discapacitados, niños, mujeres embarazados y adultos mayor), inmediatamente se ingresa al segundo piso se encuentra la sala de espera donde en su parte izquierda en separada por una estructura de madera y vidrio, se encuentra el área de asignación de cita, la cual se comparte con el facturador y asignación de cita de p y p. Además cuenta con dos (2) consultorios, uno exclusivos para consulta externa, y el otro es compartido con otro servicio.

El centro de Salud, cuenta con un aire acondicionado central para toda la consulta externa, el cual se encuentra ligeramente averiado por lo que hay que recurrir a los abanicos para poder lograr mantener una temperatura agradable, tanto en los consultorios como en las demás áreas, la iluminación de los consultorios es buena.

El Centro de Salud con cama de Olaya Herrera en el período de 2015 al 2017 tiene una disponibilidad de 2 consultorios para medicina general, correspondiendo al 3.7%, de la oferta total, en el 2016, Es de anotar que este centro sirve de apoyo para la prestación de la consulta externa de la población asignada al centro de salud de Líbano el cual se encuentra cerrado por estar en estos momento realizándole intervención de la infraestructura por parte del DADIS.

En cuanto al recurso humano el centro de salud en el 2015 terminó el año con 2.0 de 8 horas, lo que equivale a 16 horas médicas, se incrementó a 2.5 en el 2016 y 2017 correspondiente a 20 horas médicas, debido al aumento de la demanda, que fue ocasionado por la población asignada del centro de salud de Líbano, ya que este fue cerrado en este periodo, aunque el cálculo de la suficiencia de red, direccionada solo 2 horas médicas, con el fin de que se utilizará como soporte para la atención de la población del centro de salud del Líbano que fue cerrado para realizar trabajos en su infraestructura correspondiendo al 3.6 %, del recurso humano de la institución.

Tabla No.83

Relación del recurso humano del servicio de consulta externa en el Centro de Salud con Cama de Olaya Herrera año 2017

CARGO	CANTIDAD	VINCULACION
Auxiliar de cita	1	Misión
Auxiliar de archivo	1	Misión
Medico 8 Hora	1	Planta
Medico 8 horas	1.5	Misión

Fuente: Coordinación de Consulta externa

El recurso humano del servicio de consulta externa, en estos momentos lo componen además del personal médico, una (1) auxiliar de citas, un (1) auxiliar de archivo, Dos punto cinco (2.5) médico de ocho horas, para 20 horas médicas, pudiendo generar 10560 consultas en el primer semestre del año en curso.

El Horario de atención de la Consulta Externa es de 7 am. A 4 pm.

Tabla No.84

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta externa del Centro de Salud con Cama de Olaya Herrera, años 2015, 2016 y 2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2015	16896	11470	67.88 %
2016	21120	15535	0,7355
2017 (ENERO – JUNIO)	10560	8159	77.26 %

Fuente: Coordinación de Consulta externa

La capacidad de producción del centro en el período del 2015 fue de 16896 con un porcentaje de producción del 67.88%, atribuible a la sobre oferta que se instaló para afrontar la demanda de la población del centro de salud del Líbano que como era de esperar poco a poco se fue incrementando la demanda, se hizo necesario aumentar la oferta en el 2016 a 20 horas médicas teniendo una capacidad de producción de 21120 consulta al año, que por tener unas horas en horario de 3p.m. a 7 pm, el cual es poco atractivo para la población demandante su porcentaje de producción en el año 2016 fue de 73.55%, y en el 2017 de 77.26%.

El servicio de Promoción y Prevención del Centro de Salud con Camas Olaya ofrece los programas de vacunación, control de crecimiento y desarrollo por médico y enfermería, detección precoz de las alteraciones del joven, atención de enfermedades de interés en salud pública por médico y enfermera, detección precoz del cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, planificación familiar y salud visual, programa de adulto mayor, los cuales son prestados en el segundo piso de este centro.

El programa de Vacunación se encuentra ubicado en el segundo piso de las instalaciones donde se encuentra ubicada la consulta externa del centro de salud. Cuenta con un espacio suficiente para la atención, tiene separado los dos ambientes pero el espacio es muy reducido, pisos, las paredes se encuentran con la pintura deteriorada y requiere mantenimiento completo de toda el área, cuenta con una buena iluminación, no hay zona de lavado de termos, aire acondicionado tipo mini split que se encuentra en un estado regular que requiere cambio debido a que presenta daños con mucha frecuencia y la ubicación no permite una buena circulación del aire.

El **consultorio médico de PyP** cuenta con un consultorio ubicado en el segundo piso donde se presta el servicio con una intensidad horaria de 8 horas, el consultorio es exclusivo para el servicio. El consultorio cuenta con las dos áreas:

El área de procedimientos bien delimitada, paredes con pintura manchada y desprendida, en unas zonas con signos de salitre, cuenta con su lavamanos, aire acondicionado central con mal funcionamiento. Iluminación con buen funcionamiento.

El **consultorio de enfermería de PyP**: cuenta con el área para entrevista y con el área de procedimientos debidamente delimitadas, paredes con pintura manchada y con deterioro notable de la pintura las paredes presentan mucha humedad debido a un problema que presenta en aire central en los ductos de aire, cuenta con lavamanos, aire acondicionado central en malas condiciones que requiere cambio, iluminación con buen funcionamiento, unas de las lámparas sin protector.

Para la **toma de muestras de citología**: El consultorio no es independiente es compartido con toma de muestra de laboratorio, paredes con pintura manchada y presenta desprendimiento, cuenta con baño interno.

Tabla No. 85

Relación del recurso humano del servicio de Promoción y Prevención en el Hospital de Olaya- año 2017

DESCRIPCION	CANTIDAD	HORAS
MEDICO DE P Y P	1	8
ENFERMERA JEFE DE P Y P	1	8
AUXILIAR DE VACUNACION	2	8
AUXILIAR DE ENFERMERIA DE PYP	1	8

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

Se cuenta con 1 médico de PyP de 8 horas que atiende 24 pacientes, es decir 3 pacientes por hora, atiende todos los programas ofertados en el centro de salud.

La enfermera jefe del centro realiza 5 horas (7- 12 am) de atención de controles de crecimiento y desarrollo, según las metas debe atender 15 pacientes diarios y realiza 2 horas (1- 3 pm) de toma de muestras de citología cervicouterina, según las metas debe realizar 6 citologías diarias, de 3-4 pm se realiza entrega de tratamientos a pacientes de TB.

Hay dos auxiliares de vacunación de 8 horas cada una, que atienden a libre demanda.

Una auxiliar de enfermería de P y P que asigna las citas de los programas, diligencia los libros de inscripción, realiza los reemplazos, reporta los insistentes.

Tabla No.86

Relación comparativa de la producción de promoción y prevención en el Centro de Salud con Camas Olaya entre los años 2014-2017

AÑO / PROGRAMA	C Y D	CCU	CPN	PLANIFICACION	ADULTO	JOVEN	VACUNACION	
2014	PRODUCCION	1450	390	349	186	39	226	1513
2015	PRODUCCION	6561	894	308	1007	165	1345	5618
2016	PRODUCCION	7823	843	397	929	307	1054	6328
2017	PRODUCCION	4089	740	210	506	137	407	3547

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

Los datos registrados en la tabla anterior nos permiten inferir múltiples situaciones que se vienen presentando en el desarrollo de los diferentes programas de promoción y prevención, los cuales se detallan a continuación:

Programa de crecimiento y desarrollo:

La población estimada en consultas de crecimiento y desarrollo durante los años 2014 al 2017 muestran una meta de cumplimiento por encima de lo estimado en cada uno de estos períodos, por encima del 100%. En el primer semestre de 2017 se realizaron 4089 consultas arrojando un cumplimiento del 324%; Este cumplimiento se debe principalmente al programa nacional "FAMILIAS EN ACCION" quien obliga a todos los niños a cumplir con esta estrategia.

Programa del adulto mayor:

El porcentaje de cumplimiento para este programa en los períodos correspondientes a los años 2014, 2015 y 2016 fue aproximadamente del 15%, sin embargo para el primer semestre del 2017 tuvo un aumento significativo del 40% mejorando sustancialmente con respecto a los años anteriores.

Citologías vaginales:

La realización de citologías vaginales ha tenido un comportamiento irregular mostrando un 15% de cumplimiento para el año 2014, luego en el año 2015 y 2016 cumplió con un 20%, En el primer semestre de 2017 se realizaron 740 citologías arrojando un cumplimiento 73% se espera que para terminar el año el rendimiento de este programa aumente.

Planificación familiar:

La producción en este programa en el primer semestre de 2017 es del 28% donde se realizaron 506 atenciones.

Los servicios de Salud Oralse prestan en el segundo piso, la infraestructura con la que cuenta está deteriorada, le falta mantenimiento en techo y paredes, pisos la iluminación es buena, cuenta con un aire acondicionado mini Split en buenas condiciones suficiente para mantener en todo el consultorio con una temperatura comfortable.

Se dispone de un consultorio con una unidad odontológica, tres turnos de atención, el primero de 7am a 11 am, el segundo de 11am a 3 pm, y el tercero de 3pm a 7 pm. Estos están dotado con equipo de cómputo e impresora Se cuenta con la mayoría de los equipos biomédico necesarios para la prestación del servicio de salud oral excepto el equipo de radiografía periapical.

Tabla No. 87

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica primera vez en Centro de Salud de Olaya entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas Primera vez	1	95	15	1808	2930	2358	1923
Capacidad de producción	6336	6336	6336	6336	9504	9504	4752
% cumplimiento	0,0%	1,5%	0,2%	28,5%	30,8%	24,8%	40,5%

Fuente: Área de Sistemas-Coordinación Salud oral.

Tabla No.88

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica en Centro de Salud de Olaya entre los años 2011-2017.

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológica	1	106	15	2522	4768	5619	3073
Capacidad de producción	6336	6336	6336	6336	9504	9504	4752
% cumplimiento	0,0%	1,7%	0,2%	39,8%	50,2%	59,1%	64,7%

Fuente: Área de Sistemas-Coordinación Salud oral.

Según el cuadro anterior el año 2011 el reporte sistematizado de consultas es de 1 pacientes, lo que representa el 0% del total de la capacidad instalada en el servicio. En los años 2012, 2013, se reportaron 106 y 15 consultas lo que corresponde al 1.7 % y 0.2% de la capacidad instalada presentando sub-registros en la información producto del antiguo sistema de información SIOS.

En el año 2014 tenemos 2522 es decir un 39.8% de la capacidad instalada siendo el más alto comparado con los años anteriores y coincidiendo con el software healthmanager.

En el año 2015, 2016, 2017 se reportaron 4768, 5619, 3073 consultas respectivamente donde también se observan sub-registros al respecto dado que de manera manual el centro de Olaya reporta aproximadamente unas 700 consultas iniciales por mes, las cuales se constatan en el registro manual que el Hospital de manera sencilla llevan.

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad.

El talento humano está compuesto por 3 odontólogos generales de 4 horas diarias distribuidos en los turnos anteriormente descritos, dos por cada turno y dos auxiliares de consultorio, una de 8 horas diaria; y la otra de 4 horas. La atención de los usuarios se realiza cada 20 minutos, es decir se atienden 3 pacientes por hora. La oportunidad de citas está en un estándar inferior a 3 días.

La capacidad instalada de CSCC de Olaya para el 2017 esta para 36 consultas diarias por 22 días laborales generando 792 consultas mensuales, y 9504 consultas anuales. Sin embargo se puede ver alterada por los constantes problemas de suspensión de servicios públicos como agua y energía eléctrica, así como por las capacitaciones a nuestro talento humano.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Los resultados del componente de habilitación, frente al cumplimiento de los requisitos exigidos en la Resolución 2003 de 2014, es variable, teniendo en cuenta la evaluación realizada por auditoría interna en los años 2016 y 2017, en la siguiente tabla se muestra un comparativo de los resultados obtenidos.

Tabla No.89

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio CSCC Olaya Herrera Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	70	67	70	67	67	100	0	100	80	89	70	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	0	70	100	67	91	70	100	70	100	80	100	75	0	70
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	67	100	60	50	67	86	70	67	67	80	67	N.A	N.A

VACUNACION	67	80	40	67	100	70	100	80	100	70	100	80	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	0	100	67	100	70	100	80	100	70	0	80	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	0	80	100	70	100	80	100	80	0	67	0	75	0	50
URGENCIAS	0	65	0	60	50	65	100	70	20	65	89	80	0	80
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	N.A	50	N.A	60	N.A	60	N.A	N.A	N.A	70	N.A	80	N.A	N.A
FARMACIA	N.E	80	N.E	60	N.E	67	N.E	80	N.E	80	N.E	80	N.E	N.A
P Y P MEDICO	67	67	100	60	50	67	100	70	67	67	90	67	N.A	N.A
PSICOLOGIA	N.E	70	N.E	50	N.E	50	N.E	N.A	N.E	70	N.E	80	N.E	N.A

Fuente: Coordinación de Calidad

Nota: Se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Se evidencia la mejora en algunos estándares que permiten una mejora, sin embargo el servicio con menor cumplimiento es el de urgencia.

Tabla No.90

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.SCC Olaya Herrera

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	87,17	12,83	71,40	28,60
ODONTOLOGICA	70,14	29,86	71,71	28,29
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	77,33	22,67	66,33	33,67
VACUNACION	84,50	15,50	74,50	25,50
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	83,33	16,67	61,17	38,83
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	42,86	57,14	71,71	28,29
URGENCIAS	37,00	63,00	69,29	30,71
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	0,00	0,00	64,00	36,00
FARMACIA	0,00	0,00	74,50	25,50
P Y P MEDICO	76,67	23,33	66,33	33,67
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	69,88	30,13	75,49	34,51

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

Se evidencia una ligera mejora, pasando de un cumplimiento del 69,8% a 75,4% en el periodo actual.

La evaluación de la Política de seguridad del paciente, se evalúa a través de dos metodologías, la primera fue la aplicación del instrumento de Evaluación de la

Estrategia de lavado de manos, dado por la OMS, en los años 2014 y 2015, en el 2016 no se realizó y en el 2017 se programó para el segundo semestre del año.

Tabla No.91

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
Olaya Herrera

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	25	35	35	10	1	106	0-125 INADECUADO	
	25	20	25	30	8	108	0-125 INADECUADO	
2015	20	35	0	37,5	20	112,5	0-125 INADECUADO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos).

Se realizaron 3 evaluaciones sobre la estrategia de lavado de manos, pero el cumplimiento se mantiene en inadecuado, evidenciándose en la herramienta que la evaluación y retroalimentación es el criterio peor calificado. Esta corresponde a la primera herramienta para evaluar la política de seguridad del paciente, además se realiza la aplicación de lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 25%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, pero no se evidencia la socialización del protocolo de bienvenida y la socialización de la política, en el 2017. A pesar de la realización de capacitaciones con el SENA e ICONTEC, el recurso humano no conoce los deberes y derechos.

Infraestructura

El centro de salud de Olaya se encuentra en términos generales en buenas condiciones, sus espacios están bien definidos, cuenta con ascensor para discapacitados y solo requiere de mantenimientos preventivos y correctivos ya que los usuarios afectan notablemente los acabados de este inmueble.

Su debilidad están en que sus aires acondicionados centrales ya perdieron su vida útil y por esta razón sus tuberías se congelan afectando así el cielo rasos del centro de salud, sus necesidades inmediatas serían:

- Instalación del sistema regulado e instalación de UPS
- Reparaciones de grietas
- Arreglo de cielo raso

- Arreglo de techo e impermeabilizaciones
- Pintura de muros y cielo raso
- Cambio de divisiones en aluminio y acrílico
- Arreglo de puertas
- Mantenimiento al sistema eléctrico

Facturación

Facturación Urgencia

El área de facturación del servicio de urgencia, se encuentra en la entrada de dicho servicio, su ubicación es estratégica para poder visualizar el ingreso del paciente y facilidad de observación cuando el paciente sale de la atención o dado de alta; El área locativa de facturación tiene una buena ventilación debido a que el Aire central cubre todo el espacio en que está compuesto el área de sala de espera y facturación, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 24 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Facturación Consulta Externa

El área de facturación en el servicio de consulta externa se encuentra en un espacio adecuado locativamente para poder ejercer la función con visibilidad al ingreso o solicitud del usuario de su cita programada.

Cuenta con protección locativa hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 12 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Los servicios prestados facturados por la modalidad de evento en este centro con cama son enviados al centro de acopio designado por georreferencia, correspondiéndole a la sede del pozón, con la finalidad de realizar la revisión, correcciones en los casos que corresponda, RIPS, Escanear los soportes y facturas, fotocopiado, armado de facturas con sus soportes y posteriormente su radicación ante las diferentes EPSS – EPSC,

secretarías, aseguradoras, regímenes especiales, ya sea por correo certificado o presencialmente.

Los soportes para obtener los resultados son deficientes debido a la fluctuación del sistema de información generando elaboración manual de los documentos necesarios con el riesgo que no sean aportados al área de facturación, e igualmente por deficiencia en la responsabilidad asistencial de elaborar adecuadamente las Historias Clínicas o en su defecto los Triage, se realizan auditorías concurrentes en los servicios de urgencia y consulta externa, haciéndole seguimiento al proceso para detectar debilidades y tomar correctivos en el mismo centro con el coordinador o en su defecto la jefe del servicio.

El procedimiento de la recolección de recaudos no es soporte de esta área, pero igualmente el facturador es quien le corresponde realizar el cobro de los servicios prestados a los usuarios particulares o cuotas moderadoras correspondientes, encontrando que la mayor debilidad está representada en la custodia de los dineros recaudados hasta la entrega final a quien corresponda, causando esto un inconformismo entre los facturadores por no tener las condiciones necesarias de seguridad donde custodiar estos dineros. Por otra parte no está establecido un formato del estudio socio económico del solicitante del servicio cuando manifiesta libremente que no posee recursos para cancelar los servicios prestados, ejerciendo el facturador funciones de trabajador social y a la vez de ordenador de descuentos por estos servicios.

La mayor debilidad para el área de facturación es el insumo correspondiente al sistema de información.

El Centro de Salud de Olaya Herrera, está programado dentro del enfoque de Prestador Primario en el esquema de RIPSS, como una alternativa para que asuma el rol de IPS con Urgencia Resolutiva de la Subred Sur, esta sede operativa desarrollará el portafolio requerido por la norma para servicios de atención inicial de urgencias con capacidad resolutiva, es decir los servicios de urgencias de baja complejidad, con una capacidad instada de todos los ambientes necesarios para garantizar una adecuada resolutividad es decir, Laboratorio Clínico, imágenes diagnósticas, farmacia, poyo especializado. Esta alternativa asistencia implica incluye la adecuación física parcial de la sede.

SEDE No. 8 CENTRO DE SALUD CON CAMA DE BAYUNCA

Ubicado en la zona rural, Corregimiento Bayunca Calle San Antonio, con código de habilitación 1300100871-09, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 13342. En la actualidad la infraestructura es deficiente, a la espera de la entrega de la nueva edificación donde funcionara el centro de atención. La ubicación de este centro es de fácil acceso, cuenta con vías en buen estado y pero con servicio de transporte público limitado. Se encuentra ubicado a 35 minutos de la sede administrativa.

El servicio de urgencias se presta en el primer piso, el acceso al servicio es amplio. A la infraestructura física le hace falta mantenimiento de pintura internamente y en la fachada. La iluminación de los diferentes ambientes es adecuada. No obstante contar con acondicionadores de aire, los mismos en la actualidad no funciona; lo que no permite trabajar en buenas condiciones de temperatura, el calor se convierte en un elemento que dificulta la atención de los pacientes. La sede dispone de una planta eléctrica con capacidad solamente para los servicios de urgencias y vacunación, la misma no tiene capacidad para los aires acondicionados. La dotación de equipos existente es básica pero deben ser renovados por vencimiento de la vida útil. La disponibilidad de materiales e insumos para prestar el servicio es permanente, ocasionalmente pueden faltar en periodos cortos. La dotación de medicamentos es regular, estos se encuentran dispuestos para la prestación del servicio, cumpliendo con la normatividad y de acuerdo a la complejidad del servicio ofertado. Actualmente el servicio de urgencias se presta con suficiencia a todos y cada uno de los usuarios que lo consultan, no existen significativas dificultades para la operatividad del servicio, en general se dispone de los elementos y condiciones necesarias para la prestación del mismo, se deduce entonces que el proceso se desarrolla sin mayores traumatismos.

Tabla No.92

Relación comparativa de la producción porcentual de urgencias en el CSCC de Bayunca entre los años 2011-2017

CENTRO/ AÑO	URGENCIAS			PROCEDIMIENTOS MENORES			OBSERVACIÓN		
	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util
2011	12960	6659	51,38%	2880	330	11,46%	17280	517	2,99%
2012	12960	7580	58,49%	2880	515	17,88%	17280	573	3,32%
2013	12960	8184	63,15%	2880	646	22,43%	17280	276	1,60%
2014	12960	9001	69,45%	2880	514	17,85%	17280	505	2,92%
2015	12960	8226	63,47%	2880	775	26,91%	17280	491	2,84%
2016	12960	16682	128,72%	2880	1601	55,59%	17280	697	4,03%
2017	12960	9304	71,79%	2880	842	29,24%	17280	837	4,84%

Fuente: Subgerencia Científica

La capacidad instalada potencial puede generar un registro asistencial de 12.960 consultas de urgencias año, si analizamos la producción anual, se evidencia que el año que más consultas de urgencias se prestaron en esta sede fue en el 2016 con un total de 16.682 pacientes atendidos, los cuales representan el 128,72% de la oferta de nuestra empresa para ese año; a pesar de que la demanda estuvo por encima de la capacidad instalada para la consulta de urgencias, no fue necesario ampliar dicha capacidad instalada, ya que las otras actividades que realizan los médicos en el servicio estuvieron muy por debajo de la capacidad instalada para ellas, por tal motivo, el tiempo que los médicos emplearon en atender una mayor consulta durante el año, fue deducido del tiempo disponible y no utilizado para el resto de actividades en el desarrollo de sus funciones en el centro. Del total de pacientes atendidos fueron

observados 697 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 17.280 pacientes en este centro de atención que corresponden al 4,03% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.601 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 55,59% de la capacidad instalada para los procedimientos menores.

Para el año 2011 fueron atendidos en el servicio de urgencias 6.659 pacientes, lo que representa un 51,38% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 517 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 17.280 pacientes en este centro de atención. Estos 517 pacientes corresponden al 2,99% de nuestra capacidad instalada ofertada; durante este mismo periodo se realizaron 330 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 11,46% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Bayunca.

Para el año 2012 fueron atendidos en el servicio de urgencias 7.580 pacientes, lo que representa un 58,49% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 573 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 17.280 pacientes en este centro de atención. Estos 573 pacientes corresponden al 3,32% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 515 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 17,88% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Bayunca.

Para el año 2013 fueron atendidos en el servicio de urgencias 8.184 pacientes, lo que representa un 63,15% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 276 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 17.280 pacientes en este centro de atención. Estos 276 pacientes corresponden al 1,60% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 646 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 22,43% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Bayunca.

Para el año 2014 fueron atendidos en el servicio de urgencias 9.001 pacientes, lo que representa un 69,45% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 505 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 17.280 pacientes en este centro de atención. Estos 505 pacientes corresponden al 2,92% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 514 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 17,85% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Bayunca.

Para el año 2015 fueron atendidos en el servicio de urgencias 8.226 pacientes, lo que representa un 63,47% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 491 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 17.280 pacientes en este centro de atención. Estos 491 pacientes corresponden al 2,84% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 775 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 26,91% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Bayunca.

Para el año 2017, con corte a junio 30 han sido atendidos en el servicio de urgencias 9.304 pacientes, lo que representa un 71,79% de la capacidad instalada para este periodo; si se toma en cuenta la producción promedio de los últimos 5 años, se tendrá que la producción para este año estará alrededor del 144% de la capacidad instalada. Del total de pacientes atendidos fueron observados 837 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 17.280 pacientes en este centro de atención. Estos 837 pacientes corresponden al 4,84% de nuestra capacidad instalada ofertada; durante este mismo periodo se realizaron 842 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se ha realizado el 29,24% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Bayunca.

La consulta externa: La Consulta Externa se encuentra ubicada en un primer piso a la entrada se ubica la sala de espera pequeña, en la cual al final de esta se encuentra ubicada la asignación de cita y facturación, separada por una barrera física a media altura con mesón de apoyo, además se cuenta con dos consultorios exclusivos para consulta externa.

El ambiente en la sala de espera, asignación de cita, soporta altas temperaturas propia del corregimiento ya que solo cuenta con abanicos de techo para minimizar las altas temperaturas de la región, los consultorios cuentan con aire acondicionado mini Split manteniendo una temperatura confortable en su interior, con lo que se logra brindar confort a la atención médica, con buena iluminación, sin ventilación natural.

El Centro de Salud de Bayunca en el año de 2015 disponía de 1.5 consultorios para medicina general, correspondiendo al 2.2%, de la oferta total, En el 2016 por la dificultad de conseguir médico de 4 horas, y con el fin de mantener la oportunidad a niveles óptimos se elevó la oferta a dos consultorios correspondiente al 3% de la oferta, ampliando la capacidad de atención a 1408 consultas al mes, para atender una población que oscilaba entre 7900 a 8500, la cual se logró atender manteniendo la oportunidad en niveles óptimos de 1 a 0 días, excepto los meses que hubo déficit de médico por retiro de ellos.

En el 2017 la oferta se mantuvo con 2 consultorios, correspondiendo al 2.9% de la oferta de ese año, manteniendo la oferta a 1408 consultas al mes, con la cual se logró atender la demanda de la población asignada con una oportunidad óptima.

En cuanto al recurso humano el centro de salud en el 2015 termino el año con 1.5 médicos lo que equivale a 12 horas médicas, correspondiendo al 2.2 % de las horas medicas de la institución, el estudio de suficiencia de red, arrojó una necesidad de horas medicas entre 14 a 16 horas, por lo que se ajustó la oferta en el 2016 y 2017 , a 2 médicos con el fin de lograr alcanzar los niveles óptimos de oportunidad, con este ajuste se logró mantener la oferta ideal en el transcurso de todo el período teniendo la capacidad de producir 16896 consultas al año.

La dotación en el área de asignación de cita cuenta con un equipo de cómputo e impresora. La dotación de los consultorios en cuanto a equipos biomédicos está completa solo hay un desajuste de las balanza.

Tabla No.93

Relación del recurso humano del servicio de consulta externa en el centro de salud con cama de bayunca, año 2017

CARGO	CANTIDAD	VINCULACION	%
Auxiliar de cita	1	Misión	
Auxiliar de archivo	1	Misión	
Medico 8 Hora	1	Misión	
Medico 4 Hora	2	Misión	

Fuente: Coordinación de Consulta externa

El recurso humano del servicio de consulta externa, en estos momentos lo componen además del personal médico, una (1) auxiliar de citas, un (1) auxiliar de archivo, un médico de 8 horas y dos (2) de cuatro, para 16 horas médicas, pudiendo generar 8448 consultas en el primer semestre del año en curso, en el 2015 con la oferta de 1.5 horas medicas se podían general 12672 consultas.

El Horario de atención de la Consulta Externa es de 7 am. A 4 pm.

Tabla No.94

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta externa del centro de salud con cama de bayunca, años 2015, 2016 y 2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2015	12672	11164	88.09 %
2016	16896	12118	71.72 %
2017 (ENERO – JUNIO)	8448	6801	80.51 %

Fuente: Coordinación de Consulta externa

La capacidad de producción del centro en el período del 2015 por la capacidad instalada era de 12672. Alcanzando el 88.09% de la producción de la consulta, en el 2016 disminuyó el porcentaje de producción a 71.72% esta disminución fue originada

por los periodos que se mantuvo el centro de salud sin médico, debido a la dificultad de conseguir medico de 4 horas que se trasladara al corregimiento, por lo que se decidió ampliar la oferta a 16 horas médicas con 2 médicos de 8 horas, teniendo una capacidad de producción de 16896 consultas.

El servicio de promoción y prevención en el Centro de Salud con Camas Bayunca está ubicado en el primer piso de esta institución donde se prestan los programas de vacunación, control de crecimiento y desarrollo por médico y enfermería, detección precoz de las alteraciones del joven , atención de enfermedades de interés en salud pública por médico y enfermera, detección precoz del cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, planificación familiar y salud visual para lo cual cuenta con 4 espacios físicos que garantizan las condiciones necesarias para la prestación de estos servicios de salud.

Esta sede ofrece siguientes servicios:

Vacunación, Higiene oral, Planificación familiar, detección precoz del cáncer de cuello uterino, detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo, detección precoz de las alteraciones del joven, detección precoz de las alteraciones del adulto, atención de enfermedades de interés en salud pública.

Para la prestación de los servicios esta sede dispone de auxiliar de vacunación la cual tiene 8 horas contratadas y realiza la aplicación de biológicos a libre demanda, lo que significa que se atienden a todos los usuarios que requieran el servicio sin ninguna barrera; Para la atención de controles de hipertensión, diabetes, detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo atención de primera vez, planificación familiar, salud visual se cuenta con un médico de 4 horas el cual debe atender 3 pacientes por hora, 12 pacientes diarios, 270 pacientes al mes con una producción anual de 3240 esto en un estado ideal. La atención por enfermería es realizada por una enfermera jefe la cual debe atender 3 pacientes por hora, 12 pacientes de crecimiento y desarrollo y 9 citologías vaginales diarias para una producción mensual de 198 citologías al mes que consolidando dicha información se generaría 2376 citologías al año.

Tabla No.95

Relación del recurso humano del servicio de Promoción y Prevención en el centro de salud con camas Bayunca- año 2017

DESCRIPCION	CANTIDAD	HORAS
MEDICO DE P Y P	1	4
ENFERMERA JEFE DE P Y P	1	8
AUXILIAR DE VACUNACION	1	8
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1	8

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

El servicio cuenta con un médico general, una enfermera jefe, una auxiliar de enfermería.

El programa de PYP cuenta con el consultorio de enfermería compartido con la coordinación del centro de atención en salud, un consultorio médico, no cuentan con área para entrevista y el área para exámen.

Los pisos son lisos, las paredes con pintura lavable, impermeable y resistente a los procesos de uso, lavado; el cielo raso no es de fácil limpieza y lavado.

Tabla No. 96

Relación comparativa de la producción de Promoción y Prevención en el centro de salud con camas bayunca entre los años 2014-2017

AÑO / PROGRAMA	C Y D	CCU	CPN	PLANIFICACION	ADULTO	JOVEN	VACUNACION	
2014	PRODUCCION	888	251	289	735	22	342	867
2015	PRODUCCION	2527	419	457	2394	97	885	859
2016	PRODUCCION	2834	396	802	2934	73	460	3048
2017	PRODUCCION	1628	277	479	397	35	151	1542

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

Los datos registrados en la tabla anterior nos permiten inferir múltiples situaciones que se vienen presentando en el desarrollo de los diferentes programas de promoción y prevención, los cuales se detallan a continuación:

Programa de crecimiento y desarrollo:

El comportamiento de este programa ha sido con tendencia al aumento para la vigencia 2014, 2015, 2016 y lo transcurrido en el 2107. Mostrando un aumento sistemático a través del tiempo fortalecido por la ejecución del programa nacional "MAS FAMILIAS EN ACCION" quien obliga a todos los niños a cumplir con esta estrategia. Este programa al igual que en otros centros de la ESE. Hospital Cartagena de indias tiene un % de cumplimiento óptimo.

Programa del adulto mayor:

Este programa presenta un desarrollo bajo en el cumplimiento de las metas que en las diferentes vigencias no ha superado el 8%, sin embargo para el primer semestre del 2017 se ha mantenido la tendencia de los años anteriores muy a pesar de que se han realizado varias estrategias para aumentar este programa.

Citologías vaginales:

La realización de citologías vaginales ha tenido un comportamiento irregular año tras año, presentándose una producción baja en la ejecución de este programa, se ha proyectado hacer diferentes campañas para aumentar estas metas.

Planificación familiar:

Este programa muestra una disminución significativa en el desarrollo de las actividades, por lo cual es importante seguir realizando campañas para aumentar este programa.

Salud Mental:

El servicio de psicología en este centro se encuentra ubicado en el primer piso, en la zona central de dicho centro, contando con una oferta de servicio los días viernes 8 horas, ofertamos los servicios de consulta externa, psicorientación en promoción y prevención y asesoría pre y post en VIH.

La infraestructura es bastante deficiente, con contamos con iluminación de tipo natural, lo que limita los sistemas de iluminación y ventilación solo a lo artificial, de esta forma, cuando se va el servicio eléctrico no se puede prestar el servicio por que el consultorio queda completamente oscuro y sin ventilación alguna. Por esta razón, el servicio en horas de la mañana se presta en este consultorio y en horas de la tarde la profesional se traslada hasta un consultorio de promoción y prevención que queda desocupado, con el fin de mejorar las condiciones ambientales y prestar un servicio más cómodo y agradable para los pacientes.

El talento humano asignado para este centro consta de una profesional en el área de psicología con una tasa proyectada de productividad de 96 pacientes mensuales y 1.152 pacientes anuales desde mayo de 2016, ya que los años 2014 y 2015 la atención diaria era de 10 pacientes, ya que el tiempo asignado para este centro era menor a la que actualmente se le asigno. Por esta razón, para los años 2014 y 2015 la producción de atenciones en el servicio de psicología estaba trazado en 480.

Tabla No. 97

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta por psicología en el centro de salud con camas de bayunca entre los años 2011-2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2011	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año
2012	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año
2013	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año
2014	480	169	35%
2015	480	219	46%
2016	1152	438	38%
2017 (ENERO – JUNIO)	576	299	52%

Fuente: Coordinación Salud mental

El Servicio de Salud oral en el centro de salud de Bayunca está ubicado en el 1er piso del centro de salud, la infraestructura con la que cuenta está deteriorada, le falta mantenimiento en techo y paredes, cuenta con buena iluminación, tiene a su disposición una unidad odontológica, para dos turnos de atención el primero de 7am a 11 am y en el segundo de 12m a 4 pm.

Está ubicado en una casa por contingencia ya que desde el periodo anterior de la administración distrital se inició la construcción de un Centro de salud nuevo el cual a la fecha no se ha entregado para su operación, sin embargo donde se ubica la contingencia mantiene buena ubicación dentro de la comunidad y cerca de la vía principal.

Se encuentra dotado con equipo de cómputo e impresora externa al consultorio, y cuenta con la mayoría de los equipos biomédico necesarios para la prestación del servicio de salud oral, a excepción de radiografía oral periapical.

Tabla No.98

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica en centro de salud de Bayunca entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas 1ra Vez	511	2099	1907	1269	2218	1288	627
Capacidad de producción	6336	6336	6336	6336	6336	6336	3168
% cumplimiento	8,1%	33,1%	30,1%	20,0%	35,0%	20,3%	19,8%

Fuente: Coordinación de Salud Oral

Tabla No.99

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica en centro de salud de Bayunca entre los años 2011-2017.

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas	2124	4377	4882	4603	3375	3686	2843
Capacidad de producción	6336	6336	6336	6336	6336	6336	3168
% cumplimiento	33,5%	69,1%	77,1%	72,6%	53,3%	58,2%	89,7%

Fuente: Coordinación de Salud Oral

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad.

El talento humano está compuesto por 2 odontólogos generales de 4 horas diarias distribuidos en los turnos anteriormente descritos, y una auxiliar de consultorio de 8 horas diaria 7am-3pm, la atención se realiza cada 20 minutos, es decir se atienden 3 pacientes por hora, con una oportunidad de citas de 0 días.

La capacidad instalada de CSCC Bayunca es de 24 consultas diarias por 22 días laborales generando 528 consultas mensuales, y 6336 consultas anuales. Sin embargo se puede ver alterada por los constantes problemas de suspensión de servicios públicos como agua y energía eléctrica, así como por las capacitaciones a nuestro talento humano.

Se observa un sub-registro en las consultas odontológicas debido a los problemas de software, conectividad, equipos de apoyo como servidores, mala condiciones de cableado de redes, y recesiones de fluido eléctrico, ineficacia en la facturación, ya que al constatar las consultas de manera manual se observa un promedio mensual de 400 pacientes aproximadamente.

Componente habilitación según Resolución 2003

Los resultados del componente de habilitación, frente al cumplimiento de los requisitos exigidos en la Resolución 2003 de 2014, es variable, teniendo en cuenta la evaluación realizada por auditoría interna en los años 2016 y 2017, en la siguiente tabla se muestra un comparativo de los resultados obtenidos.

Tabla No.100

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S.C Bayunca Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	60	67	67	100	67	N.A	100	100	100	78	89	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	85	67	67	91	82	55	73	100	100	78	89	50	100
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	67	100	67	50	50	86	100	33	67	78	90	N.A	N.A
VACUNACION	0	60	71	80	89	100	100	91	96	67	87	82	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	79	0	0	100	100	86	71	100	100	0	0	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	90	100	0	100	100	100	100	100	80	100	100	0	100
URGENCIAS	0	0	50	0	50	60	100	73	27	80	0	0	50	100
FARMACIA	100	100	80	60	67	33	55	82	0	100	100	100	N.A	N.A
P Y P MEDICO	100	67	67	67	50	100	71	86	33	33	80	70	N.A	N.A
PSICOLOGIA	100	80	100	60	100	100	N.A	100	100	100	78	81	N.A	N.A

Fuente: Coordinación de Calidad

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No.101

**Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio
C.S.C.C Bayunca**

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	89,00	11,00	80,50	19,50
ODONTOLOGICA	77,29	22,71	85,14	14,86
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	74,50	25,50	73,50	26,50
VACUNACION	73,50	26,17	80,00	18,50
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	66,17	33,83	58,33	41,67
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	85,71	14,29	81,43	18,57
URGENCIAS	39,57	60,43	44,71	55,29
FARMACIA	67,00	33,00	79,17	20,83
P Y P MEDICO	66,83	33,17	70,50	29,50
PSICOLOGIA	95,60	4,40	86,83	12,00
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	73,52	26,45	74,01	25,72

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

El comparativo de las calificaciones en habilitación en los servicios ofertados por este centro presenta un ligero incremento. Se está a la espera de la entrega de la nueva sede.

Tabla No.102

**Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S.C.C Bayunca**

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	25	15	20	35	5	100	0-125 INADECUADO	
2015	35	75	57,5	45	30	242,5	126-250 BASICO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

Los resultados de esta evaluación, muestran una mejora, pasando de un nivel inadecuado en la aplicación de la estrategia de lavado de manos, a nivel básico, elemento básico en la Política. Esta la primera metodología para evaluar la implementación de la Política de Seguridad del paciente.

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consistente en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de

Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 29%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, pero no se evidencia la socialización del protocolo de bienvenida y la socialización de la política, en el 2017. A pesar de la realización de capacitaciones con el SENA e ICONTEC, el recurso humano no conoce los deberes y derechos.

Facturación

Facturación Urgencia

El área de facturación del servicio de urgencia, se encuentra en la entrada de dicho servicio, su ubicación es estratégica para poder visualizar el ingreso del paciente pero no es garantía para cuando el paciente sale de la atención o dado de alta; el área locativa donde se encuentra el facturador carece de protección hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores.

El área locativa de facturación carece de una buena ventilación debido a que el aire acondicionado no cubre todo el espacio en que está compuesto el área de atención y facturación, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 24 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Facturación Consulta Externa

El área de facturación en el servicio de consulta externa se encuentra en un espacio no adecuado locativamente por ser muy estrecho, si logran ejercer la función con visibilidad al ingreso o solicitud del usuario de su cita programada.

Igualmente carece de una protección locativa hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 8 horas del día durante todo el año, , la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento

humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Los servicios prestados facturados por la modalidad de evento en este hospital son enviados al centro de acopio designado por georreferencia, correspondiéndole a la sede del pozón, con la finalidad de realizar la revisión, correcciones en los casos que corresponda, RIPS, escanear los soportes y facturas, fotocopiado, armado de facturas con sus soportes y posteriormente su radicación ante las diferentes EPSS – EPSC, secretarías, aseguradoras, regímenes especiales, ya sea por correo certificado o presencialmente.

Los soportes para obtener los resultados son deficientes debido a la fluctuación del sistema de información generando elaboración manual de los documentos necesarios con el riesgo que no sean aportados al área de facturación, e igualmente por deficiencia en la responsabilidad asistencial de elaborar adecuadamente las Historias Clínicas o en su defecto los Triage, se realizan auditorías concurrentes en los servicios de urgencia y consulta externa, haciéndole seguimiento al proceso para detectar debilidades y tomar correctivos en el mismo centro con el coordinador o en su defecto la jefe del servicio.

El procedimiento de la recolección de recaudos no es soporte de esta área, pero igualmente el facturador es quien le corresponde realizar el cobro de los servicios prestados a los usuarios particulares o cuotas moderadoras correspondientes, encontrando que la mayor debilidad está representada en la custodia de los dineros recaudados hasta la entrega final a quien corresponda, causando esto un inconformismo entre los facturadores por no tener las condiciones necesarias de seguridad donde custodiar estos dineros. Por otra parte no está establecido un formato del estudio socio económico del solicitante del servicio cuando manifiesta libremente que no posee recursos para cancelar los servicios prestados, ejerciendo el facturador funciones de trabajador social y a la vez de ordenador de descuentos por estos servicios. La mayor debilidad para el área de facturación es el insumo correspondiente al sistema de información.

Esta sede asistencial, asumirá un rol específico para gestión de riesgo y atención de p y p, con el apoyo de equipos extramurales dentro del esquema de subred del Sur y la visión de Prestador Primario de la Empresa. Fue intervenido por parte del distrito y según su amplitud puede ser además una alternativa para servicios complementarios mediante esquemas de asociación.

SEDE No. 9 CENTRO DE SALUD PUNTA CANOA:

Ubicado en la zona rural, Corregimiento Punta Canoa, con código de habilitación 1300100871-10, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 511.

Las vías de acceso a este centro están en buen estado y pero se cuenta con un servicio de transporte público muy limitado, no es muy frecuente.

Se encuentra a unos 40 minutos de la sede administrativa.

En la actualidad se encuentra prestando sus servicios en una sede alterna, desde aproximadamente 3 años, debido a la intervención de la infraestructura por parte del DADIS.

Esta infraestructura no cumple con los requisitos de habilitación.

Se tienen en el REPS inscritos los servicios de enfermería (312), medicina general (331), odontología general (334), psicología (344), toma de muestras de laboratorio (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. Según el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Norte, Nodo A, categorizado como centro tipo A. Se elimina el servicio de psicología que está apoyando la atención del programa del joven.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Los resultados del componente de habilitación, frente al cumplimiento de los requisitos exigidos en la Resolución 2003 de 2014, es variable, teniendo en cuenta la evaluación realizada por auditoría interna en los años 2016 y 2017, en la siguiente tabla se muestra un comparativo de los resultados obtenidos.

Tabla No.103

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio Punta Canoa Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	0	0	33	0	67	0	82	100	0	0	67	0	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	0	0	33	33	82	91	82	100	0	100	67	100	0	N.A
CONSULTA PROMOCION Y PREVENICION	67	67	33	33	50	100	29	86	33	67	60	90	N.A	N.A
VACUNACION	100	0	20	0	100	67	91	100	100	100	100	0	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	0	0	0	0	100	100	60	71	0	100	0	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	100	0	0	100	100	100	100	0	100	100	100	100	0
P Y P MEDICO	67	67	33	33	50	100	43	86	33	67	60	90	N.A	N.A

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Se evidencia que el estándar que más afecta la calificación baja en el cumplimiento de los estándares, es el de infraestructura, seguido del estándar de procesos prioritarios y que esta tendencia se observa en los dos períodos comparados.

Tabla No.104

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.S Punta Canoa

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	41,50	58,50	16,67	0,00
ODONTOLOGICA	37,71	62,29	70,67	12,67
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	45,33	54,67	73,83	23,83
VACUNACION	85,17	14,83	44,50	22,17
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	26,67	73,33	61,83	38,17
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	71,43	28,57	71,43	28,57
P Y P MEDICO	47,67	52,33	73,83	23,83
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	50,78	49,22	58,97	21,32

Fuente: instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

Se evidencia un incremento en la calificación global del centro de atención, pasando de 50.7% en el 2016 a 58,9% en el 2017, debido a la mejora en los estándares de dotación e historias clínicas.

Tabla No.105

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015 C.S Punta Canoa

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACIÓN	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	NE							
2015	25	15	20	0	0	60	0-125 INADECUADO	

Nota: En el Periodo 2014 el C.S no fue evaluado en lavado de manos.

No es posible hacer la comparación, pero a través de los resultados se evidencia la pobre adherencia a la estrategia del lavado de manos.

La evaluación de la Política de Humanización se ha evaluado a la fecha de corte de este informe.

Esta sede asistencial, asumirá un rol específico para gestión de riesgo y atención de p y p, con el apoyo de equipos extramurales dentro del esquema de subred del Sur y la visión de Prestador Primario de la Empresa.

SEDE No. 10 CENTRO DE SALUD CON CAMA LOS CERROS:

Ubicado en la zona urbana, Barrio los Cerros Mz 3A Lote 1A, con código de habilitación 1300100871-11, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 12148. Actualmente el centro fue demolido por la intervención que el Distrito de Cartagena pretendía hacer sobre un número considerable de centros de atención. La población fue redistribuida al centro de salud con camas Nuevo Bosque en un porcentaje mayor y otros al centro de salud de Bosque, debido a la imposibilidad de contar con una infraestructura que pudiera de manera temporal alojar los servicios ofertados por esta sede. Según el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red centro, Nodo E, categorizado como centro tipo A. Teniendo en cuenta la oferta de servicios que este centro tenía, se disminuye su portafolio.

Esta sede asistencial, asumirá un rol específico para gestión de riesgo y atención de p y p, con el apoyo de equipos extramurales dentro del esquema de subred del Sur y la visión de Prestador Primario de la Empresa. Se debe considerar su no reapertura.

SEDE No. 11 CENTRO DE SALUD CON CAMA PASACABALLOS:

Ubicado en la zona rural, Corregimiento Pasacaballos Calle 18 N°08-10, con código de habilitación 1300100871-12, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 11288. La ubicación de este centro es de fácil acceso, cuenta con vías en buen estado y servicio de transporte público de buses intermunicipales, taxis colectivos y motos.

Este centro de atención se ubica a unos 33 minutos desde la sede administrativa.

La infraestructura es deficiente, es una de las debilidades, y el área que posee no tiene posibilidad de ampliación solamente a una edificación de dos niveles. Se tienen en el REPS inscritos los servicios de enfermería (312), medicina general (331), odontología general (334), psicología (344), toma de muestras de laboratorio (712), servicio farmacéutico (719), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pretest- postest para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. Según el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Sur, Nodo A, categorizado como centro tipo B.

El servicio de urgencias se presta en el primer piso, el acceso al servicio es amplio, no cuenta con acceso para discapacitados. La infraestructura física está en malas condiciones, con las paredes agrietadas, le hace falta mantenimiento de pintura internamente y en la fachada. La iluminación de los diferentes ambientes es adecuada, aunque muchas lámparas requieren ser cambiadas. No obstante contar con acondicionadores de aire, en la actualidad no funciona adecuadamente; lo que no permite trabajar en buenas condiciones de temperatura, el calor se convierte en un elemento que dificulta la atención de los pacientes. La sede dispone de una planta eléctrica con capacidad para el servicio de urgencias y vacunación, no tiene suficiente capacidad, solo funcionan las luces, ventiladores, equipos, computadores e impresoras, no tiene capacidad para los aires acondicionados. La dotación de equipos existente es básica pero deben ser renovados por vencimiento de la vida útil. La disponibilidad de materiales e insumos para prestar el servicio es permanente, ocasionalmente pueden faltar en periodos cortos. La dotación de medicamentos es regular, estos se encuentran dispuestos para la prestación del servicio, cumpliendo con la normatividad y de acuerdo a la complejidad del servicio ofertado. Actualmente el servicio de urgencias se presta con suficiencia a todos y cada uno de los usuarios que lo consultan, no existen significativas dificultades para la operatividad del servicio, en general se dispone de los elementos y condiciones necesarias para la prestación del mismo, se deduce entonces que el proceso se desarrolla sin mayores traumatismos.

Tabla No. 106

Relación comparativa de la producción porcentual de urgencias en el CSCC de Pasacaballos entre los años 2011-2017

CENTRO/ AÑO	URGENCIAS			PROCEDIMIENTOS MENORES			OBSERVACIÓN		
	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util
2011	12960	4956	38,24%	2880	536	18,61%	21600	309	1,43%
2012	12960	5197	40,10%	2880	637	22,12%	21600	570	2,64%
2013	12960	4497	34,70%	2880	572	19,86%	21600	382	1,77%
2014	12960	4745	36,61%	2880	627	21,77%	21600	951	4,40%
2015	12960	6140	47,38%	2880	744	25,83%	21600	1183	5,48%
2016	12960	9072	70,00%	2880	1472	51,11%	21600	1468	6,80%
2017	12960	6007	46,35%	2880	766	26,60%	21600	513	2,38%

Fuente: Subgerencia Científica

La capacidad instalada potencial puede generar un registro asistencial de 12.960 consultas de urgencias año, si analizamos la producción anual, se evidencia que el año que más consultas de urgencias se prestaron en esta sede fue en el 2016 con un total de 9.072 pacientes atendidos, los cuales representan el 70% de la oferta de nuestra empresa para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.468 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 21.600 pacientes en este centro de atención que corresponden al 6,80% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.472 procedimientos menores. La

empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 51,11% de la capacidad instalada para los procedimientos menores.

Para el año 2011 fueron atendidos en el servicio de urgencias 4.956 pacientes, lo que representa un 38,42% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 309 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 21.600 pacientes en este centro de atención. Estos 309 pacientes corresponden al 1,43% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 536 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 18,61% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Pasacaballos.

Para el año 2012 fueron atendidos en el servicio de urgencias 5.197 pacientes, lo que representa un 40,10% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 570 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 21.600 pacientes en este centro de atención. Estos 570 pacientes corresponden al 2,64% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo período se realizaron 637 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 22,12% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Pasacaballos.

Para el año 2013 fueron atendidos en el servicio de urgencias 4.497 pacientes, lo que representa un 34,70% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 382 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 21.600 pacientes en este centro de atención. Estos 382 pacientes corresponden al 1,77% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 572 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 19,86% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Pasacaballos.

Para el año 2014 fueron atendidos en el servicio de urgencias 4.745 pacientes, lo que representa un 36,61% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 951 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 21.600 pacientes en este centro de atención. Estos 951 pacientes corresponden al 4,40% de nuestra capacidad instalada ofertada; durante este mismo periodo se realizaron 627 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 21,77% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Pasacaballos.

Para el año 2015 fueron atendidos en el servicio de urgencias 6.140 pacientes, lo que representa un 47,38% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.183 pacientes, la empresa está en capacidad

de observar cada año 21.600 pacientes en este centro de atención. Estos 1.183 pacientes corresponden al 5,48% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 744 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 25,83% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Pasacaballos.

Para el año 2017, con corte a junio 30 han sido atendidos en el servicio de urgencias 6.007 pacientes, lo que representa un 46,35% de la capacidad instalada para este período; si se toma en cuenta la producción promedio de los últimos 5 años, se tendrá que la producción para este año estará alrededor del 93% de la capacidad instalada. Del total de pacientes atendidos fueron observados 513 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 2.880 pacientes en este centro de atención. Estos 513 pacientes corresponden al 2,38% de nuestra capacidad instalada ofertada, durante este mismo periodo se realizaron 766 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se ha realizado el 26,60% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Pasacaballos.

La consulta externa: Se encuentra ubicada en un primer piso, dispone de una sala de espera amplia, la asignación de cita se encuentra en un área cerrada donde el paciente puede acceder a través de una ventana, ubicándose desde la sala de espera, además cuenta con 1.5 consultorios para consulta de medicina general

Para mejorar el ambiente de la sala de espera solo se cuenta con abanicos que mitigan poca las fuertes temperaturas que se dan en el corregimiento, La asignación de cita cuenta con un aire acondicionado que le da confort a esta área, los consultorios cuentan con aire acondicionado mini split que manteniendo una temperatura confortable para la prestación del servicio, pero la iluminación es deficiente sin ventilación.

El Centro de Salud con Cama de Pasacaballo en los años de 2015 al 2017 disponía de 1.5 consultorios para medicina general, correspondiendo al 2.2%, de la oferta total,

En cuanto al recurso humano el centro de salud en los años 2015 a 2017 ha prestado sus servicios con 1.5 médicos lo que equivale a 12 horas médicas, correspondiendo al 2.3 % de las horas medicas de la institución, el estudio de suficiencia de red, arrojo una necesidad de horas medicas entre 16 a 19 horas, con la oferta de 12 horas medicas sin afectar la oportunidad, además no tener más espacio para aumentar la oferta, teniendo la capacidad de producir 12672 consultas al año.

Tabla No. 107

Relación del recurso humano del servicio de consulta externa en el Centro de Salud Con Cama de Pasacaballo año 2017

CARGO	CANTIDAD	VINCULACION	%
Auxiliar de cita	1	Misión	
Auxiliar de archivo	1	Misión	
Médico 8 Hora	1.5	Misión	

Fuente: Coordinación de Consulta externa

El recurso humano del servicio de consulta externa, en estos momentos lo componen además del personal médico, una (1) auxiliar de citas, un (1) auxiliar de archivo, (1.5) médico de ocho horas, equivalente a 12 horas médicas, pudiendo generar 6336 consultas en el primer semestre del año en curso.

El horario de atención de la consulta externa es de 7 am. a 4 pm.

Tabla No. 108

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta externa del Centro de Salud con Cama de Pasacaballo, años 2015, 2016 y 2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2015	12672	11164	88.09 %
2016	12672	10695	84.39 %
2017 (ENERO – JUNIO)	6336	5929	93.57 %

Fuente: Coordinación de Consulta externa

La capacidad de producción del centro en el período del 2015 al 2017 fue de 12672 consulta al año, con una oferta instalada de 1.5 médicos de 8 hora, realizando una producción del 88.09 %, en el 2015, manteniendo constante en el 2016 con un porcentaje de producción de 84.39 %, se presentó una elevación importante del porcentaje de producción llegando al 93.57 %.

El servicio de promoción y prevención del Centro de Salud con camas de Pasacaballos cuenta con los profesionales que se requieren para la prestación del servicio ofertado según la Resolución 412: médico, enfermera y auxiliar de citas médicas.

Cuenta con un espacio para la sala de espera con ventilación natural e iluminación, un consultorio médico y otro para Enfermería, además un cubículo exclusivo para la asignación de citas a los usuarios de los diferentes programas de Promoción y Prevención.

Los consultorios cuentan con área para entrevista y para examen, sin embargo, ésta no se encuentra diferenciada con una barrera fija o movable. Cabe destacar que en éstos lugares no se realizan procedimientos.

El consultorio de la enfermera no cuenta con lavamanos. Las paredes son lisas lo cual facilita la limpieza.

Tabla No. 109

Relación del recurso humano del servicio de promoción y prevención en el centro de salud con cama pasacaballos- año 2017

DESCRIPCION	CANTIDAD	HORAS
MEDICO DE P Y P	1	8
ENFERMERA JEFE DE P Y P	1	8
AUXILIAR DE VACUNACION	1	8
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1	8

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

Tabla No.110

Relación comparativa de la producción de promoción y prevención en el Centro De Salud con Cama Pasacaballos entre los años 2014-2017

AÑO / PROGRAMA		C Y D	CCU	CPN	PLANIFICACION	ADULTO	JOVEN	VACUNACION
2014	PRODUCCION	993	351	460	502	7	38	1632
2015	PRODUCCION	3234	980	794	672	107	391	4747
2016	PRODUCCION	3727	653	317	665	150	559	4093
2017	PRODUCCION	1707	299	184	416	94	309	2601

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

Los datos registrados en la tabla anterior nos permiten inferir múltiples situaciones que se vienen presentando en el desarrollo de los diferentes programas de promoción y prevención, los cuales se detallan a continuación:

Programa de crecimiento y desarrollo:

La población estimada en consultas de crecimiento y desarrollo durante los años 2014 al 2017 muestran una meta de cumplimiento por encima de lo estimado en cada uno de estos períodos, por encima del 100%. En el primer semestre de 2017 se realizaron 1707 consultas arrojando un cumplimiento del 209%; Este cumplimiento se debe principalmente al programa nacional "FAMILIAS EN ACCION" quien obliga a todos los niños a cumplir con esta estrategia.

Programa del adulto mayor:

El porcentaje de cumplimiento para este programa en los periodos correspondientes a los años 2014, 2015 y 2016 fue aproximadamente del 15%, sin embargo para el primer semestre del 2017 tuvo un rendimiento del 23%.

Citologías vaginales:

La realización de citologías vaginales ha tenido un comportamiento irregular mostrando un 17% de cumplimiento para el año 2014, luego en el año 2015 y 2016 cumplió con un 21%, En el primer semestre de 2017 se realizaron 299 citologías arrojando un cumplimiento 25% se espera que para terminar el año el rendimiento de este programa aumente.

Planificación familiar:

La producción en este programa en el primer semestre de 2017 es del 18% donde se realizaron 459 atenciones.

Agudeza visual:

Los datos que se registran en los años anteriores no permiten realizar un análisis de la situación de este programa en este centro, puesto que solo registran algunas atenciones permitiendo dudar de la veracidad de estos datos, sin embargo para el programa se realizaron durante el primer semestre del 2017, 459 mediciones arrojando un cumplimiento del 63%.

Salud Mental:

El servicio de salud mental se presta en el área de promoción y prevención, compartiendo espacios como las salas de espera y consultorios con dicho programa.

La infraestructura presenta algunos inconvenientes, ya que en algunos ambientes las paredes están manchadas, con zonas de desprendimiento de pintura o leves grietas, también presentan deficiencias en la iluminación, la ventilación es insuficiente en sala de espera.

El recurso humano del servicio de psicología lo compone una psicóloga quien realiza consultas de promoción y prevención, asesoría Pre y Post en VIH y Consulta Externa durante 8 horas semanales que representan 96 pacientes mensuales y 1152 pacientes al año.

A continuación se establecerá relación entre las producciones de los años 2001 hasta Junio de 2017.

Tabla No.111

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta por psicología en el centro de salud con camas de pasacaballos entre los años 2011-2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2011	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año
2012	288	215	74%
2013	288	133	46%
2014	288	51	18%
2015	1152	421	37%
2016	1152	699	61%
2017 (ENERO – JUNIO)	576	375	65%

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

Los servicios de Salud Oralse prestan en el primer piso, la infraestructura con la que cuenta está deteriorada, le falta mantenimiento en techo y paredes, la iluminación es buena, en el 2016 y 2017 contaba con un aire acondicionado mini split en desuso lo cual afecto la producción de estos dos años.

Se dispone de un consultorio con una unidad odontológica, dos turnos de atención, el primero de 7am a 11 am, el segundo de 12m a 4 pm. Estos están dotados con equipo de cómputo e impresora externa al consultorio. Se cuenta con la mayoría de los equipos biomédico necesarios para la prestación del servicio de salud oral excepto el equipo de radiografía periapical los cuales presentan vencimiento de su vida útil.

Tabla No. 112

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica primera vez en Centro de Salud de Pasacaballo entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas Primera vez	570	269	1711	3272	2270	1563	598
Capacidad de producción	6336	6336	6336	6336	6336	6336	3168
% cumplimiento	9,00%	4,20%	27,00%	51,60%	35,80%	24,70%	18,90%

Fuente: Área de Sistema-Coordinación Salud oral.

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad.

El Talento humano está compuesto por 2 odontólogos generales de 4 horas diarias distribuidos en los turnos anteriormente descritos, uno por cada turno y una auxiliar de consultorio de 8 horas diaria; la atención de los usuarios se realiza cada 20 minutos, es decir se atienden 3 pacientes por hora. La oportunidad de citas está en un estándar de 1 día.

La Capacidad instalada de CSCC de Pasacaballo para el 2017 esta para 24 consultas diarias por 22 días laborales generando 528 consultas mensuales, y 6336 consultas anuales. Sin embargo se puede ver alterada por los constantes problemas de suspensión de servicios públicos como agua y energía eléctrica, así como por las capacitaciones a nuestro talento Humano.

Tabla No. 113

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica en Centro de Salud de Pasacaballo entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas	2395	4492	4806	6401	5578	5547	2570
Capacidad de producción	6336	6336	6336	6336	6336	6336	3168
% cumplimiento	37,8%	70,9%	75,9%	101,0%	88,0%	87,5%	81,1%

Fuente: Coordinador de Salud Oral

En los últimos 3 años muestra una permanencia en el cumplimiento de la capacidad instalada entre el 80 y 89% evidencia sub-registro de la información, sin embargo este centro las consultas odontológicas no presentan gran demanda y la oportunidad de citas esta para el mismo día.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Los resultados del componente de habilitación, frente al cumplimiento de los requisitos exigidos en la Resolución 2003 de 2014, es variable, teniendo en cuenta la evaluación realizada por auditoría interna en los años 2016 y 2017, en la siguiente tabla se muestra un comparativo de los resultados obtenidos.

Tabla No.114

**Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio
C.S.C.C Pasacaballo Años 2016-2017**

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	0	60	33	67	67	N.A	45	100	0	100	100	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	0	33	0	45	82	100	0	100	100	100	100	0	N.A
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	100	67	33	50	50	100	29	33	67	90	80	N.A	N.A
VACUNACION	100	67	60	20	100	100	100	64	100	100	100	80	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	100	0	0	0	0	86	43	100	100	100	0	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	0	90	0	100	100	0	100	100	100	0	0	0	0
URGENCIAS	100	0	50	0	25	33	100	0	60	0	0	0	50	50
FARMACIA	100	75	60	80	33	33	82	45	100	0	100	100	N.A	N.A
P Y P MEDICO	100	67	60	33	100	100	N.A	100	33	67	100	90	N.A	N.A
PSICOLOGIA	100	0	100	0	100	67	N.A	100	100	88	100	100	N.A	N.A

Fuente: Coordinación de Calidad

Nota: Se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Se evidencia que no se cuenta con mecanismo para garantizar que los servicios que alcanzan el cumplimiento en los estándares, se mantengan.

Tabla No.115

**Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio
C.S.C.C Pasacaballos**

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	85,40	14,60	40,83	59,17
ODONTOLOGICA	68,29	31,71	52,50	47,50
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	73,33	26,67	62,17	37,83
VACUNACION	93,33	6,67	75,17	24,83
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	64,33	35,67	40,50	59,50
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	55,71	44,29	42,86	57,14
URGENCIAS	55,00	45,00	11,86	45,29
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	80,00	20,00	0,00	0,00
FARMACIA	79,17	20,83	55,50	44,50
P Y P MEDICO	58,60	41,40	67,00	33,00
PSICOLOGIA	100,00	0,00	59,1	40,8
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	73,92	26,08	50,75	44,96

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

Se evidencia que la calificación global de los servicios ofertados por la sede durante la vigencia 2017 disminuyeron en 23%, con relación al período anterior, como resultado de no mantener el cumplimiento en los estándares que habían alcanzado la calificación exigida.

Tabla No.116

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S.C.C. Pasacaballos

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014								
2015	40	35	0	37,5	20	132,5	126-250 BASICO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

Nota: En el Periodo 2014 el C.S no fue evaluado en lavado de manos.

Se evidencia un bajo nivel de adherencia a la estrategia, teniendo mayor incidencia negativa, el criterio de evaluación de evaluación y retroalimentación.

Infraestructura

El centro de salud con camas del Corregimiento de Pasacaballos presenta un alto deterioro en su infraestructura física, dicho deterioro se incrementa día a día, exponiendo a usuarios y personal asistencial a posibles eventos adversos, su intervención debe ser total.

Facturación

Facturación Urgencia

El área de facturación del servicio de urgencia, se encuentra en la entrada de dicho servicio, su ubicación es estratégica para poder visualizar el ingreso del paciente y facilidad de observación cuando el paciente sale de la atención o dado de alta; el área locativa donde se encuentra el facturador carece de protección hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, carece de una buena iluminación y ventilación, debido a que no cuenta con aire acondicionado, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 24 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las

diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Facturación Consulta Externa

El área de facturación en el servicio de consulta externa se encuentra en un espacio no adecuado locativamente para poder ejercer la función con visibilidad al ingreso o solicitud del usuario de su cita programada, ya que se encuentra en la parte interna de un consultorio por no haber más espacios dentro del centro.

Igualmente carece de una protección locativa hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 8 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Los servicios prestados facturados por la modalidad de evento en este centro con cama son enviados al centro de acopio designado por georreferencia, correspondiéndole a la sede administrativa, con la finalidad de realizar la revisión, correcciones en los casos que corresponda, RIPS, Escanear los soportes y facturas, fotocopiado, armado de facturas con sus soportes y posteriormente su radicación ante las diferentes EPSS – EPSC, secretarías, aseguradoras, regímenes especiales, ya sea por correo certificado o presencialmente.

Los soportes para obtener los resultados son deficientes debido a la fluctuación del sistema de información generando elaboración manual de los documentos necesarios con el riesgo que no sean aportados al área de facturación, e igualmente por deficiencia en la responsabilidad asistencial de elaborar adecuadamente las Historias Clínicas o en su defecto los Triage, se realizan auditorías concurrentes en los servicios de urgencia y consulta externa, haciéndole seguimiento al proceso para detectar debilidades y tomar correctivos en el mismo centro con el coordinador o en su defecto la jefe del servicio.

El procedimiento de la recolección de recaudos no es soporte de esta área, pero igualmente el facturador es quien le corresponde realizar el cobro de los servicios prestados a los usuarios particulares o cuotas moderadoras correspondientes, encontrando que la mayor debilidad está representada en la custodia de los dineros recaudados hasta la entrega final a quien corresponda, causando esto un inconformismo entre los facturadores por no tener las condiciones necesarias de seguridad donde custodiar estos dineros. Por otra parte no está establecido un formato

del estudio socio económico del solicitante del servicio cuando manifiesta libremente que no posee recursos para cancelar los servicios prestados, ejerciendo el facturador funciones de trabajador social y a la vez de ordenador de descuentos por estos servicios.

La mayor debilidad para el área de facturación es el insumo correspondiente al sistema de información.

El Centro de Salud de Pasacaballo, está programado dentro del enfoque de Prestador Primario en el esquema de RIPSS, como una de las dos alternativas (La otra es la Arroz Barato) para que asuma el rol de IPS con Urgencia Resolutiva de la Subred Centro, esta sede operativa desarrollará el portafolio requerido por la norma para servicios de atención inicial de urgencias con capacidad resolutiva, es decir los servicios de urgencias de baja complejidad, con una capacidad instalada de todos los ambientes necesarios para garantizar una adecuada resolutivez es decir, Laboratorio Clínico, imágenes diagnósticas, farmacia, apoyo especializado. Esta alternativa asistencia implica incluye la adecuación física total de la sede.

SEDE No. 12 HOSPITAL POZON: Ubicado en la zona urbana, Barrio Pozón Calle principal Pozón, con código de habilitación 1300100871-14, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 50752. Actualmente funciona en una sede que nuevamente está siendo intervenida, sin concluir, afectando la prestación de los servicios y con áreas que son subutilizadas. Cuenta con vías de acceso y servicio público permanente. La inseguridad y problemas sociales son constantes (pandillas), presentándose incidentes con la misión médica. Se presta atención ambulatoria de 12 horas debido a la demanda de los servicios.

Actualmente funciona en una sede que nuevamente está siendo intervenida, sin concluir, afectando la prestación de los servicios y con áreas que son subutilizadas. Está ubicado a 44 minutos de la sede Administrativa. Cuenta con vías de acceso y servicio público permanente, buses, taxis, moto taxis y servicio de transporte masivo.

Se tienen en el REPS inscritos los servicios de obstetricia (112), enfermería (312), ginecobstetricia (320), medicina general (331), nutrición y dietética (333), odontología general (334), psicología (344), servicio de urgencia (501), diagnóstico cardiovascular (701), toma de muestras de laboratorio (712), servicio farmacéutico (719), ultrasonido (719), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar.

Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. Para la atención de las embarazadas se cuenta con el programa de maternidad segura. Según el documento Red este centro de

atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo C, categorizado como centro tipo C. La categoría dada en el Documento Red disminuye el portafolio de servicios y limita el manejo de riesgo especialmente en la población gestante.

El servicio de urgencias se presta en el primer piso, el acceso al servicio es amplio, cuenta con acceso para discapacitados. A la infraestructura física le hace falta mantenimiento de pintura internamente y en la fachada. La iluminación de los diferentes ambientes es adecuada. El aire acondicionado es deficiente, en la actualidad solo hay aire acondicionado en dos consultorios, y no funcionan adecuadamente, lo que dificulta el trabajo por el calor extremo que se siente en el sitio; La sede dispone de una planta eléctrica con capacidad para los computadores, ventiladores y luz del servicio, no tiene capacidad para los aires acondicionados. La dotación de equipos existente es básica pero deben ser renovados por vencimiento de la vida útil. La disponibilidad de materiales e insumos para prestar el servicio es permanente, ocasionalmente pueden faltar en periodos cortos. La dotación de medicamentos es regular, estos se encuentran dispuestos para la prestación del servicio, cumpliendo con la normatividad y de acuerdo a la complejidad del servicio ofertado. Actualmente el servicio de urgencias se presta con suficiencia a todos y cada uno de los usuarios que lo consultan, no existen significativas dificultades para la operatividad del servicio, en general se dispone de los elementos y condiciones necesarias para la prestación del mismo, se deduce entonces que el proceso se desarrolla sin mayores traumatismos.

La empresa oferta tres consultorios de urgencias durante las 24 horas al día, todos los días del año, de estos uno funciona como consultorio de Triage. El servicio es atendido por el equipo de salud liderado por el médico general. También se dispone de una sala de reanimación y una sala de procedimientos menores, además se cuenta con ocho (08) camillas de observación de pacientes (hombres, mujeres y niños). En los últimos tres años (2015-2017) la ESE Cartagena de Indias ha sostenido esta capacidad instalada en el servicio de urgencias de este centro de atención; a finales del año 2.015 se incrementó la consulta de urgencias y hubo que incrementar la capacidad instalada, lo que motivó que se colocara un tercer turno médico en el horario comprendido entre las 7:00 am y 7:00 pm de lunes a sábado, la cual se mantuvo hasta el año 2.016, esto con el fin de cubrir la demanda elevada a partir de dicha fecha y reducir los tiempos de espera derivados del triage realizado.

Tabla No. 117

Relación comparativa de la producción porcentual de urgencias en el CSCC de Pozón entre los años 2011-2017

CENTRO/ AÑO	POZON								
	URGENCIAS			PROCEDIMIENTOS MENORES			OBSERVACIÓN		
	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util
2011	25920	20035	77,30%	5760	1504	26,11%	34560	2594	7,51%
2012	25920	20137	77,69%	5760	1894	32,88%	34560	2211	6,40%
2013	25920	19676	75,91%	5760	1996	34,65%	34560	1816	5,25%

2014	25920	17062	65,83%	5760	1899	32,97%	34560	2560	7,41%
2015	25920	20316	78,38%	5760	2155	37,41%	34560	1001	2,90%
2016	38880	38406	98,78%	5760	3397	58,98%	34560	1439	4,16%
2017	25920	17489	67,47%	5760	1599	27,76%	34560	290	0,84%

Fuente: Subgerencia científica

La capacidad instalada potencial puede generar un registro asistencial de 25.920 consultas de urgencias año, si analizamos la producción anual, se evidencia que el año que más consultas de urgencias se prestaron en esta sede fue en el 2016 con un total de 38.406 pacientes atendidos, los cuales representan el 98,78% de la oferta de nuestra empresa para ese año; Para suplir el incremento en la demanda del servicio la empresa implementó a partir de finales del año 2.015 y durante todo el transcurso del 2.016 un tercer turno medico de lunes a sábado, durante 12 horas (horario: 7:00 am a 7:00 pm), esto ayudó a incrementar la capacidad instalada y suplir la demanda aumentada del servicio; Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.439 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención que corresponden al 4,16% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 3.397 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 58,98% de la capacidad instalada para los procedimientos menores.

Para el año 2011 fueron atendidos en el servicio de urgencias 20.035 pacientes, lo que representa un 77,30% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 2.594 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 2.594 pacientes corresponden al 7,51% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.504 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 26,11% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC del Pozón.

Para el año 2012 fueron atendidos en el servicio de urgencias 20.137 pacientes, lo que representa un 77,69% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 2.211 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 2.211 pacientes corresponden al 6,40% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.894 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 32,88% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC del Pozón.

Para el año 2013 fueron atendidos en el servicio de urgencias 19.676 pacientes, lo que representa un 75,91% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.816 pacientes, la empresa está en capacidad

de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 1.816 pacientes corresponden al 5,25% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.996 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 34,65% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC del Pozón.

Para el año 2014 fueron atendidos en el servicio de urgencias 17.062 pacientes, lo que representa un 65,83% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 2.560 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 2.560 pacientes corresponden al 7,41% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.899 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 32,97% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC del Pozón.

Para el año 2015 fueron atendidos en el servicio de urgencias 20.316 pacientes, lo que representa un 78,38% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.001pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 1.001 pacientes corresponden al 2,90% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 2.155 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 37,41% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC del Pozón.

Para el año 2017, con corte a junio 30 han sido atendidos en el servicio de urgencias 17.489 pacientes, lo que representa un 67,47% de la capacidad instalada para este periodo; si se toma en cuenta la producción promedio de los últimos 5 años, se tendrá que la producción para este año estará alrededor del 135% de la capacidad instalada. Del total de pacientes atendidos fueron observados 290 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 34.560 pacientes en este centro de atención. Estos 290 pacientes corresponden al 0,84% de nuestra capacidad instalad ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 1.599 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se ha realizado el 27,76% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC del Pozón.

Los pacientes que requieren ser referidos hacia otra IPS de mayor complejidad son regulados a través del programa de referencia asistencia y traslados, PRAT, los cuales se encargan de reportarlos a las EPS, IPS, ubicar cama, envían las ambulancias para el traslado y aceptación de los mismos.

La empresa tiene una alta resolutiveidad en cuanto a las patologías de baja complejidad atendidas, los pacientes que exceden nuestra capacidad técnico-científicos deben ser

referidos hacia la mediana y/o alta complejidad; en la actualidad existe un déficit de camas tanto del servicio de urgencias y hospitalización tanto en la mediana y alta complejidad en el Distrito, lo que genera represamiento en nuestro servicio de urgencia.

La Consulta Externa en este momento se encuentra en un plan de contingencia por la gran intervención que se le está realizando a la infraestructura del Hospital, se encuentra dispersa los procedimientos que hacen parte de la prestación de servicio de la consulta externa, el área de asignación de cita se encuentra en el primer piso de la sede del hospital al ingreso de la consulta externa, el cual se encuentra a un lado de la sala de espera, separada por una barrera física a media altura con mesón de apoyo, con dos puntos de atención, los consultorios se encuentra distribuida 5 se ubican en unos traílles y 1 en la sede.

La sala de espera y asignación de cita cuenta con un aire acondicionado el cual no funciona al 100%, cada uno de los consultorios cuenta con su aire acondicionado mini Split el cual le brinda confort a la atención médica, con buena iluminación, y ventilación natural por estar los consultorios con aire se mantienen cerrada.

La dotación en el área de asignación de cita cuenta con un equipo de cómputo en buen estado e impresora en mal estado. La dotación de los consultorios se encuentra con muchas falencias de equipos biomédicos, falta fonendoscopio y tensiómetro, y en otro un otoscopio, la silla de los médicos están en mal estado.

La población asignada en el 2015 está en el orden de 23792, la cual ha mediado del 2015 hasta el 2016 presento un alza oscilando la población entre 28714 hasta 29254 en su pico más alto, en el 2017 presento una disminución oscilante entre 27106 a 27627, por lo que se hizo necesario bajar el número de consultorio, es de anotar que en el 2016 el hospital entro en un proceso de reconstrucción por que fue necesario instalar los consultorios en triales donde actualmente se está prestando el servicio.

en cuanto al recurso humano el centro de salud en el 2015 a 2017 la oferta se mantuvo con 6 médicos lo que equivale a 48 horas médicas, correspondiendo al 9.2 %, del recurso humano de la institución, el cálculo de horas médicas se toma del estudio de suficiencia de red, con lo que se logra atender la población asignada con niveles óptimos de oportunidad.

Tabla No. 118

Relación del recurso humano del servicio de consulta externa en el hospital del Pozón, año 2017

CARGO	CANTIDAD	VINCULACION	%
Auxiliar de cita	2	Misión	
Auxiliar de archivo	1	Misión	
Medico 8 Hora	4	Misión	
Medico 4 Horas	4	Misión	

Fuente: Coordinación de Consulta externa

El recurso humano del servicio de consulta externa lo componen además del personal médico, Dos (2) auxiliares de citas, un (1) auxiliar de archivo. Potencialmente se pueden generar 50688 consultas al año con toda lo oferta instalada.

La facturación en el servicio de consulta externa se encuentra distribuida en dos áreas, una en la sede del hospital, la cual tiene unos médicos asignados y otra central de facturación en unos de los traílles que están en las afuera de la institución, en unos espacio aislados de los consultorios, no adecuado locativamente para poder ejercer la función con visibilidad al ingreso o solicitud del usuario de su cita programada.

La capacidad de producción de la consulta externa del centro se ha mantenido estable en el periodo analizado, en el orden de los 41000 consulta, en el 2017 en el primer semestre ha tenido una tendencia al alza.

Tabla No. 119

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta externa en el Hospital de Pozón, años 2015, 2016 y 2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2015	50688	41239	81.01%
2016	50688	40901	80.69%
2017 (Enero – Junio)	25344	24778	97.7%

Fuente: Coordinación de Consulta externa

Al analizar el porcentaje de cumplimiento de la producción del 2015, fue de un 81.01 %, con respecto a la capacidad de producción de los 6 médicos, en el 2016 de 80.6 %, notando un gran incremento en el 2017 con un aumento del porcentaje de la producción a 97.7%

El servicio de promoción y prevención en el centro de salud con camas de Pozón está ubicado en el primer piso de esta institución donde se prestan los programas de vacunación, control de crecimiento y desarrollo por médico y enfermería, detección precoz de las alteraciones del joven , atención de enfermedades de interés en salud pública por médico y enfermera, detección precoz del cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, planificación familiar y salud visual, es importante anotar que este centro está sometido a remodelación lo que impide que se realicen de manera eficiente las actividades, sin embargo existen los espacios adecuados para la prestación de los servicios de salud preventivos, los cuales están ubicados en el primer piso. En la actualidad por la contingencia del centro se atiende el área de consulta de médico de p y p en 3 contenedores adecuados para tal fin los cuales se encuentran ubicados en la parte frontal de esta institución, además se realizan los controles de crecimiento y desarrollo en 3 consultorios que cuentan con el espacio suficiente para el desarrollo de los programas preventivos.

Esta infraestructura presenta en la actualidad deficiencias en el área locativa ya que está siendo remodelado, sin embargo los espacios donde se realiza la atención cuenta con la iluminación suficiente y tiene acondicionador de aire tipo mini Split todos los consultorios de p y p.

Esta sede ofrece siguientes servicios:

Vacunación, Higiene oral, Planificación familiar, detección precoz del cáncer de cuello uterino, detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo, detección precoz de las alteraciones del joven, detección precoz de las alteraciones del adulto, atención de enfermedades de interés en salud pública.

Además este centro es sede principal del programa MATERNIDAD SEGURA el cual presta sus servicios en el segundo piso de este centro, además cuenta con un recurso humano especializado para desarrollar el control prenatal, atención del parto y atención del recién nacido, al igual que la realización de ecografías y pelvimetrías.

Para la prestación de los servicios de vacunación esta sede dispone de 4 auxiliares de vacunación dispuesta en 2 consultorios, las cuales tienen 8 horas contratadas y realiza la aplicación de biológicos a libre demanda, lo que significa que se atienden a todos los usuarios que requieran el servicio sin ninguna barrera, para la atención de controles de hipertensión, diabetes, detección precoz de alteraciones del crecimiento y desarrollo atención de primera vez, planificación familiar, salud visual se cuenta con 3 médicos de 8 horas el cual debe atender 3 pacientes por hora, 24 pacientes diarios, 540 pacientes al mes con una producción anual de 6480 esto en un estado ideal, esta producción hay que multiplicarla por 3. La atención por enfermería es realizada por 4 enfermeras jefes la cual debe atender 3 pacientes por hora, 12 pacientes de crecimiento y desarrollo y 9 citologías vaginales diarias para una producción mensual de 270 controles y 198 citologías al mes que consolidando dicha información se generaría un total de 3240 controles al año y 2376 citologías al año, esta producción hay que multiplicarla por 4.

Tabla No.120

Relación del recurso humano del servicio de promoción y prevención en el Hospital Pozón- año 2017

DESCRIPCION	CANTIDAD	HORAS
MEDICO DE P Y P	3	8
ENFERMERA JEFE DE P Y P	4	8
AUXILIAR DE VACUNACION	4	8
AUXILIAR DE ENFERMERIA	2	8

Fuente: Coordinador de Promoción y Prevención

Todo lo anterior para explicar que con la capacidad instalada que posee este centro no se puede cumplir las metas establecidas para los programas de promoción y prevención debido a que los alcances de estas, son muy altas para cada uno de los programas, adicionalmente la atención de las enfermedades de interés en salud pública

y crecimiento y desarrollo ocupan un 80% de la capacidad medica institucional, puesto que nuestro proceso de atención establece que la atención de cita de control y atención por primera vez de estas patologías se hacen por médico, además del programa de planificación familiar que realiza tanto la consulta de primera vez y la cita de control por médico.

Tabla No. 121

Relación del recurso humano del programa de maternidad segura en el Hospital Pozón- año 2017

DESCRIPCION	CANTIDAD
Gestor de Demanda Inducida	2
Gestor Comunitario	1
Ginecólogos	3
Médicos Para Control Prenatal- Pozón	2
Médicos Para Control Prenatal- Socorro	1
Médicos para Hospitalización Obstétrica- Pozón	3
Enfermeras Para Control Prenatal	1
Auxiliares de Enfermería de Consulta Externa- Citas	2
Auxiliar de Enfermería Hospitalización Obstétrica- Pozón	6
Nutricionista	1

Fuente: Coordinador de Promoción y Prevención

Este programa depende en gran medida de insumos y dispositivos médicos para la ejecución optima de los programas por lo que se hace necesario contar de manera oportuna con cada uno de ellos, en la actualidad la adquisición de estos se hace de manera oportuna y suficiente, aunque en algunos momentos se puedan producir algunos retrasos en la distribución de los mismos.

Tabla No. 122

Relación comparativa de la producción porcentual de Promoción y Prevención en el Hospital Pozón entre los años 2014-2017

AÑO / PROGRAMA	C Y D	CCU	CPN	PLANIFICACION	ADULTO	JOVEN	VACUNACION	
2014	PRODUCCION	5387	1525	2423	2260	92	979	4222
2015	PRODUCCION	12754	2121	7190	5142	275	3080	7359
2016	PRODUCCION	13749	2098	8205	4602	412	2230	13006
2017	PRODUCCION	7473	1610	4423	2855	222	1191	7320

Fuente: Coordinador de Promoción y Prevención

Los datos registrados en la tabla anterior nos permiten inferir múltiples situaciones que se vienen presentando en el desarrollo de los diferentes programas de promoción y prevención, los cuales se detallan a continuación:

Programa de crecimiento y desarrollo:

Este centro es el más importante en la producción de nuestra institución ya que cuenta con un recurso humano suficiente para cumplir con la demanda de los usuarios que soliciten los servicios de promoción y prevención, lo cual es ratificado con las cifras que se registran en la tabla anterior donde de manera sistemática ha ido en aumento la producción de este centro. Para el año 2014 se produjeron 5387 atenciones que fueron duplicadas para el año 2015 donde se produjo 12.754 representando esto un aumento significativo en la producción. Además para el año 2016 esta tendencia sigue, donde se produjo 13749 y como muestra la tendencia para el año 2017 superara la producción de todas las vigencias anteriores.

Este cumplimiento desbordado se debe principalmente al programa nacional “Mas Familias en Acción” quien obliga a todos los niños a cumplir con este programa.

De igual forma la líder de crecimiento y desarrollo está atenta a cualquier situación que genere cambios significativos en la prestación de los servicios de salud.

Citologías vaginales:

La realización de citologías vaginales ha tenido un comportamiento irregular mostrando una ejecución baja en el número de actividades frente a la población asignada para este programa, sin embargo es importante anotar que con el recurso humano que tenemos en el centro cumpliríamos al 100% de estas actividades. Sin embargo es importante anotar que año tras año se ha ido incrementando el número de citologías realizadas (2014, 2015,2016). Finalmente en el primer semestre de 2017 se produjo 1610 citologías que al final del año 2017 estarían alrededor de 3200 citologías que sería un número significativo puesto que se producirían un porcentaje mayor que los años anteriores.

Programa del joven

Este programa muestra un comportamiento irregular en el desarrollo del mismo, donde año tras año no se ha producido las actividades necesarias que garanticen un cumplimiento optimo del programa por tal motivo se han implementado actividades que conlleven al fortalecimiento del mismo (Programa SISA), en la actualidad se ha creado un grupo de jóvenes multiplicadores.

Programa del adulto mayor:

Este programa genera inconvenientes para su desarrollo ya que la población objeto es específica, lo cual impide adelantar una estrategia que genere los cambios positivos en el desarrollo del mismo, Cada año ha mostrado una leve mejoría pasando de 92 controles en el 2014 hasta 444 para el año 2017 (PROYECCION).

Planificación familiar:

La producción en este programa ha tenido un comportamiento irregular ya que la producción muestra vigencias con bajos rendimientos, luego aumentan y finalmente disminuyen, este programa es muy susceptible a la oportunidad en la entrega de insumos, se evidencia en la tabla anterior donde paso de 2260 en el 2014 a 4602 en 2016, para el primer semestre de 2017 muestra un mejoramiento de las actividades programadas (2855).

Programa control prenatal:

Este es otro programa estrella de nuestra institución porque obtiene unos % de cumplimiento altos, esto se ve reflejado en los datos registrados en la tabla anterior, ya que desde el año 2014 hasta la fecha se van mejorando los procesos a fin de cumplir lo programado. Pasando de 2.423 en el 2014 hasta llegar a 8.205 en el 2016. Sin embargo el 2017 muestra una tendencia hacia el aumento (4.425 en el primer semestre de 2017).

Salud Mental:

En este centro, el servicio de psicología se encuentra ubicado frente a la entrada principal del centro, mas específicamente en un container que fue adecuado para la prestación de este servicio desde finales del año 2015.

Los sistemas de iluminación y ventilación son adecuados, cuenta con un aire acondicionado mini Split que funciona de forma apropiada, el piso se encuentra tapizado y a nivel general los espacios físicos y el mantenimiento del container es agradable y apropiados.

El talento humano asignado para este centro es una profesional de psicología quien al igual que el resto de los profesionales se turna diariamente en otros centros de salud, la prestación del servicio se realiza por 8 horas diarias durante 3 días a la semana que equivalen a 288 pacientes mensuales y 3456 pacientes atendidos en el año.

Tabla No. 123

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta por psicología en el Hospital del Pozón entre los años 2011-2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2011	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año
2012	576	484	84%
2013	576	682	105%
2014	1728	924	53%
2015	2304	1487	65%
2016	2304	1425	62%
2017 (ENERO – JUNIO)	1152	649	56%

Los servicios de Salud Oral prestan en el primer piso del Hospital Pozón, hospital que desde la administración distrital iniciaron en el 2015 su remodelación pero fue suspendida dejando la infraestructura sin terminar y deteriorada, el consultorio de odontología es un consultorio improvisado a el cual le falta mantenimiento en techo y paredes, no hay independencia entre las área de lavado, empaque esterilización, ni entre las dos unidades odontológicas, la iluminación es buena, cuenta con un aire acondicionado mini Split en buenas condiciones pero no es suficiente para mantener en todo el consultorio una temperatura confortable, se haría necesario instalar un segundo aire mini split para mantener una temperatura confortable, no cuenta con áreas exclusivas de lavado, empaque y esterilización.

Se dispone de un consultorio con dos unidades odontológicas, tres turnos de atención, el primero de 7am a 11 am, el segundo de 11am a 3 pm, y el tercero de 3pm a 7 pm. Estos están dotados con equipo de cómputo e impresora. Se cuenta con la mayoría de los equipos biomédico necesarios para la prestación del servicio de salud oral excepto el equipo de radiografía periapical.

Tabla No. 124

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica primera vez en centro de salud de pozón entre los años 2011-2017.

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas Primera vez	1460	2664	1843	4821	3480	3127	2287
Capacidad de producción	9504	9504	9504	9504	9504	9504	7920
% cumplimiento	15,4%	28,0%	19,4%	50,7%	36,6%	32,9%	28,9%

Fuente: Coordinador de Salud Oral

En los últimos tres año se observa un aumento significativo en el número de historia clínicas de primera vez respecto a años entre 2011-2013, el 2014 continúa siendo el año con el porcentaje más elevado presuntamente según el área de sistema en algunos Centros se pudo presentar duplicidad de información debido a los dos software que operaron ese año.

Tabla No. 125

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica en centro de salud de Pozón entre los años 2011-2017.

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas	4547	7653	7518	9088	7941	9155	6680
Capacidad de producción	9504	9504	9504	9504	9504	9504	7920
% cumplimiento	47,8%	80,5%	79,1%	95,6%	83,6%	96,3%	84,3%

Fuente: Coordinador de Salud Oral

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad.

El Talento humano está compuesto por 6 odontólogos generales de 4 horas diarias distribuidos en los turnos anteriormente descritos, dos por cada turno y dos auxiliar de consultorio de 6 horas diaria; y una auxiliar de apoyo de 4 horas, la atención de los usuarios se realiza cada 20 minutos, es decir se atienden 6 pacientes por hora. Hasta el 2016 tenía 3 odontólogos generales, en 2016 aumento a 5 por la población que aumentó considerablemente, y en el 2017 aumento a 6 odontólogos ya que no logramos tener los estándares de oportunidad menor a 3 días.

La Capacidad instalada de Hospital de POZON para el 2017 esta para 72 consultas diarias por 22 días laborales generando 1584 consultas mensuales, y 19008 consultas anuales. Sin embargo se puede ver alterada por los constantes problemas de suspensión de servicios públicos como agua y energía eléctrica, así como por las capacitaciones a nuestro talento Humano.

Se observa que este es uno de los centros de atención que mayor producción, a pesar que puede presentar sub-registros se evidencia tendencia al aumento en producción de los años 2014-2017 por encima de 80%.

Componente habilitación según Resolución 200 de 2014.

Los resultados del componente de habilitación, frente al cumplimiento de los requisitos exigidos en la Resolución 2003 de 2014, es variable, teniendo en cuenta la evaluación realizada por auditoría interna en los años 2016 y 2017, en la siguiente tabla se muestra un comparativo de los resultados obtenidos.

Tabla No.126

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio Hospital Pozón Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	100	0	0	100	33	100	100	100	100	100	56	NA	NA
ODONTOLOGICA	100	100	0	0	91	27	36	36	100	100	78	56	50	0
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	100	0	0	100	50	29	29	33	33	90	90	NA	NA
VACUNACIÓN	100	100	0	0	100	83	70	70	100	67	100	82	NA	NA
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	0	100	0	0	100	100	57	29	67	100	50	0	NA	NA
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	0	0	100	0	100	100	100	100	100	0	100	100	NA	NA
URGENCIAS	0	0	0	0	40	25	36	75	40	40	0	0	100	50
HOSPITALIZACION	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	100	100	NA	NA

FARMACIA	100	100	0	0	33	33	64	55	0	0	100	100	NA	NA
P Y P MEDICO	100	100	0	0	50	0	86	86	67	67	90	80	NA	NA
ECOGRAFIA	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
PSICOLOGIA	NE	0	NE	0	NE	33	NE	100	NE	100	NE	100	NE	NA
LABORATORIO CLINICO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

Tabla No.127

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio Hospital Pozón

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	85,71	14,29	72,25	27,75
ODONTOLOGICA	65	35	53,17	46,83
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	58,6	41,3	60,40	39,60
VACUNACION	78,3	21,6	80,40	19,60
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	45,67	54,33	65,80	34,20
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	71,43	28,57	50,00	50,00
URGENCIAS	30,86	69,14	31,33	68,67
HOSPITALIZACION	NA	NA	NA	NA
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	NA	NA	NA	NA
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	50,00	50,00	50,00	50,00
FARMACIA	49,5	50,5	57,60	42,40
P Y P MEDICO	65,5	34,50	66,60	33,40
ECOGRAFIA	NA	NA	NA	NA
PSICOLOGIA	NA	NA	58,25	41,75
LABORATORIO	NA	NA	NA	NA
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	60,07	39,93	58,71	41,29

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

En la tabla anterior se evidencia una ligera disminución en el cumplimiento de los estándares de habilitación, este centro actualmente tiene dos años de estar en intervención su infraestructura.

La evaluación de la Política de seguridad del paciente, se evalúa a través de dos metodologías, la primera fue la aplicación del instrumento de evaluación de la Estrategia de lavado de manos, dado por la OMS, en los años 2014 y 2015, en el 2016 no se realizó, se programó para el segundo semestre de la presente anualidad.

Tabla No.128

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
Hospital Pozón

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACIÓN	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	40	55	65	5	4	169	126-250 BASICO	
2015	50	60	30	45	10	195	126-250 BASICO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

Los resultados obtenidos aunque muestran una ligera mejora en la implementación de la estrategia, se mantienen en los dos periodos evaluados en el nivel básico.

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consistente en aplicar la lista de chequeo para las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el sistema único de habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 59%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se socializa con el recurso humano pero no se ha evaluado su adherencia.

Infraestructura

Este centro de salud se encuentra en estos momentos intervenido por empresa constructora contratada por el DADIS (Departamento administrativo distrital de salud).

Por lo tanto su estudio del estado de la infraestructura hospitalario no es recomendable mencionarlo en este momento, ya que hay áreas que se encuentran directamente afectadas por el proceso de construcción del centro hospitalario.

Facturación

Facturación Urgencia

El área de facturación del servicio de urgencia, se encuentra en la entrada de dicho servicio, su ubicación es estratégica para poder visualizar el ingreso del paciente pero no es garantía para cuando el paciente sale de la atención o dado de alta; el área locativa donde se encuentra el facturador carece de protección hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, carece de una buena ventilación debido a que no cuenta con aire acondicionado, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 24 horas

del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Facturación Consulta Externa

El área de facturación en el servicio de consulta externa se encuentra en un espacio no adecuado locativamente, si logrando ejercer la función con visibilidad al ingreso o solicitud del usuario de su cita programada.

Igualmente carece de una protección locativa hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 8 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Los servicios prestados facturados por la modalidad de evento en este hospital son enviados al centro de acopio designado por georreferencia, correspondiéndole a la sede del pozón, con la finalidad de realizar la revisión, correcciones en los casos que corresponda, RIPS, Escanear los soportes y facturas, fotocopiado, armado de facturas con sus soportes y posteriormente su radicación ante las diferentes EPSS – EPSC, secretarías, aseguradoras, regímenes especiales, ya sea por correo certificado o presencialmente.

Los soportes para obtener los resultados son deficientes debido a la fluctuación del sistema de información generando elaboración manual de los documentos necesarios con el riesgo que no sean aportados al área de facturación, e igualmente por deficiencia en la responsabilidad asistencial de elaborar adecuadamente las Historias Clínicas o en su defecto los Triage, se realizan auditorías concurrentes en los servicios de urgencia y consulta externa, haciéndole seguimiento al proceso para detectar debilidades y tomar correctivos en el mismo centro con el coordinador o en su defecto la jefe del servicio.

El procedimiento de la recolección de recaudos no es soporte de esta área, pero igualmente el facturador es quien le corresponde realizar el cobro de los servicios prestados a los usuarios particulares o cuotas moderadoras correspondientes, encontrando que la mayor debilidad está representada en la custodia de los dineros recaudados hasta la entrega final a quien corresponda, causando esto un inconformismo entre los facturadores por no tener las condiciones necesarias de

seguridad donde custodiar estos dineros. Por otra parte no está establecido un formato del estudio socio económico del solicitante del servicio cuando manifiesta libremente que no posee recursos para cancelar los servicios prestados, ejerciendo el factor de funciones de trabajador social y a la vez de ordenador de descuentos por estos servicios.

La mayor debilidad para el área de facturación es el insumo correspondiente al sistema de información.

El Hospital del Pozón, está programado dentro del enfoque de Prestador Primario en el esquema de RIPSS, para que asuma el rol de cabeza de nodo de la Subred Sur, esta sede operativa desarrollará el portafolio integral definido por la norma para un Prestador Primario, es decir los servicios de baja complejidad, con una urgencia resolutive y las especialidades básicas. Actualmente lleva más de 18 meses en intervención por parte del distrito y según su amplitud puede ser además una alternativa para servicios complementarios mediante esquemas de asociación.

SEDE No. 13 CENTRO DE SALUD CON CAMA CANDELARIA:

Ubicado en la zona urbana, Barrio la Esperanza Avenida Pedro Romero sector Alcibia calle 31 No. 33-111, con código de habilitación 1300100871-15, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 16376. Esta sede fue propuesta para la intervención, teniendo en cuenta la demanda de sus servicios, pero finalmente se retiró del proyecto.

La ubicación de este centro es de fácil acceso, cuenta con vías en buen estado y con servicio de transporte público. Con problemas sociales que generan inconvenientes en la prestación de los servicios de urgencia especialmente.

Se ubica a 7 minutos aproximadamente de la sede Administrativa.

El servicio de urgencias se presta en el primer piso, el acceso al servicio está en muy malas condiciones, no hay acceso para discapacitados. A la infraestructura física está en malas condiciones generales, le hace falta mantenimiento de pintura internamente y en la fachada. La iluminación de los diferentes ambientes es adecuada. El aire acondicionado es deficiente, en la actualidad no hay aire acondicionado en uno de los consultorios médicos, el resto de los aires acondicionados del servicio no funcionan adecuadamente, lo que dificulta el trabajo por el calor que se siente en el sitio; La sede dispone de una planta eléctrica con capacidad para los computadores, ventiladores y luz del servicio, no tiene capacidad para los aires acondicionados. La dotación de equipos existente es básica pero deben ser renovados por vencimiento de la vida útil. La disponibilidad de materiales e insumos para prestar el servicio es permanente, ocasionalmente pueden faltar en periodos cortos. La dotación de medicamentos es regular, estos se encuentran dispuestos para la prestación del servicio, cumpliendo con la normatividad y de acuerdo a la complejidad del servicio ofertado. Actualmente el servicio de urgencias se presta con suficiencia a todos y cada uno de los usuarios que

lo consultan, no existen significativas dificultades para la operatividad del servicio, en general se dispone de los elementos y condiciones necesarias para la prestación del mismo, se deduce entonces que el proceso se desarrolla sin mayores traumatismos.

Tabla No.129

Relación comparativa de la producción porcentual de urgencias en el CSCC de La Candelaria entre los años 2011-2017

CENTRO/ AÑO	URGENCIAS			PROCEDIMIENTOS MENORES			OBSERVACIÓN		
	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util
2011	25920	31790	122,65%	5760	2590	44,97%	17280	1400	8,10%
2012	25920	24361	93,99%	5760	2136	37,08%	17280	852	4,93%
2013	25920	20400	78,70%	5760	2099	36,44%	17280	3234	18,72%
2014	25920	29165	112,52%	5760	2168	37,64%	17280	6232	36,06%
2015	25920	27856	107,47%	5760	2267	39,36%	17280	3828	22,15%
2016	25920	23918	92,28%	5760	4112	71,39%	17280	1614	9,34%
2017	25920	12545	48,40%	5760	2321	40,30%	17280	787	4,55%

Fuente: Subgerencia científica

La capacidad instalada potencial puede generar un registro asistencial de 25.920 consultas de urgencias año, si analizamos la producción anual, se evidencia que el año que más consultas de urgencias se prestaron en esta sede fue en el 2011 con un total de 31.790 pacientes atendidos, los cuales representan el 122,65% de la oferta de nuestra empresa para ese año; Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.400 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 17.280 pacientes en este centro de atención que corresponden al 8,10% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 2.590 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 44,97% de la capacidad instalada para los procedimientos menores. Para este año la empresa soportó la sobre demanda del servicio sin dificultades ya que el tiempo empleado por los médicos para la atención de las demás actividades estuvo por debajo de la capacidad instalada, este tiempo adicional fue empleado en la atención de consultas de urgencias por parte de los médicos.

Para el año 2012 fueron atendidos en el servicio de urgencias 24.361 pacientes, lo que representa un 93,99% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 852 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 17.280 pacientes en este centro de atención. Estos 852 pacientes corresponden al 4,93% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 2.136 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 37,08% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de la Candelaria.

Para el año 2013 fueron atendidos en el servicio de urgencias 20.400 pacientes, lo que representa un 78,70% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 3.234 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 17.280 pacientes en este centro de atención. Estos 3.234 pacientes corresponden al 18,72% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 2.099 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 36,44% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de la Candelaria.

Para el año 2014 fueron atendidos en el servicio de urgencias 29.165 pacientes, lo que representa un 112,52% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 6.232 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 17.280 pacientes en este centro de atención. Estos 6.232 pacientes corresponden al 36,06% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 2.168 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 37,64% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de la Candelaria. Para este año la empresa soportó la sobre demanda del servicio sin dificultades ya que el tiempo empleado por los médicos para la atención de las demás actividades estuvo por debajo de la capacidad instalada, este tiempo adicional fue empleado en la atención de consultas de urgencias por parte de los médicos.

Para el año 2015 fueron atendidos en el servicio de urgencias 27.856 pacientes, lo que representa un 107,47% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 3.828 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 17.280 pacientes en este centro de atención. Estos 3.828 pacientes corresponden al 22,15% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 2.267 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 39,36% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de la Candelaria. Para este año la empresa soportó la sobre demanda del servicio sin dificultades ya que el tiempo empleado por los médicos para la atención de las demás actividades estuvo por debajo de la capacidad instalada, este tiempo adicional fue empleado en la atención de consultas de urgencias por parte de los médicos.

Para el año 2016 fueron atendidos en el servicio de urgencias 23.918 pacientes, lo que representa un 92,28% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.614 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 17.280 pacientes en este centro de atención. Estos 1.614 pacientes corresponden al 9,34% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 4.112 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos

arroja que se realizó el 71,39% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de la Candelaria.

Para el año 2017, con corte a junio 30 han sido atendidos en el servicio de urgencias 12.545 pacientes, lo que representa un 48,80% de la capacidad instalada para este periodo; si se toma en cuenta la producción promedio de los últimos 5 años, se tendrá que la producción para este año estará alrededor del 100% de la capacidad instalada. Del total de pacientes atendidos fueron observados 787 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 17.280 pacientes en este centro de atención. Estos 787 pacientes corresponden al 4,55% de nuestra capacidad instalada ofertada; durante este mismo periodo se realizaron 2.321 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 5.760 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se ha realizado el 40,30% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de la Candelaria.

La consulta externa: La consulta externa se encuentra ubicada en un primer piso, dispone de una área de asignación de cita la cual se encuentra en un área cerrada donde el paciente puede acceder a través de una ventana sin ingresar al recinto, encontrándose en el exterior de la institución, esta área se encuentra compartida con facturación, además cuenta con cinco (3) consultorios exclusivos para consulta externa.

El ambiente en la asignación de cita lo refresca un aire acondicionado que no es suficiente por el gran espacio que está cubriendo, además de permanecer una ventana abierta para poder dar las asignar las citas, los tres (3) consultorios cuentan con aire acondicionado mini Split que manteniendo una temperatura confortable, con mala iluminación en casi todos los consultorios.

El Centro de Salud con cama de la Candelaria en el año de 2015 al 2017 disponía de 3 consultorios para medicina general, correspondiendo al 4.7%, de la oferta total, con una población asignada que oscila entre 11527 a 12744,

En cuanto al recurso humano el centro de salud en el 2015 a 2017 la oferta se mantuvo con 3 médicos lo que equivale a 24 horas médicas, cálculo de horas médicas que sale del estudio de suficiencia de red, el cual se avala con el comportamiento de la oportunidad en niveles óptimos, correspondiendo al 4.4 %, del recurso humano de la institución, pudiendo producir 25344 consultas al año.

Tabla No.130

Relación del recurso humano del servicio de consulta externa en el centro de salud con cama de la Candelaria año 2017

CARGO	CANTIDAD	VINCULACION	%
Auxiliar de cita	1	Misión	
Auxiliar de archivo	1	Misión	
Medico 4 Hora	6	Misión	

Fuente: Coordinación de Consulta externa

El recurso humano del servicio de consulta externa, en estos momentos lo componen además del personal médico, una (1) auxiliar de citas, un (1) auxiliar de archivo, dos (6) médico de cuatro horas, el equivalente a 3 médicos de 8 horas, para 24 horas médicas, pudiendo generar 12672 consultas en el primer semestre del año en curso.

El horario de atención de la consulta externa es de 7 am. A 4 pm.

Tabla No. 131

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta externa del centro de salud con cama de la candelaria, años 2015, 2016 y 2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2015	25344	21486	0,8477
2016	25344	21098	0,8324
2017 (ENERO – JUNIO)	12672	9319	73.54 %

Fuente: Coordinación de Consulta externa

La capacidad de producción del centro en el periodo del 2015 al 2017 fue de 25344 consulta al año, con una oferta instalada de 3 médicos de 8 hora, realizando una producción del 84.77 %, en el 2015, manteniendo constante en el 2016 con 21098 consulta para una producción de 83.24%, se presentó una baja importante del porcentaje de producción del 73.54%, puede ser ocasionado por los inconvenientes que se han presentado por el sistema en este periodo.

El servicio promoción y prevención del centro de salud con camas de Candelaria ofrece los programas de vacunación, control de crecimiento y desarrollo por médico y enfermería, detección precoz de las alteraciones del joven, atención de enfermedades de interés en salud pública por médico y enfermera, detección precoz del cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, planificación familiar y salud visual, programa de adulto mayor. Los cuales se encuentran ubicados en el primer piso de la institución, cuenta con las siguientes áreas:

Vacunación: se encuentra ubicada en el primer piso de las instalaciones. Cuenta con un espacio suficiente para la atención, tiene separado los dos ambientes pero el espacio es muy reducido, lo cual no permite área de entrevista, por la ubicación está expuesto a las radiaciones solares los pisos y las paredes se encuentran con la pintura deteriorada y requiere mantenimiento completo de todo el área, se presenta bastante comején en el área a pesar de las diferentes fumigaciones, cuenta con una buena iluminación, aire acondicionado tipo mini split que se encuentra en un buen estado. Cuenta con 1 auxiliar 8 horas.

El consultorio médico de PyP: cuenta con un consultorio ubicado en el primer piso donde se presta el servicio con una intensidad horaria de 8 horas, el consultorio es exclusivo para el servicio, cuenta con baño interno. El consultorio cuenta con las dos

áreas: El área de procedimientos bien delimitada, paredes con pintura manchada y desprendida, aire acondicionado. Iluminación con buen funcionamiento.

Consultorio de enfermería de PyP: cuenta con el área para entrevista y con el área de procedimientos debidamente delimitadas, paredes con pintura manchada y que deterioro notable de la pintura, aire acondicionado, iluminación con buen funcionamiento, cuenta con baño interno

Toma de muestras de citología: El consultorio no es independiente es compartido con toma de muestra de laboratorio, paredes con pintura manchada, y humedad debido al aire, signos de salitre y desprendimiento, Se requiere instalación de papel contacto polarizado en las ventanas para que mayor protección del área

Tabla No.132

Relación del recurso humano del servicio de promoción y prevención en el Hospital de Candelaria- año 2017

DESCRIPCION	CANTIDAD	HORAS
MEDICO DE P Y P	1	8
ENFERMERA JEFE DE P Y P	1	8
AUXILIAR DE VACUNACION	1	8
AUXILIAR DE ENFERMERIADE PYP	1	8

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

Se cuenta con 1 médico de PyP, uno de 8 horas que atiende 24 pacientes, es decir 3 pacientes por hora, el médico atiende todos los programas ofertados en el centro de salud.

La enfermera jefe del centro realiza 5 horas (7- 12 am) de atención de controles de crecimiento y desarrollo, según las metas debe atender 15 pacientes diarios y realiza de 1- 3:30 pm de toma de muestras de citología cervicouterina.

Hay 1 auxiliar de vacunación de 8 horas que atiende a libre demanda.

Una auxiliar de enfermería de PyP que asigna las citas de los programas, diligencia los libros de inscripción, realiza los reemplazos, reporta los insistentes.

Tabla No.133

Relación comparativa de la producción de promoción y prevención en el centro de salud con camas candelaria entre los años 2014-2017

AÑO / PROGRAMA	C Y D	CCU	CPN	PLANIFICACION	ADULTO	JOVEN	VACUNACION	
2014	PRODUCCION	1428	392	458	278	11	61	1984
2015	PRODUCCION	3469	741	307	641	114	540	4192
2016	PRODUCCION	2987	778	291	788	57	364	3752
2017	PRODUCCION	1715	471	170	369	67	266	1590

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

Los datos registrados en la tabla anterior nos permiten inferir múltiples situaciones que se vienen presentando en el desarrollo de los diferentes programas de promoción y prevención, los cuales se detallan a continuación:

Programa de crecimiento y desarrollo:

La población estimada en consultas de crecimiento y desarrollo durante los años 2014 al 2017 muestran una meta de cumplimiento por encima de lo estimado en cada uno de estos periodos, por encima del 100%. En el primer semestre de 2017 se realizaron 1715 consultas arrojando un cumplimiento del 231%; Este cumplimiento se debe principalmente al programa nacional "FAMILIAS EN ACCION" quien obliga a todos los niños a cumplir con esta estrategia.

Programa del adulto mayor:

El porcentaje de cumplimiento para este programa en los periodos correspondientes a los años 2014, 2015 y 2016 fue aproximadamente del 8%, sin embargo para el primer semestre del 2017 tuvo un rendimiento del 9%.

Citologías vaginales:

La realización de citologías vaginales ha tenido un comportamiento irregular mostrando un 17% de cumplimiento para el año 2014, luego en el año 2015 y 2016 cumplió con un 21%, En el primer semestre de 2017 se realizaron 740 citologías arrojando un cumplimiento 14% se espera que para terminar el año el rendimiento de este programa aumente.

Planificación familiar:

La producción en este programa en el primer semestre de 2017 es del 5% donde se realizaron 369 atenciones. Sin embargo el comportamiento en los años 2015 y 2016 se comportó de manera similar, donde presento una ejecución deficiente fue en el año 2014. Sin embargo es importante anotar que se han implementado estrategias que conlleven al cumplimiento de este programa.

Vacunación:

El comportamiento de este programa ha sido favorecido por el desarrollo del programa "Mas Familias en Acción", puesto que de manera obligatoria deben asistir a los centros de salud para que se les atiende e los programas estipulados, este éxito se evidencia en los datos registrados en la tabla anteriormente descrita, donde año tras año hay un aumento en el número de biológicos aplicados, pasando de 1984 en el 2014 paso 3752

en el 2016. El comportamiento en el primer semestre de 2017 ha sido satisfactorio acorde al cumplimiento del programa.

Salud Mental:

El centro de salud de la candelaria es un centro de fácil acceso y referenciarían, el servicio de psicología está ubicado en el primer piso a la izquierda de la entrada principal. El consultorio es pequeño, su distribución es inadecuada, su iluminación y sistemas de ventilación son buenos, aunque en ocasiones cuando no hay suficiente luz natural, los focos y sistemas de iluminación se muestran deficientes. En algunas zonas del cielo raso y las paredes hay presencia de comején y humedad.

En la actualidad el consultorio cuenta con un pequeño baño que es usado además para el almacenamiento de elementos y productos de aseo.

En este centro de salud el servicio de psicología se prestaba una vez a la semana, específicamente los días viernes 8 horas y desde el mes de febrero del 2017 se adicionan los días sábados 4 horas, de esta forma, la producción queda proyectada de la siguiente manera: Viernes: 24 pacientes día, sábados 12 pacientes día, representando mensualmente una producción de 132 pacientes mensuales y 1584 pacientes anuales.

El talento humano asignado para este centro es un profesional en el área de la psicología quien se apoya con la auxiliar de promoción y prevención y la asignadora de citas para todo lo concerniente a reemplazos y asignación de citas. Esta profesional, al igual que el resto de profesionales, rota por todos los centros diariamente, de tal forma que logremos impactar y ofertar el servicio en el mayor número de centros de salud posibles.

Tabla No. 134

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta por psicología en el centro de salud con camas de la candelaria entre los años 2011-2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2011	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año	No se prestaba el servicio en este año
2012	576	258	48%
2013	576	668	105%
2014	576	416	72%
2015	2304	465	20%
2016	2304	398	18%
2017 (ENERO – JUNIO)	1152	329	29%

Fuente: Coordinación Salud Mental

Los servicios de Salud Oral se prestan en el primer piso, la infraestructura con la que cuenta está muy deteriorada, le falta mantenimiento en techo, paredes y piso,

humedad y filtración en las paredes sobre todo en época de invierno, la iluminación es buena, sin embargo en el 2016 no conto con iluminación en la unidad odontológica, cuenta con un aire acondicionado mini Split en buenas condiciones suficiente para mantener en todo el consultorio una temperatura confortable.

Se dispone de un consultorio con una unidad odontológica, dos turnos de atención, el primero de 7am a 11 am, el segundo de 12am a 4 pm. Estos están dotados con equipo de cómputo e impresora en área externa. Se cuenta con la mayoría de los equipos biomédico necesarios para la prestación del servicio de salud oral excepto el equipo de radiografía periapical.

Tabla No.135

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica primera vez en centro de salud de candelaria entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas Primera vez	1908	2845	2776	3491	2296	2025	744
Capacidad de producción	6336	6336	6336	6336	9504	6336	3168
% cumplimiento	30,1%	44,9%	43,8%	55,1%	24,2%	32,0%	23,5%

Fuente: Coordinación Salud Oral

Se observa en los años entre el 2011 y el 2014 mayor porcentaje de consultas iniciales respecto a los años entre el 2015-2017.

Tabla No. 136

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica en centro de salud de candelaria entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas	4217	5209	6208	5999	6487	6647	2790
Capacidad de producción	6336	6336	6336	9504	9504	6336	3168
% cumplimiento	66,6%	82,2%	98,0%	63,1%	68,3%	104,9%	88,1%

Fuente: Coordinación Salud Oral

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad.

El Talento humano está compuesto por 2 odontólogos generales de 4 horas diarias distribuidos en los turnos anteriormente descritos, una auxiliar de consultorio de 8 horas diaria; la atención de los usuarios se realiza cada 20 minutos, es decir se atiendes 3

pacientes por hora. Finales del 2015 y comienzos de 2016 tubo 3 odontólogos generales, sin embargo en 2016 se disminuyó la capacidad instalada debido a las pocas consultas que tenía el turno de 3-7 pm ya que el centro de salud está en una zona de asentamiento de bandas que causan actos delictivos y evitan que los pacientes asistan a las citas posterior de 4 pm.

Actualmente mantiene los dos turnos de atención, y la oportunidad quien estuvo incrementada en los primeros meses del año, retomo el estándar a inferior de 3 a partir de junio de 2017.

La Capacidad instalada de CSCC de Candelaria para el 2017 esta para 24 consultas diarias por 22 días laborales generando 528 consultas mensuales, y 6336 consultas anuales. Sin embargo se puede ver alterada por los constantes problemas de suspensión de servicios públicos como agua y energía eléctrica, así como por las capacitaciones a nuestro talento Humano.

Se observa un subregistros en el reporte sistematizado de citas ya que se encuentra en porcentajes del 60%, mejora en el 2016 debido a que en algunos meses de este año tubo 3 odontólogos y se observa gran mejoría en el 2017 alcanzando un 88.1% por los esfuerzos en controlar la producción y la facturación de todos las actividades.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No.137

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S.C.C Candelaria Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	70	67	50	90	65	73	N.A	90	65	90	70	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	65	67	50	64	65	73	60	80	67	90	70	0	80
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	67	67	50	100	67	85	65	33	60	90	70	N.A	N.A
VACUNACION	100	80	20	50	83	60	90	67	100	67	100	65	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	80	90	50	90	65	86	70	100	70	20	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	50	90	50	100	70	90	65	90	70	90	70	0	100
URGENCIAS	100	80	0	50	25	60	0	65	20	60	80	70	50	65
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	0	0	0	50	0	70	0	N.A	0	65	100	80	N.A	N.A
FARMACIA	100	70	90	40	67	50	91	60	0	70	N.A	80	N.A	N.A
P Y P MEDICO	100	67	67	50	100	67	30	65	33	60	100	70	N.A	N.A
PSICOLOGIA	0	80	67	50	100	70	N.A	N.A	0	70	100	80	N.A	N.A

Fuente: Coordinación de Calidad

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No.138

**Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación
C.S.C.C Candelaria**

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	85,00	15,00	64,00	36,00
ODONTOLOGICA	69,14	30,86	65,29	34,71
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	79,17	20,83	63,17	36,83
VACUNACION	82,17	17,83	64,83	35,17
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	81,00	19,00	72,50	27,50
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	81,43	18,57	67,86	32,14
URGENCIAS	39,29	60,71	64,29	35,71
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	16,67	83,33	53,00	47,00
FARMACIA	69,60	30,40	61,67	38,33
P Y P MEDICO	71,67	28,33	63,17	36,83
PSICOLOGIA	53,40	28,80	70,00	30,00
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	66,23	32,15	64,52	35,48

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

El análisis al comparar los años 2016 y 2017, evidencia que no se mantienen los niveles de cumplimiento cuando se alcanza el 100%, el recurso humano para la vigencia 2016, cumplía en más del 80% de los servicios ofertados, pero para el siguiente año debido a la rotación se modificaron las calificaciones del cumplimiento. La calificación global de se ve afectada pasando de 66% a 64%.

La Política de la Seguridad del paciente es evaluada a través de dos metodologías. La primera consistente en la aplicación de la herramienta para la evaluación de la estrategia de lavado de manos, los resultados fueron los siguientes:

Tabla No. 139

**Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S.C.C CANDELARIA**

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACIÓN	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS
2014	45	10	15	30	2	102	126-250 BASICO
2015	40	35	0	37,5	20	132,5	126-250 BASICO

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos).

Los resultados obtenidos aunque muestran una ligera mejora en la implementación de la estrategia, se mantienen en los dos periodos evaluados en el nivel básico.

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consiste en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 25%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se socializa con el recurso humano pero no se ha evaluado su adherencia.

Infraestructura

Los problemas de infraestructura que presenta son los siguientes:

- Arreglo de techo por filtraciones
- Cambio de puertas
- Tuberías hidrosanitarias en mal estado y taponadas
- Cambio de la totalidad del cielo raso
- Construcción de caseta para planta eléctrica
- Remodelación de baños y cambio de aparatos sanitarios
- Cambio total del sistema eléctrico
- Instalación del sistema regulado y suministro de UPS
- Reparación de muros, estuco y pintura en general

Este centro de salud era uno de los priorizados a remodelar por el Distrito de Cartagena, hoy día no se tiene certeza de la ejecución de dichas obras.

A pesar de que el área de mantenimiento de la entidad, constantemente realiza trabajos menores de mejora, el centro de salud presenta un deterioro total, necesitando intervención total y general.

Su debilidad es la infraestructura en general, presenta un alto grado de deterioro en todos los espacios o áreas donde se prestan los servicios asistenciales como también sus pasillos, cielos rasos, cubierta, muros y pisos.

Facturación

Facturación Urgencia

El área de facturación del servicio de urgencia, se encuentra en la entrada de dicho servicio, su ubicación es estratégica para poder visualizar el ingreso del paciente pero

no es garantía para cuando el paciente sale de la atención o dado de alta. El área locativa de facturación tiene una buena ventilación debido a que el aire central cubre todo el espacio en que está compuesto el área de sala de espera y facturación, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 24 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Facturación Consulta Externa

El área de facturación en el servicio de consulta externa se encuentra en un espacio no adecuado locativamente para poder ejercer la función con visibilidad al ingreso o solicitud del usuario de su cita programada ya que el usuario debe ingresar al sitio donde se encuentra el facturador.

Igualmente carece de una protección locativa hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 8 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Los servicios prestados facturados por la modalidad de evento en este centro con cama son enviados al centro de acopio designado por georreferencia, correspondiéndole a la sede del pozón, con la finalidad de realizar la revisión, correcciones en los casos que corresponda, RIPS, Escanear los soportes y facturas, fotocopiado, armado de facturas con sus soportes y posteriormente su radicación ante las diferentes EPSS – EPSC, secretarías, aseguradoras, regímenes especiales, ya sea por correo certificado o presencialmente.

Los soportes para obtener los resultados son deficientes debido a la fluctuación del sistema de información generando elaboración manual de los documentos necesarios con el riesgo que no sean aportados al área de facturación, e igualmente por deficiencia en la responsabilidad asistencial de elaborar adecuadamente las historias clínicas o en su defecto los Triages, se realizan auditorías concurrentes en los servicios de urgencia y consulta externa, haciéndole seguimiento al proceso para detectar debilidades y tomar correctivos en el mismo centro con el coordinador o en su defecto la jefe del servicio.

El procedimiento de la recolección de recaudos no es soporte de esta área, pero igualmente el facturador es quien le corresponde realizar el cobro de los servicios prestados a los usuarios particulares o cuotas moderadoras correspondientes, encontrando que la mayor debilidad está representada en la custodia de los dineros recaudados hasta la entrega final a quien corresponda, causando esto un inconformismo entre los facturadores por no tener las condiciones necesarias de seguridad donde custodiar estos dineros. Por otra parte no está establecido un formato del estudio socio económico del solicitante del servicio cuando manifiesta libremente que no posee recursos para cancelar los servicios prestados, ejerciendo el facturador funciones de trabajador social y a la vez de ordenador de descuentos por estos servicios. La mayor debilidad para el área de facturación es el insumo correspondiente al sistema de información.

El Centro de Salud de la Candelaria, está programado dentro del enfoque de Prestador Primario en el esquema de RIPSS, como una de las dos alternativas (La otra es la Esperanza) para que asuma el rol de IPS con Urgencia Resolutiva de la Subred Norte, esta sede operativa desarrollará el portafolio requerido por la norma para servicios de atención inicial de urgencias con capacidad resolutiva, es decir los servicios de urgencias de baja complejidad, con una capacidad instalada de todos los ambientes necesarios para garantizar una adecuada resolutivez es decir, Laboratorio Clínico, imágenes diagnósticas, farmacia, apoyo especializado. Esta alternativa asistencia implica incluye la adecuación física total de la sede.

SEDE No. 14 CENTRO DE SALUD FATIMA: Ubicado en la zona urbana, Barrio Getsemaní calle larga casa Fátima N°25-01, con código de habilitación 1300100871-16, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 7685. La ubicación de este centro es de fácil acceso, cuenta con vías en buen estado y con servicio de transporte público. Fue recibida la nueva infraestructura en el mes de mayo, con algunas observaciones sobre el área de depósito temporal de residuos hospitalarios. Se tienen en el REPS inscritos los servicios de endodoncia (311), enfermería (312), medicina general (331), odontología general (334), toma de muestras de laboratorio (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. Ubicado en el sector histórico del centro de la ciudad, es el centro de referencia para la vacunación internacional.

Cuenta con una infraestructura recientemente intervenida, de un piso y una puerta de ingreso a los servicios ambulatorios que ofrece.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No. 140

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación C.S Fátima Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HIST		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	
CONSULTA EXTERNA	100	70	N.A	0	100	5 ⁸	100	80	100	80	56	0 ⁸	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	85	N.A	0	73	3 ⁷	64	80	100	90	56	5 ⁶	0 ⁵	60
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	90	N.A	0	100	0 ⁹	14	75	33	70	90	0 ⁸	N.A	N.A
VACUNACION	100	85	N.A	0	100	0 ⁹	62	100	67	90	82	0 ⁹	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	90	N.A	0	100	5 ⁸	29	75	100	75	100	0 ⁹	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	0	N.A	0	100	100	100	90	100	80	100	0 ⁹	0	100
P Y P MEDICO	100	85	N.A	0	100	0 ⁹	14	80	67	70	78	0 ⁸	N.A	N.A

Nota: Se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

El cumplimiento del estándar de infraestructura no se registró en la auditoría del 2016 y 2017, ya que a la fecha de realización se encontraban funcionando en sede alterna. El estándar con mayores diferencias al comparar los periodos está el de procesos y prioritarios e historias clínica, evidenciándose una mejora para el 2017. Además es el estándar de dotación presentó una disminución considerable en servicios que estaban cumpliendo en un 100%.

Tabla No. 141

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.S Fátima

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	76,00	24,00	79,00	21,00
ODONTOLOGICA	63,29	36,29	61,48	24,50
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	56,17	43,83	81,00	19,00
VACUNACION	68,50	29,83	91,00	9,00
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	71,50	28,50	83,00	17,00
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	71,43	28,57	76,67	23,33
P Y P MEDICO	59,83	40,17	81,00	19,00
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	66,67	33,03	79,02	18,98

Fuente: instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

En la anterior tabla se evidencia la mejora en el cumplimiento de los estándares de habilitación pasando de un 66% a 79%. Servicios como vacunación y promoción y prevención evidenciaron una mejora sustancial.

Tabla No. 142

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S FÁTIMA

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACIÓN	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	10	40	85	55	3	193	126-250 BASICO	
2015	30	30	62,5	37,5	20	180	126-250 BASICO	

Fuente: instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

Los resultados de esta evaluación, muestran un cumplimiento básico en la aplicación de la estrategia de lavado de manos, fundamental en la Política. Este resultado evidencia que faltan muchas actividades de promoción y compromiso con la estrategia por parte de los funcionarios del centro de atención

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consistente en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 12%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, pero no se evidencia la socialización del protocolo de bienvenida y la socialización de la política, en el 2017. A pesar de la realización de capacitaciones con el SENA e ICONTEC, el recurso humano no conoce los deberes y derechos. No se cuenta con equipo de humanización. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo A, categorizado como centro tipo A.

El Centro de Salud de la Candelaria, está programado dentro del enfoque de Prestador Primario en el esquema de RIPSS, como una de las dos alternativas (La otra es la Esperanza) para que asuma el rol de IPS con Urgencia Resolutiva de la Subred Norte, esta sede operativa desarrollará el portafolio requerido por la norma para servicios de atención inicial de urgencias con capacidad resolutiva, es decir los servicios de urgencias de baja complejidad, con una capacidad instada de todos los ambientes necesarios para garantizar una adecuada resolutividad es decir, Laboratorio Clínico, imágenes diagnósticas, farmacia, poyo especializado. Esta alternativa asistencia implica incluye la adecuación física total de la sede.

SEDE No. 15 CENTRO DE SALUD SAN VICENTE DE PAUL: Ubicado en la zona urbana, Barrio Escalón Villa carrera 53 -30 D-6, con código de habilitación 1300100871-17, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 8358. La ubicación de este centro es de fácil acceso, cuenta con vías en buen estado y con servicio de transporte público. Se tienen en el REPS inscritos los servicios de enfermería (312), medicina general (331), odontología general (334), psicología (344), toma de muestras de laboratorio (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test – pos test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo B, categorizado como centro tipo A.

Este centro está a 20 minutos de la sede administrativa.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No. 143

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S San Vicente de Paul Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PPIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	100	100	100	92	67	100	73	100	100	67	100	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	70	100	100	100	100	50	100	100	100	67	100	67	0
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	100	100	67	100	50	43	57	33	67	60	100	N.A	N.A
VACUNACION	100	100	100	60	100	100	60	73	63	100	100	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	100	33	0	100	0	57	71	100	100	50	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	67	100	80	0	100	100	100	0	80	100	83	0	0	0
P Y P MEDICO	100	100	100	100	50	50	57	71	67	67	70	90	N.A	N.A

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

En el cuadro comparativo de los años 2016 y 2017, en el cumplimiento individual por servicio de cada uno de los estándares de habilitación, se evidencia que los incumplimientos significativos están en el estándar de infraestructura y en procesos prioritarios. El recambio en el recurso humano y la imposibilidad en la intervención de la infraestructura generaron que la vigencia actual se disminuyera los porcentajes de cumplimiento.

Tabla No. 144

**Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio
C.S San Vicente**

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	93,17	6,83	90,00	10,00
ODONTOLOGICA	86,17	13,83	81,43	18,57
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	72,67	27,33	73,50	26,50
VACUNACIÓN	87,17	12,83	88,83	11,17
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	73,33	26,67	61,83	38,17
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	72,86	27,14	42,86	57,14
P Y P MEDICO	74,00	26,00	79,67	20,33
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	79,97	20,09	74,02	25,98

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

Se evidencia la disminución en el cumplimiento de global del centro en los estándares de habilitación, pasando del año 2016 de una calificación de 79% a 74%.

Tabla No. 145

**Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S San Vicente**

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACIÓN	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	5	17.5	0	25	3	33	0-125 INADECUADO	
2015	NE							

Nota: En el Período 2015 el C.S no fue evaluado en lavado de manos.

La única evaluación realizada a este centro arrojó un resultado de nivel inadecuado, evidenciando una pobre adherencia a la estrategia de lavado de manos.

SEDE No. 16 CENTRO DE SALUD LAS REINAS: Ubicado en la zona urbana, Barrio Las Reinas calle principal, con código de habilitación 1300100871-18, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 14604. La ubicación de este centro es de fácil acceso, cuenta con vías en buen estado y con servicio de transporte público. Por seguridad este centro tiene atención en jornada continua. Se tienen en el REPS inscritos los servicios de enfermería (312), medicina general (331), odontología general (334), psicología (344), toma de muestras de laboratorio (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-pos test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control

por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo E, categorizado como centro tipo A.

Se encuentra este centro a 28 minutos máximo de la sede Administrativa.

Componente de habilitación según Resolución 2003 de 2914

Tabla No. 146

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S Reinas Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	100	100	100	67	67	N.A	N.A	100	100	78	78	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	100	100	67	73	73	55	91	0	100	78	78	0	0
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCION	100	67	100	100	50	50	86	86	67	33	80	70	N.A	N.A
VACUNACION	100	33	40	60	100	100	100	100	100	100	100	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	100	100	0	100	100	71	86	0	100	0	0	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	0	0	100	100	100	100	100	100	0	100	0	100	0	100
P Y P MEDICO	67	67	67	100	50	50	71	86	67	33	80	70	N.A	N.A

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

En algunos estándares que se cumplían en el periodo de 2016, no mantuvieron la clasificación, presentándose esta disminución en los servicios de promoción y prevención en cuanto al talento humano. Se evidencio una mejora en el estándar de insumos y medicamentos.

Tabla No. 147

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.S Reinas

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	89,00	11,00	89,00	11,00
ODONTOLOGICA	67,67	31,50	72,71	27,29
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCION	80,50	19,50	67,67	32,33
VACUNACION	90,00	10,00	82,17	17,83
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	61,83	38,17	83,33	16,67
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	42,86	57,14	85,71	14,29
P Y P MEDICO	67,00	33,00	67,67	32,33
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	71,27	28,62	78,32	21,68

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre.

De manera global se presenta una mejora en el cumplimiento de los estándares en los servicios pasando de una calificación de 71% a 78%.

Tabla No. 148

**Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S Reinas**

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	50	55	37.5	55	6	166	126-250 BASICO	
2015	30	5	15	45	30	125	0-125 INADECUADO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

Respecto a la estrategia de lavado de manos no se evidenció una mejora ya que se pasó de nivel básico a inadecuado, debido a la falta de formación del personal que recientemente ingresó a los servicios; la aplicación de la herramienta dada por la OMS, es la primera metodología para la evaluación de la adherencia a la Política de Seguridad del paciente.

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consistente en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 12%, no tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, no se evidencia la socialización del protocolo de bienvenida y la socialización de la política, en el 2017. A pesar de la realización de capacitaciones con el SENA, el recurso humano no conoce los deberes y derechos y no se cuenta con equipo de humanización.

SEDE No. 17 CENTRO DE SALUD FREDONIA: Ubicado en la zona urbana, Barrio Las Reinas calle principal, con código de habilitación 1300100871-19, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 9468. La ubicación de este centro es de fácil acceso, cuenta con vías en buen estado y con servicio de transporte público. Se encuentra en zona de alto riesgo por la inseguridad y la existencia de pandillas.

Se encuentra ubicado a 31 minutos de la sede Administrativa.

Se tienen en el REPS inscritos los servicios de enfermería (312), medicina general (331), odontología general (334), toma de muestras de laboratorio (712), tamización

cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo C, categorizado como centro tipo A. No se modifica su portafolio.

Componente habilitación Resolución 2003 de 2014

Tabla No.149

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación C.S Fredonia Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	0	80	67	67	100	100	100	100	0	100	89	89	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	0	80	67	67	45	82	82	64	100	100	89	89	0	0
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	67	100	100	100	100	100	86	43	67	67	70	90	N.A	N.A
VACUNACION	100	100	60	100	100	100	100	80	100	67	100	91	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	100	0	100	0	100	100	57	100	100	0	0	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	0	100	0	100	100	0	100	100	100	100	100	100	100	100
P Y P MEDICO	67	100	67	67	100	100	100	100	0	33	89	80	N.A	N.A

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Las acciones de mejora aplicadas al servicio de toma de muestra en este centro de atención, posibilitaron el cumplimiento en el 100% de los estándares de habilitación, al igual que algunos otros servicios.

Tabla No. 150

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.S FREDONIA

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	59,33	40,67	89,33	10,67
ODONTOLOGICA	63,83	36,17	68,86	31,57
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	81,67	18,33	76,17	23,83
VACUNACION	50,00	50,00	89,67	10,33
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	71,43	28,57	76,17	23,83

TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	0,00	0,00	85,71	14,29
P Y P MEDICO	67,83	32,17	80,00	20,00
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	65,68	34,32	94,32	22,42

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación auditoría interna ESE HLCI año 2016 y 2017 I semestre

Las mejoras permitieron un mejoramiento de la calificación global del centro de atención en cada uno de los servicios, pasando de un cumplimiento global de 65% en el 2016 a 94% en el 2017.

Tabla No. 151

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S Fredonia

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACIÓN	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014								
2015	40	65	57,5	57,5	45	265	251-375 INTERMEDIO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos) Nota: En el Periodo 2014 el C.S no fue evaluado en lavado de manos.

En el 2014 no se realizó la evaluación de la estrategia, el resultado en el 2015 fue intermedio, reflejando la adherencia a la estrategia, resultado de las mejoras en los estándares de procesos prioritarios en la mayoría de los servicios. Esta evaluación como la primera herramienta para la Política de Seguridad del paciente.

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consistente en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 35%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se evidencia la socialización del protocolo de bienvenida y la socialización de la política, en el 2017, pero no se cuenta con equipo de humanización. A pesar de la realización de capacitaciones con el SENA e ICONTEC, el recurso humano no conoce los deberes y derechos.

SEDE No. 18 CENTRO DE SALUD FOCO ROJO: Ubicado en la zona urbana, Barrio Olaya Herrera sector Rafael Núñez Cra. 49E 34-161, con código de habilitación 1300100871-20, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 6587. La

ubicación de este centro no es de fácil acceso, cuenta con vías en regular estado y el servicio de transporte público es limitado. Se encuentra en zona de alto riesgo por la inseguridad y la existencia de pandillas.

Se encuentra de 16 a 19 minutos de la sede Administrativa.

Se tienen en el REPS inscritos los servicios de enfermería (312), medicina general (331), odontología general (334), toma de muestras de laboratorio (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo B, categorizado como centro tipo A. No se modifica su portafolio.

Componente de habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No. 152

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S Foco Rojo Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HIST		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	80	80	67	90	100	80	70	100	100	80	100	0	N.A
ODONTOLOGICA	100	80	50	67	82	82	0	100	90	0	100	100	0	N.A
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCION	0	100	100	67	100	100	57	100	33	67	90	100	N.A	N.A
VACUNACION	100	100	60	60	80	100	63	73	100	100	90	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	0	100	100	0	90	0	43	100	0	100	0	0	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	100	60	100	100	100	90	100	100	100	90	0	0	0
P Y P MEDICO	100	67	80	67	90	100	80	100	100	67	80	90	0	N.A

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

En algunos servicios se presentó mejoras del periodo 2015 a 2016, especialmente en el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico y promoción y prevención.

Tabla No. 153

**Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio
C.S Foco Rojo**

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	75,71	24,29	86,17	13,83
ODONTOLOGICA	60,29	39,71	71,50	28,50
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	63,33	36,67	89,00	11,00
VACUNACION	82,17	16,17	88,83	11,17
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	38,83	61,17	50,00	50,00
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	62,86	37,14	71,43	28,57
P Y P MEDICO	75,71	24,29	81,83	18,17
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	65,56	34,20	76,97	23,03

Fuente: instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

En la evaluación global del cumplimiento se observa una mejor, pasando de 65% en el 2016 a 76,9% en el 2017.

Tabla No. 154

**Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C. S FOCO ROJO**

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	NE							
2015	30	5	15	45	30	125	0-125 INADECUADO	

Nota: En el Periodo 2014 el C.S no fue evaluado en lavado de manos.

En el 2014 no se realizó la evaluación de la estrategia del lavado de manos, para el siguiente año la calificación no fue positiva, el nivel de resultado fue inadecuado, lo que sugiere mejora en las capacidades del recurso humano y en su retroalimentación.

SEDE No. 19 CENTRO DE SALUD GAVIOTAS: Ubicado en la zona urbana, Barrio Chiquinquirá Mz63 L 115, con código de habilitación 1300100871-21, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 10350. La ubicación de este centro es de fácil acceso, cuenta con vías en buen estado y servicio de transporte público. Desde

el cierre del C.S Líbano, es centro contingencia para la atención de la Población asignada para el centro de salud de Líbano.

Se encuentra a 15 minutos de la sede Administrativa.

Se tienen en el REPS inscritos los servicios de enfermería (312), medicina general (331), odontología general (334), psicología (344), toma de muestras de laboratorio (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo B, categorizado como centro tipo A. No se modifica su portafolio.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No. 155

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S Gaviotas Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	0	100	100	100	67	67	64	64	100	100	78	100	100	N.A
ODONTOLOGICA	0	100	100	67	82	91	64	100	100	100	78	100	100	N.A
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCION	100	100	67	100	50	50	71	71	100	100	80	90	N.A	N.A
VACUNACION	100	100	60	60	100	100	100	91	100	100	100	91	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	100	0	0	100	0	29	83	100	100	0	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	0	100	100	0	100	100	100	100	0	100	0	0	0	0
P Y P MEDICO	67	100	67	100	50	50	43	57	67	100	80	90	N.A	N.A
PSICOLOGIA	N.A	100	N.A	100	N.A	67	N.A	0	N.A	100	N.A	100	N.A	N.A

Nota: Se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Se evidencia una mejora en el cumplimiento de los estándares en los diferentes servicios, durante el periodo de 2016 a 2017.

Tabla no. 156

**Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio
C.S gaviotas**

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	72,71	27,29	88,50	11,50
ODONTOLOGICA	74,86	25,14	93,00	7,00
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	67,83	32,17	85,17	14,83
VACUNACION	93,33	6,67	90,33	9,67
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	54,83	45,17	63,83	36,17
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	42,86	57,14	57,14	42,86
P Y P MEDICO	62,33	37,67	82,83	17,17
PSICOLOGIA	0,00	0,00	77,83	22,17
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	66,97	33,03	91,23	23,05

Fuente: instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCl Año 2016 y 2017 I semestre

El mejoramiento en la calificación de los estándares en los diferentes servicios que oferta el centro de atención, se evidencia en el aumento de la calificación global que pasó de 67,9% en el 2016 a 91,23% en el año de 2017.

Tabla No. 157

**Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S Gaviotas**

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	40	25	50	15	5	135	126-250 BASICO	
2015	50	50	20	35	20	175	126-250 BASICO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

En los períodos evaluados se mantiene el cumplimiento en un nivel básico, en la implementación de la estrategia de lavado de manos, se evidencia una ligera mejora, pero no es consistente hacia el estándar institucional establecido en nivel intermedio.

La segunda estrategia para evaluar la Política de Seguridad del paciente, a la fecha de corte de este análisis no se ha realizado.

Referente a la Política de Humanización, el cumplimiento solo es del 33%, a pesar de contar con la publicación de los deberes y derechos no se evidencia la adherencia a ellos y la aplicación del protocolo de bienvenida, así como la conformación del equipo de humanización.

SEDE No. 20 CENTRO DE SALUD LIBANO: Ubicado en la zona urbana, Barrio Olaya Herrera sector Once de Noviembre, con código de habilitación 1300100871-22, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 17810. Cuenta con vías de acceso y servicio de transporte público permanente. El portafolio de servicios que ofertara, cuando se reabra esta sede es el siguiente: enfermería (312), ginecobstetricia (320), medicina general (331), nutrición y dietética (333), odontología general (334), toma de muestras de laboratorio (712), ultrasonido (719), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912),cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tendrá asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo B, categorizado como centro tipo A. Se modifica su portafolio, ya que presta el programa de Maternidad Segura.

SEDE No. 21 CENTRO DE SALUD SAN PEDRO Y LIBERTAD:

Ubicado en la zona urbana, Barrio San Pedro y Libertad Calle Aurora, con código de habilitación 1300100871-23, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 9547. Cuenta con vías de acceso y servicio de transporte público permanente, pero con problemas de inseguridad, por lo cual el horario de atención es jornada continua, Se ubica a 10 minutos aproximadamente de la sede administrativa.

El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), odontología general (334), toma de muestras de laboratorio (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912),cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra.

En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo A, categorizado como centro tipo A.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No. 158

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S San Pedro y Libertad Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTA CION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTER DEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	100	67	67	90	0	100	100	90	100	100	100	0	0
ODONTOLOGICA	100	100	67	67	73	91	90	100	90	100	90	100	0	0
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	100	67	67	100	100	57	57	33	67	90	90	N.A	N.A
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN MEDICO	100	100	33	33	0	0	86	86	33	33	90	90	0	N.A
VACUNACION	100	100	40	40	100	100	73	91	100	100	100	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	100	80	0	100	100	57	43	100	0	0	0	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	100	100	100	0	100	0	0	100	100	0	100	0	0

Nota: Se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No.159

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.S San Pedro y Libertad

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	78,14	21,86	66,71	33,29
ODONTOLOGICA	72,86	27,14	79,71	20,29
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	74,50	25,50	80,17	19,83
VACUNACION	85,50	14,50	88,50	11,50
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	72,83	27,17	40,50	59,50
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	42,86	57,14	71,43	28,57
P Y P MEDICO	48,86	51,14	57,00	43,00
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	67,94	32,06	69,15	30,85

Fuente: instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

Se evidencia un ligero incremento en el cumplimiento global de los estándares en los servicios ofertados.

La Política de la Seguridad del paciente es evaluada a través de dos metodologías. La primera consistente en la aplicación de la herramienta para la evaluación de la estrategia de lavado de manos, los resultados fueron los siguientes:

Tabla No.160

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S San Pedro y Libertad

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	NE							
2015	40	75	25	47,5	40	227,5	126-250 BASICO	

Fuente: instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

Nota: En el Periodo 2014 el C.S no fue evaluado en lavado de manos.

Los resultados obtenidos un nivel básico, de cumplimiento se requiere trabajar en el criterio de evaluación y retroalimentación.

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consistente en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 35%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se socializa con el recurso humano pero no se ha evaluado su adherencia.

SEDE No. 22 CENTRO DE SALUD SOCORRO: Ubicado en la zona urbana, Barrio Socorro Plan 134, con código de habilitación 1300100871-24, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 24482. Este centro tiene un cierre temporal por intervención de su infraestructura. Se habilitó para prestar servicios en sede alterna que disminuyó la oferta de servicios. Cuenta con vías de acceso y servicio de transporte público permanente. No se tiene conocimiento sobre la fecha de entrega de la edificación. El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), ginecobstetricia (320), medicina general (331), odontología general (334), toma de muestras de laboratorio (712), ultrasonido (719), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912),cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nudo E, categorizado como

centro tipo A. Con esta denominación se disminuye el portafolio de servicios y no se tiene la atención del programa de Maternidad Segura.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No. 161

**Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio
C.S Socorro Años 2016-2017**

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTER DEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	100	N.A	N.A	33	91	N.A	73	100	100	100	100	N.A	0
ODONTOLOGICA	100	100	N.A	N.A	82	33	86	N.A	100	100	90	100	0	N.A
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	100	N.A	N.A	100	50	86	86	67	67	90	90	N.A	N.A
VACUNACION	100	100	N.A	N.A	88	100	72	100	67	78	100	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	100	N.A	N.A	100	100	71	100	100	100	0	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	0	N.A	N.A	80	0	100	100	100	100	100	0	0	0
P Y P MEDICO	100	100	N.A	N.A	100	100	72	86	67	67	80	80	N.A	N.A

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No. 162

**Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio
C.S Socorro**

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	66,60	33,40	83,25	16,75
ODONTOLOGICA	65,43	34,57	77,33	22,67
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	73,83	26,17	78,60	21,40
VACUNACION	68,57	31,43	100,00	0,00
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	61,83	38,17	100,00	0,00
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	68,57	31,43	33,33	66,67
P Y P MEDICO	69,83	30,17	86,60	13,40
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	67,81	32,19	79,87	20,13

Fuente: instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

Se evidencia una mejora en el cumplimiento global de los estándares, debido al cierre de acciones de mejora en los estándares de dotación, talento humano y procesos prioritarios.

La Política de la Seguridad del paciente es evaluada a través de dos metodologías. La primera consistente en la aplicación de la herramienta para la evaluación de la estrategia de lavado de manos, los resultados fueron los siguientes:

Tabla No. 163

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S SOCORRO

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	30	5	32,5	0	2	69,5	0-125 INADECUADO	
2015	15	0	0	0	5	20	0-125 INADECUADO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

Los resultados obtenidos muestran que mantienen en los dos periodos evaluados en el nivel inadecuado de cumplimiento, debido al cambio en la infraestructura muchas de las ayudas, señalización y áreas no están adecuadas para el cumplimiento de la estrategia.

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consiste en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 35%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se socializa con el recurso humano pero no se ha evaluado su adherencia.

SEDE No. 23 CENTRO DE SALUD TERNERA: Ubicado en la zona urbana, Barrio Ternera Calle Real calle 32 N°32-33, con código de habilitación 1300100871-25, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 13723. Cuenta con vías de acceso y servicio de transporte público permanente.

Se ubica a 34 minutos aproximadamente de la sede administrativa.

El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), ginecobstetricia (320), medicina general (331), odontología general (334), toma de muestras de laboratorio (712), ultrasonido (719), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo D, categorizado como centro tipo A.

Con esta denominación se disminuye el portafolio de servicios y no se tiene la atención del Programa de Maternidad Segura.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No. 164

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S Ternerera Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	60	100	60	100	70	N.A	0	100	70	75	75	N.A	0
ODONTOLOGICA	100	80	100	67	90	70	36	60	0	70	75	88	50	100
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	80	100	67	100	80	57	67	0	67	90	80	N.A	0
VACUNACION	100	100	100	70	100	70	45	80	100	70	100	80	N.A	0
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	100	100	67	100	90	43	60	100	80	0	0	N.A	0
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	80	100	70	100	70	100	80	0	70	0	80	0	0
P Y P MEDICO	100	80	100	67	50	80	29	67	67	67	78	80	N.A	0

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No. 165

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.S Ternerera

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	95,00	5,00	67,00	33,00
ODONTOLOGICA	64,43	35,57	76,43	23,57
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	74,50	25,50	73,50	24,83
VACUNACION	90,83	9,17	78,33	21,67
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	73,83	26,17	66,17	33,83
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	57,14	42,86	64,29	35,71
P Y P MEDICO	70,67	29,33	73,50	26,50
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	75,20	24,80	71,32	28,45

Fuente: instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCl Año 2016 y 2017 I semestre

No se mantienen los estándares en los cuales se alcanza el cumplimiento, afectando que la evaluación global del centro de atención se disminuya con relación al periodo anterior.

La Política de la Seguridad del paciente es evaluada a través de dos metodologías. La primera consistente en la aplicación de la herramienta para la evaluación de la estrategia de lavado de manos, los resultados fueron los siguientes:

Tabla No. 166

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S Ternera

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	40	20	0	2	2	64	0-125 INADECUADO	
2015	45	55	20	35	15	170	126-250 BASICO	

Fuente: instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

Los resultados obtenidos aunque muestran una ligera mejora en la implementación de la estrategia, se pasó de nivel inadecuado a nivel básico.

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consiste en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 6%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se socializa con el recurso humano pero no se ha evaluado su adherencia. No se cuenta con equipo de humanización.

SEDE No. 24 CENTRO DE SALUD BOSQUE: Ubicado en la zona urbana, Barrio el Bosque Avenida Pedro Vélez N° 20-05, con código de habilitación 1300100871-26, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 4511. Cuenta con vías de acceso y servicio de transporte público permanente.

Se ubica entre 10 a 15 minutos aproximadamente de la sede Administrativa.

El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), ginecobstetricia (320), medicina general (331), odontología general (334), toma de muestras de laboratorio (712), ultrasonido (719), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre

test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo E, categorizado como centro tipo A. Con esta denominación se disminuye el portafolio de servicios y no se tiene la atención del Programa de Maternidad Segura.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No. 167

Comparativo de cumplimiento de estándares por servicio de C.S Bosque

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PPIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	80	67	70	100	85	N.A	80	100	75	100	75	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	90	67	63	91	73	81	80	100	90	100	80	0	60
CONSULTA PROMOCION Y PREVENICION	100	80	67	80	100	90	57	90	33	70	80	90	N.A	N.A
VACUNACION	100	90	60	85	100	90	55	100	100	90	100	90	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	85	0	70	0	90	29	71	0	80	0	90	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	0	80	100	70	100	90	100	90	0	80	0	90	0	0
P Y P MEDICO	67	90	100	80	50	90	43	85	0	70	100	80	N.A	N.A

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No. 168

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.S Bosque

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	93,4	6,6	77,5	22,5
ODONTOLOGICA	77	22,86	76,57	22
CONSULTA PROMOCION Y PREVENICION	72,83	27,17	83,33	16,67
VACUNACION	85,83	14,17	90,83	9,17
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	21,5	78,5	81	19
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	42,86	57,14	71,43	28,57
P Y P MEDICO	72,83	27,17	82,5	17,5
ECOGRAFIA	89,67	10,33	0	0
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	56,2	29,49	68,67	16,84

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

Se evidenció una mejora en el cumplimiento global de los estándares de habilitación pasando de 56% a 68%.

La Política de la Seguridad del paciente es evaluada a través de dos metodologías. La primera consistente en la aplicación de la herramienta para la evaluación de la estrategia de lavado de manos, los resultados fueron los siguientes:

Tabla No.169

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S Bosque

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	40	45	72,5	60	6	223,5	126-250 BASICO	
2015	45	20	0	45	0	110	0-125 INADECUADO	

Fuente: instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

Los resultados obtenidos aunque muestran una disminución en la implementación de la estrategia, se pasó de un nivel básico a inadecuado debido a la falta de evaluación y retroalimentación.

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consiste en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 24%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se socializa con el recurso humano pero no se ha evaluado su adherencia.

SEDE No. 25 PUESTO DE SALUD BOCACHICA: Ubicado en la zona insular, Corregimiento de Bocachica Cra. 2A sin nomenclatura 82, con código de habilitación 1300100871-28, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 4558. Este centro tiene un cierre temporal por intervención de su infraestructura. En la edificación actual por la contingencia no se cumple con la infraestructura. El acceso es limitado, las condiciones climáticas en ocasiones no permiten la atención. El transporte es limitado (acuático). No se conoce cuando se entregue la obra. Se ubica a 45 minutos aproximadamente de la sede Administrativa, de viaje en lancha.

El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), psicología (344), odontología general (334), toma de muestras (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo F, categorizado como centro tipo B. Con esta denominación se mejora la oferta de servicios.

Componente habilitación según habilitación Resolución 2003 de 2014

Tabla No 170

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S.C.C Bocachica Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	100	N.A	100	33	67	100	64	0	0	56	0	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	100	N.A	0	73	82	55	100	100	100	56	100	50	N.A
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	100	N.A	33	100	50	14	14	33	100	67	67	N.A	N.A
VACUNACION	100	100	N.A	60	100	100	60	82	100	33	92	92	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	100	N.A	0	100	0	29	57	100	100	0	0	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	100	N.A	0	100	100	100	100	100	100	0	0	0	0
P Y P MEDICO	67	100	N.A	100	0	50	71	57	33	33	33	60	N.A	N.A
PSICOLOGIA	N.E	100	N.E	100	N.E	67	N.E	0	N.E	100	N.E	100	N.E	N.A

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No. 171

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación C.S.C.C Bocachica

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	48,17	51,83	55,17	44,83
ODONTOLOGICA	62,00	38,00	80,33	19,67
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	35,67	64,33	60,67	39,33
VACUNACION	75,33	24,67	77,83	22,17
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	54,83	45,17	42,83	57,17

TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	57,14	42,86	57,14	42,86
P Y P MEDICO	34,00	66,00	66,67	33,33
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	52,45	47,55	64,81	35,19

Fuente: instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

Se evidencia una mejora en el cumplimiento global de los estándares, de los servicios que oferta el centro de salud, se está a la espera de la entrega de la nueva edificación.

Tabla No. 172

**Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S.C.C Bocachica**

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	NE							
2015	25	70	40	40	35	210	126-250 BASICO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

Nota: En el Periodo 2014 el C.S no fue evaluado en lavado de manos.

La primera metodología utilizada para evaluación la implementación de la Política de Seguridad del paciente, es a través de la evaluación de la estrategia de lavado de manos. Los resultados obtenidos aunque muestran un nivel básico de aplicación, evidenciándose como criterio más crítico, el cambio del sistema.

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consistente en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, a la fecha de este informe no se ha evaluado este componente.

SEDE No. 26 PUESTO DE SALUD ISLA FUERTE: Ubicado en la zona insular, Corregimiento de Isla Fuerte, con código de habilitación 1300100871-29, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 147. El acceso es limitado, las condiciones climáticas en ocasiones no permiten la atención. El transporte es limitado (acuático) y tiene mayor cercanía con otro departamento. El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), odontología

general (334), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Sur, Nodo B, categorizado como centro tipo A.

SEDE No. 27 PUESTO DE SALUD DE CAÑO DEL ORO: Ubicado en la zona insular, Corregimiento de Caño del Oro, Cra. 2A SN -31, con código de habilitación 1300100871-30, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 1112. El acceso es limitado, las condiciones climáticas en ocasiones no permiten la atención. El transporte es limitado (acuático). Se recibió nueva edificación para la prestación de los servicios. El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), odontología general (334), transporte asistencial básico acuático (601), toma de muestras (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pretest-postest para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo F, categorizado como centro tipo A.

SEDE No. 28 PUESTO DE SALUD DE ISLAS DEL ROSARIO: Ubicado en la zona insular, Corregimiento de Islas del Rosario, con código de habilitación 1300100871-31, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 375. El acceso es limitado, las condiciones climáticas en ocasiones no permiten la atención. El transporte es limitado (acuático). Se recibió nueva edificación para la prestación de los servicios. El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), odontología general (334), toma de muestras (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Sur, Nodo B, categorizado como centro tipo A.

SEDE No. 29 PUESTO DE SALUD ARROYO GRANDE: Ubicado en la zona rural, Corregimiento de Arroyo Grande Cra.2A, con código de habilitación 1300100871-33, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 2044. El acceso es limitado, aunque tiene buenas vías de acceso. La infraestructura requiere intervención.

Se ubica a 51 minutos aproximadamente de la sede Administrativa.

El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), psicología (344), odontología general (334), toma de muestras (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Norte, Nodo B, categorizado como centro tipo A. Se disminuye el portafolio, el servicio de psicología no se prestaría con esta denominación.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No. 173

Comparativo de cumplimiento de estándares por servicio de PS Arroyo Grande

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	100	64	67	67	67	64	100	0	0	78	100	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	100	67	33	45	73	64	100	0	100	78	100	0	0
CONSULTA PROMOCION Y PREVENICION	100	100	64	100	50	100	33	57	33	33	60	60	N.A	N.A
VACUNACION	100	100	40	40	100	100	100	100	100	100	100	92	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	100	0	0	0	100	57	57	0	100	0	0	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	100	0	0	100	100	100	100	0	0	100	0	10	0
P Y P MEDICO	100	100	67	100	50	50	57	43	33	33	60	60	N.A	N.A
PSICOLOGIA	N.E	100	N.E	100	N.E	100	N.E	100	N.E	100	N.E	100	N.E	N.A

Nota: Se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No. 174

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación Arroyo grande

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	62,17	37,83	72,33	27,67
ODONTOLOGICA	50,57	49,43	72,29	27,71
CONSULTA PROMOCION Y PREVENICION	56,67	42,83	73,33	26,67
VACUNACION	90,00	10,00	88,67	11,33
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	26,17	73,83	59,50	40,50

TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	71,43	28,57	42,86	57,14
P Y P MEDICO	61,17	38,83	64,33	35,67
ECOGRAFIA	0,0	0,0	0,0	0,0
PSICOLOGIA	N.E	NE	100	0
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	59,7	40,1	84,7	32,3

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoria Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

Se evidencia una mejora en el cumplimiento global de los estándares de habilitación. La Política de la Seguridad del paciente es evaluada a través de dos metodologías. La primera consistente en la aplicación de la herramienta para la evaluación de la estrategia de lavado de manos, el resultado fue el siguiente para año 2015:

Tabla No. 175

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S Arroyo Grande

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACIÓN	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	NE							
2015	5	25	0	25	0	55	0-125 INADECUADO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos).

Se requiere trabajar en los elementos críticos como cambio del sistema y la evaluación y retroalimentación.

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consiste en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 22%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se socializa con el recurso humano pero no se ha evaluado su adherencia.

SEDE No. 30 PUESTO DE SALUD ARROYO DE PIEDRA: Ubicado en la zona rural, Corregimiento de Arroyo de Piedra, con código de habilitación 1300100871-34, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 1517. El acceso es limitado, aunque tiene buenas vías de acceso. La infraestructura fue entregada recientemente. El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina

general (331), psicología (344), odontología general (334), toma de muestras (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Norte, Nodo B, categorizado como centro tipo A. Se disminuye el portafolio, el servicio de psicología no se prestaría con esta denominación.

SEDE No. 31 PUESTO DE SALUD ARROYO DE LAS CANOAS.

Ubicado en la zona rural, Corregimiento de Arroyo de Las Canoas, con código de habilitación 1300100871-35, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 355. El acceso es limitado, aunque tiene buenas vías de acceso. El portafolio de servicios que ofertara esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), psicología (344), odontología general (334), toma de muestras (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Norte, Nodo B, categorizado como centro tipo A. Se disminuye el portafolio, el servicio de psicología no se prestaría con esta denominación.

SEDE No. 32 PUESTO DE SALUD PUNTA ARENA.

Ubicado en la zona insular, corregimiento de Punta Arena, con código de habilitación 1300100871-36, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 338. El acceso es limitado, aunque tiene buenas vías de acceso. El portafolio de servicios que ofertara esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), psicología (344), odontología general (334), toma de muestras (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo F, categorizado como centro tipo A. Se disminuye el portafolio, el servicio de psicología no se prestaría con esta denominación.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No. 176

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S Punta Arena Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	0	70	N.A	N.A	33	33	N.A	100	100	100	100	78	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	80	N.A	N.A	33	82	100	55	100	100	100	78	0	0
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	100	N.A	N.A	50	0	71	29	33	33	100	60	N.A	N.A
VACUNACION	100	50	N.A	N.A	100	100	81	80	100	67	100	91	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	100	N.A	N.A	0	100	57	0	100	100	0	0	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	0	N.A	N.A	100	0	100	100	100	100	0	100	0	100
P Y P MEDICO	0	80	N.A	N.A	50	0	N.A	20	33	33	100	80	N.A	N.A
PSICOLOGIA	100	0	N.A	N.A	100	100	N.A	100	100	0	100	78	N.A	N.A

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No. 177

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.S Punta Arena

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	46,60	53,40	76,20	23,80
ODONTOLOGICA	66,60	33,40	65,83	34,17
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	59,00	41,00	44,40	55,60
VACUNACION	80,17	19,83	77,60	22,40
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	42,83	57,17	60,00	40,00
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	57,14	42,86	66,67	33,33
P Y P MEDICO	37,40	62,60	42,60	57,40
ECOGRAFIA	0,00	0,00	0,00	0,00
PSICOLOGIA	80,00	20,00	55,60	44,40
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	58,72	41,28	61,11	38,89

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

No se garantiza el mantenimiento en el cumplimiento de los estándares de habilitación. La Política de la Seguridad del paciente es evaluada a través de dos metodologías. La primera consistente en la aplicación de la herramienta para la evaluación de la estrategia de lavado de manos, el resultado fue:

Tabla No 178

**Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
Punta Arena**

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	NE							
2015	15	15	10	25	0	65	0-125 INADECUADO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

Se requiere trabajar en el criterio de retroalimentación y evaluación.

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consiste en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 24%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se socializa con el recurso humano pero no se ha evaluado su adherencia.

SEDE No. 33 PUESTO DE SALUD PONTEZUELA.

Ubicado en la zona rural, Corregimiento de Pontezuela, con código de habilitación 1300100871-38, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 1470. Esta sede fue intervenida y recibida en Mayo de 2017. El acceso es limitado, aunque tiene buenas vías de acceso.

Se ubica 37 minutos aproximadamente de la sede administrativa.

El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), psicología (344), odontología general (334), toma de muestras (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece

a la Sub red Centro, Nodo F, categorizado como centro tipo A. Se disminuye el portafolio, el servicio de psicología no se prestaría con esta denominación.

Componente habilitación según Resolución 200 de 2014

Tabla No. 179

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación C.S Pontezuela Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	100	N.A	100	67	67	100	73	0	100	56	100	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	70	N.A	100	91	100	64	100	100	100	56	100	50	0
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	100	N.A	67	100	50	57	57	33	67	50	100	N.A	N.A
VACUNACION	N.E	100	N.E	60	N.E	100	N.E	73	N.E	100	N.E	100	N.E	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	100	N.A	0	100	0	43	71	100	100	100	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	N.E	100	N.E	0	N.E	100	N.E	0	N.E	100	N.E	0	N.E	0
P Y P MEDICO	100	100	N.A	100	50	50	86	71	67	67	67	90	N.A	N.A

Nota: Se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No. 180

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.S Pontezuela

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	53,83	46,17	90,00	10,00
ODONTOLOGICA	65,86	34,14	81,43	18,57
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	56,67	43,33	73,50	26,50
VACUNACION	0,00	0,00	88,83	11,17
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	73,83	26,17	61,83	38,17
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	0,00	0,00	42,86	57,14
P Y P MEDICO	61,67	38,33	79,67	20,33
LABORATORIO	0,00	0,00	0,00	0,00
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	62,37	37,63	74,02	25,98

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

Se evidencia una mejora en el cumplimiento global de los estándares de habilitación. La Política de la Seguridad del paciente es evaluada a través de dos metodologías. La primera consistente en la aplicación de la herramienta para la evaluación de la estrategia de lavado de manos, el resultado obtenido fue de nivel inadecuado,

requiriéndose trabajar los criterios de retroalimentación y evaluación, recordatorios en el lugar.

Tabla No. 181

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S Pontezuela

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	NE							
2015	25	25	20	20	0	90	0-125 INADECUADO	

Nota: En el Periodo 2014 el C.S no fue evaluado en lavado de manos.

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consiste en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 18%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se socializa con el recurso humano pero no se ha evaluado su adherencia.

SEDE No. 34 PUESTO DE SALUD ISLOTE SAN BERNARDO: Ubicado en la zona insular, Islote San Bernardo, con código de habilitación 1300100871-39, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 463. El acceso limitado desde Cartagena, está más cercano a otro departamento. El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), odontología general (334), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Sur, Nodo B, categorizado como centro tipo.

SEDE No. 35 PUESTO DE SALUD MANZANILLO.

Ubicado en la zona rural, Corregimiento de Manzanillo del Mar Transv. 52A-5, con código de habilitación 1300100871-41, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 522. El acceso es limitado debido a pobre transporte público, aunque tiene

buenas vías de acceso. El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), psicología (344), odontología general (334), toma de muestras (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Norte, Nodo A, categorizado como centro tipo A. Se disminuye el portafolio, el servicio de psicología no se prestaría con esta denominación.

SEDE No. 36 CENTRO DE SALUD DANIEL LEMAITRE.

Ubicado en la zona urbana, Barrio Daniel Lemaitre Cra. 69 14-99, con código de habilitación 1300100871-42, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 7688. Cuenta con vías de acceso y servicio de transporte público permanente. Está funcionando en una sede de contingencia ya que el Distrito está interviniendo la sede No se tiene fecha de entrega.

Se ubica a 14 minutos de la sede administrativa.

El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), odontología general (334), psicología (344), toma de muestras de laboratorio (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pretest – postest para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo A, categorizado como centro tipo A. Con esta denominación se disminuye el portafolio de servicios y no se prestara psicología.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No. 182

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S Daniel Lemaitre Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	0	N.A	100	67	67	N.A	64	100	0	63	100	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	0	N.A	67	91	91	56	100	100	0	63	100	50	N.A

CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	67	N.A	67	100	100	57	29	33	67	80	100	N.A	N.A
VACUNACION	100	67	N.A	60	100	100	64	64	67	100	92	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	0	N.A	0	100	0	86	57	100	100	100	0	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	100	N.A	0	100	100	0	0	100	100	100	0	0	0
P Y P MEDICO	100	67	N.A	100	100	50	86	43	33	33	63	100	N.A	N.A
PSICOLOGIA	N.A	0	N.A	0	N.A	100	N.A	100	N.A	100	N.A	88	N.A	100

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No 183

**Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación global
C.S Daniel Lemaitre**

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	66,00	34,00	55,17	44,83
ODONTOLOGICA	65,71	34,29	51,14	34,57
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	61,67	38,33	71,67	28,33
VACUNACION	70,50	29,50	81,83	18,17
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	81,00	19,00	26,17	73,83
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	57,14	42,86	42,86	57,14
P Y P MEDICO	63,67	36,33	65,50	34,50
PSICOLOGIA	0,00	0,00	69,71	30,43
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	66,53	33,47	66,29	45,97

Fuente: instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCl Año 2016 y 2017 I semestre

Se mantiene el cumplimiento de los estándares de habilitación.

La Política de la Seguridad del paciente es evaluada a través de dos metodologías. La primera consistente en la aplicación de la herramienta para la evaluación de la estrategia de lavado de manos. Los resultados obtenidos fueron:

Tabla No. 184

**Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S Daniel Lemaitre**

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	40	10	0	5	5	60	0-125 INADECUADO	
2015	55	55	72,5	42,5	20	245	126-250 BASICO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

Los resultados obtenidos aunque muestran una mejora en la implementación de la estrategia, se mantienen paso de nivel inadecuado a básico.

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consiste en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 12%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se socializa con el recurso humano pero no se ha evaluado su adherencia.

SEDE No. 37 CENTRO DE SALUD BOSTON.

Ubicado en la zona urbana, Barrio Boston calle 1ra de las Flores, con código de habilitación 1300100871-44, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 11283. Cuenta con vías de acceso y servicio de transporte público permanente. La infraestructura no cumple. El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331) tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pretest-postest para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención desaparece.

SEDE No. 38 CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO.

Ubicado en la zona urbana, Barrio San Francisco Manzana 1 Lote 3, con código de Cuenta con vías de acceso y servicio de transporte público permanente. El portafolio de servicios que ofertara habilitación 1300100871-45, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 13704. Cuenta con vías de acceso y servicio de transporte público permanente.

Se ubica a 15 minutos aproximadamente de la sede Administrativa.

El portafolio de esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), odontología general (334), toma de muestras de laboratorio (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal

(917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo A, categorizado como centro tipo A.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No. 185

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S San Francisco Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERD EP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	70	100	33	100	67	N.A	N.A	90	100	90	78	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	100	67	67	100	82	100	36	100	100	100	78	0	0
CONSULTA PROMOCION Y PREVENICION	100	90	90	67	90	100	57	43	33	33	90	90	N.A	N.A
VACUNACION	100	100	100	80	100	100	91	90	100	33	100	91	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	90	100	0	0	100	43	0	100	100	0	0	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	100	100	0	100	100	100	100	100	0	90	0	0	100
P Y P MEDICO	100	90	67	67	100	50	61	29	33	33	80	90	N.A	N.A

Nota: Se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No 186

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.S San Francisco

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	96,00	4,00	69,60	30,40
ODONTOLOGICA	81,00	19,00	66,14	33,86
CONSULTA PROMOCION Y PREVENICION	75,00	25,00	70,50	29,50
VACUNACION	98,50	1,50	82,33	17,67
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	57,17	42,83	59,83	40,17
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	84,29	15,71	57,14	42,86
P Y P MEDICO	73,50	26,50	59,83	40,17
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	80,78	19,22	66,48	33,52

Fuente: instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCl Año 2016 y 2017 I semestre

No se mantiene el cumplimiento de los estándares de habilitación.

La Política de la Seguridad del paciente es evaluada a través de dos metodologías. La primera consistente en la aplicación de la herramienta para la evaluación de la estrategia de lavado de manos, el resultado obtenido fue de nivel básico, requiriéndose trabajar los criterios de retroalimentación y evaluación y cambio del sistema.

Tabla No. 187

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S San Francisco

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	NE							
2015	20	55	20	42,5	20	157,5	126-250 BASICO	

Nota: En el Periodo 2014 el C.S no fue evaluado en lavado de manos.

Fuente: instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consiste en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 38%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se socializa con el recurso humano pero no se ha evaluado su adherencia.

SEDE No. 39 PUESTO DE SALUD TIERRA BOMBA.

Ubicado en la zona insular, Corregimiento de Tierra Bomba, con código de habilitación 1300100871-37, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 2125. El acceso es limitado, aunque tiene buenas vías de acceso. Se ubica a 6km de Cartagena, en la zona insular.

El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), psicología (344), odontología general (334), toma de muestras (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para

pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Norte, Nodo B, categorizado como centro tipo A. Se disminuye el portafolio, el servicio de psicología no se prestaría con esta denominación.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No 188

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación C.S Tierra Bomba Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	90	80	60	100	85	N.A	70	66	75	100	80	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	90	80	70	100	90	100	80	100	70	100	80	0	60
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	70	70	60	100	90	86	85	33	70	100	80	N.A	N.A
VACUNACION	100	90	80	60	100	90	91	90	100	90	100	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	70	0	60	0	80	57	75	100	80	0	90	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	80	100	80	100	90	100	100	100	90	100	90	0	0
P Y P MEDICO	100	90	80	60	100	85	N.A	70	66	75	100	80	N.A	N.A
PSICOLOGIA	¹ 00	0	80	80	100	90	N.A	N.A	100	80	100	100	N.A	N.A

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No.189

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.S Tierra Bomba

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	89,20	10,80	76,67	23,33
ODONTOLOGICA	82,86	17,14	77,14	22,86
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	81,50	18,50	75,83	24,17
VACUNACION	89,20	10,80	86,67	13,33
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	42,83	57,17	75,83	24,17
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	85,71	14,29	75,71	24,29
P Y P MEDICO	89,20	10,80	76,67	23,33
PSICOLOGIA	96,00	4,00	70,00	30,00
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	82,06	17,94	76,82	23,18

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

No se garantiza el mantenimiento de en los cumplimientos de los requisitos de habilitación.

La Política de la Seguridad del paciente es evaluada a través de dos metodologías. La primera consistente en la aplicación de la herramienta para la evaluación de la estrategia de lavado de manos, el resultado obtenido fue de nivel inadecuado, requiriéndose trabajar los criterios de retroalimentación y evaluación, recordatorios en el lugar.

Tabla No.190

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S Tierra Bomba

CENTRO DE ATENCIÓN	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACIÓN Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACIÓN	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	NE							
2015	25	60	10	0	25	120	0-125 INADECUADO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consiste en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 18%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se socializa con el recurso humano pero no se ha evaluado su adherencia.

SEDE No. 40 PUESTO DE SALUD PUERTO REY.

Ubicado en la zona rural, Corregimiento de Puerto Rey, con código de habilitación 1300100871-47, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 795. El acceso es limitado debido a falta de transporte público, y mala vía de acceso.

Se encuentra a 36 minutos aproximadamente de la sede administrativa.

El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), psicología (344), odontología general (334), toma de muestras (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las

actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-pos test para Pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Norte, Nodo A, categorizado como centro tipo A. Se disminuye el portafolio, el servicio de psicología no se prestaría con esta denominación.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No. 191

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S Puerto Rey Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	100	N.A	67	67	67	100	100	100	100	78	100	N.A	N.A
ODONTOLOGICA	100	100	N.A	67	67	100	100	100	100	100	78	100	50	N.A
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	100	100	N.A	67	100	50	43	86	33	100	90	78	N.A	N.A
VACUNACION	100	100	N.A	60	83	100	67	100	100	100	100	92	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	0	100	N.A	0	100	100	57	86	100	100	0	0	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	0	100	N.A	0	100	100	100	100	100	100	0	100	0	100
P Y P MEDICO	100	67	N.A	100	50	50	57	71	67	33	90	90	N.A	N.A
PSICOLOGIA	N.E	100	N.E	100	N.E	100	N.E	100	N.E	0	N.E	100	N.E	N.A

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No. 192

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.S Puerto Rey

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	89,00	11,00	89,00	11,00
ODONTOLOGICA	82,50	17,50	94,50	5,50
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	73,20	26,80	96,20	23,80
VACUNACION	90,00	10,00	110,40	9,60
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	51,40	48,60	77,20	42,80
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	50,00	50,00	85,71	14,29
P Y P MEDICO	70,80	29,20	68,50	31,50
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	72,41	27,59	88,11	19,39

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

Se evidencia el mejoramiento como resultado del mejoramiento de los estándares de habilitación.

La Política de la Seguridad del paciente es evaluada a través de dos metodologías. La primera consistente en la aplicación de la herramienta para la evaluación de la estrategia de lavado de manos, el resultado obtenido fue de nivel inadecuado, requiriéndose trabajar los criterios de retroalimentación y evaluación, clima organizacional.

Tabla No. 193

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
Centro de salud Puerto Rey

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	NE							
2015	30	25	20	27,5	5	107,5	0-125 INADECUADO	

Fuente: instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos).

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consiste en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 22%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se socializa con el recurso humano pero no se ha evaluado su adherencia.

SEDE No. 41 CENTRO DE SALUD NUEVO PORVENIR.

Ubicado en la zona urbana, Barrio Nuevo Porvenir Diagonal 34 C Manzana Lote 1, con código de habilitación 1300100871-49, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 35546. Cuenta con vías de acceso y servicio de transporte público permanente. Con problemas sociales, pandillas que generan inconvenientes. Se tiene jornada continua.

Se encuentra a 25 minutos aproximadamente de la sede Administrativa.

El portafolio de servicios que ofertara esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), odontología general (334), psicología (344), toma de

muestras de laboratorio (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Centro, Nodo A, categorizado como centro tipo A.

Componente habilitación según Resolución 2003 de 2014

Tabla No 194

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación por servicio C.S Nuevo Porvenir 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	0	100	67	67	67	33	100	100	0	100	78	89	0	N.A
ODONTOLOGICA	100	70	100	100	73	82	82	36	0	100	78	89	0	50
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	67	60	100	67	50	50	71	86	67	67	70	90	N.A	N.A
VACUNACION	67	100	60	80	100	100	100	80	100	67	100	82	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	0	100	0	100	0	100	0	86	0	67	0	75	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	100	100	100	100
P Y P MEDICO	67	100	100	67	50	50	71	83	67	67	70	90	N.A	N.A
PSICOLOGIA	N.A	0	N.A	100	N.A	100	N.A	100	N.A	0	N.A	100	N.A	N.A

Nota: se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Tabla No. 195

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio C.S Nuevo Porvenir

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	44,57	55,43	81,50	18,50
ODONTOLOGICA	61,86	38,14	75,29	24,71
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	54,29	45,71	70,00	30,00
VACUNACION	87,83	12,17	84,83	15,17
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	0,00	0,00	88,00	12,00
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	100,00	0,00	85,71	14,29
P Y P MEDICO	70,83	29,17	76,17	23,83
PSICOLOGIA	0,00	0,00	66,67	33,33
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	69,90	30,10	78,52	21,48

Fuente: instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

Se evidencia la mejora en los estándares, en los servicios en el incremento de la calificación global de los servicios ofertados del 2016 a 2017.

La Política de la Seguridad del paciente es evaluada a través de dos metodologías. La primera consistente en la aplicación de la herramienta para la evaluación de la estrategia de lavado de manos, el resultado obtenido fue de nivel inadecuado, requiriéndose trabajar los criterios de retroalimentación y evaluación y formación y aprendizaje.

Tabla No. 196

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015
C.S Nuevo Porvenir

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	NE							
2015	30	5	15	45	30	125	0-125 INADECUADO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consiste en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Referente a la Política de Humanización, tiene un cumplimiento del 35%, tiene publicado los deberes y derechos en sala de espera, se socializa con el recurso humano pero no se ha evaluado su adherencia.

SEDE No. 42 PUESTO DE SALUD TIERRA BAJA.

Ubicado en la zona rural, Corregimiento de Tierra Baja, con código de habilitación 1300100871-60, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 845. El acceso es limitado debido a poco de transporte público, y regular vía de acceso. El portafolio de servicios que oferta esta sede es el siguiente: enfermería (312), medicina general (331), psicología (344), odontología general (334), toma de muestras (712), tamización cáncer de cuello uterino (741), crecimiento y desarrollo (909), desarrollo del joven (910), embarazo (911), adulto mayor (912), cáncer de cuello uterino (913), cáncer de seno (914), agudeza visual (915), vacunación (916), atención preventiva en salud

bucal (917) y planificación familiar. Dentro de las actividades de promoción de la salud se tiene asesoría pre test-post test para pruebas diagnósticas de VIH, consulta y control por médico general o enfermería para pacientes con TB y Lepra. En el documento Red este centro de atención pertenece a la Sub red Norte, Nodo A, categorizado como centro tipo A. Se disminuye el portafolio, el servicio de psicología no se prestaría con esta denominación.

SEDE No. 43 CENTRO DE SALUD CON CAMA NELSON MANDELA

Actualmente cerrado por el DADIS debido a problemas jurídicos y de orden público.

SEDE No. 44 CENTRO DE SALUD NELSON MANDELA

Ubicado en la zona urbana, Barrio Nelson Mandela Sector San Bernardo Mz. E Lote 22, con código de habilitación 1300100871-61, con una población usuaria a fecha de 30 de junio de 24714. La ubicación de este centro es de difícil acceso, cuenta con vías en mal estado y con servicio de transporte público es limitado. Existen problemas con las pandillas, lo cual ha generado la programación de la atención en horario continuo.

Por contingencia se están prestando los servicios del Centro de salud con cama Nelson Mandela.

Se ubica a 37 minutos aproximadamente de la sede Administrativa.

El servicio de urgencias se presta en el primer piso, el acceso al servicio es amplio, cuenta con acceso para discapacitados. La infraestructura física está en regulares condiciones, le hace falta mantenimiento de pintura internamente y en la fachada. La iluminación de los diferentes ambientes es adecuada, aunque algunas lámparas requieren ser cambiadas. No obstante contar con acondicionadores de aire, en la actualidad no funciona adecuadamente; lo que no permite trabajar en buenas condiciones de temperatura, el calor se convierte en un elemento que dificulta la atención de los pacientes. La sede dispone de una planta eléctrica con capacidad para todos los servicios, no tiene suficiente capacidad, solo funcionan las luces, ventiladores, equipos, computadores e impresoras, no tiene capacidad para los aires acondicionados. La dotación de equipos existente es básica pero deben ser renovados por vencimiento de la vida útil. La disponibilidad de materiales e insumos para prestar el servicio es permanente, ocasionalmente pueden faltar en periodos cortos. La dotación de medicamentos es regular, estos se encuentran dispuestos para la prestación del servicio, cumpliendo con la normatividad y de acuerdo a la complejidad del servicio ofertado. Actualmente el servicio de urgencias se presta con suficiencia a todos y cada uno de los usuarios que lo consultan, no existen significativas dificultades para la operatividad del servicio, en general se dispone de los elementos y condiciones

necesarias para la prestación del mismo, se deduce entonces que el proceso se desarrolla sin mayores traumatismos.

Tabla No.197

Relación comparativa de la producción porcentual de urgencias en el CSCC de Nelson Mandela entre los años 2011-2017

CENTRO/ AÑO	URGENCIAS			PROCEDIMIENTOS MENORES			OBSERVACIÓN		
	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util	Capc	Prodc	% Util
2011	25920	8707	33,59%	2880	337	11,70%	60480	411	0,68%
2012	25920	6695	25,83%	2880	481	16,70%	60480	344	0,57%
2013	25920	10138	39,11%	2880	610	21,18%	60480	241	0,40%
2014	25920	16770	64,70%	2880	604	20,97%	60480	938	1,55%
2015	25920	4926	19,00%	2880	197	6,84%	60480	567	0,94%
2016	25920	4503	17,37%	2880	389	13,51%	60480	813	1,34%
2017	25920	3797	14,65%	2880	394	13,68%	60480	1181	1,95%

Fuente: Subgerencia Científica

La capacidad instalada potencial puede generar un registro asistencial de 25.920 consultas de urgencias año, si analizamos la producción anual, se evidencia que el año que más consultas de urgencias se prestaron en esta sede fue en el 2014 con un total de 16.770 pacientes atendidos, los cuales representan el 64,70% de la oferta de nuestra empresa para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 938 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 60.480 pacientes en este centro de atención que corresponden al 1,55% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 604 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 20,97% de la capacidad instalada para los procedimientos menores.

Para el año 2011 fueron atendidos en el servicio de urgencias 8.707 pacientes, lo que representa un 33,59% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 411 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 60.480 pacientes en este centro de atención. Estos 411 pacientes corresponden al 0,68% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 337 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 11,70% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Nelson Mandela.

Para el año 2012 fueron atendidos en el servicio de urgencias 6.695 pacientes, lo que representa un 25,83% de la capacidad instalada para ese año. Del total de pacientes atendidos fueron observados 344 pacientes, la empresa está en capacidad de observar

cada año 60.480 pacientes en este centro de atención. Estos 344 pacientes corresponden al 0,57% de nuestra capacidad instalada ofertada. Durante este mismo periodo se realizaron 481 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 16,70% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Nelson Mandela.

Para el año 2013 fueron atendidos en el servicio de urgencias 10.138 pacientes, lo que representa un 39,11% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 241 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 60.480 pacientes en este centro de atención. Estos 241 pacientes corresponden al 0,40% de nuestra capacidad instalada ofertada. Durante este mismo periodo se realizaron 610 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 21,18% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Nelson Mandela.

Para el año 2015 fueron atendidos en el servicio de urgencias 4.926 pacientes, lo que representa un 19% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 567 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 60.480 pacientes en este centro de atención. Estos 567 pacientes corresponden al 0,94% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 197 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 6,84% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Nelson Mandela.

Para el año 2016 fueron atendidos en el servicio de urgencias 4.503 pacientes, lo que representa un 17,37% de la capacidad instalada para ese periodo. Del total de pacientes atendidos fueron observados 813 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 60.480 pacientes en este centro de atención. Estos 813 pacientes corresponden al 1,34% de nuestra capacidad instalada ofertada. Durante este mismo periodo se realizaron 389 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro, esto nos arroja que se realizó el 13,51% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Nelson Mandela.

Para el año 2017, con corte a junio 30 han sido atendidos en el servicio de urgencias 3.797 pacientes, lo que representa un 14,65% de la capacidad instalada para este periodo; si se toma en cuenta la producción promedio de los últimos 5 años, se tendrá que la producción para este año estará alrededor del 30% de la capacidad instalada. Del total de pacientes atendidos fueron observados 1.181 pacientes, la empresa está en capacidad de observar cada año 60.480 pacientes en este centro de atención. Estos 1.181 pacientes corresponden al 1,95% de nuestra capacidad instalada ofertada; Durante este mismo periodo se realizaron 394 procedimientos menores. La empresa está en capacidad de realizar 2.880 procedimientos menores por año en este centro,

esto nos arroja que se ha realizado el 13,68% de la capacidad instalada para los procedimientos menores en el CSCC de Nelson Mandela.

La consulta externa: Las áreas pertenecientes a la consulta externa están distribuidas de la siguiente manera: En el primer piso se encuentra ubicada la asignación de cita y facturación en un área cerrada con aire acondicionado el cual necesita mantenimiento, los pacientes que solicitan la cita en el exterior de la institución protegidos por una carpa de las inclemencias del sol y de la lluvia, en el segundo piso al cual se accede a través de una escalera únicamente, ya que no hay rampa ni ascensor para la población en condición de discapacidad, se ubica la sala de espera con los 3 consultorios los cuales cuentan con su aire acondicionado, brindando un ambiente confortable para la atención, tanto en los consultorios como en las demás áreas, la iluminación es adecuada.

El Centro de Salud de Nelson Mandela en el año 2015, 2016 y 2017 ha contado con una disponibilidad de consultorios médicos de 3 para la atención de la población asignada por georreferenciación, lo cual corresponde al 4.4 % del total de los consultorios de la institución.

En cuanto al recurso humano el centro de salud en el 2015 prestó el servicio con 3 médicos de 8 horas lo que equivale a 24 horas médicas, correspondiendo al 4.7 % de las horas médicas de la institución, se disminuyó la intensidad horaria en el 2016 a 2.5 médicos, correspondiente al 3.9% de la oferta médica de la institución, Teniendo la capacidad de producir 21120 consultas al año.

Tabla No.198

Relación del recurso humano del servicio de consulta externa en el centro de salud con cama de Nelson Mandela 2017

CARGO	CANTIDAD	VINCULACION	%
Auxiliar de cita	1	Misión	
Auxiliar de archivo	2	Misión	
Medico 8 Hora	2.5	Misión	

Fuente: Coordinación de Consulta externa

El recurso humano del servicio de consulta externa, en estos momentos lo componen además del personal médico, una (1) auxiliar de citas, un (2) auxiliar de archivo, dos punto cinco (2.5) médico de ocho horas correspondiente a 20 horas médicas, pudiendo generar 10560 consultas en el primer semestre del año en curso.

El Horario de atención de la Consulta Externa es de 7 am. A 4 pm.

Tabla No.199

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta externa del centro de salud con cama de Nelson Mandela, años 2015, 2016 y 2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2015	25344	16921	66.76 %
2016	21120	170705535	80.82 %
2017(Enero a Junio)	10560	8318	78.76 %

Fuente: Coordinación de Consulta externa

La capacidad de producción del centro en el período del 2015 fue de 25344 con un porcentaje de producción del 66.76 %, atribuible a la sobre oferta que se instaló Por la dificultad de conseguir medico de 4 horas ya que se reúsan a laborar en la zona solo por 4 horas, motivo por el cual se tuvo la necesidad de sobre ofertar el servicio contratando 3 médicos de 8 horas, para el 2016 se estableció la estrategia de compartir un médicos de 8 horas con otro centro, los cuales iría solo 3 días a la semana, logrando así, ajustar la oferta a 20 horas diarias, aumentando de esta forma el porcentaje de producción a 80.82% en este año, y para el primer semestre del 2017 en 78.76%

El servicio promoción y prevención del centro de salud con camas de NELSON MANDELA ofrece los programas de vacunación, control de crecimiento y desarrollo por médico y enfermería, detección precoz de las alteraciones del joven, atención de enfermedades de interés en salud pública por médico y enfermera, detección precoz del cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, planificación familiar y salud visual, programa de adulto mayor. Los cuales se encuentras ubicados en el primer piso de la institución, cuenta con las siguientes áreas.

El servicio de promoción y prevención cuenta con un médico general, una Enfermera jefe, y una auxiliar de enfermería.

Así mismo disponen de una sala de espera con muy poca iluminación y ventilación deficiente. No se observan ventanas que aireen el lugar, 1 aire acondicionado, 2 consultorios para la prestación de los servicios del médico y la enfermera, además, un área en la planta baja para la asignación de citas a los usuarios de los diferentes programas de Promoción y Prevención; no se cuenta con unidad sanitaria para los usuarios discriminada por sexo; ni para pacientes con movilidad reducida.

Los consultorios del médico y de la enfermera Jefe, se evidencian con dimensiones reducidas. Se observa un área para entrevista y otra para examen, sin embargo, éstas no se encuentran diferenciadas con una barrera fija.

Tabla No. 200

Relación del recurso humano del servicio de promoción y prevención en el Hospital de Nelson Mandela- año 2017

DESCRIPCION	CANTIDAD	HORAS
MEDICO DE P Y P	1	8
ENFERMERA JEFE DE P Y P	1	8
AUXILIAR DE VACUNACION	1	8
AUXILIAR DE ENFERMERIA	1	8

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

Tabla No.201

Relación comparativa de la producción porcentual de promoción y prevención en el Hospital de Nelson Mandela entre los años 2014-2017

AÑO / PROGRAMA	C Y D	CCU	CPN	PLANIFICACION	ADULTO	JOVEN	VACUNACION
2014 PRODUCCION	1959	913	440	180	20	95	827
2015 PRODUCCION	5446	885	297	569	86	513	3704
2016 PRODUCCION	5435	724	336	658	204	759	3901
2017 PRODUCCION	2351	774	218	366	203	696	2369

Fuente: Coordinación de Promoción y Prevención

Los datos registrados en la tabla anterior nos permiten inferir múltiples situaciones que se vienen presentando en el desarrollo de los diferentes programas de promoción y prevención, los cuales se detallan a continuación:

Programa de crecimiento y desarrollo:

La población estimada en consultas de crecimiento y desarrollo durante los años 2014 al 2017 muestran una meta de cumplimiento por encima de lo estimado en cada uno de estos periodos, por encima del 100%. En el primer semestre de 2017 se realizaron 2351 consultas arrojando un cumplimiento del 172%; Este cumplimiento se debe principalmente al programa nacional "FAMILIAS EN ACCION" quien obliga a todos los niños a cumplir con esta estrategia.

Programa del adulto mayor:

El porcentaje de cumplimiento para este programa en los periodos correspondientes a los años 2014, 2015 y 2016 fue aproximadamente del 11%, sin embargo para el primer semestre del 2017 tuvo un rendimiento del 20%.

Citologías vaginales:

La realización de citologías vaginales ha tenido un comportamiento irregular mostrando un 18% de cumplimiento para el año 2014, luego en el año 2015 y 2016 cumplió con un 20%, En el primer semestre de 2017 se realizaron 774 citologías arrojando un cumplimiento 24% se espera que para terminar el año el rendimiento de este programa aumente.

Planificación familiar:

La producción en este programa en el primer semestre de 2017 es del 5% donde se realizaron 366 atenciones.

Salud Mental:

Se presta en el segundo piso del centro de salud. En lo que a la infraestructura se refiere el consultorio cuenta con un baño interno que es usado además como almacenamiento de algunos insumos y archivo de documentos. Los sistemas de ventilación e iluminación son adecuados, las paredes demuestran falta de mantenimiento y pintura.

Al interior del consultorio existen unas vitrinas en las que se almacenan material educativo y algunos insumos y medicamentos, lo que hace que constantemente interrumpen la consulta para retirar papelería o insumos.

En este centro se inició con la prestación del servicio el día 15 de Julio, razón por la que la producción no es muy significativa en comparación con el resto de los centros, sin embargo es de mencionar que desde el centro y la coordinación del programa, se han establecido acciones y actividades con la comunidad a fin de aumentar el flujo de pacientes al servicio de psicología.

Tabla No. 202

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta por psicología en el centro de salud con camas de Nelson Mandela entre los años 2011-2017

AÑO	CAPACIDAD DE PRODUCCION	NUMERO DE CONSULTA REALIZADAS	%
2017 (15 de Julio – 30 Agosto)	84	62	73%

Fuente: Coordinación Salud mental

El talento humano asignado para este centro es de una psicóloga quien asiste 4 horas semanales los días sábados y atiende 12 pacientes por día, lo que representa 48 pacientes mensuales y en la proyección de productividad anual está en capacidad para atender hasta 576 pacientes al año.

Los servicios de Salud Oral se prestan en el segundo piso, la infraestructura con la que cuenta está deteriorada, le falta mantenimiento en techo y paredes, la iluminación es deficiente, unidades odontológicas con vencimiento de su vida útil, cuenta con un aire acondicionado mini Split en buenas condiciones pero no es suficiente para mantener en todo el consultorio una temperatura confortable, se haría necesario instalar un segundo aire mini split.

Se dispone de un consultorio con dos unidades odontológicas, dos turnos de atención, el primero de 7am a 11 am, el segundo de 11am a 3 pm. Estos están dotados con equipo de cómputo e impresora externa al consultorio los cuales se encuentran dañados por lo cual el ingreso de la historia clínica se dificulta y se realizan las remisiones de manera manual.

Cuenta con la mayoría de los equipos biomédico necesarios para la prestación del servicio de salud oral pero deteriorados, no cuenta con equipo de radiografía periapical.

Tabla No.203

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica primera vez en centro de salud de Nelson Mandela entre los años 2011-2017.

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas Primera vez	880	2486	3645	3139	2054	3283	1282
Capacidad de producción	12672	12672	12672	12672	12672	12672	6336
% cumplimiento	6,9%	19,6%	28,8%	24,8%	16,2%	25,9%	20,2%

Fuente: Área de Sistema-Coordinación Salud oral.

Análisis de indicadores de productividad, capacidad instalada, oportunidad.

El Talento humano está compuesto por 4 odontólogos generales de 4 horas diarias distribuidos dos por cada turno anteriormente descrito, y dos auxiliares de consultorio de 8 horas diaria; la atención de los usuarios se realiza cada 20 minutos, es decir se atienden 3 pacientes por hora.

El centro de salud está ubicado en una zona vulnerable, de difícil acceso, y susceptible a eventos peligrosos (atracos) para los usuarios como para el personal que labora en él.

La Capacidad instalada de CSCC de Nelson Mandela para el 2017 esta para 48 consultas diarias por 22 días laborales generando 1056 consultas mensuales, y 12672 consultas anuales. Sin embargo se puede ver alterada por los constantes problemas de suspensión de servicios públicos como agua y energía eléctrica, así como por las capacitaciones a nuestro talento Humano.

Tabla No. 204

Relación comparativa de la producción porcentual de la consulta odontológica en centro de salud de Nelson Mandela entre los años 2011-2017

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas odontológicas	1287	5831	7921	9616	8861	9454	5040
Capacidad de producción	12672	12672	12672	12672	12672	12672	6336
% cumplimiento	10,20%	46,00%	62,50%	75,90%	69,90%	74,60%	79,50%

Fuente: Coordinación Salud Oral

A pesar de que tiene gran demanda en el servicio, la dificultad de acceder al centro y los problemas de inseguridad acompañado con los problemas de software dificultan el cumplimiento en la capacidad de producción como se evidencia en los porcentajes que en ningún año alcanza el 80%.

Tabla No.205

Comparativo de cumplimiento de estándares de habilitación pro servicio Nelson Mandela Años 2016-2017

SERVICIO	R H		INFR		DOTACION		INS Y MED		PROC PRIO		HSIT		INTERDEP	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
CONSULTA EXTERNA	100	100	100	67	67	67	N.A	100	100	100	78	100	N.A	0
ODONTOLOGICA	100	0	67	100	73	91	91	100	100	100	78	100	0	0
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	67	100	100	100	50	50	86	86	33	67	70	80	N.A	N.A
VACUNACION	33	67	60	40	100	100	100	100	100	100	100	100	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	100	100	0	100	100	100	86	100	100	100	0	0	N.A	N.A
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	0	0	100	100	100	100	100	100	100	0	100	0	100	0
URGENCIAS	NA	0	NA	0	NA	50	NA	100	NA	20	NA	89	NA	0
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	NA	80	NA	70	NA	90	NA	90	NA	90	NA	90	NA	N.A
FARMACIA	100	80	100	80	100	90	100	90	100	90	89	90	N.A	N.A
P Y P MEDICO	67	67	100	100	50	50	86	100	33	67	70	90	N.A	N.A

Fuente: Coordinación de Calidad

Nota: Se identifica como 1 el año 2016 y 2 el año 2017.

Componente habilitación según Resolución 2003de 2014

Tabla No.206

Comparativo de cumplimiento global de estándares de habilitación por servicio Nelson Mandela

SERVICIO	2016		2017	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	89,00	11,00	87,17	12,83
ODONTOLOGICA	72,71	27,29	70,14	29,86
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	67,67	32,33	80,50	19,50
VACUNACION	82,17	17,83	84,50	15,50
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	64,33	35,67	83,33	16,67
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	85,71	14,29	42,86	57,14
URGENCIAS	0,00	0,00	45,57	75,71
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	0,00	0,00	85,00	15,00
FARMACIA	84,14	15,86	86,67	13,33
P Y P MEDICO	67,67	32,33	79,00	21,00
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	76,68	23,32	74,47	27,65

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2016 y 2017 I semestre

Se evidencia una ligera disminución en el cumplimiento global de habilitación, pasando de 76% a 74%, al nuevo servicio ofertado de urgencias, el cual no cumple en estándar de talento humano y procesos prioritarios. Debido a los problemas de inseguridad, la oferta de recurso humano es escasa.

La primera metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente consiste en la aplicación de la herramienta de la OMS sobre la evaluación de la estrategia de lavado de manos. Los resultados obtenidos aunque muestran una ligera mejora en la implementación de la estrategia, se mantienen en los dos años evaluados en el nivel básico.

Tabla No. 207

Comparativo de evaluación de lavado de manos según OMS Años 2014-2015 Nelson Mandela

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVA. Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
2014	45	30	75	25	9	184	126-250 BASICO	
	45	30	75	25	9	184	126-250 BASICO	
	45	30	75	25	9	184	126-250 BASICO	

2015	50	60	30	45	10	195	126-250 BASICO	
	50	60	30	45	10	195	126-250 BASICO	

Fuente: Instrumentos de auditoría interna (instrumento OMS para evaluación de estrategia de lavado de manos)

La segunda metodología para la evaluación de la Política de Seguridad del paciente, la cual se implementó para el año 2017, consistente en aplicar la Lista de chequeo para las buenas prácticas de Seguridad del paciente obligatorias en el Sistema único de Habilitación de forma global y de manera particular, la evaluación de procesos seguros por cada servicio, a la fecha de corte de este informe no se ha realizado en este centro de atención.

Infraestructura

Este centro de salud se encuentra en una condición de alquiler, por esta razón las intervenciones integrales y/o generales a la infraestructura no se pueden realizar a menos que el dueño del inmueble acepte la intervención por su cuenta y/o concertadas con la ESEHLCI, por lo tanto a este centro solo se le pueden realizar mantenimientos preventivos y correctivos, ejemplo: reparaciones puntuales de cielo raso, cubiertas, muros, pisos, eléctricas e hidrosanitarias.

El centro cuenta con unas debilidades, como su difícil acceso ya que las vías de penetración al centro están en mal estado, este centro y su entorno bastante inseguro tanto para los usuarios y colaboradores.

Facturación

Facturación Urgencia

El área de facturación del servicio de urgencia, se encuentra en una ubicación nada estratégica para poder visualizar el ingreso del paciente como garantía de su admisión inicial a la atención o dado de alta, ya que se encuentra en un pasillo interno del servicio.

El área locativa de facturación carece de una buena ventilación debido a que no posee Aire Acondicionado, solo un ventilador, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 24 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Facturación Consulta Externa

El área de facturación en el servicio de consulta externa se encuentra en un espacio adecuado locativamente para poder ejercer la función con visibilidad al ingreso o solicitud del usuario de su cita programada, ya que se encuentra en la parte externa baja del centro. Cuenta con una protección locativa hacia las agresiones de los usuarios o familiares que son objeto los facturadores, el equipo de cómputo se encuentra en regular estado, hay que tener en cuenta que estos funcionan las 8 horas del día durante todo el año, la impresora se encuentra en regular estado, cuando no permanece dañada, no tiene medio de comunicación telefónica para ejercer sus funciones de verificación de derechos y solicitud de autorizaciones antes las diferentes EPSS y EPSC, permanente fluctuación de la conectividad y del software, el talento humano no es calificado totalmente, son personas que sean adiestrado en el hacer del proceso de facturación.

Los servicios prestados facturados por la modalidad de evento en este centro con cama son enviados al centro de acopio designado por georreferencia, correspondiéndole a la sede administrativa, con la finalidad de realizar la revisión, correcciones en los casos que corresponda, RIPS, escanear los soportes y facturas, fotocopiado, armado de facturas con sus soportes y posteriormente su radicación ante las diferentes EPSS – EPSC, secretarías, aseguradoras, regímenes especiales, ya sea por correo certificado o presencialmente.

Los soportes para obtener los resultados son deficientes debido a la fluctuación del sistema de información generando elaboración manual de los documentos necesarios con el riesgo que no sean aportados al área de facturación, e igualmente por deficiencia en la responsabilidad asistencial de elaborar adecuadamente las historias clínicas o en su defecto los Triages, se realizan auditorías concurrentes en los servicios de urgencia y consulta externa, haciéndole seguimiento al proceso para detectar debilidades y tomar correctivos en el mismo centro con el coordinador o en su defecto la jefe del servicio.

El procedimiento de la recolección de recaudos no es soporte de esta área, pero igualmente el facturador es quien le corresponde realizar el cobro de los servicios prestados a los usuarios particulares o cuotas moderadoras correspondientes, encontrando que la mayor debilidad está representada en la custodia de los dineros recaudados hasta la entrega final a quien corresponda, causando esto un inconformismo entre los facturadores por no tener las condiciones necesarias de seguridad donde custodiar estos dineros. Por otra parte no está establecido un formato del estudio socio económico del solicitante del servicio cuando manifiesta libremente que no posee recursos para cancelar los servicios prestados, ejerciendo el facturador funciones de trabajador social y a la vez de ordenador de descuentos por estos servicios.

1.1.1.3.2 CAPACIDAD INSTALADA

Tabla No. 208

Cuadro 3. PSFF Oferta de Servicios según PFF

CUADRO 3. OFERTA DE SERVICIOS SEGÚN LA CAPACIDAD FÍSICA INSTALADA - ESE : ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS														
UNIDAD FUNCIONAL		CENTRO DE COSTOS	Año	INSTALACION FÍSICA		DISPONIBILIDAD (N° DE INSTALACIONES O UNIDADES)	HORAS DIARIAS DE ATENCIÓN POR INSTALACIÓN O UNIDAD	OFERTA POR HORA POR INSTALACIÓN O UNIDAD	OFERTA DISPONIBLE DIA TOTAL	N° DIAS AL MES DE ATENCIÓN POR INSTALACIÓN O UNIDAD	OFERTA DISPONIBLE MES	OFERTA DISPONIBLE AÑO		
COD	UNIDAD	CENTRO		COD	INSTALACION FÍSICA	N_INSTAL	HORAS_A TEN	OFERT_HO RAS	OFERTA_ DIA	N_DIAS_ A TE	OFERTA_ MES	OFERTA_ AÑO		
CODIGO	UNIDAD FUNCIONAL	CENTRO DE COSTOS	Año	COD_INSTALACION	INSTALACION FÍSICA	DISPONIBILIDAD (No.)	HORAS DIARIAS DE ATENCIÓN POR UNIDAD	OFERTA POR HORA POR UNIDAD	OFERTA DISPONIBLE DIA TOTAL	N° DIAS AL MES DE ATENCIÓN POR INSTALACIÓN O UNIDAD	OFERTA DISPONIBLE MES	OFERTA DISPONIBLE AÑO		
1	Urgencias	Consulta y procedimientos	2017	1.1.01	No. Consultorios de Triage	4,4			634		19.008	228.096		
			2017	1.1.02	No. Consultorios de Urgencias	20,6			989		29.664	355.968		
			2017	1.1.03	No. Salas de Yeso	0				0		0	0	
			2017	1.1.04	No. Salas de Reanimación	6				4		130	1.555	
			2017	1.1.05	No. Salas de Procedimientos Menores	6				108		3.240	38.880	
		Observación	2017	1.2.01	No. Salas de enfermedades respiratorias agudas - ERA	12				864		10.800	129.600	
			2017	1.2.02	No. Salas de Rehidratación Oral	0				0		0	0	
			2017	1.2.03	No. Camillas de Observación	87				856		25.682	308.189	
			2017	1.2.04	No. Salas Especiales	0				0		0	0	
		2	Servicios ambulatorios	Consulta externa y procedimientos	2017	2.1.01	No. Consultorios Médicos	69			2.220		47.624	571.488
				Actividades de promoción y prevención	2017	2.2.01	No. Consultorios Enfermería	51			1.368		27.204	326.448
					2017	2.2.02	No. Consultorios Múltiples	41,5				964		19.760
Otras actividades	2017			2.3.01	No. Consultorios Servicios de Apoyo	0				0		0	0	
Actividades de salud oral	2017			2.4.01	No. Consultorios Odontología	43,5				1.142		20.636	247.632	
Otras actividades Extramurales	2017			2.5.01	No. Consultorios Móviles y/o Equipos para actividades extramurales	0				0		0	0	

					s						
		Consulta especializada	2017	2.6.01	No. Consultorios Especializados	1,5		16		328	3.936
3	Hospitalización	Cuidados Intensivos	2017	3.1.01	No. Unidades cuidado intensivo pediátrico	0		0		0	0
			2017	3.1.02	No. Unidades cuidado intensivo adultos	0		0		0	0
		Cuidados Intermedios	2017	3.2.01	No. Unidades cuidado intermedio pediátrico	0		0		0	0
			2017	3.2.02	No. Unidades cuidado intermedio adultos	0		0		0	0
		Estancia General	2017	3.3.01	No. Camas General Adultos	0		0		0	0
			2017	3.3.02	No. Camas Pediatría	0		0		0	0
			2017	3.3.03	No. Camas Ginecobstetricia	0		0		0	0
		Recién Nacidos	2017	3.6.01	No. Unidades Recién Nacidos	0		0		0	0
Salud Mental	2017	3.7.01	No. Camas Salud Mental	0		0		0	0		
4	Quirófanos y Salas de Parto	Salas de Parto	2017	4.1.01	No. Salas de Parto	0		0		0	0
5	Apoyo Diagnóstico	Anatomía patológica	2017	5.1.01	No. Salas de toma de muestras citologías cervico-uterinas	0		0		0	0
		Imagenología	2017	5.2.01	No. Unidades de Radiología e imágenes diagnóstico	1		312		9.360	112.320
			2017	5.2.02	No. Unidades de Ultrasonido	0		0		0	0
			2017	5.2.03	No. Unidades de Radiologías Odontológicas	1		48		1.056	12.672
		Laboratorio Clínico	2017	5.3.01	Laboratorio clínico	3		9.120		273.600	3.283.200
			2017	5.3.02	No. Unidades de toma de muestras de laboratorio clínico	38		1.564		26.376	316.512
Otras Unidades de Apoyo Diagnóstico	2017	5.4.01	No. Otras Unidades	0		0		0	0		
6	Apoyo Terapéutico	Banco de componentes anatómicos	2017	6.1.01	Banco de componentes anatómicos	0		0		0	0

		Banco de sangre	2017	6.2.01	Banco de sangre	0			0		0	0
		Farmacia e insumos hospitalarios	2017	6.3.01	Farmacia	0			0		0	0
		Otras Unidades de apoyo terapéutico	2017	6.4.01	Otras unidades de apoyo terapéutico	0			0		0	0
		Unidad Hemodinamia	2017	6.7.01	No. Salas de diagnóstico cardiovascular, hemodinamia y Ecocardiografía	0			0		0	0
		Unidad Renal	2017	6.8.01	No. Unidades de diálisis renal	0			0		0	0
7	Servicios conexos a la salud	Medio Ambiente	2017	7.1.01	No. Unidades para visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	0			0		0	0
			2017	7.1.02	No. Salas para talleres colectivos -PIC-	0			0		0	0
		Otros Servicios	2017	7.2.01	No. Unidades Lactario -alimentación	0			0		0	0
			2017	7.2.02	No. Unidades Esterilización	0			0		0	0
		Servicios de Ambulancias	2017	7.3.01	No. Ambulancias para Transporte asistencial básico	0			0		0	0
			2017	7.3.02	No. Ambulancias para Transporte asistencial medicalizado	0			0		0	0

Fuente: Coordinación de calidad

Observaciones sobre diferencias entre cuadro 2 y 3 del PSFF

Los servicios resaltados en el anterior cuadro, presentan algunos errores, los cuales se detallan a continuación:

Servicio Farmacéutico. La información suministradas en los cuadros de las sedes 2 Hospital Canapote; sede 3 CSCC Nuevo Bosque; 4 CSCC Blas de Lezo; 5 CSCC Esperanza; 6 Hospital Arroz Barato; 7 CSCC Boquilla; 8 CSCC Olaya Herrera; 9 CSCC Bayunca; 12 CSCC Pasacaballos; 13 Hospital El Pozon; 14 CSCC Candelaria y 41 CSCC Nelson Mandela, cuenta con un local destinado al servicio farmacéutico (Farmacia), el cual presta un servicio de 8 horas diaria de lunes a viernes y de 8 a 12am el día sábado. Este servicio es atendido por un Tecnólogo en Regencia de Farmacia, durante todo el mes.

Servicio de Hospitalización: A pesar de que en la sede 6, en el cuadro tres, de producción, se consignaron los datos de los años 2.015 y 2016, los mismos no

aparecen reflejados en el cuadro consolidado número tres. Es importante tener en cuenta este dato al momento de realizar el análisis de la información del servicio de hospitalización; respecto a los datos correspondientes al año 2.017, los mismos no se registraron en el cuadro tres de producción, esto podría explicar por qué no se encuentra la información de este servicio en el cuadro consolidado tres.

Servicio de transporte asistencial básico y medicalizado de pacientes: La ESE Hospital Local Cartagena de Indias, oferta el servicio de transporte asistencial básico y medicalizado de pacientes a nuestros usuarios, para lo cual la empresa suscribe contratos de asociación con un operador externo que nos preste el servicio, este contrato se ha venido firmando con diferentes operadores desde el periodo informado, es decir, desde el año 2011 hasta la presente fecha. Con la suscripción de contratos de asociación, las empresas que nos han suministrado el servicio se han obligado desde el año 2.011 hasta la fecha a poner a disposición de la ESE ocho (08) ambulancias de transporte terrestre de pacientes (De esas ocho, dos (02) ambulancias son TAM y seis (06) son TAB); también se obligan a operativizar una ambulancia TAB terrestre de propiedad de la empresa y operar la ambulancia marítima que la empresa tiene cedida por medio de un comodato suscrito con el ente distrital; esta operación incluye todos los costos y gastos de esas ambulancias, tales como recurso humano, insumos, medicamentos, combustible, mantenimientos correctivos y preventivos, entre otros. La asociada permite que la ESE declare y habilite ante el registro único de prestadores las diez ambulancias, así mismo la ESE opera el servicio de referencia y contrarreferencia de pacientes, para lo cual la ESE dispone de su centro de referencia (PRAT: programa de referencia, asistencia y traslados), desde el cual se coordina todos y cada uno de los desplazamientos que realizan las ambulancias objeto del contrato de asociación; cabe anotar que la ESE HLCl le cede la operación al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del Distrito de tres (03) ambulancias TAB y la ambulancia marítima, esto dentro del contrato suscrito con el ente distrital de control para la referencia de la población pobre no asegurada y los casos de atención domiciliaria y APH que se puedan presentar en la ciudad. De esta manera se establece que la ESE HLCl opera su servicio de referencia y contrarreferencia de pacientes con dos (02) ambulancias TAM y Cuatro (04) ambulancias TAB y le cede al Distrito de Cartagena tres (03) ambulancias TAB y la ambulancia marítima para lo descrito anteriormente. La ESE tiene distribuidas las ambulancias estratégicamente en los siguientes centros de atención de urgencias:

1. CSCC de Nuevo Bosque: Lugar de base de una ambulancia TAM
2. CSCC de Blas de Lezo: Lugar de base de ambulancia TAM
3. Hospital de Canapote: Lugar de base de ambulancia TAB
4. Hospital de Pozón: Lugar de base de ambulancia TAB
5. CSCC de Boquilla: Lugar de base de ambulancia TAB

6. CSCC de Olaya Herrera: Lugar de base de ambulancia TAB

7. CSCC de la Boquilla: Lugar de base de ambulancia TAB

8. Hospital de Arroz Barato: Lugar de base de ambulancia TAB

Consulta Externa

Tabla No.209

Distribución de consultorio ESE Hospital Local Cartagena de Indias. Cuadro No. 3

Centro de Salud	CONSULTORIO DE CONSULTA EXTERNA					
	2015		2016		2017	
	CONSULTORIO	%	CONSULTORIO	%	CONSULTORIO	%
UPA San Francisco	3.5	5.0	3.00	4.4	3	4.4
UPA D. Lemaitre	1.5	2.1	1.50	2.2	1.5	2.2
CAP Canapote	2.5	3.6	2.50	3.6	2.5	3.6
UPA San Pedro y Libertad	1.25	1.8	1.25	1.8	1.25	1.8
UPA Fátima	0.75	1.1	0.75	1.1	0.75	1.1
UPA P. Rey	0.5	0.7	0.50	0.7	0.5	0.7
UPA TIERRA BAJA (MART-V)	0.5	0.7	0.50	0.7	0.5	0.7
UPA Manzanillo (M-J)	0.5	0.7	0.50	0.7	0.5	0.7
UPA Punta Canoa (L A V)	0.5	0.7	0.50	0.7	0.5	0.7
UPA Islas del Rosario (M-M-J)	0.5	0.7	0.50	0.7	0.5	0.7
UPA Caño del oro (L-J-V-S)	0.5	0.7	0.50	0.7	0.5	0.7
UPA Punta Arena (J)	0.5	0.7	0.50	0.7	0.5	0.7
UPA Tierra Bomba (L-M-M-V)	0.5	0.7	0.50	0.7	0.5	0.7
CAP Arroz Barato	3	4.3	3.00	4.4	3	4.4
UPA Ararca						
UPA Barú (CONVENIO CJMSD)						
CAP La Esperanza	3.5	5.0	3.50	5.1	3.5	5.1
CAP Boquilla	2	2.9	2.00	2.9	2	2.9
UPA Bocachica	1.5	2.1	1.50	2.2	1.5	2.2
CAP Pasacaballo	1.5	2.1	1.50	2.2	1.5	2.2
CSC Los Cerros	0	0.0	0.00	0.0	0	0.0
UPA San Vicente Paul	1.5	2.1	1.50	2.2	1.5	2.2
C.S. Bosque	2	2.9	1.50	2.2	1.5	2.2
Las Reinas	2	2.9	2.00	2.9	2	2.9
UPA Socorro	2.5	3.6	2.50	3.6	2.5	3.6
UPA Ternera	2.5	3.6	2.50	3.6	2.5	3.6
CAP Nuevo Bosque	4	5.7	4.00	5.8	4	5.8
CAP Blas de Lezo	2.5	3.6	2.50	3.6	2.5	3.6
CAP NELSON MANDELA	3	4.3	3.00	4.4	3	4.4

UPA Líbano	0	0.0	0.00	0.0	0	0.0
C. S. NUEVO PORVENIR	2.5	3.6	2.00	2.9	2	2.9
UPA Fredonia	2.5	3.6	2.50	3.6	2.5	3.6
UPA Foco Rojo	0.5	0.7	0.50	0.7	0.5	0.7
C.S. Boston	1	1.4	1.00	1.5	1	1.5
Las Gaviotas	2	2.9	2.00	2.9	2	2.9
C.S.C. La Candelaria	3	4.3	3.00	4.4	3	4.4
UPA Pontezuela (MAR-J-V-S)	0.5	0.7	0.50	0.7	0.5	0.7
UPA Arroyo de Piedra (L-J-S)	0.5	0.7	0.50	0.7	0.5	0.7
UPA Arroyo de las canoa	0.5	0.7	0.50	0.7	0.5	0.7
C.S.C. OLAYA	2.5	3.6	2.50	3.6	2.5	3.6
C.S.C. BAYUNCA	2	2.9	2.00	2.9	2	2.9
UPA Arroyo Grande (L-M-M-V)	0.5	0.7	0.50	0.7	0.5	0.7
HOSPITAL POZON	6	8.6	6.00	8.8	6	8.8
UPA Isla Fuerte	0.5	0.7	0.50	0.7	0.5	0.7
UPA Islote de San Bernardo	0.5	0.7	0.50	0.7	0.5	0.7
TOTAL	70.0	100	68.50	100.00	68.5	100

Fuente: Coordinación Consulta Externa

Tabla No. 210

Número Consultorio año 2015-2017

AÑOS	CONSULTORIO
2015	70
2016	68.5
2017	68.5

Fuente: Coordinación Consulta Externa

Se brinda el servicio de la consulta externa 8 horas al día con algunas excepciones, donde se hizo necesario elevar a 12 horas la oferta de servicio de salud, como es el caso del Nuevo Bosque, debido al aumento de la demanda se realizó la estrategia de ampliar el horario de los consultorios y de esta forma lograr atender a la población demandante.

SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:

En total la ESE cuenta con 53 consultorios médicos asignados para la prestación de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, distribuidos en las tres localidades. Además dispone de 47 consultorios de enfermería para la realización de actividades de protección específica y detección temprana, como controles de crecimiento y desarrollo, control de enfermedades de interés en salud pública, control de embarazos y toma de citologías vaginales.

Las actividades de protección específica como vacunación se prestan en todos y cada uno de los centros de atención.

El servicio de ginecología cuenta con 14 camas de hospitalización, 4 camas de recuperación con capacidad para hospitalizar 14 pacientes diarios, 420 al mes y 5.040 al año. Estas están distribuidas de la siguiente forma:

8 camas de recuperación....Hospital el Pozón
6 camas de recuperación....Hospital Arroz Barato

•SALAS DE PARTO:

La entidad cuenta con 2 salas de parto, 1 en el Hospital de Pozón y otra en el Hospital de Arroz barato.

SALUD MENTAL

El programa de salud mental se encuentra actualmente adscrito a la coordinación de promoción y prevención, cuenta con 5 psicólogos los cuales rotan diariamente en 25 centros de atención y los 3 hospitales para un total de 28 centros de atención con servicio de psicología. El servicio se presta de lunes a viernes durante 8 horas y los días sábados 4 horas. Además de esto, cuenta con un psiquiatra con disponibilidad de 4 horas diarias que presta sus servicios de lunes a viernes en el C.S.C.C La esperanza. De esta forma, el programa realiza acciones de atención orientadas hacia la prestación de servicios de consulta externa, consultas de psicoorientación (promoción y prevención), asesoría pre y post en VIH y consulta externa por psiquiatría.

SERVICIO DE URGENCIAS

El servicio de urgencias se presta en doce centros de atención, contamos con tres hospitales de baja complejidad, los cuales se encuentran ubicados en la zona urbana (Hospitales de Canapote, Arroz Barato y Pozón), cada uno en una localidad distinta. En cada uno de los corregimientos continentales (Boquilla, Bayunca, Pasacaballos) contamos con un centro de atención de urgencias. En la zona urbana tenemos seis centros de atención distribuidos a lo ancho y largo del Distrito (Blas de Lezo, Candelaria, Esperanza, Nuevo Bosque, Nelson Mandela, Olaya Herrera). Se cuenta con una oferta de veintidós 22 consultorios médicos de urgencias los cuales están distribuidos en los doce (12) centros de atención y dos (02) consultorios de triage (Nuevo Bosque y Arroz barato). En la actualidad estos consultorios médicos son suficientes para la prestación del servicio durante el periodo informado (2.011-2016 y primer semestre 2.017). Además se dispone de cuatro salas ERA y dos salas EDA. También oferta un total de ochenta y siete (87) camillas de observación, de las cuales 33 son para observación de pacientes adultos hombres, 29 son para pacientes adultos

de sexo femenino y 25 son para pacientes pediátricos; además cuenta con 12 salas de reanimación, que en todos los centros de atención es compartida con sala de procedimientos.

SALUD ORAL

En total la ESE HLCl en el servicio de Salud oral brinda atención en 40 de sus 43 centros de salud, cuenta con 45 unidades odontológicas distribuidas de la siguiente manera:

Tabla No. 211

Unidades Odontológicas Salud Oral

CENTRO	NUEVAEPS	COMFAMILIAR	COMPART	COOSALUD	MUTUAL	MUTUAL CONTRIBUTIVO	CAJACOPI	AMBUQ	COMFACOR	DADIS	HORAS REQUERIDAS 100%	HORAS ACTUALES	DIFERENCIA DE HORAS ODONTOLÓGICAS 100%	#ODONTÓLOGOS	#CONSULTORIOS	CONSULTAS DIA	CONSULTAS MES
HOSPITAL ARROZ BARATO	0,6	4,6	0,8	4	7,4	0	0,5	0,8	1,6	0	20,3	8	12,3	2	1	24	528
C.A.P. BAYUNCA	0,2	0,1	0,2	8,3	2,3	0	0,2	0,2	0,5	0	12	8	4	2	1	24	528
C.A.P. BLAS DE LEZO	0,3	1,9	1,2	3,9	8,7	0	0,6	1,3	1	0	18,9	12	6,9	3	1	36	792
C.A.P. BOQUILLA	0,1	0	0,1	6	1,2	0	0,1	0,2	0,4	0	8	8	0	2	1	24	528
HOSPITAL CANAPOTE	0,4	1,7	0,5	5,7	5,4	0	0,3	0,5	0,7	0	15,2	8	7,2	2	1	24	528
HOSPITAL EL POZON	1,1	1,1	1,5	32	18	0	1	1,8	3,1	0	59,7	20	39,7	5	2	60	1.320
C.A.P. LACANDELARIA	0,3	3,2	1,2	8,3	5,1	0	0,4	0,6	1,2	0	20,2	8	12,2	2	1	24	528
C.A.P. LA ESPERANZA	0,4	4,8	1,1	9,8	8,2	0	0,6	0,8	1,8	0	27,5	16	11,5	4	2	48	1.056
C.A.P. LOS CERROS	0,4	3,2	1	3,1	6,7	0	0,5	0,6	1,2	0	16,7	0	16,7	0	1	-	-
C.A.P. NUEVO BOSQUE	0,7	3,8	1,7	6,5	16,5	0,1	1	1,2	2,9	0	34,4	24	10,4	6	2	72	1.584
C.A.P. OLAYAHERRERA	0,3	0,5	0	7,4	1,2	0	0	0	0	0	9,4	12	-2,6	3	1	36	792
C.A.P. PASACABALLOS	0,1	1,9	0,4	7	5,4	0	0,3	0,4	1,1	0	16,6	8	8,6	2	1	24	528
C.S. BOSTON	0,2	1,1	0,5	7,7	4,4	0	0,2	0,3	0,8	0	15,1	0	15,1	0	-	-	-
C.S. DANIELLE MAITRE	0,1	2	0,3	2,9	3,4	0	0,2	0,3	0,4	0	9,7	8	1,7	2	1	24	528
C.S. EL BOSQUE	0,3	1,6	0,2	0,9	2,3	0	0,2	0,2	0,5	0	6,2	4	2,2	1	1	12	264
C.S. EL SOCORRO	0,9	4,2	1,3	8,7	16,1	0,1	0,9	0,9	1,7	0	34,7	8	26,7	2	1	24	528
C.S. FATIMA	0,3	0,7	0,4	1,3	2,7	0	0,1	0,2	0,4	0	6,1	4	2,1	1	1	12	264
C.S. FOCOROJO	0,3	0,8	0,3	4,3	2,6	0	0,1	0,1	0,5	0	9	4	5	1	1	12	264
C.S. FREDONIA	0,3	1,7	0,3	6,8	2,8	0	0,2	0,3	0,4	0	12,7	8	4,7	2	1	24	528
C.S. ISLA DE SAN BERNARD	0,3	0,5	0	0	0,1	0	0	0	0	0	0,9	4	-3,1	0,5	1	12	264
C.S. ISLA FUERTE	0,3	0,1	0	0	0,1	0	0	0	0	0	0,5	4	-3,5	0,5	1	12	264
C.S. LAS GAVIOTAS	0,3	1,3	0,9	5,3	5,5	0	0,3	0,3	0,6	0	14,5	8	6,5	2	1	24	528
C.S. LAS REINAS	0,3	2,7	0,9	4,2	10,3	0	0,6	0,4	1,2	0	20,7	8	12,7	2	1	24	528

C.S.LIBANO	0	2,2	0,2	17,1	3,2	0	0	0	0	0	22,9	0	22,9	0	-	-	-
C.S.SANFRANCISCOI	0,3	4,3	0,6	7,1	4,7	0	0,2	0,4	0,6	0	18,2	8	10,2	2	1	24	528
C.S.SANPEDROYLIBERTAD	0,3	1,3	0,3	2,3	3,9	0	0,2	0,5	0,5	0	9,3	8	1,3	2	1	24	528
C.S.SANVICENTEDEPAUL	0,2	1,5	0,5	2,7	5,8	0	0,3	0,3	0,7	0	11,9	8	3,9	2	1	24	528
C.S.TERNERA	0,5	2,1	0,7	4,8	9,1	0	0,5	0,6	1,1	0	19,4	12	7,4	3	1	36	792
CUALQUIERCENTRO	5	5,1	5,3	1,6	19,2	0,2	7,8	4,5	8,1	0	56,5	0	56,5			-	-
NELSONMANDELA	0,6	3,5	1,2	9,5	14,4	0	0,6	1,5	3	0	34,3	16	18,3	4	2	48	1.056
P.S.ARROYODELASCANOA	0,3	0,2	0	0,1	0	0	0	0	0	0	0,7	4	-3,3	0,5	1	12	264
P.S.ARROYODEPIEDRA	0,3	1,2	0,1	0,2	0,2	0	0	0	0,1	0	2,1	4	-1,9	0,5	1	12	264
P.S.ARROYOGRANDE	0,3	0,9	0,2	0,2	1	0	0,1	0,1	0,3	0	3	4	-1	0,5	1	12	264
P.S.BOCACHICA	0,3	3,2	0,1	1,9	0,2	0	0	0	0,1	0	0,7	4	-3,3	0,5	1	12	264
P.S.CAÑODELORO	0,3	0,5	0,6	0,1	0,1	0	0	0	0	0	1,7	4	-2,3	0,5	1	12	264
P.S.ISLASDELROSARIO	0,3	0,3	0	0	0	0	0	0	0,1	0	0,8	1	-0,2	0,5	1	3	66
P.S.MANZANILLODELMAR	0,3	0	0	0,1	0,2	0	0	0	0	0	0,7	4	-3,3	0,5	1	12	264
P.S.PONTEZUELA	0,3	0	0	0,3	0,2	0	0	0	0,1	0	0,9	4	-3,1	0,5	1	12	264
P.S.PUERTOREY	0,3	0	0	0,2	0,2	0	0	0	0	0	0,8	4	-3,2	0,5	1	12	264
P.S.PUNTAARENA	0,3	0,2	0	0,1	0	0	0	0	0	0		4	-4	0,5	1	12	264
P.S.PUNTACANOA	0,3	0,3	0	0,1	0,2	0	0	0	0	0	1	4	-3	0,5	1	12	264
P.S.TIERRABAJA	0,3	0	0	0,1	0,2	0	0	0	0	0	0,7	4	-3,3	0,5	1	12	264
P.S.TIERRABOMBA	0,3	2	0,2	0,1	0,2	0	0	0	0,1	0	2,9	4	-1,1	0,5	1	12	264
U.P.ANUEVOPORVENIR	0,5	3,9	1,9	25,3	9,7	0	0,9	1,3	3	0	46,6	4	42,6	2	1	12	264
TOTAL	19,9	76,2	26,8	217,6	418,4	0,9	19,1	21,1	40	0	624	297	327	63	45	891	19.602

Fuente: Coordinación Salud Oral

En el cuadro anterior describimos la disponibilidad de consultorios de acuerdo a cada centro de salud, número de horas diarias de atención y la oferta por hora de cada unidad. En su mayoría nuestros centros de salud en el servicio de salud oral trabajan 22 días en promedio, excepto en el área rural, cuyos centros de salud tiene una población a atender menor a los 4500 usuarios, motivo por el cual se comparte el profesional entre 2 o 3 centros de salud y de acuerdo también a la ubicación geográfica de estos.

APOYO DIAGNOSTICO

Para el funcionamiento del servicio de apoyo diagnóstico el laboratorio clínico de baja complejidad, modalidad ambulatoria y hospitalaria brinda la atención a los usuarios de las diferentes EPS-S con las cuales se tiene contratación. La ESE habilitó tres sedes en los centros de atención de los hospitales Canapote, Arroz barato al igual que el centro de salud de Nuevo bosque y 38 tomas de muestra en los diferentes prestadores de la red.

La sede del Hospital Canapote procesa el laboratorio ambulatorio y hospitalario de los siguientes centros georreferenciados: Boquilla, Esperanza, Canapote, Candelaria,

Fátima, Foco Rojo, Gaviota, Líbano, San Francisco, San Pedro y Libertad, Nuevo Porvenir, Daniel Lemaitre, Bayunca, Pontezuela, Arroyo Grande, Arroyo de Piedra, Bocachica, Caño de Oro, Puerto Rey, Punta Canoas, Manzanillo del mar, Tierra baja, Punta arena, Arroyo de las canoas, Tierra bomba.

La sede del Nuevo bosque procesa el laboratorio ambulatorio y hospitalario de los siguientes centros georeferenciados: Cerros, Socorro, Blas de Lezo, Ternera, Pozón, San Vicente, Bosque, y Nuevo bosque.

La sede del laboratorio de Arroz Barato procesa el laboratorio ambulatorio y hospitalario de los siguientes centros georeferenciados: Arroz Barato, Nelson mándela, la Reina y Pasacaballos.

La entidad cuenta con ecógrafos en cada uno de los sitios donde funciona el programa de maternidad segura, está en capacidad de ofertar 1.404 estudios al mes y 16.848 estudios al año.

Si bien en el CSCC Socorro no se oferta el servicio de ecografía, estas pacientes son referenciadas al centro de salud de Ternera, por lo que se suma a la población activa de este centro.

1.1.1.3.3 Recurso Humano

CONSULTA EXTERNA

Tabla No.212

Recurso Humano Consulta Externa (Cuadro 4. PSFF)

Centro de Salud	HORA MEDICAS								
	2015			2016			2017		
	NUMERO MEDICO	%	HORAS MEDICO	NUMERO MEDICO	%	HORAS MEDICO	NUMERO MEDICO	%	HORAS MEDICO
UPA San Francisco	3.5	5.3	28.0	3.00	4.5	24.0	3	4.5	24
UPA D. lemaitre	1.25	1.9	10.0	1.25	1.9	10.0	1.25	1.9	10
CAP Canapote	2.5	3.8	20.0	2.50	3.7	20.0	2.5	3.8	20
UPA San Pedro y Libertad	1.25	1.9	10.0	1.25	1.9	10.0	1.25	1.9	10
UPA Fátima	0.75	1.1	6.0	0.75	1.1	6.0	0.75	1.1	6
UPA P. Rey	0.3	0.5	2.4	0.30	0.4	2.4	0.3	0.5	2.4
UPA TIERRA BAJA (MART-V)	0.3	0.5	2.4	0.30	0.4	2.4	0.3	0.5	2.4
UPA Manzanillo (M-J)	0.25	0.4	2.0	0.25	0.4	2.0	0.25	0.4	2
UPA Punta Canoa (L A V)	0.25	0.4	2.0	0.25	0.4	2.0	0.25	0.4	2
UPA Islas del Rosario (M-M-J)	0.25	0.4	2.0	0.30	0.4	2.4	0.3	0.5	2.4
UPA Caño del oro (L-J-	0.25	0.4	2.0	0.60	0.9	4.8	0.6	0.9	4.8

V-S)									
UPA Punta Arena (J)	0.1	0.2	0.8	0.25	0.4	2.0	0.25	0.4	2
UPA Tierra Bomba (L-M-M-V)	0.5	0.8	4.0	0.60	0.9	4.8	0.6	0.9	4.8
CAP Arroz Barato	2.5	3.8	20.0	2.50	3.7	20.0	2.5	3.8	20
CAP La Esperanza	3.5	5.3	28.0	3.50	5.2	28.0	3.5	5.3	28
CAP Boquilla	1.5	2.3	12.0	1.50	2.2	12.0	1.5	2.3	12
UPA Bocachica	1.25	1.9	10.0	1.25	1.9	10.0	1.25	1.9	10
CAP Pasacaballo	1.5	2.3	12.0	1.50	2.2	12.0	1.5	2.3	12
CSC Los Cerros	0	0.0	0.0	0.00	0.0	0.0	0	0.0	0
UPA San Vicente Paul	1.5	2.3	12.0	1.50	2.2	12.0	1.5	2.3	12
C.S. Bosque	2	3.0	16.0	1.50	2.2	12.0	1.5	2.3	12
Las Reinas	2	3.0	16.0	2.00	3.0	16.0	2	3.0	16
UPA Socorro	3	4.5	24.0	2.50	3.7	20.0	2.5	3.8	20
UPA Ternera	2.5	3.8	20.0	2.75	4.1	22.0	2.75	4.1	22
CAP Nuevo Bosque	4.5	6.8	36.0	5.50	8.2	44.0	5.5	8.3	44
CAP Blas de Lezo	3	4.5	24.0	3.00	4.5	24.0	2.5	3.8	20
CAP NELSON MANDELA	3	4.5	24.0	2.50	3.7	20.0	2.5	3.8	20
UPA Libano	0	0.0	0.0	0.00	0.0	0.0	0	0.0	0
C. S. NUEVO PORVENIR	2	3.0	16.0	2.00	3.0	16.0	2	3.0	16
UPA Fredonia	2.5	3.8	20.0	2.50	3.7	20.0	2.5	3.8	20
UPA Foco Rojo	0.5	0.8	4.0	0.50	0.7	4.0	0.5	0.8	4
C.S. Boston	1	1.5	8.0	1.00	1.5	8.0	1	1.5	8
Las Gaviotas	2	3.0	16.0	2.00	3.0	16.0	2	3.0	16
C.S.C. La Candelaria	3	4.5	24.0	3.00	4.5	24.0	3	4.5	24
UPA Pontezuela (MAR-J-V-S)	0.3	0.5	2.4	0.30	0.4	2.4	0.3	0.5	2.4
UPA Arroyo de Piedra (L-J-S)	0.5	0.8	4.0	0.50	0.7	4.0	0.5	0.8	4
UPA Arroyo de las canoa	0.25	0.4	2.0	0.25	0.4	2.0	0.25	0.4	2
C.S.C. OLAYA	2	3.0	16.0	2.50	3.7	20.0	2.5	3.8	20
C.S.C. BAYUNCA	1.5	2.3	12.0	2.00	3.0	16.0	2	3.0	16
UPA Arroyo Grande (L-M-M-V)	0.5	0.8	4.0	0.50	0.7	4.0	0.5	0.8	4
HOSPITAL POZON	6	9.1	48.0	6.00	9.0	48.0	6	9.0	48
UPA Isla Fuerte	0.5	0.8	4.0	0.50	0.7	4.0	0.5	0.8	4
UPA Islote de San Bernardo	0.25	0.4	2.0	0.25	0.4	2.0	0.25	0.4	2
TOTAL	66.0	100	528.0	66.90	100	535.2	66.4	100	531.2

Fuente: Coordinación Consulta Externa

PROMOCION PREVENCION

En total la ESE cuenta con 53 consultorios médicos habilitados para la prestación de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ; para lo cual cuenta con 15 médicos de 8 horas, 23 médicos de 4 horas y 10 médicos asignados a los diferentes corregimientos, los cuales son compartidos con el servicio de consulta externa.

De otro lado la ESE Hospital local Cartagena de Indias cuenta con 47 consultorios de enfermería para la realización de actividades de protección específica y detección temprana como controles de crecimiento y desarrollo, control de enfermedades de interés en salud pública, control de embarazos y toma de citologías cérvico- uterinas, las cuales se realizan en todos los centros.

Para la realización de las actividades de protección específica como vacunación cuenta con 41 consultorios para tal fin, cuya actividad es realizada por una auxiliar de enfermería.

SALUD MENTAL

Para este servicio se cuenta con 28 consultorios, los cuales son utilizados para la prestación de servicios de consulta externa y pyp en horarios diferentes a la prestación de servicios de salud mental. Los profesionales de psicología adscritos al programa (05) tienen disponibilidad de 8 horas diarias de lunes a viernes y 4 horas los días sábados, lo que traduce 880 horas de atenciones distribuidas entre los 5 profesionales. Por su parte el profesional especializado en el área de psiquiatría presta sus servicios durante 4 horas diarias, lo que representa 20 horas semanales y 80 horas mensuales.

Tabla No. 213

Recurso Humano Salud Mental

DIAS PROFESIONAL	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS
GEYDIS ALCALA	CANAPOTE 7:00 AM 4:00 PM	ESPERANZA 7:00 AM 4:00 PM	CANAPOTE 7:00 AM 4:00 PM	DANIEL LEMAITRE 7:00 AM 4:00 PM	CANDELARIA 7:00 AM 4:00 PM	CANDELARIA 7:00 AM 11:00 AM
GINA ARRIETA	SAN VICENTE DE PAUL 7:00 AM 4:00 PM	NUEVO BOSQUE 7:00 AM 4:00 PM	FOCO ROJO 7:00 AM 3:00 PM	BOSQUE 7:00 AM 4:00 PM	NUEVO BOSQUE 7:00 AM 4:00 PM	NUEVO BOSQUE 7:00 AM 12:00 MD
CLARA REYES	POZON 7:00 AM 4:00 PM	POZON 7:00 AM 4:00 PM	NUEVO PORVENIR 7:00 AM 4:00 PM	OLAYA 7:00 AM 4:00 PM	POZON 7:00 AM 4:00 PM	OLAYA 7:00 AM 12:00 MD
MAYRA QUINTANA ROMERO	ARROZ BARATO 7:00 AM 4:00 PM	CORREGIMIENTOS AGUA 7:00 AM 3:00 PM	ARROZ BARATO 7:00 AM 4:00 PM	PASACABALLO 7:00 AM 4:00 PM	CORREGIMIENTOS AGUA 7:00 AM 3:00 PM	BOQUILLA 7:00 AM 12:00 MD
OSIRIS CABARCAS	CORREGIMIENTOS TIERRA 7:00 AM 3:00 PM	CORREGIMIENTOS TIERRA 7:00 AM 3:00 PM	SAN PEDRO Y LIBERTAD 7:00 AM 4:00 PM	CORREGIMIENTOS TIERRA 7:00 AM 3:00 PM	BAYUNCA 7:00 AM 4:00 PM	GAVIOTAS 7:00 AM 12:00 MD

Fuente: Subgerencia científica

CORREGIMIENTOS AGUA:

MARTES: Punta Arena - 16 horas al mes
 VIERNES: Bocachica – 16 horas al mes
 MARTES: Caño De Oro – 16 horas al mes
 VIERNES: Tierra Bomba - 16 horas al mes

CORREGIMIENTOS TIERRA:

LUNES: Arroyo Grande - 16 horas al mes
 MARTES: Punta Canoa - 8 horas al mes
 JUEVES: Arroyo De Las Canoas – 16 horas al mes
 LUNES: Pontezuela - 16 horas al mes
 MARTES: Manzanillo - 8 horas al mes
 JUEVES: Tierra Baja – 16 horas al mes
 MARTES: Arroyo de Piedra - 8 horas al mes
 MARTES: Puerto Rey - 8 horas al mes

SERVICIO DE URGENCIAS

El servicio de urgencias de la ESE HLCI es atendido en doce (12) sedes por noventa y cinco (95) médicos generales, lo cual nos da una oferta de 516 horas médicas al día y ciento ochenta y ocho mil trescientos cuarenta horas médicas al año (188.340). Se toma como base que cada médico está en capacidad de atender dos pacientes cada hora, nos arroja que la oferta de horas médicas año nos da una capacidad de atender trescientos setenta y seis mil seiscientos ochenta (376.680) pacientes durante dicho año. Basados en las consideraciones anteriores y cruzando esta información con la producción anual desde el año 2.011 nos arroja que la capacidad instalada de la empresa es suficiente para la demanda del servicio durante los últimos seis (06) años.

SALUD ORAL

La ESE HLCI cuenta con 63 odontólogos, 3 endodoncistas y 4 higienistas orales (extramural) distribuidas de la siguiente manera: En los centros de salud Arroz Barato, Bayunca, Boquilla, Canapote, Candelaria, Pasacaballo, Daniel Lemaitre, Socorro, Fátima, Fredonia, Gaviotas, Reinas, San Francisco, San Pedro, San Vicente de Paul laboran 2 odontólogos de 4 horas en horario de 7-11am y de 12-4 pm, desarrollando actividades de promoción y prevención y morbilidad. En el caso de Fátima 4 horas de odontología especializada (Endodoncia) y 4 horas de odontología general.

En los centros de salud de Blas de Lezo, Olaya, y Ternera laboran 3 odontólogos de 4 horas en horario de 7-11; 11-3; 3-7pm, desarrollando actividades de promoción y prevención y morbilidad.

En el centro de salud Nelson Mandela laboran 4 odontólogos (2 en horario de 7-11, y 2 en horario de 12-4pm), desarrollando actividades de odontología general y promoción y prevención.

En el centro de salud Pozón laboran 5 odontólogos, con actividades de promoción y prevención y morbilidad.

En los centros de salud de Nuevo Bosque laboran 6 odontólogos, realizando actividades de promoción y prevención y morbilidad. El centro de salud Esperanza cuenta con 4 odontólogos realizando actividades de promoción y prevención y morbilidad, y 2 especialistas en endodoncia.

Los centros de salud del área rural laboran 8 horas diarias de la siguiente manera:

- 1 odontólogo para isla de san Bernardo e isla fuerte (6 y 11 días respectivamente).
- 1 odontólogo para Arroyo de Canoa y Arroyo de Piedra (8 y 14 días respectivamente).
- 1 odontólogo para Arroyo Grande y Pontezuela (12 y 6 días respectivamente)
- 1 odontólogo para Bocachica y Puntarenas (14 y 4 días respectivamente)
- 1 odontólogo para Caño del oro, isla del rosario y Tierrabomba (12, 2,10 días respectivamente).
- 1 odontólogo para manzanillo y puerto rey (10 y10 días respectivamente). 1 odontólogo para punta canoa y Tierra baja (12 y 10 días respectivamente).

Las 4 higienistas orales realizan trabajo extramural en colegios, o en comunidades marginadas de la ciudad donde se realiza verificación de derechos de la población 48 horas antes para realizar las actividades de salud oral a la población con derechos. Solo en casos excepcionales como las brigadas solicitadas por la administración distrital no se puede verificar con anticipación derechos sino que se realiza posteriormente perjudicando el rendimiento de estas actividades.

APOYO DIAGNOSTICO

Sede Canapote

- 4 bacteriólogos de 8 horas para el proceso ambulatorio.
- 1 bacteriólogo de 6 horas para el proceso hospitalario (7 AM -1PM).
- 1 bacteriólogo de 6 horas para el proceso hospitalario (1PM-7PM)
- 3 bacteriólogos para el servicio hospitalario nocturno (7pm-7am).
- 3 auxiliares de laboratorio de 8 horas
- 3 mensajeros de 8 horas.

Sede Nuevo Bosque:

- 4 bacteriólogos de 8 horas para el proceso ambulatorio.
- 1 bacteriólogo de 6 horas para el proceso hospitalario (7 AM -1PM).
- 1 bacteriólogo de 6 horas para el proceso hospitalario (1PM-7PM)

3 bacteriólogos para el servicio hospitalario nocturno (7pm-7am).
 3 auxiliares de laboratorio de 8 horas
 3 mensajeros de 8 horas.

Sede Arroz Barato

2 bacteriólogos de 8 horas.
 1 bacteriólogo de 6 horas para el proceso hospitalario (7 AM -1PM).
 1 bacteriólogo de 6 horas para el proceso hospitalario (1PM-7PM)
 3 bacteriólogos para el servicio hospitalario nocturno (7pm-7am).
 2 auxiliares de laboratorio de 8 horas
 1 mensajeros de 8 horas

*Además se dispone de 28 auxiliares de 4 horas para la toma de muestra en los diferentes centros habilitados.

*Auxiliares de 6 Horas: 10.

Tabla No. 214

Equipos de laboratorio y su capacidad para procesar

SEDE CANAPOTE:

ÁREA	EQUIPO	MARCA	CAPACIDAD DE PROCESAMIENTO POR HORA	NÚMERO TOTAL DE PRUEBAS DÍAS	OBSERVACIONES
Hematología	BC 5380	MINDRAY	60	250	El operario debe procesar inicialmente controles de calidad interno, y cuando aplique control externo así como también realizar limpieza diaria del equipo. También se realizan pruebas manuales como son VSG, recuento de plaquetas. Todas estas actividades son ejecutadas por un solo profesional.
Química	CB 400 i	WIENER	400 pruebas 52 usuarios/ 40 min	520	El operario debe procesar inicialmente controles de calidad interno, y cuando aplique control externo así como también realizar limpieza diaria del equipo
Orina	microscopio	Labomed	22	180	El operario debe procesar inicialmente controles de calidad interno.
Inmunología	Rotador, cassetes.	Orbita Shakers, VRN200	8 pruebas	240	El operario debe procesar inicialmente controles de calidad interno
Varios	Microscopio	Labomed	12	110	El área de varios comprende los frotis vaginales, BK de linfa y de esputo, coprológicos, KOH, hemoparásitos, secreciones, tinciones de gram.

Fuente: Coordinación Apoyo Diagnóstico

Cabe resaltar que esta tabla solo hace énfasis en los tiempos de la fase analítica; haciendo falta los tiempos propios de las etapas pre y post analítica, en donde se realizan controles de calidad internos, mantenimientos, carga de reactivos, correlación clínica y validación de resultados, impresión y organización de los mismos.

Existen pruebas en el área de hematología que solo se realizan de forma manual, por lo tanto no están incluidas en la tabla anterior (Ej.: grupos sanguíneos, recuento de plaquetas, confirmación de recuentos).

Tabla No.215

SEDE NUEVO BOSQUE:

Área	Equipo	Marca	Capacidad de procesamiento por hora	Número total de procedimientos día realizados	Observaciones
Hematología	BC 5380	MINDRAY	60	250	El operario debe procesar inicialmente controles de calidad interno, y cuando aplique control externo así como también realizar limpieza diaria del equipo. También se realizan pruebas manuales como son VSG, recuento de plaquetas. Todas estas actividades son ejecutadas por un solo profesional.
Química	CB 400 i	WIENER	400 pruebas 52 usuarios/ 40 min	520	El operario debe procesar inicialmente controles de calidad interno, y cuando aplique control externo así como también realizar limpieza diaria del equipo
Orina	Microscopio	Labomed	22	180	El operario debe procesar inicialmente Controles de Calidad Interno.
Inmunología	Rotador ,casset es.	Orbita Shakers, VRN200	8 pruebas	240	El operario debe procesar inicialmente Controles de Calidad Interno
Varios	Microscopio	Labomed	12	110	El área de varios comprende los frotis vaginales, Bk de linfa y de esputo, coprológicos, KOH, hemoparásitos, secreciones, tinciones de gram.

Fuente: Coordinación Apoyo Diagnóstico

Cabe resaltar que esta tabla solo hace énfasis en los tiempos de la fase analítica; haciendo falta los tiempos propios de las etapas pre y post analítica, en donde se realizan controles de calidad internos, mantenimientos, carga de reactivos, correlación clínica y validación de resultados, impresión y organización de los mismos.

Existen pruebas en el área de hematología que solo se realizan de forma manual por lo tanto no están incluidas en la tabla anterior (Ej.: grupos sanguíneos, recuento de plaquetas, confirmación de recuentos).

Tabla No.216
SEDE ARROZ BARATO:

Área	Equipo	Marca	Capacidad de procesamiento por hora	Número total de procedimientos realizados día	Observaciones
Hematología	Bc 3600	Mindray	40	130	El operario debe procesar inicialmente controles de calidad interno, y cuando aplique control externo así como también realizar limpieza diaria del equipo. También se realizan pruebas manuales como son VSG, recuento de plaquetas. Todas estas actividades son ejecutadas por un solo profesional.
Química	BS 220 E	Mindray	40 muestras en 45 minutos	260	El operario debe procesar inicialmente controles de calidad interno, y cuando aplique control externo así como también realizar limpieza diaria del equipo
Orina	microscopio	Olims cx31	22	70	El bacteriólogo encargado del área de hematología es quien realiza las pruebas de esta área.
Inmunología	Rotador, cassetes.	Shaker VRN-200	5 pruebas	80	*El bacteriólogo que realiza la inmunología es el mismo que realiza el área de química.
Varios	Microscopio	Olimpus cx31	12	20	El área de varios comprende los Frotis vaginales, Bk de linfa y de esputo, coprológicos, KOH, hemoparásitos, secreciones, tinciones de gram. Y es realizada por el bacteriólogo del área de Química

Fuente: Coordinación Apoyo Diagnóstico

Cabe resaltar que esta tabla solo hace énfasis en los tiempos de la fase analítica; haciendo falta los tiempos propios de las etapas pre y post analítica, en donde se realizan controles de calidad internos, mantenimientos, carga de reactivos, correlación clínica y validación de resultados, impresión y organización de resultados.

Existen pruebas en el área de hematología que solo se realizan de forma manual por lo tanto no están incluidas en la tabla anterior (Ej.: grupos sanguíneos, recuento de plaquetas, confirmación de recuentos).

En esta sede la capacidad instalada en cuanto al recurso humano es mucho menor que en las dos sedes anteriormente mencionadas, debido a que tiene menos centros de atención georreferenciados.

1.1.1.3.4 PRODUCTIVIDAD ESE HLCI

PROMOCION Y PREVENCION

Tabla No. 217
Cuadro 5. PSFF.

ACTIVIDADES P Y P	2011	2012	2013	2014	2015	2016	II TRI2017
Dosis de biológico aplicadas	151.909	241.100	265.831	296718	302464	375.449	147.760
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	86.237	98.813	105.125	95163	106472	103.091	34.706
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	0	20.346	33.197	85989	95650	76.457	25.244
Citologías cervico vaginales tomadas	49.921	43.064	28.350	37534	52833	29.583	13.440
Partos vaginales	301	249	119	89	746	589	207

Fuente: Coordinación Promoción y Prevención

ANALISIS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN

Con respecto a las dosis de biológicos aplicados la variación entre las vigencias tienen una tendencia hacia el aumento en cada uno de los períodos en estudio (2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017), lo anterior debido al esfuerzo de todo el equipo humano y administrativo para mejorar cada día la cobertura de vacunación, además de la consolidación de un grupo extramural idóneo y suficiente que ha logrado aumentar estas cifras año tras año, demostrado esto en las cifras obtenidas, paso de 151.900 en el 2011 a 375.449 en el 2016 y lo ejecutado en el 2017.

La realización de las citologías vaginales durante los años en estudio han tenido un comportamiento irregular debido a que en el desarrollo de estas actividades demuestran una variación año tras año que no permiten estudiar de manera clara cuál ha sido la causa principal; sin embargo llama la atención las citologías producidas en el año 2015 donde aparecen 52.833 citologías tomadas. Haciendo un análisis de esta situación se pudo presentar que se sumaron las citologías tomadas y las leídas para así tener un comportamiento regular en todas las vigencias en mención.

Los controles de enfermería correspondiente a control de crecimiento y desarrollo y control prenatal han tenido un comportamiento de tendencia al aumento desde el 2011 hasta el 2017, donde pasaron de 86.237 en el 2011 a 103.091 en el 2016 y la proyección del 2017 muestra igual comportamiento.

En cuanto a la atención de parto vaginal la tendencia durante las vigencias es descendente desde el año 2011 hasta el 2014, ya que en el año 2015 muestra un

aumento significativo del 164% con respecto al año 2011 donde se había presentado el mayor número de partos en el período anteriormente descrito; sin embargo para el año 2016 y proyección del 2017 muestra una tendencia a la disminución pasando de 589 a 207 para la proyección del 2017 primer semestre. Esta situación se da por 2 motivos:

1. Tipo de contratación: Los partos son contratados solamente por las EAPB más pequeñas del mercado, ya que las EAPB como Mutual ser y Coosalud no tienen contratado el servicio de partos con nuestra institución (Por eventos).
2. La intervención en materia de infraestructura por parte del DADIS en los dos centros de mayor afluencia de pacientes embarazadas de nuestra institución ha ocasionado que el desarrollo de esta estrategia no sea de manera óptima, ya que tenemos que laborar en condiciones que no son las mejores para captar de manera eficiente a las embarazadas.

El comportamiento de las acciones realizadas en Plan de Intervenciones Colectivas, depende directamente del número de acciones y el tiempo de contratación que se realice con la Secretaría de Salud Municipal (DADIS), los cuales han contratado acciones en diferentes períodos y diferentes programas que no han tenido una continuidad en la contratación.

ASPECTOS RELEVANTES EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION

El programa de crecimiento y desarrollo se presta de una forma eficiente para el logro de las metas proyectadas, todo lo anterior por los incentivos que genera el programa nacional familias en acción, el cual exige que los niños sean atendidos en todos los programas correspondientes a su edad de 0 a 10 años (vacunación, salud visual, crecimiento y desarrollo). Sin embargo es necesario hacer unos ajustes a las historias clínicas acorde a los lineamientos del ministerio para el desarrollo de la estrategia AIEPI la cual contempla unas características específicas para este tipo de población.

La ejecución de las citologías vaginales ha mostrado un comportamiento irregular en el cumplimiento año tras año. En este semestre ha presentado un aumento significativo llegando hasta el 30 %, esto debido a la implementación de un grupo extramural y el compromiso de todas las enfermeras que están a cargo en cada centro de salud. Los motivos por el cual ha sido difícil poner en marcha una estrategia que tenga resultados óptimos tiene que ver muchas veces con patrones culturales arraigados en la comunidad que le impiden al profesional lograr que las usuarias se hagan dicho examen.

Existen centros ubicados en la zona rural en los cuales el cumplimiento de la realización de estas actividades es muy deficiente aproximadamente del 4-5%, lo cual incide de manera directa en el número de actividades generales. De igual forma la responsabilidad de realizar la demanda inducida externa es de las EAPB que en múltiples ocasiones han hecho caso omiso a la invitación de acompañamiento en la

ejecución de estas campañas preventivas que buscan aumentar el número de actividades mensuales.

Otro programa que presentaba un porcentaje muy bajo de ejecución es el de planificación familiar, debido a que a pesar de que las usuarias demandaban el servicio no se les entregaban los anticonceptivos inyectables, lo que generaba incertidumbre en ellas provocando una deserción en esta población, sin embargo en este semestre se han hecho múltiples esfuerzos por parte de la administración para cumplir con las metas establecidas logrando un aumento significativo con respecto a los años anteriores. Se han realizado compras que garantizan la entrega mensual de estos anticonceptivos, es decir que estamos en la capacidad de realizar de manera regular la entrega de dichos medicamentos.

El programa de salud visual no está estipulado como tal, es decir se hace la actividad dentro de la atención de crecimiento y desarrollo (4 años), atención del joven (11 y 16 años) y programa del adulto (45, 50, 55, 60, 65, 70, 75,80 y mas). Sin embargo en las historias clínicas de estos programas se hace la anotación pero posteriormente cuando se quiere sacar la información del sistema no la imprime y en muchos casos lo oculta, por tal motivo es importante revisar con las personas que vienen desarrollando el software para realizar los ajustes a este aspecto.

Es importante anotar que para la ejecución del programa del joven se han presentado múltiples inconvenientes en la ejecución del mismo, debido a que solo se registran las atenciones de los jóvenes que asisten al centro de salud por morbilidad, lo cual no es suficiente para dar cumplimiento a las metas estipuladas para este programa, las cuales son sumamente altas. Para nuestra institución están alrededor de 202.542 que pertenecen a este grupo poblacional.

Este programa establece la atención por primera vez por médico, la realización de algunos exámenes de laboratorios específicos y la atención por psicología de manera transversal a otros programas.

Después de haber explicado todos los aspectos relacionados con el desarrollo del servicio de promoción y prevención es preciso mencionar que en la actualidad se ha iniciado la implementación del nuevo modelo integral de atención en salud donde se le da mayor importancia a los actividades de promoción y prevención enfocando nuestros servicios al fortalecimiento de lo preventivo frente a lo dispuesto en el modelo anterior eminentemente asistencialista mediante el desarrollo de actividades extramurales que contemplen la familia y la comunidad como eje fundamental del nuevo modelo integral de atención en salud.

Un aspecto importante para el fortalecimiento económico de nuestra institución es lograr disminuir las glosas que se generan por la falta de cumplimiento en las metas de p y p, toda vez que en la actualidad se han presentado inconvenientes en la prestación de ciertos programas de p y p tales como: Salud visual, atención del joven, adulto mayor, detección precoz del CCU y planificación familiar.

SALUD MENTAL

Tabla No. 218

Atención en Salud Mental

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
PSICOLOGO	3020	4963	7236	8258	9388	10569	7102	50536
PSIQUIATRA	2554	2054	1886	1701	1300	1868	1109	12472

Fuente: Coordinación de Salud Mental

De acuerdo a la tabla anterior donde se cuantifican las atenciones realizadas por el servicio de psicología (consulta externa, consultas de promoción y prevención y APV) y el servicio de psiquiatría se evidencian los siguientes puntos:

El aumento significativo de las consultas en psicología se debe a la relevancia que se ha brindado a la salud mental desde la visión institucional hasta la operativización y transversalización del servicio con el resto de los programas que ofertamos en la ESE HLCI. Esto se traduce en la incorporación y ampliación de los profesionales que hacen parte del fortalecimiento institucional que se realiza a través de los planes internos de capacitación así como del seguimiento y asistencias técnicas que se realizan en los diferentes centros de salud y hospitales en los que se exige la socialización de las guías y protocolos de atención en salud mental.

El aumento en las acciones de demanda inducida al servicio de psicología que incluyen actividades en violencias sexuales, violencia de género, violencia intrafamiliar, depresión, consumo de SPA, suicidio entre otras.

En el servicio de psiquiatría se observa que durante los años 2011 y 2012 la prestación del servicio era superior a la presentada desde el año 2013 a la actualidad, esto en razón a que durante los años 2011 y 2012 a través de convenio interadministrativo con el DADIS la prestación de la primera consulta por psiquiatría era asumida por DADIS sin tener en cuenta su afiliación al SGSSS.

SERVICIO DE URGENCIAS

La producción anual del servicio de urgencias de la empresa desde el año 2011 hasta la fecha no ha superado la capacidad instalada en el mismo período informado. El año que más consultas se ha presentado fue el 2016, en donde se atendieron 283.532 consultas de urgencias. La producción proyectada para este año estará alrededor de las 274.416 consultas de urgencias al finalizar el presente año. Si tomamos en cuenta que la empresa está en capacidad de atender cada año 376.680 pacientes, se evidencia que la capacidad instalada es suficiente para la atención de los pacientes en

urgencias. La empresa ha realizado en promedio 18.096 procedimientos menores por año, lo cual indica que la capacidad instalada para la realización de procedimientos menores es amplia y suficiente para la atención de los mismos. De igual manera ocurre con los pacientes observados, en donde se evidencia que la empresa ha atendido 31.629 pacientes por año. La capacidad instalada de nuestra empresa soporta el número de observaciones realizadas durante cada año. De lo anterior se desprende que no es necesario ampliar la capacidad instalada de la empresa para la atención de consultas de medicina general por urgencias, realización de procedimientos menores y observación de pacientes.

SALUD ORAL

En total la ESE HLCI en el servicio de Salud oral brinda atención con 45 unidades odontológicas donde se podrían realizar 891 consultas al día, 19.602 consultas al mes, 235.224 al año. Adicional al servicio de odontología general cuenta con 3 profesionales diarios para los servicios de endodoncia, cada uno con 4 horas laborales con capacidad diaria para 12 pacientes, 264 pacientes mes y 3168 pacientes para endodoncia al año.

A continuación detallamos la productividad de cinco actividades de salud oral, desde el 2011 hasta el primer semestre de 2017 consolidando el total de la información de la siguiente manera:

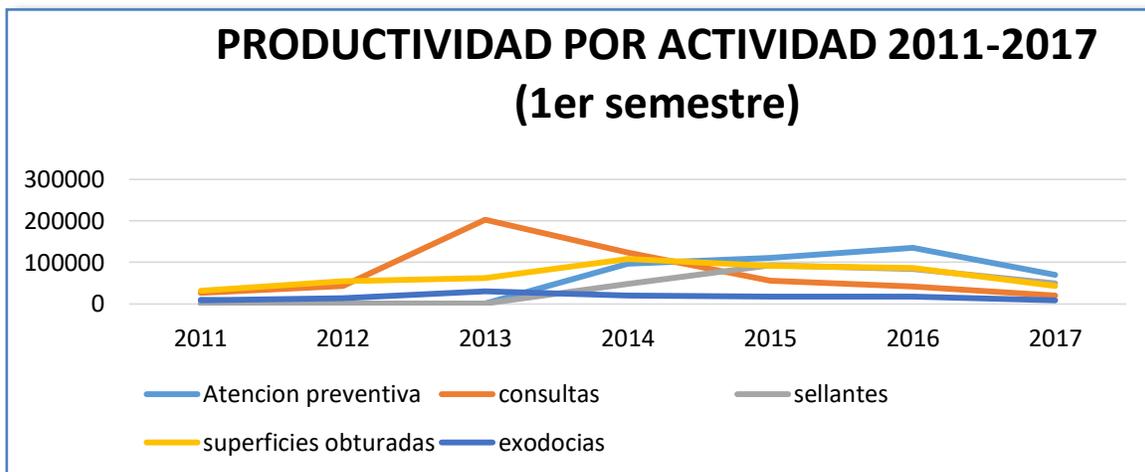
Tabla No. 219

Productividad Salud Oral

ACTIVIDAD SALUD ORAL/AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Atención preventiva	9300	1415	1212	97159	110389	134383	69696
Consultas	27025	42664	202666	123712	56379	41666	19854
Sellantes	1108	247	260	47489	92839	83684	49683
Superficies obturadas	31763	54487	62532	108055	91079	86680	43253
Exodoncias	8831	14189	30642	20087	17513	17157	8492

Fuente: Departamento de Sistemas ESE HLCI

Gráfico No.3
Productividad por actividad 2011-2017



Fuente: Coordinación Salud Oral

ANALISIS

En la institución se vienen realizando esfuerzos por aumentar actividades de promoción y prevención con el fin de contrarrestar la costumbre social a la que nuestra comunidad está acostumbrada de curar más que prevenir.

En términos generales las actividades de promoción y prevención analizadas han venido en aumento en estos últimos años, teniendo sus niveles más altos entre el 2013 y el 2016 y con tendencia a seguir aumentando en el 2017. Por el contrario las actividades de morbilidad tienden a disminuir como es el caso de las exodoncias que en el 2013 fueron realizadas 30642 y en lo corrido del 2017 8492.

Entre los años 2011 al 2013 en todas las actividades descritas se observan diferencias muy altas entre un año y otro como es el caso de la atención preventiva en salud oral, se observan cantidades muy irrisorias como en el caso de sellantes o por el contrario muy elevadas como en las consultas. Esto se debe a que en estos años nuestro sistema de información era SIOS el cual tuvo muchos inconvenientes y fue remplazado a mediados del 2014 por el sistema Health Manager.

Las consultas tienen su nivel más alto en el 2013, disminuyendo entre 2014 y el 2016 en parte por la sensibilización que tenemos los profesionales de incentivar las actividades de promoción y prevención más que la morbilidad.

En los años 2011-2013 se observa que los sellantes no se realizaban, contrario a esto los años siguientes se aumentó considerablemente al punto que con la tendencia que

lleva en 2017 (1er semestre) de 49.683 sellantes aplicados, siendo este el año de mayor número de sellantes realizados en los 7 años analizados.

Estudio de la capacidad oferta demanda:

La población contratada por las diferentes EPS y la ESE HLCI en el área de salud oral es aproximadamente 457.485. La ESE HLCI cuenta con 43 centros de salud con 45 unidades odontológicas, 63 odontólogos generales y 3 especialistas, con capacidad para atender 235.224 consultas y procedimientos, con un promedio de rendimiento de 3 consultas por hora por profesional. Teniendo en cuenta una frecuencia de uso de 1. El potencial de consultas y procedimientos sería 457.485 por lo cual estaríamos cubriendo solo el 53% de la población, es decir tenemos un déficit de atenciones al año, por lo cual se hace necesario lo siguiente:

Fortalecer nuestro servicio de salud oral habilitando más horas de promoción y prevención a nivel de consultorio las cuales pueden ser realizadas por higienistas orales quienes tendrán rendimiento por hora de 4 pacientes (cada 15 minutos) a diferencia de un odontólogo que atiende solo 3 pacientes por hora.

Aumento de 3 grupos extramurales con 3 higienistas cada grupo por localidades distritales, con el fin de triplicar nuestras atenciones de promoción y prevención y poder realizar el impacto social que requerimos.

Tener control estricto de facturación de todos los procedimientos realizados por los grupos extramurales y corregimientos.

Tener control estricto de los procedimientos realizados por los odontólogos en los centros de salud y no tener diferencias atribuidas actualmente a fallas en el sistema y conectividad.

Cabe resaltar que en nuestra información de producción hay una variación significativa en la información de nuestras actividades manuales (reportadas por los odontólogos) y sistematizadas (facturadas por el sistema) producto de los fluctuantes problemas de conectividad, y técnicos que afrontan día a día nuestro recurso humano en el área de sistemas, al ingreso de la historia clínica y la facturación de cada evento, así como dificultad del traslado de la información de nuestras zonas rurales a los centros de ingreso y posterior facturación de los servicios realizados, la cual es ingresada en el área administrativa.

APOYO DIAGNOSTICO

La ESE tiene contratado el servicio de laboratorio clínico ambulatorio y hospitalario con las siguientes EPS-s y el ente territorial:

Ambuq, Comfamiliar, Coosalud, Comfactor, Caja Copi, Mutual Ser, Nueva Eps, Comparta.

Tabla No.220

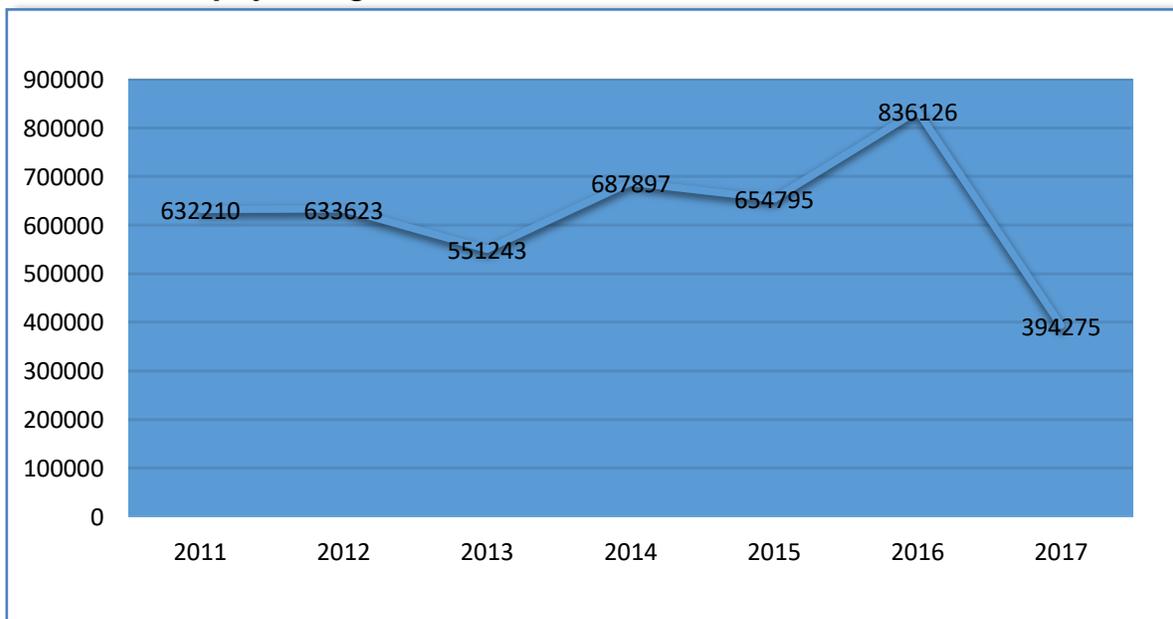
Productividad Apoyo Diagnóstico

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (Primer Semestre)
SEDE CANAPOTE							
BAYUNCA	15055	14756	10852	16034	18576	17297	10020
BOQUILLA	12581	10420	8531	15112	16261	15685	6976
CANAPOTE	27111	23232	20456	31635	33119	46021	19324
CANDELARIA	31430	30306	28204	31426	35784	43053	16174
ESPERANZA	33049	24112	22408	36222	49454	47066	19977
FATIMA	8508	9535	7644	6165	6689	6978	4387
BOCACHICA	11720	13210	11120	12453	10097	16857	5837
MANZANILLO	2179	3809	1980	2100	824	2236	844
TIERRA BAJA	2445	3767	1764	2366	1084	2224	1080
PONTEZUELA	4254	5098	3914	4954	3049	3481	1666
FOCO ROJO	12875	14678	12744	9957	14119	22778	12436
CAÑO DE ORO	3121	4564	2112	4422	1386	3038	1530
ARROYO CANOAS	1771	3275	1104	1812	892	1113	687
PUERTO REY	2581	3134	1020	1280	889	2265	1249
TIERRA BOMBA	3259	4230	2496	3683	2628	4743	2279
FREDONIA	32050	24876	22968	34937	45420	22468	12032
PUNTA CANOA	2975	3890	1260	1876	874	1081	684
PUNTA ARENA	0	0	1815	912	786	1663	602
ARROYO PIEDRA	4279	5676	3276	6654	1509	2984	1515
LIBANO	16471	19089	17508	19556	9730	0	0
SAN FRANCISCO	32856	33680	31860	41757	16127	34078	18547
ISLAS DEL ROSARIO	0	0	0	144	139	325	221
SAN PEDRO	15081	18879	16596	17766	7083	10434	6032
DANIEL LEMAITRE	6878.3	8456	6324	7219	5514	12245	7590
NUEVO PORVENIR	17780	16545	14244	16580	11749	18158	9940
ARROYO GRANDE	5439	6567	4620	7389	3178	5698	2276
SEDE NUEVO BOSQUE							
GAVIOTAS	15973	15540	13620	13383	21348	31174	11927

OLAYA	0	0	0	17457	16315	34543	17833
SAN VICENTE	14375	13008	11900	18324	10266	15324	6366
CERROS	26945	32567	30512	31153	13507	0	0
POZON	42926	43354	41016	43298	44037	70522	34054
SOCORRO	33453	32499	30084	36283	34945	47492	19448
NUEVO BOSQUE	35117	34776	32516	35690	37481	74376	39292
TERNERA	18887	18743	15188	18886	19529	26960	15276
BOSQUE	11366	13290	11160	13943	15071	28953	15787
BLAS DE LEZO	36398	33009	30076	34772	46535	56189	13455
ARROZ BARATO							
PASACABALLOS	13795	15956	13252	13490	12480	14794	11284
ARROZ BARATO	27633	23665	21271	27633	37962	39632	18226
REINAS	24420	26556	22876	25260	21389	24020	12332
NELSON MANDELA	25178	24876	20952	23914	26970	28178	15090
TOTAL	632210	633623	551243	687897	654795	836126	394275

Fuente: Coordinación Apoyo Diagnóstico

Gráfico No. 4
Productividad Apoyo Diagnóstico



Fuente: Coordinación consulta externa

ANALISIS

Teniendo en cuenta la producción de los años 2011 al 2015, se evidencia que el comportamiento no tuvo variaciones significativas, con un promedio de exámenes realizados de 631.954. Comparando la producción de estos años anteriormente mencionados con el 2016, se observa una diferencia de 204.172 exámenes, lo cual se atribuye a la apertura del programa de maternidad segura, pionero para la ESE HLCl, en la atención integral de gestantes, a las cuales se le realizan todos los exámenes de laboratorio exigidos por la norma durante todo el período de embarazo.

Estudio de capacidad de oferta-demanda

1 bacterióloga realiza lectura de muestras en número de 12 en 1 hora equivalente a 96 muestras en 8 horas.

Para una demanda de 1563 muestras diarias se necesitan 16 bacteriólogos para el servicio ambulatorio y 3 bacteriólogos que estén disponibles para el servicio hospitalario por unidad funcional.

En la actualidad se tiene un recurso humano de 12 bacteriólogos para el servicio ambulatorio, y 5 por unidad funcional para el servicio Hospitalario. Cabe resaltar que cada profesional de cada área dentro del laboratorio clínico, tiene actividades pre y post analíticas, que son necesarias para la garantía de la calidad de los resultados emitidos, y para el cumplimiento de la normatividad vigente.

El servicio de Laboratorio Clínico de la ESE HLCl, realiza todos los exámenes que se prescriben desde los diferentes servicios, como son consulta externa, pyp y urgencias. Durante este período, se ha evidenciado, que este servicio ha trabajado a libre demanda, superando la frecuencia de uso, debido a que no hay un filtro que permita controlar el número de paraclínicos que el profesional tratante le prescribe a los usuarios, provocando así, un incremento muy notorio en la producción de exámenes de laboratorio clínico, de acuerdo a lo contratado por cada una de las EPS.

Rayos X

Capacidad instalada: Se tiene un recurso humano de 4 técnicos de rayos X, quienes realizan la toma de la imagen radiológica, un médico radiólogo, encargado de realizar la lectura e interpretación de las imágenes radiológicas.

Tabla No.221

Productividad Rayos X

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (1er Semestre)
RAYOS MEDICO X	9554	18640	19628	24846	24502	25192	9148
PERIAPICAL	1800	3572	4467	1715	5618	5744	3061

Fuente: Coordinación Apoyo Diagnóstico

En lo que respecta al servicio de radiología, se requiere que este funcione simultáneamente en las sedes habilitadas para la atención, debido a que por problemas de mantenimiento de los equipos, no se puede cumplir con la demanda asignada a la ESE HLCl, afectando así la oportunidad de atención para Rayos X.

SERVICIO DE URGENCIA

En cuanto a la capacidad física instalada, es suficiente para la demanda del servicio de urgencias. Las camas de observación de pacientes presentan una sobredemanda en el cuadro de recurso humano. Esto estuvo motivado porque en la ciudad de Cartagena existe una deficiencia de camas en IPS de mediana y alta complejidad. Cuando se requiere referir un paciente hacia una IPS de mayor complejidad se presenta un estancamiento del mismo en el servicio de urgencias, por tal motivo muchos pacientes se quedan ocupando una cama de observación durante varios días en espera de cama en otra institución de mayor complejidad. Este problema no es propio de nuestra empresa, se trata de un déficit de camas hospitalarias en la ciudad que impacta negativamente en el servicio de urgencias de la ESE HLCl. Sumado a lo anterior, el médico dedica menor tiempo a la atención de otras actividades del servicio (atención de urgencias, procedimientos menores, sala de reanimación de pacientes), porque la demanda de dichos servicios es inferior a la oferta del mismo. Este tiempo restante del médico en el servicio es empleado en la actividad de observación de pacientes, lo que suple la deficiencia reflejada en el cuadro 4.

El servicio de urgencias de la ESE HLCl no requiere la ampliación del recurso humano, la cual es suficiente para la correcta prestación del servicio, esto abarca todas las actividades que realizan los médicos en el servicio (observación de pacientes, procedimientos menores, atención de triage, atención de consulta médica general por urgencias, entre otros).

Una de las fortalezas de la empresa radica en que los centros de atención de urgencias están distribuidos estratégicamente a lo largo y ancho de la geografía del distrito de Cartagena, lo que hace que seamos la única IPS que oferte el servicio de urgencias. Se requiere realizar intervenciones a la infraestructura física de nuestros centros de atención, lo cual no es posible porque los predios en donde funcionan dichos centros

no son de propiedad de la ESE HLCI, lo que hace imposible que la empresa realice inversiones a la infraestructura física de estos centros, convirtiéndose esta última consideración en una gran debilidad ya que no cumplimos con la normatividad legal vigente en cuanto a infraestructura física se refiere y no se pueden realizar las intervenciones para corregir esta debilidad.

Por otra parte hay que reorganizar el servicio de urgencias, lo cual está plasmado en el Plan de Desarrollo Institucional, en donde se propone la construcción de tres hospitales con tres centros de urgencias resolutivas, de esta manera vamos a ser mucho más resolutivos y eficientes a la hora de prestar el servicio. Tendremos unas urgencias con capacidad de atención integral y se estudiará la posibilidad de brindar servicios de medicina especializada en los servicios de urgencias que están planteados en el PDI. De igual forma está planeado brindar el servicio de hospitalización de baja y mediana complejidad, lo cual ampliará la oferta de camas hospitalarias en el Distrito y será una unidad de negocios con mucha demanda debido al déficit de camas hospitalarias referido anteriormente.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

La ESE Hospital Local Cartagena de Indias, oferta el servicio de transporte asistencial básico y medicalizado de pacientes a nuestros usuarios, para lo cual la empresa suscribe contratos de asociación con un operador externo que nos preste el servicio. Este contrato se ha venido firmando con diferentes operadores desde el periodo informado, es decir desde el año 2011 hasta la presente fecha.

Con la suscripción de contratos de asociación, las empresas que nos han suministrado el servicio se han obligado desde el año 2011 hasta la actualidad a poner a disposición de la ESE ocho (08) ambulancias de transporte terrestre de pacientes (De las cuales, dos (02) ambulancias son TAM y seis (06) son TAB). De igual forma se obligan a operativizar una ambulancia TAB terrestre de propiedad de la empresa y operar la ambulancia marítima que la empresa tiene cedida por medio de un comodato suscrito con el ente distrital. Esta operación incluye todos los costos y gastos de esas ambulancias, tales como recurso humano, insumos, medicamentos, combustible, mantenimientos correctivos y preventivos, entre otros.

La asociación permite que la entidad declare y habilite ante el registro único de prestadores las diez ambulancias, así mismo se opera el servicio de referencia y contrarreferencia de pacientes, para lo cual se dispone de su centro de referencia (PRAT: programa de referencia asistencial y traslados), desde el cual se coordina todos y cada uno de los desplazamientos que realizan las ambulancias objeto del contrato de asociación. Cabe anotar que la entidad le cede la operación al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias del Distrito de tres (03) ambulancias TAB y la ambulancia marítima, esto dentro del contrato suscrito con el ente distrital de control para la referencia de la población pobre no asegurada y los casos de atención domiciliaria y APH que se puedan presentar en la ciudad. De esta manera se establece que la ESE

HLCI opera su servicio de referencia y contrarreferencia de pacientes con dos (02) ambulancias TAM y cuatro (04) ambulancias TAB y le cede al Distrito de Cartagena tres (03) ambulancias TAB y la ambulancia marítima para lo descrito anteriormente. La institución tiene distribuidas las ambulancias estratégicamente en los siguientes centros de atención de urgencias:

CSCC de Nuevo Bosque: Lugar de base de una ambulancia TAM

CSCC de Blas de Lezo: Lugar de base de ambulancia TAM

CSCC de Canapote: Lugar de base de ambulancia TAB

CSCC de Pozón: Lugar de base de ambulancia TAB

CSCC de Boquilla: Lugar de base de ambulancia TAB

CSCC de Olaya Herrera: Lugar de base de ambulancia TAB

CSCC de la Boquilla: Lugar de base de ambulancia TAB

CSCC de Arroz Barato: Lugar de base de ambulancia TAB

CSCC de Esperanza: Lugar de base de ambulancia TAB

PS de Caño del Oro: Lugar de base de ambulancia Marítima.

Las ambulancias que deben hacer base en los CSCC de: Arroz Barato, Bayunca y Boquilla son operadas por el CRUE y ellos son los que definen su sitio base. En la actualidad estas tres ambulancias TAB realizan su base en las tres sedes del cuerpo de bomberos de la ciudad, las cuales están distribuidas estratégicamente en la ciudad y quedan ubicadas en los barrios: Bosque, Santa Lucía y Bocagrande.

La entidad en la actualidad tiene el contrato de asociación suscrito con la empresa médicos y auditores, el costo mensual está alrededor de los \$196.000.000 aproximadamente, como se había mencionado anteriormente. Este monto cubre todos los costos y gastos de operación del servicio. Los recursos para el pago de esta suma se deducen de los diferentes contratos por capitación que la ESE HLCI tiene actualmente suscritos con las EPS que nos contratan el servicio de transporte asistencial básico de pacientes bajo esta modalidad.

Los traslados medicalizados y marítimos son cobrados por la empresa bajo la modalidad de eventos, el valor de los mismos está detallado en la resolución 0029 del 30 de enero del presente año, la cual establece las tarifas para el cobro de estos servicios por parte de la empresa.

1.1.1.3.5 Servicios por Centros de Costos. CUADRO 6 PSFF

Tabla No. 222
Análisis de la Productividad

Verifique los valores que sobrepasan el 100% y explique la razón (Columnas K y L)											
UNIDAD FUNCIONAL		CENTRO DE COSTOS		INSTALACION FÍSICA			OFERTA DISPONIBLE AÑO (CAPACIDAD FÍSICA)	OFERTA REAL AÑO (OFERTA CON PROFESIONALES)	SERVICIOS PRESTADOS - PRODUCCION DEL AÑO	PRODUCTIVIDAD CAPACIDAD FÍSICA (C/A)	PRODUCTIVIDAD DEL RECURSO HUMANO (C/B)
CO D	UNIDAD	CO D	CENTRO	Año	COD	INSTALACION FÍSICA	A	B	C	D = C/A	E = C/B
	Urgencias	1.1	Consulta y procedimientos	2015	1.1.01	No. Consultorios de Triage	25416	15811,2			
				2015	1.1.02	No. Consultorios de Urgencias	364608	342576	249427	68,41%	72,81%
				2015	1.1.04	No. Salas de Reanimación	1684,8	2635,2	0	0,00%	0,00%
				2015	1.1.05	No. Salas de Procedimientos Menores	40305,6	31622,4	16936	42,02%	53,56%
		1.2	Observación	2015	1.2.01	No. Salas de enfermedades respiratorias agudas – ERA	233280	0	0	0,00%	0,00%
				2015	1.2.03	No. Camillas de Observación	342748,8	40713,84	50847	14,84%	124,89%
2	Servicios ambulatorios	2.1	Consulta externa y procedimientos	2015	2.1.01	No. Consultorios Médicos	598344	553132,8	504588	84,33%	91,22%
		2.2	Actividades de promoción y prevención	2015	2.2.01	No. Consultorios Enfermería	384252	477312	279800	72,82%	58,62%
				2015	2.2.02	No. Consultorios Múltiples	268488	228031,2			
		2.4	Actividades de salud oral	2015	2.4.01	No. Consultorios Odontología	319536	274032	228141	71,40%	83,25%
2.6	Consulta especializada	2015	2.6.01	No. Consultorios Especializados	3936	3936	1300	33,03%	33,03%		
3		3.3	Estancia General	2015	3.3.01	No. Camas General Adultos	142560	10800	201	0,14%	1,86%
				2015	3.3.05	No. Camas Quirúrgica	0	0	606	0,00%	0,00%
4	Quirófanos y Salas de Parto	4.1	Salas de Parto	2015	4.1.01	No. Salas de Parto	0	0	606	0,00%	0,00%
5	Apoyo Diagnóstico	5.1	Anatomía patológica	2015	5.1.01	No. Salas de toma de muestras citologías cervico-uterinas	0	98928	21291	0,00%	21,52%
		5.2	Imagenología	2015	5.2.01	No. Unidades de Radiología e imágenes diagnóstico	129600	0	24502	18,91%	0,00%
				2015	5.2.03	No. Unidades de Radiologías Odontológicas	18432	0	5612	30,45%	0,00%

				2015	5.3.01	Laboratorio clínico	3024000	864000	117135	3,87%	13,56%		
		5.3	Laboratorio Clínico	2015	5.3.02	No. Unidades de toma de muestras de laboratorio clínico	299232	322608	525453	175,60%	162,88%		
Volver a la lista				Año :			2016	75:137	75	137			
UNIDAD FUNCIONAL		CENTRO DE COSTOS		INSTALACION FÍSICA			OFERTA DISPONIBLE AÑO (CAPACIDAD FÍSICA)	OFERTA REAL AÑO (OFERTA CON PROFESIONALES)	SERVICIOS PRESTADOS - PRODUCCION DEL AÑO	PRODUCTIVIDAD CAPACIDAD FÍSICA (C/A)	PRODUCTIVIDAD DEL RECURSO HUMANO (C/B)		
CO D	UNIDAD	CO D	CENTRO	Año	COD	INSTALACION FÍSICA	A	B	C	D = C/A	E = C/B		
	Urgencias	1.1	Consulta y procedimientos	2016	1.1.01	No. Consultorios de Triage	254016	16588,8					
				2016	1.1.02	No. Consultorios de Urgencias	364608	359424	283532	77,76%	78,89%		
				2016	1.1.04	No. Salas de Reanimación	1684,8	2764,8	0	0,00%	0,00%		
				2016	1.1.05	No. Salas de Procedimientos Menores	39009,6	33177,6	33798	86,64%	101,87%		
		1.2	Observación	2016	1.2.01	No. Salas de enfermedades respiratorias agudas - ERA	207360	0	0	0,00%	0,00%		
				2016	1.2.02	No. Salas de Rehidratación Oral	0	0	0	0,00%	0,00%		
				2016	1.2.03	No. Camillas de Observación	342748,8	42716,16	55351	16,15%	129,58%		
				2016	1.2.04	No. Salas Especiales	0	0					
		2	Servicios ambulatorios	2.1	Consulta externa y procedimientos	2016	2.1.01	No. Consultorios Médicos	572880	534547,2	419880	73,29%	78,55%
				2.2	Actividades de promoción y prevención	2016	2.2.01	No. Consultorios Enfermería	337788	460416	311978	92,36%	67,76%
2016	2.2.02					No. Consultorios Múltiples	189288	207439,2					
2.4	Actividades de salud oral			2016	2.4.01	No. Consultorios Odontología	234864	274032	213049	90,71%	77,75%		
2.6	Consulta especializada			2016	2.6.01	No. Consultorios Especializados	3936	3936	1868	47,46%	47,46%		
3		3.3	Estancia General	2016	3.3.01	No. Camas General Adultos	142560	10800	114	0,08%	1,06%		
				2016	3.3.05	No. Camas Quirúrgica	0	0	515	0,00%	0,00%		

4	Quirófanos y Salas de Parto	4.1	Salas de Parto	2016	4.1.01	No. Salas de Parto	0	0	515	0,00%	0,00%
5	Apoyo Diagnóstico	5.1	Anatomía patológica	2016	5.1.01	No. Salas de toma de muestras citologías cervico-uterinas	0	91800	19616	0,00%	21,37%
		5.2	Imagenología	2016	5.2.01	No. Unidades de Radiología e imágenes diagnóstico	129600	0	25192	19,44%	0,00%
				2016	5.2.03	No. Unidades de Radiologías Odontológicas	18432	0	5744	31,16%	0,00%
		5.3	Laboratorio Clínico	2016	5.3.01	Laboratorio clínico	1987200	864000	176586	8,89%	20,44%
2016	5.3.02			No. Unidades de toma de muestras de laboratorio clínico	301152	288528	643740	213,76%	223,11%		
<u>Volver a la lista</u> Año :							2017	138:200	138	200	
UNIDAD FUNCIONAL		CENTRO DE COSTOS		INSTALACION FÍSICA			OFERTA DISPONIBLE AÑO (CAPACIDAD FÍSICA)	OFERTA REAL AÑO (OFERTA CON PROFESIONALES)	SERVICIOS PRESTADOS - PRODUCCION DEL AÑO	PRODUCTIVIDAD CAPACIDAD FÍSICA (C/A)	PRODUCTIVIDAD DEL RECURSO HUMANO (C/B)
CO D	UNID AD	CO D	CENTRO	Año	COD	INSTALACION FÍSICA	A	B	C	D = C/A	E = C/B
1	Urgencias	1.1	Consulta y procedimientos	2017	1.1.01	No. Consultorios de Triage	228096	15811,2			
				2017	1.1.02	No. Consultorios de Urgencias	355968	342576	137208	38,55%	40,05%
				2017	1.1.03	No. Salas de Yeso	0	0	0	0,00%	0,00%
				2017	1.1.04	No. Salas de Reanimación	1555,2	2635,2	0	0,00%	0,00%
				2017	1.1.05	No. Salas de Procedimientos Menores	38880	31622,4	17672	45,45%	55,88%
		1.2	Observación	2017	1.2.01	No. Salas de enfermedades respiratorias agudas – ERA	129600	0	0	0,00%	0,00%
				2017	1.2.03	No. Camillas de Observación	308188,8	40713,84	23885	7,75%	58,67%
2	Servicios ambulatorios	2.1	Consulta externa y procedimientos	2017	2.1.01	No. Consultorios Médicos	567264	538771,2	220286	38,83%	40,89%
		2.2	Actividades de promoción y prevención	2017	2.2.01	No. Consultorios Enfermería	326448	433536	156389	47,91%	36,07%
				2017	2.2.02	No. Consultorios Múltiples	237120	200455,2			
		2.4	Actividades de salud oral	2017	2.4.01	No. Consultorios Odontología	247632	256176	110718	44,71%	43,22%

		2.6	Consulta especializada	2017	2.6.01	No. Consultorios Especializados	3936	3936	1109	28,18%	28,18%
3		3.3	Estancia General	2017	3.3.01	No. Camas General Adultos	0	10800	0	0,00%	0,00%
				2017	3.3.05	No. Camas Quirúrgica	0	0	206	0,00%	0,00%
4	Quirófanos y Salas de Parto	4.1	Salas de Parto	2017	4.1.01	No. Salas de Parto	0	0	206	0,00%	0,00%
				2017	4.2.03	No. Quirófanos Urgencias	0	2376			
5	Apoyo Diagnóstico	5.1	Anatomía patológica	2017	5.1.01	No. Salas de toma de muestras citologías cérvico-uterinas	0	85860	13665	0,00%	15,92%
				2017	5.2.01	No. Unidades de Radiología e imágenes diagnóstico	112320	0	9148	8,14%	0,00%
		2017	5.2.03	No. Unidades de Radiologías Odontológicas	12672	0	3061	24,16%	0,00%		
		5.3	Laboratorio Clínico	2017	5.3.01	Laboratorio clínico	3283200	864000	72071	2,20%	8,34%
				2017	5.3.02	No. Unidades de toma de muestras de laboratorio clínico	316512	279024	322204	101,80%	115,48%

Fuente: Subgerencia Científica

ANÁLISIS DE LA PRODUCTIVIDAD GENERAL DE LA ESE. Cuadro N° 6.

La ESE H. L. C. I desde el año 2015 mantiene una oferta de consultorios de triage estable que han permitido la operación de los servicios urgencias, de forma continuada y sin alteraciones funcionales. La productividad de los consultorios de atención de urgencias en la parte física se ha mantenido entre en el 68% y 78% en los años 2015 y 2016 mientras que lo que va corrido del 2017 la proyecciones ubica en un aproximadamente el 79%. En cuanto a la productividad del recurso humano de este servicio ha mantenido un comportamiento levemente por encima de la oferta física. No hay registros de servicios prestados a nivel de sala de reanimación. En cuanto a las sala de procedimientos menores la capacidad física y la productividad del recurso humano mantienen un comportamiento similar en el 2015 alrededor del 50%, mientras que en 2016 sube al 86% la productividad física y la del recurso humano sobrepasa en 1,875 su capacidad programada, probablemente por aumento en la demanda de servicios, esta tendencia se mantiene para el 2017. No se registra la productividad de las salas de terapia respiratorias para patologías agudas. En cuanto a las camillas de observación, la productividad de la capacidad física contrasta con la del recurso humano, la primera tiene registros menores del 20% mientras que la segunda está por encima del 100% en más de 24% esta tendencia tiene a disminuir un poco para el

2017. Esto último se debe muy probablemente a que al momento de la programación de las horas médico para camilla d observación estas se están programando de forma inadecuada, por debajo de la real demanda requerida. El análisis de los servicios ambulatorios nos permite afirmar que la oferta instalada tanto física como de horas recurso humano para la consulta externa se han mantenido, la productividad física se ha mantenido entre el 73,29% y 84,33%, mientras que la productividad horas recuso humano ha estado entre el 78,55% y el 91,225, estas tendencias se mantienen en la proyección del 2017. No se mide la productividad por consultorios múltiples. A nivel de los consultorios de Odontología la productividad física ha estado entre el 71,4% y el 90,71% esta tendencia se mantiene en el 2017, de igual forma la productividad del recurso humano se mantiene en valores entre el 77,75% y menor del 90%. La ESE oferta servicios especializados de Ginecología, la productividad de estos tanto en el componente físico como humano ha estado por debajo del 60% y por encima del 33%. Los servicios de hospitalización de la ESE han mantenido un comportamiento irregular, con tendencia a su no prestación, los registros han venido cayendo hasta ser 0 en al presente vigencia. Se tiene la percepción que son onerosos para la empresa. A pesar de no haber en uso quirófano algunos procedimientos menores son registrados.

La empresa en el 2015 inicia la operación del programa maternidad segura para lo cual acondicionó un área para la atención ambulatoria y otras para la atención de parto y puerperio en los hospitales de Arroz barato, Pozón y Canapote, también tiene sedes para CPN en Bosque, Socorro y ternera.El programa se ha venido desarrollando bajo un modelo de contratación por Asociación, que consiste en definir un porcentaje de participación al Contratista/Asociado, sobre las ventas totales generadas y recaudadas por los servicios de Control prenatal y Hospitalización obstétrica, en el que la Asociada asume el riesgo de la gestión integral, respetando unos estándares de Cobertura y calidad en los procesos de atención integral a la gestante en la ESE, afiliada a las aseguradoras.

La atención integral de la población obstétrica permite a la ESE la generación de Ingresos por tres conceptos a saber:

- ✓ La atención en control prenatal
- ✓ La atención en hospitalización
- ✓ La atención integral del parto

En el año 2015 se hicieron 34.789 atenciones a pacientes en control prenatal, 39.919 en el 2016. En el 2015 se atendieron 550 partos y 479 en el 2016.

Para el caso de la oferta de toma de muestras para citologías cervico uterinas no se dispone de una infraestructura específica para este servicio sin embargo este se presta en las tomas de muestras de los diferentes centros tipo B y C, hay subregistros. A nivel de las unidades para toma de muestra de laboratorio clínico se observa que tanto la productividad de la capacidad física, como al del recurso humano están por muy encima del 100%, incluso la tendencia está por encima del 200%, este comportamiento

estadístico recoge en gran medida el mal uso de las ayudas diagnósticas en la práctica clínica de la empresa.

ANALISIS DE SEDES

Una de los principales problemas que tiene la empresa con las sedes asistenciales es la no planeación estratégica de los portafolios de servicios ofertados y el cumplimiento de las condiciones de habilitación de las sedes. De igual forma la no titularidad de estos bienes, ya que solo la sede de Arroz Barato está a nombre de la ESE. La situación generada por la no titulación incide en el dominio de los bienes ya que estos aparecen a nombre del distrito o en dominio por el y desde la DTS o el despacho del Alcalde se han definido en los últimos años la remodelaciones y adecuaciones. Resignándose la empresa a adoptar planes de contingencia por estas intervenciones que algunos casos demoran años, afectando de manera marcada la prestación de servicios, muchas veces sin tener en cuenta las necesidades puntuales o las proyecciones organizacionales de la ESE. De igual forma, esto se convierte en una limitante para planificar el desarrollo de los servicios, caso especial se generó con la entrega en comodato de la remodelada sede de San Fernando a otra ESE de orden departamental, quien a su vez la opera a través de un asociado privado. También la ambigüedad de la propiedad limita disponer acciones puntuales de adecuaciones, para las cuales se debe contar con el visto bueno del distrito de manera previa. De las otras 42 sedes la empresa las posee desde hace más de 10 años y otras desde mucho antes, la definición de la titulación se ha trabajado ante el distrito y el Instituto Agustín Codazzi sin resultados positivos a la fecha, esta situación ocasiona problema para la valoración patrimonial de la entidad y repercute en su desempeño contable, fiscal y financiero y especialmente en la condición de autonomía institucional. Los títulos de propiedad continúan 30 a nombre de la Alcaldía Distrital de Cartagena de Indias, 2 a nombre de la Gobernación de Bolívar, Otras 5 a nombre de particulares, dentro de los que se relacionan 2 entidades sin ánimo de lucro y 3 particulares. De estas, 22 sedes operativas han sido objeto de intervenciones para mejoramiento de la infraestructura física por parte del Distrito de Cartagena. De las cuales, en el presente año se han recibido obras concluidas de las sedes: Pontezuela, Fátima, Caño del Oro y Arroyo de Piedra. Sin embargo, el largo periodo de tiempo de la intervención y la situación inconclusa de la infraestructura asistencial de algunas sedes asistenciales como del Hospital Local El Pozón, Hospital Local Canapote, CS el Socorro, etc., obligó a la realización de planes de contingencia, por período mayor de 12 meses, improvisándose sitios no adecuados para la atención de los usuarios y pacientes, situación que ha traumatizado la operación y disminuye la eficiencia institucional, en lo asistencial, administrativo y económico, desde hace algo más de un año. En el caso del Centro de Salud con Camas los Cerros, esta fue demolida totalmente y no se definió sede alterna por lo que el flujo de usuarios se distribuyó entre los centros de salud de Nuevo Bosque y Bosque. Otra situación relacionada con algunas sedes es su estado general, algunas están en muy mal estado, pues son casas que fueron adaptadas para prestar servicios de salud y ya tienen más de 20 años de construidas, algunas como el caso de la del corregimiento de Pasacaballos están en estado precario y no permiten

garantizar la prestación de servicios con estándares mínimos de calidad. Respecto de la sede que evidencia el problema jurídico, se trata del centro de salud de Nelson Mandela, cuyo inmueble fue dado en comodato a la ESE HLCI, mediante Contrato 732 del 22 de octubre de 2005, por un plazo de cinco años. En el contrato se estipulaba la facultad del comodatario para contratar un operador externo, por lo que se arrendó parte de las instalaciones a la Clínica Regional de la Costa – CREC, a fin de que prestara ciertos servicios de salud a nombre de la ESE HLCI. Para el año 2014, luego de múltiples requerimientos de la ESE para que la CREC desocupara el inmueble en virtud de la terminación del arrendamiento y la inoperancia de varios inmobiliarios y equipos médicos de esta clínica, la Alcaldía Mayor de Cartagena, a través de la Resolución No. 059 del 18 de noviembre de la misma anualidad, ordena la restitución del bien fiscal por indebida ocupación, teniendo en cuenta la culminación del contrato de comodato; ejecutándose para tales efectos la diligencia de lanzamiento, tanto de la ESE HLCI como de la CREC. En la actualidad cursa en el Tribunal Administrativo de Bolívar, demanda por el medio de control de reparación directa Rad. 640-2015, formulada por la Clínica Regional de la Costa CREC, en contra del Distrito de Cartagena y la ESE HLCI, debido a los perjuicios causados por el lanzamiento, argumentándose además que la ESE tuvo injerencia en dicha actuación. El proceso se encuentra pendiente para apertura de etapa probatoria.

Es importante, resaltar que hay una gran expectativa por la reapertura formal de las sedes intervenidas, las cuales, se espera cumplan con los criterios de calidad médico arquitectónicos que permitan llenar los criterios mínimos de habilitación y redefinir su destinación final dentro del portafolio de la oferta, de igual forma, de cómo afectaran el presupuesto de la empresa para cumplir con su funcionamiento, por lo que debe revisarse el rol a desarrollar dentro de la organización de Subredes proyectadas por el distrito. La empresa trabaja en los proyectos para establecer cuál debe ser la capacidad instalada requerida para ser adecuadamente resolutivas acorde a visión de la Empresa de operar a partir del año 2018 como Prestador Primario, es decir precisar cuáles de estas sedes desarrollaran alternativamente servicios asistenciales completos de Prestador Primario, urgencias, p y p y de gestión del riesgo en salud. Mención especial merece la sede operativa del centro de atención integral, ubicada en el Barrio el Pozón, en la cual se pudiera centralizar la oferta para la población víctima del conflicto armado, que en la ciudad de Cartagena esta alrededor de los 60.000 usuarios. Dos (2) de las 43 sedes que opera la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, hoy tienen un cierre temporal, debido a que la edificación de una presenta un problema jurídico y la segunda que fue demolida por el Distrito y la fecha no se ha iniciado la intervención.

1.1.1.4. CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

1.1.1.4.1 Sistema único de Habilitación

Para realizar el monitoreo del cumplimiento del SOGC en cada una de las sedes que pertenecen a la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, a través del proceso de mejora continua llamado Gestión de Calidad, se realizan dos ciclos anuales de verificación y seguimiento al cumplimiento de los estándares de habilitación, según la Resolución 2003 de 2014. En el primer semestre del año se hace el diagnóstico del cumplimiento de los estándares de habilitación por cada uno de los servicios ofertados en la sede o centro de atención y en el segundo semestre del año se hace el seguimiento a los planes de mejora y la valoración de la mejora en el cumplimiento de estos estándares.

La última visita de verificación de las condiciones de habilitación realizada por el DADIS, fue en octubre de 2015 a la sede Hospital Arroz Barato, obteniendo se la certificación del cumplimiento de los servicios en esta sede. Teniendo en cuenta las falencias que especialmente se presentan en el estándar de infraestructura en muchos de nuestros centros de atención, la Administración Distrital asumió un proyecto para la intervención de 39 de las sedes, pero que finalmente no se cumplió en su cobertura y a la fecha solo se han recibido las sedes de Pontezuela, Arroyo de Piedra, Caño del Oro y Fátima. Obras inconclusas a la fecha, Socorro, Los Cerros, Pozón, Canapote, Daniel Lemaitre y Bocachica.

El servicio de urgencias del Centro de Salud con cama Pasacaballos no se encuentra habilitado, pero por decisión del DADIS y ante la solicitud de la comunidad, comunicando que es el único prestador que ofrece este servicio, se permite la atención. Este Centro fue propuesto para la intervención, pero el proyecto no culminó ya que se requiere de un área diferente a la actual.

Los resultados de la evaluación con estándares de habilitación según la Resolución 2003 de 2014, para este primer semestre de 2017 se presentan a continuación agrupados en:

Centros denominados Hospitales:

Centros denominados Centros de Salud con cama

Centros denominados Centros de salud

Centros denominados Puestos de salud zona rural e insular

Tabla No. 223

Resultado de verificación de condiciones de habilitación hospitales de la ESE HLCI

SERVICIO	HOSPITALES					
	ARROZ BARATO		CANAPOTE		POZON	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	74,67	25,33	94,50	5,50	72,25	27,75
ODONTOLOGICA	56,86	43,14	85,17	14,67	53,17	46,83
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	66,33	33,67	82,60	17,40	60,40	39,60
VACUNACION	80,67	19,33	87,20	12,80	80,40	19,60
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	65,83	34,17	86,60	13,40	65,80	34,20
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	95,29	4,71	95,29	4,71	50,00	50,00
URGENCIAS	71,57	28,43	36,33	63,67	31,33	68,67
HOSPITALIZACION	70,71	29,29	0,00	0,00	0,00	0,00
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	81,67	18,33	0,00	0,00	50,00	50,00
FARMACIA	74,33	40,00	53,00	47,00	57,60	42,40
P Y P MEDICO	66,33	33,67	78,60	21,40	66,60	33,40
ECOGRAFIA	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PSICOLOGIA	70,00	30,00	0,00	0,00	58,25	41,75
LABORATORIO	95,29	4,71	0,00	0,00	0,00	0,00
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	74,94	25,06	77,70	22,28	58,71	41,29

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2017 I semestre.

Tabla No.224

Resultado de verificación de condiciones de habilitación Centros de salud con cama de la ESE HLCI

SERVICIO	BAYUNCA		BLAS DE LEZO		BOQUILLA		CANDELARIA		ESPERANZA		NELSON MANDELA		NUEVO BOSQUE		OLAYA		PASACABALLOS	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	80,5	19,5	72,5	27,5	78,33	21,67	64	36	38,75	61,25	87,17	12,83	71,4	28,6	71,4	28,6	40,83	59,17
ODONTOLÓGICA	85,14	14,86	67	33	76,14	23,86	65,29	34,71	46,5	53,5	70,14	29,86	67	33	71,71	28,29	52,5	47,5
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	73,5	26,5	67	33	75,83	24,17	63,17	36,83	63,5	19,83	80,5	19,5	67	33	66,33	33,67	62,17	37,83
VACUNACION	80	18,5	70	30	90,83	9,17	64,83	35,17	70,67	29,33	84,5	15,5	71,17	28,83	74,5	25,5	75,17	24,83
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	58,33	41,67	70	30	83,33	16,67	72,5	27,5	66,67	16,67	83,33	16,67	83,33	16,67	61,17	38,83	40,5	59,5

TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	78,33	21,67	70	30	82,86	17,14	67,86	32,14	28,57	71,43	42,86	57,14	95,29	4,71	71,71	28,29	42,86	57,14
URGENCIAS	44,71	55,29	75	25	79,29	20,71	64,29	35,71	23,86	47,57	24,29	75,71	65,71	34,29	69,29	30,71	23,29	76,71
HOSPITALIZACION	0	0	70	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	0	0	69,86	30,14	0	0	0	0	33,33	66,67	0	0	0	0	0	0	0	0
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	0	0	67	33	85	15	53	47	0	0	85	15	62	38	64	36	0	0
FARMACIA	79,17	20,83	60	40	81,67	18,33	61,67	38,33	66,17	33,83	86,67	13,33	74,5	25,5	74,5	25,5	55,5	44,5
P Y P MEDICO	70,5	29,5	60	40	78,33	21,67	63,17	36,83	68,33	31,67	79	21	67	33	66,33	33,67	67	33
ECOGRAFIA	0	0	80	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PSICOLOGIA	86,83	12	60	40	72,4	27,6	70	30	50	50	0	0	76	24	64	36	0	0

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2017 I semestre

Tabla No.225

Resultado de verificación de condiciones de habilitación Puestos de Salud de la ESE HLCI zona rural

SERVICIO	PUNTA CANOAS		PUNTA ARENA		TIERRA BOMBA		BOCACHICA		PONTEZUELA	
	CUMPL E	NO CUMPL E								
CONSULTA EXTERNA	39,00	61,00	76,20	23,80	76,67	23,33	55,17	44,83	90,00	10,00
ODONTOLOGICA	87,33	29,33	65,83	34,17	77,14	22,86	80,33	19,67	81,43	18,57
CONSULTA PROMOCION Y PREVENICION	68,50	31,50	44,40	55,60	75,83	24,17	60,67	39,33	73,50	26,50
VACUNACION	70,33	29,67	77,60	22,40	86,67	13,33	77,83	22,17	88,83	11,17
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	61,83	38,17	60,00	40,00	75,83	24,17	42,83	57,17	61,83	38,17
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	71,43	28,57	66,67	33,33	75,71	24,29	57,14	42,86	42,86	57,14
URGENCIAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HOSPITALIZACION	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FARMACIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
P Y P MEDICO	73,83	23,83	42,60	57,40	76,67	23,33	66,67	33,33	79,67	20,33
ECOGRAFIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PSICOLOGIA	0,00	0,00	55,60	44,40	70,00	30,00	77,83	22,17	0,00	0,00
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	67,47	34,58	61,11	38,89	76,82	23,18	64,81	35,19	74,02	25,98

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2017 I semestre

Observación a la fecha no se ha terminado la auditoria de Arroyo Grande, Arroyo de las Canoas, Caño del Oro, Puerto Rey, Manzanillo, Tierra Baja y Arroyo de Piedra.

Tabla No.226

Resultado de verificación de condiciones de habilitación Centros de salud de la ESE HLCI zona urbana

SERVICIO	BOSQUE		BOSTON		DANIEL LEMAITRE		FATIMA		FOCO ROJO		FREDONIA		GAVIOTAS	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	77,50	22,50	94,50	5,50	55,17	44,83	79,00	21,00	86,17	13,83	89,33	10,67	88,50	11,50
ODONTOLOGICA	76,57	22,00	0,00	0,00	59,67	40,33	75,50	25,33	71,50	28,50	68,86	31,57	93,00	7,00
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCIÓN	83,33	16,67	88,83	11,17	71,67	28,33	81,00	19,00	89,00	11,00	76,17	23,83	85,17	14,83
VACUNACION	90,83	9,17	0,00	0,00	81,83	18,17	91,00	9,00	88,83	11,17	89,67	10,33	90,33	9,67
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	81,00	19,00	80,00	20,00	26,17	73,83	83,00	17,00	50,00	50,00	76,17	23,83	63,83	36,17
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	71,43	28,57	0,00	0,00	42,86	57,14	76,67	23,33	71,43	28,57	85,71	14,29	57,14	42,86
URGENCIAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HOSPITALIZACION	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FARMACIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
P Y P MEDICO	82,50	17,50	0,00	0,00	65,50	34,50	81,00	19,00	81,83	18,17	80,00	20,00	82,83	17,17
ECOGRAFIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PSICOLOGIA	0,00	0,00	0,00	0,00	69,71	30,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	77,83	22,17
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	80,45	19,34	87,78	12,22	59,07	40,93	81,02	19,10	76,97	23,03	80,84	19,22	79,83	20,17

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación auditoría interna ESE HLCI Año 2017 I semestre

Tabla No.227

Resultado de verificación de condiciones de habilitación Centros de salud de la ESE HLCI zona urbana

SERVICIO	GAVIOTAS		NUEVO PORVENIR		REINAS		SAN PEDRO Y LIBERTAD		SAN VICENTE		SOCORRO		TERNERA		SAN FRANCISCO	
	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE	CUMPLE	NO CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	88,5	11,5	81,5	18,5	89	11	66,71	33,29	90	10	83,25	16,75	67	33	69,6	30,4
ODONTOLOGICA	93	7	75,29	24,71	72,71	27,29	79,71	20,29	81,43	18,57	77,33	22,67	76,43	23,57	66,14	33,86
CONSULTA PROMOCION Y PREVENCION	85,17	14,83	70	30	67,67	32,33	80,17	19,83	73,5	26,5	78,6	21,4	73,5	24,83	70,5	29,5
VACUNACION	90,33	9,67	84,83	15,17	82,17	17,83	88,5	11,5	88,83	11,17	100	0	78,33	21,67	82,33	17,67
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIA	63,83	36,17	88	12	83,33	16,67	40,5	59,5	61,83	38,17	100	0	66,17	33,83	59,83	40,17
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO	57,14	42,86	85,71	14,29	85,71	14,29	71,43	28,57	42,86	57,14	33,33	66,67	64,29	35,71	57,14	42,86
URGENCIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HOSPITALIZACION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FARMACIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P Y P MEDICO	82,83	17,17	76,17	23,83	67,67	32,33	57	43	79,67	20,33	86,6	13,4	73,5	26,5	59,83	40,17
ECOGRAFIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PSICOLOGIA	77,83	22,17	66,67	33,33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	79,83	20,17	78,52	21,48	78,32	21,68	69,15	30,85	74,02	25,98	79,87	20,13	71,32	28,45	66,48	33,52

Fuente: Instrumentos de verificación de condiciones de habilitación Auditoría Interna ESE HLCI Año 2017 I semestre

El análisis de la evaluación de medir el cumplimiento en los estándares de habilitación se ve claramente que muy pocos servicios cumplen con todos los requisitos. El estándar con mayores dificultades es el de infraestructura, debido a las edificaciones de las sedes operativas en su gran mayoría tienen más de 20 años de haber sido acondicionadas. Por estar en la titularidad o su dominio a nombre del Distrito. Este ha venido realizando de forma autónoma la intervención en la infraestructura hace más de 18 meses, las adecuaciones han traído muchos inconvenientes en el proceso funcional de los servicios, debido a que los planes de contingencia de arriendo de viviendas o atenciones en ambientes adaptados no han sido efectivos. Los retrasos en las obras, o hasta la paralización de estas, siguen generando muchos inconvenientes, tanto para los usuarios como para los funcionarios.

Es necesario el análisis del estado de la planta física de las sedes no intervenidas, para precisar cuántas requieren solo mantenimiento, cuales demolición, o cuales deben ser reacondicionadas para adaptarlas a la propuesta de operación como **Prestador Primario**. Lo anterior debido a que el proyecto de adecuación inicialmente contemplaba la intervención de 39 de los 43 centros, pero esta solo la realiza en 13 aproximadamente.

Otro elemento que incide en el cumplimiento de los estándares de habilitación y de calidad en general, es la alta rotación de personal, tanto en la parte documental de soportes de idoneidad, como en la aplicación y mantenimiento de los procesos, no permite la adherencia en un porcentaje alto, debido a que en algunas ocasiones el recurso humano es capacitado y entrenado y posteriormente se desvincula de la institución.

Teniendo en cuenta que el proceso de evaluación del desempeño solo se realiza a una pequeña porción de los funcionarios, se tiene herramientas que no son efectivas, para evaluar a los funcionarios que tienen una vinculación a través de un tercero.

1.1.1.4.2 Sistema Único de Acreditación:

La ESE HLCl, desde el año 2012 definió la evaluación de los estándares de acreditación seguir la Resolución 123 de 2012, como el referente para la elaboración del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad. El alcance de esta evaluación solo pretendía establecer estos estándares como la calidad esperada de los procesos, nunca la intencionalidad fue así la presentación de la ESE para Acreditarse, teniendo en cuenta las falencias que sobre el tema de habilitación se tiene a la fecha.

Sobre este componente la ESE ha trabajado en las dos políticas que son su pilar; la política de humanización y la de Seguridad del Paciente.

Referente a la **política de humanización**: se elaboró material informativo sobre los deberes y derechos, que están publicados en salas de esperas del 100% de las sedes; se hizo en el 2015 una jornada de sensibilización sobre humanización, a través de convenio con el SENA, se hizo un diplomado con Icontec en el 2015 para 25 personas.

Este año en la implementación de la Política se realizó durante el mes de junio la elección de los equipos de humanización, actividad liderada por el proceso de Gestión del Talento Humano. Para que la implementación sea efectiva se requiere la designación del tiempo y los recursos con los cuales se podrán, realizar todas las actividades de sensibilización, educación y motivación sobre la política.

En cuanto a la **Política de Seguridad del Paciente**, se tiene un recurso humano exclusivo en Gestión de Calidad, para el fomento, la búsqueda y evaluación de los eventos adversos. Se cuenta con un Comité Central de Seguridad del Paciente y en los centros de atención también se cuenta realiza el comité, con un periodicidad mensual. Para cumplir con los objetivos del conocimiento de la Política del 90% del personal, se ha establecido cronograma en coordinación con los coordinadores de los procesos misionales, donde a través de una actividad teórica practica se lleva el conocimiento fundamental del glosario de la política, el reconocimiento de los procesos seguros aplicables al servicios y la metodología de análisis (protocolo de Londres). A la fecha se ha realizado la actividad con los servicios de consulta externa, vacunación, farmacia y apoyo diagnóstico y terapéutico (laboratorios y tomas de muestra).

Se realizó durante los años 2014 a 2015, la aplicación del instrumento de evaluación de la Estrategia de lavado de manos de la OMS, con resultados muy pobres sobre la adherencia, como se ve observa en las siguientes tablas; por otra parte la evaluación no se continuó en el 2016.

Tabla No. 228
Evaluación Lavado de manos OMS- Año 2014

CENTRO DE ATENCION	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVALUACION Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS	6. CRITERIO DE LIDERAZGO
DANIEL. L	40	10	0	5	55	0-125 INADECUADO	5
CANAPOTE	40	20	97.5	40	100	126-250 BASICO	5
ARROZ B	60	70	100	50	280	251-375 INTERMEDIO	11
POZÓN	40	55	65	5	165	126-250 BASICO	4
BLAS D LEZO	40	50	45	15	150	126-250 BASICO	7
CERROS	60	35	77.5	40	135	126-250 BASICO	7
NUEVO B	70	57.5	85	35	190	126-250 BASICO	11
NELSON M	45	30	75	25	175	126-250 BASICO	9
LAS REINAS	50	55	37.5	55	160	126-250 BASICO	6
SAN VICENTE	5	17.5	0	25	30	0-125 INADECUADO	3
OLAYA	25	35	35	10	105	126-250 BASICO	1
FATIMA	10	40	85	55	190	126-250 BASICO	3
GAVIOTAS	40	25	50	15	130	126-250 BASICO	5
CANAPOTE	40	20	85	35	180	126-250 BASICO	
NUEVO BOSQUE	5	15	45	30	95	0-125 INADECUADO	2

BOQUILLA	50	0	30	70	150	126-250 BASICO	9
BLAS DE LEZO	45	45	45	20	155	126-250 BASICO	7
ESPERANZA	60	35	30	40	165	126-250 BASICO	1
TERNERA	40	20	0	2	62	0-125 INADECUADO	2
SOCORRO	30	5	32,5	0	67,5	0-125 INADECUADO	2
FATIMA	40	25	50	15	130	126-250 BASICO	5
GAVIOTAS	10	40	70	55	175	126-250 BASICO	3
ARROZ BARATO	55	65	60	55	235	251-375 INTERMEDIO	7
CANDELARIA	45	10	15	30	100	126-250 BASICO	2
BOSQUE	40	45	72,5	60	217,5	126-250 BASICO	6
BAYUNCA	25	15	20	35	95	0-125 INADECUADO	5
OLAYA	25	20	25	30	100	0-125 INADECUADO	8
MANDELA C.S.C	45	30	75	25	175	126-250 BASICO	9
MANDELA C.S.	45	30	75	25	175	126-250 BASICO	9

Fuente: Coordinación de Calidad

Tabla No. 229
Evaluación Lavado de manos OMS- Año 2015

CENTRO DE ATENCION	1. CAMBIO DEL SISTEMA	2. FORMACION Y APRENDIZAJE	3. EVALUACION Y RETROALIMENTACION	4. RECORDATORIOS EN EL LUGAR	5. CLIMA INSTITUCIONAL	TOTAL	NIVEL DE HIGIENE DE MANOS
ARROZ BARATO	100	65	67,5	75	45	352,5	251-375 INTERMEDIO
DANIEL LEMAITRE	55	55	72,5	42,5	20	245	126-250 BASICO
FATIMA	30	30	62,5	37,5	20	180	126-250 BASICO
POZON	50	60	30	45	10	195	126-250 BASICO
CANAPOTE	50	60	62,5	55	45	272,5	251-375 INTERMEDIO
ARROYO DE LAS CANOAS	45	40	20	85	35	225	126-250 BASICO
BOSTON	30	5	15	45	30	125	0-125 INADECUADO
FOCO ROJO	30	5	15	45	30	125	0-125 INADECUADO
MANZANILLO	30	5	15	45	30	125	0-125 INADECUADO
NUEVO PORVENIR	30	5	15	45	30	125	0-125 INADECUADO
REINAS	30	5	15	45	30	125	0-125 INADECUADO
ARROYO GRANDE	5	25	0	25	0	55	0-125 INADECUADO
BOSQUE	45	20	0	45	0	110	0-125 INADECUADO
NELSON MANDELA	50	60	30	45	10	195	126-250 BASICO
PONTEZUELA	25	25	20	20	0	90	0-125 INADECUADO
BLAS DE LEZO	40	95	40	45	35	255	251-375 INTERMEDIO
ARROYO DE PIEDRA	40	25	25	27,5	0	117,5	0-125 INADECUADO
CAÑO DEL ORO	25	15	10	15	5	70	0-125 INADECUADO
GAVIOTAS	50	50	20	35	20	175	126-250 BASICO
SAN FRANCISCO	20	55	20	42,5	20	157,5	126-250 BASICO
SAN PEDRO Y LIBERTAD	40	75	25	47,5	40	227,5	126-250 BASICO
TERNERA	45	55	20	35	15	170	126-250 BASICO
TIERRA BAJA	25	25	20	37,5	0	107,5	0-125 INADECUADO

BOCACHICA	25	70	40	40	35	210	126-250 BASICO
PUNTA ARENA	15	15	10	25	0	65	0-125 INADECUADO
SOCORRO	15	0	0	0	5	20	0-125 INADECUADO
BOQUILLA	40	65	40	77,5	45	267,5	251-375 INTERMEDIO
NELSON MANDELA	50	60	30	45	10	195	126-250 BASICO
ESPERANZA	20	55	20	42,5	20	157,5	126-250 BASICO
CERROS	30	60	35	57,5	30	212,5	126-250 BASICO
TIERRA BOMBA	25	60	10	0	25	120	0-125 INADECUADO
BAYUNCA	35	75	57,5	45	30	242,5	126-250 BASICO
CANDELARIA	40	35	0	37,5	20	132,5	126-250 BASICO
FREDONIA	40	65	57,5	57,5	45	265	251-375 INTERMEDIO
NUEVO BOSQUE	40	60	62,5	57,5	45	265	251-375 INTERMEDIO
OLAYA	20	35	0	37,5	20	112,5	0-125 INADECUADO
PASACABALLOS	40	35	0	37,5	20	132,5	126-250 BASICO
PUERTO REY	30	25	20	27,5	5	107,5	0-125 INADECUADO
PUNTA CANOA	25	15	20	0	0	60	0-125 INADECUADO

Fuente: Coordinación de Calidad

Lo esperado es que la sede tenga una calificación en el nivel intermedio y solo de las 39 evaluadas, 6 llegaron a este nivel, correspondiendo al 15%.

Para la evaluación de la adherencia a la Política para este 2016, se está haciendo de manera individual, al recurso humano que fue visitado y capacitado, los resultados de la evaluación en este primer semestre del año es la siguiente.

Tabla No.230

Evaluación resultado de evaluación adherencia lavado de manos

Rango Calificación	Numero	%
10 a 50%	10	22,7272727
51 a 79%	9	20,4545455
80-100%	25	56,8181818
TOTAL	44	100

Fuente: Coordinación de Calidad

En la evaluación contra estándares de acreditación los resultados han sido los siguientes:

Tabla No. 231

Evaluación Estándares de Acreditación

ESTÁNDARES ASISTENCIALES	2014	2015	2016	2017
DERECHOS DE LOS PACIENTES	1,14	1,1		1,16
SEGURIDAD DEL PACIENTE	1,7	1,7		1,56
ACCESO	1,13	1,16		1,55

REGISTRO E INGRESO	1,3	1,3		1,2
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO	1	1		1,06
PLANEACION DE LA ATENCION	1,4	1,32		1,37
EJECUCION DEL TRATAMIENTO	1,15	1,16		1,62
EVALUACION DE LA ATENCION	1,07	1		1,37
SALIDA Y SEGUIMIENTO	1	1,07		1,3
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	1,18	1		1,55
SEDES INTEGRADAS EN RED	1,11	1,08		1,15
DIRECCIONAMIENTO	1,62	1,59		1,38
GERENCIA	1,6	1,58		1,17
G. INFORMACION	1	1		1,68
G. AMBIENTE FISICO	1,04	1		1,05
G. TALENTO HUMANO	1	1		1,22
MEJORAMIENTO	1	1,4		1,11
G. TECNOLOGIA	1,32	1,3		1,58
CALIFICACION	1,20889	1,20889		1,32

Fuente: Coordinación de Calidad

No se registra las calificaciones de los años 2012 y 2013, ya que solo hasta el 2014 recibimos asesoría para la correcta valoración cuantitativa de la autoevaluación.

1.1.1.4.3 Programa de Mejoramiento para la calidad PAMEC

Este componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, se soporta en las acciones priorizadas luego de la evaluación con estándares de acreditación. El compromiso para el cumplimiento de estas acciones, no ha sido consistente, con se evidencia en el comportamiento del cumplimiento de las acciones de mejora. La autoevaluación es realizada por un grupo de funcionarios de diferentes procesos misionales administrativos, de apoyo y misionales asistenciales.

Tabla No.232

Acciones Priorizadas PAMEC.

GRUPO DE ESTANDARES	ACCIONES PRIORIZADAS EN 2013	ACCIONES PRIORIZADAS EN 2014	ACCIONES PRIORIZADAS EN 2015	ACCIONES PRIORIZADAS EN 2016
MEJORAMIENTO CONTINUO	18	5		51
TECNOLOGÍA	8	8		4
GERENCIA	2	4		
DIRECCIONAMIENTO	8	4		5
ASISTENCIALES	94	76		4
AMBIENTE FÍSICO	30	10		27
TALENTO HUMANO	7	10		10
INFORMACIÓN	8	7		6
TOTAL DE	175	195	131	107

ACCIONES				
TOTAL EJECUTADAS	125	155	84	44
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	71.4%	79%	64%	41%

Fuente: Coordinación de Calidad

Una de las fallas detectadas que no permiten el cumplimiento de las acciones de mejora, radica como causa principal, en la no asignación de recursos económicos para la ejecución de las acciones de mejora y como causa secundaria el poco compromiso para la ejecución de las acciones. Falta de capacitación sobre el tema y la alta rotación de los funcionarios hacen que se generen retrocesos.

El alcance del PAMEC 2017 es: aplica para los procesos misionales de la ESE HLCl en el periodo comprendido entre 2017 a 2022, para la implementación de los estándares de acreditación de Colombia.

El propósito es: implementar los lineamientos del SUA de Colombia, tal como lo define la plataforma estratégica de la ESE HLCl, brindando a nuestros pacientes una atención segura y humanizada, con miras a lograr un avance gradual anual del 10%.

El objetivo: desarrollar acciones para garantizar la mejora continua de los procesos institucionales, para lograr un avance del 50% en un periodo de 5 años.

La meta: alcanzar una calificación cuantitativa de 3 al final del periodo.

Los indicadores reportados según el Decreto 2193 de 2004 en la Plataforma SIHO.

1.1.1.4.4 Indicadores de Calidad (Cuadro PSFF 7)

Tabla No.233

Indicadores de calidad		Unidad de medida	HISTORICO						VALOR ESPERADO 2016	% CUMPLIMIENTO EJECUTADO / ESPERADO
COD	Indicador		2011	2012	2013	2014	2015	2016		
1	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General	Días	3,00	2,04	1,70	2,20	1,90	1,87	3,00	100%
3	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Ginecobstetricia	Días					18,44	6,2	5,00	81%
7	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	Minutos	34,00	23,08	18,90	26,30	27,20	25,24	30,00	100%
8	Oportunidad en la atención en servicio de Imagenología	Días	1,00	2,20	3,20	2,40	1,07	4,69	3,00	64%

9	Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General	Días	2,00	2,70	1,60	2,20	1,80	2,26	3,00	100%
11	Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados	Tasa por cien	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100%
12	Proporción de pacientes con hipertensión Arterial Controlada	Relación porcentual	67,0 0%	63,0 0%	60,7 0%	74,6 0%	93,20 %	86,0 0%	85,00 %	100%
13	Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	Tasa por mil	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100%
14	Tasa de Infección intrahospitalaria	Tasa por cien	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100%
15	Proporción de vigilancia de eventos adversos	Relación porcentual	82,0 0%	100, 00%	78,7 0%	86,2 0%	97,80 %	97,0 0%	90,00 %	100%
16	Tasa de satisfacción global	Relación porcentual	86,0 0%	85,9 0%	94,9 0%	93,6 0%	96,40 %	95,5 0%	85,00 %	100%

Fuente: Plataforma SIHO

Observación: los datos resaltados, fueron excluidos del reporte en esta Plataforma, la información suministrada corresponde a lo reportado por los Libros de programas, el sistema de información de la ESE y Comité de Seguridad del Paciente.

En el cuadro 7. Se hace una revisión histórica del comportamiento de los indicadores, que resulta de la medición individual de cada una de las sedes. Para las vigencias del 2011 a 2015, todavía la información se obtenía de manera manual, a través del envío mensual de cada uno de los responsables de los centros de atención (Enfermera jefe o Coordinador). Para el 2016 a través de la actualización de la Resolución 1446 de 2008, los indicadores deben tener una presentación nominal, por tal razón se hizo necesaria la inclusión en el sistema de información, del diseño de una herramienta que realiza la captura del dato y permite su consolidación según los requerimientos de la Resolución 256 de 2016.

Los indicadores de oportunidad en la asignación de cita en la consulta de medicina Interna, asignación de cita en la consulta de pediatría y de cita en la consulta de cirugía general no se registran en el tablero consolidado ya que estos servicios no hacen parte del portafolio.

Grafico No. 5

Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General



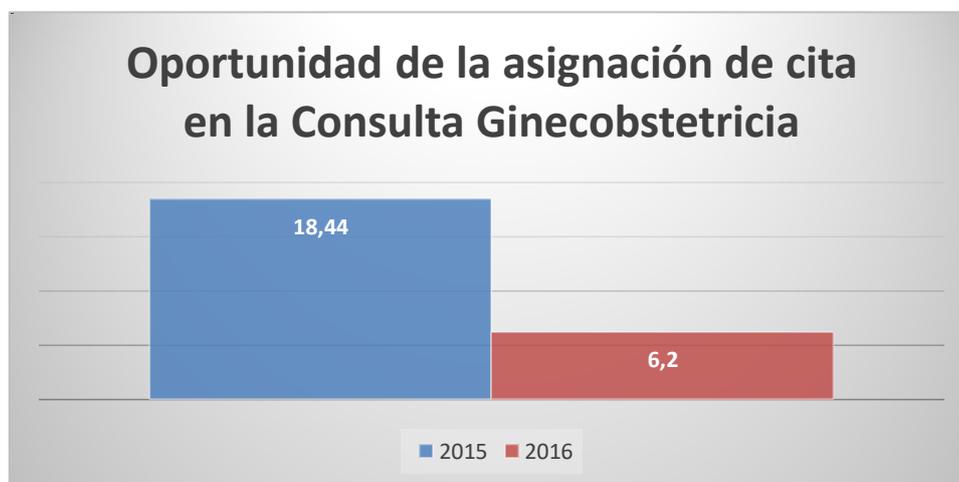
Fuente: Coordinación de Calidad

El estándar establecido para este indicador es de 3 días, se evidencia una tendencia positiva de este indicador, en su comportamiento global, para las

sedes que tiene alguna desviación, se hace por parte de la Coordinación del servicio planes de contingencia ajustando la disponibilidad en horas de atención, esto se logra a través del monitoreo diario de la oportunidad. Además para algunas sedes se tiene ya definido el comportamiento por temporadas específicas, para lo cual se establecen las contingencias.

Grafico No. 6

Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Ginecobstetricia



Fuente: Coordinación de Calidad

Este servicio se inició en el 2015 a través del Programa de Maternidad de Seguridad Segura, el estándar es de 5 días. En el primer año tuvo un comportamiento negativo, ya que no se dimensiono correctamente la demanda del servicio a la población materna, por tal razón para el 2016 se hizo un ajuste en la capacidad instalada, aumentando los puntos de atención del programa. La tendencia de este indicador es a la baja.

Grafico No. 7

Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias



Fuente: Coordinación de Calidad

Este indicador analiza la oportunidad en la atención de los pacientes categorizado como triage II, el estándar establecido es de 30 minutos. El comportamiento de los años 2011 a 2016, evidencia una tendencia positiva.

Si evaluamos el porcentaje de usuarios categorizados como triage II en este primer semestre de 2017 fue de 32.385 usuarios, que corresponde al 24,6%, de 131.246 pacientes atendidos en los 11 centros de atención que prestan el servicio de urgencias. Para el primer semestre la oportunidad ha tenido el siguiente comportamiento: enero 27.7 minutos, febrero 32.6 minutos, marzo 30.7 minutos, abril 28.9 minutos, mayo 30.5 minutos y en junio 28.8 minutos. Se evidencia que solamente para los meses de febrero se presentó una desviación del estándar.

Grafico No. 8

Oportunidad en la atención en servicio de Imagenología



Fuente: Coordinación de Calidad

El comportamiento del indicador presento una tendencia positiva, solamente se salió del estándar en el año 2016, debido a l daño en dos de los equipos de imágenes diagnósticas. Se estableció plan de contingencia, pero no logramos llevar al estándar deseado.

Grafico No. 9

Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General



Fuente: Coordinación de Calidad

El comportamiento de este indicador ha tenido una tendencia positiva, dentro del estándar. Este resultado es global y es uno de los servicios con menores problemas en su capacidad instalada; en los casos de aumento en la oportunidad se establecen acciones de contingencia con aumento de las horas de atención.

Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados.

Este servicio no tiene una alta demanda, contamos con una sede para la prestación de este servicio. Se mantiene en el estándar deseado.

Grafico No. 10

Proporción de pacientes con hipertensión Arterial Controlada



Fuente: Coordinación de Calidad

El comportamiento de este indicador está dentro del estándar, presenta una tendencia a la mejora. En los años 2015 a 2016, se evidencia un comportamiento positivo en el cumplimiento del protocolo de atención a los usuarios inscritos en el programa de hipertensión arterial.

Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas

Este indicador tiene una tendencia constante, se mantiene dentro del estándar.

Tasa de Infección intrahospitalaria

Este indicador tiene una tendencia constante, se mantiene dentro del estándar.

Grafico No. 11

Proporción de vigilancia de eventos adversos



Fuente: Coordinación de Calidad

Este indicador tiene un comportamiento variable, debido al pobre reporte de los eventos adversos y el compromiso para la gestión de las causas que lo generan. El número de eventos adversos reportados no es consistente. Se lleva un tablero mensual para el análisis de todos los reportes, sin distinción de las categorías de incidente, evento o complicación. Se está desarrollando

actividades de búsqueda activa a través de funcionarios del proceso de Gestión Calidad, se requiere del apoyo Gerencial para la asignación de tiempo para el personal que en el centro de atención va a liderar la búsqueda del equipo de seguridad del paciente.

El comportamiento de los reportes para este primer semestre del 2017 es el siguiente:

Tabla No. 234

Eventos adversos reportados

DATO	E	F	M	A	M	J	TOTAL
EVENUTO	1	4	0	3	0	10	18
COMPLICACION	0	0	0	0	0	2	2
INCIDENTE	7	1	1	3	12	7	31
TOTAL REPORTES	8	5	1	6	12	19	51

Fuente: Coordinación de Calidad

Grafico No. 12

Tasa de satisfacción global



Fuente: Coordinación de Calidad

El comportamiento de este indicador esta con una tendencia positiva, dentro del estándar. La institución ha hecho un esfuerzo para contar con la información de manera más confiable, se cuenta con software para su tabulación, se hizo la inclusión de las preguntas que evalúan el dominio de experiencia de la atención según la Resolución 256 de 2016. Se cuenta con la información detallada por centro de atención y por servicio discriminada, para mejorar en la respuesta y elaboración de planes de mejoramiento.

1.1.1.4.4.1 Satisfacción del usuario

Análisis de la evolución y comportamiento de las tasa de satisfacción global, peticiones, quejas, sugerencia y felicitaciones del año 2013 – 2016.

En el cumplimiento de su misión y de acuerdo con las diferentes normas, que van desde la misma Constitución Política Nacional, otras como la Ley 100 de 1993, Decreto 1757 de 1994, Decreto 1011 de 2006 y muy específicamente a la Ley 1474 de 2011 que se refiere al Estatuto Anticorrupción, la Oficina de Atención al Usuario tiene desde su hacer, un enfoque de atención centrado en

el usuario, buscando responder a las necesidades y problemas que obstaculizan su acceso a la salud, facilitando mediante la orientación y aplicación del conocimiento de la normatividad Institucional y de la legislación vigente, el ejercicio de los derechos y los deberes de los usuarios para articular los recursos propios, los existentes en el sistema y activar las redes de apoyo institucionales.

Es así como en la Empresa Social del Estado Hospital Local Cartagena de Indias ha implementado una herramienta de apoyo para mejorar la prestación de servicios, la cual toma como fuente, la información obtenida de las manifestaciones exteriorizadas por los usuarios, siendo estas presentadas como peticiones, reclamos, sugerencias, agradecimientos o felicitaciones.

Esta herramienta es el Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU. El SIAU se materializa en la oficina de atención al usuario y tiene como actividades específicas la atención y orientación al usuario, la gestión de reclamos, sugerencias, agradecimientos y felicitaciones y, el monitoreo a la satisfacción del usuario.

Para ejecutar estas actividades, se dispone de un funcionario y varios mecanismos de recepción que facilitan a nuestros usuarios el acceso a la herramienta:

Buzones: Son 38 ubicados en diferentes centros y se recorren semanalmente.

Físico: Mediante escritos o documentos (formato de peticiones, quejas, sugerencias y felicitaciones)

Presencial: Directamente en las instalaciones de la Oficina de Atención al Usuario.

Telefónico: Se tienen las líneas 318 3534288, 6505898 y la extensión 3000.

Virtual: Correo electrónico

atencionusuario@adm.esecartagenadeindias.gov.co.

Entendiendo la medición de la Satisfacción del Usuario como un tema de vital importancia en la gestión y evaluación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, la ESE Hospital Local Cartagena de Indias busca permanentemente asegurarse que las necesidades de sus usuarios se identifican, se escuchan y se cumplen, lo cual facilita identificar oportunidades de mejora.

Esto ha llevado a que se hayan construido dos indicadores que evidencian el grado de percepción de sus usuarios.

Indicador de Satisfacción Global

Para este indicador se aplica el formato de Encuesta diseñado por la Institución. La meta de este indicador instaurado por la Empresa es del 97%, no obstante el estándar del nivel nacional nos indica que se debe mantener por encima del 95%. Para el período objeto de evaluación el promedio por año es el siguiente:

Tabla No.235

Satisfacción Global

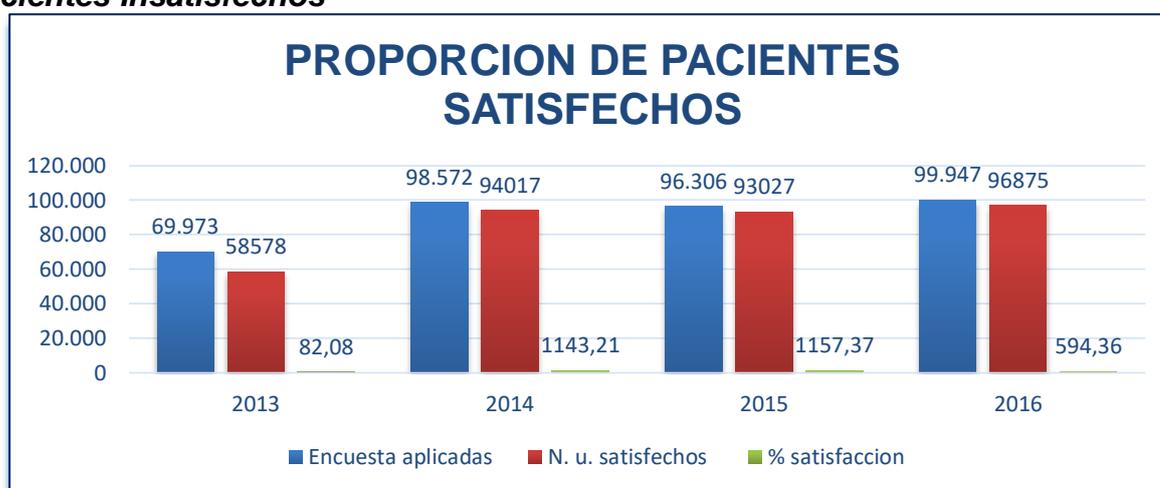
AÑO	N° DE ENCUESTAS APLICADAS	N° USUARIOS SATISFECHOS	PORCENTAJE GLOBAL DE SATISFACCIÓN OBTENIDO
2013	69.973	58578	82,08
2014	98.572	94017	1143,21
2015	96.306	93027	1157,37
2016	99.947	96875	594,36

Fuente. Aplicativo WEB – Sistema de Información y Atención al Usuario.

La encuesta fue diseñada teniendo en cuenta los lineamientos del nivel nacional evaluando los servicios ofertados por la ESE. Estas se aplican semanalmente por personal previamente capacitado en la aplicación de la misma y a los cuales se les asignan un número de encuestas aplicar según el número de usuarios atendidos centro por centro y por servicios durante el mes anterior.

En la siguiente gráfica se observa el comportamiento de este indicador año tras año frente al estándar deseado.

Gráfico No.13

Pacientes Insatisfechos

Fuente. Aplicativo WEB – Sistema de Información y Atención al Usuario.

- **Indicador de Insatisfacción Global**

Este indicador se mide a partir del mismo formato de encuesta diseñado. La meta instaurada es del 3% y los resultados obtenidos año tras año son los siguientes:

Tabla No.236

Insatisfacción Global

AÑO	N° DE ENCUESTAS APLICADAS	N° USUARIOS INSATISFECHOS	PORCENTAJE GLOBAL DE INSATISFACCIÓN OBTENIDO
2013	69.973	11395	17,92
2014	98.572	4555	56,79
2015	96.306	3279	42,63
2016	99.947	3072	11,64

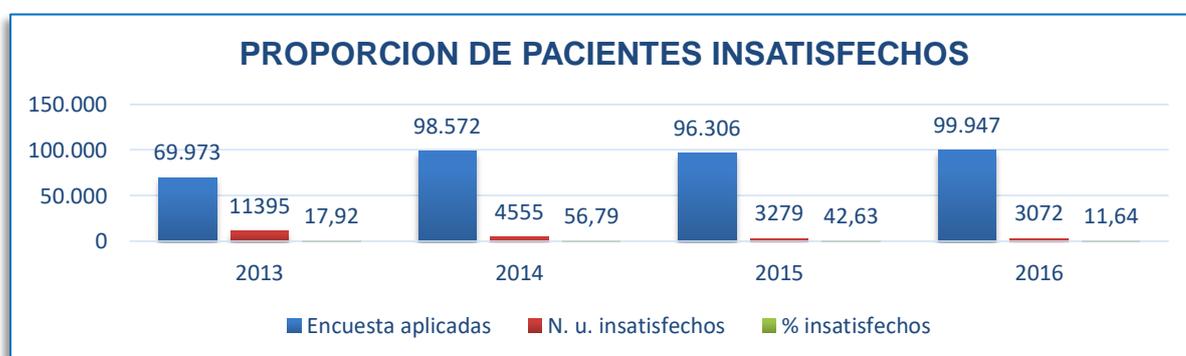
Fuente. Aplicativo WEB – Sistema de Información y Atención al Usuario.

Un logro para destacar es que se ha obtenido información de todas las EAPB y Centros de Atención, aun cuando hay necesidad de mejorar el dato, como por ejemplo en el reporte de la población afiliada. No obstante el análisis de los indicadores ya ha incentivado importantes procesos de mejoramiento en algunas EAPB teniendo en cuenta que el objetivo de esta medición está enfocado a conocer las necesidades, las expectativas, la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios y generar programas de mejoramiento.

A continuación el comportamiento de este indicador año tras año de 2013 a 2016:

Gráfico No.14

Pacientes insatisfechos



Fuente. Aplicativo WEB – Sistema de Información y Atención al Usuario.

Lo anterior se realiza permanentemente y hace parte de la política institucional de la Empresa, además de la obligatoriedad que nos asiste a partir de la Circular Externa 056 de 2009 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y la Resolución 256 de 2016 del Ministerio de Protección Social y de Salud.

- **Análisis de peticiones, quejas, sugerencias y felicitaciones 2014 -2016**

La gestión de las peticiones, quejas, sugerencia y felicitaciones, consiste en la recepción, radicación, registro y envío al responsable de estas manifestaciones, seguimiento y registro de la gestión.

Para el período objeto de evaluación la Oficina de Atención al Usuario recibió un total de 3.410 manifestaciones de los usuarios, de las cuales el 582 son peticiones, 1.908 quejas, 330 sugerencias y 590 felicitaciones.

Tabla No.237

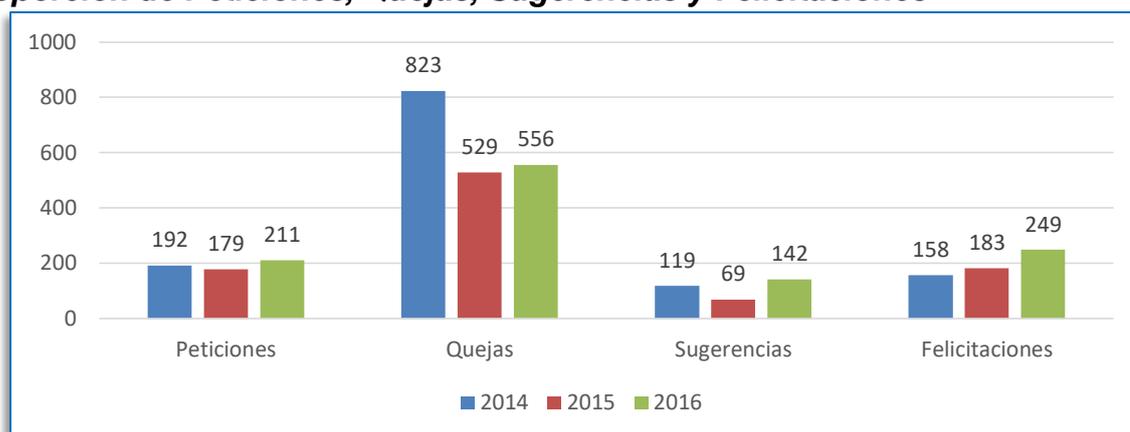
Manifestaciones de los usuarios

Novedad	2014	2015	2016	Total
Peticiones	192	179	211	582
Quejas	823	529	556	1.908
Sugerencias	119	69	142	330
Felicitaciones	158	183	249	590

Fuente. Aplicativo WEB – Sistema de Información y Atención al Usuario.

Gráfico No. 15

Proporción de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Felicitaciones



Fuente. Aplicativo WEB – Sistema de Información y Atención al Usuario. 2016

Se tiene como mecanismo de seguimiento a la respuesta oportuna y con calidad de las quejas y sugerencias presentados por los usuarios, la radicación de la novedad y el envío al líder de proceso responsable de su respuesta, los informes semanales y mensuales que se envían a los responsables con manifestaciones abiertas, los informes mensuales para el Comité de Humanización, Comité de Ética Hospitalaria, Asociación de Usuarios y el informe trimestral para el Plan Operativo Anual.

La empresa dispone de una oficina de calidad y de personal calificado para los procesos. La adopción de una política de calidad, de humanización de los servicios, ha permitido un leve avance de la entidad en el conocimiento y aplicación del manual de acreditación mediante la estructuración y conformación de equipos interdisciplinarios para la autoevaluación, sobre criterios de acreditación y la formulación del PAMEC de conformidad con los resultados de esos procesos. Para efectos de desarrollo de la calidad se tiene la limitante en el cumplimiento de los estándares de habilitación en el 100% de las sedes operativas.

Aun cuando se encuentran que en los periodos 2013, 2014 y 2015 hubo avances en actividades en relación a este estándar, en el año 2016 no se realizó calificación de la gestión gerencial y no dio continuidad al trabajo para el desarrollo del componente de acreditación. La última evaluación sobre este Estándar fue del año 2015 y tuvo una medición de 1,3. Los grupos de autoevaluación no están activos

Para el año 2016 se formuló y ejecutó el PAMEC con 107 acciones de mejoras. La evaluación del cumplimiento de lo programado relaciona una ejecución de 35 acciones de mejoras realizadas según la programación y 10 más por fuera de la fecha programada. La ponderación final del cumplimiento del PAMEC 2016 se pondera en el 42,16%. Los procesos del sistema de calidad con criterios de Acreditación involucraron, debido a la provisionalidad de la gerencia y que en estas circunstancias, al no ser un criterio de evaluación de desempeño para la Gerencia.

No obstante las diferentes limitaciones en la capacidad instalada física y en los procesos, el nivel de satisfacción de los usuarios se mantiene sobre el 95% de satisfacción.

1.1.1.5 Información de Planta de Cargos Vigente

Planta de Cargos:

La planta actual de la ESE HLCl está conformada por ciento catorce (114) cargos, de los cuales sesenta y uno (61) están provistos y cincuenta y tres (53) en vacancia definitiva, de los sesenta y uno (61) cargos provistos cinco (5) pertenecen a nivel Directivo, veinticinco (25) a nivel profesional, dos (2) a nivel técnico y veintinueve (29) a nivel asistencial.

En la tabla No. 238 se relacionan los cargos administrativos, seguidamente se realiza un análisis por niveles:

Análisis del personal en planta administrativo.

Tabla No.238

Relación del Personal y costo en la planta de la ESE Hospital local Cartagena de Indias, área administrativa, año 2017

PLANTA ACTUAL	CARGOS ADMINISTRATIVOS									
	Directivo		Asesor		Profesional		Técnico		Auxiliar	
	Número	Valor mes	Número	Valor mes	Número	Valor mes	Número	mes	Número	Valor mes
Activos en condiciones especiales	4	50.571.242,07			1	5.347.912,92			2	5.506.578,73
Pre y pensionables					1	5.347.912,92	2	6.967.646,45		
Aforados									1	3.214.689,04
Trabajadores oficiales									10	28.154.204,03
Vacantes					2,00	11.498.012,18	1,00	3.745.110,53	3	7.192.444,08
TOTAL	4,00	50.571.242,07	-	-	4,00	22.193.838,02	3,00	10.712.756,98	16,00	44.067.915,88

Fuente: Coordinación de Talento Humano

Nivel Directivo:

En este nivel existen cuatro (4) cargos, a saber, Gerente, Subgerente Administrativo, Jefe de control Disciplinario y Jefe de Control Interno, los cuales tienen un costo mensual de \$50.571.342, ningún cargo se encuentra en vacancia definitiva.

Nivel Asesor:

En la ESE HLCl no existe ningún cargo en este nivel

Nivel Profesional:

Pertenciente al nivel profesional encontramos cuatro (4) cargos, de los cuales dos (2) están activos, a saber profesional universitario asignado al área de recursos físicos y profesional universitario asignado al área Financiera, los cuales tienen un costo mensual de \$22.193.838. Estando uno de ellos en condición de pre pensionable.

Mientras que dos (2) se encuentran en vacancia definitiva, un (1) profesional universitario asignado al área de Mantenimiento físico y uno (1) al área de talento humano.

Nivel Técnico

En este nivel encontramos tres (3) cargos, de los cuales dos (2) se encuentran activos, a saber dos técnicos área de la salud asignados al área de epidemiología, los cuales tienen un costo mensual de \$10.712.756, estando ambos en nivel pre pensionable, mientras que un (1) técnico se encuentra en

vacancia definitiva.

Nivel Asistencial:

En el nivel asistencial encontramos dieciséis (16) cargos, de los cuales doce (12) se encuentran activos, a saber una (1) secretaria, un (1) auxiliar área de la salud, tres (3) auxiliares de servicios generales, siete (7) celadores, para un costo mensual de \$44.067.916. Existiendo a su vez cuatro vacantes.

En la tabla No. 239 se relacionan los cargos asistenciales, seguidamente se realiza un análisis por niveles:

Tabla No.239

Análisis Personal área asistenciales

PLANTA ACTUAL	CARGOS ASITENCIALES									
	Directivo		Asesor		Profesional		Técnico		Asistencial	
	#	Valor mes	#	Valor mes	#	Valor mes	#	Valor mes	#	Valor mes
Activos sin condiciones especiales	1	12.186.145,03			9	75.866.731,34			3	8.421.617,62
Pre y pensionables					14	100.741.088,86			14	40.115.787,40
Aforados										
Trabajadores oficiales										
Vacantes					19	113.711.363,02			27	82.656.873,13
TOTAL	1	12.186.145,03	-	-	42	290.319.183,22	-	-	44	131.194.278,15

Fuente Coordinación de Talento Humano

Nivel Directivo:

En este nivel existe un cargo, a saber, Subgerente Científico, el cual tiene un costo mensual de \$12.186.145, ningún cargo se encuentra en vacancia definitiva.

Nivel Asesor:

En la ESE HL CI no existe ningún cargo en este nivel

Nivel Profesional:

Pertenciente al nivel profesional encontramos cuarenta y dos (42) cargos, de los cuales veintitrés (23) están activos, a saber quince médicos, siete odontólogos y una enfermera, encontrándose catorce en condición pre pensionable, mientras que diecinueve se encuentran en vacancia definitiva, los cuales tienen un costo mensual de \$290.319.183.

Nivel Técnico

No existen cargos pertenecientes a este nivel en el área asistencial.

Nivel Asistencial:

En el nivel asistencial encontramos cuarenta y cuatro cargos, de los cuales diecisiete se encuentran activos, a saber once (11) son auxiliares de enfermería, cuatro (4) higienistas orales, dos (2) auxiliares de consultorio odontológico, de los cuales catorce (14) están en nivel pre pensionable, mientras que veintisiete (27) se encuentran en vacancia definitiva para un costo mensual de \$131.942.278.

En la Tabla No.240 se relacionan las situaciones especiales y específicas de la planta de personal.

Tabla No.240

Situaciones especiales planta de personal

PLANTA ACTUAL	SUBTOTAL ADMINISTRATIVOS		SUBTOTAL PRESTACIÓN DE SERVICIOS		TOTAL		EN CARRERA ADMINISTRATIVA
	Número	Valor mes	Número	Valor mes	Número	Valor mes	Número
	Activos sin condiciones especiales	7,00	61.425.733,72	13,00	96.474.493,99	20,00	157.900.227,71
Pre y pensionables	3,00	12.315.559,37	28,00	140.856.876,26	31,00	153.172.435,63	23
Aforados	1,00	3.214.689,04	-	-	1,00	3.214.689,04	
Trabajadores oficiales	10,00	28.154.204,03	-	-	10,00	28.154.204,03	
Vacantes	6,00	22.435.566,79	46,00	196.368.236,15	52,00	218.803.802,94	
TOTAL	27,00	127.545.752,95	87,00	433.699.606,40	114,00	561.245.359,35	35

Fuente: Coordinación Talento Humano

De los sesenta y un (61) servidores activos, treinta y cinco (35) se encuentran inscritos en carrera administrativa, once (11) están nombrados en provisionalidad, diez (10) son trabajadores oficiales, tres (3) son de libre nombramiento y remoción, mientras que dos (2) son de periodo fijo.

Encontramos un trabajador oficial aforado, toda vez que es el presidente departamental de la asociación sindical reconocida en la Entidad, ostentando un fuero sindical.

De los sesenta y un (61) servidores públicos el 65.5% se encuentra en retención social por pre pensionable, toda vez que cuarenta (40) cumplen dicha condición, perteneciendo el 36% al sexo femenino para un total de 22 mujeres y el 29.5% pertenece al sexo masculino para un total de 18 hombres.

1.1.1.5.1 Análisis personal para prestación de servicios ESE HL CI

La ESE HL CI, presta sus servicios asistenciales en cuarenta y tres centros de trabajo, apoyados con una sede administrativa, requiriendo en promedio 1.161 colaboradores, los cuales se encuentran vinculados bajo diferentes modalidades de contratación.

Es claro que para la realización de las actividades la planta actual de personal conformada por sesenta y un (61) servidores activos es insuficiente para la correcta realización de las mismas, por tal razón la ESE HL CI, realiza de manera anual contratación con Empresas servicios temporales y Outsourcing

de servicios para poder realizar su objeto social.

En la tabla No.241 se relaciona las cantidades de colaboradores que apoyan los procesos y sus modalidades de vinculación.

Tabla No.241

Relación del Recurso Humano según tipo de vinculación en ESE Hospital Local Cartagena de Indias

EMPLEADOR	MODALIDAD DE CONTRATACION	CANTIDAD DE COLABORADORES	SERVICIOS	%
ESE HLCI	PLANTA	61	Asistenciales y Administrativos	5,25
KONEKTA	Empresa de servicios temporales	724	Asistenciales	62,36
KONEKTA	Empresa de servicios temporales	194	Administrativo	16,71
Servicios ABC	Outsourcing	82	Asistenciales y Administrativos	7,06
ZIMA SEGURIDAD	Outsourcing	100	Asistenciales y Administrativos	8,61
TOTAL		1161		100,00

Fuente: Coordinación Talento Humano

De los procesos asistenciales participan 752 colaboradores, equivalente al 65% del personal, los procesos administrativos son ejecutados por 227 colaboradores que equivalen al 19% mientras que los procesos de apoyo logístico (aseo y vigilancia) son ejecutados por 182 operarios equivalentes al 16% del total de los colaboradores.

El peso porcentual del personal Administrativo versus el personal asistencial en el total del personal es 35% y 65% respectivamente, lo que significa que como es lógico tenemos más personal contratado en la parte asistencial o de atención que en el área administrativa y de apoyo logístico.

Como se puede observar el 95% de los colaboradores no se encuentran vinculados a la entidad de manera directa, si tenemos en cuenta los pronunciamientos de la corte constitucional y la normatividad en materia de formalización laboral, la Entidad no debería utilizar estas modalidades de contratación, toda vez que se expone en gran medida a demandas por contrato realidad, además de sanciones por intermediación laboral por parte del Ministerio del Trabajo. Por lo que se debe iniciar el proceso de formalización laboral y de esta manera disminuir los riesgos que se pudieran causar ante autoridad competente.

1.1.1.5.2 Formalización Laboral

Con ocasión de mesa de trabajo realizada en el Ministerio del trabajo territorial Bolívar, el 21 de enero de 2014, la ESE HLCI se comprometió a celebrar convenio de formalización laboral en el marco de la Resolución 321 de 2013 **“Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la**

formalización laboral previstos en la Ley 1610 de 2013”

La ESE HLCI presentó al Ministerio del Trabajo, la propuesta final para tal efecto, el día 8 de abril de 2014.

A fin de no afectar el equilibrio financiero de que gozaba la ESE HLCI en ese momento, se propuso al Ministerio del trabajo el realizar un proceso de formalización laboral por áreas proponiendo formalizar en el mes de agosto 2014 el servicios de urgencias, en noviembre de 2014 el servicio de salud oral y para la vigencia 2015 los servicios de consulta externa, promoción y prevención y el personal administrativo.

El Acuerdo fue aprobado por el ente territorial Bolívar del Ministerio del Trabajo y enviado a Bogotá para su refrendación.

El 4 de junio de 2014 recibimos respuesta de la propuesta de formalización laboral, por parte de la subdirectora de inspección del Ministerio del Trabajo, Doctora Sonia Guarín Pulecio, quien manifiesta que la Resolución 321 de 2013 **“Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la formalización laboral previstos en la Ley 1610 de 2013”** no es aplicable a las Empresas Sociales del Estado y que se está en espera de impartir una nueva norma, por lo que se debe esperar la expedición de ésta, a fin de ajustar el Acuerdo, no aprobando su implementación puesto que la propuesta debía ajustarse a la norma en espera de ser expedida y que no debían comprometerse vigencias futuras en el Acuerdo.

El 22 de julio de 2014 se expide de manera conjunta por parte del DAFP, Mintrabajo y Minsalud el Decreto 1376 por medio del cual se reglamentan los mecanismos de estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal y los acuerdos de formalización laboral en las Empresas Sociales del Estado.

El Artículo séptimo del Decreto 1376/14 establece que para dar cumplimiento a lo preceptuado en el capítulo segundo de la Ley 1610 de 2013, en cuanto a celebración de Acuerdos de Formalización Laboral, deberán las ESE presentar por oficio o a petición del Director Territorial del Ministerio del Trabajo la propuesta para la suscripción del Acuerdo de formalización laboral, en el cual además de la justificación técnica y financiera, deberá allegarse Acuerdo de Junta Directiva que apruebe la planta temporal de empleos con el aval del Distrito.

La Dirección de Desarrollo Organizacional del Departamento Administrativo de la Función Pública preparó la **“Guía para establecer empleos temporales en las Empresas Sociales del Estado”**, en la que sugiere que se creen plantas de personal temporales, mientras se pronuncia el Ministerio del trabajo sobre el régimen laboral para los servidores públicos que prestan sus servicios en las ESE, el tipo de vinculación, naturaleza de los cargos y denominaciones de los empleados del sector salud, razón por la cual no es procedente realizar planta definitiva, dicha guía contiene los elementos básicos a considerar en la elaboración de la motivación o estudio técnico que legalmente se exige. Se inició con base en la guía diseñada por el DAFP ajuste al estudio técnico económico inicialmente radicado, presentándose el nuevo estudio de creación

de planta temporal para el servicio de urgencias, con el cual se pretendía formalizar de manera temporal 253 cargos, ante la Junta Directiva el 23 de diciembre de 2014, el cual fue aprobado según Acuerdo No.157 de diciembre 23 de 2014. Para su implementación se debía aprobar por parte del Concejo Distrital las escalas salariales de las nuevas denominaciones a crear.

En el mes de abril 2015 fue presentado proyecto de acuerdo por medio del cual se establece la escala salarial de la planta temporal vigencia 2015 de la ESE HLCl, ante el Concejo Distrital de Cartagena, por parte del Alcalde Mayor de la Ciudad Dionisio Vélez Trujillo, siendo llamados a primer debate el 23 de junio de 2015 y aprobado el mismo en el mes de diciembre de 2015, no siendo posible su aplicación, toda vez que la aprobación de la vigencia fue por el año 2015. Durante la vigencia 2016 finalizó el periodo de la Doctora Verena Polo Gómez el treinta y uno de marzo de 2016, nombrándose Gerentes encargados hasta el 22 de diciembre cuando es nombrado el Gerente en propiedad.

En la actualidad con el Plan de Desarrollo Institucional de la nueva administración, **“Primero tu salud un compromiso para mi gente”** se espera implementar las estrategias PAIS y MIAS, lo que conllevará a la adecuación y ajuste de la estructura orgánico funcional de la Entidad para su posterior formalización, proyectos que según los planes operativos anuales deben quedar finalizados en la vigencia 2017, para su implementación a partir de la vigencia 2018.

1.1.1.5.3 Cesantías Retroactivas

Actualmente existen en la planta de personal 35 empleados de régimen de cesantías retroactivas, de los 61 empleados activos en planta, correspondiendo a un porcentaje de participación del 57.37%.

Teniendo en cuenta la proyección de cesantías retroactivas con corte a 30 de junio de 2017, la entidad posee una deuda por dicho concepto, por valor de MIL DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON 19/100 CTVOS M/CTE (\$1.238.431.268,19), los cuales se detallan a continuación por empleados.

Tabla No. 242

Detalle Proyección de Cesantías retroactivas con corte a 30 de Junio de 2017

No.	Cédulas	Apellidos	Nombres	Valor Cesantías Retroactivas Projectado	Total Consignado	Proyección Valor de Cesantías Retroactivas 30 de Junio 2017
1	18934044	TOVAR LOZADA	RAFAEL	44.167.674,01	39.136.472,00	5.031.202,01
2	23136035	CASTRO MARRUGO	MIRNA	52.059.450,26	27.547.081,57	24.512.368,70
3	26171867	NEGRETE HERRERA	YENIS	182.020.398,97	107.429.268,05	74.591.130,92
4	30761732	GARCIA CASTRO	CANDELARIA	182.020.398,97	94.156.085,05	87.864.313,92
5	33105613	GUZMAN GARCIA	NORMA	49.731.741,98	34.782.755,72	14.948.986,26
6	4028353	FLOREZ MUÑOZ	RAMON	58.779.989,03	31.581.701,57	27.198.287,46
7	45422808	SANCHEZ	ADALGIZA	52.059.450,26	29.664.026,57	22.395.423,70
8	45424714	PINEDO REVOLLO	LINA	91.009.917,34	72.907.170,56	18.102.746,78
9	45425730	VELASQUEZ JIMENEZ	DELICY	52.059.450,26	27.770.455,57	24.288.994,70

10	45427964	MONDOL HERRERA	MAIDA	83.127.399,04	47.088.455,56	36.038.943,48
11	45443896	MORALES BALLESTEROS	ELIZABETH	52.059.450,26	31.580.026,57	20.479.423,70
12	45445079	ORTEGA NUÑEZ	IRIS DEL CARMEN	52.059.450,26	28.496.195,57	23.563.254,70
13	45450893	LEON MELGAREJO	OMAIRA	52.059.450,26	31.645.829,57	20.413.620,70
14	45455020	GAMARRA ROMERO	ROSARIO	49.731.741,98	36.625.924,72	13.105.817,26
15	45458158	COTA HERNANDEZ	ANA	52.059.450,26	27.773.732,57	24.285.717,70
16	45463916	GOMEZ RAMIREZ	SERLIS	52.059.450,26	27.774.009,57	24.285.440,70
17	45465274	AHUMADA PEREIRA	YESENIA	46.024.487,85	28.564.516,00	17.459.971,85
18	45466097	DIAZ TORRES	ONELIA DEL CARMEN	49.731.741,98	36.594.786,72	13.136.955,26
19	45473027	ARZUZA GOMEZ	DENILSE	49.731.741,98	26.822.199,72	22.909.542,26
20	73070245	NIEBLES VILLAREAL	ALFREDO	91.009.917,34	47.071.723,56	43.938.193,78
21	73073022	HERRERA CASTILLO	ALBERTO	91.009.917,34	58.449.183,56	32.560.733,78
22	73084330	SIERRA QUEJADA	EVER	57.605.025,24	31.346.906,07	26.258.119,17
23	73084607	LEAL OROZCO	FREDY	91.009.917,34	69.277.935,56	21.731.981,78
24	73087207	YEPES YEPES	JUAN LUIS	43.545.955,94	20.786.209,88	22.759.746,06
25	73092088	BUELVAS PUELLO	CESAR	91.009.917,34	47.092.140,56	43.917.776,78
26	73094965	RUIZ CAMPILLO	ALVARO ENRIQUE	182.020.398,97	100.677.125,05	81.343.273,92
27	73095345	BUSTAMANTE OROZCO	ROBERTO	54.739.257,93	28.112.594,32	26.626.663,61
28	7468530	ROMANO NAVARRO	FRANCISCO	182.020.398,97	106.956.845,05	75.063.553,92
29	8631245	CARBONELL TORRES	JUAN JOSE	182.020.398,97	101.782.880,05	80.237.518,92
30	895136	NOEL CARABALLO	PEDRO	58.844.078,40	40.703.359,57	18.140.718,83
31	9088902	COTTA ARRIOLA	DIEGO LUIS	91.009.917,34	53.791.332,56	37.218.584,78
32	9092063	VILLAMIZAR PINEDA	RAFAEL	182.020.398,97	91.599.566,05	90.420.832,92
33	9092132	POMARES HERRERA	FREDDY	91.009.917,34	53.425.807,50	37.584.109,84
34	9171348	FERNANDEZ LORA	ALFONSO	58.459.129,38	23.316.687,01	35.142.442,37
35	9281991	MARRUGO GONZALEZ	HERNANDO	91.009.917,34	40.135.041,69	50.874.875,65
TOTALES				2.940.897.299,37	1.702.466.031,18	1.238.431.268,19

Fuente: Coordinación Talento Humano

De la misma manera la entidad tiene proyectado para un horizonte de planeación de nueve años, que el costo que requiere durante todas las vigencias para realizar la liquidación de cesantías retroactivas es de DOS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS CON 57/100 CTIVOS, al igual que el valor que requiere por cada vigencia, para asumir las cesantías retroactivas.

Para la elaboración de la proyección se tuvo en cuenta un incremento salarial anual del 7.5%, arrojando los resultados que se relacionan en la siguiente tabla.

Tabla No.243

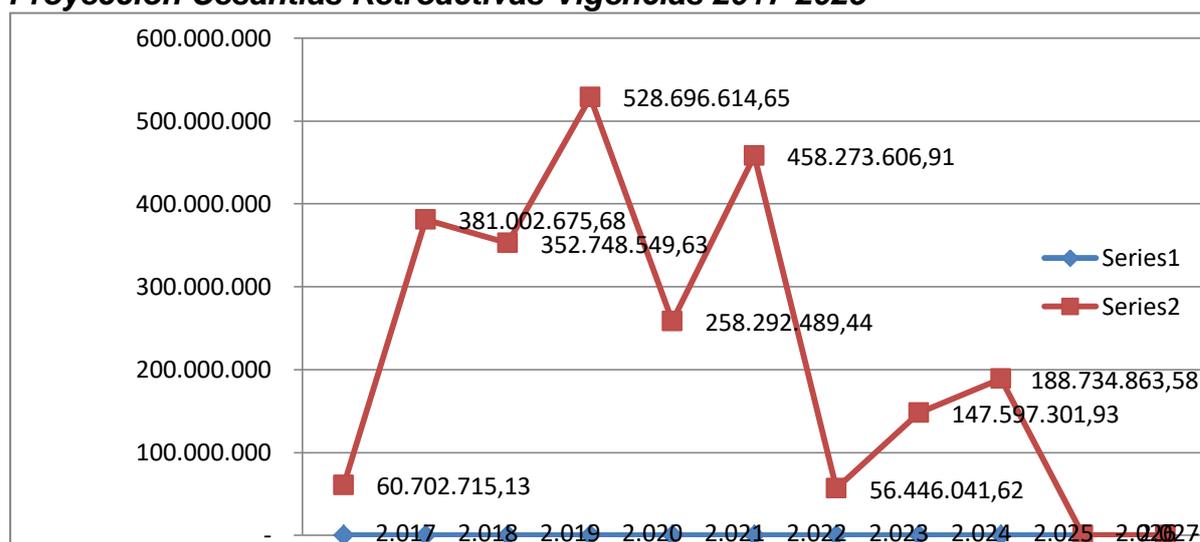
Proyección Cesantías retroactivas vigencias 2017-2025

ITEM DE ANALISIS VIGENCIA	2017-06	2.017	2.018	2.019	2.020	2.021	2.022	2.023	2.024	2.025
Subtotales por año		60.702.715,13	381.002.675,68	352.748.549,63	528.696.614,65	258.292.489,44	458.273.606,91	56.446.041,62	147.597.301,93	188.734.863,58
No de Empleados liquidados		2,00	7,00	5,00	8,00	5,00	4,00	1,00	1,00	2,00
No de Empleados faltantes	35	33,00	26,00	21,00	13,00	8,00	4,00	3,00	2,00	-
Valor Acumulado		60.702.715,13	441.705.390,81	794.453.940,44	1.323.150.555,09	1.581.443.044,53	2.039.716.651,44	2.096.162.693,05	2.243.759.994,98	2.432.494.858,57

Fuente: Coordinación Talento Humano

Como se puede observar en la gráfica de la proyección de cesantías los periodos en los cuales se requiere mayor flujo de efecto, se encuentra entre las vigencias 2020 a 2022, puesto que actualmente se tiene disponibilidad para el pago de las vigencias 2017 a 2019, en los fondos de cesantías.

Grafica No.16

Proyección Cesantías Retroactivas Vigencias 2017-2025

Fuente: Coordinación Talento Humano

En la siguiente tabla se muestra el valor de los saldos de las cuentas globales de cesantías en los diferentes fondos con que cuenta la institución.

A continuación se relaciona el nombre del fondo de cesantías, la descripción de la cuenta y valor del certificado.

Tabla No.244

Saldo de Cesantías en Fondos

FONDO DE CESANTÍAS	CUENTA	Saldo a 30 de junio 2017
COLFONDO	CUENTA GLOBAL -RETROACTIVO	443.273.162,16
COLFONDO	RENDIMIENTO DE CUENTAS INDIVIDUALES DE EMPLEADOS (Saldo Final 30/06/2017: 160.305.646,92- Capital: 75.322.459,84)	84.983.187,08
PROTECCIÓN	RETROACTIVO	182.844.325,01
PROTECCIÓN	LEY 50	6.101.416,89
FONDO NACIONAL DEL AHORRO*	403840	24.885.672,00
PORVENIR**	EMPLEADOR RETROACTIVO	33.654.838,01
PORVENIR**	EMPLEADOR LEY 50	67.247.010,23
TOTAL EN FONDOS		\$ 842.989.611,38

*Saldo posterior a la consolidación de Cesantías Vigencia 2016 fecha emisión 27/03/2017.

**Saldo con corte a 31 de enero de 2017.

1.1.1.5.4 Saneamiento de Aportes Patronales Entidades Promotoras de Salud (EPS)

Actualmente se ha realizado conciliación de los aportes patronales de 9 de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por valor de SETENTA Y OCHO MILLONES SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHETA Y SIETE

PESOS CON 10/100 CTVOS (\$ 78.065.287,10), correspondientes a las vigencias 2012 a 2016.

La institución encuentra en el proceso de firmas de las actas de conciliación y solicitud de devolución de excedentes.

A continuación se presenta el consolidado por vigencia de cada una de las EPS.

Tabla No.245

Consolidado por vigencia por EPS

ENTIDAD	VIGENCIA	VALOR VIGENCIA
COOMEVA	2012	\$ 15.158.516,00
COOMEVA	2013	\$ 7.509.725,00
COOMEVA	2014	\$ 5.388.462,00
COOMEVA	2015	\$ 3.185.903,00
COOMEVA	2016	\$ 3.886.391,00
TOTAL COOMEVA VIGENCIAS 2012-2016		\$ 35.128.997,00
NUEVA EPS	2013	\$ 3.103.467,00
NUEVA EPS	2014	\$ 2.002.430,00
NUEVA EPS	2015	\$ (101.334,00)
NUEVA EPS	2016	\$ (235.142,00)
TOTAL NUEVA EPS VIGENCIAS 2013-2016		\$ 4.769.421,00
CAFESALUD	2013	\$ 890.635,00
CAFESALUD	2014	\$ 1.540.795,00
CAFESALUD	2015	\$ 1.384.127,00
CAFESALUD	2016	\$ 1.884.971,00
TOTAL CAFESALUD VIGENCIAS 2013-2016		\$ 5.700.528,00
SALUDTOTAL	2012	\$ 2.509.325,00
SALUDTOTAL	2013	\$ 246,00
SALUDTOTAL	2014	\$ 653.678,00
SALUDTOTAL	2015	\$ 689.169,00
SALUDTOTAL	2016	\$ 224.385,00
TOTAL SALUDTOTAL VIGENCIAS 2012-2016		\$ 4.076.803,00
COLSANITAS EPS	2012	\$ (3.088.065,00)
COLSANITAS EPS	2013	\$ 825.380,00
COLSANITAS EPS	2014	\$ 732.465,00
COLSANITAS EPS	2015	\$ (2.569.407,00)
COLSANITAS EPS	2016	\$ (3.928.068,00)
Otras novedades en vigencias		\$ (418.550,00)
TOTAL COLSANITAS VIGENCIAS 2012-2016		\$ (8.446.245,00)
FAMISANAR	2012	\$ 5.526.155,00
FAMISANAR	2013	\$ 3.420.875,00
FAMISANAR	2014	\$ 8.379.665,00
FAMISANAR	2015	\$ 1.336.283,50

FAMISANAR	2016	\$ 3.939.508,60
TOTAL FAMISANAR VIGENCIAS 2012-2016		\$ 22.602.487,10
SURA EPS	2012	\$ (4.793.845,00)
SURA EPS	2013	\$ (134.155,00)
SURA EPS	2014	\$ 639.997,00
SURA EPS	2015	\$ 26.764,00
SURA EPS	2016	\$ 7.670.508,00
TOTAL SURA EPS VIGENCIAS 2012-2016		\$ 3.409.269,00
SALUDVIDA	2012	\$ 3.179.564,00
SALUDVIDA	2013	\$ 152.660,00
SALUDVIDA	2014	\$ 500.200,00
SALUDVIDA	2015	\$ 1.219.756,00
SALUDVIDA	2016	\$ 181.843,00
TOTAL SALUDVIDA VIGENCIAS 2012-2016		\$ 5.234.023,00
SALUDCOOP EN LIQUIDACION	2013	\$ 1.976.050,00
SALUDCOOP EN LIQUIDACION	2014	\$ 1.343.850,00
SALUDCOOP EN LIQUIDACION	2015	\$ 2.270.104,00
TOTAL SALUDCOOP EN LIQUIDACION VIGENCIAS 2013-2015		\$ 5.590.004,00
TOTAL CONCILIADO EPS VIGENCIAS 2012 - 2016		\$ 78.065.287,10

Fuente: Coordinación Talento Humano

Actualmente queda pendiente el saneamiento de estas vigencias con Humana vivir en liquidación y los aportes realizados al FOSYGA por régimen especial.

1.1.1.5.5 Fondos de Pensiones

La entidad se encuentra en proceso de acercamiento con los fondos de pensiones, actualmente ha realizado conciliación con Protección por valor de **\$ 3.811.532,00** y se empezó el proceso de saneamiento con Colfondos el cual no ha culminado, quedando pendiente el proceso de saneamiento con Colpensiones.

A continuación se realiza consolidado de la conciliación con el fondo de Pensiones Protección.

Tabla No.246

Consolidación Fondo de Pensiones Protección

ENTIDAD	VIGENCIA	VALOR VIGENCIA
PROTECCION	2012	\$ 365.316,00
PROTECCION	2013	\$ 386.032,00
PROTECCION	2014	\$ 3.060.184,00
TOTAL PROTECCIÓN VIGENCIAS 2012-2014		\$ 3.811.532,00

Fuente: Oficina de Talento Humano.

1.1.1.5.6 Análisis de Personal por Centro de Trabajo y Costo:

En el área asistencial prestan servicios 753 colaboradores, mientras que en el área administrativa prestan servicios 214 colaboradores (sin incluir a los operarios de outsourcing).

En la siguiente tabla se detalla el costo por centro de trabajo.

Tabla No.247

Costos Por Centros De Trabajo

CENTRO DE SALUD	PERSONAL EN MISION	PLANTA	PSIQUIATRA	ENDODONCISTA	TOTAL POR CENTRO
PUNTA ARENA	6.111.250	0	119.000	190.476	6.420.726
ARROYO DE LAS CANOA	6.877.486	0	119.000	190.476	7.186.962
PUNTA CANOA	8.163.262	0	119.000	190.476	8.472.738
TIERRA BAJA	8.304.936	0	119.000	190.476	8.614.412
MANZANILLO	8.717.437	0	119.000	190.476	9.026.913
PONTEZUELA	9.194.302	0	119.000	190.476	9.503.778
PUERTO REY	9.323.455	0	119.000	190.476	9.632.931
ISLAS DEL ROSARIO	10.168.962	0	119.000	190.476	10.478.438
ARROYO GRANDE	10.587.334	0	119.000	190.476	10.896.810
CAÑO DEL ORO	11.148.646	0	119.000	190.476	11.458.122
ARROYO DE PIEDRA	11.589.761	0	119.000	190.476	11.899.237
TIERRA BOMBA	12.147.474	0	119.000	190.476	12.456.950
BOSTON	12.371.531	0	119.000	190.476	12.681.007
ISLOTE DE SAN BERNARDO	13.119.944	0	119.000	190.476	13.429.420
ISLA FUERTE	15.097.525	0	119.000	190.476	15.407.001
FOCO ROJO	19.868.141	0	119.000	190.476	20.177.617
BOCACHICA	21.471.408	0	119.000	190.476	21.780.884
FATIMA	15.946.673	5.847.003	119.000	190.476	22.103.152
SAN PEDRO Y LIBERTAD	22.804.140	0	119.000	190.476	23.113.616
BOSQUE	24.261.988	0	119.000	190.476	24.571.464
SAN VICENTE DE PAUL	23.824.395	4.646.076	119.000	190.476	28.779.947
NUEVO PORVENIR	29.987.600	0	119.000	190.476	30.297.076
DANIEL LEMAITRE	21.006.905	10.829.646	119.000	190.476	32.146.027
REINA	31.917.268	0	119.000	190.476	32.226.744
FREDONIA	27.934.301	5.414.823	119.000	190.476	33.658.600
LIBANO	34.314.866	0	119.000	190.476	34.624.342
TERNERA	36.624.972	3.097.384	119.000	190.476	40.031.832
SAN FRANCISCO	36.081.167	5.414.823	119.000	190.476	41.805.466
GAVIOTAS	17.791.046	23.987.963	119.000	190.476	42.088.485
NELSON MANDELA UPA	44.863.439	0	119.000	190.476	45.172.915
NELSON MANDELA CAP	49.753.698	0	0	0	49.753.698
SOCORRO	41.480.243	10.829.680	119.000	190.476	52.619.399
PASACABALLOS	75.935.557	0	119.000	190.476	76.245.033
BAYUNCA	75.978.944	0	119.000	190.476	76.288.420
BOQUILLA	74.438.713	10.829.680	119.000	190.476	85.577.869
ARROZ BARATO	96.023.399	10.829.680	119.000	190.476	107.162.555
CANDELARIA	127.191.445	0	119.000	190.476	127.500.921
OLAYA HERRERA	113.275.481	16.676.683	119.000	190.476	130.261.640
BLAS DE LEZO	134.243.033	0	119.000	190.476	134.552.509
CANAPOTE	115.765.094	21.659.360	119.000	190.476	137.733.930
ESPERANZA	135.143.616	8.512.207	120.000	190.484	143.966.307
NUEVO BOSQUE	142.415.500	5.414.823	119.000	190.476	148.139.799
POZON	186.043.538	0	120.000	190.476	186.354.014
TOTAL	1.929.309.873	143.989.831	5.000.000	8.000.000	2.086.299.704

Los centros menos costos son los denominados puestos de salud, aquellos ubicados en los corregimientos, a saber, manzanillo, isla del rosario, isla fuerte, islote de san Bernardo, caño de oro, pontezuela, arroyo grande, arroyo de las canoas, arroyo de piedra, puerto rey, punta canoa, punta arena, tierra baja, teniendo un costo promedio mensual de \$10.348.888, siendo el de menor costo punta arena con un costo mensual de \$6.420.726 y el de mayor costo isla fuerte con un costo mensual de \$15.407.00, lo cual es congruente con el número de colaboradores que prestan sus servicios en dichos centros, los cuales ninguno tiene más de 5 colaboradores.

A pesar de ser un corregimiento Bocachica, no se encuentra entre los centros de menor costo, toda vez que su costo mensual oscila en \$ 21.780.884, superando a centros de salud como Boston y Fátima con costo mensual de \$12.681.007 y \$20.177.617 respectivamente, toda vez que bocachica presta servicios con 7 colaboradores, mientras que Boston y Fátima con 7 y 10 respectivamente.

Los centros de trabajo más costos son Pozón, nuevo bosque, esperanza, canapote y Blas de leso, con costo mensual de \$186.354.014, \$148.139.799, \$143.966.307, \$137.733.930 y \$134.552.509 respectivamente, cabe mencionar que todos estos centros son centros de salud con camas que prestan servicios 24 horas al días, 7 días a la semana, con 68, 54, 50, 44 y 45 colaboradores respectivamente, siendo a su vez los centros de trabajo con mayor número de personal.

1.1.1.6. Análisis Integral Aspectos Institucionales

Históricamente la ESE Hospital Local Cartagena de Indias ha asumido de manera monopólica para el distrito de Cartagena de la oferta asistencial de baja complejidad para la población usuaria de servicios asistenciales en salud, esta percepción de exclusividad para el mercado principalmente subsidiado en la ciudad, ha incidido en su desarrollo, su actual estructura orgánico funcional, en sus procesos y especialmente en la capacidad instalada tanto física como asistencial. Tal como se ha dado el desarrollo de su capacidad instalada de forma no planificada, por presiones sociales, políticas y hasta de grupos empresariales privados, que la ha llevado a tener sedes de atención en salud de forma casi contiguas en pequeñas áreas geográficas de la ciudad. El enfoque histórico de los servicios ofertados en los últimos 6 años, muestra que estos se encausaron hacia la resolutivez de la atención inicial de urgencias, el apoyo diagnóstico y la consulta externa con poco enfoque hacia la productividad generado por la promoción y prevención en salud y casi nula en la gestión del riesgo. Actualmente se ofertan servicios portafolio de puesto de salud con portafolio de consulta externa o p y p (tipo 1 a) centro de Salud con Camas con de portafolio de consulta externa o p y p y urgencias en 13 puntos de la ciudad (Tipo 1. B). y hospital local (Tipo 1. C) portafolio general de baja complejidad. Algunas sedes están sobredimensionadas en su infraestructura física (Arroz Barato, Bayunca), otras no tienen capacidad para la demanda potencial de la zona (Blas de Lezo, Candelaria, La Esperanza, Olaya, Pasacaballos) y otras están mal ubicadas y tienen problemas de

accesibilidad por factores de transportes o seguridad para los usuarios (Nelson Mandela, San Francisco). Las sedes ubicadas a nivel de la mayoría de la zona rural e insular, tienen poca población objetivo y su operación tiende a ser costosos y no sostenibles (Los arroyos, isla fuerte, isla del Rosario, etc).

Las sedes que ofertan el servicio de atención inicial de urgencias, estas están ubicadas en sectores populares de la ciudad, su capacidad resolutiva es limitada a la baja complejidad en lo humano, tecnológico y capacidad instalada que se traduce en una muy baja capacidad resolutiva, operándose servicios que no cumplen adecuadamente los criterios de calidad, especialmente en la integralidad, pertinencia y continuidad, lo que pone en riesgo continuamente la seguridad del equipo asistencial, que además son objeto de presión por grupos delincuenciales y pandillas.

La actual estructura de orgánico funcional y los roles de las diferentes áreas y dependencias tienden a funcionar como entes independientes, aislados, segmentados, generando que los procesos no sean eficientes y que los funcionarios hayan perdido la visión del trabajo en equipo, de sostenibilidad financiera de organización, constituyéndose una cultura de desempeño limitada a la función cumplida, en medio de un entramado de funciones que han encallado en la fragmentación de los procesos para la ejecución de políticas, directrices, desempeño, flujo de información, facturación, cobro y rendición de informes.

De igual forma, su estructura orgánica funcional no fue diseñada estratégicamente para competir por un mercado de servicios, que ha ido perdiendo de manera sutil pero continua y que hoy muestran que su operación tiene tendencia a la ineficiencia y a la insostenibilidad.

La empresa debe, realizar un proceso de rediseño del actual modelo de prestación de servicios enfocándolo a las nuevas exigencias del mercado, que apuntan a la estructuración de redes integradas prestadoras de servicios de salud RIPSS y sobre la cual, es importante resaltar que la entidad posee algunas ventajas competitivas para posesionarse como **Prestador Primario** de las diferentes RIPSS que se constituyan a nivel del Distrito de Cartagena, para lograr este propósito, que le garantizaría continuidad en el mercado, es impositivo que la organización orgánico funcional actual se haga más plana la organización, que se desarrollen procesos integrales por áreas y entre áreas, para lo cual es indispensable que se redefinan roles directivos, asesores, profesionales, técnicos y asistenciales. La actual Plataforma estratégica está formulada a corto tiempo, debe ser adecuada al nuevo enfoque de prestación de servicios donde se desarrollara el rol de Prestador Primario en un esquema de RIPSS. Los principios y valores institucionales deben ser contextualizados con el nuevo escenario, normativo, técnico, administrativo y financiero de la empresa.

Componente habilitación

Este componente ha tenido un comportamiento muy variable, ya que en periodo de 2011 a 2017, la norma por medio de la cuales se realiza la

verificación de las condiciones de habilitación, se modificaron en los años 2013 a través de la resolución 1441 y en el 2014 a través de la resolución 2003. La tendencia en cumplimiento es variable ya que en el estándar de recurso humano a causa de la alta rotación, hace que se disminuya o no incremente el cumplimiento, por otra parte la pobre o nula intervención en la infraestructura en el periodo de 2014 a 2017, genera disminución en el cumplimiento de la habilitación. Como debilidades más importantes podemos mencionar:

Debilidad: Para la realización de la evaluación del cumplimiento de las condiciones de habilitación, se cuenta con recurso humano interdisciplinario, discriminado así: 4 odontólogos, 1 enfermera, 1 médico, 1 fisioterapeuta y 1 bacterióloga. Solo el 37,5% tiene formación como verificador de condiciones de habilitación, elemento que esta como requisito dentro del perfil para el cargo.

Acción : Por tanto se requiere que el proceso de selección del recurso humano para el Área de Gestión de Calidad, pueda contar con personal idóneo y que su formación académica, permita hacer dos equipos interdisciplinarios conformados por médico, enfermera y odontólogo principalmente y dos profesionales adicionales para la evaluación de los servicios de apoyo complementario y terapéutico. Además hacer evaluación al desempeño del recurso humano.

Debilidad: El resultado de la evaluación de condiciones de habilitación, no es insumo para el mejoramiento en todos los servicios, no se cumple con los términos establecidos para el diligenciamiento de los planes de mejoramiento por parte de las coordinaciones de los servicios, solo se evidencia el cumplimiento o cierre de las acciones de mejora de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.

Acción: reactivar el procedimiento de notificación de resultados de las auditorías internas, estableciendo términos para la entrega de los planes de mejoramiento diligenciados para su posterior verificación.

Debilidad: pobre empoderamiento por parte del líder del centro de atención (enfermera jefe o coordinador) para el cumplimiento de las acciones de mejora.

Acción: hacer evaluación del desempeño de este recurso humano.

Debilidad: falta de actualización de algunos documentos exigidos en el estándar de procesos prioritarios, esta revisión incluye en algunos casos el componente de la gestión del riesgo y la evaluación de la adherencia.

Acción: compromiso por parte de los responsables de servicios en la actualización y ajustes de la documentación de su proceso.

Debilidad: falta de inclusión de los elementos o insumos de la política de seguridad del paciente dentro del listado de necesidades que se presenta a la Subgerencia Administrativa para la elaboración del Plan de compras Anual.

Acción: modificación o ajuste del listado de necesidades de cada proceso misional, para incluir los elementos necesarios para la dotación de los insumos para la implementación de la política de seguridad del paciente, específicamente en los procesos seguros de prevención de infecciones y correcta identificación del paciente.

Debilidad: en el proceso contractual a terceros no se les hace énfasis en la relevancia del cumplimiento de los estándares de habitación que le apliquen.

Acción: incluir las cláusulas específicas según aplique en las obligaciones contractuales de los terceros.

Componente Acreditación:

La organización a mediano plazo proyecta su acreditación, pero en la actualidad se trabajan de manera separada los dos pilares de este componente, que son la política de seguridad del paciente y la política de humanización. Las debilidades de este componente son:

Debilidad: No se cuentan con los insumos para la implementación de la política de seguridad del paciente.

Acción: Evaluación de las necesidades de la política en cada uno de los servicios y proyectarlo en el plan de compras anual.

Debilidad: Profesionales con adherencia por debajo del 80% a la política de seguridad del paciente.

Acción: realizar seguimiento mensual a los funcionarios que en la evaluación estén por debajo del 80% de la adherencia

Debilidad: No se cuenta con herramientas educativas interactivas o novedosas para la socialización de la política de seguridad del paciente, en algunas ocasiones los funcionarios no asisten porque se citan en horarios que no corresponden a su tiempo laboral o no es posible hacer su reemplazo.

Acción: Diseñar herramientas virtuales o novedosas para la capacitación de los profesionales, estableciendo tiempos flexibles para su revisión y su posterior evaluación.

Debilidad: no se cuenta con material de difusión de la política audiovisual, que permita la capacitación permanente del usuario y cliente interno.

Acción 4: diseñar herramientas virtuales o novedosas para la difusión de los deberes y derechos de los usuarios.

Componente PAMEC

La complejidad por el número de sedes y sus características específicas, hacen que se requiera mayor formación a los líderes y funcionarios para la implementación de este componente. Las debilidades de este componente son:

Debilidad: no se cuenta cliente interno capacitado sobre el componente de PAMEC.

Acción: capacitar a los líderes de los centros de atención, para que difundan e implementen efectivamente el componente.

Debilidad: no se establece un rubro para la ejecución de las acciones de mejoramiento del componente de PAMEC.

Acción: asignar por parte de la Gerencia en el presupuesto anual, recursos para la implementación del componente PAMEC.

Componente Sistema de información para la calidad

Para este componente lo más importante es que la información suministrada permita la toma de decisiones.

La inoportunidad, la desactualización de los tableros de indicadores y la falta de una herramienta de captura sistematizada son las debilidades de este componente.

Acción: realizar una revisión de los indicadores que son necesarios en cada uno de los procesos, teniendo en cuenta los requerimientos normativos y contractuales, para actualizar los tableros de control.

Acción: crear una herramienta sistematizada que permita la captura de la información en tiempo real y se tenga de manera oportuna.

Acción: establecer puntos de alerta en cada uno de los momentos de la atención para el profesional o equipo tratante de la información que requiere ser reportada para los indicadores o información de reporte obligatorio.

Acción: evidenciar los análisis de la información en cada proceso, soportando la mejora continua de éstos.

Acción: elaborar el tablero del sistema de información y socializarlo con toda la organización.

Acción: realizar la difusión de los resultados de los indicadores a toda la organización para el conocimiento del desempeño y la definición de metas superiores.

1.1.1.6.1 Problemas, causas, DOFA y Medidas

PROBLEMAS

Problema: La empresa cuenta con una estructura orgánico funcional aprobada mediante Acuerdo de Junta Directiva No.156 de 2014, la cual determina los niveles organizacionales y las áreas funcionales, además de mapa de procesos, sin embargo no existe una simetría entre dicha estructura y como realmente opera la empresa

Causa: Los niveles organizacionales y las áreas funcionales de la Empresa han sido creadas de hecho, obedeciendo más estilos propios de cada Gerente de turno no alineándose con la estructura aprobada por la Junta.

Problema: El 95% de los colaboradores que prestan sus servicios tanto profesional, como técnico y asistencial, en actividades misionales y permanentes de la Entidad, no pertenecen a la planta de personal directa.

Causa: Con el objetivo de aminorar costos se decidió contratar al personal bajo modalidades de contratación alternas como Empresas de Servicios Temporales, Cooperativas de trabajo asociado, Contratos sindicales, Outsourcing de servicios etc.

Problema: Al 30 de junio de 2017 existen en la planta de personal de la Entidad 35 empleados pertenecientes al régimen de cesantías retroactivas, no contándose con suficientes recursos para responder a los empleados pertenecientes al régimen de cesantías retroactivas por el pago de esta prestación. A la fecha, se adeudan \$2.940.897.299 por concepto de cesantías retroactivas, estando consignadas en los fondos de cesantías la suma de \$1.702.466.031, existiendo un déficit de \$1.238.431.269.

Causa: No se realizaron las apropiaciones presupuestales de manera anual a fin de garantizar el pago completo de la prestación.

Medidas.

Rediseñar el modelo de prestación de servicios de la entidad con enfoque en Gestión de riesgo y p y p, buscando adaptar la empresa a las exigencias del ajuste del SGSSS que profundiza la APS con énfasis en la atención familiar y comunitaria.

Las sedes operativas deben ser adecuadas en su infraestructura al nuevo rol que asumirán en el esquema de RIPSS y según el portafolio a asumir, ya sea parcial o total en la articulación de subredes ofertantes de los servicios de Prestador Primario.

Ajustar la estructura orgánica y funcional a la gestión de Prestador primario con énfasis en la competitividad asistencial y la eficiencia en los procesos. Se deberá revisar y ajustar la estructura orgánica funcional de la Entidad alineándola con las nuevas necesidades del modelo de atención según estrategias, Mías, Rías y País, reorganizar las áreas funcionales y definir personal necesario basándose en levantamiento de cargas de trabajo, además de valoración de centros de trabajo a fin de viabilizar la prestación del servicio en 43 centros de trabajo.

Se debe realizar el proceso de formalización laboral, creando los cargos necesarios en el plan de cargo de la entidad, cumpliendo con la normatividad vigente, aminorando las potenciales demandas laborales por contrato realidad, para lo cual **Se debe realizar proyección económica** a fin de establecer,

teniendo en cuenta un incremento salarial promedio de las últimas tres vigencias, lo adeudado por concepto de cesantías retroactivas y disponer una apropiación presupuestal anual para aminorar lo adeudado. La formalización laboral facilitar garantizar la continuidad en la memoria institucional, en la cultura de la calidad y la adherencia a la plataforma estratégica institucional de los empleados.

Se debe implementar un Programa de Educación Continuada PEC, que permita que la ESE materialice la potencialidad del recurso humano vinculado hacia un enfoque de entidad sistema.

DOFA

Debilidades.

En el desempeño de los resultados de la empresa está incidiendo de manera negativa y estructuralmente la disfuncionalidad del componente informático y de conectividad del sistema de información de la entidad, la intermitencia de la señal, sumado a la pérdida u ocultamiento de los datos registrados en gran parte de los servicios prestados y digitados genera atrasos en la generación de informes y soportes y es una de las principales debilidades en el proceso de facturación. Esto sumado a la alta rotabilidad del recurso humano.

La estructura organizacional actual de la empresa, induce a la atomización de las directrices, los procesos, induce a la desarticulación de la información y a la ineficiencia en la producción, no facilita la unidad de criterios para la supervisión, y control, no es coherente con la simplicidad requerida para el uso de los indicadores y hace que la generación de información e informes sea un proceso muy complejo y desarticulado.

Los procesos asistenciales están orientados a cumplir con una demanda potencial generada por una organización que orienta a los usuarios a usar los servicios, según un esquema de georeferenciación, por áreas definidas geopolíticamente dentro de la ciudad y a partir de la oferta física instalada, el sistema no ha sido planificado en su conjunto y su desarrollo actual ha sido más contestatario a las exigencias sociales que a un proceso planificado de organización. Es por esto que, en muchos puntos la capacidad instalada actual no está acorde con la demanda real de servicios, bien sea por exceso o por baja capacidad resolutive.

Al igual que con la subgerencia Científica la estructura organizacional actual de la Subgerencia Administrativa y Financiera, induce a la atomización de los procesos, la desarticulación de la información y a la ineficiencia en la producción, no facilita la unidad de criterios para la supervisión, y control, no es coherente con la simplicidad requerida para el uso de los indicadores y hace que la generación de información e informes sea un proceso muy complejo y desarticulado.

Algunos servicios como CPN, atención de partos, apoyos diagnósticos (Laboratorio clínico, Imagenología), transporte asistencial básico y medicalizado se prestan con el apoyo o directamente por un asociado, en

diferentes esquema de contratación y de oferta, que requieren ser revisados a la luz de los nuevos cambios y enfoques que genera la adopción del PSFF y el esquema operacional en RIPSS.

A la fecha solo se tiene título de propiedad de la sede asistencial de Arroz Barato, los demás bienes inmuebles de las sedes asistenciales no están escriturados a nombre de la empresa.

La ESE no cumple con la normatividad laboral, solo el 5% del personal requerido está en el plan de cargos, la vinculación del 95% restante a través de terceros genera riesgos económicos y judiciales que pueden agravar la situación de insostenibilidad de la operación. De igual forma, este tipo de vinculación ha incidido negativamente en la adherencias a la plataforma estratégica de la entidad, hacia como a los resultados de la gestión, que tienen una marcada tendencia a hacia la rutina y crisis. No se ha podido desarrollar la cultura de la calidad y la alta rotación del personal obligan a la entidad aun desgaste en los procesos de re inducción continua y al poco impacto en los programas de educación continuada. Esta situación ha sido generada por la imposibilidad de incorporar a los empleados misionales al plan de cargo de la entidad debido a que el actual escala salarial hace insostenible la operación a mediano plazo.

La empresa tiene pasivos en crecimiento generadas por la no cancelación oportuna de las cesantías.

Falta de adherencia a guías y protocolos por parte del recurso humano.

Deficiencia en la continuidad de disposición de insumos, medicamentos y materiales para la prestación del servicio.

Los elementos, equipos y materiales requieren ser cambiados por agotamiento de vida útil.

No diligenciamiento completo y correcto de las historias clínicas y demás registros asistenciales.

Falla en el sistema de Información en su componente estructural.

Mantenimiento de infraestructura muy costoso debido a la gran infraestructura que se posee.

Permanente pérdida de información de facturación de actividades realizadas.

Limitadas rutas de transporte para los usuarios.

Incumplimiento en la estrategia de proceso seguro de lavado de mano por no dispone de insumos realizarlo.

No se asignan reemplazo a los profesionales en casos de capacitaciones, incapacidades por lo que toca cancelar las citas a los pacientes.

El sistema es muy inestable, la conectividad se cae con frecuencia lo cual ocasiona pérdida de las historias clínicas, no se admiten los pacientes.

Fortaleza.

La presencia de capacidad instalada en casi todas las zonas del distrito de Cartagena le dan una ventaja competitividad con otras IPS.

El uso histórico de los servicios y la calificación de alta satisfacción de los usuarios se constituyen en una gran fortaleza para la entidad.

La alta potencialidad del recurso humano de planta que posee además de una vasta experiencia en el servicios formación académica profesional como especialistas y maestrías que pudieran rotar su rol hacia enfoques mixtos como gerencias de producción, supervisión de subredes, verificación y desarrollos de estándares de calidad, educación continuada e investigación.

Oportunidad.

En ese orden de ideas, no ha desarrollado de manera competitiva un portafolio enfocado en las necesidades reales de los usuarios, especialmente en el perfil epidemiológico y sus determinantes poblacionales, ambientales y económicas. Enfoque que actualmente le es obligado asumir a la luz del ajuste en la operación del SGSSS que obliga las entidades prestadoras a orientar su desempeño hacia la profundización de la Atención Primaria en Salud **APS**, con énfasis hacia la atención familiar y comunitaria y a hacer parte de redes Integradas prestadoras de servicios de salud **RIPSS**.

Amenazas.

LA incapacidad de la empresa de adaptarse al cambio de rol dentro del esquema de RIPSS y de ofertar servicios con enfoque en gestión de riesgos y p y p podrían hacerla perder más competitividad en el mercado y esto agravar su sostenibilidad futura.

1.1.2 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

1.1.2.1 Estado de Procesos y Procedimientos prioritarios.

A nivel de procesos, hay un desarrollo considerable en la caracterización de procesos básicos tanto misionales como administrativos, la empresa cuenta con un mapa de procesos y procedimientos, así como el manual de procesos. Sin embargo, su normalización e implementación no tienen una alta incidencia en los resultados de la gestión, mientras que otra parte de procesos estratégicos, misionales de apoyo y de control no están caracterizados, ni documentados como es el caso de la generación de informes de reporte a organismos de control. Sin embargo, es importante resaltar que, los

funcionarios responsables de los procesos de generación de informes conocen, cuál es su responsabilidad sobre la información que debe rendirse a los entes de control y generan oportunamente los productos para el cumplimiento de las obligaciones de reportes obligados. No obstante, la entrega de información, no programada genera estrés.

Los procesos asistenciales se encuentran caracterizados y codificados por servicio.

1.1.2.2 Procesos Estratégicos

1.1.2.2.1 Gestión Gerencial

Hacen parte de la oficina de Gerencia, el gerente, 2 secretarias (una de planta y una suministrada por konekta), un asesor jurídico y un asesor financiero.

A nivel de gerencia se definen las decisiones que trascienden en los demás procesos, normalmente estas decisiones son precedidas de reuniones de tipo técnico que buscan argumentar y disminuir la probabilidad de errores al asumirse riesgos.

En la Gerencia se definen las decisiones contractuales, de relaciones con los demás actores del sistema, con la Junta Directiva, con el estamento político administrativo del distrito, con los medios de comunicación y con los líderes y demás representantes de los usuarios, además coordina todas las acciones y medidas a tomar con el fin de garantizar la sostenibilidad financiera de la empresa, el adecuado funcionamiento en su operación y la satisfacción del cliente interno y externo.

El gerente de entidad ejerce un control continuo en el mejoramiento de la calidad, brindando a la población cartagenera una atención basada en la humanización y seguridad del paciente.

El Gerente se encarga de reunir a la Junta directiva como órgano de coadministración para realizar las reuniones correspondientes a los procesos de la entidad.

La secretaria de gerencia de Planta lleva el control de los estatutos de la institución y la administración de la caja menor.

Los asesores de gerencia apoyan a la gerencia a nivel jurídico y financiero para una mejor toma de decisiones.

1.1.2.2.2 Junta Directiva

Con fundamento en lo dispuesto en el Decreto 1876 de 1994, en la Ley 1438 de 2011 y Decreto 2993 de 2011, la Empresa Social del Estado Hospital Local Cartagena de Indias cuenta con una Junta Directiva, conformada por cinco miembros, dos legales y tres de elección, la cual ejerce la máxima autoridad

en la toma de decisiones para el desarrollo y funcionamiento normal de la Institución.

La Junta Directiva de la ESE se encuentra conformada por los siguientes miembros:

1. Alcalde Mayor de Cartagena de Indias o su Delegado, quien la preside.
2. El Director del Departamento Administrativo de Salud Distrital – DADIS
3. Representante de los Empleados del Área Administrativa.
4. Representante Profesionales de la Salud.
5. Representante Asociaciones de Usuarios.

El órgano directivo se reúne en forma bimestral y extraordinariamente cada vez que es requerido, la actual JD ha sido un importante apoyo en la toma de decisiones y en la búsqueda de alternativas de solución a los diferentes procesos y coyunturas que se han generado en la entidad, se ha trabajado de manera ágil y oportuna en el trámite y toma de decisiones requeridas en el presente período. El alcalde (e) Sergio Londoño Zurek delegó como presidente de Junta Directiva al secretario de la alcaldía Jhonny Ordozgoitia. En la actualidad el proceso se viene desarrollando de forma normal cumpliéndose con el protocolo de reuniones establecido.

1.1.2.2.3 Gestión de negociación

Anualmente la entidad conforma un equipo de negociación en cabeza de la gerencia y las subgerencia para la negociación de tarifas y precisión del alcance de la contratación con las diferentes EAPB con usuarios en la ciudad. La principal modalidad de contratación para la venta de servicios es la capitada, sin embargo, también se hacen contrataciones por modalidad de eventos y paquetes específicos.

Las tarifas se negocian con las EAPB por separado, se tiene en cuenta además de condición de entidad pública, la capacidad instalada, el desarrollo de los procesos de calidad, la capacidad resolutive, la ubicación de las unidades prestadoras, la disponibilidad de la capacidad instalada en cuanto a personal, etc. Sin embargo, las tarifas terminan siendo estándar para todas las poblaciones de usuarios y generalmente las EPSs imponen su condición de negociación.

1.1.2.3 Procesos Misionales

1.1.2.3.1 Admisiones

El procedimiento de admitir en la consulta externa de ESE Hospital Cartagena de Indias es el conjunto integrado de actividades mediante la cual la institución

acoge al usuario para ofrecerle los servicios que requiere, para garantizarle la plena satisfacción de sus requerimientos con el cumplimiento previo de los requisitos administrativos. Este proceso es estándar para las diferentes sedes asistenciales, intervienen: vigilantes, personal de asignación de cita y facturadores. En la admisión se dan las siguientes actividades:

- Entregar y recibir información al usuario
- Identificación y clasificación del usuario
- Datos básicos nombre y apellidos completos, identificación en el sistema
- Tipo de usuario y fuente de pago
- Empresa aseguradora responsable
- Requerimiento y captura de los documentos o soporte necesario para la atención y posterior cobro de los servicios a las aseguradoras
- Programar la cita la consulta requerida por el usuario

El procedimiento de asignación de cita es la actividad mediante la cual se adjudica en una central de citas la fecha y hora de atención demandada según necesidades del usuario y portafolio de servicios de la ESE Cartagena de Indias.

Se inicia con una verificación de derecho comprobando que el usuario se encuentre en un contrato con la aseguradora que se encuentre vigente y que los servicios solicitados por él estén contemplados en la contratación. Se tiene como requisito la presentación del documento de Identificación. Está centralizada, en la central de cita se le adjudica la consulta para todos los servicios que se prestan en la institución.

El horario de atención es de 8 horas diarias, con la estrategia de asignar una cita cada fracción de hora. Facturar la consulta solicitada por el usuario o recaudar el pago directo.

Los insumos necesarios para el procedimiento de admisión son: Interconectividad o base de datos actualizada, programa de asignación de citas actualizado, recurso humano capacitado.

Los atributos de calidad que se impactan en este procedimiento son la oportunidad y la accesibilidad.

1.1.2.3.2 Asignación de Citas médicas:

La última actualización del proceso se realizó en el año 2015, actualmente se presta presencial. Su objetivo es optimizar la oportunidad en la reserva y asignación de citas a los usuarios demandantes del servicio.

El proceso de solicitud de citas, está orientado a la operación con base en la georeferenciación del usuario, a quien teniendo en cuenta la accesibilidad se le asigna al centro de atención más cercano, en algunas oportunidades según su solicitud y preferencia es asignado a un centro que de manera explícita ha solicitado ser asignado. Primordialmente la asignación de citas se hace

teniendo en cuenta la población asignada por cada EPS a los centros de atención y la frecuencia de uso de aproximadamente está en 1,8.

Es el primer contacto con el usuario antes de la atención en salud es vital y hace parte de la satisfacción del usuario con relación al servicio que prestamos. El estándar institucional es ≤ 3 días. La asignación de citas se realiza en el horario de 8:00 a.m a 12 m y de 1:00 a 4:00 y se asignan las citas en el horario correspondiente a la atención. Las citas serán reservadas y asignadas cada 15 minutos, para los médicos que atienden 4 pacientes, por hora, y cada 20 minutos para los médicos que atienden 3 pacientes por horas, nunca se asignara más de un pacientes a la misma hora, Además de informarle a los pacientes, que es de obligatorio cumplimiento presentarse a confirmar la cita 15 minutos antes de su atención ya que la institución dispondrá del cupo asignado si a los 5 minutos antes de comenzar la atención no se ha realizado la confirmación de la cita en facturación.

Para generar mayor oportunidad y evitar horas no productivas se cuenta con la estrategia de reemplazo, una hora después de iniciada la atención, según sea el número de usuarios que no asistieron a la consulta, las cuales serán asignadas teniendo en cuenta la prioridad y el orden de llegada. Se cuenta con un programa en el cual se tiene la agenda y la disponibilidad de los profesionales, para que el usuario pueda elegir según su preferencia.

El año anterior se implementó el Call Center con un centro piloto, pero los usuarios no hacían uso de la línea para atención. Hoy no opera.

1.1.2.3.3 Atención de urgencias

En la actualidad la ESE Hospital Local Cartagena de Indias oferta el servicio de urgencias en doce (12) centros de salud con camas, los cuales se encuentran distribuidos estratégicamente a lo largo y ancho del Distrito de Cartagena, prestando el servicio en lugares de difícil acceso y corregimientos distantes del casco urbano (por ejemplo: Bayunca, Boquilla, Pasacaballos), esta oferta en lugares de difícil acceso, de condiciones sociales, culturales y económicas muy difíciles es una gran fortaleza de nuestra empresa. Somos la única IPS publica de baja complejidad que tiene la infraestructura para prestar el servicio de urgencias en todo el territorio Distrital, facilitándole a nuestros clientes, accesibilidad, oportunidad, eficiencia y eficacia en la prestación del servicio de urgencias, por otra parte las IPS privadas tampoco cuentan con centros de atención diseminados a lo largo y ancho del Distrito de Cartagena, lo cual indudablemente se convierte en una gran fortaleza que debemos potencializar aún más para seguir posicionándonos como la primera IPS de atención en urgencias de baja complejidad en Cartagena de Indias. La ESE Cartagena de Indias en la actualidad (año 2017) oferta el servicio de urgencias en los siguientes CSCC:

1. CSCC de Arroz Barato
2. CSCC de Bayunca
3. CSCC de Boquilla
4. CSCC de Blas de Lezo

5. CSCC de Canapote
6. CSCC de Candelaria
7. CSCC de La Esperanza
8. CSCC de Nelson Mandela
9. CSCC de Nuevo Bosque
10. CSCC de Olaya Herrera
11. CSCC de Pasacaballos
12. CSCC de Pozón

1.1.2.4 Procesos de Apoyo Misional

1.1.2.4.1 Sistema de Información al Usuario (SIAU)

La oficina de atención al usuario se encuentra ubicada en la sede administrativa de la institución, donde se les brinda información y orientación a los usuarios en la ayuda de la resolución de sus problemas de tipo social y administrativo.

Hacen parte de la oficina de atención al usuario una coordinadora, 1 profesional universitario, 1 asistente administrativo y 6 unidades administrativas, las cuales se desempeñan como promotoras.

Las promotoras tienen un cargo de auxiliar administrativo con un perfil definido el cual no se cumple ya que algunas de ellas no lo tienen definido para el cargo (promotoras) y esto dificulta algunos procedimientos. Las promotoras cuentan con una herramienta manual para la información y atención al usuario que protocoliza las actuaciones del equipo humano y realizan visitas cada 8 días a los centros de atención donde realizan las siguientes actividades:

- Socialización en sala de espera a los usuarios en tema de educación.
- Apoyo al cliente usuario en el trámite de resolución de problemas sociales que conciten una atención social referente a la prestación del servicio, en la georeferenciación de su centro de atención, verificación de derecho e información sobre deberes y derechos, esto se hace en la oficina de atención al usuario ubicada en la sede administrativa de la institución por un profesional en trabajo social.
- En la recepción de quejas existen dos mecanismos personal o telefónico y a través de buzones. El primero se realiza a través de la oficina de atención al usuario y el de buzones se hace en cada uno de los centros, para esto se cuenta con un buzón de sugerencia colocado en cada uno de estos centros de atención con la disponibilidad de formatos de PQRS. Estas quejas depositadas en los buzones se recoge por el equipo humano cada 8 días para ser llevadas a la oficina de atención al usuario donde la coordinadora del área clasifica de acuerdo al tipo de mensaje del formato y las envía a la coordinación de cada servicio para su respectiva respuesta esto tiene unos tiempos que van desde 1 a 8 días hábiles tiempo que no se cumplen presentándose inoportunidad en las

respuesta de las quejas, para esto se ha sugerido un ajuste al procedimiento de respuesta de queja.

- Evaluación de satisfacción al usuario: este procedimiento se realiza a través de una encuesta de satisfacción también cada 8 días por el mismo equipo, seleccionando al azar y por servicio a un grupo de usuarios, este muestreo se hace a la población atendida en el mes anterior y se aplica una fórmula estadística, esta actividad se está haciendo manual hasta la fecha con la propuesta de digitalizar el procedimiento con uso de unas Tablets.
- La digitación de esta información la realizan dos personas ubicadas en la oficina de atención al usuario con cargo de Asistente Administrativo. Cabe recalcar que estas dos personas digitan 9.000 mil encuestas mensuales.

Cumpliendo con lo establecido por el ministerio de protección social, en la ESE Hospital Local están conformadas 43 alianzas de usuarios cada uno con sus respectivas juntas directivas, las cuales se encargan de velar por los derechos, deberes de los usuarios y la calidad en la atención de los servicios.

1.1.2.4.2 Epidemiología

El área de vigilancia epidemiológica se encuentra ubicada en el segundo piso de la sede administrativa de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, se evidencia buena iluminación, buena temperatura ya que existe un aire acondicionado que funciona en óptimas condiciones, buena ventilación, 5 escritorios cada uno con computador portátil y uno de escritorio, sillas cómodas, impresoras y buena dotación de insumos de útiles de oficina.

Descripción del Proceso de notificación Vigilancia Epidemiológica: Esta área se encarga de la vigilancia, reporte y notificación a través de SIVIGILA de los diferentes eventos de interés en salud pública que se generan desde nuestras 43 Unidad Primaria Generadora de Datos- UPGD. Esta notificación se realiza de forma semanal y/o inmediata de acuerdo al evento de interés en salud pública que se presente, según los lineamientos establecidos por el Instituto Nacional de Salud.

El flujo de la información se realiza de la siguiente manera: la Unidad Primaria Generadora de Datos-UPGD notifica al área de epidemiología previo diligenciamiento de la ficha de notificación del evento de interés en salud pública presentado en la UPGD y la hace llegar vía correo electrónico, chat o en físico a la oficina de vigilancia en la sede administrativa, el técnico de la oficina de vigilancia epidemiológica notifica a través del software SIVIGILA instalado en su computador; posterior a la notificación envía los archivos planos al Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS vía correo electrónico todos los días lunes de cada semana, o martes si el lunes es festivo, el DADIS notifica al Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social.

Cada inicio de año, el Instituto Nacional de Salud entrega los lineamientos a seguir, así mismo se generan nuevas fichas de notificación y protocolos de vigilancia de eventos de interés en salud pública los cuales son socializados en cada centro de salud y entregados en medio físico y magnético y se organiza el plan de capacitaciones del año en aras de socializar los lineamientos de los protocolos cada año.

Desde la oficina de facturación mensualmente nos hacen entrega de los RIPS generados en cada UPGD, los cuales son cargados en el software SIANIESP de SIVIGILA, para posteriormente realizar la búsqueda activa institucional de los eventos de interés en salud pública presentados en cada UPGD, de esta manera controlamos si todas las UPGD están notificando el 100% de los eventos de interés en salud pública presentados en la institución, en caso de evidenciar que algún evento quedo sin notificar se llama al centro de salud pertinente, para que se realice el diligenciamiento de la ficha de notificación del evento pendiente y se haga llegar a la oficina de vigilancia epidemiológica, en aras de realizar el proceso de notificación y flujo de información.

1.1.2.4.3 Proceso de Estadísticas Vitales:

La oficina de vigilancia epidemiológica se encarga de la verificación y control del ingreso de los certificados de hechos vitales, nacidos vivos y defunciones a la web RUAF. El médico que atiende el hecho vital defunción o nacimiento en la institución, tiene la obligación de diligenciar el certificado e ingresar a la web durante las primeras 24 horas de presentado el hecho vital.

El control de los mismos se realiza de la siguiente manera: un técnico en salud del área realiza el recorrido los días lunes e identifica los hechos vitales presentados en la UPGD, posterior a ello se verifica si estos fueron ingresados en la web RUAF, en caso de evidenciar que no fueron ingresados, se realiza la notificación al área de talento humano para que sean los encargados de pasar por escrito a cada médico y coordinador de centro la solicitud de ingreso de los mismos.

Los soportes que se generan en el proceso de vigilancia epidemiológica son las fichas de notificación, archivos planos enviados al DADIS, formato de búsqueda activa institucional, perfil epidemiológico de morbilidad y mortalidad, informes de gestión, certificados de hechos vitales.

Debilidades del proceso: En las UPGD no se encuentra instalado el software SIVIGILA y todo ingresa desde la sede administrativa; debido a eso algunas veces se presenta dificultad para realizar la notificación de eventos de interés en salud pública que se deben realizar de manera inmediata si estos son presentados los fines de semana, ya que en la sede administrativa no se labora fin de semana; así la UPGD debe esperar hasta el lunes día hábil para notificar a la oficina de epidemiología y ser notificado al software SIVIGILA.

Los médicos no notifican durante las primeras 24 horas todos los hechos vitales atendidos.

Fortalezas del proceso: Las UPGD realizan la notificación los eventos de notificación obligatoria los fines de semana de estos de manera telefónica o por correo a la coordinación de vigilancia epidemiológica; quien a su vez de notifica al DADIS, con el fin de que se pueda responder de manera oportuna tomando las acciones individuales y colectivas pertinentes del evento presentado y controlar el evento. En el área de epidemiología se cuenta con recurso humano capacitado; un técnico en salud es el encargado de realizar recorrido en todos los centros de salud los días lunes para recolectar la información generada en todas las UPGD, un técnico encargado de la notificación quien siempre ha notificado de manera oportuna los días lunes al ente de control, un médico epidemiólogo y una magister en salud pública quienes realizan el análisis de los eventos de interés en salud pública que se presentan en la institución.

Al recurso humano médico, enfermeras y coordinadores se les realiza inducción en el área de epidemiología a fin de que conozcan cómo funciona el proceso de notificación y hechos vitales, en aras de que estén capacitados para que realicen sus actividades.

Amenaza del proceso: Que los entes de control emitan un requerimiento cuando no se realice la notificación eventos de interés en salud pública de manera oportuna.

Oportunidad del proceso: Debido a la gran cantidad de información que se genera en la oficina de vigilancia epidemiológica, se pueden realizar investigaciones en aras que el recurso humano se fortalezca en sus conocimientos de ciencia y tecnología.

1.1.2.5. Procesos de Apoyo Administrativo y Financiero

1.1.2.5.1 Adquisición de Bienes y Servicios

En el organigrama de la ESE HLCI está contemplado el departamento de Recursos Físicos que es el encargado de la adquisición de bienes y servicios, necesarios para la operación de la entidad. El proceso inicia con la formulación anual del plan de compras de la ESE y Recursos, que se construye a partir del reporte de necesidades de las diferentes áreas, atendiendo la planeación de los servicios a prestar de conformidad con el comportamiento histórico. El proyecto de plan de compras se aprueba a nivel del Comité de Compras que se realiza en el mes enero, tiempo posterior a la formulación y aprobación del presupuesto. El Plan de compras recoge las necesidades de adquisición de papelería, medicamentos, dotación, equipos de cómputo, accesorios para el área de sistemas, accesorios y materiales para mantenimiento hospitalario y de la sede administrativa, compra de equipos biomédicos y material impreso.

El área de procesos físicos es el encargado de conglomerar los requerimientos de las áreas y ejecutar dicho plan con una periodicidad anual y se realiza con fines de establecer el presupuesto de compras del año inmediatamente posterior. Aunque el deber ser debería mostrar ese comportamiento, la realidad que se vive es otra, una de las principales debilidades observadas es que la

elaboración del plan de compras se realiza después de que se el presupuesto ha sido aprobado con algunos contratos ya en ejecución y eso se debe principalmente a que la elaboración de dicho plan debe ser realizada en conjunta con todos los departamentos ya que ellos proyectan las posibles necesidades que tendrán a lo largo del año y la presentación de esa información no es al mismo tiempo y con demoras significativas, lo que ocasiona que se realicen constantes modificaciones y adicionalmente no garantiza la ejecución total del mismo.

1.1.2.5.2. Mantenimiento

La infraestructura física de nuestros centros de salud es uno de los temas más críticos. Diversas son las causas de este deterioro, principalmente que la mayoría de las edificaciones fueron construidas hace más de 20 años y en su momento no fueron proyectadas como establecimientos de salud, si no que fueron viviendas transformadas o remodeladas para este fin, con un crecimiento espontáneo y muy pocas veces planificado.

El sistema eléctrico tanto de los centros de salud, como de la sede administrativa: recurrentemente nos llegan al área, reportes de caídas de voltaje, fluctuación de corriente, caídas de acometidas externas, cortocircuitos, caída del sistema de red regulada, fallas en el fluido, etc.

Muchas de estas situaciones son atendidas por el personal eléctrico del área, sin embargo este personal solo realiza los trabajos básicos de baja tensión, pues su conocimiento es limitado y por ende los problemas se siguen presentando. Es conveniente que se contrate una empresa especializada (Ingeniero Electricista) que realice un diagnóstico claro y certero de lo que ocurre y nos de las recomendaciones a seguir con el fin de mejorar toda la anomalía y nos permitan tener unos sistemas eléctricos seguros y estables (cabe anotar que ninguno de los centros de salud cumple las normas NTC 2050 y el RETIE, normas que regulan los sistemas eléctricos en Colombia).

Generalidades, estado de los mantenimientos preventivos y correctivos para todos los centros de salud:

- El cumplimiento de todos los planes preventivos y correctivos de toda la infraestructura hospitalaria se llevan a cabo mediante controles y supervisiones según los tiempos o ciclos establecidos y verificando su estricto cumplimiento según cronogramas o ciclos e informes para lograr su certificación, estos planes de mantenimiento son.
- **Plantas eléctricas y bombas electromecánicas:** Este contrato tiene un ciclo de mantenimiento bimensual, se certifica mediante el informe, los reportes por centro e informe general de preventivos y correctivos que se presentan en los diferentes centros de salud, la debilidad de este contrato radica en que existen plantas eléctricas que carecen de transferencia automática, y hay algunas que por su sistema antiguo no es posible realizarle las referencias automáticas y hay otras que requieren cambios en los módulos y cableados para poderlas habilitar

con transferencia automática, es decir que muchas plantas su sistema de encendido es manual, anexo cuadro de estudio de viabilidad de la instalación de transferencia automática en los centros de salud.

Tabla No.248

Viabilidad de la instalación de transferencia automática en los centros de salud.

TIPO	NOMBRE	MODELO	CAPACIDAD	TRANSF.	APLICA	OBSERVACIONES
CAP	BAYUNCA	KDE-6700-T	PEQUEÑA	NO	NO	NO ACTIVA
CAP	BLAS DE LEZO	X3.3G2	GRANDE	SI	SI	SE REQUIERE CAMBIO DE MODULO, CAMBIO DE ACTUADOR PARA APAGADO Y CABLEADO DE SEÑAL DE ARRANQUE REMOTO, PARA HABILITAR
CAP	BOQUILLA	HONDA-G-3300	PEQUEÑA	NO	NO	NO ACTIVA
CAP	CANDELARIA	KDE-12000-TA	PEQUEÑA	NO	SI	ACTUALMENTE TIENE TRANSFERENCIA MANUAL, SE REQUIERE TABLERO DE TRANSFERENCIA AUTOMÁTICA, IDENTIFICACIÓN DE ARRANQUE REMOTO Y CABLEADO PARA HABILITAR
CAP	CERROS-STAND BY 002	HONDA-G-3300	PEQUEÑA	NO	NO	NO ACTIVA
CAP	ESPERANZA	HONDA-G-3300	PEQUEÑA	NO	NO	NO ACTIVA
CAP	NUEVO BOSQUE	4BTA3.9-G2	GRANDE	SI	SI	CAMBIO DE MODULO DE CONTROL, IDENTIFICACIÓN DE ARRANQUE REMOTO Y CABLEADO PARA HABILITAR
CAP	PASACABALLOS	KDE-12000-TA	PEQUEÑA	NO	SI	ACTUALMENTE TIENE TRANSFERENCIA MANUAL, SE REQUIERE TABLERO DE TRANSFERENCIA AUTOMÁTICA, IDENTIFICACIÓN DE ARRANQUE REMOTO Y CABLEADO PARA HABILITAR
HOSPITAL	ARROZ BARATO	1006TG1A13	GRANDE	SI	SI	REVISIÓN DE SISTEMA DE TRANSFERENCIA AUTOMÁTICA, NO ENVIA SEÑAL DE ARRANQUE Y PARO AL GENERADOR
HOSPITAL	CANAPOTE	KDE-12000-TA	PEQUEÑA	NO	SI	ACTUALMENTE TIENE TRANSFERENCIA MANUAL, SE REQUIERE TABLERO DE TRANSFERENCIA AUTOMÁTICA, IDENTIFICACIÓN DE ARRANQUE REMOTO Y CABLEADO PARA HABILITAR
HOSPITAL	OLAYA HERRERA	MLS-38	GRANDE	SI	NO	GENERADOR NO TIENE LOS DISPOSITIVOS PARA ARRANQUE REMOTO
HOSPITAL	POZON	KDE-6700-T	PEQUEÑA	NO	NO	NO ACTIVA
OFICINAS	SEDE ADMINISTRATIVA	RJ51155	GRANDE	SI	SI	ACTIVA
UPA	ARROYO DE LAS CANOAS	NA	NA	NA	NA	EN LA SEDE ACTUAL NO HAY GENERADOR ELECTRICO DE EMERGENCIA
UPA	BOCACHICA	NA	NA	NA	NA	EN LA SEDE ACTUAL NO HAY GENERADOR ELECTRICO DE EMERGENCIA
UPA	BOSQUE	KDE-12000-TA	PEQUEÑA	SI	SI	REVISAR TRANSFERENCIA AUTOMATICA, ACTUALMENTE NO ENVÍA SEÑAL DE ARRANQUE Y PARADA AL GENERADOR.
UPA	CANAPOTE CONTINGENCIA	HONDA-G-3300	PEQUEÑA	NO	NO	NO ACTIVA
UPA	CAÑO DEL ORO	NA	NA	NA	NA	EN LA SEDE ACTUAL NO HAY GENERADOR ELECTRICO DE EMERGENCIA
UPA	DANIEL LEMAITRE	KDE-12000-TA	PEQUEÑA	SI	SI	ACTUALMENTE TIENE TRANSFERENCIA MANUAL, SE REQUIERE TABLERO DE TRANSFERENCIA AUTOMÁTICA, IDENTIFICACIÓN DE ARRANQUE REMOTO Y CABLEADO PARA HABILITAR

UPA	FOCO ROJO	HONDA-G-3300	PEQUEÑA	NO	NO	NO ACTIVA
UPA	FREDONIA	NA	NA	NA	NA	SE DEBE INSTALAR GENERADOR STAND BY Y TRASFERENCIA MANUAL, EL GENERADOR ANTERIOR SUFRIO SINIESTRO DE INCENDIO, SI SE QUIERE INSTALAR TRASFERENCIA AUTOMATICA SE DEBE COMPRAR GENERADOR CON MODULO QUE LO PERMITA
UPA	GAVIOTAS	KDE-12000-TA	PEQUEÑA	SI	SI	REQUIERE IDENTIFICACIÓN DE ARRANQUE REMOTO Y CABLEADO PARA HABILITAR
UPA	ISLA FUERTE	NA	NA	NA	NA	EN LA SEDE ACTUAL NO HAY GENERADOR ELECTRICO DE EMERGENCIA
UPA	ISLOTE SAN BERNARDO	NA	NA	NA	NA	EN LA SEDE ACTUAL NO HAY GENERADOR ELECTRICO DE EMERGENCIA
UPA	LA REINA	KDE-6700-T	PEQUEÑA	NO	NO	NO ACTIVA
UPA	MANZANILLO	NA	NA	NA	NA	EN LA SEDE ACTUAL NO HAY GENERADOR ELECTRICO DE EMERGENCIA
UPA	NELSON MANDELA	KDE-16SS	GRANDE	SI	SI	ACTIVA
UPA	NUEVO PORVENIR	KDE-12000-TA	PEQUEÑA	SI	SI	SE REQUIERE HABILITAR TRASFERENCIA AUTOMÁTICA, IDENTIFICACIÓN DE ARRANQUE REMOTO Y CABLEADO PARA HABILITAR
UPA	SAN FRANCISCO	KDE-12000-TA	PEQUEÑA	SI	SI	TABLERO DE TRANSFERENCIA DAÑADO, ACTUALMENTE TIENE TRANSFERENCIA MANUAL, SE REQUIERE TABLERO DE TRANSFERENCIA AUTOMÁTICA, IDENTIFICACIÓN DE ARRANQUE REMOTO Y CABLEADO PARA HABILITAR
UPA	SAN VICENTE DE PAUL	KDE-12000-TA	PEQUEÑA	SI	SI	SE REQUIERE HABILITAR TRASFERENCIA AUTOMÁTICA, IDENTIFICACIÓN DE ARRANQUE REMOTO Y CABLEADO PARA HABILITAR
UPA	SOCORRO	KDE-12000-TA	PEQUEÑA	SI	SI	SE REQUIERE HABILITAR TRASFERENCIA AUTOMÁTICA, IDENTIFICACIÓN DE ARRANQUE REMOTO Y CABLEADO PARA HABILITAR
UPA	TERNERA	KDE-12000-TA	PEQUEÑA	SI	SI	ACTIVA
UPA	TIERRABOMBA	NA	NA	NA	NA	EN LA SEDE ACTUAL NO HAY GENERADOR ELECTRICO DE EMERGENCIA
CAP	ESPERANZA - STAND BY 003	HONDA-G-3300	PEQUEÑA	NO	NO	NO ACTIVA

Fuente: Coordinador de Mantenimiento

- **Mantenimiento de pozas sépticas:** Este mantenimiento tiene 5 ciclos al año, se cumple en los centros de salud que no cuentan con red de alcantarillado de aguas negras, se realiza con los mismos controles en su cronograma, informes y reportes para poder realizarlo sin contratiempo, no encontramos debilidad en su proceso.
- **Lavado de tanques y muestra fitosanitaria:** Este contrato cuenta con 3 ciclos al año, teniendo los mismos controles en su cronograma, reportes e informes, como también estricto control de las muestras fitosanitarias, en este contrato no encontramos debilidad en sus proceso.
- **Suministro de agua potable para los corregimientos y centros de salud insulares:** Este contrato cuenta con 6 ciclos bimensuales, y consiste en suministrar agua potable a los corregimientos de la zona norte de la ciudad como son: Arroyo de las canoas y arroyo grande, y a

los centros de salud insulares que son : tierra bomba, punta arena, caño de oro, Bocachica, Islas del rosario, Islote san Bernardo e Isla Fuerte, como debilidad es la dificultad que se presenta para el suministro de agua de los centros de salud que se encuentran en isla fuerte e islote san Bernardo ya que por su distancia hace difícil este suministro, anexo cuadro de centros que están incluidos en este contrato.

Tabla No.249

Suministro de agua potable en Centros

ITEMS	DESCRIPCION	UN	CANT
1	AGUA	LT	180.000
2	TRANSPORTE ACUATICO CARTAGENA / ISLAS		
2,1	TIERRABOMBA	VIAJE	6
2,2	PUNTA ARENA	VIAJE	6
2,3	CAÑO DE ORO	VIAJE	6
2,4	BOCACHICA	VIAJE	6
2,5	ISLA DEL ROSARIO	VIAJE	6
3	TRANSPORTE TERRESTRE CARTAGENA/ CORREGIMIENTOS		6
3,1	ARROYO DE LAS CANOAS	VIAJE	6
3,2	ARROYO GRANDE	VIAJE	6
4	ACARREO DE AGUA DESDE EL MUELLE A LOS CENTRO DE SALUD DE ISLAS	UN	6
5	EQUIPOS ESPECIALES(MOTOBOMBAS, MANGUERAS)	UN	6
	SUBTOTAL ISLAS DEL ROSARIO, TIERRABOMBA Y CORREG DE TIERRA		
1	AGUA	LT	150.000
2	TRANSPORTE ACUATICO CARTAGENA / ISLAS		
2,1	ISLOTE SAN BERNARDO	VIAJE	1
2,2	ISLA FUERTE	VIAJE	1
4	ACARREO DE AGUA DESDE EL MUELLE A LOS CENTRO DE SALUD DE ISLAS	UN	2
5	EQUIPOS ESPECIALES(MOTOBOMBAS, MANGUERAS)	UN	2

Fuente: Oficina de Recursos Físicos

- **Mantenimiento de aires acondicionados:** este contrato tiene un ciclo de mantenimiento mensual de preventivos y correctivos, su control se lleva mediante la revisión y certificación de reportes e informes centro por centros y área por área de los equipos de aires acondicionados, los cuales están debidamente inventariados, su debilidad consiste en este momento en el estado de muchos equipos en los centros salud ya que su vida útil y su alto grado de deterioro son equipos que ya no están en uso afectando así la prestación de un buen servicio.
- **Mantenimiento de ascensores:** Este contrato tiene un ciclo de mantenimiento mensual de preventivos y correctivos, su control se lleva mediante la revisión y certificación de reportes e informes en los centros

de salud de Hospital de Arroz barato y CSCC de Olaya herrera, únicos centros que cuentan con este tipo de equipos especiales.

- **Suministro de combustible para las plantas eléctricas:** Este contrato tiene un ciclo de suministro mensual, se certifica mediante los reportes por centro, su proceso de entrega consta de su primera etapa de recibo de suministro por parte del contratista, se transporta a los centros de salud semanalmente por cantidades requeridas dependiendo de la necesidad y revisión mediante seguimiento del uso de la plantas eléctricas por fallas en el fluido eléctrico, la principal debilidad de este contrato es ejercer mayores controles para evitar su uso indebido ya que la empresa Electricaribe no nos puede suministrar información de las caídas súbitas de energías en los sectores donde están ubicados los centros de salud.
- **Mantenimiento de equipos biomédicos:** Este contrato de mantenimiento preventivo y correctivo, se realiza bajo la Interventoría de un contratista idóneo para este tipo de equipos, su control se lleva mediante la revisión de reportes e informes centro por centros y área por área de los equipos biomédicos, se actualiza contantemente el inventario de este, las bajas de los equipos, y sus hojas de vida, el área de mantenimiento es la encargada de certificar las funciones del interventor mediante la revisión de sus informes y repotes de visitas de cada centro, la debilidad de este contrato consistiría en una buena y óptima comunicación, entre el contratista-interventor y el área de recursos físicos para que no se encuentren inconsistencias en los inventarios y bajas de los equipos.
- **Suministro de insumos y materiales de construcción para mantenimiento de los centros de salud y la sede administrativa de la ESE H.L.C.I:** Este contrato no cuenta con ciclos de corte para la facturación de los consumos y su control se realiza mediante la verificación de los materiales solicitados vs los materiales facturados, como también se lleva control de gastos para que en lo posible el contrato pueda alcanzar para los insumos solicitados durante el año en curso.

El área de mantenimiento para su función operativa en el mantenimiento de la infraestructura hospitalaria, correctiva y preventiva, tanto de los centros de salud como su sede administrativa cuenta con 9 técnicos que realizan las diversas actividades en todos los frentes que conciernen el mantenimiento de este tipo, como son: el estado de la infraestructura (cubierta, muros, cielo rasos, pisos, baños, cafetín, puertas, ventanas, limpieza de cubiertas y vigas canales etc.) , instalaciones eléctricas básicas, instalaciones hidrosanitarias básicas., con el apoyo necesario con el contrato de insumo antes mencionado.

1.1.2.5.3 Financieros

De acuerdo a la jerarquización de la ESE HL CI existen tres departamentos que hacen parte del área financiera de la entidad (Cartera, Facturación y

financiera), cada una con su equipo de trabajo y coordinador, como subprocesos del departamento de financiera están (Tesorería, Contabilidad, Presupuesto, Costos).

1.1.2.5.3.1 Contabilidad

Los insumos del proceso contable se encuentran representados en las siguientes áreas: Recursos Físicos, Talento Humano, Facturación y Cartera.

1.1.2.5.3.2 Tesorería

El subproceso de tesorería se lleva a cabo a través de una empresa Fiduciaria GNB SUDAMERIS, quien se encarga de recibir los pagos de las diferentes EPS, así como, también realizar los pagos a terceros con sus descuentos tributarios, mediante una orden gerencial.

De igual forma la empresa realiza las conciliaciones bancarias mediante los extractos que la Fiduciaria suministra mensualmente.

1.1.2.5.3.3 Presupuesto

El presupuesto de la institución se elabora teniendo en cuenta los requerimientos de la misma, la ejecución presupuestal y el recaudo efectivo de la vigencia inmediatamente anterior.

El proceso se encuentra organizado de manera tal que mensualmente se obtiene el informe de ejecución presupuestal de ingresos y gastos. Se realiza conciliación entre el recaudo reportado por facturación y el área cartera para su registro en el presupuesto de ingresos de la entidad, así como los giros realizados por la fiducia y el estado actual de la misma. Sobre el presupuesto de ingresos y gastos se realiza un seguimiento periódico para determinar si la apropiación disponible cubre la asunción de compromisos requeridos para garantizar la prestación de servicios de y la operación normal de las actividades de la ESE HLCI para la vigencia actual 2017 se ha contado con un déficit de apropiación presupuestal.

1.1.2.5.3.4 Costos

La ESE HLCI cuenta actualmente con un sistema de costeo por unidades funcionales, tal como se describe a continuación:

1.1.2.5.3.5 Centros de Costos: Son unidades básicas de producción de la estructura hospitalaria, donde se registran los costos de las actividades a través de los elementos y sus recursos.

Los Centros de Costos se clasifican:

* **Estructura:** Corresponde a los Centros de Costos de Dirección, Administrativos y Financieros.

* **Servicios:** Corresponde a los Centros de Costos que apoyan los de estructura, servicios intermedios y finales.

* **Elementos del Costo:** Agrupación de recursos homogéneos que se signan de manera directa o indirecta a la prestación del servicio asistencial, constituidos por costo de personal, insumos hospitalarios, costos generales y estimaciones contables.

* **Recursos:** División de elementos del costo que requiere la ESE para prestar sus servicios y desarrollar sus actividades, los recursos se distribuyen directa o indirectamente a los centros de costos.

* **Unidades Funcionales Operativas:** Es el conjunto de procesos de producción hospitalaria definidos por el Catálogo General de Cuentas del Manual de Procedimientos del Régimen de Contabilidad Pública en las clasificaciones de subgrupos de costos del grupo 73 Servicios de Salud, de la clase 7 de Costos de Producción.

Por lo anterior la ESE Hospital Local Cartagena de Indias fundamentada en ordenamiento de que el Régimen de Contabilidad Pública, adoptado por la Contaduría General de la Nación mediante Resolución 354 de 2007 en el numeral 9.1.4.4, Párrafo 305 define que: "La entidad contable pública debe establecer centros de costos que satisfagan sus necesidades de información y control particulares, considerando la homogeneidad de las operaciones realizadas, la posibilidad de atribuir de manera clara e independiente recursos físicos, tecnológicos y humanos, y la viabilidad de asignar responsabilidades en los procesos de decisión y de resultados".

1.1.2.5.3.6 Cartera

El proceso de cartera cuenta con un equipo de trabajo específico para sus necesidades y un coordinador, quienes realizan el registro, control y cobro de la cartera, también se encargan de adelantar las gestiones de circularización de saldos, conciliación y cobro de la cartera, elaboración de notas débitos y créditos, registro y notificación de glosas, conciliación de cartera exigible, cartera glosada y posterior cargue de información en plataformas, cruce y conciliación de la información con el subproceso contable y de facturación. El área de cartera se encarga de la recepción de las cuentas devueltas, elaborar las hojas de ruta y enviar a facturación para su trámite y seguimiento.

El estado de cartera se expide mensualmente y se reporta en los términos establecidos a los diferentes entes de control y junta directiva.

Uno de los principales inconvenientes es incumplimiento de los compromisos fijados por parte de las EPS'S de los acuerdos de pago, conciliación medica de glosas y liquidación de contratos de vigencias anteriores dentro de los procesos de conciliación de cartera adelantado por la ESE HLCl.

Una de las actividades que se encuentra en proceso de desarrollo es la liquidación de contratos con EPSS y la depuración de cartera de forma detallada.

1.1.2.6 Procesos Administrativos ligados a la Prestación de Servicios

1.1.2.6.1 Facturación

El departamento de facturación en la institución desarrolla las siguientes actividades dentro del proceso de gestión financiera: admisión, identificación y registro del usuario, la facturación de servicios de urgencias, hospitalización, servicios ambulatorios, servicios de ambulancia, conciliación, recobros y glosas.

Actualmente esto abarca el marco operacional de facturación, sin embargo algunos de los procedimientos se encuentran en actualización.

El principal herramienta para el desarrollo de las actividades está relacionado con el sistema de información "Healthmanager", lo que ocasiona que cualquier inconveniente en los servidores informáticos de la entidad repercutan en demoras en la generación de la factura. Otro aspecto importante a considerar es el perfil de los facturadores, ya que se están contratando personal cuya experiencia o formación básica no está acorde con la requerida para dicha actividad.

Para el fortalecimiento del área de facturación y en los procesos, se han implementado diversas estrategias para el logro de dicho objetivo: inspecciones periódicas de la facturación vs bases de datos en el programa de (capitación, vinculados, desplazados), seguimiento junto con el departamento de cartera a los recobros y glosas por entidad y causas, inhabilitar por perfiles en el healthmanager para evitar las alteraciones en las facturas posterior a la emisión de las mismas, tablero de semaforización para el seguimiento respuestas de glosa, tablero de seguimiento facturación vs radicación, capacitaciones continuas al equipo de facturación desde el punto de vista normativo y de uso del programa y al mismo tiempo en los procesos críticos del área, realizando evaluaciones periódicas que permitan determinar los perfiles y destrezas de los funcionarios en sus puestos de trabajo; todo esto enfocado al mejoramiento de la gestión del área así como de los resultados en los indicadores estratégicos.

1.1.2.7 Procesos de evaluación y control

1.1.2.7.1 Control Interno

Sistema Institucional de Control Interno.

El Sistema Institucional de Control Interno estará integrado por el esquema de controles de la organización, la gestión de riesgos, la administración de la información y de los recursos y por el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la ESE HLCI, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas, resultados u objetivos de la Empresa.

El proceso cuenta con una caracterización la cual detalla una serie de elementos como:

1. Objetivo del proceso
2. Responsable
3. Alcance
4. Emisor
5. Entradas
6. Actividades
7. Responsables
8. Salida
9. Receptor

En la actualidad la empresa está trabajando con el Modelo Estándar de Control Interno MECI contenido en el decreto 943 de 21 de Mayo de 2014; y adoptado en la empresa a través de la resolución 473 del 4 de noviembre de 2014, se hacen auditorías internas de seguimientos a procesos y planes de mejoramiento de la empresa en las siguientes áreas:

1. Proceso de contratación
2. Seguimientos a Planes
3. Seguimientos a Procesos administrativos
4. Seguimientos a Comités
5. Seguimiento a Procesos misionales
6. Seguimiento al plan acción MECI2, Seguimiento al Procesos de control Interno contable, Plan de Auditorias, Gestión de Calidad
7. Seguimiento a la política y Plan de comunicación, auditorias de Software, Pagina Web de la empresa

La última evaluación efectuada por el departamento administrativo de la función pública arrojó el siguiente nivel de madurez de nuestro sistema:

El entorno de control arrojó un puntaje de 1,82 y fue categorizado en un nivel Básico esto debido a que:

- El sistema sostiene un equipo institucional con diferentes tipos de autoridad
- Tiene los procesos necesarios para la ejecución de las funciones.
- Se utiliza la misión y la visión como instrumentos de gestión.

El factor de la información y comunicación tiene un puntaje de 3,91 porque cumple con:

- Administra la información proveniente de las sugerencias, quejas, peticiones y reclamos o denuncias por parte de la ciudadanía.
- Se realiza el mantenimiento al sistema de información utilizado.
- Se revisa las tablas de retención documental de forma periódica

- Entre otras.

Factor **Direccionamiento Estratégico** con un puntaje de 3,36 categorizado en un nivel Intermedio ya que cumple con:

- Se validan los procesos y procedimientos con respecto a las necesidades y prioridades en la prestación de servicios.
- Se validan los procesos y procedimientos con respecto a las recomendaciones y/o sugerencias por parte de los servidores.
- Se cuenta con un mapa de procesos completamente estructurado.
- Entre Otras

Factor **Administración del Riesgo** con un puntaje de 4.54 categorizado en un nivel Satisfactorio ya que cumple con:

- Se incluye en la política de administración del riesgo, los niveles de aceptación o tolerancia del riesgo.
- Contar con mapas de riesgo.
- Se cuenta con mecanismo de control.
- Entre Otros

Factor **Seguimiento** con un puntaje de 4,44 categorizado en un nivel Satisfactorio ya que cumple con:

- Ejecutar de manera correcta el programa de auditorías.
- Determinar acciones correctivas y/o Preventiva a los procesos.
- Formalizar el plan de mejoramiento institucional
- Entre otros

1.1.2.7.2 Control Disciplinario

El proceso disciplinario es el conjunto de actividades encaminadas a investigar y sancionar determinados comportamientos o conductas de los servidores públicos, o en sus defectos particulares que ejerzan funciones públicas, que conlleven al incumplimiento de los deberes, extralimitación en el ejercicio de derechos y funciones, incurrir en prohibiciones y violación del régimen de inhabilidades, incompatibilidades, impedimentos y conflicto de interés, como emana de nuestro código único disciplinario cuyo soporte legal reposa en la ley 734 de 2002.

Sin apartarse de este marco legal, esta dependencia conoce de todos aquellos comportamientos inadecuados o que van en contra de esta legislación, con la finalidad de estar siempre dispuesta a salvaguardar la obediencia, la disciplina, la rectitud, y la eficiencia de los servidores públicos, es este precisamente el campo que encierra determinado fin, es decir donde se concentra el verdadero fundamento de la responsabilidad disciplinaria, por ende presume la inobservancia de los deberes funcionales de los servidores públicos o de los particulares que ejercen funciones públicas en los términos previstos en todo el estamento constitucional y legal y reglamentarios que resultaren aplicables.

De esta manera sin desconocer los veintiún (21) principios previsto en el título 1° del libro 1° de la ley 734 de 2002, esta dependencia ha tenido conocimiento de eventualidades o comportamientos que se han venido presentando en el amplio campo de la red hospitalaria que conforma la E.S.E Hospital Local Cartagena De Indias, tanto en su sede administrativa, como en los tres (3) hospitales y sus cuarenta (40) centros de salud, cabe mencionar que atendiendo este extenso margen de capacidad y espacio se requiere un equipo o colaboración de personal muy amplio y que efectivamente hoy se ve reflejada de la siguiente manera: Hoy la ESE-HLCI cuenta con 724 colaboradores en la parte asistencial, cuya modalidad de vinculación laboral es de trabajador en misión, suministrados por empresa de servicios temporales, 194 personas colaboradores en el área administrativa que se encuentran en la misma condición mencionada anteriormente, 182 personas o colaboradores vinculados a través de la modalidad outsourcing, y 61 personas vinculadas directamente a la planta de personal de la empresa E.S.E HLCI, Estos 61 cargos están provistos de la siguiente manera: cinco (5) pertenecen a nivel Directivo, veinticinco (25) a nivel profesional, dos (2) a nivel técnico y veintinueve (29) a nivel asistencial y es aquí el estadio donde de manera directa entra a regir la aplicabilidad de la ley disciplinaria, lo que evidencia un margen desde el ámbito de la aplicación de la ley disciplinaria muy reducido, esto sin desconocer todas las eventualidades o comportamientos inadecuados que atenten de manera directa adicha legislación y darle el trámite correspondiente a todas aquellas que puedan surgir de las 1.100 personas que colaboran en el proceso de la prestación de servicio de salud, aun cuando su vinculación sea tercerizada.

Ahora bien, si la jefatura de la oficina de control disciplinario fue acogida por mi persona el 31 de enero de la presente anualidad, esta fue asumida con un número de doce (12) procesos en etapa de indagación preliminar, los cuales algunos con fecha de apertura en la indagación preliminar de la anualidad 2015, cursados en contra de personal tercerizados en su gran mayoría sobre personas indeterminadas, cuya causales fueron pérdida de equipos médicos como son (fonendoscopios, estetoscopios, equipos de aires acondicionados expuestos en áreas exteriores de los centros etc.) los cuales en su etapa de indagación fueron analizados y archivados por no encontrar mérito suficiente para continuar con la indagación preliminar, ya que algunos inclusive por no ser de la competencia de este despacho fueron remitidos a la procuraduría como lo manda la parte procedimental y fueron devueltos para su archivo definitivo. Otros que si fueron considerados por mi despacho como son tres (3) procesos que continúan la etapa de indagación preliminar y dos (2) que hoy pasaron de la etapa preliminar a investigación disciplinaria formal cuyo estado actual están en formulación de pliegos de cargos, ya que versan sobre trabajadores que hacen parte de la planta de personal de la empresa y son de nuestra competencia, esto en lo histórico 2016 recibidos por mi persona y tramitados por este despacho desde el momento de la toma de posesión del cargo.

Para lo que va en la vigencia 2017, se ha realizado la apertura de diez indagaciones preliminares, de estas, dos (2) fueron analizadas y desarrollada en su parte preliminar y archivadas por no encontrar los méritos suficientes

para continuar conociendo de las mismas, una (1) que por ser de alta relevancia para la empresa el sujeto activo de la conducta disciplinaria ya que su vinculación laboral con la empresa es directa y de planta, es competencia de este despacho conocer y dar trámite a este proceso, en la actualidad ya paso de la etapa preliminar a la etapa de investigación formal por encontrarse material suficiente para declarar la apertura de la investigación, está, hoy se encuentra en la parte de recolección de elementos materiales probatorios que permitan esclarecer las circunstancias de tiempo modo, lugar y de esta manera probar la ocurrencia de la falta y su responsabilidad en la misma, para así de esta manera evaluar y continuar con el proceso que manda la ley disciplinaria, los otros siete procesos fueron recientemente conocidos por este despacho y actualmente cursan en la etapa preliminar dentro de los términos previstos por la ley.

De esta manera se evidencia el estado en el que se encuentran los procesos disciplinarios actualmente abiertos y brevemente se sustenta el avance que ha tenido la dependencia en su proceso de iniciar y adelantar los procesos que aquí se conocen. En el ejercicio de la jefatura de la oficina de control interno disciplinario, no se ha evidenciado problema alguno para desarrollar las investigaciones que acá se adelantan, por el contrario se ha logrado avanzar sin contratiempos en aquellas que por meritos probatorios deben adelantarse, pero si se ha evidenciado por esta oficina, es que la principal causa de apertura de procesos disciplinarios son perdidas de quipos ya sean estos médicos o informáticos o de refrigeración, es entonces cuando en el evento de adelantar una correcta gestión por parte de esta dependencia, se desarrolla un plan de prevención en perdidas y aprovechando el espacio que se tiene en el plan de capacitación e inducción en la empresa se brinda la asesoría para prevenir estas situaciones, se desarrollan estrategias que permiten identificar los custodios de bienes y equipos durante la prestación del servicio, con el fin de identificar por qué se presentan mayormente perdidas que otro tipo de eventualidades que permitan conocer de manera disciplinaria, y se concluye que la problemática no es otra que la forma como se llevan o manejan algunos procesos en algunas dependencia de la E.S.E HLCI, procesos que al parecer tejen una delgada problemática y solución de manera independiente, y es así como se esparcen las responsabilidades, permitiendo de esta manera salvaguardar la forma aislada de manejar los procesos, que a la larga conllevan a uno que otro pequeño caos administrativo, es decir, se reparten responsabilidades, se trabaja en isla, sin hacer los respectivos seguimientos a cada proceso y es así como mayormente se generan situaciones que llevan a dar origen a este tipo de eventos, por eso en este texto se evidencia por esta dependencia lo que al parecer está presentando debilidades en la empresa, ya que para lograr un correcto y eficiente desarrollo administrativo, acabar con el trabajo separado y aislado en la implementación de procesos, realizar los seguimientos necesarios, correspondiente a cada proceso levantado, examinar y determinar los responsables de cada proceso, su alcance y finalidad, es de esta manera como se pueden contrarrestar los eventos que acá se conocen.

De esta manera es claro conocer el propósito de esta dependencia, ya que se organiza se dirige e implementan en el ejercicio de la acción disciplinaria en la empresa, estrategias de prevención en la comisión de conductas sancionables

disciplinariamente, abriendo y decidiendo procesos que se generen por los comportamientos de los servidores públicos que constituyan falta disciplinaria, con respeto al debido proceso y ajustado a las disposiciones legales vigentes.

1.1.2.8. Procesos de Sistematización, Trámites en Línea y Comunicaciones.

1.1.2.8.1 Descripción del área de Tecnologías de la Información TIC's

La misión fundamental del área es la de planear, diseñar, implementar, administrar y mantener toda la infraestructura informática y tecnológica de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, entendiendo por tal los elementos físicos, lógicos, configuraciones y procedimientos necesarios para proporcionar a toda la Empresa los servicios y recursos informáticos necesarios que contribuyan a la eficiencia de los procesos administrativos y asistenciales.

Considerando lo anterior, el área se encarga de la red informática que interconecta todas las sedes la ESE HLCl, de los servidores que están a disposición de los usuarios y/o que prestan servicios a los computadores personales, así como de las aplicaciones instaladas en ellos y los servicios de uso general, como por ejemplo el correo electrónico.

1.1.2.8.2 Procesos del área de Tecnologías de la Información TIC's

Redes y Telecomunicaciones: Este proceso es el responsable de diseñar, administrar y actualizar el sistema de redes y telecomunicaciones de la institución, así como las herramientas web y multimedia necesarias.

Aplica para todos los procesos, áreas y centros que cuenten con infraestructura tecnológica o que la requieran. Inicia con la planificación de instalación y actualización de las redes LAN y WAN de la institución, hasta la ejecución de dichos planes, e incluye la administración y actualización de las herramientas web y multimedia de la institución.

1.1.2.8.3 Gestión y Desarrollo de Software: Este proceso es el responsable de diseñar, desarrollar y administrar todos los recursos de software requeridos para estructurar el sistema de información de la institución.

Inicia con la identificación de necesidades de nuevos software y/o desarrollo de aplicaciones, y finaliza en la implementación y capacitación al personal en el uso del nuevo software.

- **Seguridad Informática:** Este proceso es el responsable de definir, publicar y promover las políticas de seguridad informática de la institución que garantizara la confiabilidad y privacidad de la información.

Aplica para todos los procesos, áreas y centros que posean acceso a la plataforma informática o a cualquiera de los sistemas de información de la institución. Inicia con la elaboración del análisis de riesgo informático,

hasta la definición y publicación de las políticas de seguridad informática.

- **Administración de Base de Datos de Usuarios:** Este proceso es el responsable de administrar, establecer y ejecutar las acciones correspondientes para garantizar el acceso y mantener actualizada la base de datos de la población contratada con cada una de las EPS que operan en el Distrito de Cartagena.

Aplica para todos los procesos, áreas y centros que requieran hacer verificación de derechos contratados a los usuarios. Inicia con la recepción de bases de datos y/o novedades de usuarios, continúa con su actualización en el servidor principal de la Empresa para su acceso en los procesos asistenciales y final con la generación de informes y reportes para la toma de decisiones en la parte administrativa de la empresa.

1.1.2.8.4 Gestión de Hardware: Suministrar y administrar todos los recursos hardware requeridos en la institución para la estructuración de la plataforma tecnológica.

Inicia con la identificación de necesidades de hardware y software hasta la implementación de nuevos recursos de hardware o la actualización de los recursos de hardware ya implementados.

- **Soporte Técnico:** Atender las solicitudes de soporte técnico oportuna y satisfactoriamente.

Inicia con la elaboración del plan de mantenimiento preventivo para los equipos de cómputo y otros hardwares, o la elaboración y recepción de solicitudes de soporte técnico, hasta la ejecución de los programas de mantenimiento y soporte técnico a hardware y software.

1.1.2.8.5 Actividades del área Tecnologías de la Información TIC's

- Diseño, Implementación y Administración de Redes de Comunicaciones.
- Selección e instalación de Sistemas Informáticos. Definición de configuraciones tanto para servidores como para puestos de trabajo. Elección de Sistemas Operativos. Selección e instalación de Software base.
- Administración de Sistemas.
- Gestionar las bases de datos.
- Administración de Bases de Datos.
- Administra la base de datos de usuarios contratados con las diferentes EPS.
- Explotación de la información contenida en las Bases de Datos. Exportación de la información a formatos manejables por aplicaciones ofimáticas.
- Nuevos Desarrollos: Análisis, Programación y Documentación.

- Mantenimiento de Aplicaciones: Corrección de errores, adaptación de los programas a nuevas necesidades (nuevas normativas, cambios organizativos).
- Soporte a usuarios (consultas, preguntas frecuentes, información general, resolución de problemas, asesoramiento) y Mantenimiento de Equipos.
- Soporte de Aplicaciones Ofimática.
- Apoyo técnico a la dirección y servicios-unidades.
- Administración de las cuentas de correo electrónico
- Elaboración de los estudios previos de los procesos contractuales.
- Elaboración de informes.

Actualmente la empresa cuenta con un Data Center ubicado en la sede administrativa de la empresa en el cual se cuenta con:

- Un servidor donde se encuentra alojada la base de datos del sistema de información de historias clínicas y facturación Health Manager y la base de datos de las aplicaciones de gestión administrativa.
- Dos servidores aplicaciones donde está configurado el software Healthmanager, lo cual permite equilibrar las cargas debido al número de usuarios que acceden al mismo.
- Un servidor donde se almacenan las copias de seguridad de las bases de datos de del software administrativo y asistencial; además, las copias de seguridad de video vigilancia.
- Un Firewall a través del cual se gestiona la seguridad informática de la infraestructura de la red.
- Un servidor donde está alojado el chat institucional (Intranet).
- Una planta telefónica con la cual se gestiona todo el tráfico de voz y voz IP todas las sedes.
- Un Switch principal con el cual se gestiona las conexiones de la sede principal con las demás sedes, permitiendo a éstas el acceso a todos los servicios (sistema de información, internet, intranet).
- Un switch donde se gestiona el tráfico de las cámaras de video vigilancia.
- Diez switches donde están configurados todos los puntos de voz y datos de las diferentes oficinas de la sede administrativa.

En cada una de las sedes hay un pequeño cuarto de telecomunicaciones donde se encuentra un rack con todos los equipos.

En este momento en el proceso de redes y telecomunicaciones la parte de conectividad de la sedes se encuentra tercerizada en lo que tiene que ver con

radio enlaces y fibra óptica; dentro de este mismo, el contratista tiene como obligación suministrar los equipos necesarios para las zonas WIFI dentro de cada sede y velar por el funcionamiento y mantenimiento de las mismas. Cabe anotar que la red cableada de la empresa está a cargo del área de Tecnologías de la Información.

El servicio de internet es suministrado por la Empresa Movistar, que nos ofrece un canal dedicado 1:1 sin rehusó de 80 Megas.

Las cuentas de correo institucional son gestionadas a través del servicio que ofrece Google con sus servidores de correo de Gmail utilizando el dominio esecartagenadeindias.gov.co

El Hosting y el dominio donde están alojada la página web de la Institución están contratados con Godaddy de la cual se hace renovación anual.

La empresa compró el software Healthmanager para el manejo de la información de los procesos asistenciales y administrativos. En esta contratación la ESEHLCI adquirió el código fuente el cual nos permite modificar y actualizar los diferentes módulos que lo conforman debido a lo cambiante de la normatividad aplicable al área de la salud, motivo por el cual se cuenta con un equipo de desarrollo que realiza estas actividades. El sistema está conformado por los módulos de: citas, admisiones, historias clínicas para los diferentes programas que ofrece la ESE HLCI, facturación, contabilidad, presupuesto, nomina, cartera.

El área de tecnologías de la información se encarga de guardar las copias de seguridad de las 72 cámaras de video vigilancia que se encuentran ubicadas en las sedes que prestan el servicio de urgencia y las ubicadas en la sede administrativa. El servicio de video vigilancia 24/7 y el mantenimiento preventivo y correctivo de cámaras se encuentra tercerizado.

1.1.2.8.6 Situaciones Problema del área.

Actualmente el área de tecnologías de la información está enfrentado diversas situaciones que impiden mantener una infraestructura tecnológica e informática en óptimas condiciones de funcionamiento lo cual afecta los diferentes procesos asistenciales y administrativos de la empresa.

Debido a la falta de mantenimiento el sistema regulado está presentando problemas eléctricos, la UPS de la red regulada de los computadores de las diferentes oficinas presenta variaciones en los voltajes de salida; además tiene un fusible quemado con los cual su funcionamiento no es el adecuado por lo cual, el 04 de mayo del presente año y debido a la inestabilidad en el fluido eléctrico se dañaron unos puertos del switch principal, esto género que la voz IP en las diferentes sedes no funcione. Adicionalmente como consecuencia de los problemas de fluido eléctrico se desconfiguraron las conexiones de los servidores del sistema de información de los centros de salud de la Empresa.

De igual forma, como consecuencia de la inestabilidad en el fluido eléctrico, el día 5 de mayo uno de los servidores que presta el servicio del sistema de información Health manager a los centros de salud se apagó quedando fuera de servicio. En dicho servidor se encontraba instalado un balanceador de cargas el cual permitía gestionar el acceso de los usuarios a los servidores de acuerdo al tráfico, generando en este momento que se saturan las conexiones a los servidores y la conexión se torne demasiado lento.

Los servidores que se encuentran en el data center y que alojan las base de datos y aplicaciones del sistema de información no cuentan con los recursos de hardware necesario para su óptimo funcionamiento, ya que en las horas de mayor concurrencia estos se quedan sin recursos de memoria y procesamiento.

Adicionalmente hay que tener en cuenta que los centros de salud no cuentan con una óptima infraestructura de red interna, la gran mayoría no están por red cableada y los que están se encuentran en categorías muy inferiores, lo que disminuye la velocidad de conexión, las fluctuaciones de energía presentes en los mismos, que bloquean los equipos de red debido a la falta de energía regulada en los mismos.

Otro de los inconvenientes que afecta al área es que no se cuenta con un número suficiente de desarrolladores que permitan cubrir todas las necesidades de desarrollo que presentan las áreas de la empresa en este momento. También se hace necesario la adquisición de equipos de cómputo que tengan las características de hardware que se requieren para realizar las actividades ya que en estos hay que instalar una serie de aplicaciones y tecnologías que consumen muchos recursos como procesador y memoria de los computadores.

A estos problemas también se suman las necesidades de las sedes con los requerimientos de equipos de cómputo e impresoras los cuales se hacen necesarios para la óptima prestación de los servicios que ofrece la ESE HLCI en los mismos.

1.1.2.8.7 Soluciones a los diferentes problemas del área.

Para dar solución al problema de fluido eléctrico, se requiere de la realización de mantenimiento correctivo de esta UPS para que funcione normalmente; además, se requiere del mantenimiento de la UPS que protege los Racks y servidores y se reorganice el sistema regulado de salida de la misma, es decir, que por el crecimiento del mismo hay que crear nuevos circuitos que permitan que la carga necesaria sea suplida por ellos, en cada Racks se crearán tres circuitos todos balanceados con la finalidad de que no sean sobrecargados como se viene presentando en la actualidad. Para dicha solución en este momento se está realizando la contratación externa de una empresa o un ingeniero eléctrico que realice los trabajos antes mencionados.

Se realizó la contratación para adquirir dos servidores con características de hardware muy superiores a los que se tiene que va a permitir dar una mejor

respuesta en cada uno de los procesos asistenciales y administrativos. Se está en espera de su entrega por parte del contratista.

De igual forma se van a adquirir dos switch que permitirán reemplazar el que no está funcionando en óptimas condiciones y segmentar la red quedando dos switch principales, uno que gestiona las conexiones de la sede administrativa y el otro las demás sedes.

En cuanto al tema del personal de desarrollo se hace necesario la contratación de dos ingenieros desarrolladores para cumplir con las necesidades de desarrollo o requerimientos que están pendientes de desarrollar.

1.1.2.9 Análisis de Información al interior de la ESE

La oportunidad y veracidad es uno de los criterios importantes para tomar decisiones acertadas. Una de las debilidades de la ESE, es esta, ya que no se cuenta con un software que obtenga toda la información, ya que en todas las sedes no se tiene, especialmente las que se encuentran en la zona rural e insular.

La información llega a través de informes manuales que son entregados con corte de 20 a los coordinadores de servicios y a su vez este hace entrega a auditor interno de la Subgerencia Científica, quien lo entrega la Área de Calidad.

Solo hasta el año anterior los indicadores de oportunidad, debido a la solicitud de la resolución 1552 de 2013, se logró implementar programa para su captura, de igual forma con el indicador de satisfacción, el cual a través de la resolución 256 de 2016 incorporó dos preguntas específicas en el texto de evaluación de la satisfacción.

1.1.2.10 Reporte a Entidades Externas

Tabla No. 250

Fecha de entrega y estado de informes a los entes de control de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias.

NOMBRE DE LA INFORMACION	DATOS QUE SE ENVIAN	NORMA LEGAL QUE LO REGULA	ENTIDAD A REPORTAR	MEDIO POR EL CUAL SE ENVIA	PERIODO S	FECHA MAX. DE PRESENTACION	RESPONSABLES DE LA INFORMACION
INFORMACION FINANCIERA PRODUCCION Y CALIDAD	Estado de cartera	Decreto 2193 de 2004	Ministerio de la protección social por intermedio de la Secretaria de salud Distrital.	Se digita On-Line y se remite vía Internet	Trimestral	1er Trimestre 30-04-2017 2do Trimestre 31-07-2017 3er Trimestre 30-10-2017 4to Trimestre 30-01-2018	Cartera
	Ejec Presupuestas						Presupuesto
	Balance general						Contabilidad
	Estado de Resultados						Contratación
	Contratación						Jurídica
	Producción						Sub Gerencia Científica
	Recurso Humano						Recurso humano
	Mantenimiento						Calidad
	Calidad						
INFORMACION	Depuración	Circular	Ministerio de la	ON-LINE	Trimestral	30-04-2017	Facturación

DE CARTERA	de cuentas	Conjunta 030 DEL 2013	protección social/	SISPRO		31-07-2017 30-10-2017 30-01-2018	Cartera
	Reporte de información relacionada con el giro directo de recursos del SGSSS.	Circular Externa 0014 de 31/07/2015	Ministerio de la protección social/		Mensual	Los días 20 de cada mes.	Facturación Cartera
RENDICIÓN DE INFORMACIÓN	Mantenimiento Calidad	Circular Externa 047-2007	Supersalud	ON-LINE	Semestral	30/06/2017 20/02/2017	Calidad Mantenimiento Sistemas
INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA.	Indicadores de Alerta Temprana	Circular 056	EPS- S	Físico	Mensual	5 primero de cada mes	Calidad.
REPORTE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA.	Tiene por objeto establecer el reporte de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.	Resolución 4505/2012	Ministerio de la protección social Secretarías Departamentales	ON-LINE -SISPRO	Trimestral	30-04-2017 31-07-2017 30-10-2017 30-01-2018	Subgerencia Científica
RENDICION DE CUENTAS	Ejecuciones Presupuestas	Resolución 0027 Dic de 2.006	Contraloría Distrital de Cartagena.	ON-LINE /Radicación	Trimestral	30 Enero año siguiente	Presupuesto
	Rendición de cuentas	Rendición de las Cuentas Contraloría Distrital y Resolución 0105 de Marzo de 2.010			Anual	28 de Feb Año siguiente	Subgerencia Administrativa Control Interno
EJECUCION PLAN DE MANTENIMIENTO	Ejecuciones del Plan de Mantenimiento	Decreto 1769/1.994 C.Ext 029/1.997 Supersalud	Dadís y Secretaría de Salud Distrital.	Radicación Personal	Semestral	30-ene	Presupuesto-Subgerencia Administrativa
INFORMACION FINANCIERA ECONOMICA Y SOCIAL	CGN 2015-001 Saldos y Movimientos - Convergencia. CGN 2015 - 002 Operaciones Recíprocas - Convergencia. CGN 2016 - 01 Variaciones Trimestrales Significativas.	Resolución 706/2016. Instructivo 002/2016.	Contaduría General de la Nación.	Sistema Chip	Trimestral	1er Trimestre 30-04-2017 2do Trimestre 30-07-2017 3er Trimestre 31-10-2017 4 to Trimestre 15-02-2018	Contabilidad
CONTROL INTERNO CONTABLE.	CGN 2007 Control Interno Contable.	Resolución 193/2016 Resolución 663/2015 Resolución 357/2008	Contaduría General de la Nación.	Sistema Chip	Trimestral	28/02/2017	Oficina Control Interno
CATEGORIA PRESEPUUESTA Y TESORERIA	Presupuesto Inicial, Ejecución Presupuesta l, de Ingresos y Gastos, Ejecución de pagos	Res 5544 de 2.003 Res 5993 de 2.008 Res 6054 de 2.009	Contraloría General de República.	Sistema Chip CGR	Trimestral	15 días hábiles después de fecha de corte	Presupuesto
EJECUTIVO DE CONTROL INTERNO	Resultado Final de la Evaluación del Sistema del Sistema	Decreto 2145/99 Decreto 2539/00 Decreto	Consejo Asesor Gobierno Nal en materia de C.I.	Aplicativo DAFP	Anual	28/02/2017	Oficina Control Interno

	de Control Interno.	1027/07 Circular Anual DAFP.					
PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO.	Resultado Final de la Evaluación la actualización y sostenibilidad del Sistema de Control Interno.	Ley 1474 /2011	Representante Legal. Ciudadanía-Web.		Cuatrimestral	Marzo -- Julio - Noviembre	Oficina Control Interno
DERECHO AUTOR SOBRE SOFTWARE	Estado de cumplimiento de las normas sobre propiedad intelectual.	Directivas Presidenciales 01 de 25/02/99, 02 de 12/02/12 Circulares UAE. DNDA, 12/07 y 17/11 DAFP 04 DE 22/12/06.	Dirección Nacional de Derecho de Autor.	Aplicativo UAE-DADA.	Anual	1er Trimestre del año.	Oficina Control Interno
MANEJO DE RESIDUOS	Indicadores de Gestión de Residuos Hospitalarios y RH1	Decreto 627/2006-Resolución 601/2006- Decreto 4126/2005 - Decreto 2676/2000 - Ley 099/1993- Decreto 2820/2010.	EPA	Radicación Personal	Semestral	Primeros días de Enero	Seguridad y Salud en el Trabajo
NOMBRE DE LA INFORMACION	DATOS QUE SE ENVIAN	NORMA LEGAL QUE LO REGULA	ENTIDAD	MEDIO POR EL CUAL SE ENVIA	PERIODOS	FECHA MAX. DE PRESENTACION	RESPONSABLES DE LA INFORMACION
REPORTES DE INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS	Reportes y Gestión de Eventos Adversos Presentados	Decreto 2200 de 28/06/2005 - Decreto 2330 de 12/07/2006 - Resolución 1403 de 14/05/2007	Red de Farmacovigilancia: INVIMA - DADIS-U de C/gena (SIMTUDEC)	Físicos y Medicamentos Magnéticos	Mensual	Primeras 72 horas si el evento es de Calidad y los primeros 10 días de cada mes.	Servicios Farmacéuticos y Calidad
TAMIZAJE NEONATAL	Pruebas Diagnosticas	Resolución 412 de 25/02/2000 - Resolución 1078 de 02/05/2000 - Resolución 3348 de 29/12/2000	Todas la EPS	Físico	Mensual	Diez primeros días de cada mes	Subgerencia Científica
MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL	Reporte de Medicamentos Especiales	Resolución 1478 de 10/05/2006 - Resolución 2593 de 31/08/2012 - Resolución 2340 de 28/06/2013	Fondo Nal de Estupefacientes	Físico	Mensual	10 Primeros días de cada mes	Servicios Farmacéutico
PAI	Reporte de Consumos y Usos de Biológicos	Resolución 412 de 25/02/2000 - Resolución 1078 de 02/05/2000 - Resolución 3348 de 29/12/2000	DADIS: Programa Salud Ampliado de Inmunología	Físico	Mensual	10 Primeros días del mes	Servicios Farmacéutico
REGISTRO PLAN DE COMPRAS Y PLAN DE ACCION	SECOP / Página Web	Estatuto anticorrupción	Contraloría Departamental	on line	Mensual	30 de Enero dentro del periodo	Subgerencia Administrativa
REGISTRO DE CONTRATOS	SIA Observa.	Auditoría General de la República	Contraloría Distrital de Cartagena	on line	Mensual	5 primeros días hábiles del mes	
RENDICION DE CUENTAS	Contratación Bimestral	Resolucion0105 de Marzo de 2010	Contraloría Distrital de Cartagena	ON-LINE	Bimestral	5 de Enero	Control Interno

REPORTE DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS SISMED	Valor total de Compras durante el periodo de C/U de las presentaciones por medicamentos, N° Total Unidades Compradas, Precio Unitario más bajo y más alto de compra, N° de Factura de > y < precio	Circular 001 de 2.000 Comisión Nal de Precios y Medicamentos	Comisión Nal de Precios y Medicamentos	Medios Magnéticos Sistema Sismed de la pagina de Min Protección	Trimestral	5º primeros días de Enero	Subgerencia Administrativa
---	--	--	--	---	------------	---------------------------	----------------------------

Fuente: Oficina de Planeación

La oficina de Planeación centraliza la información, solicitándoles a los coordinadores los informes correspondientes a sus áreas.

El área de Planeación diseño un formato para realizar seguimiento a la entrega oportuna de los informes a los entes de control mediante semaforización.

El área financiera presentó inconveniente al reportar la 2193 debido a problemas con el software.

Se le hace entrega a los entes de control de todos los informes requeridos.

1.1.2.11 Análisis Integral Aspectos Administrativos

La ejecución de procesos no obedece a la constante de garantizar resultados y mejora continua, hay un alto grado de rutinización de los desempeños a todo nivel, que se evidencia en la disposición del cumplimiento de horarios y no de resultados y metas. Los procesos se enmarcan dentro de la cultura de rutina crisis, con el desgaste que exige la solución continuada de eventos e incidentes del día a día. Se evidencia un proceso administrativo discontinuo con fragmentación del flujo de información.

El alto número de sedes (43) y la gran dispersión geográfica de las mismas, distantes de la sede administrativa, sumada al poco desarrollo de competencia de un alto número de los coordinadores de los centros de salud, para ejecutar adecuadamente los procesos de dirección, supervisión y control, así como la fragmentación en la coordinación central de los procesos asistenciales, organizados por cada servicio (consulta externa, p y p, urgencias, imágenes diagnósticas, laboratorio clínico,etc.),que además coexisten concomitantemente con empresas asociadas en la gestión misional, la tercerización de más del 90% del recurso humano asistencial, que produce desigualdad en la remuneración entre el personal de planta y tercerizado y la presión social de los usuarios y las condiciones del entorno, hacen precario los avances en el mejoramiento continuo de la calidad y constituyen un escenario

complejo e irregular para la adecuada gestión de supervisión, seguimiento y control de resultados e impactos. Este escenario produce un proceso de supervisión y control que se desgasta en la rutina y crisis del día a día.

La estructura de procesos y resultados antes descritos, y las debilidades en el SII explican porque la empresa tiene un deficiente flujo de información que genera riesgos e inoportunidad para la gestión del día a día y del análisis de la información asistencial, administrativa, presupuestal, lo que a su vez afecta la estandarización en los procesos de contratación y facturación.

Todo lo anterior, sumado a una estructura organizacional escalonada, con compartimientos dependencias, funcionalmente aislados de la visión de entidad - sistema y la ausencia de indicadores adecuados para medir y ajustar costos, productividad, desempeño e impacto, han conducido a la empresa a una operación ineficiente y explican el riesgo fiscal y financiero actual.

Finalmente, el cambio normativo generado a partir de la reforma que introduce la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) en el modelo de operación del SGSSS, cuyo desarrollo normativo obliga a las instituciones prestadores de servicios de salud (IPS) para que definan un rolen la Redes Integradas Prestadoras de Servicios de Salud (RIPSS - **Prestador Primario, Prestador Complementario** o parte de alguno de ellos), que serán organizadas por los Gestores en Salud (EPS) de conformidad a lo dispuesto en las resoluciones 029 y 1441 de 2016 y que en la práctica materializan un aumento en la amenaza de pérdida potencial del mercado en el régimen subsidiado para la ESE Hospital Local Cartagena de Indias; ya que aplican para la formalización de la integración vertical a nivel del territorio. Esto obliga a la empresa a definir de manera inmediata, qué rol debe y puede desempeñar; a qué se debe dedicar en el futuro inmediato y a mediano y largo plazo. La tarea puntual para la empresa consiste en revisar el actual modelo de prestación de servicios desarrollado, evaluarlo y a partir de él, construir una propuesta de oferta de servicios que se ajuste a las nuevas condiciones del SGSSS, o sea que esté orientada a la profundización de la Atención Primaria en Salud APS, con énfasis en la promoción y prevención y la gestión de riesgos a nivel familiar y comunitario, adaptación que es vital para la entidad, a fin de garantizar su permanencia, competitividad y sostenibilidad en el mercado.

1.1.2.11.1 Problemas Causas, DOFA y medidas

1. PROBLEMA

La actual estructura orgánica funcional no facilita la adecuación de la empresa a la política PAIS.

CAUSA

Desactualización de la Estructura orgánica funcional conforme a los requerimientos de la empresa.

DOFA

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
Estructura piramidal, con múltiples compartimientos en las áreas, desempeño por funciones, delimitación de roles , rutinización de desempeño	Marco normativo de gran flexibilidad que facilita el rediseño de la estructura organizacional
FORTALEZA	AMENAZAS
Claridad sobre la necesidad de reestructuración de la estructura orgánica funcional.	Gran exigencia de las gestoras de las redes, que hacen más ardua la gestión organizacional para la inclusión en las RIPSS

MEDIDAS

- Rediseño del modelo de prestación de servicios de la institución para consolidar propuesta de Prestador Primario mediante la articulación de 3 subredes.
- Optimización y aprovechamiento de la formación del recurso humano de planta para desarrollar nueva organización funcional.
- Diseño e Implementación de una estructura funcional acorde a las exigencias del MIAS y el enfoque de gestión de riesgos.
- Definir criterios de medición, puntos de control, metas y metodología para el seguimiento y logro de objetivos por procesos.
- La ESE está en el proceso de adoptar un “Modelo de Prestación de Servicios, orientado hacia la adaptación hacia la política PAÍS, centrado en los usuarios, las familias y las comunidades. Es un modelo orientado a satisfacer a la persona, basándonos en el desarrollo continuo de las capacidades y destrezas del recursos humano de la empresa, por ello esta soportado estratégicamente en el Plan de Educación Continuada, como principal estrategia de mejoramiento continuo institucional, de igual forma, en el ajuste de la organización los recursos físicos, humanos, tecnológicos, asistenciales con el propósito común de solucionar las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y nuestros clientes, sin renunciar a nuestros valores institucionales y procurando salvaguardar el bien preciado de la salud y el respeto indeclinable a los derechos de las personas a una atención digna, segura y de alta calidad. Implícitamente el modelo orienta su desarrollo en los 4 parámetros básicos del Modelo de Gestión colombiano:

Planear, Supervisar, Desarrollo de la calidad y el Registro/ Reporte oportuno de la información. Busca que nuestros clientes y los organismos de vigilancia y control del sistema, puedan en tiempo presente disponer de la información primaria y secundaria que generan la prestación de los servicios a nuestro cargo y la que soporta, los resultados de los indicadores y parámetros de los procesos administrativos en general.

2. PROBLEMA

Desorganización de resultados por procesos generando riesgo institucional

CAUSA

Caracterización parcial, desarticulada y no funcional de procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de control.

DOFA

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
Procesos no funcionales, dispersos , desarticulados y segmentados	Rediseño del Modelo de Operación obliga a el diseño de caracterización y normalización de procesos según nuevos roles
FORTALEZA	AMENAZAS
Talento humano consciente de la gestión por resultados sobre diseño de procesos	Ineficiencia de procesos actuales, lo cual hace poco competitiva a la empresa frente a las nuevas exigencias de la política PAIS.

MEDIDAS

- Rediseñar y caracterizar los procesos estratégicos, misionales, de apoyo, de control y mejoramiento continuo con enfoque de empresa sistema y con énfasis en la gestión del riesgo institucional.
- Garantizar la participación activa del personal de planta y el contratado por Prestación de servicios en el proceso de Rediseño, con el propósito de sensibilizar y generar mayor compromiso y sentido de pertenencia.
- Articular los procesos a través de la implementación de actividades y responsabilidades compartidas entre procesos.

3. PROBLEMA

Diseño no estratégico del sistema de Información Institucional

CAUSA

Poca claridad del recurso humano en el proceso de generación de información primaria, trascendencia, importancia y fiabilidad de esta. Conectividad inestable

DOFA

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
Dificultad en la generación de un alto porcentaje de registros primarios, que ocasionan traumatismos en la elaboración de reportes e informes a los diferentes estamentos, plan de indicadores institucional parcialmente definidos	Rediseño de indicadores institucionales de conformidad con las necesidades que exija el modelo, estabilizar la conectividad de la institución
FORTALEZA	AMENAZAS
Software institucional propio flexible y adaptable a las exigencias de las necesidades de información	Posibilidad de sanciones por organismos de vigilancia y control, pérdida de recursos por glosas, menor capacidad de negociación de tarifas.

MEDIDAS

- Garantizar la infraestructura tecnológica para que el sistema de información supla las necesidades de la institución.
- Dotación de equipos en un 95% de todas las unidades de la institución
- Optimizar el sistema de información institucional enfocado en la generación adecuada y oportuna de registros, soportes e informes para optimizar la planeación, la operación de los servicios, la supervisión y el control de la gestión institucional.
- Revisión y ajuste del Recurso humano del área de sistemas para dar respuesta oportuna a los requerimientos de los diferentes servicios.

4. PROBLEMA

Alto porcentaje del recurso humano sin sentido de pertenencia, poca introyección de la misión y visión institucional.

CAUSA

Coordinación del talento humano institucional no unificado por tercerización laboral.

DOFA

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
Plan de cargos insuficiente para garantizar objeto misional, costos proyectados para formalización laboral son insostenibles con la escala salarial actual	Normatividad obligante para la formalización laboral, existencia de un plan de retiro, normatividad definida para formular estudios de rediseño de plantas de personal, asistencia técnica de la DAFP y del Ministerio de Trabajo
FORTALEZA	AMENAZAS
Estandarización de procesos asistenciales, programación adecuada de servicios sobre estándares por horas, pago oportuno de salarios y prestaciones sociales, plan de educación continuada con énfasis en el componente asistencial institucional, programa de bienestar social y de salud ocupacional	Insostenibilidad de la operación con la formalización laboral de no realizarse bajo un enfoque de escalas salariales diferencial con roles y competencias diferenciales

MEDIDAS

- Dar cumplimiento a la Normatividad vigente para la formalización laboral, disponibilidad de asistencia técnica de la DAFP y del Ministerio de trabajo con la necesidad de adaptar la operación al esquema de RIPSS para garantizar ser más eficientes y del enfoque del portafolio en gestión de riesgo y p y p.
- Rediseñar e implementación de un proceso de selección, vinculación y medición de competencias laborales enfocado en la idoneidad de los perfiles del recurso humano a incorporar en la empresa y en la evaluación continuada de la productividad y calidad en el desempeño.
- Diseñar una estrategia para incentivar el sentido de pertenencia y el cumplimiento de metas.

5. PROBLEMA

En el área De Recursos Físicos se evidencia que no se realizan los inventarios de activos fijos y medicamentos con la periodicidad requerida de acuerdo a la complejidad de la institución.

CAUSA:

Al proceso de inventario no se le ha realizado seguimiento y control desde el área administrativa y financiera.

DOFA

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
Falta de planificación de la toma física de inventarios en la sede administrativa y centros de salud	Diseño e implementación de un programa de saneamiento fiscal y financiero.
FORTALEZA	AMENAZAS
Implementación de nuevo sistema de información.	Riesgo de pérdida por la falta de control

Medidas

1. Implementación de un cronograma de inventarios tanto a la sede administrativa como a los centros de salud.
2. Diseñar una estrategia que comprometa al personal sobre la custodia de los bienes que tienen a cargo, tanto en la sede administrativa como en los centros de salud.

1.1.3 ASPECTOS JURÍDICOS

1.1.3.1 Legalidad en la expedición de todos los actos administrativos relacionados con: la creación de la ESE, adopción de sus estatutos y del PSFF

Los actos administrativos de la creación de la ESE Hospital local Cartagena de Indias y adopción de los estatutos internos fueron proferidos por las autoridades competentes en ejercicio de sus facultades legales en consecuencia se presume su legalidad.

El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero fue aprobado de acuerdo al procedimiento establecido en las disposiciones vigentes y al instructivo remitido por parte del Ministerio de Hacienda y crédito público, cumpliéndose con cada una de las etapas y requisitos necesarios para su implementación con la intervención de los funcionarios competentes para ello.

1.1.3.2 Acciones legales frente a la prescripción de cuentas por pagar y/o cuentas por cobrar

El proceso de depuración de cuentas por pagar o cobrar, se encuentra a cargo del Comité Técnico de Sostenibilidad Contable de la empresa, en ejercicio de la función que le asiste a este Comité de “recomendar la depuración de los valores contables a que haya lugar y su descargue o incorporación en los estados financieros de la empresa”, establecida en la Resolución por medio de la cual fue creado el comité, a saber la No. 0305 de 2009, así como en el numeral 3.11 de la Resolución 357 de 2008 de la CGN. Como integrante del Comité se encuentra el coordinador jurídico a fin de conceptuar sobre las recomendaciones a que haya lugar, por el tema de prescripción u otras formas de extinción de las obligaciones. En el año 2015, fue la última depuración que se realizó por cuentas por pagar y cobrar, debido a la implementación de las NIFF.

1.1.3.3 El proceso de conciliación

Las conciliaciones manejadas por el área, corresponden aquellas absueltas por el comité de conciliación de la entidad, del cual hace parte el Gerente, el Subgerente Administrativo y Financiero, el Subgerente Científico y el Coordinador Jurídico. Este Comité fue creado mediante Resolución 146 del 15 de marzo de 2011, y sus funciones se encuentran estipuladas en el Decreto 1716 de 2009 y en la mencionada resolución. Al Comité se allegan las conciliaciones agotadas como requisito de procedibilidad ante el Ministerio Público, las conciliaciones con demandantes para pago de sentencia, y las reuniones que deba hacer el comité para la ejecución de medidas preventivas que permitan disminuir el daño antijurídico. Este proceso también se ve afectado por la falta de un sistema de información, que permita contar con los soportes para el estudio objetivo de las solicitudes de conciliación. Para el año 2017, Este comité ha suscrito 7 actas, dentro de las cuales se registra conciliación con el accionante de intereses de sentencia condenatoria, y acuerdo de pago cuyo capital era de \$55.000.000. La ESE logró cancelar para el mes de marzo la suma total sin lugar a intereses.

1.1.3.4 El proceso de evaluación y los resultados relacionados con los títulos de propiedad de los bienes muebles e inmuebles

Los títulos de propiedad continúan 30 a nombre de la Alcaldía Distrital de Cartagena de indias, 2 a nombre de la Gobernación de Bolívar, Otras 5 a nombre de particulares, dentro de los que se relacionan 2 entidades sin ánimo de lucro y 3 particulares. Respecto de las dos de particulares, se encuentra en curso proceso de prescripción adquisitiva de dominio, a esperas de apertura de periodo probatorio. De estas, 22 sedes operativas han sido objeto de intervenciones para mejoramiento de la infraestructura física por parte del Distrito de Cartagena. Las intervenciones de infraestructura a los centros de salud, ha sido una talanquera para avanzar en este proceso, sin embargo teniendo en cuenta que dentro del Plan de Desarrollo institucional, se adoptó como proyecto la Gestión de titulación de sedes operativas de la ESE HLCI, quedaron establecidos en el plan operativo del Área, indicadores cuyo cumplimiento permitirá avanzar en la gestión del proceso.

1.1.3.5 El proceso de revisión de cláusulas contractuales en los procesos de adquisiciones y en la venta de servicios.

Desde el Área de facturación, se envían las minutas contractuales para la venta de servicios, a fin de que se revise la normatividad en el Área Jurídica. Sin embargo se evidencia en este proceso la falencia de que las EPS, se tardan en formalizar las contrataciones, teniendo a la fecha un análisis pobre de lo contratado por este concepto.

En lo que respecta a las adquisiciones de bienes y servicios, la revisión está asignada al Área de Contratación de la entidad.

Tabla No.251

Procesos judiciales en curso instaurados por la ESE o por terceros en contra de la ESE

REPARACION DIRECTA	
Descripción	Cantidad
Valor total de la contingencia	\$21.307.929.052
Total Procesos	23
Tramitados en 1a instancia	12
Fallos a favor in 1a instancia	8 que pasaron a segunda instancia
Fallos en contra en 1a Instancia	0
Tramitados en 2a Instancia	8
Fallos a favor en 2a instancia	1
Fallos en contra en 2a instancia	2

Fuente: Coordinación de Jurídica

Las demandas por el medio de control de reparaciones directas, si bien se presentan por fallas del servicio, la variación del personal médico incide directamente en ello, al no existir una conciencia institucional debidamente consolidada para el cumplimiento de los protocolos médicos. El personal que ingresa a la entidad suministrado por las empresas de servicios temporales, son capacitados periódicamente por la entidad para tal fin, sin embargo, el hecho que el personal asistencial no esté vinculado directamente a la entidad, hace que se pierda un elemento coercitivo directo por parte de la administración, para que se observen los parámetros médicos en cada caso. De esta manera, las demandas por reparación directa se verían disminuidas, así como su impacto patrimonial a la empresa, sí se realiza el proceso de formalización laboral, ya que no se ha logrado hacer efectiva la póliza de responsabilidad médica adquirida por la Entidad, debido a que el personal asistencial que se ha visto involucrado en los procesos, no se encuentra vinculado a la empresa.

De igual forma, las fallas del servicio se consolidan a partir de condiciones de infraestructura y en la gran demanda de pacientes en los servicios de urgencias, que debilitan la calidad del servicio; es decir, la capacidad instalada no responde a los parámetros establecidos en las contrataciones con las entidades promotoras de salud.

1.1.3.6 Nulidad y Restablecimiento del Derecho

A corte 30 de junio de 2017, se registran veinticuatro (24) demandas administrativas por el medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho.

Las cuantías de estas demandas suman un total de \$4.039.799.407, sin embargo dentro de estas, se encuentra una (1) iniciada por la ESE HLCI en contra del Ministerio de Trabajo, por una cuantía de \$1.768.500.000, correspondiente a la sanción que impuso dicha autoridad sobre la empresa por la tercerización laboral mediante Resolución 468 de 2013. Sobre este caso en especial la entidad alega que el acto demandado están viciado de falsa motivación, puesto que por un lado la ESE presentó ante ellos el Acuerdo de Formalización Laboral, estando a cargo del Ministerio dar el visto bueno para ponerlo a circular; pero por otro lado fue el mismo Ministerio a través de su Circular quien pospusiera el trámite, hasta tanto se legislara al respecto para el caso de las empresas sociales del Estado, situación que finalmente ocurrió con el Decreto 1376 de 22 de julio de 2014, cuando la sanción ya estaba dada contra la entidad. En efecto, el parágrafo 3 del artículo 4 del Decreto 1376 de 22 de julio de 2014 establece que los departamentos y Distritos que hayan procedido a crear los cargos, deben colocar en sus Planes financieros territoriales del Estado del orden territorial incluir lo pertinente, lo que significa, que es el ente territorial quien en principio debe cumplir la directriz legal.

Otras siete (7) demandas, en contra de la entidad por este medio de control, se motivan en la reestructuración administrativa que tuvo lugar en la empresa en el año 2006, mediante la cual se suprimieron y crearon cargos. Para la entidad, estos procesos se consideran una consecuencia normal de un proceso de reestructuración donde los accionantes solicitan su reintegro. Las cuantías de las 7 demandas suman un total de \$166.157.984, sin embargo median dos sentencias de agosto de 2016, dictadas en segunda instancia a favor de la ESE HLCI, cuya actuación siguiente corresponde al archivo del proceso y que suman un total de \$73.000.000. Otra de las demandas, por una cuantía inicial de \$33.197.265, se encuentra dictada en primera instancia a favor de la ESE HLCI, y las 4 demandas restantes se encuentran en trámite de primera instancia.

Siguen cuatro (4) demandas, motivadas en reclamo de prestaciones por contrato realidad, debido a que sus accionantes fueron suministrados a la entidad en periodos continuados. Lo que se busca es la nulidad de las manifestaciones de la entidad negando los derechos deprecados. Las cuantías iniciales de estas demandas suman un total de \$270.952.070. De las cuales se registra demanda de cuantía inicial de \$55.000.000, pero que ya fue resuelta en segunda instancia y condenatoria para la ESE, siendo pagada esta condena en febrero de 2017 por la suma de \$24.741.159.77, previa liquidación que se hiciera internamente sobre los derechos declarados por el juez. Las otras tres demandas se encuentran en trámite de pruebas dentro de la primera instancia.

Por último, dentro de este medio de control, se encuentran doce (12) demandas motivadas en la reclamación de derechos adquiridos, cuyas cuantías iniciales suman un total de \$1.654.003.008, debido a la Sentencia C-

241/14, que constató el régimen prestacional de los empleados transferidos en el sector salud. La principal causa de estas reclamaciones, es que no existe un precedente judicial que de claridad sobre la temática, lo que le impide a la entidad, contar con un fundamento para adoptar una posición definitiva, conllevando a la negación de las reclamaciones, que con posterioridad se convierten en demandas.

En virtud de lo anterior, teniendo en cuenta las sentencias dictadas a favor de la ESE, y aquella que fue pagada por la entidad en el presente año, la cuantía total por este medio de control se registra en **\$3.911.799.407**.

De lo anterior se consolida la siguiente información:

Tabla No. 252

Nulidad y restablecimiento del derecho

Descripción	Cantidad
Valor total de la contingencia	\$3.911.799.407
Total Procesos	24
Tramitados en 1a instancia	20
Fallos a favor in 1a instancia	1 que pasó a segunda instancia
Fallos en contra en 1a Instancia	0
Tramitados en 2a Instancia	1
Fallos a favor en 2a instancia	2
Fallos en contra en 2a instancia	1

Fuente: Coordinación Jurídica

1.1.3.7 Procesos Ejecutivos

A corte 30 de junio de 2017, se encuentran reflejados cuatro (4) procesos ejecutivos, formulados 3 por el mismo accionante en contra de la entidad debido a facturas dejadas de cancelar. La motivación de estos procesos obedece que con los cambios de administración de la entidad, no se pudo evidenciar la veracidad de las deudas contentivas en estos procesos, a pesar de existir los títulos en el expediente procesal. No obstante a lo anterior, se reporta que una demanda por cuantía de \$1.009.424.619, fue transada y se encuentra para archivo del proceso y otra correspondiente a la cuantía de \$75.000.000, fue anulada a partir del mandamiento de pago pero queda pendiente tramitar el levantamiento de la medida de embargo, situación que depende de la diligencia de la actuación judicial. Es decir que la cuantía afectar a la ESE, sería las otras dos demandas que suman como cuantía inicial un total de **\$420.567.101**, y que se encuentran en primera instancia. De lo anterior se consolida la siguiente información:

Tabla No. 253

Procesos Ejecutivos

Descripción	Cantidad
Valor total de la contingencia	\$420.567.101
Total Procesos	4
Tramitados en 1a instancia	4
Fallos a favor in 1a instancia	0
Fallos en contra en 1a Instancia	0
Tramitados en 2a Instancia	0
Fallos a favor en 2a instancia	0
Fallos en contra en 2a instancia	0

Fuente: Coordinación Jurídica

1.1.3.8 Controversia Contractual

A corte 30 de junio de 2017, existen dos (2) demandas de controversia contractual, por una cuantía total de **\$85.030.540**, donde una corresponde a demanda formulada por la ESE en contra del contratista para que se declare el incumplimiento de contrato suscrito en 2013, por una cuantía de \$35.030.540; y la otra demanda corresponde a demanda interpuesta en contra de la ESE para que se declare igualmente el incumplimiento contractual por cuantía de \$50.000.000. Estos procesos se encuentran en etapa probatoria dentro de una primera instancia. De lo anterior se consolida la siguiente información.

Tabla No. 254

Procesos Controversia Contractual

Descripción	Cantidad
Valor total de la contingencia	\$85.030.540
Total Procesos	2
Tramitados en 1a instancia	2
Fallos a favor in 1a instancia	0
Fallos en contra en 1a Instancia	0
Tramitados en 2a Instancia	0
Fallos a favor en 2a instancia	0
Fallos en contra en 2a instancia	0

Fuente: Coordinación de Jurídica

1.1.3.9 Demanda Arbitral

A corte 30 de junio de 2017, se registran tres (3) demandas tramitadas ante Tribunal de Arbitramento por mediar clausula compromisoria, cuyas cuantías suman un total de **13.130.385.948**. Una de las demandas, donde el accionante sustentó no mediar pago de honorarios por cobro de cartera de la ESE, ya fue resuelta en segunda instancia condenando a la ESE HLCI en agosto de 2016 por la suma de \$61.085.002. El laudo arbitral fue apelado ante el Consejo de Estado resolviendo fallo desfavorable para la entidad, sin que a la fecha se evidencie el pago de esta condena. Otra demanda, la inicia el contratista para que se liquide contrato suscrito con la entidad en 2014, pretensión que equivale a la cuantía de \$21.481.574. Y como tercera demanda por este medio, se encuentra la promovida por la Clínica Regional de la Costa CREC, reclamando la indemnización de perjuicios por una cuantía de \$13.047.819.372 debido a la terminación de contrato de arriendo que implicaba parte del inmueble donde operaba el centro de salud Nelson Mandela. Cabe resaltar que en su momento la ESE terminó dicho contrato por derivarse éste del comodato que el Distrito le habría dado a la empresa para operar el respectivo centro de salud, cuya vigencia había culminado desde el 2010; la prosperidad de estas pretensiones a favor del demandante son pocas, por carencia de pruebas que determinen los perjuicios y el justo título que le obligara a la ESE a continuar con el arrendamiento terminado. Estas últimas dos demandas se encuentran en designación de árbitros e instancia de conciliación. De lo anterior se consolida la siguiente información:

Tabla No. 255

Demandas por Tribunal arbitramento

Descripción	Cantidad
Valor total de la contingencia	\$13.130.385.948
Total Procesos	3
Tramitados en 1a instancia	2
Fallos a favor in 1a instancia	0
Fallos en contra en 1a Instancia	0
Tramitados en 2a Instancia	0
Fallos a favor en 2a instancia	0
Fallos en contra en 2a instancia	1

Fuente: Coordinación de Jurídica

PROCESOS ORDINARIOS LABORALES

A corte 30 de junio de 2017, cursan doce (12) procesos en contra de la entidad, por contrato realidad y obligaciones laborales solidarias. De estos procesos, ya

en tres se dictaron sentencias condenatorias de segunda instancia debidamente ejecutoriadas, en los meses de marzo, julio y agosto de 2016. De estas condenas, en 2017 se canceló sentencia condenatoria del mes de marzo por valor de \$43.949.280, a través de la conciliación de intereses con el accionante, el cual renunció a ellos, previa liquidación que internamente se hiciera de lo fallado. La cuantía total y vigente por estos procesos asciende a **\$243.446.610**. Las otras dos condenas suman un total de \$84.000.000 sin que se registre a la fecha su pago. Otras dos (2) demandas por cuantía de 21 smlmv, ya fueron dictadas en primera instancia a favor de la ESE, pero se encuentran en trámite de apelación por el accionante. De igual forma se evidencia una demanda en instancia de casación ante la Corte Suprema de Justicia, por una cuantía que supera los 120 smlmv, casación que fue formulada en agosto de 2016 por abogado contratado por la ESE, debido a que la sentencia de segunda instancia, resultó desfavorable para la entidad. Las otras seis demandas, se encuentran en trámite dentro la primera instancia. De lo anterior se consolida la siguiente información:

Tabla No. 256

Procesos Ordinarios Laborales

Descripción	Cantidad
Valor total de la contingencia	\$243.446.610
Total Procesos	12
Tramitados en 1a instancia	7
Fallos a favor in 1a instancia	2 que pasaron a 2ª instancia
Fallos en contra en 1a Instancia	0
Tramitados en 2a Instancia	2
Fallos a favor en 2a instancia	0
Fallos en contra en 2a instancia	3

Fuente: Coordinación de Jurídica

A groso modo, la motivación de estos procesos laborales, radica en un problema de recurso humano de la entidad, teniendo en cuenta que hace falta implementar el proceso de formalización laboral. Lo anterior como quiera, que la tercerización laboral al que se ha acudido para cubrir el recurso humano, ha conllevado a reclamaciones de contrato realidad y obligaciones laborales solidarias, por no existir un vínculo laboral directo.

CUADRO 8 DEL PSFF

Al diligenciar este cuadro sobre procesos judiciales, la cifra total arrojada sobre los procesos en primera y en segunda instancia sin fallo, no corresponde a la realidad, teniendo en cuenta en primer lugar, que los datos que se incluyen en las celdas de “fallos en firme”, se terminan repitiendo en las celdas de “fallos en segunda instancia” ya que fueron fallos dictados en segunda instancia que quedaron en firme, alterándose de esta manera el total de procesos sin fallo en segunda instancia. Por otro lado, respecto de la fórmula que viene predeterminada para calcular los procesos sin fallo en primera instancia, esta consiste en restarle al número total de procesos, los procesos fallados en contra y a favor en primera instancia, sin tenerse en cuenta los fallos de segunda instancia que también se le deberían restar puesto que no hacen

parte de la primera instancia, omisión que explica el porqué se da en el cuadro una cifra superior a la que en realidad es. Sumado a lo anterior, a la celda de los “procesos sin fallar en segunda instancia” se le debería restar, además de los fallos de segunda instancia, los procesos calculados en primera instancia sin fallo, para que pueda dar la cantidad real, es por tal razón que para esta celda se están dando valores negativos en el CUADRO 8.

En virtud de lo explicado, y de manera congruente con el análisis ya expuesto sobre los procesos judiciales; el balance general de los procesos es el siguiente:

Tabla No. 257

Balance General de los Procesos

TIPO DE DEMANDA	TOTAL PROCESOS	PRIMERA INSTANCIA			SEGUNDA INSTANCIA		
		FALLOS A FAVOR (pasaron a 2ª instancia)	FALLOS EN CONTRA	PROCESOS SIN FALLAR	FALLOS A FAVOR	FALLOS EN CONTRA	PROCESOS SIN FALLAR
Nulidad y restablecimiento	24	1		20	2	1	1
Reparación Directa	23	8		12	1	2	8
Procesos laborales	12	2		7		3	2
Procesos Ejecutivos	4			4			0
Controversia Contractual	2			2			0
Demanda Arbitral	3			2		1	0
TOTALES	68	11		47	3	7	11

Nota: los procesos ejecutivos, controversia contractual y demanda arbitral, están incluidos en el CUADRO 8, en la fila de “OTROS” procesos, puesto que no se cuenta con estas clasificaciones en el formato.

DIFERENCIA REGISTRADA ENTRE LA INFORMACIÓN JURÍDICA Y LA INFORMACIÓN FINANCIERA SOBRE LOS PROCESOS JUDICIALES.

La razón por la cual los valores de las contingencias judiciales informadas por el Área Financiera, dan un valor inferior a lo registrado por jurídica en el CUADRO 9, obedece a que la fuente de información del Área Financiera sobre los procesos judiciales, es el Área Jurídica, y en el proceso que se tenía establecido para remitir la información de Jurídica a Financiera, se tenía una periodicidad anual, esto es, en diciembre de cada año. Lo anterior quiere decir, que la información reportada por Financiera, corresponde a los procesos judiciales con corte diciembre 31 de 2016, mientras que la información reportada por Jurídica en le PSFF, corresponde a corte 30 de junio de 2017. En adelante será subsanado dicha diferencia, ya que trimestralmente se estará remitiendo la información de procesos judiciales, a Financiera.

TUTELAS.

En la actualidad no se hallan tutelas vigentes en contra de la entidad. El 90% de las tutelas notificadas a la ESE HLCI, resultan favorables, ya que por lo

general las accionadas son las EPS y la entidad la vinculan en calidad de tercero. En este proceso no se reportan inconvenientes.

EL PROCESO DE SOPORTE JURÍDICO PARA EL ACATAMIENTO DEL MARCO LEGAL VIGENTE

Derechos De Petición. El área ofrece respuesta dentro de los términos legales, sin embargo el principal inconveniente que se tiene respecto de este proceso, es que la fuente de información depende de otras dependencias de la entidad, que en ocasiones se tardan en entregar los soportes. Es decir, hace falta manejar un sistema de información en la entidad que permita el flujo de la información de una manera dinámica y de fácil acceso. La solución será implementar el sistema de información.

Reclamaciones Administrativas. Durante las vigencias 2015 y 2016, se presentaron reclamaciones administrativas masivas por parte de los empleados de planta de mayor antigüedad, debido a la Sentencia C-241/14, que constató el régimen prestacional de los empleados cedidos en el sector salud. La principal causa de estas reclamaciones, es que no existe un precedente judicial que de claridad sobre la temática, lo que le impide a la entidad, contar con un fundamento para adoptar una posición definitiva, conllevando a la negación de las reclamaciones, que con posterioridad se convierten en demandas. En conclusión, se trata de un factor externo que afecta el proceso.

Actos Administrativos. Desde el Área se proyectan las resoluciones para firma del ordenador del gasto. En este proceso no se presentan inconvenientes.

Reclamaciones sobre servicios públicos domiciliarios. En la actualidad la se encuentra registrado a nombre de a ESE HLCl, deudas por servicios públicos domiciliarios de los centros de salud. Las deudas con las empresas prestadoras del servicio, se atribuye en gran parte que el ente territorial de salud, no ha asumido el pago de los servicios respecto de los inmuebles remodelados en su infraestructura, mientras que la ESE HLCl ha cumplido con el pago de los servicios referente a los centros de contingencia. Esta reclamación ya se ha radicado ante el Distrito, al igual que solicitud de información a las empresas prestadoras de los servicios.

Procesos Administrativos Sancionatorios. Estos procesos se refieren aquellos adelantados por las autoridades administrativas de vigilancia y control. Para el año 2017, no se registran procesos administrativos sancionatorios, sin embargo se encuentran dos en curso por parte del DADIS, debido a falta de requisitos de habilitación en los Hospitales de Arroz Barato y Pozón. Sobre estos procesos se rindió informe en la vigencia pasada, alegándose como principal argumento que precisamente las intervenciones de infraestructura del Distrito, confluyeron con el incumplimiento de los requisitos.

1.1.3.10 Análisis integral Aspectos Jurídicos

El manejo de los procesos se canaliza desde la Gerencia de la empresa, quien recepciona todas las actuaciones, las remite a Jurídica para la proyección de

los trámites correspondientes, para luego ser firmados por el representante legal. La asesoría jurídica se presta a todas las dependencias de la entidad, a través de la asistencia en los procesos y en la emisión de conceptos.

A nivel interno, el Área se ve afectada por un déficit de recurso humano lo cual incide en la eficacia de los procesos; a nivel institucional, no se cuenta con un sistema de información que permita contar con los soportes y registro de datos históricos necesarios para el adecuado resultado de los procesos, así mismo, la injerencia jurídica en los procesos de contratación con las entidades promotoras de salud y el cobro de cartera, es poca teniendo en cuenta que no se tiene un procedimiento definido para entrelazar estos procesos. Finalmente, la falta de formalización laboral, es el principal agente de demandas y reclamaciones.

1.1.3.10.1 Problemas, Causas, DOFA y Medidas

PROBLEMAS	CAUSAS
Falta de eficacia en la atención y resultados de los procesos a cargo del Área Jurídica.	No se cuenta con personal vinculado, ya sea por nómina o suministrado, que tenga la obligación de cumplir con un horario, a excepción del coordinador.
Hace falta herramientas de trabajo, como lo son computadores y elementos de papelería.	La Entidad no ha podido aprovisionar recursos para la dotación completa de computadores. Se hacen los pedidos de papelería en Recursos Físicos, pero no todos los elementos están disponibles.
La defensa de la Entidad en los procesos judiciales, conciliaciones y reclamaciones administrativas, se está viendo debilitada por la falta de soportes, documentos y datos históricos de la empresa no registrados o archivados. Así mismo las respuestas a requerimientos y derechos de petición, se ha visto dilatada, por la carencia de fuentes de información de manera oportuna.	La Entidad carece de un sistema de información que permita armonizar los procesos entre las dependencias, y conservar la información de manera unificada.
No se cuenta con un archivo de procesos judiciales, lo que impide ejercer un control real sobre los mismos, además de manejar un registro físico que permita identificar cada proceso.	No se tienen recursos asignados para el fotocopiado de los expedientes judiciales.

PROBLEMAS	CAUSAS
<p>Desde que la ESE HLCI fue creada en el año 2001, siguen 30 inmuebles donde operan los centros de salud, a nombre del Distrito de Cartagena, 2 a nombre de la Gobernación y 1 a nombre de la Nación; A pesar de haberse adelantado actuaciones dentro del proceso de legalización de inmuebles.</p>	<p>Falta de voluntad política de las mencionadas entidades públicas, para el logro de la cesión gratuita de estos inmuebles a favor de la ESE HLCI, de conformidad al Decreto 0421 del 2001, mediante el cual fue creada la empresa.</p>
<p>La tercerización laboral a través del suministro de trabajadores en misión, ha conllevado a demandas laborales, así como demandas por nulidad y restablecimiento del derecho reclamando contratos realidad con la ESE HLCI. La entidad ya ha cancelado condenas por este hecho, y tiene un 80% de probabilidades de seguir perdiendo los procesos registrados.</p>	<p>Falta de formalización laboral de la ESE HLCI, hasta tanto no se realice, se seguirán presentando y perdiendo demandas.</p>
<p>La gran demanda de pacientes en los servicios de urgencias, así como debilidades en las condiciones de infraestructura; hace que se desmejore la calidad en la atención en salud, creándose el riesgo de posibles fallas del servicio prestado, que conllevan a las demandas por reparación directa.</p>	<p>La capacidad instalada no es proporcional a la cantidad de usuarios contratados con las entidades promotoras de salud.</p>
<p>Las historias clínicas, que se requieren como soporte probatorio en los procesos judiciales, algunas no se encuentran bien diligenciadas, o están incompletas o simplemente no se encuentran; situación que debilita la defensa de la Entidad frente a las demandas.</p>	<p>Hace falta fortalecer el proceso de archivo, conservación y custodia de historias clínicas. Y revisión de formatos y software para diligenciarla y que quede registrada.</p>
<p>Las contestaciones de las demandas por falla del servicio, no cuentan con un experticio técnico que certifique que la atención en salud se dio de conformidad a los protocolos de la ciencia médica.</p>	<p>La empresa no cuenta con un médico especialista en responsabilidad médica que pueda emitir conceptos para la defensa de la entidad.</p>
<p>En las demandas por falla del servicio, tratándose de responsabilidad médica,</p>	<p>Falta de formalización laboral de la ESE HLCI. Así mismo las empresas que suministra el personal asistencial,</p>

PROBLEMAS	CAUSAS
<p>no ha sido posible hacer uso de la póliza de seguro adquirida por la empresa para cubrir este riesgo, debido a que las fallas se han presentado en el servicio de urgencias y el personal de urgencias no está vinculado a la nómina de la empresa sino que son suministrados como trabajadores en misión. A los contratistas que suministran el personal, se les exige que los médicos cuenten con la póliza de responsabilidad médica, sin embargo las compañías aseguradoras extienden estas pólizas sólo por la vigencia de un (1) año, lo que ha impedido el llamamiento en garantía ya que los hechos vienen a denunciarse tiempo después cuando la póliza ya está fenecida y cuando el médico responsable, ni siquiera presta sus servicios a la ESE.</p>	<p>no cuenta con una póliza global por responsabilidad médica del personal que suministra.</p>
<p>Se presentan demandas por controversia contractual, debido a que median prestaciones de servicios ejecutadas por fuera del plazo de los contratos y que se requieren ser pagadas.</p>	<p>Falta de planeación</p>
<p>A nivel externo se han requerido informes del acompañamiento jurídico en los procesos de cartera y de contratación con las EPS; sin que se pueda dar un concepto de ello debido a que no se encuentra dentro de las responsabilidades del Área.</p>	<p>Desde el nivel directivo y administrativo de la empresa, no se ha consolidado el proceso de asesoría jurídica en contratación con las EPS, así como tampoco en el cobro de cartera.</p>

DOFA

DOFA PROCESO JURIDICO ESE HLCI	
DEBILIDADES	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ No existe un sistema de información institucional que permita hallar los soportes y datos históricos necesarios 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Existencia de procedimientos definidos para el manejo de cada proceso ➤ Se cuenta con una clara

DOFA PROCESO JURIDICO ESE HLCI

<p>para un adecuado resultado de los procesos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hace falta implementar el proceso de formalización laboral, lo que ha conllevado acudir a la tercerización laboral para cubrir el recurso humano, siendo éste el principal agente de demandas judiciales. ➤ Siendo el personal de urgencias suministrado por empresas de servicios temporales, sus actuaciones no logran ser cubiertas por la póliza de responsabilidad medica adquirida por la Entidad. ➤ La insuficiente capacidad instalada en la prestación del servicio de salud, incide en fallas del servicio causante de demandas judiciales por parte de los afectados. ➤ La entidad no cuenta con un médico especialista en responsabilidad médica que haga las revisiones y emita los conceptos técnicos para la defensa judicial en los casos de falla del servicio. ➤ Las historias clínicas como soporte probatorio en los procesos judiciales, en ocasiones no se encuentran bien diligenciadas, o no se encuentran registradas de acuerdo a lo alegado en las demandas. ➤ No existe un archivo físico de los procesos judiciales, por falta de recursos para el fotocopiado de los expedientes que obran en los diferentes estrados judiciales. ➤ No se ha fortalecido el proceso de asesoría jurídica en contratación para la venta de 	<p>identificación de los procesos judiciales</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El personal contratado cuenta con las competencias e idoneidad para la atención de los procesos ➤ Se trabaja sobre indicadores de obligatorio cumplimiento ➤ Las decisiones de la administración siempre van motivadas por un fundamento jurídico ➤ La asistencia jurídica se encuentra disponible para todas las dependencias de la entidad ➤ Se atienden los procesos de manera oportuna, siendo vigilantes con el vencimiento de los términos. ➤ Periódicamente se capacita al personal asistencial para el cumplimiento de los protocolos médicos.
--	--

DOFA PROCESO JURIDICO ESE HLCI	
<p>servicios, y en el cobro de cartera.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hace falta vincular personal al proceso jurídico, por una contratación distinta a la de prestación de servicios profesionales. ➤ No se cuenta con la totalidad de herramientas de trabajo para el desarrollo de las labores. 	
<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No existe un lineamiento jurídico específico para la formalización laboral de las empresas sociales del estado. ➤ Carencia de elemento coercitivo para que el Distrito y otros entes implicados, faciliten la cesión de los inmuebles donde operan los centros de salud. ➤ No hay unanimidad entre las normas y la jurisprudencia, sobre el régimen prestacional del personal transferido en el sector salud, siendo la causa de demandas para el reclamo de prestaciones no reconocidas a los empleados y trabajadores oficiales. ➤ Insuficiencia de políticas que obliguen a las EPS al pago oportuno de los servicios contratados. ➤ Falta de consolidación normativa sobre la viabilidad de adoptar el proceso de cobro coactivo en las empresas sociales del estado. 	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Asesoría de las autoridades administrativas para la implementación de las nuevas políticas. ➤ El sistema normativo permite el acompañamiento del Ministerio de Trabajo para la implementación de la formalización laboral. ➤ Se disponen de guías metodológicas para el cumplimiento de la normatividad.

1.1.4 ASPECTOS FINANCIEROS

1.1.4.1 Gastos y Costos organizados por centro de Costos (Cuadro 12)

Para el desarrollo del cuadro No.12 donde se deben reportar los costos de las vigencias 2011 a 2016 se tuvo en cuenta los costos por centros costos agrupados por unidad de negocios funcionales,. Esto con el fin de dar a conocer el comportamiento histórico por centro de costo vigencia a vigencia de la ESE.

Para el ejercicio solo se tienen en cuenta los costos que corresponden a la operación y de funcionamiento como lo son los costos de venta.

Tabla N° 258

Comportamiento histórico porcentual comparativo de los gastos de funcionamiento administrativos y gastos generales en la ESE H.L. C. I en el periodo de 2011 al 2017.

Año	Valor total de gastos de funcionamiento administrativos	%	Valor total de gastos generales	%	TOTAL
2011	5.269.808.053	33,21	10.599.354.378	66,79	15.869.162.431
2012	6.468.096.172	32,36	13.517.177.144	67,64	19.985.273.316
2013	7.176.700.076	34,68	13.516.315.656	65,32	20.693.015.732
2014	8.750.304.370	31,73	18.825.414.557	68,27	27.575.718.927
2015	8.842.810.657	28,89	21.770.652.872	71,11	30.613.463.529
2016	8.941.390.142	26,28	25.077.288.006	73,72	34.018.678.148
2017	7.853.883.433	25,38	23.087.778.334	74,62	30.941.661.767
PROMEDIO	8.736.696.619	30,36	21.354.537.040	69,64	30.091.233.660

Fuente. Cuadro 12 aplicativo PSFF

La relación porcentual entre los gastos administrativos y los gastos generales en el periodo 2011 a 2017(Proyectado) han oscilado entre 25,3% y 34,68% para los gastos de funcionamiento administrativos y entre el 65,32% y 74,62% para los gastos generales. La relación promedio entre estos gastos en el período de estudio es 30,36% y 69,64% respectivamente. La tendencia de los últimos 3 años incluida la proyección de la vigencia 2017 es hacia el descenso de los gastos administrativos y el correspondiente incremento de los gastos generales. Para el presente año se ha tomado algunas medidas que permitan continuar con esta tendencia tales como:

1. Revisión de todos los procesos administrativos y asistenciales, de tal forma, que se han dado avances en los siguientes aspectos:

- 1.1. Caracterización y documentación del 85% de los procesos administrativos.
 - 1.2. Adopción de la gestión documental y archivo de conformidad con las normas, que involucra tanto el componente asistencial de Historias clínicas como los procesos administrativos.
 - 1.3. Mejoramos el uso del software, sistematizando el componente contable y ajustándolo a la Normas Internacionales de Información Financieras NIIF.
 - 1.4. Implementación de la estructura de costos por centros de producción. Se está en proceso de costeo de las actividades, los procedimientos e intervenciones.
 - 1.5. A nivel asistencial se realizó evaluación de la productividad de los centros de salud con camas donde funcionan las urgencias, de acuerdo a las capacidades instaladas se ajustaron horarios permitiendo esto disminuir el número de horas de personal de médico, enfermera y laboratorio clínico. También se reubicaron líderes y coordinadores de procesos para que asumen el rol de Coordinadores de IPS tanto a nivel urbano, como rural y de las islas. Se han estructurado dos grupos extramurales, del mismo personal asistencial, para aumentar cobertura y mejorar penetrabilidad de la oferta asistencial.
- 2. Reducción en el costo de vinculación de personal por OPS para la presente vigencia, pasando de un monto en el año 2016 de \$2.747 Millones a 1.500 Millones de pesos.**
- 2.1. Se realizó la evaluación de los procesos administrativos y asistenciales, revalorando las necesidades del recurso humano tercerizado por dependencias, considerando su reubicación para optimizar desempeño. Con estos análisis se tiene definida una reducción de personal asistencial y administrativo, de tal forma que se disponga solo del recurso humano que garantice la continuidad de los procesos.
 - 2.2. Reducción de los gastos generales; en el año 2016, se ejecutó por concepto de gastos Generales un monto de 24.449 Millones de pesos. Este año, con la implementación de medidas de control para el uso insumos generales, papelería, servicios públicos, impresos, vigilancia, etc., se tiene proyectado ejecutar un monto total de 23.325 Millones, o sea 1.124 Millones pesos menos para la presente Vigencia.
- 3. En este eje la empresa viene trabajando en la depuración de los pasivos con terceros y de aquellos potenciales que pueden generar procesos judiciales en contra.**

4. Revisión de proceso de facturación, con relación a este proceso se han venido realizando talleres de re inducción del personal, para mejorar el % de facturación por eventos y hacia el régimen contributivo.

5. Efectividad en el cobro, en este aspecto la empresa está trabajando la depuración de la cartera, lo que ha permitido hacer el pre liquidación interna de todos los contratos con las EAPB. De igual forma, se ha iniciado el proceso de negociación para liquidar con las diferentes EPS. Se tienen definidas liquidaciones con Comparta (2015 y 2016) y Mutual SER (2013 hasta 2015). Por recuperación de cartera de vigencias anteriores, en los primeros 5 meses, se han recaudado \$ 4.500 Millones, contra \$3.351 millones de la vigencia 2016.

5.1. Gestión de cobro. También se pudo hacer la reactivación de un convenio de acuerdo de pago con EMDIS SALUD por un monto de \$ 4.063 Millones que garantiza un ingreso mensual de \$203 Millones por 20 meses.

Actualmente la institución no cuenta con un sistema de costos hospitalarios, que calcule los costos y gastos operativos directos e indirectos de cada centro de costo, sin embargo se registra la producción y la facturación por centro de costo y se calcula el margen de operación de cada centro de costo. Se promedia costo estándar, por medio de cual se estandarizan los tiempos y suministros de cada procedimiento que se realiza en el hospital con el fin de calcular el costo de cada servicio o producto. Por último, , genera información mensual a través de los reportes de cada jefe de área para consolidar los reportes que reflejan el comportamiento de los costos de mano de obra, costos de suministros y gastos generales, dándonos una totalidad de centros de costo que tiene la institución dentro de su estructura, como también reportes de producción, facturación y el margen de operación de los servicios operativos, además se realiza el reportes de los suministros asignados a cada procedimiento o servicio, gastos generales distribuidos por cada procedimiento, manteniéndose su porcentaje para cada año.

1.1.4.2 Análisis de los costos promedio por servicio - producto – servicios (CUADRO 13)

Los valores que se analizan fueron los generados desde la matriz aplicativo dado por el MHCP, versión 5. Se pueden concluir los siguientes aspectos: El centro de costo servicio producto más costoso para la Empresa son los servicios de Urgencias - Consulta y procedimientos que representan 29;15% de total, seguida de los Servicios ambulatorios - Actividades de promoción y prevención con el 14,23%, los servicios de Apoyo diagnóstico - Laboratorio Clínico ocupan el tercer lugar en costos con el 12,26%. La consulta externa ocupa el cuarto lugar con un 11,88%, los servicios ambulatorios Actividades de salud oral el 11,54%. El Apoyo terapéutico -Farmacia e insumos hospitalarios representan el 5,08%, mientras que los Servicios conexos a la salud – Servicios de ambulancias el 4,74%. Con algo más del 3,4% están los servicios

de Urgencias –Observación y Apoyo diagnóstico – Imagenología. Del análisis de estos valores es importante concluir que los servicios de atención de urgencias en general, sin incluir farmacia (medicamentos 5% y transporte de pacientes 4,74%) generan el 33% de todo el gasto de la entidad, siendo un servicio que no es resolutivo. De igual forma, los servicios de apoyo diagnósticos suman otro 15%. La Hospitalización - Estancia general representa otro 3,42%. Los servicios ambulatorios Otras actividades extramurales no se reflejan como un centro de costo. De tal forma que la estructura actual de los centros de costos de la empresa refleja más una gestión hacia lo asistencial de urgencias y hospitalaria que hacia la gestión de P y P y gestión del riesgo.

Tabla N°259

Relación porcentual de los centros de costos globales año, en la ESE hospital Local Cartagena de Indias, año 2017.

CENTRO DE COSTO	MONTO AÑO	%
Urgencias - Consulta y procedimientos	11.924.199.884	29,15
Urgencias –Observación	1.555.083.088	3,80
Servicios ambulatorios - Consulta externa y procedimientos	4.862.337.073	11,88
Servicios ambulatorios - Actividades de promoción y prevención	5.821.325.772	14,23
Servicios ambulatorios - Actividades de salud oral	4.721.082.847	11,54
Servicios ambulatorios - Otras actividades extramurales		-
Hospitalización - Estancia general	1.593.027.516	3,89
Apoyo diagnóstico - Imagenología	1.401.181.420	3,42
Apoyo diagnóstico - Laboratorio Clínico	5.016.531.987	12,26
Apoyo terapéutico -Farmacia e insumos hospitalarios	2.077.082.276	5,08
Servicios conexos a la salud – Servicios de ambulancias	1.939.777.260	4,74
TOTAL GASTOS AÑO	40.911.629.123	100,00

Fuente: Aplicativo PSFF cuadro 13.

1.1.4.3 Análisis de ingresos por venta de servicios (CUADRO 14)

La venta de servicios de salud representa el 87 % de los ingresos según la ejecución de ingresos de 2011 al 2017 por lo que se debe analizar detalladamente la contratación que se ha llevado a cabo por este concepto en vigencias anteriores y la contratación vigente, identificando el servicio de la ESE Hospital Cartagena de Indias.

Del equilibrio entre ingresos versus costos y gastos de estos servicios prestados depende la viabilidad y la posibilidad de que la ESE Cartagena de Indias sea una institución auto sostenible, viable financieramente de manera

que garantice la prestación efectiva de los servicios a la comunidad de su influencia.

Tabla No. 260

Contratación vigente.

ENTIDAD	No de Afiliados	VIGENCIA	VR TOTAL	VR MENSUAL	TIPO DE CONTRATO	OBJETO
AMBUQ	10.989	2017	1.643.866.488,00	136.988.874,00	CAPITADO	URGENCIAS, ODONTOLOGIA , LABORATORIO
AMBUQ	16,869	2017	865.379.700,00	72.114.975,00	CAPITADO	URGENCIAS
COMPARTA	21536	2017	5.138.403.456,00	428.200.288,00	CAPITA	SALUD Y PYP
COOSALUD	165427	2017	6.431.801.760,00	535.983.480,00	CAPITA	CONSULTA Y PYP
COOSALUD	92968	2017	10.077.359.328,00	839.779.944,00	CAPITA	ODONTOLOGIA-RADIOLOGIA Y LABORATORIO
COOSALUD	166298	2017	4.551.908.856,00	379.325.738,00	CAPITA	URGENCIA Y TRASLADO ASISTENCIAL BASICO
COMFACOR	7101	2017	353.033.316,00	29.419.443,00	CAPITA	CONSULTA DE MEDICINA GENERAL
COMFACOR	6659	2017	247.714.800,00	20.642.900,00	CAPITA	CONSULTA ODONTOLOGICA
COMFACOR	13010	2017	238.083.000,00	19.840.250,00	CAPITADO	LABORATORIO CLINICO Y TOMA DE MUESTRA
COMFACOR	31889	2017	3.672.464.796,00	306.038.733,00	CAPITA	SALUD Y PYP
COMFAMILIAR	67142	2017	4.766.544.864,00	397.212.072,00	CAPITA	CONSULTA DE URGENCIA, MEDICINA GENERAL Y ODONTOLOGIA
COMFAMILIAR	95596	2017	3.011.274.000,00	250.939.500,00	CAPITA	URGENCIAS , PARTOS , ELECTROCARDIOGRAMAS , TRASLADO
COMFAMILIAR	95596	2017	375.118.704,00	31.259.892,00	CAPITA	PYP
COMFAMILIAR	67142	2017	1.496.192.328,00	124.682.694,00	CAPITA	PYP
NUEVA EPS	12024	2017	2.317.986.720,00	193.165.560,00	CAPITA	SALUD Y PYP
MUTUAL SER	64039	2017	5.899.528.836,00	491.627.403,00	CAPITA	SALA DE PROC MENORES, CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, ODONTOLOGIA, RADIOLOGIA, LABORATORIO
MUTUAL SER	120499	2017	2.689.537.680,00	224.128.140,00	CAPITA	URGENCIA Y TRANSPORTE
MUTUAL SER	120499	2017	6.297.277.740,00	524.773.145,00	CAPITA	PYP
CAJACOPY	6577	2017	1.197.592.776,00	99.799.398,00	CAPITA	SALUD
CAJACOPY	14522	2017	616.197.504,00	51.349.792,00	CAPITA	PYP Y LABORATORIO
PIC			2.074.480.800			
PPNA			1.000.382.640			
CONTRIBUTIVO			123.123.195			

Fuente: Coordinador de Contratación

Para el análisis de los Cuadros 14 (Metodología Ministerio Hacienda) que corresponde al detalle de las actividades vendidas a través de los distintos contratos suscritos por la E.S.E en la venta de los servicios con los diferentes pagadores, se obtuvo información al detalle de la oficina de facturación dado que los reportes oficiales del sistema de información no están, por lo cual se presenta la información agrupada por vinculados, contributivo, subsidiado y otros.

En el cuadros 14 confluyen varios componentes como son número de usuarios atendidos por régimen, valor facturado y valor recaudado por régimen costo de producción de las actividades vendidas a cada pagador.

Los valores facturados y recaudos de cada vigencia son tomados de valor reportado por cartera.

La ESE Hospital Cartagena de Indias tiene contratos de prestación de servicios de salud vigentes, siendo los contratos con las EPS del régimen subsidiado los más representativos con una participación del 82% de la contratación la secretaria departamental de salud representa el 13%, el 4,5% las EPS del régimen contributivo. Por lo que para el análisis de costos se tuvo en cuenta los contratos Coosalud EPS-S, Mutual Ser EPS-S, Comfamiliar y la Nueva Eps Contrato para atención de vinculados, Pic, como los representativos frente al ingreso y algunos adicionales que a pesar de no tener un peso porcentual muy alto se consideran estratégicos a la hora de generar ingresos como son Comfacor y Cajacopi.

1.1.4.3.1 Contratos por Venta de Servicios (CUADRO 14)

1.1.4.3.1.1 Régimen Subsidiado

En el ejercicio de costeo de los contratos de prestación de servicios de régimen subsidiado de los años 2011 al 2017 se refleja claramente como la ESE suscribió contratos de capitación con un claro desequilibrio financiero, teniendo en cuenta que el balance de los costos en que se incurrió para la prestación de servicios supero ampliamente los valores causados por cada uno de los contratos.

La ESE Hospital Local Cartagena de Indias, mantiene ingresos por venta de servicios con sus diferentes EPSS, generando facturación por cada vigencia como se ilustra en los siguientes cuadros, donde podemos ver el comportamiento de la facturación pro cápita año por año y sus respectivas glosas u objeciones realizadas durante la misma vigencia:

Se realiza un análisis bajo la estructura solicitada por contratos suscritos, realizando considerándose vigencia por vigencia. El ejercicio permite observar el crecimiento o decrecimiento de la facturación vs valor estimado por contratación, con su respectiva variación tanto en pesos como porcentual, igualmente el comportamiento de las glosas por cada EPS y en su contexto en forma general con los totales facturados y su incidencia porcentual en la facturación.

Tabla No. 261

Facturación Enero a Diciembre 2017

PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2017						
EPSS	FACTURACION PROYECTADA 2017	VALOR ESTIMADO CONTRATO	GLOSAS 2017	% GLOSA	VARIACION (\$)	% VARIACION
AMBUQ	2,395,205,268.00	2,412,521,993.00	200,304,991.00	8.36%	(17,316,725.00)	-0.72%
CAJACOPI	1,818,342,514.00	1,744,189,586.00	300,234,421.00	16.51%	74,152,928.00	4.08%
COMFACOR	4,240,187,482.00	4,297,089,113.00	0.00	0.00%	(56,901,631.00)	-1.34%
COMFAMILIAR	12,143,508,066.00	9,193,603,570.00	106,797,189.00	0.88%	2,949,904,496.00	24.29%
COMPARTA	4,777,428,400.00	4,893,926,784.00	0.00	0.00%	(116,498,384.00)	-2.44%
COOSALUD	21,048,635,208.00	20,063,098,361.00	1,244,210,050.00	5.91%	985,536,847.00	4.68%
MUTUAL	14,510,524,100.00	14,179,286,976.00	1,480,329,360.00	10.20%	331,237,124.00	2.28%
NUEVA EPS	2,094,019,200.00	2,207,606,400.00	0.00	0.00%	(113,587,200.00)	-5.42%
TOTAL CAPITADO SUBSIDIADO	\$ 63,027,850,238.00	\$ 58,991,322,783.00	\$ 3,331,876,011.00	5.29%	4,036,527,455.00	6.40%

Fuente: Coordinador de Contratación

En el período de 2017 se proyecta la facturación a diciembre tomando como promedio la base de lo facturado real en los seis primeros meses, arrojándonos un incremento de los estimado por contrato del 6.4% representado en \$4.036.527.455.00.

El cuadro 14 esta parametrizado para calcular la población objeto del contrato por el valor de la UPC por usuario, arrojando el valor estimado del contrato a una vigencia de 12 meses.

En relación a las glosas del periodo solo se reflejan las notificadas durante los seis primeros meses del año 2017 que representan un 5.29% del total facturado.

Tabla No. 262

Facturación Enero a Diciembre 2016

EPSS	FACTURACION 2016	VALOR ESTIMADO CONTRATO	GLOSAS 2016	%	VARIACION (\$)	% VARIACION
AMBUQ	3,397,141,433.00	3,848,626,424.00	130,246,383.00	3.83%	(451,484,991.00)	-13%
CAJACOPI	1,322,927,291.00	878,925,603.00	159,730,452.00	12.07%	444,001,688.00	34%
COMFACOR	4,274,330,616.00	4,129,581,144.00	0.00	0.00%	144,749,472.00	3%
COMFAMILIAR	11,819,355,746.00	8,295,297,320.00	589,818,640.00	4.99%	3,524,058,426.00	30%
COMPARTA	4,988,260,600.00	4,869,763,200.00	0.00	0.00%	118,497,400.00	2%
COOSALUD	19,613,003,217.00	20,487,710,407.00	1,664,302,798.00	8.49%	(874,707,190.00)	-4%
MUTUAL	13,494,145,786.00	13,212,835,524.00	2,007,581,551.00	14.88%	281,310,262.00	2%
NUEVA EPS	2,300,932,800.00	2,444,266,800.00	0.00	0.00%	(143,334,000.00)	-6%
DADIS	1,074,363,151.00	1,074,360,000.00	122,675,186.00	11.42%	3,151.00	0%
TOTAL CAPITADO SUBSIDIADO	\$ 62,284,460,640.00	\$ 59,241,366,422.00	\$ 4,674,355,010.00	7.50%	3,043,094,218.00	5%

Fuente: Coordinador de Facturación

En el período de 2016 se tiene en cuenta la facturación a diciembre tomando como la base lo facturado real en los 12 meses, arrojándonos un incremento de los estimado por contrato del 5% representado en \$3.043.094.218.00. Las glosas del periodo solo se reflejan las notificadas durante los 12 meses del año 2016 que representan un 7.5% del total facturado.

Realizando un comparativo entre 2017 vs 2016 encontramos que se presentó una variación 2.11% en relación al año 2016.

Tabla No.263

Facturación Enero a Diciembre 2015

EPSS	FACTURACION 2015	VALOR ESTIMADO CONTRATO	GLOSAS 2015	%	VARIACION (\$)	% VARIACION
AMBUQ	2,990,205,783.00	3,027,943,266.00	0.00	0%	(37,737,483.00)	-1.26%
CAJACOPI	1,497,663,445.00	641,067,520.00	113,503,514.00	8%	856,595,925.00	57.20%
COMFACOR	3,920,028,764.00	4,180,417,137.00	156,503,580.00	4%	(260,388,373.00)	-6.64%
CAPRECOM	3,973,273,313.00	5,017,514,400.00	0.00	0%	(1,044,241,087.00)	-26.28%
COMFAMILIAR	12,192,334,025.00	11,964,909,824.00	145,361,597.00	1%	227,424,201.00	1.87%
COMPARTA	4,793,705,924.00	4,953,648,000.00	0.00	0%	(159,942,076.00)	-3.34%
COOSALUD	17,387,670,319.00	16,855,504,334.00	2,691,322,664.00	15%	532,165,985.00	3.06%
MUTUAL	11,880,223,873.00	10,465,245,684.00	416,157,738.00	4%	1,414,978,189.00	11.91%
DADIS	2,026,943,003.00	1,037,654,640.00	235,250,000.00	12%	989,288,363.00	48.81%
TOTAL CAPITADO SUBSIDIADO	\$ 60,662,048,449.00	\$ 58,143,904,805.00	\$,758,099,093.00	6%	2,518,143,644.00	4.15%

Fuente: Coordinador de Contratación

En el período de 2015 se tiene en cuenta la facturación a diciembre tomando como la base lo facturado real en los 12 meses, arrojándonos un incremento de los estimado por contrato del 4.15% representado en \$2.518.143.644oo.

En relación a las glosas del periodo solo se reflejan las notificadas durante los 12 meses del año 2015 que representan un 6% del total facturado.

Realizando un comparativo entre 2016 vs 2015 encontramos que se presentó una variación 1.68% en relación al año 2015.

Tabla No. 264

Facturación Enero a Diciembre 2014

EPSS	FACTURACION 2014	VALOR ESTIMADO CONTRATO	GLOSAS 2014	%	VARIACION (\$)	% VARIACION
AMBUQ	2,800,963,520.00	3,242,339,675.00	0.00	0%	(441,376,155.00)	-15.8%
CAJACOPI	525,340,180.00	372,189,000.00	39,605,982.00	8%	153,151,180.00	29.2%
CAPRECOM	4,340,718,954.00	5,017,350,786.00	0.00	0%	(676,631,832.00)	-15.6%
COMFACOR	3,967,399,670.00	4,315,905,533.00	324,861,426.00	8%	(348,505,863.00)	-8.8%
COMFAMILIAR	12,830,565,897.00	12,872,769,170.00	165,453,505.00	1%	(42,203,273.00)	-0.3%
COMPARTA	4,388,082,689.00	4,852,013,299.00	321,419,399.00	7%	(463,930,610.00)	-10.6%
COOSALUD	14,854,768,422.00	16,429,379,194.00	44,135,872.00	0%	(1,574,610,772.00)	-10.6%
MUTUAL	9,167,796,905.00	9,673,390,625.00	37,075,809.00	0%	(505,593,720.00)	-5.5%
DADIS	3,185,000,000.00	3,184,272,000.00	67,488,900.00	2%	728,000.00	0.0%
TOTAL CAPITADO SUBSIDIADO	\$ 56,060,636,237.00	\$ 59,959,609,282.00	\$1,000,040,893.00	2%	(3,898,973,045.00)	-7.0%

Fuente: Coordinador de Contratación

En el período de 2014 se tiene en cuenta la facturación a diciembre tomando como la base lo facturado real en los 12 meses, arrojándonos un decrecimiento de los estimado por contrato del-7% representado en (\$3.898.973.045oo).

En relación a las glosas del periodo solo se reflejan las notificadas durante los 12 meses del año 2014 que representan un 2% del total facturado. Realizando un comparativo entre 2015 vs 2014 encontramos que se presentó una variación 7.59% en relación al año 2014.

Tabla No. 265

Facturación de Enero a Diciembre 2013

EPSS	FACTURACION 2013	VALOR ESTIMADO CONTRATO	GLOSAS 2013	%	VARIACION (\$)	% VARIACION
AMBUQ	2,448,551,451.00	1,877,671,037.00	0.00	0%	570,880,414.00	23.32%
CAJACOPI	194,782,380.00	10,878,360.00	0.00	0%	183,904,020.00	94.42%
CAPRECOM	3,904,167,424.00	3,138,893,328.00	0.00	0%	765,274,096.00	19.60%
COMFACOR	3,655,508,501.00	3,878,712,812.00	205,072,734.00	6%	(223,204,311.00)	-6.11%
COMFAMILIAR	11,842,095,919.00	10,289,363,146.00	1,085,350,131.00	9%	1,552,732,773.00	13.11%
COMPARTA	3,777,412,776.00	3,581,299,056.00	14,348,481.00	0%	196,113,720.00	5.19%
COOSALUD	12,952,274,083.00	12,555,702,307.00	581,577,950.00	4%	396,571,776.00	3.06%
MUTUAL	7,690,415,107.00	7,598,150,284.00	50,493,888.00	1%	92,264,823.00	1.20%
SOLSALUD	1,902,417,774.00	2,269,344,000.00	382,850,974.00	20	(366,926,226.00)	-19.29%
DADIS	4,592,832,350.00	3,150,090.00	0.00	0%	4,589,682,260.00	99.93%
TOTAL CAPITADO SUBSIDIADO	\$ 52,960,457,765.00	\$ 45,203,164,420.00	\$ 2,319,694,158.00	4%	7,757,293,345.00	14.65%

Fuente: Coordinador de Contratación

En el periodo de 2013 se tiene en cuenta la facturación a diciembre tomando como la base lo facturado real en los 12 meses, arrojándonos un crecimiento de los estimado por contrato del 14.65% representado en \$7.757.293.345oo.

En relación a las glosas del periodo solo se reflejan las notificadas durante los 12 meses del año 2013 que representan un 4% del total facturado.

Realizando un comparativo entre 2014 vs 2013 encontramos que se presentó una variación 8.92% en relación al año 2014.

Tabla No. 266

Facturación de Enero a Diciembre 2012

EPSS	FACTURACION 2012	VALOR ESTIMADO CONTRATO	GLOSAS 2012	%	VARIACION (\$)	% VARIACION
AMBUQ	805,776,305.00	298,076,407.00	11,574,301.00	1%	507,699,898.00	63%
CAPRECOM	4,137,348,741.00	3,154,179,118.00	0.00	0%	983,169,623.00	24%
COMFACOR	1,209,172,587.00	1,108,408,204.00	37,100,262.00	3%	100,764,383.00	8%
COMFAMILIAR	12,935,933,289.00	12,544,865,763.00	896,713,907.00	7%	391,067,526.00	3%
COMPARTA	3,157,860,530.00	2,864,460,960.00	0.00	0%	293,399,570.00	9%
COOSALUD	13,154,390,106.00	12,821,195,350.00	0.00	0%	333,194,756.00	3%
EMDI SALUD	3,145,720,197.00	2,451,231,867.00	90,430,186.00	3%	694,488,330.00	22%
MUTUAL	5,800,208,664.00	4,387,073,882.00	0.00	0%	1,413,134,782.00	24%
SOLSALUD	3,128,583,704.00	2,230,197,600.00	0.00	0%	898,386,104.00	29%
DADIS	6,770,606,538.00	2,635,966,200.00	0.00	0%	4,134,640,338.00	61%
TOTAL CAPITADO SUBSIDIADO	\$ 54,245,600,661.00	\$ 44,495,655,351.00	\$ 1,035,818,656.00	2%	9,749,945,310.00	18%

En el período de 2012 se tiene en cuenta la facturación a diciembre tomando como la base lo facturado real en los 12 meses, arrojándonos un crecimiento de los estimado por contrato del 18% representado en \$9.749.945.310.00.

En relación a las glosas del periodo solo se reflejan las notificadas durante los 12 meses del año 2012 que representan un 2% del total facturado.

Realizando un comparativo entre 2013 vs 2012 encontramos que se presentó una variación 6.5% en relación al año 2012.

1.1.4.3.2 Comportamiento de la facturación capitada

En el comportamiento de la facturación se observa un crecimiento gradual debido principalmente a las negociaciones realizadas con las diferentes EPS.

Al evaluar la facturación en capitación en las vigencias desde el 2017 al 2011, se observa un comportamiento de crecimiento relativamente bajo en el 2015 y 2016, debido a que las EPSS dificultan en las negociaciones de inicio de año el incremento establecido de reajuste de la UPC para la nueva vigencia, con ofertas que oscilan en un 2% y 3%.

Tabla No. 267

Variación Facturación 2017-2016

EPSS	FACTURACION PROYECTADA 2017	FACTURACION 2016	VARIACION (\$) 2017-2016	% VARIACION 2017-2016
AMBUQ	2,395,205,268.00	3,397,141,433.00	(1,001,936,165.00)	-41.83%
CAJACOPI	1,818,342,514.00	878,925,603.00	939,416,911.00	51.66%
COMFACOR	4,240,187,482.00	4,129,581,144.00	110,606,338.00	2.61%
COMFAMILIAR	12,143,508,066.00	11,819,355,746.00	324,152,320.00	2.67%
COMPARTA	4,777,428,400.00	4,988,260,600.00	(210,832,200.00)	-4.41%
COOSALUD	21,048,635,208.00	19,613,003,217.00	1,435,631,991.00	6.82%
MUTUAL	14,510,524,100.00	13,494,145,786.00	1,016,378,314.00	7.00%
NUEVA EPS	2,094,019,200.00	2,300,932,800.00	(206,913,600.00)	-9.88%
CAPRECOM	0.00	0.00	-	0.00%
DADIS	0.00	1,074,363,151.00	(1,074,363,151.00)	0.00%
TOTAL CAPITADO SUBSIDIADO	\$ 63,027,850,238.00	\$ 61,695,709,480.00	1,332,140,758.00	2.11%

Fuente: Coordinador de Facturación

Tabla No. 268

Variación Facturación 2016-2015

EPSS	FACTURACION 2015	VARIACION (\$) 2016-2015	%VARIACION 2016-2015	FACTURACION 2014	VARIACION (\$) 2015-2014	% VARIACION 2015-2014
AMBUQ	2,990,205,783.00	406,935,650.00	11.98%	2,800,963,520.00	189,242,263.00	6.33%
CAJACOPI	1,497,663,445.00	(618,737,842.00)	-70.40%	525,340,180.00	972,323,265.00	64.92%
COMFACOR	3,920,028,764.00	209,552,380.00	5.07%	3,967,399,670.00	(47,370,906.00)	-1.21%
COMFAMILIAR	12,192,334,025.00	(372,978,279.00)	-3.16%	12,830,565,897.00	(638,231,872.00)	-5.23%
COMPARTA	4,793,705,924.00	194,554,676.00	3.90%	4,388,082,689.00	405,623,235.00	8.46%

COOSALUD	17,387,670,319.00	2,225,332,898.00	11.35%	14,854,768,422.00	2,532,901,897.00	14.57%
MUTUAL	11,880,223,873.00	1,613,921,913.00	11.96%	9,167,796,905.00	2,712,426,968.00	22.83%
NUEVA EPS		2,300,932,800.00	100.00%		-	0.00%
CAPRECOM	3,973,273,313.00	(3,973,273,313.00)	0.00%	4,340,718,954.00	(367,445,641.00)	-9.25%
DADIS	2,026,943,003.00	(952,579,852.00)	-88.66%	3,185,000,000.00	(1,158,056,997.00)	-57.13%
TOTAL CAPITADO SUBSIDIADO	60,662,048,449.00	1,033,661,031.00	1.68%	56,060,636,237.00	4,601,412,212.00	7.59%

Fuente: Coordinador de Contratación

Tabla No. 269
Variación Facturación 2014-2013

EPSS	FACTURACION 2013	VARIACION (\$) 2014-2013	VARIACION 2014-2013	FACTURACION 2012	VARIACION (\$) 2013-2012	%VARIACION 2013-2012
AMBUQ	2,448,551,451.00	352,412,069.00	12.58%	805,776,305.00	1,642,775,146.00	67.09%
CAJACOPI	194,782,380.00	330,557,800.00	62.92%	0	194,782,380.00	100.00%
COMFACOR	3,655,508,501.00	311,891,169.00	7.86%	1,209,172,587.00	2,446,335,914.00	66.92%
COMFAMILIAR	11,842,095,919.00	988,469,978.00	7.70%	12,935,933,289.00	(1,093,837,370.00)	-9.24%
COMPARTA	3,777,412,776.00	610,669,913.00	13.92%	3,157,860,530.00	619,552,246.00	16.40%
COOSALUD	12,952,274,083.00	1,902,494,339.00	12.81%	13,154,390,106.00	(202,116,023.00)	-1.56%
MUTUAL	7,690,415,107.00	1,477,381,798.00	16.11%	5,800,208,664.00	1,890,206,443.00	24.58%
NUEVA EPS		-	0.00%	0	-	0.00%
CAPRECOM	3,904,167,424.00	436,551,530.00	10.06%	4,137,348,741.00	(233,181,317.00)	-5.97%
DADIS	4,592,832,350.00	(1,407,832,350.00)	-44.20%	6,770,606,538.00	(2,177,774,188.00)	-47.42%
TOTAL CAPITADO SUBSIDIADO	51,058,039,991.00	5,002,596,246.00	8.92%	47,971,296,760.00	3,086,743,231.00	6.05%

Fuente: Coordinador de Contratación

El ejercicio de costeo por venta de servicios permite visualizar la utilidad o déficit que se da en la ejecución de los contratos de prestación de servicios firmados por la ESE Hospital Cartagena de Indias con las EPS. Refleja el valor estimado de cada servicio y lo multiplica por el número de servicios prestados, al verificar el total de los servicios prestados, sumando todos los contratos no coincide totalmente con el cuadro de producción teniendo en cuenta que no se realizaron algunos contratos contributivos. Los resultados finales analizados se depuraron con la información de las ejecuciones presupuestales definitivas y permitió visualizar que la empresa ha realizado contratación de sus servicios en contratos a pérdida, con excepción del año 2016.

Tabla N°270
Análisis comparativo del comportamiento del valor pagado por las EABP y el valor total de Uso de la contratación de la ESE H.L. C. de Indias, años 2011 - 2016

AÑO	valor causado /facturado	valor pagado	valor rezago	valor total de uso	Comparación del valor anual con el valor total de uso
2011	83.819.618.994	35.804.534.021		39.468.688.820	-3.664.154.799

2012	50.528.294.862	37.547.069.272	12.981.225.590	49.493.140.041	-11.946.070.769
2013	49.159.051.933	46.585.967.023	2.573.084.910	50.090.248.811	-3.504.281.788
2014	63.019.001.035	46.832.790.628	6.003.098	143.910.306.781	-97.077.516.153
2015	62.848.675.834	54.272.505.189	8.576.170.645	118.582.088.902	-64.309.583.713
2016	66.004.233.927	59.210.183.508	6.794.050.419	53.996.597.623	5.213.585.885

Fuentes: Ejecuciones presupuestales años 2011- 2016 – aplicativo PSFF

1.1.4.3.3 Contratación Entidades Territoriales

Anualmente el Distrito de Cartagena debe ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas PIC, el cual generalmente debe ser ejecutado porcentualmente entre el 60 a 70% con la ESEs publicas residentes en el Distrito. La contratación por P y P del DADIS con la ESE Cartagena de Indias en los años 2016 y 2017 se detalla a continuación.

Tabla N° 271

Contratación entidades territoriales

Nº CONTRATO	OBJETO	VALOR	GASTOS OPERACIONALES	REMANENTE
011 Mayo 08/2017	Ejecutar las actividades del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas con enfoque en la atención primaria en salud para el desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacitaciones de las personas, las familias y las comunidades en la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos asociados con el proceso de salud.	\$ 2.074.481.497	\$ 2.012.247.052	\$ 62.234.445
017 Octubre 06/2016	Ejecutar las actividades del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas con enfoque en la atención primaria en salud para el desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacitaciones de las personas, las familias y las comunidades en la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos asociados con el proceso de salud.	\$ 1.637.916.163	\$ 1.577.916.163	\$ 60.000.000

Fuente: Subgerencia Científica de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias.

Como puede observarse, estos contratos tiene un costo operacional de casi el 97% de su valor original, los recursos que se generan como remanente para la ESE se cargan a los costos operacionales de la misma y que financian los procesos administrativos de supervisión y gestión documental que ellos requieren. La rentabilidad de los mismos está ligada al componente social que a través de ellos se ejecuta y que permiten construir cultura para el autocuidado y los estilos de vida saludable.

1.1.4.3.4 Ingresos No Generados por la venta de servicios. Cuadro N° 15.

Para la empresa estos ingresos no son significativos constituyéndose anualmente en menos del ,5%. Son generados por rendimientos financieros y por otros ingresos como los convenios docentes asistenciales.

1.1.4.3.5 Pasivos (CUADROS 16 y 17)

Las Cuentas por Pagar con corte 30 de Junio de 2017 presentan un valor por \$17.251.499.047, 00; los cuales presentan la siguiente composición dentro de la estructura del Balance General de la Empresa así:

Tabla No. 272

Distribución del Pasivo de la ESE HLCl. Pasivos Corrientes, año 2017

Cifras en pesos	30/06/2017
CUENTAS POR PAGAR	\$ 14,667,342,142.00
Bienes y Servicios	2,539,745,485.00
Recursos a Favor de Terceros	408,100,985.00
Descuentos de Nomina	63,374,623.00
Retención en la Fuente Impuestos de Timbre	323,093,763.00
Créditos Judiciales	79,693,583.00
Otras Cuentas por Pagar	11,253,333,703.00
BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS:	\$ 2,056,627,053.00
Beneficios a los Empleados a Corto Plazo	2,055,084,533.00
Beneficios por Terminación del Vínculo Laboral	1,542,520.00
PROVISIONES:	\$ 527,529,850.00
Litigios y Demandas	383,093,815.00
Provisiones Diversas	144,436,035.00
TOTAL	\$ 17,251,499,045.00

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

La composición del pasivo de la empresa es clasificada en su totalidad como corriente, de estos El 76,6% o sea \$13.214.093,623 pesos corresponden a proveedores de bienes y servicios, sin incluir servicios personales indirectos. Otro 12,78% es generado por acreencias laborales y servicios personales indirectos.

Tabla No.273

Clasificación del Pasivo por tipos de acreencias de acuerdo al Ministerio de Hacienda, ESE H.L.C.I., año 2017

TIPO DE ACREENCIAS	Total	%
Acreencias Laborales + Servicios Personales Indirecto	2.203.896.460	12,78
Proveedores bienes y servicios (No incluye Servicios Personales Indirectos)	13.214.093.623	76,60
Demás acreedores externos	1.305.979.089	7,57
Provisiones y otros pasivos	527.529.872	3,06
TOTAL	17.251.499.045	100,00

Fuente: Coordinación de Cartera

Tabla No. 274

**Relación de la edad de las Acreencia Laboral en la ESE Hospital Local
Cartagena de Indias, año 2017**

TIPO DE ACREENCIAS	Sin Vencimiento	De 31-90	De 91-180	De 181-360	Más de 360	Total
Acreencias Laborales + Servicios Personales Indirectos	\$61,602,324.85	\$139,358,857.76	\$227,939,822.92	-\$3,227,936.10	\$1,678,223,390.63	\$2,203,896,460.06

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

El valor total del rubro Acreencia Laborales, tal como lo presenta la tabla anterior es por valor de \$2.203.896.460; en donde las Cuentas por Pagar de 181 a más de 360 días, representan un porcentaje sobre el total de la obligación del 76%, por valor de \$ 1.681.451.326,73 La cuantía más representativa del porcentaje anterior, lo compone las cesantías acumuladas del personal de la institución que está bajo el régimen de retroactividad de cesantías por valor de \$1.320.637.851, oo.

Tabla No. 275.

**Relación de la edad de pasivos con proveedores de bienes y servicios
en la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, año 2017**

TIPO DE ACREENCIAS DE	Sin Vencimiento	De 31-90	De 91-180	De 181-360	Más de 360	Total
Proveedores bienes y servicios (No incluye Servicios Personales Indirectos)	\$7,868,123,388.05	\$1,187,055,012.97	\$2,263,623,885.24	\$1,086,174,255.27	\$809,117,081.74	\$13,214,093,623.27

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

El valor total del rubro Proveedores de Bienes y Servicios, tal como lo presenta la tabla anterior es por valor de \$13.214.093.623,27; en donde las Cuentas por Pagar de 181 a más de 360 días, representan un porcentaje sobre el total de la obligación del 14%, por valor de \$1.825.291.337,01; La cuantía más representativa del porcentaje anterior, lo compone la empresa de servicios temporales Coltempora por valor de \$269.763.320,oo, quien también presenta de 91 a 180 días la suma de 1.852.614.319, Red de urgencia de la Costa con \$225.235.749,oo E& E Publi - Visual SAS con \$299.658.854,oo ; entre otras.

Tabla No. 276

Demás acreedores externos

TIPO DE ACREENCIAS	Sin Vencimiento	De 31-90	De 91-180	De 181-360	Más de 360	Total
Demás acreedores externos	\$526,003,348.82	\$136,273,901.18	\$88,626,191.96	\$78,733,584.55	\$476,342,062.94	\$1,305,979,089.45

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

El valor total del rubro Demás Acreedores Externos, tal como lo presenta la tabla anterior es por valor de \$1.305.979.089; 45 en donde las Cuentas por Pagar de 181 a más de 360 días, representan un porcentaje sobre el total de la obligación del 43%, por valor de \$555.075.647; 49; los cuales corresponden

consignaciones pendientes por identificar por valor de \$359.660.597,38, requiere saneamiento entre otras.

Tabla No. 277

Provisiones y Otros Pasivos

TIPO DE ACRENCIAS	Sin Vencimiento	De 31-90	De 91-180	De 181-360	Más de 360	Total
Provisiones y otros pasivos	\$ -	\$ -	\$ -	\$281,307,068.00	\$243.222.804,00	\$527,529,875.00

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

El valor total del rubro Provisiones y Otros Pasivos, tal como lo presenta la tabla anterior es por valor de \$527.529.875, 00; en donde las Cuentas por Pagar de 181 a más de 360 días, representan un porcentaje sobre el total de la obligación del 100%, por valor de \$527.529.875, 00; estos corresponden en su mayoría a demandas administrativa reportada por el área jurídica que suman \$383.093.815;00

1.1.4.3.6 Entidades públicas y de seguridad social

El valor total del rubro

Entidades Públicas y de Seguridad Social, tal como lo presenta la tabla anterior es por valor de \$-11.984.001.657, 00; en donde las Cuentas por Pagar de 181 a más de 360 días, representan un porcentaje sobre el total de la obligación del 12%, por valor de \$1.381.451.931,53

Tabla No. 278

Proveedores De Bienes y Servicios

SIN VENCIMIENTO	DE 31-90	DE 91-180	DE 181-360	MAS DE 360	TOTAL
-1,237,797,650.05	- 73,418,903.97	59,613,880.55	-444,668,344.27	- 624,246,708.90	- 2,539,745,487.74

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

El valor total del rubro Proveedores de Bienes y Servicios, tal como lo presenta la tabla anterior es por valor de \$-2.539.745.487, 74; en donde las Cuentas por Pagar de 181 a más de 360 días, representan un porcentaje sobre el total de la obligación del 42%, por valor de \$1.068.915.053,17.

1.1.4.3.7 Cuentas Por Pagar:

El reconocimiento de las Cuentas por Pagar se realiza de acuerdo a las obligaciones adquiridas por la empresa con terceros, las cuales son originadas en el desarrollo de las actividades propias del hospital, motivando la salida de un flujo financiero. Cabe anotar que estas obligaciones la entidad se medirá por el valor de la transacción. Para realizar las bajas en estas cuentas o dejar reconocer una cuenta por pagar cuando se extinga la obligación que la originaron (La cual contiene soporte para su registro contable), esto será

cuando la obligación se haya cancelado, haya expirado o se haya transferido a un tercero.

La entidad presenta cuentas por pagar con vencimiento de 180 a 360 días y más de 360 días, que necesitan ser objeto de saneamiento contable y ser llevadas a comité de sostenibilidad para realizarles un estudio individual para determinar la existencia real de la obligación.

Dentro de los rubros que conforman las cuentas por pagar

- **Bienes y Servicios**

La cuenta Bienes y Servicios, registra los conceptos se incluyen las cuentas que representan las obligaciones adquiridas por la empresa con terceros, originadas en el desarrollo de sus actividades y de las cuales se espera, a futuro, la salida de un flujo financiero fijo o determinable a través de efectivo, equivalentes al efectivo u otro instrumento.

- **Recursos a Favor de Terceros.**

Representa el valor de los recursos recaudados o pendientes de recaudo, que son de propiedad de otras entidades públicas, entidades privadas o personas naturales, siempre que la entidad tenga el derecho de cobro o de retención de dichos recursos.

La subcuenta Recaudos por clasificar se afectará, de manera transitoria, por el valor de los recursos recibidos por la empresa, cuyo destinatario no ha sido identificado y sobre los cuales debe adelantarse la identificación del mismo para garantizar su adecuada clasificación.

- **Descuentos de Nómina**

Representa el valor de las obligaciones de la empresa originadas por los descuentos que realiza en la nómina de sus trabajadores o pensionados, que son propiedad de otras entidades u organizaciones, y que deben ser reintegrados a estas en los plazos y condiciones convenidos.

- **Retención en la Fuente e Impuesto de Timbre**

La entidad presenta un fideicomiso que se encarga de realizar los descuentos pertinentes a las planillas de pagos realizadas a los terceros, en realidad la empresa no tiene esta obligación, ya que ese dinero se encuentran consignados en una cuenta especial para el pago a los entes recaudadores.

- **Créditos Judiciales**

El valor que presenta esta cuenta corresponde a un embargo realizado por el Empleado Ever Sierra, el cual no ha podido ser bajado de la contabilidad por falta de soporte.

- **Otras Cuentas Por Pagar**

Este rubro está conformado por Cheque pendientes por cobrar, Honorarios y Servicios, que son las cuentas que muestran más incidencia en el pasivo, no tanto por las edades si no por el valor de las facturas del personal administrativo y Asistencial, las cuales oscilan mensualmente en promedio de \$2.500.000.00

- **Beneficios a Empleados**

El valor alto de esta cuenta proviene de las cesantías retroactivas del personal de planta que se encuentra bajo el régimen de cesantías anterior a la ley 50, incluyendo la del nuevo régimen de cesantías y demás prestaciones.

- **Provisiones:**

La Provisiones representan los pasivos a cargo de la empresa que están sujetos a condiciones de incertidumbre en relación con su cuantía y/o vencimiento. La ESE reconoce esta provisión cuando cumple con los siguientes aspectos: Que tenga una obligación presente ya sea legal o implícita, como resultado de un suceso pasado que debe desprenderse recursos que incorporen beneficios económicos para cancelar la obligación y por medio de una estimación fiable del valor de la obligación.

El valor que presenta esta cuenta corresponde a los procesos que cursan en contra de la ESE y que por información suministrada del área de jurídica presenta sentencia.

1.1.4.4 Cartera (CUADROS 18 y 19)

A corte 30 de Junio 2017 el estado de cartera es el siguiente:

Tabla No. 279

Relación porcentual del estado de la Cartera de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, año 2017.

CONCEPTO	MONTO	%
Cartera exigible	\$ 4.457.328.968	14,23
Saldo de liquidación contrato	\$ 365.849.879	1,17
Cartera de modalidad eventos	\$ 369.925.340	1,18
Glosas pendiente por conciliar	\$ 7.286.453.866	23,26
Descuentos por base de datos	\$ 5.786.223.276	18,47
Entidades intervenidas por estado	\$ 5.903.982.789	18,84
Entidad con acuerdo de pago	\$ 3.832.755.868	12,23
Total	\$ 31.331.847.155	100,00

Fuente: Coordinación de Cartera

Tabla N°280

Relación porcentual de la Cartera de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, según régimen del pagador, año 2017.

PAGADOR	MONTO	%
Régimen contributivo	\$ 788.410.436	2,52
Régimen subsidiado	\$ 27.802.095.467	88,73
Ente territorial	\$ 2.473.503.421	7,89
Soat-seguros	\$ 62.778.918	0,20
Secretarias o municipios	\$ 118.245.357	0,38
Otros ventas	\$ 87.813.556	0,28
Gran total	\$ 31.331.847.155	100,00

Fuente: Coordinación de Cartera

Durante el periodo del 2017 se ha radicado de Enero a Junio la suma de \$ 29.032.535.634, y se ha recaudado la suma de \$ 30.774.352.724 de los cuales de la vigencia anterior corresponde la suma de \$ 4.639.086.867.

Es decir que de la vigencia corriente se ha recuperado \$ 26.135.265.857 equivalente (90%).

Durante el periodo del 2017 se ha radicado de Enero a Junio la suma de \$ 29.032.535.634, y se ha recaudado la suma de \$ 30.774.352.724 de los cuales de la vigencia anterior corresponde la suma de \$ 4.639.086.867.

Es decir que de la vigencia corriente se ha recuperado \$ 26.135.265.857 equivalente (90%).

Tabla No. 281

Cartera por edades a corte 30 de Junio de 2017

Subconcepto	Hasta 90 días	De 91-360 Días	Mayor360	Total Cartera	Deterioro de Cartera
CONTRIBUTIVO	182,643,802	458,551,774	147,214,860	788,410,436	23,473,350
SUBSIDIADO	5,378,844,790	5,135,759,637	24,426,640,592	27,802,095,467	14,231,952,426
SOAT-ECAT	11,881,986	24,436,710	25,960,222	62,278,918	-
DEPARTAMENTALES -	18,439,641	40,305,506	59,500,210	118,245,357	-
ENTE TERRITORIAL	444,571,672	486,187,217	1,542,744,532	2,473,503,421	519,242,308
OTROS DEUDORES POR VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	6,850,514	75,449,767	5,013,275	87,313,556	-
TOTAL JUNIO	6,043,232,405	6,220,690,611	26,207,073,691	31,331,847,155	14,774,668,084

Fuente: Coordinación de Cartera

Para efecto de mejorar la gestión de cobro se requiere liquidar los contratos. La dificultad se encuentra al momento de realizar las liquidaciones con las diferentes EPSS, debido a que no se descuenta la diferencia de base de datos así como también las glosas, lo que representa una enorme pérdida para la entidad.

En la cartera por edades la mayor concentración de la cartera está a más de 360 días lo que representa \$ 26.207.073.691 (84%), debido a que se concentra la cartera de EMDI (acuerdo de pago)- CAPRECOM en liquidación

–SOLSALUD en liquidación-HUMANA VIVIR en liquidación y las entidades que están con glosas y base de dato sin liquidar.

Las diferentes EPPS realizan muchos descuentos por glosas (Promoción y Prevención).

Para la aplicación de los pagos no tenemos la información oportuna de las diferentes EPSS en donde indique que facturas están cancelando.

En los giros directos la mayoría de la EPPS en los giros de cápita descuentan las glosas es decir pagan en promedio el 90% de lo radicado en el mes.

Con la implementación de las NIFF se aprovechó para sanear la cartera en \$ 14.774.668.084 lo que en resumen la cartera quedaría en un saldo de \$ 16.557.179.071 la pérdida del resultado de la liquidación de los contratos no afectaría el resultado de la ESE.

1.1.4.5 Análisis contable proceso de período intermedio al 30 de junio de 2017 (CUADROS 20 al 23)

Estructura Financiera Comparativa.

Tabla No. 282

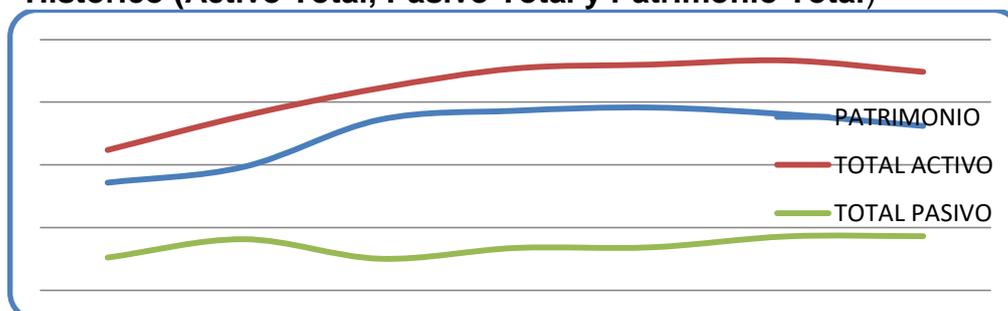
Histórico (Activo Total, Pasivo Total y Patrimonio Total)

Valores	PATRIMONIO	TOTAL ACTIVO	TOTAL PASIVO
Dic 2011	34.314.450.979,00	44.744.094.967	10.429.643.987,00
Dic 2012	39.345.144.528,00	55.621.878.701	16.276.734.174,00
Dic 2013	54.390.907.184,00	64.451.142.419	10.060.235.504,00
Dic 2014	57.261.807.254,00	70.747.108.675	13.485.301.420,00
DIC 2015	58.288.024.011,00	71.986.178.894	13.698.154.885,00
DIC 2016	56.106.757.383,00	73.287.106.298	17.180.348.914,00
JUN 2017	52.417.571.403,00	69.669.070.450	17.251.499.047,00

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Grafica No. 17

Histórico (Activo Total, Pasivo Total y Patrimonio Total)



Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Observamos en la tabla y gráfica, de incremento de los activos y el patrimonio, en los periodos 2013 y 2017 se realizó la incorporación a los activos y el patrimonio, del mayor valor de los inmuebles legalizados y pendientes por legalizar que utiliza la institución como estructura operativa para la prestación

de servicios en sus 43 unidades funcionales, así mismo para el corte de Junio 2017 el cual fue preparado bajo los nuevos marcos normativo contable resolución 414, se disminuyó las cuentas por cobrar por prestación de servicios por el efecto del deterioro estimado en el estado financiero de apertura (ESFA) a Enero 1 2016 y el pasivo se incrementó levemente.

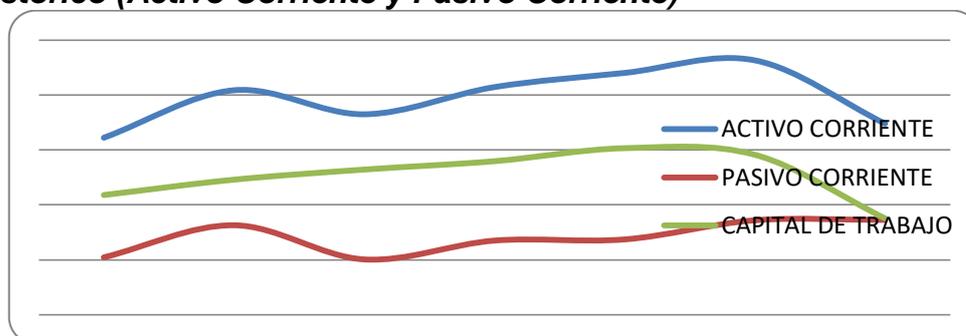
Tabla No. 283

Histórico (Activo Corriente y Pasivo Corriente)

Valores	ACTIVO CORRIENTE	PASIVO CORRIENTE	CAPITAL DE TRABAJO
Dic 2011	32.202.458.924,00	10.429.643.987,00	21.772.814.937,00
Dic 2012	40.849.251.513,00	16.276.734.174,00	24.572.517.339,00
Dic 2013	36.471.384.731,00	10.060.235.504,00	26.411.149.227,00
Dic 2014	41.418.344.649,00	13.485.301.420,00	27.933.043.229,00
DIC 2015	44.001.913.952,00	13.698.154.885,00	30.303.759.067,00
DIC 2016	46.283.624.174,00	17.180.348.914,00	29.103.275.260,00
JUN 2017	34.771.503.803,00	17.251.499.047,00	17.520.004.756,00

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Grafica No.18

Histórico (Activo Corriente y Pasivo Corriente)

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

En el corte de Junio 2017 el cual fue preparado bajo los nuevos marcos normativo contable resolución 414, se disminuyó las cuentas por cobrar por prestación de servicios por el efecto del deterioro estimado en el ESFA a Enero 1 2016 dando un mayor valor del deterioro por \$ 12'338.153.229 y el pasivo se incrementó levemente, se evidencia esto en especial en el activo corriente y en el capital de trabajo, esto teniendo en cuenta que la Contabilidad es bajo el nuevo Marco Normativo Resolución 414

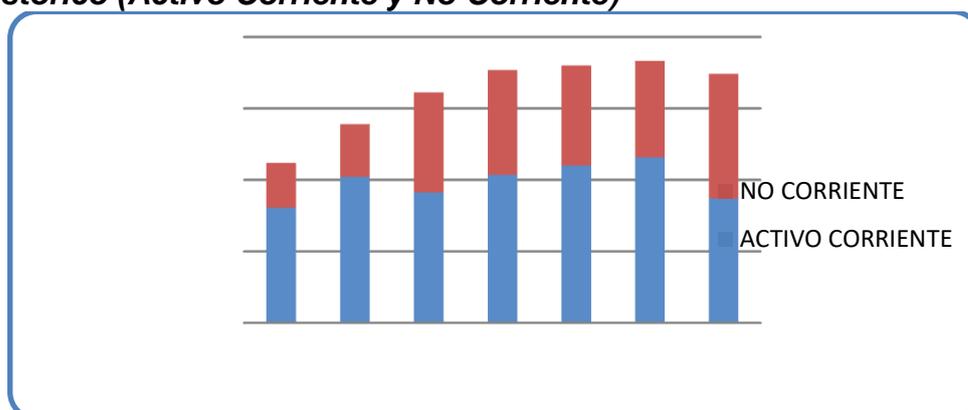
Tabla No. 284

Histórico (Activo Corriente y No Corriente)

Valores	ACTIVO CORRIENTE	NO CORRIENTE	
Dic 2011	32.202.458.924	12.541.636.043	44.744.094.967
Dic 2012	40.849.251.513	14.772.627.188	55.621.878.701
Dic 2013	36.471.384.731	27.979.757.688	64.451.142.419
Dic 2014	41.418.344.649	29.328.764.026	70.747.108.675
DIC 2015	44.001.913.952	27.984.264.942	71.986.178.894
DIC 2016	46.283.624.174	27.003.482.124	73.287.106.298
JUN 2017	34.771.503.803	34.897.566.647	69.669.070.450

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Grafica No.19
Histórico (Activo Corriente y No Corriente)



Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

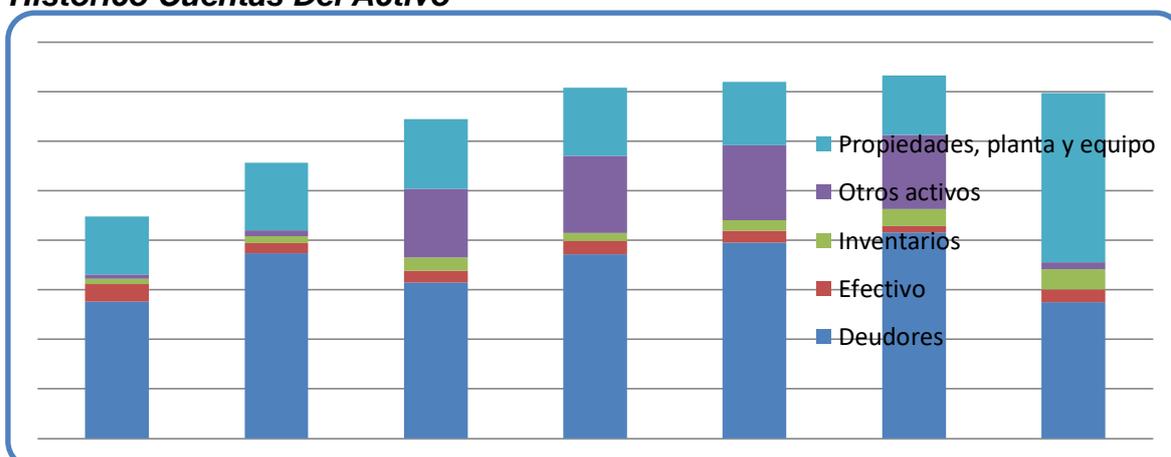
En la composición de los activos desde la clasificación corrientes y no corriente se evidencia el cambio por los componentes de cuentas por cobrar e inmuebles.

Tabla No. 285
Histórico Cuentas Del Activo

Valores	Deudores	Efectivo	Inventarios	Otros activos	Propiedades, planta y equipo	TOTALES
Dic 2011	27.544.824.493	3.586.765.625	1.070.868.806	872.532.387	11.669.103.656	44.744.094.967
Dic 2012	37.394.611.113	1.992.457.753	1.462.182.647	1.172.207.824	13.600.419.364	55.621.878.701
Dic 2013	31.444.893.555	2.409.424.444	2.617.066.732	13.853.454.584	14.126.303.104	64.451.142.419
Dic 2014	37.203.317.533	2.620.414.638	1.594.612.478	15.638.966.547	13.689.797.479	70.747.108.675
DIC 2015	39.532.387.037	2.299.738.340	2.169.788.575	15.140.801.437	12.843.463.505	71.986.178.894
DIC 2016	41.525.894.393	1.270.701.899	3.487.027.882	14.959.108.799	12.044.373.325	73.287.106.298
JUN 2017	27.452.031.753	2.601.335.891	4.113.787.720	1.398.372.918	34.103.542.168	69.669.070.450

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Grafica No.20
Histórico Cuentas Del Activo



Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Podemos encontrar en el caso de los deudores, que en Junio 2017, que refleja el deterioro considerado en razón de la aplicación de la resolución 414 nuevo marco normativo, que los deudores toman el valor aproximado del monto al corte 2011, es decir que los incrementos del 2012 al 2016, parecen tener origen en las situaciones de Deudores no definidas por la falta de liquidación de los contratos con los clientes, por la complejidad de esos procesos y la dificultad de coordinar los procesos previos como conciliación, mesas de trabajo, o clientes en situación de reorganización o liquidación, como el caso de Caprecom, Emdis, entre otros que se detallan en los informes específicos de esas cuentas, en los formatos correspondientes y sus informes anexos.

En otros rubros como inventario y otros activos, también observamos cambio con respecto a Junio 2017, debido a que en la aplicación de Instructivo 002, se clasificaron como inventarios algunos conceptos que antes estaban en diferidos y otros activos, y así mismo las valorizaciones en la cuenta otros activos, pasan a ser parte de la propiedad, planta y equipo.

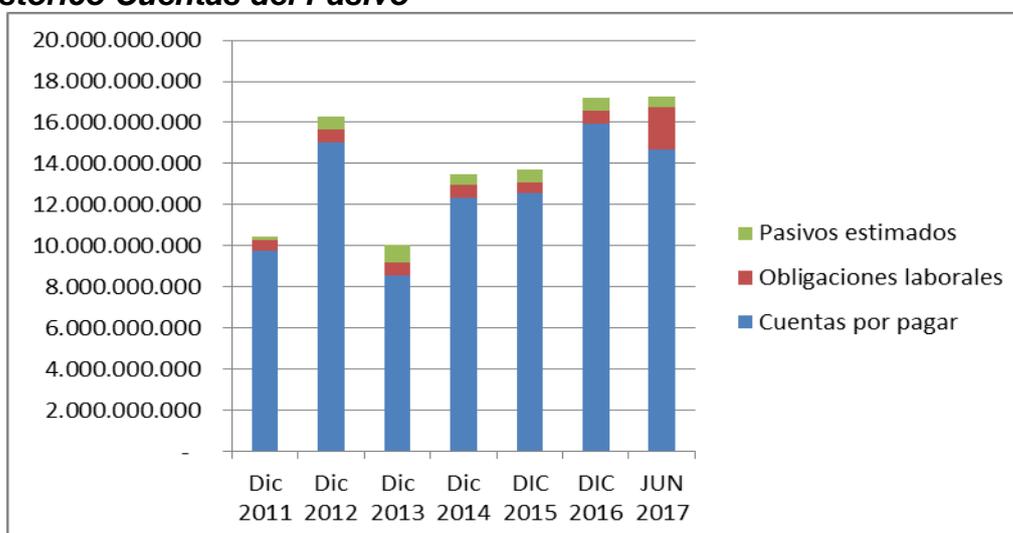
Tabla No. 286

Histórico Cuentas del Pasivo

Valores	Cuentas por pagar	Obligaciones laborales	Pasivos estimados	SUBTOTAL AÑO
Dic 2011	9.733.203.475	530.664.215	165.776.297	10.429.643.987
Dic 2012	15.029.840.410	617.934.706	628.959.058	16.276.734.174
Dic 2013	8.567.942.200	590.361.734	901.931.570	10.060.235.504
Dic 2014	12.358.624.486	606.828.152	519.848.782	13.485.301.420
DIC 2015	12.539.023.405	561.004.698	598.126.782	13.698.154.885
DIC 2016	15.914.818.544	668.521.986	597.008.384	17.180.348.914
JUN 2017	14.702.869.345	2.021.099.852	527.529.850	17.251.499.047

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Grafica No.21

Histórico Cuentas del Pasivo

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

En estos rubros podemos observar que las mayores variaciones se dan en obligaciones laborales con respecto al corte a junio 2017, por la aplicación del nuevo marco normativo, en el cual se reconoció el pasivo laboral correspondiente a las cesantías bajo el régimen anterior de retroactividad de los empleados de planta. Así mismo como las cuentas por pagar que se han incrementado en los periodos analizados.

Tabla No. 287

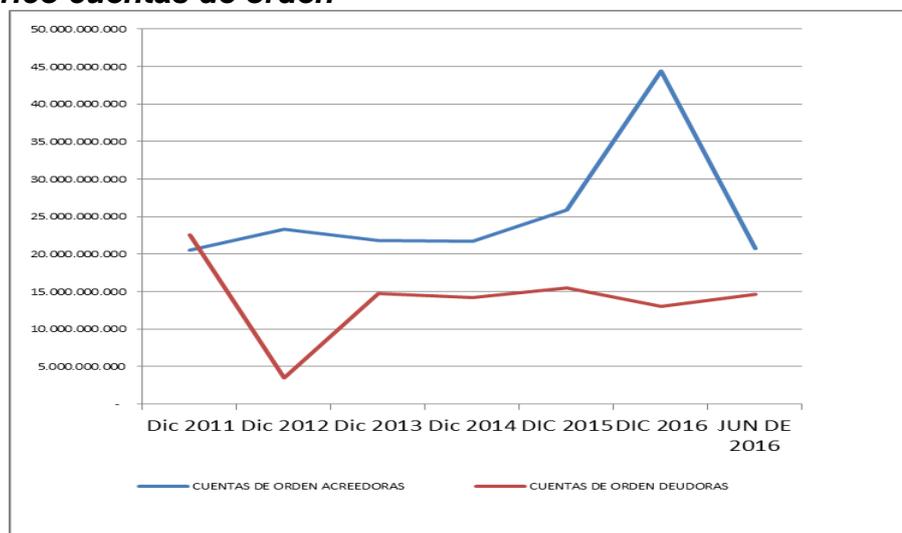
Histórico cuentas de orden

Valores	CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS	CUENTAS DE ORDEN DEUDORAS
Dic 2011	20.575.771.756	22.541.871.344
Dic 2012	23.300.465.633	3.550.741.758
Dic 2013	21.854.424.933	14.767.244.017
Dic 2014	21.696.216.679	14.235.186.286
DIC 2015	25.848.618.376	15.461.183.422
DIC 2016	44.424.271.972	12.995.848.996
JUN DE 2016	20.772.539.511	14.603.232.934

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Grafica No.22

Histórico cuentas de orden



Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Las cuentas de este rubro tienen una tendencia estable, y se actualizan en consideración a los informes presentados por los jurídicos en cada periodo.

Tabla No. 288

Histórico (Ingresos Operacionales, Gastos Operacionales y Excedente (Déficit Operacional))

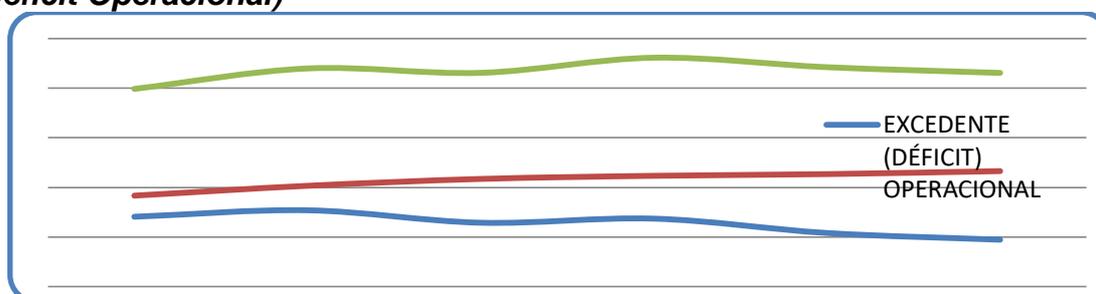
Valores	EXCEDENTE (DÉFICIT) OPERACIONAL	GASTOS OPERACIONALES	INGRESOS OPERACIONALES
DIC 2011	8.171.991.221,49	16.665.442.130,40	59.657.521.738,76
DIC 2012	10.779.343.285,09	20.636.529.916,00	67.893.369.507,87
DIC 2013	5.760.460.162,94	23.394.490.195,31	66.124.281.304,76

DIC 2014	7.410.299.694,87	24.651.075.325,50	72.217.169.839,97
DIC 2015	1.620.306.606,67	25.334.381.110,62	68.394.709.561,52
DIC 2016	-1.089.034.460,00	26.549.147.844,00	66.094.759.406,00

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Grafica No.23

Histórico (Ingresos Operacionales, Gastos Operacionales y Excedente (Déficit Operacional))



Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

En los ingresos operacionales, tenemos el mayor pico en el periodo 2014, con una variación en el 2016 de - 9% aproximadamente con respecto a ese pico.

Con respecto a los gastos operacionales, se refleja una tendencia al incremento en promedio del 10% aproximadamente.

El excedente, presenta una tendencia a la disminución hasta llegar al déficit en el periodo 2016

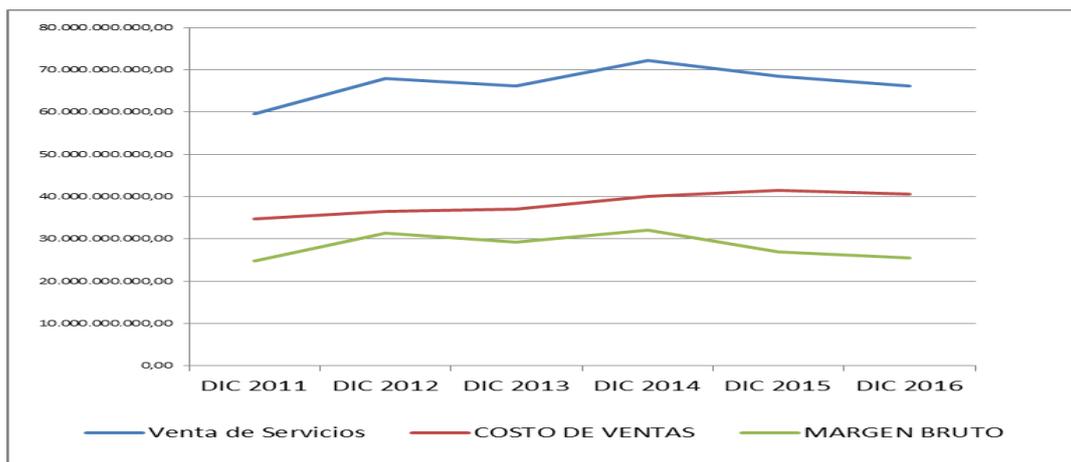
Tabla No. 289

Histórico (Venta de Servicios - Costo de Ventas)

Valores	Venta de Servicios	COSTO DE VENTAS	MARGEN BRUTO	%
DIC 2011	59.657.521.738,76	34.820.088.386,88	24.837.433.351,88	42%
DIC 2012	67.893.369.507,87	36.477.496.306,78	31.415.873.201,09	46%
DIC 2013	66.124.281.304,76	36.969.330.946,51	29.154.950.358,25	44%
DIC 2014	72.217.169.839,97	40.155.794.819,61	32.061.375.020,37	44%
DIC 2015	68.394.709.561,52	41.440.021.844,23	26.954.687.717,29	39%
DIC 2016	66.094.759.406,00	40.634.646.022,00	25.460.113.384,00	39%

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Grafica No. 24
Histórico (Venta de Servicios - Costo de Ventas)



Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Los ingresos por venta de servicio en promedio son del orden de 66 mil millones, conservándose ese promedio en el periodo 2016, el año con mayor volumen fue 2014 con un 9% aproximadamente por encima del promedio.

El costo de ventas presenta tendencia a subir, se incrementos en los periodos 2014 y 2015 del 13% y 10% respectivamente.

El volumen de la ventas 2014 presento incremento del 13%, 2015 del 1% y 2016 del 2% , el comportamiento de los costos no ha seguido la tendencia de los ingresos.

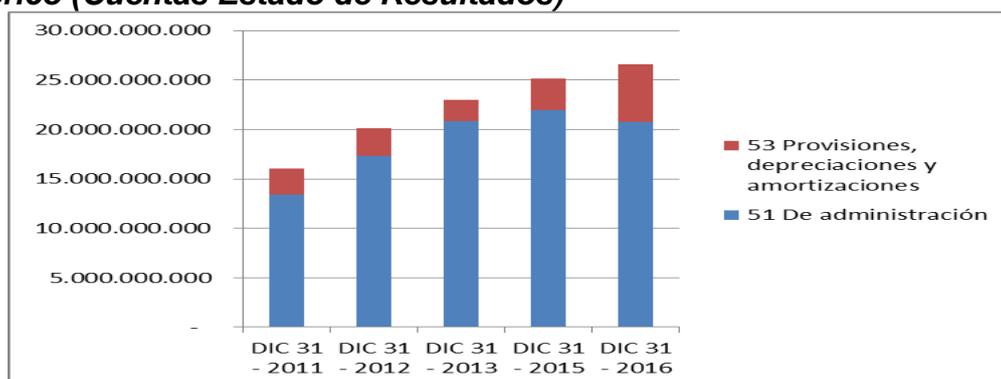
El margen bruto ha disminuido en el tiempo para el periodo 2015 y 2016 en un 5%.

Tabla No.290
Histórico (Cuentas Estado de Resultados)

PERIODOS	51 De administración	53 Provisiones, depreciaciones y amortizaciones	TOTAL GTOS OPERACIONALES
DIC 31 - 2011	13.426.220.186	2.650.562.560	16.076.782.746
DIC 31 - 2012	17.336.109.994	2.766.409.010	20.102.519.004
DIC 31 - 2013	20.802.086.943	2.215.057.777	23.017.144.720
DIC 31 - 2014	21.009.984.540	3.224.849.148	24.234.833.688
DIC 31 - 2015	21.923.003.551	3.225.976.605	25.148.980.156
DIC 31 - 2016	20.759.321.460	5.789.826.384	26.549.147.844

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Grafica No. 25
Histórico (Cuentas Estado de Resultados)



Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

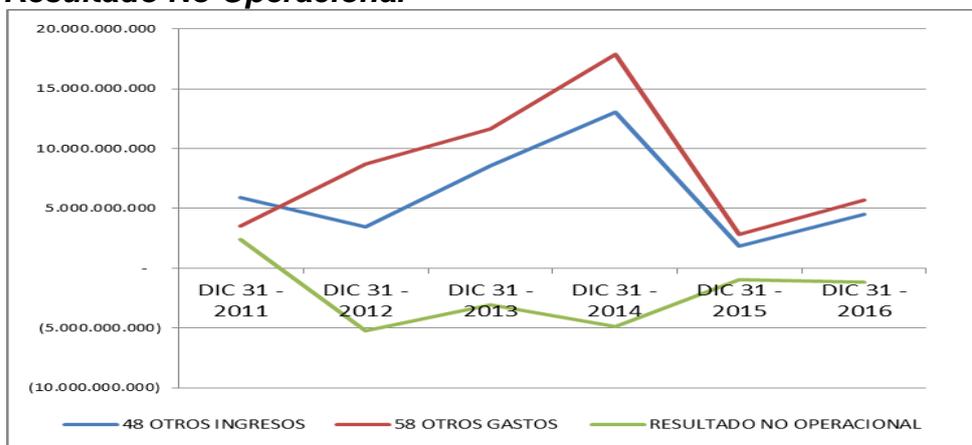
Los gastos operacionales muestran una tendencia al incremento, de un 65% desde el 2011 a 2016. En el 2016 el incremento de las provisiones de las 53 corresponde a una contingencia del proceso de la cree por 2.027.000.000. Incremento de la producción de deudores en \$483.000.000.

Tabla No.291
Resultado No Operacional

PERIODOS	48 OTROS INGRESOS	58 OTROS GASTOS	TOTAL NO OPERACIONAL
DIC 31 - 2011	5.938.428.892	3.528.525.677	2.409.903.214
DIC 31 - 2012	3.453.418.273	8.716.894.755	-5.263.476.481
DIC 31 - 2013	8.602.728.107	11.669.177.323	-3.066.449.216
DIC 31 - 2014	13.066.606.507	17.926.972.999	-4.860.366.492
DIC 31 - 2015	1.863.274.319	2.792.973.410	-929.699.092
DIC 31 - 2016	4.508.141.517	5.679.431.028	-1.171.289.511

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Grafica No.26
Resultado No Operacional



Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

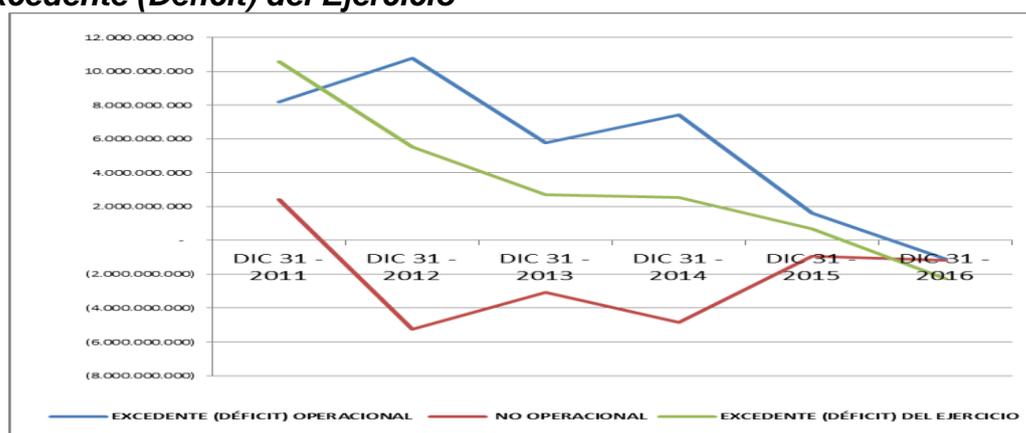
Tabla No. 292

Excedente (Déficit) del Ejercicio

PERIODOS	EXCEDENTE (DÉFICIT) OPERACIONAL	NO OPERACIONAL	EXCEDENTE (DÉFICIT) DEL EJERCICIO
DIC 31 – 2011	8.171.991.221	2.409.903.214	10.581.894.436
DIC 31 – 2012	10.779.343.285	-5.263.476.481	5.515.866.804
DIC 31 – 2013	5.760.460.163	-3.066.449.216	2.694.010.947
DIC 31 – 2014	7.410.299.695	-4.860.366.492	2.549.933.203
DIC 31 – 2015	1.620.306.607	-929.699.092	690.607.515
DIC 31 – 2016	(1.089.034.460)	-1.171.289.511	-2.260.323.971

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Grafica No. 27

Excedente (Déficit) del Ejercicio

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Tabla No. 293

Análisis horizontal comparativo variaciones un año a otro resultados y estado financiero.

CIFRAS EN: \$	ANALISIS HORIZONTAL				
	2016 - 2015	2015 - 2014	2014 - 2013	2013 - 2012	2012 - 2011
ESTADO DE RESULTADOS					
INGRESOS OPERACIONALES	2%	1%	13%	-1%	17%
VENTA DE BIENES Y SERVICIOS	2%	1%	13%	-1%	17%
TRANSFERENCIAS					
COSTO DE VENTAS	4%	10%	13%	3%	7%
UTILIDAD BRUTA	0%	-10%	14%	-5%	30%
GASTOS OPERACIONALES	11%	10%	9%	16%	27%
UTILIDAD OPERACIONAL	-171%	-77%	33%	-46%	35%
OTROS INGRESOS	156%	-85%	57%	154%	-40%
GASTO PUBLICO SOCIAL					
OTROS GASTOS	115%	-83%	59%	36%	153%
RESULTADOS DEL EJERCICIO	-446%	-71%	-2%	-50%	-47%
BALANCE GENERAL	ANALISIS HORIZONTAL				
ACTIVO	2016 - 2015	2015 - 2014	2014 - 2013	2013 - 2012	2012 - 2011
EFFECTIVO	-45%	-12%	9%	21%	-44%
INVERSIONES E INSTRUMENTOS DERIVADOS					
DEUDORES	5%	6%	18%	-16%	36%

INVENTARIOS	61%	36%	-39%	79%	37%
OTROS ACTIVOS					
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	5%	6%	14%	-11%	27%
TERRENOS	0%	0%	0%	0%	0%
CONSTRUCCIONES EN CURSO					
EDIFICACIONES	0%	0%	0%	0%	0%
PLANTAS, DUCTOS Y TUNELES	0%	0%	0%	0%	0%
MAQUINARIA Y EQUIPO					
EQUIPO MÉDICO Y CIENTIFICO	8%	6%	20%	12%	70%
MUEBLES , ENSERES Y EQUIPOS DE OFICINA	3%	4%	103%	34%	236%
EQUIPOS DE COMUNIC. Y COMPUTACIÓN	4%	3%	5%	10%	63%
EQUIPO DE TRANSPORTE, TRACCIÓN Y ELEVAC.	0%	21%	0%	11%	0%
OTROS ACTIVOS FIJOS	14%	-11%	-48%	79%	89%
DEPRECIACION ACUMULADA	20%	24%	84%	56%	176%
PROVISIONES PROTECCIÓN PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO (CR)					
PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO	-6%	-6%	-3%	4%	17%
DEUDORES					
INVERSIONES E INSTRUMENTOS DERIVADOS					
CARGOS DIFERIDOS	10%	-20%	-23%	67%	96%
OTROS ACTIVOS + BIENES USO PUBLICO E HIST.	-16%	-16%	307%	13%	-14%
VALORIZACIONES	0%	0%	5%		
TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE	-4%	-5%	5%	89%	18%
TOTAL ACTIVO	2%	2%	10%	16%	24%
PASIVOS					
CUENTAS POR PAGAR	27%	1%	44%	-43%	54%
OBLIGACIONES LABORALES	19%	-8%	3%	-4%	16%
OTROS PASIVOS CORRIENTES	0%	15%	-42%	43%	279%
TOTAL PASIVO CORRIENTE	25%	2%	34%	-38%	56%
CUENTAS POR PAGAR					
OBLIGACIONES LABORALES					
OTROS PASIVOS NO CORRIENTES					
TOTAL PASIVO LARGO PLAZO					
TOTAL PASIVO	25%	2%	34%	-38%	56%
PATRIMONIO					
CAPITAL FISCAL	6%	7%	16%	41%	56%
RESULTADOS EJERCICIOS ANTERIORES	-71%	-2%	-50%	-47%	15%
RESULTADOS DEL EJERCICIO	-446%	-71%	-2%	-50%	-47%
EFFECTOS SANEAMIENTO CONTABLE					
OTROS	0%	2%	3%	258%	9%
TOTAL PATRIMONIO	-4%	2%	5%	38%	15%
TOTAL PASIVO + PATRIMONIO	-13%	2%	-1%	92%	-3%

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Tabla No.294

Análisis vertical participación porcentual en cada año por conceptos del estado de resultados y estado de situación financieras

Cuadro 22 - ANÁLISIS FINANCIERO DE 2011 a 2016						
CIFRAS EN: \$	ANÁLISIS VERTICAL					
	DIC 31 - 2016	DIC 31 - 2015	DIC 31 - 2014	DIC 31 - 2013	DIC 31 - 2012	DIC 31 - 2011
ESTADO DE RESULTADOS						
INGRESOS OPERACIONALES	100%	100%	100%	100%	100%	100%
VENTA DE BIENES Y SERVICIOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TRANSFERENCIAS	0%	0%	0%	0%	0%	0%
COSTO DE VENTAS	61%	61%	56%	56%	54%	58%

UTILIDAD BRUTA	39%	39%	44%	44%	46%	42%
GASTOS OPERACIONALES	40%	37%	34%	35%	30%	28%
UTILIDAD OPERACIONAL	-2%	2%	10%	9%	16%	14%
OTROS INGRESOS	7%	3%	18%	13%	5%	10%
GASTO PUBLICO SOCIAL	0%	0%	0%	0%	0%	0%
OTROS GASTOS	9%	4%	25%	18%	13%	6%
RESULTADOS DEL EJERCICIO	-3%	1%	4%	4%	8%	18%
BALANCE GENERAL						
	ANALISIS VERTICAL					
ACTIVO	DIC 31 - 2016	DIC 31 - 2015	DIC 31 - 2014	DIC 31 - 2013	DIC 31 - 2012	DIC 31 - 2011
EFFECTIVO	3%	5%	6%	7%	5%	11%
INVERSIONES E INSTRUMENTOS DERIVADOS	0%	0%	0%	0%	0%	0%
DEUDORES	90%	90%	90%	86%	92%	86%
INVENTARIOS	8%	5%	4%	7%	4%	3%
OTROS ACTIVOS	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	63%	61%	59%	57%	73%	72%
TERRENOS	5%	5%	4%	5%	9%	10%
CONSTRUCCIONES EN CURSO	0%	0%	0%	0%	0%	0%
EDIFICACIONES	26%	25%	24%	25%	48%	56%
PLANTAS, DUCTOS Y TUNELES	0%	0%	0%	0%	0%	0%
MAQUINARIA Y EQUIPO	0%	0%	0%	0%	0%	0%
EQUIPO MÉDICO Y CIENTIFICO	20%	18%	16%	14%	24%	17%
MUEBLES , ENSERES Y EQUIPOS DE OFICINA	16%	15%	14%	7%	10%	4%
EQUIPOS DE COMUNIC. Y COMPUTACIÓN	4%	4%	4%	4%	6%	5%
EQUIPO DE TRANSPORTE, TRACCIÓN Y ELEVAC.	3%	2%	2%	2%	4%	4%
OTROS ACTIVOS FIJOS	3%	2%	2%	5%	5%	3%
DEPRECIACION ACUMULADA	-32%	-26%	-20%	-11%	-14%	-6%
PROVISIONES PROTECCIÓN PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO (CR)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO	45%	46%	47%	50%	92%	93%
DEUDORES	0%	0%	0%	0%	0%	0%
INVERSIONES E INSTRUMENTOS DERIVADOS	0%	0%	0%	0%	0%	0%
CARGOS DIFERIDOS	3%	3%	3%	4%	5%	3%
OTROS ACTIVOS + BIENES USO PUBLICO E HIST.	5%	6%	7%	2%	3%	4%
VALORIZACIONES	47%	46%	43%	43%	0%	0%
TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE	37%	39%	41%	43%	27%	28%
TOTAL ACTIVO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PASIVOS						
CUENTAS POR PAGAR	93%	92%	92%	85%	92%	93%
OBLIGACIONES LABORALES	4%	4%	4%	6%	4%	5%
OTROS PASIVOS CORRIENTES	3%	4%	4%	9%	4%	2%
TOTAL PASIVO CORRIENTE	100%	100%	100%	100%	100%	100%
CUENTAS POR PAGAR						
OBLIGACIONES LABORALES						
OTROS PASIVOS NO CORRIENTES						
TOTAL PASIVO LARGO PLAZO	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TOTAL PASIVO	-44%	-31%	-31%	-23%	-71%	-44%
PATRIMONIO						
CAPITAL FISCAL	69%	63%	60%	55%	54%	40%
RESULTADOS EJERCICIOS ANTERIORES	1%	4%	4%	9%	22%	22%
RESULTADOS DEL EJERCICIO	-4%	1%	4%	4%	12%	25%
EFFECTOS SANEAMIENTO CONTABLE	0%	0%	0%	0%	0%	0%

OTROS	33%	32%	32%	33%	13%	13%
TOTAL PATRIMONIO	144%	131%	131%	123%	171%	144%
TOTAL PASIVO + PATRIMONIO	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Tabla No.295
Indicadores Financieros

CUADRO 23. INDICADORES		DIC 31 - 2016	DIC 31 - 2015	DIC 31 - 2014	DIC 31 - 2013	DIC 31 - 2012	DIC 31 - 2011
1. INDICADOR DE RENTABILIDAD							
1.1 RENDIMIENTO DEL PATRIMONIO %	Excedente del Ejercicio / Patrimonio	4%	-1%	-4%	-4%	-12%	-25%
1.2 RENDIMIENTO DEL ACTIVO TOTAL %	Excedente del Ejercicio / Activo	-3%	1%	3%	4%	8%	19%
1.3 RENTABILIDAD DE LA VENTAS %	Excedente del Ejercicio / Ventas	-3%	1%	4%	4%	8%	18%
1.4 EFICIENCIA DE LA PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO %	Ventas Servicios / Propiedad Planta y Equipo	549%	504%	467%	400%	418%	418%
2. INDICADOR DEL EQUILIBRIO							
2.1 EFICIENCIA TOTAL DE COSTOS Y GASTOS %	Costos mas Gastos / Ventas	110%	102%	115%	109%	97%	92%
2.2 EFICIENCIA DE COSTOS %	Costos / Ventas	61%	61%	56%	56%	54%	58%
2.3 EFICIENCIA DE GASTOS %	Gastos / Ventas	49%	41%	59%	53%	43%	34%
3. INDICADOR DE LA LIQUIDEZ FINANCIERA							
3.1 CAPITAL DE TRABAJO (miles de \$)	Activo Corriente menos Pasivo Corriente	29.103.275.260	30.303.759.067	27.933.043.229	26.411.149.227	24.572.517.339	21.772.814.937
3.2 RAZON CORRIENTE	Activo Corriente / Pasivo Corriente	2,69	3,21	3,07	3,63	2,51	3,09
3.3 LIQUIDEZ DE CORTO PLAZO	Deudores Prestación Servicios Salud (Corriente) / Pasivo Corriente	2,03	2,27	1,94	1,71	2,42	2,89
3.4 ROTACION CARTERA (DIAS)	Deudores Prestación Servicios Salud / Venta Servicios X # Días del Periodo	229	223	212	203	240	206
3.5 ROTACION CARTERA (VECES)	Ventas Servicios / Deudores Prestación Servicios Salud	1,59	1,64	1,72	1,80	1,52	1,77
4. INDICADOR DE ENDEUDAMIENTO							
4.1 ENDEUDAMIENTO TOTAL %	Pasivo Total / Activo Total	23%	19%	19%	16%	29%	23%
4.2 ENDEUDAMIENTO PATRIMONIAL %	Pasivo Total / Patrimonio	-31%	-24%	-24%	-18%	-41%	-30%
4.3 ENDEUDAMIENTO A CORTO PLAZO %	Pasivo Corriente / Activo Total	23%	19%	19%	16%	29%	23%
4.4 SOLIDEZ	Activo Total / Pasivo Total	4,27	5,26	5,25	6,41	3,42	4,29

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

1.1.4.6 Análisis Integral Aspectos Financieros

El proceso de Gestión Financiera de la empresa es alimentado por las diferentes áreas de la misma, tales como facturación, recursos físicos, talento humano, cartera, entre otras; estas a su vez se nutren de la información que se genera de las diferentes transacciones o movimientos del día a día que permiten que el proceso de producción o de venta de servicios se lleve a cabo en cada una de las unidades funcionales de la institución

En ocasiones la dinámica de cada una de las actividades de los procesos mencionados anteriormente no va alineada con el proceso de registro y flujo de la información de un proceso a otro, generándose de esta manera retrasos en los registros de la información en el sistema contable y por ende en la generación oportuna de informes financieros que permitan tomar decisiones gerenciales oportunas.

1.1.4.6.1 Problemas, Causas, DOFA y Medidas

En el proceso de identificación de problemas y causas de los mismos se pudo establecer que además de presentarse inconvenientes tanto de adaptación o de manejo del nuevo sistema de información implementado en la empresa (HEALTHMANAGER), cuyo desarrollo y ajuste está directamente relacionado con los diferentes requerimientos y necesidades presentadas por los dueños de proceso y por el marco normativo; existe un problema actitudinal y de resistencia al cambio por parte del personal de dichos procesos frente a las nuevas exigencias del entorno laboral, específicamente en los temas de oportunidad en la generación, análisis y entrega de la información, y en algunos casos en la implementación de soluciones estructurales en sus procesos.

La situación detallada anteriormente puede ser producto de la desarticulación con la que se venido trabajando y por la falta de sensibilización o de conocimiento de que el producto generado por un proceso es insumo para la generación de productos de otro proceso.

Es importante mencionar que la empresa ha pasado por diferentes situaciones que han coadyuvado a que los procesos no se desarrollen al ritmo de las exigencias y que han influido en la actitud del personal, entre estas situaciones se puede mencionar: El tiempo que demanda el desarrollo completo de un proceso en el sistema de información, los daños generados por las fluctuaciones eléctricas y las falencias de infraestructura para el desarrollo adecuado del sistema de información.

DOFA

DEBILIDADES

- a. Desarticulación de la información financiera, administrativa y asistencial en la herramienta informática, lo cual no permite la generación de

- información consistencia para la adecuada y oportuna toma de decisiones.
- b. El registro de la información no va en tiempo real y es deficiente desde el proceso de prestación de servicios.
 - c. Resistencia al cambio por parte del personal
 - d. Dificultades en la comunicación oral entre líderes de procesos
 - e. Actitud reactiva y poco optimista frente a los propuesta de mejoramiento
 - f. Inoportunidad en la generación de informes contables
 - g. Deficiencia en procesos conciliatorios entre la información generada por cada subproceso lo cual genera informes inconsistentes.
 - h. Algunos líderes de proceso no manejan el sistema de información por lo tanto no realizan seguimiento al desarrollo de las actividades que delegan en su equipo de trabajo.
 - i. Deficiencias en el Programa de capacitaciones.
 - j. Desactualización de los procesos administrativos y financieros

OPORTUNIDADES

- a. Implementación del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero
- b. Gestión de Recursos para el pago de pasivos , a través del PSFF
- c. Inclusión de puntos de control en los diferentes procesos para garantizar la optimización de recursos-
- d. Seguimiento por parte de los entes de vigilancia y control a las medidas a implementar para que la empresa salga del Riesgo financiero.
- e. Fortalecimiento del conocimiento del equipo financiero por parte del Ministerio de Hacienda.

FORTALEZAS

- a. Baja rotación del personal de apoyo del área financiera
- b. Cumplimiento de los lineamientos normativos
- c. Manejo transparente de la información financiera
- d. Oportunidad en la entrega de información a los entes de control
- e. Mejoramiento progresivo en el proceso de depuración de cartera

AMENAZAS

- a. Incumplimiento de los acuerdos de pago realizados con las Empresas que reciben servicio de la ESE HLCl
- b. Empresas Deudores en proceso de liquidación
- c. Poder dominante de la EPS en las negociaciones de los contratos de prestación de servicios.
- d. Aplicación de descuentos a facturas por concepto de Glosas que no ha sido comunicadas ni conciliadas.

Formulación de medidas

- a. Garantía de los recursos del FONPEC para el pago de pasivos
- b. Establecer medidas de control en los costos

- c. Ejercer seguimiento y control en los procesos de facturación de los servicios de salud que presta la institución.
- d. Racionalizar y optimizar los costos de personal contratistas y por prestación de servicios.
- e. Realizar la depuración de cartera
- f. Actualización y socialización de los procesos administrativos y financieros
- g. Depuración del pasivo.
- h. Ajustar el Portafolio de Servicios de acuerdo con la capacidad instalada y el nuevo modelo de prestación de servicio.
- i. Establecer y cumplir metas mínimas de recaudo y disminución de cartera, teniendo en cuenta la facturación radicada,
- j. Establecer cronograma y estrategias que integren al área Jurídica para la recuperación de cartera de difícil cobro.
- k. Fortalecer el proceso de elaboración del Presupuesto
- l. Garantizar el presupuesto para el cumplimiento del Sistema Único de Habilitación.

1.2 Dimensión Externa Entorno

1.2.1 Análisis de la Población

Tabla No. 296

CUADRO No. 29 PSFF Poblaciones cercanas a Cartagena que pueden ser usuarias de nuestros servicios.

POBLACION DE TURBACO						
RANGO	2016			2017		
	HOMBRES	MUJERES	TOTALES	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
0-4	6.185	3.156	3.029	6.210	3.169	3.041
5-9	6.293	3.219	3.074	6.288	3.216	3.072
10-14	6.433	3.247	3.186	6.378	3.228	3.150
15-19	6.934	3.519	3.415	6.878	3.489	3.389
20-24	6.604	3.392	3.212	6.724	3.442	3.282
25-29	5.758	2.956	2.802	5.931	3.047	2.884
30-34	5.255	2.638	2.617	5.338	2.696	2.642
35-39	4.742	2.253	2.489	4.851	2.330	2.521
40-44	4.604	2.171	2.433	4.601	2.160	2.441
45-49	4.775	2.312	2.463	4.754	2.293	2.461
50-54	4.395	2.143	2.252	4.524	2.203	2.321
55-59	3.456	1.702	1.754	3.643	1.787	1.856
60-64	2.587	1.270	1.317	2.714	1.330	1.384
65-69	1.918	936	982	2.009	978	1.031
70-74	1.277	601	676	1.367	644	723
75-79	935	425	510	943	428	515
80 Y MÁS	1.028	448	580	1.056	458	598
TOTAL ES	73.179	36.388	36.791	74.209	36.898	37.311

Fuente: Planeación Secretaria de Salud Departamental

Extensión total:170 Km²

Extensión área urbana:5.34 Km²

Extensión área rural:5.069 Km²

Distancia de referencia: 10 Km de Cartagena de Indias

Las IPS prestadoras de este municipio son 19, de las cuales el 5.2% (1) es pública.

Tabla No. 297

Población Turbana

POBLACION DE TURBANA						
RANGO	2016			2017		
	HOMBRES	MUJERES	TOTALES	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
0-4	1.679	858	821	1.684	861	823
5-9	1.676	861	815	1.665	855	810
10-14	1.706	879	827	1.709	881	828
15-19	1.483	764	719	1.507	777	730
20-24	1.282	665	617	1.309	680	629
25-29	1.048	537	511	1.080	555	525
30-34	976	494	482	976	495	481
35-39	852	425	427	867	433	434
40-44	881	448	433	861	435	426
45-49	808	424	384	822	430	392
50-54	730	389	341	737	394	343
55-59	527	281	246	565	303	262
60-64	432	234	198	434	235	199
65-69	358	198	160	366	201	165
70-74	233	126	107	252	136	116
75-79	157	81	76	157	82	75
80 Y MÁS	203	101	102	202	101	101
TOTALES	15.031	7.765	7.266	15.193	7.854	7.339

Fuente: Planeación Secretaria de Salud Departamental

Extensión total: Extensión es 159.35Km

Distancia de referencia: se encuentra a 12 km de Cartagena por la variante Mamonal - Gambote y 8 kilómetros del municipio de Turbaco

Las IPS prestadoras de este municipio son 2, de las cuales el 50% (1) es pública.

Tabla No.298

Población Santa Rosa

POBLACION DE SANTA ROSA						
RANGO	2016			2017		
	HOMBRES	MUJERES	TOTALES	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
0-4	2.582	1.320	1.262	2.622	1.340	1.282
5-9	2.478	1.273	1.205	2.502	1.286	1.216
10-14	2.470	1.270	1.200	2.488	1.281	1.207
15-19	2.332	1.207	1.125	2.361	1.221	1.140
20-24	2.136	1.128	1.008	2.188	1.151	1.037
25-29	1.787	954	833	1.865	996	869

30-34	1.591	856	735	1.619	872	747
35-39	1.403	749	654	1.449	777	672
40-44	1.294	700	594	1.309	707	602
45-49	1.298	701	597	1.305	707	598
50-54	1.100	590	510	1.152	620	532
55-59	848	447	401	895	474	421
60-64	589	316	273	631	336	295
65-69	397	215	182	422	228	194
70-74	304	165	139	311	167	144
75-79	242	127	115	243	128	115
80 Y MÁS	254	130	124	262	134	128
TOTAL ES	23.105	12.148	10.957	23.624	12.425	11.199

Fuente: Planeación Secretaria de Salud Departamental

Extensión total:154 Km2 Km2

Distancia de referencia: 14 Km de Cartagena

Las IPS prestadores de este municipio son 2, de las cuales el 50% (1) es pública.

Instituciones de salud en el área de influencia

La información consolidada en el cuadro 29, corresponde a la registrada en la página web de algunas de las EPS con que la ESE HLCl tiene contrato, a pesar de hacer la solicitud formal no se cuenta con datos de la población y tarifas de todas las IPS competencia.

A través de la siguiente información analizamos las otras instituciones ubicadas en el área de influencia de la ESE HLCl, tanto privadas o públicas, que prestan servicios, convirtiéndose en competencia o en aliados para la atención en salud. Según el REPS, en Cartagena para nuestra área de influencia encontramos 151 IPS, pero de estas 43 IPS hacen parte de la Red que las EPS tienen contratada.

Teniendo en cuenta la organización de las subredes en el Distrito de Cartagena, las IPS competencia se ubican así:

Sub Red Centro: En esta Sub Red tenemos una participación con 27 sedes, es donde está más concentrada las IPS de la competencia, se tienen 41 IPS que están contratadas por las EPS, de las cuales 40 son privadas y 1 pública, de baja complejidad son 21 IPS (51% de participación) y el restante son IPS de mediana complejidad. En el grupo de prestadores 13 son tipo a, 6 tipo b y 2 tipo c, las cuales serían nuestra competencia. Referente a las instituciones de mediana complejidad encontramos 20, solo una es pública que corresponde al 5%.

En la siguiente tabla se detalla los servicios que se ofertan en la Red Centro comparando otras IPS y la ESE.

Tabla No.299

Servicios ofertados por la red Centro

SERVICIO	IPS RED DE LAS EPS	PARTICIPACION IPS DE LA ESE
MEDICINA ESPECIALIZADA PSIQUIATRIA	13	1
MEDICINA GENERAL	26	25
ODONTOLOGIA GENERAL	18	25
ENFERMERIA	19	25
P y P	12	25
VACUNACIÓN	18	25
ECOGRAFIA	1	5
RAYOS X	14	1
ODONTOLOGIA (ENDODONCIA)	9	2
TOMA DE MUESTRA LABORATORIO CLINICO	21	25
T. FISICAS	0	0
T. RESP.	9	0
LABORATORIO	17	1
URGENCIAS	10	8
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIAS	1	25
OBSTETRICIA	18	6
SERVICIO FARMACEUTICO	23	7
TRANSPORTE ASISTENCIAL	11	4
CAMAS DE HOSPITALIZACION GENERAL	5	0
CAMAS DEPEDIATRIA	4	
CAMAS OBSTETRICAS	1	1
CIRUGIA ORAL	8	
PSICOLOGIA	25	13
CIRUGIA GENERAL	1	0
CIRUGIA OBSTETRICA	1	0
CIRUGIA UROLOGICA	1	0
NUTRICION	1	2

Fuente: Coordinación de Calidad

En la Sub Red Norte: la ESE tiene una participación en esta Red con 10 sedes, por su parte la Red de la EPS solo tiene una IPS que exclusivamente presta servicio de transporte asistencial y es de carácter privada.

En la siguiente tabla se detalla los servicios que se ofertan en la Red Norte comparando otras IPS y la ESE.

Tabla No.300

Servicios Ofertados por la red Norte

SERVICIO	IPS RED DE LAS EPS	PARTICIPACION IPS DE LA ESE
MEDICINA ESPECIALIZADA psiquiatría	0	0
MEDICINA GENERAL	0	7
ODONTOLOGIA GENERAL	0	7
ENFERMERIA	1	7
P y P	0	7

VACUNACIÓN	0	7
ECOGRAFIA	0	0
RAYOS X	0	0
ODONTOLOGIA (ENDODONCIA)	0	0
TOMA DE MUESTRA LABORATORIO CLINICO	1	7
T. FISICAS	0	0
T. RESP.	0	0
LABORATORIO	0	0
URGENCIAS	0	0
TOMA DE MUESTRA DE CITOLOGIAS	0	7
OBSTETRICIA	0	0
SERVICIO FARMACEUTICO	1	0
TRANSPORTE ASISTENCIAL	1	0
CAMAS DE HOSPITALIZACION GENERAL	0	0
CAMAS DE PEDIATRIA	0	0
CAMAS OBSTETRICAS	0	0
CIRUGIA ORAL	0	0
PSICOLOGIA	1	7
CIRUGIA GENERAL	0	0
CIRUGIA OBSTETRICA	0	0
CIRUGIA UROLOGICA	0	0
NUTRICION	0	0

Fuente: Coordinación de Calidad

En la Sub Red Sur: la ESE tiene una participación en esta Red con 7 sedes, de las cuales 4 son tipo a, 2 tipo b y 1 tipo c; las EPS no tienen IPS en esta zona.

1.2.2 Análisis de la gestión de las EPS según población asegurada y contratación con la ESE Hospital Local Cartagena de Indias

La población usuaria de los servicios de la ESE a corte de 30 de junio, se encuentra discriminada de la siguiente manera, tanto con EPS subsidiadas y contributivas:

Tabla No. 301

Población ESE Cartagena de Indias Junio 30/17

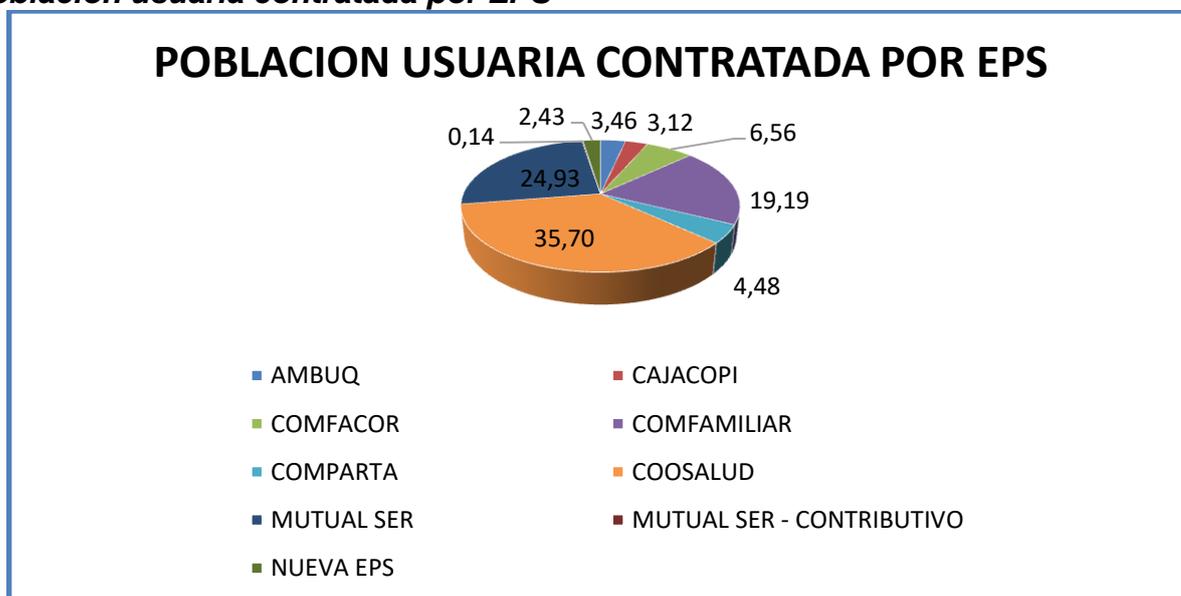
EPS	Población
AMBUQ	16967
CAJACOPI	15300
COMFACOR	32131
COMFAMILIAR	94021
COMPARTA	21929
COOSALUD	174917
MUTUAL SER	122163
MUTUAL SER - CONTRIBUTIVO	684
NUEVA EPS	11915
Total general	490027

Fuente: información suministrada por Sistemas ESE HLCI

La ESE HLCI tiene contrato con 8 EPS y con el Ente Territorial. Su participación según la población usuaria asignada a nuestros centros de salud es la siguiente, teniendo como referencia la información suministrada por el Facturación.

Grafico No. 28

Población usuaria contratada por EPS



Fuente: Facturación y Sistemas ESE HLCI

A continuación se presenta la información detallada por EPS, sobre la población, las actividades contratadas, el valor de UPC por usuario y el valor proyectado por ingresos a diciembre de 2017, teniendo como referencia el valor de la UPC correspondiente a la vigencia 2016, debido a que a la fecha de corte no se encuentran legalizados la totalidad de los contratos, para esta vigencia.

Tabla No. 302

EPS Cajacopi vencimiento contrato diciembre 31 de 2016- carta de intención 2017

EPS	SERVICIO CONTRATADO	POBLACION	ACTIVIDADES	VR X PERS MES 2016	FACTURADO PROME AÑO 2016	USOS DE FRECUENCIA 2016	EVENTO
CAJACOPI	ATENCION AMBULATORIA	6.915	MEDICINA GENERAL	3.865,00	320.717.700	2,3	SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	6.915	ODONTOLOGIA	3.996,00	331.588.080	1,2	SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	6.915	PROCEDIMEINTOS AMBULATORIOS	775,00	64.309.500		SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	6.915	EISP	264,24	21.926.635		SOAT 100%
	SUB TOTAL AMBULATORIO			8.900,24	738.541.915		SOAT 100%
	ATENCION HOSPITALARIA	15.300	HOSPITALIZACION	946,08	173.700.288	0,5	SOAT 100%
	ATENCION INICIAL DE URGENCIA	15.300	URGENCIAS	1.492,95	274.105.620	0,5	SOAT 100%
	AYUDA DIAGNOSTICA	-	EKG	0,00	0,00		
	AYUDA DIAGNOSTICA	15.300	RX	1.105,92	203.046.912	0,5	SOAT 100%

	LABORATORIO CLINICO 1 NIVEL	15.300	LABORATORIO	1.282,32	235.433.952	0,8	SOAT 100%
	TRANSPORTE ASISTENCIAL	15.300	TRANSPORTE BASICO	724,84	133.080.624	0,1	SOAT 100%
	TOTAL AMBULATORIO AFILIADO MES			14.452,35	1.019.367.396		SOAT 100%
	PYP SIN PARTO	15.300	PROTECCION ESPECIFICA	2.227,03	408.882.708		SOAT 100%
	PYP,	15.300	DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES	1.063,29	195.220.044		SOAT 100%
	PYP	15.300	PROMOCION	173,18	31.795.848		SOAT 100%
	TOTAL PYP			3.463,50	635.898.600		SOAT 100%
	PARTO	EVENTO	PARTO	750.000,00			
	TOTAL SERVICIOS CAPITADOS			17.915,85	2.393.807.911		SOAT 100%

Fuente: Facturación ESE HLCI

Tabla No.303
EPS Comparta

VENCIMIENTO CONTRATO DICIEMBRE 31 DE 2017							
EPS	SERVICIO CONTRATADO	POBLACION	ACTIVIDADES	VR X PERS MES	FACTURADO PROME AÑO 2017	USOS DE FRECUENCIA 2017	EVENTO
COMPAR TA	ATENCION AMBULATORIA	21.929	MEDICINA GENERAL	4.210,51	\$ 1.107.987.285	1,8	SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	21.929	ODONTOLOGIA	1.683,78	443.083.339	1,8	SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	21.929	PROCEDIMEINTOS AMBULATORIOS	488,47	128.539.904		SOAT 100%
	SUB TOTAL AMBULATORIO	21.929		6.382,76	1.679.610.528		SOAT 100%
	ATENCION HOSPITALARIA	21.929	HOSPITALIZACION	1.373,61	361.462.724	0,5	SOAT 100%
	ATENCION INICIAL DE URGENCIA	21.929	URGENCIAS	2.791,53	734.585.536	0,5	SOAT 100%
	AYUDA DIAGNOSTICA	21.929	RX	499,02	131.316.115	0,5	SOAT 100%
	LABORATORIO CLINICO 1 NIVEL	21.929	LABORATORIO	1.686,96	443.920.150	0,8	
	TRANSPORTE ASISTENCIAL	21.929	TRANSPORTE BASICO	248,98	65.518.589	0,1	SOAT 100%
	TOTAL AMBULATORIO AFILIADO MES	21.929		12.982,86	1.736.803.115		SOAT 100%
	PYP, SIN PARTO	21.929	PROTECCION Y DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES	4.422,78	1.163.845.711		SOAT 100%
	PARTO	21.929	PARTO EVENTO	848,00	223.149.504		SOAT 100%
	PYP	21.929	PROMOCION	683,64	179.898.499		SOAT 100%
	TOTAL PYP	21.929		5.954,42	1.566.893.714		SOAT 100%
TOTAL SERVICIOS CAPITADOS	21.929		18.937,28	4.983.307.357		SOAT 100%	

Fuente: Facturación ESE HLCI

Tabla No.304
EPSComfactor

VENCIMIENTO CONTRATO DICIEMBRE 31 DE 2016- CARTA DE INTENCION 2017							
EPS	SERVICIO CONTRATADO	POBLACION	ACTIVIDADES	VR X PERS MES	FACTURADO PROME AÑO 2016	USOS DE FRECUENCIA	EVENTO
COMFACOR	ATENCION AMBULATORIA	7.262	MEDICINA GENERAL	3.9 46,24	343.891 .139	1,8	SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	7.262	ODONTOLOGIA	2.953,4 5	257.375.447	1,8	SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	32.131	EISP	623,09	240.246.057		SOAT 100%
	SUB TOTAL AMBULATORIO			7.5 22,78	841.512 .643		SOA T 100%
	ATENCION HOSPITALARIA	32.131	HOSPITALIZACION	1.0 38,48	400.408 .811	0,5	SOA T 100%
	ATENCION INICIAL DE URGENCIA	32.131	URGENCIAS	2.076,9 7	800.821.477	0,5	SOAT 100%
	AYUDA DIAGNOSTICA	32.131	RX	623,09	240.246.057	0,5	SOAT 100%
	LABORATORIO CLINICO 1 NIVEL	13.169	LABORATORIO	1.453,8 8	229.753.749	0,8	
	TRANSPORTE ASISTENCIAL	32.131	TRANSPORTE BASICO	1.246,1 8	480.492.115	0,1	SOAT 100%
	TOTAL AMBULATORIO AFILIADO MES	32.131		13.961, 38	2.151.722.20 8		SOAT 100%
	PYP	32.131	PROMOCION Y PREVENCIÓN	2.700,0 6	1.041.067.53 4		SOAT 100%
	PYP	32.131	PARTOS	830,79	320.329.362		SOAT 100%
	TOTAL PYP			3.530,8 5	1.361.396.89 6		SOAT 100%
	TOTAL SERVICIOS CAPITADOS			17.492, 23	4.354.631.74 8		SOAT 100%

Fuente: Facturación ESE HLCI

Tabla No.305
EPS Comfamiliar

VENCIMIENTO CONTRATO DICIEMBRE 31 DE 2016- CARTA DE INTENCION 2017							
EPS	SERVICIO CONTRATADO	POBLACION	ACTIVIDADES	VR X PERS MES	FACTURADO PROME AÑO 2016	USOS DE FRECUENCIA 2016	EVENTO
COMFAMILIAR	ATENCION AMBULATORIA	61.352	MEDICINA GENERAL	2.397,6 6	1.765.214.8 36	2,3	SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	61.352	ODONTOLOGIA	3.338,7 7	2.458.082.6 04	1,2	SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	61.352	PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS	-	-		SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	61.352	EISP	250,66	184.541.90 8		SOAT 100%
	SUB TOTAL AMBULATORIO			5.987,0 9	4.407.839.3 48		SOAT 100%
	ATENCION HOSPITALARIA	94.021	HOSPITALIZACION	633,66	714.928.16 2	0,5	SOAT 100%
	ATENCION INICIAL DE URGENCIA	94.021	URGENCIAS	1.300,5 5	1.467.348.1 39	0,5	SOAT 100%
	AYUDA DIAGNOSTICA	-	EKG	-	-	0,5	SOAT 100%
	AYUDA DIAGNOSTICA	61.352	RX	430,33	316.819.27 4	0,5	SOAT 100%
	LABORATORIO CLINICO 1 NIVEL	61.352	LABORATORIO	1.347,7 7	992.260.62 0	0,8	SOAT 100%
	TRANSPORTE ASISTENCIAL	94.021	TRANSPORTE BASICO	1.399,8 8	1.579.417.4 10	0,1	SOAT 100%
	TOTAL AMBULATORIO AFILIADO MES			11.099, 28	5.070.773.6 05		SOAT 100%
	PYP	94.021	PROMOCION Y PREVENCIÓN	2.109,2 2	2.379.731.6 83		SOAT 100%
	PARTO		PARTO				SOAT 100%

	PYP	94.021	PROMOCION Y PREVENCIÓN (PAI, PLANIFICACION FAMILIAR CANCER DE CUELLO)	416,22	469.601.047		SOAT 100%
	TOTAL PYP			2.525,44	2.849.332.731		SOAT 100%
	TOTAL SERVICIOS CAPITADOS			13.624,72	12.327.945.684		SOAT 100%
			PARTO	730.000			

Fuente: Facturación ESE HLCI

Tabla No.306

EPS Mutual Ser**Vencimiento contrato diciembre 31 de 2017**

EPS	SERVICIO CONTRATADO	POBLACION	ACTIVIDADES	VR X PERS MES	FACTURADO PROME AÑO 2017	USOS DE FRECUENCIA 2017	EVENTO
MUTUAL SER	ATENCION AMBULATORIA	66.487	MEDICINA GENERAL	2.317,35	1.848.883.793	2	SOAT - 20%
	ATENCION AMBULATORIA	66.487	ODONTOLOGIA	3.307,50	2.638.869.030	1	SOAT - 20%
	SUB TOTAL AMBULATORIO			5.624,85	4.487.752.823		SOAT - 20%
	ATENCION HOSPITALARIA	122.163	HOSPITALIZACION	621,60	911.238.250	0,13	SOAT - 20%
	ATENCION INICIAL DE URGENCIA	122.163	URGENCIAS	989,10	1.449.977.080	0,5	SOAT - 20%
	AYUDA DIAGNOSTICA	66.487	RX	329,70	263.049.167	0,5	SOAT - 20%
	LABORATORIO CLINICO 1 NIVEL	66.487	LABORATORIO	1.323,00	1.055.547.612	0,8	SOAT - 20%
	TRANSPORTE ASISTENCIAL	122.163	TRANSPORTE BASICO	464,10	680.350.180	0,1	SOAT - 20%
	TOTAL AMBULATORIO AFILIADO MES			9.352,35	4.360.162.288		SOAT - 20%
	PYP	122.163	PROMOCION Y PREVENCIÓN	4.373,25	6.410.992.077		SOAT - 20%
	TOTAL PYP			4.373,25	6.410.992.077		SOAT - 20%
	PARTO EVENTO		PARTO	650.000,00			
	TOTAL SERVICIOS CAPITADOS			13.725,60	15.258.907.188		SOAT - 20%

Fuente: Facturación ESE HLCI

Tabla No. 307

EPS COOSALUD**VENCIMIENTO CONTRATO DICIEMBRE 31 DE 2016- CARTA DE INTENCION 2017**

EPS	SERVICIO CONTRATADO	POBLACION	ACTIVIDADES	VR X PERS MES	FACTURADO PROME AÑO 2016	USOS DE FRECUENCIA 2016	EVENTO
COOSALUD	ATENCION AMBULATORIA	94.390	MEDICINA GENERAL	2.647,48	2.998.747.646	2	SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	94.390	ODONTOLOGIA	3.971,11	4.497.996.875	1	SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	174.917	PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS	264,84	555.900.219		SOAT 100%

	SUB TOTAL AMBULATORIO			6.883,43	8.052.644.741	0,13	SOAT 100%
	ATENCION HOSPITALARIA	174.917	HOSPITALIZACION	397,27	833.871.319	0,5	SOAT 100%
	ATENCION INICIAL DE URGENCIA	174.917	URGENCIAS	1.323,65	2.778.346.645	0,5	SOAT 100%
	AYUDA DIAGNOSTICA	94.390	RX	992,69	1.124.400.109	0,8	SOAT 100%
	LABORATORIO CLINICO 1 NIVEL	94.390	LABORATORIO	992,69	1.124.400.109	0,1	
	TRANSPORTE ASISTENCIAL	174.917	TRANSPORTE BASICO	187,87	394.339.881		SOAT 100%
	TOTAL AMBULATORIO AFILIADO MES			10.777,60	14.308.002.804		SOAT 100%
	PYP sin parto	174.917	PROMOCION Y PREVENICION	3.086,32	6.478.198.025		SOAT 100%
	TOTAL PYP			3.086,32	6.478.198.025		SOAT 100%
	TOTAL SERVICIOS CAPITADOS			13.863,92	20.786.200.829		SOAT 100%
	PARTO		PARTO				SOAT 100%

Fuente: Facturación ESE HLCI

Tabla No. 308
EPS AMBUQ

VENCIMIENTO CONTRATO DICIEMBRE 31 DE 2016- CARTA DE INTENCION 2017							
EPS	SERVICIO CONTRATADO	POBLACION	ACTIVIDADES	VR X PERS MES	FACTURADO PROME AÑO 2016	USOS DE FRECUENCIA 2016	EVENTO
AMBUQ	ATENCION AMBULATORIA	11.300	MEDICINA GENERAL	2.669,93	362.042.508	1,8	SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	11.300	ODONTOLOGIA	2.492,72	338.012.832	1,8	SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	16.967	EISP	138,59	28.217.478		SOAT 100%
	SUB TOTAL AMBULATORIO			5.301,24	728.272.818		SOAT 100%
	ATENCION HOSPITALARIA	16.967	HOSPITALIZACION	4.207,14	856.590.533	0,5	SOAT 100%
	ATENCION INICIAL DE URGENCIA	16.967	URGENCIAS	3.077,00	626.489.508	0,5	SOAT 100%
	AYUDA DIAGNOSTICA	11.300	RX	519,81	70.486.236	0,5	SOAT 100%
	LABORATORIO CLINICO 1 NIVEL	11.300	LABORATORIO	1.370,41	185.827.596	0,8	SOAT 100%
	TRANSPORTE ASISTENCIAL	16.967	TRANSPORTE BASICO	1.670,04	340.026.824	0,1	SOAT 100%
	TOTAL AMBULATORIO AFILIADO MES			16.145,64	2.079.420.697		SOAT 100%
	PYP INCLUYENDO PARTO	16.967	PROTECCION ESPECIFICA	3.933,99	800.976.100		SOAT 100%
	TOTAL PYP			3.933,99	800.976.100		SOAT 100%
	TOTAL SERVICIOS CAPITADOS			20.079,63	3.608.669.615		SOAT 100%

Fuente: Facturación ESE HLCI

Tabla No. 309
EPS NUEVA EPS

VENCIMIENTO CONTRATO DICIEMBRE 31 DE 2016- CARTA DE INTENCION 2017							
EPS	SERVICIO CONTRATADO	POBLACION	ACTIVIDADES	VR X PERS MES	FACTURADO PROME AÑO 2016	USOS DE FRECUENCIA	EVEN TO
NUEVAEPS	ATENCION AMBULATORIA	11.915	MEDICINA GENERAL	3.539,00	\$ 506.006.220	1,6	SOAT -15%
	ATENCION AMBULATORIA	11.915	ODONTOLOGIA	3.539,00	506.006.220	1,2	SOAT -15%
	ATENCION AMBULATORIA	11.915	PROCEDIMEINTOS AMBULATORIOS	441,00	63.054.180		SOAT -15%
	SUBTOTAL AMBULATORIO	11.915		7.519,00	1.075.066.620		SOAT -15%
	ATENCION HOSPITALARIA	11.915	HOSPITALIZACION	790,00	112.954.200	0,3	SOAT -15%
	ATENCION INICIAL DE URGENCIA	11.915	URGENCIAS	1.212,00	173.291.760	0,3	SOAT -15%
	AYUDA DIAGNOSTICA	11.915	RX	533,00	76.208.340	0,3	SOAT -15%
	LABORATORIO CLINICO 1 NIVEL	11.915	LABORATORI O	841,00	120.246.180	0,8	SOAT -15%
	TRANSPORTE ASISTENCIAL	11.915	TRANSPORTE BASICO	750,00	107.235.000	0,1	SOAT -15%
	TOTAL AMBULATORIO AFILIADO MES	11.915		11.645,00	589.935.480		SOAT -15%
	PYP	11.915	PYP SIN PARTO	3.214,00	459.537.720		SOAT -15%
	EISP	11.915	EISP	441,00	63.054.180		SOAT -15%
	TOTAL PYP	11.915		3.655,00	522.591.900		SOAT -15%
	PARTO		PARTO	750.000			
	TOTAL SERVICIOS CAPITADOS	11.915		15.300,00	2.187.594.000		SOAT -15%

Fuente: Facturación ESE HLCI

Tabla No.310
DADIS – ENTE TERRITORIAL

CONTRATO POR 6 MESES							
EPS	SERVICIO CONTRATADO	POBLACION	ACTIVIDADES	VR X PERS MES 2016	FACTURADO PROME AÑO 2016	FACTURADO PROME MES 2016	EVEN TO
DADIS	ATENCION AMBULATORIA	35.001	MEDICINA GENERAL	2.980,00	1.251.635.760	104.302.980	SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	35.001	ODONTOLOGIA	3.140,00	1.318.837.680	109.903.140	SOAT 100%
	ATENCION AMBULATORIA	35.001	PROCEDIMEINTOS AMBULATORIOS	724,00	304.088.688	25.340.724	SOAT 100%
	SUB TOTAL AMBULATORIO	35.001		6.844,00	2.874.562.128	239.546.844	SOAT 100%
	ATENCION HOSPITALARIA	35.001	HOSPITALIZACION	858	360.370.296	30.030.858	SOAT 100%
	ATENCION INICIAL DE URGENCIA	35.001	URGENCIAS	1.113,00	467.473.356	38.956.113	SOAT 100%
	AYUDA DIAGNOSTICA	35.001	RX	1.020,00	428.412.240	35.701.020	SOAT 100%
	EKG AMBULATORIO	35.001	EKG		-	-	
	LABORATORIO CLINICO 1 NIVEL	35.001	LABORATORIO	1.190,00	499.814.280	41.651.190	SOAT 100%
	TRANSPORTE ASISTENCIAL	35.001	TRANSPORTE BASICO	871	365.830.452	30.485.871	SOAT 100%
	SUB TOTAL	35.001		5.052	2.121.900.624	176.825.052	SOAT 100%
	TOTAL AMBULATORIO AFILIADO MES	35.001		11.896,00	4.996.462.752	416.371.896	SOAT 100%

	PYP	35.001	PROTECCION Y DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES	2.693,00	1.131.092.316	94.257.693	SOAT 100%
	PYP	35.001	PROMOCION	602	252.847.224	21.070.602	SOAT 100%
	EISP	35.001	EISP	626	262.927.512	21.910.626	SOAT 100%
	PARTO	35.001	PARTO	850	357.010.200	29.750.850	SOAT 100%
	TOTAL PYP	35.001					SOAT 100%
				4.771,00	2.003.877.252	166.989.771	

Fuente: Facturación ESE HLCl

Una de las amenazas para contratación, es la fragmentación de la población afiliada, ya que solo en tres EPS se contrata la misma población para la atención de morbilidad, promoción y prevención y atención hospitalaria; en el caso de Comfamiliar, Coosalud y Mutual la población usuaria asignada para la atención de morbilidad y promoción y prevención no sobrepasa el 66%, debido a la contratación de su Red propia. Esta situación genera en primer lugar, no garantizar una atención integral, ya que solamente se les brinda atención hospitalaria y el manejo del riesgo es valorado y manejado en otra institución; en segundo lugar, la insatisfacción en el servicio porque debe dirigirse a varias sedes para ser atendido, ya que en un porcentaje importante el centro de atención de la ESE es el más cercano para él y por último, que no permite el seguimiento de los pacientes, especialmente los que son atendidos en los programas de hipertensión, diabetes mellitus y promoción y prevención, porque no hay condiciones claras en el proceso de referencia.

1.2.3 Análisis de tarifas

Tabla No. 311

Comparativo de Tarifas por Servicios por EPS, en la ESE Hospital Local Cartagena De Indias, Año 2017

EPS	ORDEN	TOTAL POBLACION CONTRATA DA POR EPS	POBLACION CONTRATA DA PARA ATENCION MORBILIDAD Y PYP	% DE POBLACION CONTRATA DA PARA ATENCION MORBILIDAD Y PYP	TARIFA CONSULTA EXTERNA	TARIFA ODONTOLOGIA	TARIFA DETECCION TEMPRANA	TARIFA PROMOCION	TARIFA URGENCIA
AMBUQ	8	16967	11300	66,6%	\$2.669,9	\$2.492,7	\$3.934,0	*	\$3.077,0
CAJACOPI	7	15300	6915	45,2%	\$3.865,0	\$3.996,0	\$1.063,3	\$173,2	\$1.493,0
COMFACOR	5	32131	7262	22,6%	\$3.946,2	\$2.953,5	\$2.700,1	\$830,8	\$2.077,0
COMFAMILIAR	3	94021	61352	65,3%	\$2.397,7	\$3.338,8	\$2.109,2	\$416,2	\$1.300,6
COMPART A	6	21929	21929	100,0%	\$4.210,5	\$1.683,8	\$4.422,8	\$683,6	\$2.791,5
COOSALUD	1	174917	94390	54,0%	\$2.647,5	\$3.971,1	\$3.086,3	*	\$1.323,7
MUTUALSER	2	122163	66487	54,4%	\$2.317,4	\$3.307,5	\$4.373,3	*	\$989,1
NUEVA EPS	9	11915	11915	100,0%	\$3.539,0	\$3.539,0	\$3.214,0	*	\$1.212,0
DADIS	4	35001	35001	100,0%	\$2.980,0	\$3.140,0	\$2.693,0	\$602,0	\$1.113,0

*Incluida en la tarifa de detección temprana

En el cuadro anterior se puede observar la discrepancia existente entre las tarifas que en los servicios de consulta externa, odontología, promoción y prevención y urgencias. Para el caso del servicio de consulta externa la mejor tarifa la tenemos con Comparta EPS y la peor tarifa con Mutual EPS, con una diferencia del 45%, además, se observa que las tres EPS con mayores usuarios contratados son las que menor tarifa tienen para este servicio. En el caso del servicio de odontología, tenemos la mejor tarifa con Cajacopi EPS y la peor con Comparta EPS, con una diferencia del 32% de la tarifa.

En la atención de promoción y prevención la mejor tarifa la paga la Comparta EPS y la menor Cajacopi EPS, con una diferencia 76%.

En la atención de urgencias la mejor tarifa la paga Ambuq EPS la menor Mutual EPS, con una diferencia de 68%.

Esta información es valiosa para diseñar una estrategia para mejorar las tarifas en los servicios ofertados y que no sea tan sin significativa la disparidad de las tarifas pagadas por cada EPS.

1.2.4 Operación dentro de la Red de la ESE Cartagena de Indias.

Desde el año 2001, la ESE Hospital Local Cartagena de Indias opera la oferta asistencial de salud de baja complejidad en el Distrito de Cartagena, tanto en el área urbana, como rural e insular. Por ser la única entidad pública distrital de servicios de salud, tiene un carácter monopólico para algunos servicios en gran parte del territorio rural e insular, sin embargo a nivel urbano la oferta asistencial de IPS privada es abundante, 353 IPS ofertan servicios de baja complejidad media complejidad y alta complejidad (DADIS 2014) y le compiten en la oferta asistencial, muchas de las cuales tienen relación directa con EPS que administran el aseguramiento en el distrito.

En el documento de Redes del Distrito de Cartagena define la conformación de las subredes de atención teniendo en cuenta la división política del Distrito, estas son: Subredes de la localidad N1 o Histórica y del Caribe Norte; Subredes de localidad No.2 o de la Virgen y Turística; Subredes de la localidad No.3 o Industrial y de la Bahía.

Los servicios de mediana complejidad, por entidades públicas son prestados por las siguientes instituciones:

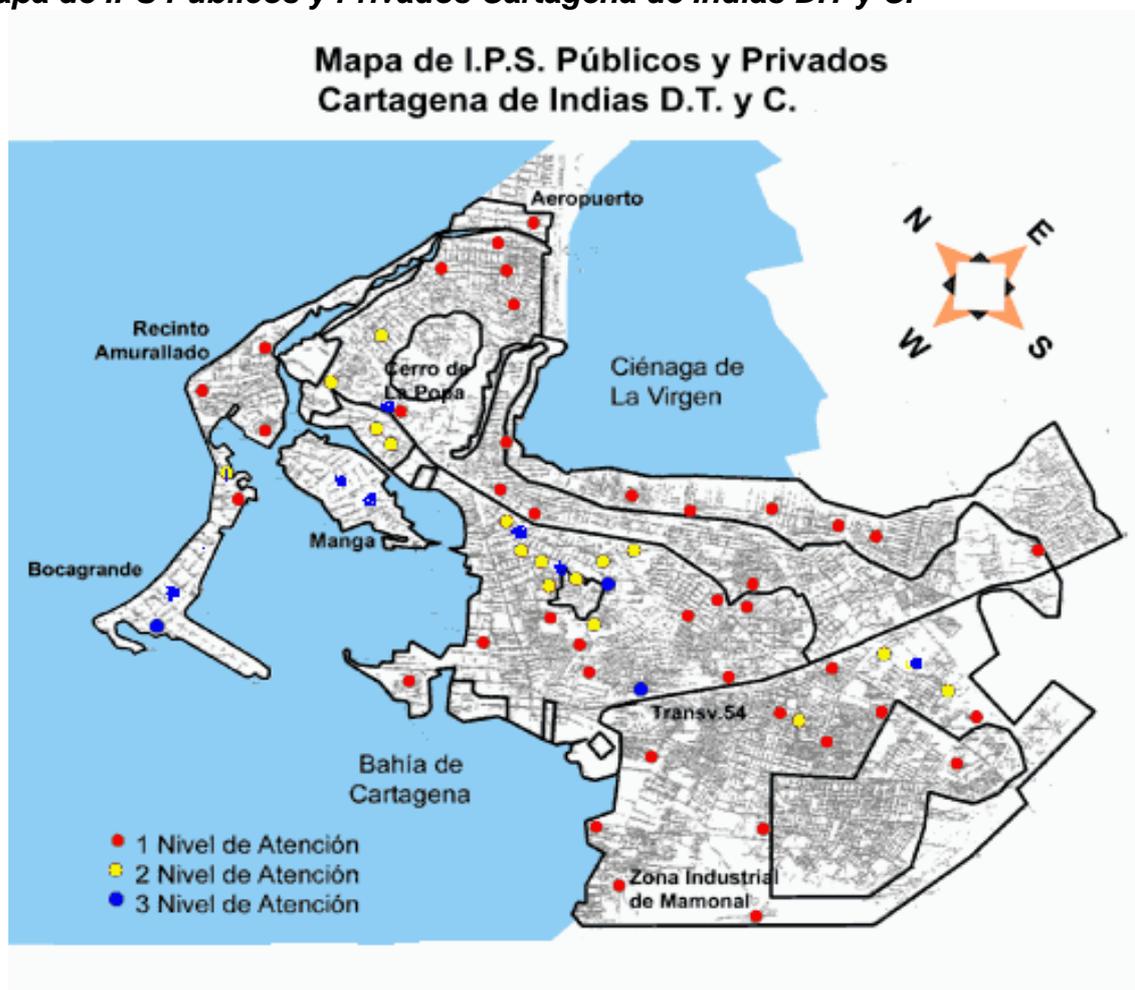
ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo de Cartagena: Presta los servicios de consulta externa y cirugía baja complejidad y de mediana complejidad de ginecología y obstetricia de forma ambulatoria, de urgencias y hospitalización, incluye laboratorio clínico de mediana complejidad las 24 horas. Adicionalmente cuenta con una unidad de cuidados intensivos neonatal y una unidad de cuidados intensivos adulto cuyos servicios están disponibles a los pacientes de la clínica que los ameriten. La única IPS Pública que ofrece servicios de alta complejidad del departamento de bolívar es la ESE Hospital Universitario del Caribe.

La oferta de servicios de Salud Mental en el distrito está dada actualmente por tres instituciones privadas: Fundación Simón Santander, situada en Cartagena con 13 camas psiquiátricas, 3 camas para fármaco dependencia, 2 camas de cuidado agudo mental y 5 camas de cuidado intermedio mental. CEMIC, con 30 camas de psiquiatría, 2 camas de fármaco dependencia, 5 camas de cuidado agudo mental, 2 camas de cuidados intermedios mental y 7 camas de salud mental. Clínica San Felipe de Barajas, ubicada en Cartagena, con 10 camas para atención de salud mental psiquiátrica.

El grueso de la oferta asistencial de media y alta complejidad lo dispone la red de IPS privadas: Clínica Madre Bernarda, Clínica Medihealth, Clínica Cartagena del Mar, IPS Comfamiliar, IPS Profamilia, Clínica Universitaria San Juan de Dios, IPS Simón Santander, Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, Centro Médico Crecer, Gestión Salud S.A, Fundación UCI Doña Pilar, Clínica General del Caribe S.A S, Clínica HIGEA IPS S. A., Clínica DE LA MUJER, CEMIC, Fundación Centro Colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas-FIRE, etc

Grafica N° 29

Mapa de IPS Públicos y Privados Cartagena de Indias D.T y C.



Fuente: PDI ESE H. L. Cartagena año 2012 – 2015

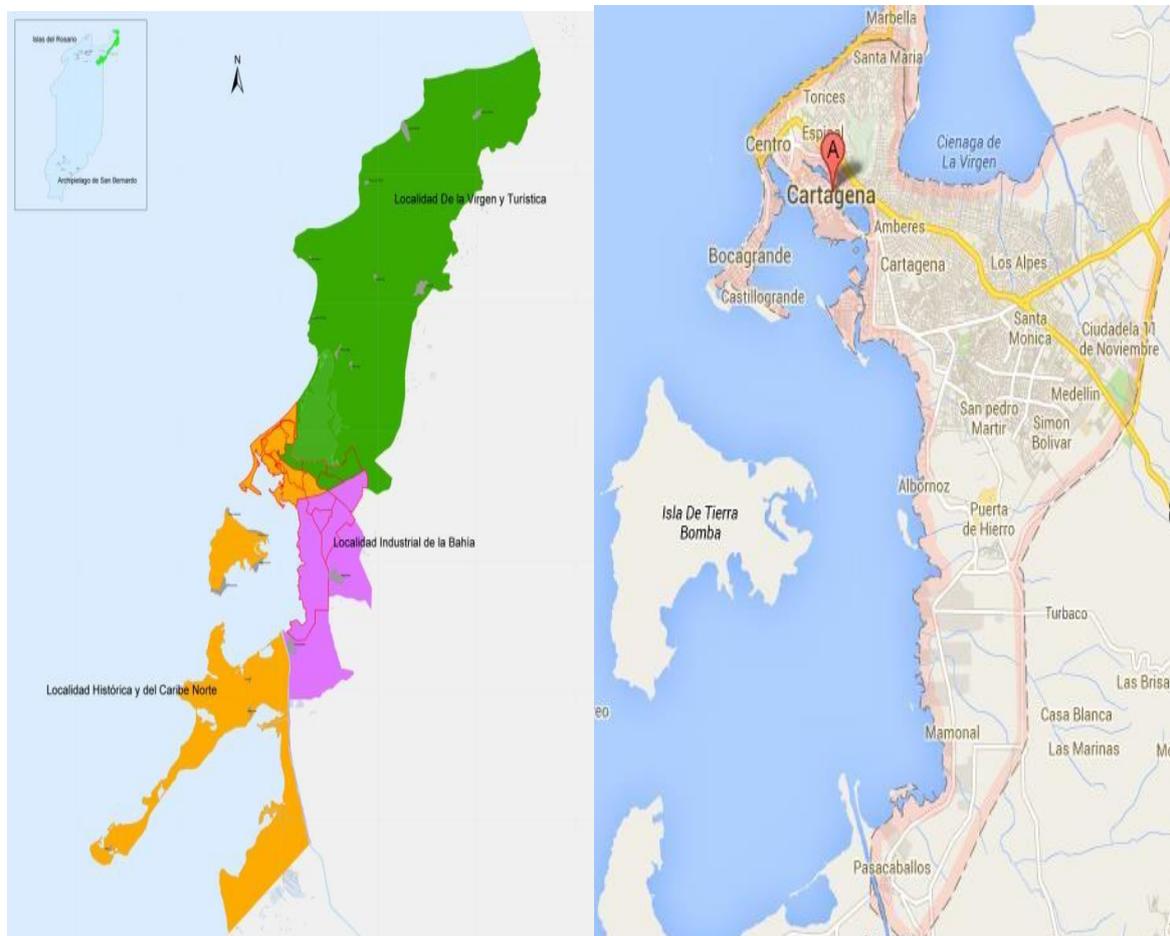
Como bien sabemos con el ajuste del modelo de gestión del SGSSS, el Distrito de Cartagena de Indias, debe vigilar porque se garantice la atención integral de la población, que sea adecuada la oferta de salud, mediante la articulación de IPSs de baja complejidad, media y de alta complejidad. Es decir, debe regular la conformación de las redes integradas de atención en salud RIPSS en su jurisdicción para los servicios de promoción, prevención, gestión del riesgo y asistenciales, la adecuada organización de las rutas integrales de atención en salud RIAS y el desarrollo de los protocolos de las RIPSS que se constituyan en la organización funcional de oferta de servicios de salud del distrito, siendo la puerta de entrada al sistema a nivel de la baja complejidad a través de los operadores primarios definidos en la política PAIS (resolución 0429 de 2016).

La propuesta estratégica que ha formulado la empresa para asumir el rol de Prestador Primario implica la redefinición y reclasificación de la mayoría de las IPS que integran la red prestadora de la entidad. Esta propuesta implica redefinir el rol de las sedes de baja complejidad tipo A, B y C que hoy tienen algunas sedes para que operen como IPS para Gestión de Riesgo o P y P o Urgencias resolutivas, o portafolio completo de Prestador Primario. Esta propuesta será sustentada a partir de los estudios de caracterización de las poblaciones objetivos que implican además la atención del flujograma histórico de las demanda de servicios hacia la oferta actual instalada, la característica general será la siguiente: Se organizaran 3 subredes internamente por la empresa, cada subred estará organizada así: Una Unidad Prestadora cabeza de Subred redefinida como **Prestador Primario** que ofertara el portafolio integral de la baja complejidad y las especialidades básicas como Salud familiar, pediatría, medicina interna, cirugía, psiquiatría, ginecología y obstétrica, etc, tal como está definido por la resolución 0429 del 2015 para los prestadores primarios, Cada IPS cabeza de la Subred, esta complementada por un grupo de IPS de las cuales otra sede operativa, dentro del territorio asignado a cada subred o dos desarrollaran una capacidad resolutiva integral para la atención de urgencias de baja complejidad, las demás IPS dentro de cada subred se especializaran en servicios de gestión de riesgos y de promoción y prevención en salud, todo esto será desarrollado concomitantemente con atenciones familiares y comunitarias por equipos extramurales que se distribuirán geográficamente en todo el territorio del Distrito.

Los ajustes en la clasificación del tipo de portafolio asignado a las IPS de la ESE Hospital Cartagena de Indias, han sido armonizados con el documento de red del Distrito de Cartagena.

Grafico No.30

División político administrativa de Cartagena de Indias, Distrito turístico y Cultural



Fuente: ASIS Distrital 2015

Demanda Potencial de Servicios Sobre la ESE Hospital Local Cartagena de Indias.

El Distrito de Cartagena, registra en 2015 una población total de 1.001.755 habitantes, se puede observar como en el período 2013 - 2015, el municipio reporta un incremento de la población de aproximadamente de 2,4%, posiblemente por el aumento de la tasas de natalidad que se presenta en la población. En los últimos 10 años de este siglo XXI Cartagena ha incrementado su población total en un 12,2%. En el año 2005 la población total fue estimada en 893.033 personas y en el 2015 la misma alcanza la cifra de 1.001.755. De esta población 623.681 se registran como sisbenizados, o sea el 62,26%. Están afiliados al régimen contributivo 523.086 personas o sea el 52,22% y 463.309 o sea el 46,25% al régimen subsidiado. Alrededor de 15.300 personas no están focalizados en ningún régimen.

Tabla No.312

Distribución porcentual de la población según situación en el SGSSS, Cartagena D, T Y C, Año 2016

CONDICION	Nº HABITANTES	%
AFILIADOS RÉGIMEN SUBSIDIADO	463.309	46,25
AFILIADOS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	523.086	52,22
NO ASEGURADOS	15.360	1,53
POBLACIÓN TOTAL	1.001.755	100,00
POBLACIÓN SISBENIZADA	623.681	62,26

Fuente: ASIS Distrital 2016.

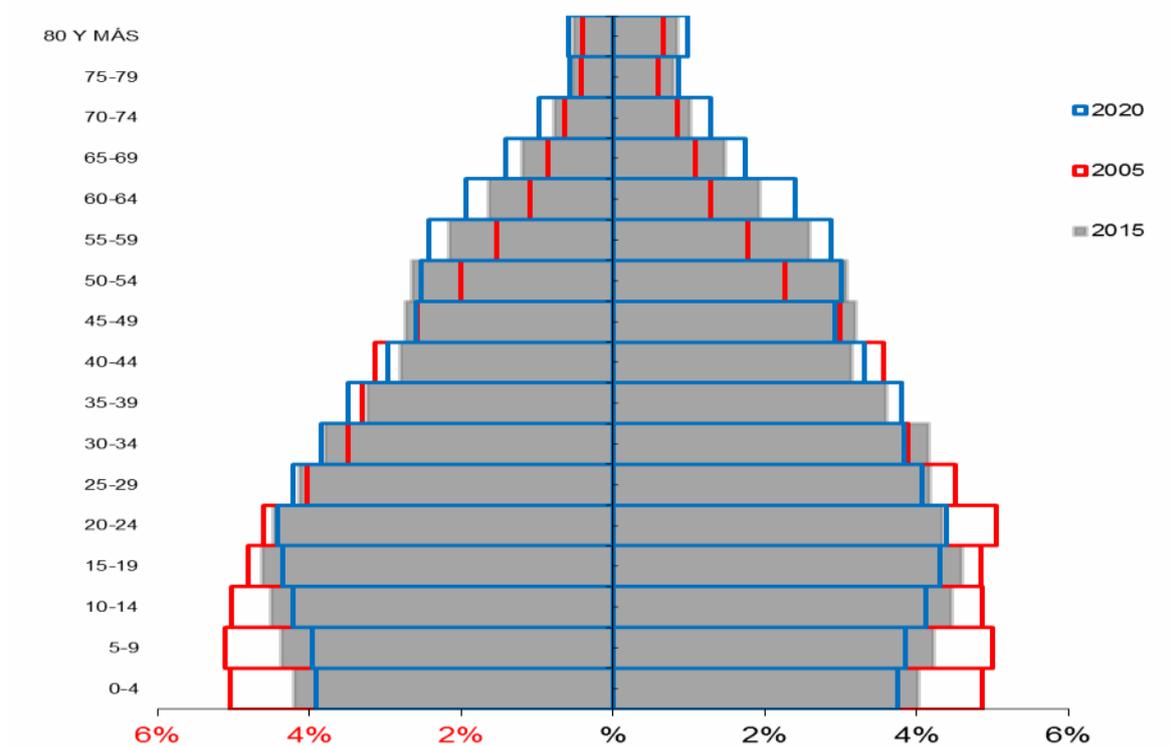
La proyección de la tasa de crecimiento no acusa en forma notoria los flujos migratorios de entrada de personas a la ciudad. Para los próximos siete (7) años según proyecciones del DANE, la tasa de crecimiento seguirá un descenso no tan marcado que dio su inicio a partir del 2011, la población en términos absolutos continuará creciendo como resultado de la conjunción factores: Tales como continuas ganancias en la reducción de la mortalidad; una natalidad relativamente sostenida en torno al 19 por mil, gracias a una fecundidad en lento descenso.

Estructura demográfica

La pirámide poblacional del Distrito de Cartagena tiene una forma progresiva, triangular, de parasol o pagoda: indica una destacada importancia de población joven, con una base ancha por las altas tasas de natalidad durante el año 2005, en la cual se observa una disminución marcada para el año 2020 y una rápida disminución de la población conforme nos acercamos a la cima es decir, con una reducción del número de ancianos, por unas tasas de mortalidad elevadas en adultos mayores y una esperanza de vida bajas. Se observa un comportamiento demográfico en descenso en la población de menores de 14 años, lo cual significa que la natalidad ha disminuido en los últimos años, estimándose que para el año 2020 será menor, generando un envejecimiento de la población. Además se puede evidenciar que se presenta un aumento en el grupo de 55 años en adelante haciéndose notoria la leve disminución de la población de 0 a 14 años, sin perder la estructura de base ancha para el 2020.

De acuerdo a lo observado en la pirámide poblacional del Distrito de Cartagena se presenta un predominio del grupo de edad económicamente activo, población de 15 – 64 años, con un porcentaje de 67% seguido del grupo poblacional más joven de 0 – 14 años con el 26, %.

Al hacer un análisis disgregado según la distribución por sexo se evidencia que para los años 2005, 2015 y 2020 existe un predominio de la población femenina, con una proyección al aumento del 5% para el año 2020 con respecto al año 2015 (Grafica 31).

Grafica No.31.*Pirámide poblacional de Cartagena, 2005, 2015 y 2020*

Fuente: PROYECCION DANE 2005-2020

La población menor significativa está dada por el ciclo de 60 años y más (Persona mayor), representa el 10,7% lo que demanda por parte del municipio mantener y proporcionar servicios de salud con calidad, puesto que esta población requiere más prestaciones sociales y por supuesto servicios de salud esto puede estar influenciado por las limitaciones e incapacidades que se presentan en las personas mayores asociadas a condiciones alteradas de salud física o mental, es así que se debe definir políticas sociales y sanitarias para dar respuesta a estos requerimientos. Se denota además que el ciclo de vial de primera infancia propende por una tendencia hacia el descenso, con los grupos jóvenes, adultos y persona mayor pasa lo contrario la tendencia en el tiempo es en aumento.

Tabla N° 313

Proporción de la población por ciclo vital distrital de Cartagena, Año 2015

Ciclo vital	2015	
	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	83.077	8,3
Infancia (6 a 11 años)	104.703	10,5
Adolescencia (12 a 18 años)	128.412	12,8
Juventud (14 a 26 años)	232.794	23,2
Adulthood (27 a 59 años)	421.363	42,1
Persona mayor (60 años y más)	107.604	10,7
Total	1.001.755	100

Fuente: Proyección DANE 2005-2020

La población menor significada está dada por el ciclo de 60 años y más (Persona mayor), representa el 10,7% lo que demanda por parte del municipio mantener y proporcionar servicios de salud con calidad, puesto que esta población requiere más prestaciones sociales y por supuesto servicios de salud esto puede estar influenciado por las limitaciones e incapacidades que se presentan en las personas mayores asociadas a condiciones alteradas de salud física o mental, es así que se debe definir políticas sociales y sanitarias para dar respuesta a estos requerimientos. Se denota además que el ciclo de vial de primera infancia propende por una tendencia hacia el descenso, con los grupos jóvenes, adultos y persona mayor pasa lo contrario la tendencia en el tiempo es en aumento.

Cartagena es destino de un altísimo porcentaje de víctimas del conflicto armado, se calculó que el total de la población víctima del conflicto armado inmigrante en el Distrito de Cartagena a corte de 31 de Enero de 2017 según RUV (Registro Único de Víctimas) fue de 124.328 personas, de la cuales 60.900 usan los actuales de los servicios de la ESE HLCI como usuarios pacientes, a los cuales se atienden dentro de los servicios generales de la entidad en las diferentes sedes y representan el 12,69% del total de los 483.083 usuarios registrados por la ESE en el mes de Enero de 2017.

Muchos de los habitantes de la ciudad, conforman grupos poblacionales específicos (Víctimas de violencia, Zonas de la ciénaga de la virgen, Mándela, Arroz Barato, El pozón, Bicentenario, Mándela, etc.), en zonas periféricas o de invasión o de desarrollo nuevo y rural, los cuales carecen de adecuada infraestructura sanitaria, vías y transporte. Además son comunidades con una inadecuada cultura para la salud, que practican malos hábitos nutricionales, no realizan actividad física rutinaria y se desenvuelven dentro de una cultura de la intolerancia y la agresividad. Estas comunidades son también focos de distribución de SPA, y tienen una cultura ligada al consumo rutinario de alcohol.

Tabla N° 314

Cobertura de afiliación a la Seguridad Social en Salud - Año 2015.

MUNICIPIO	Población Total (Fuente DANE 2005)	Población SISBEN 1 y 2	Afiliados. Régimen Subsidiado	Afiliados. Contributivo	Total Afil. Sub. + Contrib	% Cobertura
Cartagena	978.600	623.681	460.510	508.065	968.575	98,98
%	100%	63,73	47,06	51,92	98,98	

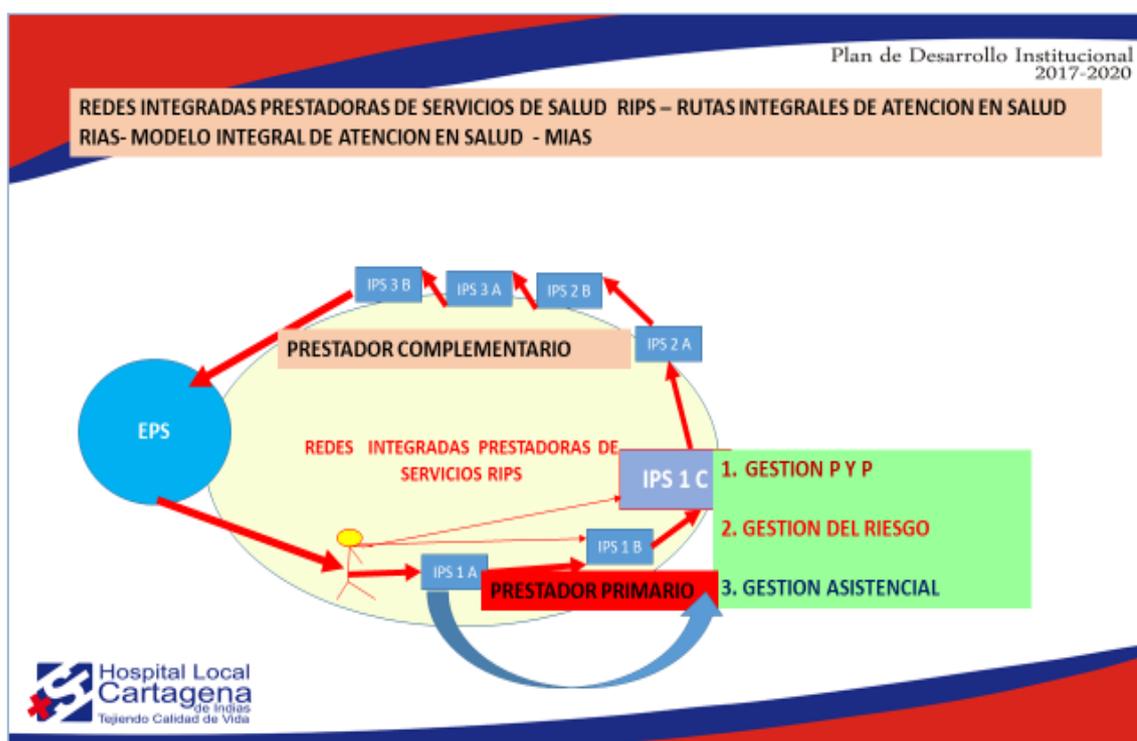
Dentro del análisis de la demanda de los servicios de la Empresa es obligado considera los actuales cambios normativos y de políticas que afectan el desempeño del sistema general de seguridad social en salud como la Ley 1751 o **Ley Estatutaria en Salud** y sus normas reglamentarias que han generado la **política PAIS**, el modelo Integral de Atención en Salud **MIAS** y obligan a la IPS a la operación en **RIPPS** y a profundizar la APS con enfoque familiar y comunitario. Este enfoque consolida la cobertura universal de aseguramiento, precisa sanciones por negación de los servicios, visualiza la

autonomía del profesional de la salud en el acto médico y elimina los comités técnicos científicos, haciendo aún más determinante la adopción de guías y protocolos asistenciales para estandarizar el ejercicio profesional, garantizar calidad y controlar costos. La IPS que no se adapte, que no redefina su rol podrá ser anulada del mercado.

Este enfoque de salud familiar y comunitaria obliga repensar el modelo de prestación de servicios que actualmente opera la empresa, induce a reorientarlo hacia la gestión del riesgo, el fortalecimiento del componente de P y P, es decir a revisar lo intramural y fortalecer lo extramural de tal forma que diseñe una propuesta de **Prestador Primario** atractiva y útil a las EABP para una adecuada inclusión en las RIPSS. En ese orden de ideas la empresa debe trabajar en la gestión en tres factores críticos: I) Desarrollo del talento humano en salud; II) rearticulación y reorganización de servicios de salud para control del gasto; y III) Planeación y gestión territorial para el cuidado, la gestión integral del riesgo en salud con enfoque diferencial de territorios y poblaciones para lo cual debe diseñar adaptaciones a Modelos Integrales de Atención en Salud (MIAS) que condiciona a la empresa a precisar las rutas y flujos de usuarios para la gestión de la promoción en salud y prevención de la enfermedad

Grafica N° 32

Redes integradas prestadoras de servicios de Salud



Plan Decenal de Salud Pública: Este instrumento de planeación en salud, además de las metas y estrategias para el desarrollo de los objetivos de la salud, nos centraliza en el modelo de las determinantes sociales de la salud - enfoque de multicausalidad – multicomplejidad como esquema de pensamiento para la gestión asistencial de la promoción y prevención y de la gestión del

riesgo en salud. Los Determinantes Sociales de la Salud conforman, un modelo que enfoca el concepto de riesgo epidemiológico como determinado individual, histórica y socialmente. La relación entre los Determinantes Sociales de la Salud y el estado de salud es, por ello, compleja y multicausal, e involucra a muchos niveles de la sociedad que abarcan desde el nivel micro celular hasta el macro ambiental (OMS, 2011).

En 2010, en la “Declaración de Adelaida sobre Salud en todas las Políticas” (OMS), se urge a los gobiernos incluir la salud en todas las políticas de los diferentes sectores como elemento transversal necesario, como causa y consecuencia de mejoras en el nivel de vida y el desarrollo de las personas y de las naciones, dado que la salud es resultado de la interacción de múltiples factores, muchos de ellos fuera del ámbito del sector mismo de la salud. Esta declaración, pretende captar a los líderes e instancias normativas de todos los niveles de gobierno: local, regional, nacional e internacional, y hace hincapié en que la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas. Esto es así porque las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una génesis económica y social y ambiental.

Dentro de su marco estratégico el Plan Decenal de Salud Pública define las orientaciones operativas de las acciones a través de tres líneas de acción que son complementarias toda vez que orientan las acciones sobre los determinantes intermedios. Estas acciones, teniendo en cuenta la naturaleza de las estrategias de las cuales hacen parte, se ordenan para su ejecución en tres líneas operativas:

1. Línea de promoción de la salud
2. Línea de gestión del riesgo en salud
3. Línea de gestión de la salud pública.

Plan Nacional de Desarrollo 2016 - 2020: Objetivos de desarrollo sostenible. Colombia tuvo un liderazgo internacional en la creación de los ODS adoptados en Río +20, razón por la cual fue designado por el Secretario General de Naciones Unidas para participar en el panel de alto nivel sobre la agenda de desarrollo Post – 2015, en donde se presentó un informe denominado “Una nueva alianza Mundial: Erradicar la pobreza y transformar las economías a través del desarrollo sostenible”.

La principal contribución del panel corresponde a cinco grandes cambios transformativos que tuvieron fuerte influencia en las otras etapas del proceso: no olvidarse de nadie, colocar el desarrollo sostenible en el centro de la agenda, transformar las economías para crear empleo, construir paz e instituciones eficaces, abiertas y responsables para todos, y forjar una nueva alianza para el desarrollo. Los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), también conocidos como objetivos mundiales, se basan en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); los ODS van mucho más allá de los ODM, abordando las causas fundamentales de la pobreza y la necesidad universal de desarrollo que funcione para todas las personas. Este contiene 17 Objetivos Para El Desarrollo Sostenible(los ODS) y 169 metas que buscan erradicar la

pobreza, combatir las desigualdades y promover la prosperidad, al tiempo que protegen el medio ambiente de aquí a 2030. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son: 1. Erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo. 2. Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible. 3. Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos para todas las edades. 4. Garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa, y promover las oportunidades de aprendizaje permanente para todos. 5. Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas. 6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos. 7. Asegurar el acceso a energías asequibles, fiables, sostenibles y modernas para todos. 8. Fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todos. 9. Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación. 10. Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos. 11. Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles. 12. Garantizar las pautas de consumo y de producción sostenibles. 13. Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos (tomando nota de los acuerdos adoptados en el foro de la convención marco de las naciones unidas sobre el cambio climático). 14. Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, mares y recursos marinos para lograr el desarrollo sostenible. 15. Proteger, restaurar y promover la utilización sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de manera sostenible los bosques, combatir la desertificación y detener y revertir la degradación de la tierra, y frenar la pérdida de diversidad biológica. 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles. 17. Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.

Grafica N° .33

Objetivos de Desarrollo Sostenible



ASIS 2015 – PTS 2016 - 2019: Condiciones socios demográficos, ambientales, de movilidad y del desarrollo, tensiones en salud. Sobre estos documentos la

empresa recibe como muy determinantes para su propuesta estratégica la identificación de las tensiones en salud priorizadas por el Distrito de Cartagena a la luz del actual modelo de las determinantes sociales, las cuales son:

Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles. Valoración 5. En el Distrito de Cartagena desde hace 14 años el comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan en el perfil epidemiológico las primeras 5 causas de morbimortalidad. Durante el año 2013 se notificaron en el registro único de afiliados - RUAF un total de 3.793 correspondiéndole una tasa de mortalidad de 387.6 por 100.000 habitantes, siendo el infarto agudo de miocardio la principal causa de defunción con una mortalidad del 17.7% del total de las defunciones registradas, siguiendo y la insuficiencia cardiaca congestiva con 5.1%. Esta situación se debe a la deficiente implementación de estrategias que intervengan las principales causas como son inadecuadas prácticas de autocuidado de la salud, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, malos patrones alimentarios, deficientes espacios para la recreación y deporte, al igual que deficientes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por parte de las EPS; ocasionando altos costos en los servicios de salud, discapacidad, cronicidad de la enfermedad y aumento de la morbilidad. Muy a pesar que el ente de salud desarrolla programas y proyectos para minimizar los factores de riesgo que territorial desencadenan las enfermedades crónicas no transmisibles, estas acciones son insuficientes por la falta de articulación con otras dependencias de la administración y otros sectores para la construcción de espacios recreativos y deportivos, la implementación de programas preventivos y la implementación de políticas públicas que brinden oportunidades a la población en general para acceder a programas recreativos y deportivos. De igual forma las afecciones de la salud oral, visual y auditiva son cada día más frecuentes en todos los grupos etáreos, y si bien, en general no son causas de muerte, afecta, la calidad de vida de las personas. Para el año 2013 la caries dental se encuentra ubicada dentro de las primeras 20 causas de morbilidad en el Distrito. La caries y las enfermedades de las encías no solo afectan la salud bucal; sino que pueden considerarse factores de riesgo para la generación de complicaciones ante la presencia de enfermedades generales como la diabetes, las enfermedades cardiacas, o incluso en mujeres gestantes, en quienes se incrementa el riesgo de preeclamsia, parto prematuro e incluso bajo peso al nacer. Según la caracterización de las personas con discapacidad del Ministerio de Salud y de la Protección Social en el Distrito de Cartagena hay 777 personas con discapacidad sensorial auditiva en edades de 0 a más de 60 años siendo el porcentaje más alto en edades de 18 a 59 años, seguida las edades de 6 a 12 años. Entre las causas esta la enfermedad general, las condiciones de salud de la madre durante el parto y alteraciones genética hereditaria. Se presenta en el Distrito además un patrón cultural muy arraigado relacionado con las costumbres de escuchar música a altos decibeles de los llamados pick - up e igualmente al uso indiscriminado de los audífonos en celulares y demás elementos tecnológicos de moda.

Dimensión Ambiental. Valoración 5.5. El Distrito de Cartagena a pesar de disponer de un buen suministro de agua potable y alcantarillado con coberturas del 99.5% y 99% respectivamente en el área urbana, el área corregimental sobre todo el insular y parte del continental presenta una baja cobertura de acueducto con un 65% y 43% de alcantarillado. En el área urbana las zonas donde no hay coberturas de acueducto y alcantarillado se deben a los asentamientos humanos en zonas de alto riesgo, zonas de invasión y de ubicación de personas en desplazamiento, donde no hay legalización de lotes y dificulta la instalación de redes para suministro de agua potable. En el área corregimental incluyendo zona insular la baja cobertura tiene dentro de sus principales causas la falta continua de políticas públicas y voluntad política de las administraciones en la toma de decisiones para la Instalación de redes de acueducto y alcantarillado que permitan el mejoramiento de las condiciones de vida de la población especialmente niñas, niños, adultos mayores y mujeres embarazadas entre otros, que habita en las islas de Tierra Bomba, Barú, Isla Fuerte, Archipiélago de San Bernardo, Islas de Rosario, en el área continental las veredas de Palmarito, La Europa, Arroyo de las Canoas, Púa y Bajo del Tigre; Zonas de alto riesgo Lomas de Marión, Lomas de Peyé, parte de los barrios Pozón, Mandela, Olaya, Lo Amador, Nariño y San Francisco. Actualmente el área rural corregimental e insular y continental no cuenta con un diagnóstico que permita establecer la calidad del agua que consumen sus pobladores. En relación con el servicio de aseo presenta un comportamiento similar con coberturas del 90% incluyendo área urbana y rural, sin embargo se encuentran zonas disposición de residuos sólidos al aire libre obstruyendo canales pluviales, originando contaminación ambiental, reproducción de artrópodos y roedores y muy a pesar que el Distrito adelanta una adecuada recolección transporte y disposición final de residuos sólidos y líquidos en un relleno sanitario ajustado a la normatividad, existen dentro de la población conexiones indebidas de aguas residuales a los caños de agua pluviales, agravado por la acumulación inapropiada de residuos sólidos en estos sistemas de caños; existe de manera general malos hábitos y conductas inadecuadas dentro de la población en general en el mal manejo de los residuos sólidos y líquidos generando olores ofensivos, criaderos de insectos y roedores plagas lo que conlleva a la transmisión de distintas patologías. Se han incrementado las quejas por presencia de ruidos en altos decibeles, material particulado y radiaciones en distintos sectores de las tres localidades, actualmente el distrito de Cartagena no cuenta con un diagnóstico de las fuentes generadoras o emisoras de ruido, radiaciones electromagnéticas y radiación ultravioleta, igualmente se desconocen las fuentes generadoras de material particulado y metales pesados, además no se cuenta con una línea de base, de las zonas de producción o emisión de contaminantes debidamente identificadas con las cuales se podría elaborar el perfil de la calidad del aire del Distrito.

Dimensión Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles. 2. Debido a la no cultura del autocuidado, a desconocimiento de mecanismos de acceso a servicios de salud, demanda inducida inadecuada, deficiente prestación de servicios de salud, incumplimiento en la aplicación de los protocolos y guías de atención por parte de las IPS, detección inoportuna,

la falta de vigilancia y control por parte del estado a las EPS e IPS, barreras de acceso en la prestación de servicios de salud, y a la débil implementación de estrategias de atención primaria de EPS y estado en general, en el Distrito de Cartagena, acuerdo al perfil epidemiológico 2013 del Distrito de Cartagena las principales causas de mortalidad prematura son las leucemia linfocítica aguda, presentándose en un 42.8 % en los grupos de edad de 10 a 14 años, en este mismo grupo de edad también se presenta el 80% de muertes por esta patología siendo que es una patología con expectativas de supervivencia alta. Asimismo, se viene presentando diagnóstico inoportuno de cáncer de mama, cáncer de útero y cáncer de próstata en las 3 localidades incrementando la morbimortalidad por estas patologías, con mayor frecuencia en población adulta mayor. La tasa de mortalidad cáncer de cuello uterino representa el 9,1 por 100.000 mujeres, siendo esta la tasa más alta de las registradas en los últimos 6 años, al igual que las defunciones de por cáncer de mama, presentándose 68 defunciones por cáncer de Mama con una tasa de mortalidad para este evento de 13,9 por 100.000 mujeres. Esta situación genera un impacto alto negativo por cuanto algunas muertes son evitables, genera cronicidad, complicaciones, discapacidades, elevados costos y la mortalidad de los pacientes. Esta situación se presenta en las tres localidades del Distrito desde hace 5 años.

Dimensión Convivencia Sana y Salud Mental. Valoración 6. En el Distrito de Cartagena es evidente la ocurrencia de varios factores de riesgo que afectan de forma directa la convivencia social y la salud mental de sus habitantes. En el año 2014 ocurrieron 38 casos de muerte por suicidio en el Distrito de Cartagena y alrededor de 2000 casos de personas atendidas por los servicios de salud mental fueron notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública del DADIS. No obstante y teniendo en cuenta la población total del Distrito la cifra de notificación es muy baja aun evidenciando la poca demanda de los servicios de atención en salud mental, debilidad en la detección oportuna lo que agrava y cronifica el trastorno, falta de confianza en los servicios de atención en salud mental y desconocimiento de las rutas de atención en salud mental en general. Dentro de los factores de riesgo identificados y asociados a los diferentes trastornos mentales y suicidio, están las problemáticas del orden social presentes en el territorio, pobreza, desempleo, consumo de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, pandillismo, deserción escolar, personas en situación de calle situaciones de estrés como violencia y desplazamiento forzado. Uno de estos factores relacionados con el pandillismo, en el Distrito se presentan constantes enfrentamientos entre las pandillas para defender los límites territoriales invisibles que cada uno de estos grupos instaura. Hasta el año 2014 se han identificado en el Distrito unas 56 pandillas que están integradas por alrededor de 1.600 jóvenes. Estas pandillas se encuentran ubicadas en los barrios: Nariño, Paseo Bolívar, Loma Fresca, Pablo Sexto, Daniel Lemaitre, San Francisco, La María, La Esperanza, La Candelaria, Boston, Líbano, Olaya Herrera, Fredonia, El Pozón, Colombiatón, San José de los Campanos, Nelson Mandela, El Nazareno, Omaira Cano, San Fernando, El Socorro y Blas de Lezo extendiéndose las consecuencias de este problema más allá de los barrios mencionados afectando la seguridad de los habitantes de Cartagena. Algunos de los datos

estadísticos que se pueden asociar a este fenómeno social son la tasa de homicidios 26,99 por 100.000 habitantes y atracos callejeros 792 casos a diciembre de 2012. De igual forma el pandillismo está relacionados con diferentes tipos de violencia, expendio, microtráfico y consumo de sustancias psicoactivas, inseguridad, aparición de trastornos mentales asociados al consumo y policonsumo de drogas. Otra problemática social está relacionada con el aumento del número de víctimas del conflicto armado en la ciudad: pasando de 71.437 en 2011 a 102.354 en 2014. Actualmente la atención psicosocial en salud integral, física y mental a las víctimas del conflicto armado no está fortalecida en el Distrito de Cartagena, de las 102.354 víctimas ubicadas en el 2014 se atendieron 1.109 personas en las 3 modalidades de PAPSIV lo que representa el 1,08%; 975 a nivel comunitario, 114 a nivel familiar y 20 a nivel individual. Lo anterior se debe a diversas causas entre las que están: El desconocimiento del principio que establece el enfoque diferencial y de la normatividad para la atención a las víctimas por parte de los usuarios y de las entidades de salud, las barreras de acceso en la prestación de los servicios, la débil gestión para ampliar la atención a un mayor número de personas, débiles acciones para la implementación de protocolos de atención con los componentes de la atención preferencial y diferencial por parte de las entidades del SGSSS, entre otras causas. Algunos programas que se vienen adelantando en el Distrito por parte de los diferentes actores de salud y otros sectores relacionados con la salud mental y la convivencia social no han sido suficientes en cuanto a dirigir mayores recursos económicos que sirvan para aumentar y garantizar la permanencia de acciones, de manera que permitan el sostenimiento de las mismas año a año; igualmente, se observa una desarticulación en las acciones que se adelantan entre las instituciones evidenciada en el desarrollo de acciones individuales en aspectos que deben ser abordados conjuntamente. A esto se le debe sumar la necesidad de capacitación continua del recurso humano que integran los equipos para el desarrollo eficaz de las intervenciones, así como el seguimiento y evaluación a corto, mediano y largo plazo del impacto de los diferentes programas. Los suicidios se presentaron en mayor número de casos en la localidad de la virgen y turística, con 16 muertes lo que corresponde al 42% del total de los casos, le sigue la localidad industrial y de la bahía con una ocurrencia de 12 casos que corresponde al 32% y en tercer lugar la localidad Histórica y del Caribe Norte donde fueron 10 muertes por suicidio que representa un porcentaje del 26% del total de los casos.

Dimensión Seguridad Alimentaria y nutricional. Valoración 5. Falta de sostenibilidad y seguimiento de las políticas de seguridad alimentaria en el Distrito de Cartagena debido a poco apoyo de proyectos productivos auto sostenibles y a la deficiencias de asistencia técnicas y herramientas tecnológicas agropecuarias y pesqueras existentes, limitando la producción de productos agropecuarios en el Distrito, siendo el 80% de los alimentos que se consumen en el Distrito de Cartagena procedentes de otras regiones del país, esto a su vez limita la adquisición de alimentos básicos de la canasta familiar por elevados costos de los mismos e influyendo negativamente en la selección de la compra de los grupos de alimentos básicos modificando hábitos y favoreciendo inadecuadas prácticas alimentarias que repercuten en la ingesta calórica de la población y mala

nutrición de la misma. De otra parte, el principal centro de abasto del Distrito de Cartagena, el Mercado de Bazurto, con el transcurrir de los años se ha convertido en una zona neurálgica del Distrito con malas condiciones sanitarias y ambientales debido a su ubicación inadecuada, estando en una zona central de la ciudad, estrecha, al lado del cuerpo de agua de la Ciénaga de la Virgen, lo cual se potencializa con las débiles políticas institucionales de planificación, falta de coordinación y gerencia, no contar con un plan de manejo ambiental acorde a lo requerido, lo cual ha originado una alta contaminación ambiental (hídrica, atmosférica, suelos, auditiva), gran acumulo de basuras, sedimentación de canales, saturación del cuerpo de agua de la Ciénaga de la Virgen, contaminación de los alimentos comercializados, con débil apropiación de las buenas prácticas higiénicas de alimentos por una gran proporción de manipuladores muy a pesar de los esfuerzos permanentes realizados por el Departamento Administrativo Distrital de Salud en la materia, siendo el desinterés y desmotivación de ellos más ligado a las deficientes condiciones de infraestructura y deficiente prestación de los servicios públicos donde se encuentran ubicados. Se encuentran familias con inadecuadas patrones culturales que inciden de manera negativa en la nutrición y adecuado aprovechamiento de los alimentos facilitando la restricción de algunos micronutrientes o déficit de estas afectando la velocidad del crecimiento y desarrollo de niñas y niños, malos patrones alimentarios que se implementan a temprana edad, introducción inadecuada de alimentos complementarios en la primera infancia reafirmando la ENSIN 2010 con la alta incidencia de anemia presentándose a partir del 6 meses de vida en niños y niñas predisponiendo la aparición de enfermedades a largo plazo como la obesidad, diabetes, hipertensión entre otras. Según base de datos de SIVIGILA del Distrito desde hace aproximadamente 3 años se evidencia un aumento inusual de bajo peso al nacer en el Distrito de Cartagena muy asociado a situaciones de pobreza, malnutrición de la gestante, poca cultura de autocuidado, siendo más elevado la notificación en la zona insular del Distrito. Esta situación se presenta en las tres localidades del Distrito.

Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos Valoración 2.75. La falta de proyecto de vida en las zonas más vulnerables del Distrito de Cartagena, baja autoestima en niñas y adolescentes, débiles entornos protectores, presión de grupo y familiar para inicio de relaciones sexuales tempranas sin protección, así como la falta de consciencia, responsabilidad y compromiso con el autocuidado de la ciudadanía frente a la importancia del uso de acciones y decisiones auto protectoras, diagnósticos tardíos, incumplimiento de adherencia a tratamientos farmacológicos, la influencia de medios masivos de comunicación que incitan a copiar estilos de vida de países desarrollados, las barreras de acceso a los servicios de salud, la no disponibilidad de servicios de salud adecuados a las necesidades de los y las adolescentes en el Distrito, así como el desconocimiento de los deberes y derechos en salud sexual y reproductiva ha originado en los últimos diez años un incremento de la morbimortalidad por VIH/SIDA y sífilis y el incremento de

embarazo en adolescentes en el Distrito de Cartagena. Para el año 2013 se reportaron 273 casos nuevos de VIH/SIDA y 27 muertes asociadas a VIH/SIDA. La tasa de reporte distrital de nuevos diagnósticos de VIH se evidencia en 20.74 x 100000 habitantes, relativamente con tendencia descendente desde el histórico conocido en VIH en los últimos tres años para el Distrito de Cartagena, el 19,78%(n=54) son casos en fase clínica de SIDA y el 5,85% (n=16) fueron casos de muerte por VIH. Esta patología afecta mayoritariamente a varones (65.2% hombres (n=178) y 34.8% mujeres (n=95)), a personas jóvenes o de edad promedio de 35 años (mediana de edad de 35 años en los nuevos diagnósticos de VIH y en los casos de Sida, el 25% de los casos tiene menos de 29 años y el 75% menos de 42 años. La tasa de embarazo en adolescentes para el Distrito es de 21.6 por cada 100.000 nacidos vivos. Así mismo en los últimos años se ha presentado incremento de coinfecciones, aumento de la pobreza, aumento en el riesgo de transmisión de ITS. De otra parte, para el año 2014 en el Distrito, el porcentaje de casos de violencia notificados en las mujeres fue del 86% y un 14% para hombres. El grupo de edad que reporta la mayoría de los casos de violencia sexuales es de 10 a 14 años de edad (34%), seguido de 5 a 9 años y de 0 a 4 años con el 13% y 12% de la notificación, lo que indica que el reporte de los casos de violencia está concentrado principalmente en la población infantil. Siendo el hogar o la casa(73%) el principal escenario donde ocurren los hechos. Los casos se presentan en las tres localidades, siendo la localidad de la virgen y turística donde se presenta el mayor número de casos del Distrito (El barrio Olaya Herrera, Pozón, La candelaria, La María, La Esperanza y la Boquilla). Dentro de los factores de riesgo para la aparición de estos eventos está el no reconocimiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, delegación del cuidado de los mismos a otras personas, falta de entornos protectores, disfuncionalidad familiar, Falta de comunicación, no empoderamiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos por hombres y mujeres, poca capacidad de respuesta de las entidades corresponsables frente al abordaje Protección y justicia. Las poblaciones altamente o principalmente vulnerable son niños, niñas, adolescentes, mujeres y población LGTBI.

Dimensión Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. Valoración 5.75. Aunque por debajo de la media nacional en el Distrito de Cartagena se presentan casos de mortalidad materna asociada a patrones culturales y poca cultura de autocuidado de las mujeres en edad fértil, bajos niveles educativos, embarazos en adolescentes, malnutrición y pobreza, así como a fallas en la calidad de la atención en salud de las gestantes evidenciado en no adherencia a protocolos y guías de atención por parte de personal en salud que atiende a la gestante, baja demanda inducida a consulta preconcepcional y controles prenatales por parte de aseguradoras y prestadores de servicios de salud, ingreso tardío a controles prenatales, barreras de acceso en la atención en salud, poca capacidad instalada de las redes de atención, dificultad en el transporte para gestantes que habitan en la zona insular, así como débiles políticas de estado para la vigilancia y control. Esta situación se viene presentando hace más de diez años, con tendencia a disminución en los últimos 5 años, pero aún con ocurrencia de

casos, con una razón de mortalidad materna de 45.8 por 100.000 nacidos vivos en el año 2012, generando un gran impacto negativo en lo social como orfandad, persistencia del ciclo de pobreza. Esta problemática se presenta en las tres localidades del Distrito, con mayor frecuencia en la localidad 2. Para el 2012 las defunciones maternas la edad mínima fue de 15 años, y la máxima de 37 años, con una media de 24 años y una desviación estándar de 7,58. El 83% de los casos la materna residía en área urbana; mientras que un 7% residían en zonas rurales del distrito de Cartagena.

Dimensión Vida saludables y enfermedades transmisibles. Valoración 5.75. El Distrito de Cartagena presenta incremento la morbilidad por enfermedades transmisibles principalmente por dengue y recientemente por chikungunya, reemergencia de tuberculosis y algunas inmunoprevenibles como brotes de tosferina, meningococcemia, muy asociado a la no cultura de autocuidado, malos hábitos sanitarios, mal manejo de residuos tanto sólidos como líquidos que pese al conocimiento y las herramientas que se le ofrecen, no generan un cambio en la conducta de la comunidad hacia la disminución de los factores de riesgo para estas patologías, al alto índice de infestación larvaria, con una elevada conducta de almacenamiento de agua en plantas acuáticas, inservibles, tanques plásticos e incluso llantas, hacinamiento, pobreza extrema, debilidad en la aplicación de guías de atención y protocolos de enfermedades transmisibles, por parte del personal de salud principalmente en el conocimiento de la clasificación, vigilancia epidemiológica, uso e interpretación del laboratorio clínico en el contexto del manejo del dengue, poca apropiación del personal asistencial, alta rotación del personal médico o del servicio social obligatorio y debilidad en acciones de vigilancia y control, reduciendo la posibilidad de realizar diagnóstico y tratamiento oportuno a los pacientes afectados y aumentando el riesgo de enfermar y morir por este tipo de enfermedades. Se observa que sectores como Olaya Herrera sector Rafael Núñez y Central, Once de Noviembre, El Pozón, Nelson Mandela, muy a pesar de las acciones desde el ente territorial aún persiste factores de riesgo, asociados a la falta de compromiso de la comunidad. De otra parte para los casos de tuberculosis, se evidencia la falta de adherencia e irregularidad de los esquemas de tratamiento, incremento de las tasa de abandono de los pacientes con tuberculosis originando el mantenimiento de la cadena de transmisión de la enfermedad e incremento del riesgo de farmacoresistencia y de muerte por tuberculosis ante las complicaciones de la cronicidad de estos pacientes abandonadores. De igual forma se ha incrementado los casos coinfectados por TB/VIH, se convierten en un gran desafío para los programas de salud pública, el diagnóstico tardío y el mal manejo de los casos generan incremento en la tasa de mortalidad por tuberculosis. La deficiencia en el diagnóstico de la tuberculosis en aquellas poblaciones especiales de difícil manejo, como la población infantil, generando un abordaje empírico de la enfermedad que en algunas ocasiones es innecesario y se ven interrumpidos los esquemas, poblaciones de alto riesgo epidemiológicos, privada de la libertad, habitantes de calle, población víctima del conflicto,

entre otras. La discapacidad severa en ojos, manos o en pies de las personas afectadas por la lepra, son el reflejo de un diagnóstico tardío de la enfermedad y debilidades en la vigilancia epidemiológica de los casos. En el Distrito de Cartagena se han generado situaciones como barreras en la vacunación producto de la no contratación de las EAPB contributivas con la red pública de primer nivel el servicio de vacunación, la no continuidad del equipo extramural en jornadas nacionales, programas de demanda inducida no eficientes por parte de las EAPB responsables de esta actividad, insuficientes acciones de intersectorialidad con actores e instituciones que intervienen el curso de vida de primera infancia e infancia, lo que ha ocasionado las coberturas en vacunación y esquemas completos por edad no útiles, situación presente en todas las localidades de Cartagena y tenemos los siguientes resultados de cobertura: B.C.G. RECIEN NACIDO: 105%, COBERTURA DPT 3: 92%, COBERTURA POLIO 3: 92% COBERTURA TRIPLE VIRAL: 90%.

Dimensión Salud Pública en Emergencia y desastres. Valoración 5.75. Por la situación geográfica particular Cartagena, se han presentado diferentes eventos de emergencias y desastres en donde la respuesta del Distrito no ha sido oportuna, para evitar la afectación en la población y en la infraestructura, situación que se ha venido acentuando desde el año 2009, con agravamiento durante la ola invernal en los años 2010 y 2011. En las tres localidades hay debilidad en el manejo de la gestión de riesgo por parte de los miembros del Concejo Municipal de gestión de riesgo y desastre, dado quizás por la poca información sobre el análisis de riesgo local y la de la estrategia de respuesta. La baja implementación de acciones puede conllevar a la afectación de los medios básicos de subsistencia (alimentos, agua potable, vivienda y salud) de las comunidades y el hacinamiento, aumentando el riesgo de enfermedades. Sumado a lo anterior, los planes de emergencia hospitalarios de las IPS están desarticulados y poco ajustados frente a diferentes eventos de emergencia y desastre que puedan ocurrir, de igual manera no hay articulación con las entidades de respuesta del nivel departamental y nacional según sea el evento, la poca realización de asistencias técnicas y asesorías relacionadas en las tres localidades, zona insular y corregimientos con la falta de actualización de la información y la continuidad del talento humano responsable de gestionar el riesgo a nivel local, también afecta el desarrollo oportuno de acciones en Cartagena.

Dimensión Salud en el Trabajo. A 2021, se espera la ampliación de la cobertura de toda la población trabajadora al Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con la Ley 1562 de 2012 y al decreto 1443 de 2014, con un mejoramiento de políticas distritales que favorezcan el aseguramiento de la población al sistema de riesgo laboral, con una disminución en la tasa de accidentalidad en el trabajo así como de la enfermedad de origen laboral, reduciéndose el sub-registro de los eventos ocupacionales, con un perfil de morbilidad y mortalidad de la población trabajadora del Distrito con base en la información suministrada por los actores del sistema de seguridad social en salud y riesgos laborales, con estrategias de información, educación y comunicación desarrolladas que fomenten modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito

laboral y prevención de riesgos laborales, con enfoque diferencial así como acciones de promoción de la salud y prevención de riesgo laboral en la población del sector informal de la economía. Se fortalecen las acciones de caracterización de la población vulnerable del sector informal de la economía.

1.2.5 Análisis de Morbilidad y Mortalidad

Morbilidad General

A continuación se presenta el análisis de la información de las consultas realizadas en el año 2016 en la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, la base de datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS).

En el año 2016, las primeras causas de consulta por enfermedad en las Instituciones de Salud de la ESE, teniendo en cuenta todo tipo diagnóstico fueron las enfermedades crónicas, infecciosas y parasitarias que se presentan a continuación. Este perfil de morbilidad es propio de un país en vía de desarrollo, que se encuentra atravesando un proceso de transición epidemiológica donde las enfermedades crónicas empiezan a compartir los primeros lugares con las enfermedades infecciosas.

Las primeras causas de enfermar de los usuarios atendidos en la, corresponden a patologías que afectan a las población más vulnerable, menores de 5 años: rinosfarinitis aguda (resfriado común) con una tasa de 10.554,25 por 100.000 habitantes, parasitosis intestinal, sin otra especificación con una tasa de 1.456,36 x 100.000 habitantes y pitiriasis versicolor con una tasa de 1.347,50 x 100.000 habitantes.

Entre las patologías que afectan a la mujer en edad reproductiva encontramos la infección de las vías urinarias, segunda causa de enfermar, con una tasa de 2.871,25 x 100.000 habitantes y la vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias, tasa de 1.088,09 x 100.000 habitantes.

La octava patología representativa dentro del perfil analizado es la diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación, con una tasa de 1.316,39x 100.000 habitantes lo que implica que por cada 100.000 usuarios 1.316 presentan esta enfermedad crónica.

Otras importantes causas de consulta la constituyen las patologías que afectan al sistema músculo esquelético causando dolor crónico, como el lumbago no especificado, el dolor articular y la cefalea, que reflejan las graves condiciones de salud y del ambiente, así como del deficiente cuidado que las personas tienen sobre la salud y sus riesgos.

Tabla No 315

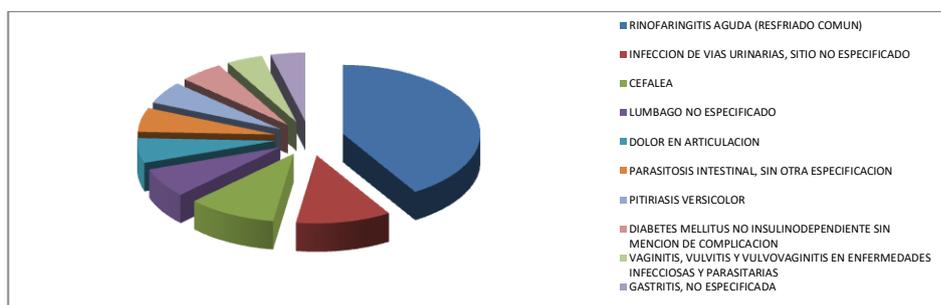
10 Primeras Causas de Morbilidad por Consulta Externa - ESE Hospital Local Cartagena de Indias Año 2016

No.	CIE 10	PATOLOGÍA	N° CASOS	%	TASA POR 100.000 HAB.
1	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	52.932	11,4%	10.554,25
2	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	14.400	3,1%	2.871,25
3	R51X	CEFALEA	13.346	2,9%	2.661,09
4	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	8.961	1,9%	1.786,76
5	M255	DOLOR EN ARTICULACION	7.562	1,6%	1.507,81
6	B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	7.304	1,6%	1.456,36
7	B360	PITIRIASIS VERSICOLOR	6.758	1,5%	1.347,50
8	E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	6.602	1,4%	1.316,39
9	N771	VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	5.457	1,2%	1.088,09
10	K297	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	5.194	1,1%	1.035,65

Fuente: Coordinación de epidemiología ESE Hospital Local Cartagena de Indias

Gráfico No.34

10 Primeras Causas De Morbilidad Por Consulta Externa - Ese Hospital Local Cartagena De Indias Año 2016



Fuente: Coordinación de epidemiología ESE Hospital Local Cartagena de Indias

Morbilidad por Consulta Odontológica

Durante el periodo de enero a Diciembre de 2016 las primeras causas de enfermedad de la cavidad oral de la población atendida en la ESE, corresponden a enfermedad de tejidos dentarios duros, (caries dental no especificada y caries de la dentina) con una tasa de 5.982,58 por 100.000

habitantes, seguidas de patologías relacionadas con mala higiene dental como la gingivitis crónica con una tasa de 4.228,72 por 100.000 habitantes.

La pulpitis como complicación de las caries dentales se constituye en la séptima causa de morbilidad odontológica de la ESE con una tasa de 1.137,93 por 100.000 habitantes.

El grupo de patologías asociadas a la formación y desarrollo de los dientes que incluyen otros trastornos del desarrollo de los dientes, raíz dental retenida, alteraciones en la formación dentaria son causas importantes de morbilidad que afectan a la población atendida.

Tabla No. 316

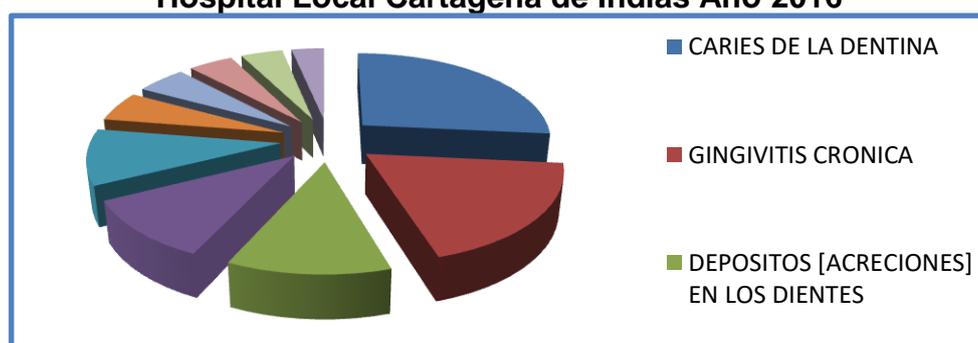
**10 Primeras Causas de Morbilidad por Consulta Odontológica - ESE
Hospital Local Cartagena de Indias Año 2016**

No.	CIE 10	PATOLOGÍA	N° CASOS	%	TASA POR 100.000 HAB.
1	K021	CARIES DE LA DENTINA	30.004	11,0%	5.982,58
2	K051	GINGIVITIS CRONICA	21.208	7,7%	4.228,72
3	K036	DEPOSITOS [ACRECIONES] EN LOS DIENTES	13.001	4,7%	2.592,30
4	K083	RAIZ DENTAL RETENIDA	12.065	4,4%	2.405,67
5	K050	GINGIVITIS AGUDA	11.334	4,1%	2.259,92
6	K020	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	6.143	2,2%	1.224,87
7	K040	PULPITIS	5.707	2,1%	1.137,93
8	K008	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LOS DIENTES	5.065	1,9%	1.009,92
9	K024	ODONTOCLASIA	4.751	1,7%	947,31
10	K031	ABRASION DE LOS DIENTES	3.693	1,3%	736,36

Fuente: Coordinación de Epidemiología ESE Hospital Local Cartagena de Indias

Gráfico No 35

**10 Primeras Causas de Morbilidad por Consulta Odontológica - ESE
Hospital Local Cartagena de Indias Año 2016**



Fuente: Coordinación de epidemiología ESE Hospital Local Cartagena de Indias

Mortalidad General

La primera causa de mortalidad con el 65,8% de los casos, en las urgencias de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, (que no puede considerarse mortalidad hospitalaria por que no se está prestando el servicio de hospitalización), corresponde a infarto agudo del miocardio, sin otra especificación con una tasa de 15,75 x 100.000 habitantes; seguidas por diabetes mellitus especificadas con complicaciones múltiples con una tasa de 2,39 x 100.000 habitantes.

Se observa que son las enfermedades crónicas y sus complicaciones, las primeras causas de fallecer (especialmente las que se relacionan con las cardiovasculares y endoteliales), las que sumadas, aportan el 20% del total de las muertes que ocurrieron en toda el área de influencia de la ESE (enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca congestiva y embolia pulmonar sin mención de corazón pulmonar agudo EPOC y estado asmático) haciendo pensar que las estrategias de prevención de complicaciones por secuelas graves y muerte, deben ir orientadas hacia este tipo de patologías.

Es importante observar el aumento de las causas de mortalidad por tumores malignos del cuerpo del estómago y tumor maligno del cuello del útero. Una importante causa de mortalidad fue la desnutrición proteico calórica severa (2 casos) que al no especificar la edad pueden asociarse a diversas patologías.

Tabla No.317

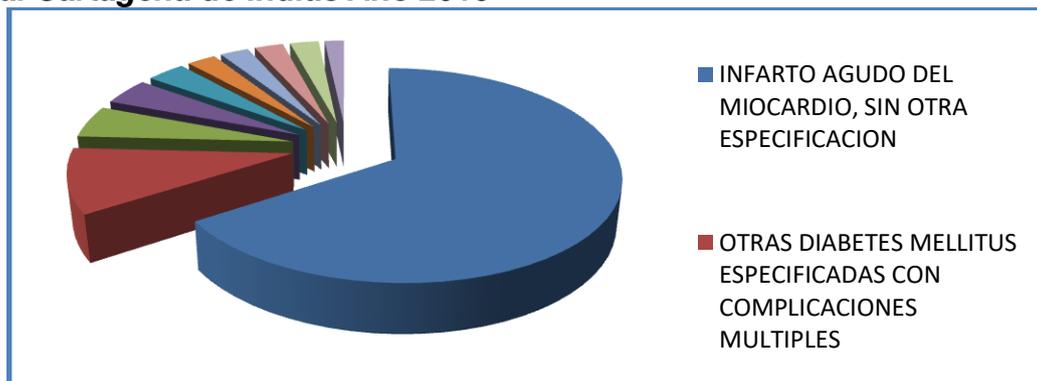
10 Primeras causas de Mortalidad por Consulta Externa - ESE Hospital Local Cartagena de Indias Año 2016

NO.	CIE 10	PATOLOGÍA	N° CASOS	%	TASA X 100.000 HAB.
1	I219	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	79	65,8	15,75
2	E137	OTRAS DIABETES MELLITUS ESPECIFICADAS CON COMPLICACIONES MULTIPLES	12	10,0	2,39
3	I679	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	6	5,0	1,20
4	I500	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	5	4,2	1,00
5	I269	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	4	3,3	0,80
6	C162	TUMOR MALIGNO DEL CUERPO DEL ESTOMAGO	3	2,5	0,60
7	E43X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA	3	2,5	0,60
8	J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	3	2,5	0,60
9	J46X	ESTADO ASMATICO	3	2,5	0,60
10	C539	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	2	1,7	0,40

Fuente: Coordinación de epidemiología ESE Hospital Local Cartagena de Indias

Gráfico No.36

10 Primeras causas de Mortalidad por Consulta Externa - ESE Hospital Local Cartagena de Indias Año 2016



Fuente: Coordinación de epidemiología

1.2.6 Análisis Integral Dimensión Externa Entorno

La población usuaria de los servicios de la ESE HLCl crecerá, muy poco en los próximos años 5 años, el perfil epidemiológico de la población que se atiende sigue siendo principalmente dependiente de los hábitos y costumbres, de los estilos de vida y de las limitaciones económicas y las condiciones de educación y cultura de las familias populares cartageneras. La existencia de 7 aseguradoras en el régimen subsidiado y de otras tantas en régimen contributivo con presencia en casi todas las zonas de la ciudad, cada uno con sus propios protocolos administrativos y operativos en sedes adscritas contribuyen a la generación de barreras para la accesibilidad de los servicios - facilita la creación de competencia dentro de un esquema de integración vertical, que sigue siendo el mayor riesgo para la entidad.

Las Tensiones principales en salud tienen que ver con las siguientes causas:

- Las enfermedades infecciosas y transmisibles derivadas de las condiciones ambientales y de la no cultura del autocuidado, a desconocimiento de mecanismos de acceso a servicios de salud, demanda inducida inadecuada, deficiente prestación de servicios de salud, incumplimiento en la aplicación de los protocolos y guías de atención por parte de las IPS, detección inoportuna, la falta de vigilancia y control por parte del estado a las EPS e IPS, barreras de acceso en la prestación de servicios de salud, y a la débil implementación de estrategias de atención primaria en salud.
- Los factores de riesgo identificados y asociados a los diferentes trastornos mentales y suicidio, están las problemáticas del orden social presentes en el territorio, pobreza, desempleo, consumo de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, pandillismo, deserción escolar,

personas en situación de calle situaciones de estrés como violencia y desplazamiento forzado.

- Falta de sostenibilidad y seguimiento de las políticas de seguridad alimentaria en el Distrito de Cartagena debido a poco apoyo de proyectos productivos auto sostenibles y a las deficiencias de asistencia técnicas y herramientas tecnológicas agropecuarias y pesqueras existentes, limitando la producción de productos agropecuarios en el Distrito.
- La falta de proyecto de vida en las zonas más vulnerables del Distrito de Cartagena, baja autoestima en niñas y adolescentes, débiles entornos protectores, presión de grupo y familiar para inicio de relaciones sexuales tempranas sin protección, así como la falta de consciencia, responsabilidad y compromiso con el autocuidado de la ciudadanía frente a la importancia del uso de acciones y decisiones auto protectoras, diagnósticos tardíos, incumplimiento de adherencia a tratamientos farmacológicos, la influencia de medios masivos de comunicación que incitan a copiar estilos de vida de países desarrollados, las barreras de acceso a los servicios de salud, la no disponibilidad de servicios de salud adecuados a las necesidades de los y las adolescentes en el Distrito, así como el desconocimiento de los deberes y derechos en salud sexual y reproductiva ha originado en los últimos diez años un incremento de la morbilidad por VIH/SIDA y sífilis y el incremento de embarazo en adolescentes en el Distrito de Cartagena.
- Mortalidad materna asociada a patrones culturales y poca cultura de autocuidado de las mujeres en edad fértil, bajos niveles educativos, embarazos en adolescentes, malnutrición y pobreza, así como a fallas en la calidad de la atención en salud de las gestantes evidenciado en no adherencia a protocolos y guías de atención por parte de personal en salud que atiende a la gestante, baja demanda inducida a consulta preconcepcional y controles prenatales por parte de aseguradoras y prestadores de servicios de salud, ingreso tardío a controles prenatales, barreras de acceso en la atención en salud, poca capacidad instalada de las redes de atención, dificultad en el transporte para gestantes que habitan en la zona insular, así como débiles políticas de estado para la vigilancia y control.
- El Distrito de Cartagena presentaincrementó la morbilidad por enfermedades transmisibles principalmente por dengue y recientemente por chikungunya, remergencia de tuberculosis y algunas inmunoprevenibles como brotes de tosferina, meningococemia, muy asociado a la no cultura de autocuidado, malos hábitos sanitarios, mal manejo de residuos tanto sólidos como líquidos que pese al conocimiento y las herramientas que se le ofrecen, no generan un cambio en la conducta de la comunidad hacia la disminución de los factores de riesgo

para estas patologías, al alto índice de infestación larvaria, con una elevada conducta de almacenamiento de agua en plantas acuáticas, inservibles, tanques plásticos e incluso llantas, hacinamiento, pobreza extrema, debilidad en la aplicación de Guías de Atención y Protocolos de enfermedades transmisibles, por parte del personal de salud principalmente en el conocimiento de la clasificación, vigilancia epidemiológica, uso e interpretación del laboratorio clínico en el contexto del manejo del dengue, poca apropiación del personal asistencial, alta rotación del personal médico o del Servicio Social Obligatorio y debilidad en acciones de vigilancia y control, reduciendo la posibilidad de realizar diagnóstico y tratamiento oportuno a los pacientes afectados y aumentando el riesgo de enfermar y morir por este tipo de enfermedades.

- Las enfermedades crónicas no transmisibles ocupan en el perfil epidemiológico las primeras 5 causas de morbimortalidad relacionadas con malos hábitos alimenticios, poca actividad física y mal uso del tiempo libre.

1.2.6.1 Problemas, Causas, DOFA y Medidas

DOFA.

Debilidades.

Poblaciones usuarias con alto grado de factores facilitadores y coadyuvantes para el no goce del bienestar.

Factores culturales agregados a comportamientos de violencia y de no autocuidado y cuidado familiar y comunitario.

Múltiples aseguradoras con diferentes esquemas de gestión, que además tienen IPS propias para la atención de los usuarios a ellas afiliadas

Oportunidades.

Ajuste del modelo según la política PAIS.

Población usuaria con amplias necesidades de educación en estilos de vida saludables y gestión de riesgo en salud.

Fortalezas: la empresa desarrollar sus ventajas comparativas con otras IPS que no tiene ni su cobertura, ni su experiencia, ni su grado de satisfacción en la mayoría de los usuarios.

Amenazas:

Aumento de la integración vertical, pérdida de mercados al conformarse las RIPSS

Problema:

Perfil epidemiológico con prevalencia de enfermedades cardiovasculares, demás causas, enfermedades transmibles y relacionadas con salud sexual y reproductiva, violencia, mortalidad materno infantil.

Causa.

Población usuaria con bajo nivel educativo para el autocuidado y al prevención de enfermedades, malos estilos de vida y mal uso de los servicios de salud

Medidas:

Aumentar la educación familiar y comunitaria en el desarrollo de hábitos y costumbre sanos, en estilos de vida saludable.

Problema:

Aumento progresivo de la integración vertical

Causas: Sistema de oferta de servicios de salud con enfoque asistencialistas, en medio de un mercado que tiende a incrementar la integración vertical.

Medidas:

En este contexto debe adoptar un “Modelo de Prestación de Servicios, orientado hacia la adaptación hacia la política PAÍS, centrado en los usuarios, las familias y las comunidades.

El Distrito de Cartagena de Indias, debe vigilar porque se garantice la atención integral de la población, que sea adecuada la oferta de salud, mediante la articulación de IPSs de baja complejidad, media y de alta complejidad. Es decir, debe regular la conformación de las redes integradas de atención en salud RISS en su jurisdicción para los servicios de promoción, prevención, gestión del riesgo y asistenciales, la adecuada organización de las rutas integrales de atención en salud RIAS y el desarrollo de los protocolos de las RISS que se constituyan en la organización funcional de oferta de servicios de salud del distrito, siendo la puerta de entrada al sistema a nivel de la baja complejidad a través de los Operadores Primarios definidos en la política PAIS (resolución 0429 de 2016).

2. PROBLEMAS Y CAUSAS PRIORIZADOS Y FORMULACION MEDIDAS

ANÁLISIS DOFA

En la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, la ejecución de la planeación estratégica, táctica y operativa es deficiente, bien sea por la poca trascendencia dada a este componente en la visión administrativa de la direcciones pasadas que no adoptaron políticas y decisiones institucionales

que facilitaran su materialización y desarrollo, o también, por el poco compromiso para implementar los programas y proyectos formulados por parte de los equipos de trabajo de las diferentes áreas. Hay dicotomía entre la planeación estratégica y el diseño presupuestal, así como en la gestión del día a día con la Misión y visión institucional.

La ejecución de procesos no obedece a la constante de garantizar resultados y mejora continua, hay un alto grado de rutinización de los desempeños a todo nivel, que se evidencia en la disposición del cumplimiento de horarios y no de resultados y metas. Los procesos se enmarcan dentro de la cultura de rutina crisis, con el desgaste que exige la solución continuada de eventos e incidentes del día a día. Se evidencia un proceso administrativo discontinuo con fragmentación del flujo de información.

El alto número de sedes (43) y la gran dispersión geográfica de las mismas, distantes de la sede administrativa, sumada al poco desarrollo de competencia de un alto número de los coordinadores de los centros de salud, para ejecutar adecuadamente los procesos de dirección, supervisión y control, así como la fragmentación en la coordinación central de los procesos asistenciales, organizados por cada servicio (consulta externa, p y p, urgencias, imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, etc.), que además coexisten concomitantemente con empresas asociadas en la gestión misional, la tercerización de más del 90% del recurso humano asistencial, que produce desigualdad en la remuneración entre el personal de planta y tercerizado y la presión social de los usuarios y las condiciones del entorno, hacen precario los avances en el mejoramiento continuo de la calidad y constituyen un escenario complejo e irregular para la adecuada gestión de supervisión, seguimiento y control de resultados e impactos. Este escenario produce un proceso de supervisión y control que se desgasta en la rutina y crisis del día a día.

La estructura de procesos y resultados antes descritos, y las debilidades en el SII explican porque la empresa tiene un deficiente flujo de información que genera riesgos e inoportunidad para la gestión del día a día y del análisis de la información asistencial, administrativa, presupuestal y contable, lo que a su vez afecta la estandarización en los proceso de contratación y facturación.

Todo lo anterior, sumado a una estructura organizacional escalonada, con compartimientos dependencias, funcionalmente aislados de la visión de entidad - sistema y la ausencia de indicadores adecuados para medir y ajustar costos, productividad, desempeño e impacto, han conducido a la empresa a una operación ineficiente y explican el riesgo fiscal y financiero actual.

Finalmente, el cambio normativo generado a partir de la reforma que introduce la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) en el modelo de operación del SGSSS, cuyo desarrollo normativo obliga a las instituciones prestadores de servicios de salud (IPS) para que definan un rol en la Redes Integradas Prestadoras de Servicios de Salud (RIPSS - **Prestador Primario, Prestador Complementario** o parte de alguno de ellos), que serán organizadas por los Gestores en Salud (EPS) de conformidad a lo dispuesto en las resoluciones 029 y 1441 de 2016 y que en la práctica materializan un aumento en la

amenaza de pérdida potencial del mercado en el régimen subsidiado para la ESE Hospital Local Cartagena de Indias; ya que aplican para la formalización de la integración vertical a nivel del territorio. Esto obliga a la empresa a definir de manera inmediata, qué rol debe y puede desempeñar; a qué se debe dedicar en el futuro inmediato y a mediano y largo plazo. La tarea puntual para la empresa consiste en revisar el actual modelo de prestación de servicios desarrollado, evaluarlo y a partir de él, construir una propuesta de oferta de servicios que se ajuste a las nuevas condiciones del SGSSS, o sea que esté orientada a la profundización de la Atención Primaria en Salud APS, con énfasis en la promoción y prevención y la gestión de riesgos a nivel familiar y comunitario, adaptación que es vital para la entidad, a fin de garantizar su permanencia, competitividad y sostenibilidad en el mercado.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Obligatoriedad de la empresa de hacer parte de las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIPSS) con enfoque de la política PAIS

CAUSA

Cambio de normatividad en el SGSSS Ley 1751 del 2015 y norma reglamentaria.

FORTALEZA

Única ESE Distrital, PDI con enfoque para adecuarse al ajuste del modelo del SGSSS

OPORTUNIDADES

Tener sedes operativas en todo el territorio del Distrito, Alta adherencia de los Usuarios.

DEBILIDADES

Poco conocimiento del nuevo enfoque de la política PAIS y de la conformación de las RIPS por el talento humano de la ESE.

AMENAZAS

Aumento de la integración vertical que podría generar mayor pérdida del mercado actual.

F.O

Visión estratégica de prestador primario y alta potencialidad del recurso humano para desarrollo del componente táctico del PDI.

F.A

Rediseño del Modelo de Operación de la empresa, adecuando la operación al ajuste del modelo generado por la Política PAIS con enfoque de gestión de riesgo en APS.

D.O

Política PAIS obligante adecuar el modelo de prestación de servicios actualmente en ejecución.

D.A

Ajustar el modelo actual de prestación de servicio contra la conformación RIPSS con integración vertical.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Portafolio ofertado históricamente sin un diagnóstico de la demanda y/o perfil epidemiológico específico.

CAUSA

Desarrollo no planificado de las sedes operativas de la empresa y baja capacidad resolutive.

FORTALEZA

Disponer con sedes asistenciales en diferentes zonas del Distrito urbanas, rurales e insulares.

OPORTUNIDADES

Poder ofertar portafolios por población objeto según criterios de estructuración de las RIPS.

DEBILIDADES

Estructuración de la Red no planificada. No diseño de RIAS.

AMENAZAS

Incapacidad para prestar servicios requeridos según las RIAS.

F.O

Redistribución del rol específico de las 43 sedes prestadoras de servicios, organizándolas de forma que garanticen la estructuración de subredes para las construcción de rutas integrales de atención en salud (RIAS) que permitan operar como Prestador Primario con unidades asistenciales tipos 2A, 1B , 1A , se cumplan los criterios de habilitación y sean complementadas en cobertura por equipos extramurales de gestión familiar y comunitaria.

F.A

Rediseño de rol operacional de las unidades asistenciales para adecuarlas a sedes tipos 2A, 1B, 1A, se cumplan los criterios de habilitación y sean

complementadas en cobertura por equipos extramurales de gestión familiar y comunitaria.

D.O

Definición estratégica del portafolio por sedes dentro una esquema de subred para constituirse en la alternativa de p y p, gestión de riesgo o asistencial a nivel del distrito.

D.A

Desarrollo de los estándares de habilitación para certificación de las sedes de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, que permita la incorporación de las sedes operativas y subred en cada RIPSS que se conforme en el Distrito de Cartagena.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

No cumplimiento de las sedes físicas de los estándares habilitación en el componente físico.

CAUSA

Poco cumplimiento de las medidas del PAMEC con criterios de habilitación, presupuesto de mantenimiento y de inversión limitado que no cubre el 100% de todas las medidas.

FORTALEZA

Algunos bienes inmuebles en proceso de adecuación con mejoramiento de las condiciones infraestructura según la norma. Otros programados para intervención.

OPORTUNIDADES

Rediseño de roles y posibilidad de gestión de recursos desde diferentes fuentes para desarrollo del componente de infraestructura y dotación. Formulación de proyectos metodología MGA.

DEBILIDADES

Baja disponibilidad de esfuerzos institucional para cumplir la formulación de los PAMEC.

AMENAZAS.

No cumplimiento de certificación de estándares de habilitación en gran parte de las sedes operativas que puede inducir al cierre o no inclusión de sedes en el esquema de las RIPSS.

F.O

Formulación del PAMEC según nuevo rol para cada sede asistencial como insumo para la formulación de proyectos para cofinanciación en metodologíaMGA.

F.A

Bienes inmuebles en procesos de adecuación otros con necesidad de intervención.

D.O

Formulación de proyectos para adecuación de sedes que no cumplen habilitación.

D.A

Definición de proceso de titulación y elaboración de cronograma de ejecución de actividades planificando tiempos de respuestas de entes.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

La actual estructura orgánica funcional no facilita la adecuación de la empresa a la política PAIS.

CAUSA

Estructura orgánica funcional y procesos desarticulados.

FORTALEZA

Autonomía Jurídico, administrativa y presupuestal. Claridad sobre la necesidad de ajustar la estructura organizacional. Junta directiva comprometida con PSFF.

OPORTUNIDADES

Marco normativo que facilita el rediseño de la estructura organizacional.

DEBILIDADES

Estructura, piramidal, con múltiples compartimientos en las áreas, desempeño por funciones, delimitación de roles, rutinización de desempeño.

AMENAZAS

Gran exigencia de las gestoras de las redes, que hagan más exigentes la gestión organizacional para la inclusión en las RIPSS.

F.O

Visión definida para consolidar propuesta de Prestador Primario mediante la articulación de 3 subredes, gran potencialidad del recurso humano de planta para desarrollar nueva organización funcional.

F.A

Precisión de objetos misionales y visión estratégica en la estructura organizacional actual para operar como Prestador Primario en un enfoque de RIPSS.

D.O

Obligatoriedad de adecuar la estructura funcional a las exigencias del MIAS y el enfoque de gestión de riesgos.

D.A

Modernización de la estructura orgánica y organizacional simplificando la estructura administrativa organizacional actual y definiendo un modelo de operación basado en indicadores de resultados y desempeño para la organización operativa de 3 subredes con enfoque de Prestador Primario de las RIPSS que se conformen en el distrito de Cartagena.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Desorganización de resultados por procesos generando riesgo institucional.

CAUSA

Caracterización parcial y no funcional de procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de control.

FORTALEZA

Talento humano consiente de la gestión por resultados sobre diseño de procesos.

OPORTUNIDADES

Rediseño del Modelo de Operación obliga al diseño, caracterización y normalización de procesos según nuevos roles.

DEBILIDADES

Procesos no funcionales, dispersos y segmentados.

AMENAZAS

Alta ineficiencia de procesos actuales, hace poco competitiva a la empresa para responder a las nuevas exigencias de la política PAIS.

F.O

Alta potencialidad del talento humano en planta y de OPS para rediseñar transformar la empresa en una entidad Prestadora primaria con aumento o sostenibilidad del mercado.

F.A

Alta potencialidad del talento humano en planta y de OPS para rediseñar el modelo de operación de la entidad acorde al ajuste del MIAS.

D.O

Alta dispersión de las sedes operativas de la ESE permiten ser la mejor opción de prestador primario para las diferentes RIPSS que se constituyan a nivel del Distrito de Cartagena.

D.A

Rediseño de procesos estratégicos, misionales, de apoyo, de control y mejoramiento continuo con enfoque de empresa sistema y énfasis en la gestión del riesgo institucional.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Perdida de competencias, habilidades, destrezas y conocimientos, baja introyección de plataforma estratégica institucional.

CAUSA

Pérdida del sentido empresarial del recurso humano, baja capacidad resolutive para roles de coordinación, supervisión y control, poca adherencias a guías y protocolos, a políticas de seguridad del paciente y a la cultura de acreditación.

FORTALEZA

Alta formación académica del recurso humano de planta y de OPS, claridad de la presenta admón. sobre la necesidad de potenciar el talento humano para distribuir roles y competencias laborales.

OPORTUNIDADES

Exigencias normativas sobre MIAS RIPS Ley estatutaria en salud, política nacional de seguridad del paciente, PSFF, obligatoriedad de la educación continuada etc. Permiten asumir el Plan de Educación Continuada PEC acreditante como la estrategia fundamental para la transformación institucional

DEBILIDADES

Actual Plan de Educación Continuada PEC no orientado al desarrollo integral del talento humano, tercerización del talento humano, resta transcendencia a la educación continuada, alta rotación de personal.

AMENAZAS

Alta exigencia del mercado para que el recurso humano desarrolle habilidades, destrezas, conocimientos y competencias con enfoque en gestión de riesgo, competitividad y humanización y acreditación de los servicios.

F.O

Alta formación académica del recurso humano de planta y de OPS, para generar una propuesta de altísima competitividad en el modelo MIAS, con enfoque de profundización de APS.

F.A

Implementación de un Plan de Educación Continuada PEC acreditante, enfocado en la optimización de las competencias y destrezas del talento humano que aumenta los conocimientos y habilidades hacia una cultura institucional de competitividad y eficiencia, que promueva la gestión del riesgo y la profundización de Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario.

D.O

Actual Plan de Educación Continuada PEC no orientado al desarrollo integral del talento humano, tercerización del talento humano resta transcendencia a la educación continuada, alta rotación de personal, obligatoriedad de la formalización laboral misional y del rediseño del modelo de prestación de servicio hacia el modelo MIAS.

D.A

Implementación de un Plan de Educación Continuada PEC acreditante para adecuar la empresa como prestador primario y garantizar continuidad y aumento del mercado.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Diseño no estratégico del sistema de información Institucional

CAUSA

Poca claridad del recurso humano en el proceso de generación de información primaria, trascendencia, importancia y fiabilidad de esta. Conectividad inestable.

FORTALEZA

Software institucional propio flexible y adaptable a las exigencias de las necesidades de información.

OPORTUNIDADES

Rediseño de indicadores institucionales de conformidad con las necesidades que exija el modelo, estabilizar la conectividad de la institución.

DEBILIDADES

Dificultad en la generación de un alto porcentaje de registros primarios, que ocasionan traumatismos en la elaboración de reportes e informes a los diferentes estamentos, plan de indicadores institucional parcialmente definidos.

AMENAZAS

Posibilidad de sanciones por organismos de vigilancia y control, pérdida de recursos por glosas, menor capacidad de negociación de tarifas.

F.O

Software institucional propio flexible y adaptable a las exigencias de las necesidades de un sistema de información institucional.

F.A

Dotación de equipos en un 95% de todas las unidades de la institución.

D.O

Exigencia de reformulación del sistema de información para fortalecer el análisis oportuno de la información institucional.

D.A

Optimizar el sistema de información institucional enfocado en la generación adecuada y oportuna de registros, soportes e informes para optimizar la planeación, la operación de los servicios, la supervisión y el control de la gestión institucional.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Alto porcentaje del recurso humano sin sentido de pertenencia, poca introyección de la misión y visión institucional.

CAUSA

Coordinación del talento humano institucional no unificado por tercerización laboral.

FORTALEZA

Estandarización de procesos asistenciales, programación adecuada de servicios sobre estándares por horas, pago oportuno de salarios y prestaciones sociales, plan de educación continuada con énfasis en el componente asistencial institucional, programa de bienestar social y de salud ocupacional.

OPORTUNIDADES

Normatividad obligante para la formalización laboral, existencia de un plan de retiro, normatividad definida para formular estudios de rediseño de plantas de personal, asistencia técnica de la DAFP y del Ministerio de Trabajo.

DEBILIDADES

Plan de cargos insuficiente para garantizar objeto misional, costos proyectados para formalización laboral son insostenibles con la escala salarial actual.

AMENAZAS

Insostenibilidad de la operación con la formalización laboral de no realizarse bajo un enfoque de escalas salariales diferencial con roles y competencias diferenciales.

F.O

La estabilidad del flujo financiero de la ESE, la adecuada disposición del R. humano para prestar servicios asistenciales en salud y alta potencialidad del recurso humano de planta facultan el ajuste de la operación misional hacia Prestador Primario en RIPSS.

F.A

La estandarización actual de los procesos asistenciales institucionales y la percepción de T Humano que percibe como gran oportunidad laboral hacer parte de la Planta de cargos de la entidad.

D.O

Normatividad obligante para la formalización laboral, disponibilidad de asistencia técnica de la DAFP y del Ministerio de trabajo con la necesidad de adaptar la operación al esquema de RIPSS para garantizar ser más eficientes y del enfoque del portafolio en gestión de riesgo y p y p.

D.A

Diseño e implementación de un proceso de selección, vinculación y medición de competencias laborales enfocado en la idoneidad de los perfiles del recurso humano a incorporar en la empresa y en la evaluación continuada de la productividad y calidad en el desempeño.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Estructura organizacional desajustada de acuerdo al modelo de prestación de servicio cumpliendo con política PAIS.

CAUSA

No ajuste de la estructura organizacional y del Manual de Competencias, Funciones y Requisitos laborales de la empresa, para un enfoque competitivo y eficiente.

FORTALEZA

Existencia de un recurso humano de planta, plan de cargos mínimos con alto potencial laboral (especializaciones y Maestrías administrativas y de calidad) que pueden asumir roles adicionales al asistencial en procesos con alta necesidad para el mejoramiento continuo de la empresa como: facilitadores en educación continuada, gerentes de producción de sedes operativas, supervisión de subredes, verificación de estándares de calidad o proyectos de investigación.

OPORTUNIDADES

Las exigencias de adaptar la operación de la empresa a la política PAIS, el estar en un PSFF obliga a ajustar la estructura organizacional, el Plan de cargos, el manual de competencias y funciones laborales para garantizar continuidad en el mercado y sostenibilidad futura.

DEBILIDADES

Poco sentido de pertenencia del talento humano, asunción de un rol de confort del personal en planta.

AMENAZAS

Alta exigencia para ajustar el desempeño del recurso humano de la empresa para garantizar la eficiencia en la operación por la obligatoriedad de trabajar como parte de la RIPSS, en el riesgo de no ser competitivos y perder mercado.

F.O

Redistribuir roles asistenciales y administrativos en el personal en planta actual, en busca de optimizar el rendimiento del talento humano para un mejor desempeño individual, grupal e institucional.

F.A

Desarrollo de competencias y destrezas laborales para mejorar desempeño con enfoque de gestión de riesgos, P y P, APS familiar y comunitaria para optimizar desempeño institucional hacia inclusión en RIPSS.

D.O

La inclusión del personal de planta en nuevos roles permitiría un desarrollo de las competencias y continuidad en los procesos.

D.A

Recurso humano de planta con alto potencial laboral mejorará el desempeño de los procesos y el ajuste del modelo de operación de la empresa.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Porcentaje del 95% del personal misional vinculado por tercerización, bajo sentido de pertenencia, alta rotación, pérdida de continuidad en procesos de calidad, acreditación, seguridad del paciente control de gestión.

CAUSA

No actualización de plan de cargos, alto costo proyectado para incorporación de personal misional conforme a la actual escala salarial.

FORTALEZA

Existencia de un recurso humano de planta alta mente capacitado con formación especializada y maestrías, alta experiencia laboral y docente, plan de cargos mínimos con alto potencial laboral que pueden asumir roles adicionales al asistencial en procesos con alta necesidad para el mejoramiento continuo de la empresa como: facilitadores en educación continuada, gerentes de producción de sedes operativas, supervisión de subredes, verificación de estándares de calidad o proyectos de investigación.

OPORTUNIDADES

La exigencia de adaptar la operación de la empresa a la política PAIS, el estar en un PSFFF obliga a ajustar la estructura organizacional, el Plan de cargos, el manual de competencias y funciones laborales para garantizar continuidad en el mercado y sostenibilidad futura.

DEBILIDADES

Fragmentación del proceso de selección, vinculación, dirección, evaluación del talento humano. Bajo sentido de pertenencias, rutinización del desempeño.

AMENAZAS

Insostenibilidad futura del costo operacional, pérdida de mercado.

F.O

Existencia de un recurso humano de planta alta mente capacitado con formación especializada y maestrías, alta experiencia laboral y docente que pueden asumir roles adicionales al asistencial en procesos con alta necesidad para el mejoramiento continuo de la empresa como: facilitadores en educación continuada, gerentes de producción de sedes operativas, supervisión de subredes, verificación de estándares de calidad o proyectos de investigación.

F.A

Alta satisfacción de los usuarios permitirán adecuar portafolio y disminuir pérdida de blanco objetivo.

D.O

La inclusión del personal misional en el Plan de cargos, permitiría un desarrollo de las competencias y continuidad en los procesos mejorando el desempeño y la eficiencia.

D.A

Formalización laboral con diferenciación de competencias y funciones para los niveles Directivos, Asesor, Profesional, Técnico y Asistencial, generando una escala salarial diferencial en el plan de cargos.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Establecimiento del costo por servicios, puntualizando la actividad, el procedimiento, y la intervención para evaluar costo operacional por sede y por desempeño de cada servicio, renegociación de tarifas con EAPB.

CAUSA

Inexistencia de un sistema eficiente de costeo de servicios e individualizado por sedes operativas.

FORTALEZA

Existencia de procesos de programación de servicios estructurados y de software que permite la generación de información insumo para realizar costeo adecuado por servicios y zona geográfica donde se ubica la sede operativa.

OPORTUNIDADES

Soporte estructurado para renegociación de tarifas.

DEBILIDADES

Incapacidad para medir peso porcentual del costo operacional por sedes funcionales, por servicios prestado y por contratación con cada EAPB.

AMENAZAS

Operación insostenible si no se aterrizan los costos.

F.O

Exigencias del nuevo rol como Prestador Primario que obliga a rediseñar el rol específico de cada sede prestadora así como a precisar los costos por servicios de forma individual dependiendo de lugar y cobertura.

F.A

Existencia de procesos de programación de servicios estructurados y de software que permite la generación de información necesaria para ajustar la operación y lograr mejor desempeño dentro del enfoque de RIPSS.

D.O

La obligatoriedad del ajuste en el modelo de operación, obliga a mejorar sistema de gestión de costos.

D.A

Implementación del sistema de costos eficientes de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, que permita establecer costeo de actividades por área o zona geográfica, sedes operativas y subred en cada RIPSS.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Sede administrativa en arriendo, incremento de costos operacionales.

CAUSA

NO disponer de edificación propia para desempeño del proceso administrativo.

FORTALEZA

Competencias administrativas claras, identificación de las necesidades de los ambientes laborales mínimos para operar el proceso administrativo institucional.

OPORTUNIDADES

La formulación de proyectos para fondos de cofinanciación, el ser una entidad que no ha recibido apoyo de los ministerios y otras dependencias gubernamentales nacionales para apalancar proyectos de infraestructura - Alcalde con alta receptividad a nivel del gobierno Nacional.

DEBILIDADES

Adaptación de procesos administrativos a la infraestructura en arriendo, ambientes laborales no óptimos, carencias de espacios para almacenamiento, bodegaje, etc.

AMENAZAS

Solicitud de entrega del bien por el propietario, aumento del canon de arriendo, cambio en la normatividad para gestión de proyecto.

F.O

Con la claridad en los procesos a generar a nivel del componente administrativo es posible sustentar un proyecto de infraestructura para los procesos gerenciales, administrativos y de control.

F.A

Conocimiento de los estados actuales de las infraestructuras de la entidad con el fin de realizar reparaciones menores con cumplimiento de estándares.

D.O

Formulación de proyecto de cofinanciación para adquirir sede administrativa propia.

D.A

Gestionar la situación actual de los bienes de la institución.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Alto consumo de insumos, servicios públicos, papelería, tercerización de servicios, alta contratación de OPS.

CAUSA

Bajos controles de contención del gasto, incapacidad resolutive autónoma para ofertar el 100% de los servicios contratados con EAPB, baja exigencia de resultados a OPS, baja cultura del control del gasto, inadecuada estructuración del presupuesto de gastos.

FORTALEZA

Competencias administrativas claras, capacidad del curso humano para generar formulación de proyectos de cofinanciación, existencia de elementos teórico conceptuales para optimizar el gasto.

OPORTUNIDADES

Adopción de la cultura del proyecto, políticas de cero papel, control del consumo de energía, redefinición de rol de sedes operativas dentro del esquema de RIPSS, definición de RIPSS, asunción de procesos puntuales de control del gasto.

DEBILIDADES

Bajo sentido de pertenencia de un alto número de empleados tercerizados y por OPS, bajo nivel de cultura del control del gasto, No existencia de banco de proyectos para cofinanciación, capacidad instalada misional limitada.

AMENAZAS

Pérdida de ingresos por nuevo enfoque del modelo en RIPSS, mayor exigencias para el gasto por mal diseño del modelo de Prestador Primario.

F.O

Competencias administrativas claras, capacidad del curso humano para generar formulación de proyectos de cofinanciación, existencia de elementos teórico conceptuales para optimizar el gasto disponibilidad de recursos para ejecución de proyectos para repotenciación de infraestructura, dotación medico quirúrgica, ambulancias, conectividad, P y P, gestión del riesgo, etc.

F.A

Contención de los gastos generales estandarizando un valor constante en los 4 años del PSFF.

D.O

Redefinición de rol de sedes operativas dentro del esquema de RIPSS.

D.A

Formulación de proyectos de cofinanciación para optimizar el gasto disponibilidad de recursos para ejecución de proyectos para repotenciación de infraestructura.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Gestión ineficiente con altos costos generales.

CAUSA

Inexistencia de medidas de supervisión y evaluación de desempeño para productividad y gastos por sedes operativas.

FORTALEZA

Competencias administrativas claras, existencia de elementos teórico conceptuales para optimizar el gasto.

OPORTUNIDADES

Adopción de indicadores y de procesos para evaluar desempeño en tiempo presente productividad, uso de recursos, resultados, costos.

DEBILIDADES

Enfoque administrativo no orientado al control del gasto.

AMENAZAS

Pérdida de ingresos por nuevo enfoque del modelo en RIPSS, disminución de afiliados.

F.O

Competencias administrativas claras, existencia de elementos teórico conceptuales para optimizar el gasto precisión de políticas cero papel, ahorro de energía, optimización de justificación de requerimientos, etc.

F.A

Competencias administrativas claras y analíticas con el fin de cumplir con un modelo acorde a RIPS.

D.O

Desarrollo e implementación de un sistema de supervisión y evaluación de desempeño para productividad y gastos.

D.A

Medir en tiempo presente los costos operacionales para cada IPS de las diferentes subredes operativas de la empresa.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Precisión de necesidades para personal de apoyo a nivel de los procesos funcionales de la empresa, rediseño de Plan de cargos, manual de competencias y funciones.

CAUSA

Baja estructuración de procesos con enfoque a resultados y eficiencia.

FORTALEZA

Definición de producción histórica y consumo histórico por sedes.

OPORTUNIDADES

Desarrollo u optimización de políticas institucionales para desempeño de personal vinculado.

DEBILIDADES

Poco control al uso adecuado de bienes y servicios, alta rotación de personal, baja capacidad de supervisión y control de los Coordinadores de centros y puestos de salud.

AMENAZAS

Plan plurianual de inversiones desenfocado al nuevo modelo de prestación, ocasionando incumplimiento en los proyectos de la institución.

F.O

Desempeño de personal de planta y vinculado capacitando e implementando políticas institucionales y nacionales.

F.A

Disminución del rubro de OPS en 1.000 millones de pesos en el primer año del PSFF y contención en los siguientes 4 años.

D.O

Implementación de nuevas políticas RIPS fortaleciendo personal de planta de la institución.

D.A

Definición adecuada de los procesos y fortalecimiento de conocimientos en personal vinculado de la institución para determinar necesidades acorde a políticas RIPS.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Pasivos institucionales por 17.250.000.000.

CAUSA

Gastos operacionales por encima de 1, con acumulación de déficit operacional y pasivos.

FORTALEZA

Depuración del pasivo a fecha presente.

OPORTUNIDADES

PSFF, disponibilidad de 30.870.000.000 a nivel del FONPET con apoyo del ente territorial para asumir pago de pasivo institucional.

DEBILIDADES

Inexistencia de medidas de supervisión y evaluación de desempeño para productividad y gastos por sedes operativas, operación corriente con tendencia al déficit.

AMENAZAS

Pérdida de ingresos por nuevo enfoque del modelo en RIPSS, disminución de afiliados.

F.O

Identificación y depuración de los pasivos pertenecientes de la entidad con el fin de realizar pagos con apoyo del FONPET.

F.A

Implementación de nuevo modelo de prestación RIPS con personal interno de la institución sin generación de gastos adicionales en personal.

D.O

Pago del pasivo corriente con recursos del FONPET.

D.A

Determinar procesos de supervisión de eficiencia de las sedes operativas detectando pérdida de ingresos por el nuevo modelo de prestación de servicios.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Contingencias por retroactivo de cesantías y por fallas jurídicas con proyección financiera alta.

CAUSA

Causación de pasivos por cesantías no pagadas oportunamente, personal en planta que no dispone de sus cesantías causadas y no pagadas

FORTALEZA

Depuración de montos por intereses de cesantías para el 100% de los empleados.

OPORTUNIDADES

PSFF cuyas proyecciones permiten establecer utilidades operacionales a partir del año 2018, lo que permite cubrir montos proyectados a pago de cesantías.

DEBILIDADES

Periodos no definidos por la empresa, si no por empleados.

AMENAZAS

Demandas futuras por no pago de cesantías, desglose inadecuado de ingresos.

F.O

Claridad de las cesantías e intereses de cesantías por pagar, apoyo de los ingresos que tendrá la entidad por medio del Distrito.

F.A

Proyección de costos a pagar a vigencias futuras.

D.O

Implementación de PSFF y apoyo de FONPET para definir pasivos por cesantías por periodos de la empresa.

D.A

Constitución de una cuenta maestra para incorporación y uso de los excedentes financieros de la operación para el pago de intereses y retroactivos de cesantías y contingencias jurídicas.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Porcentaje de glosas por encima del 7%.

CAUSA

Mala elección del r. humano facturador, inestabilidad en la conectividad del SII, baja adherencia del R. humano asistencial a guías y protocolos medico asistenciales, alta rotación de recurso humano, baja capacidad de oferta instalada de servicios de p y p.

FORTALEZA

Software propio, con disponibilidad de un equipo de desarrolladores tiempo completo, población usuaria contratada cercana al, 5 millones de usuarios.

OPORTUNIDADES

Alta demanda de usuarios, proyección institucional como Prestador Primario, R humano de planta con alta potencialidad para educación continuada y desarrollo de competencias al personal operativo.

DEBILIDADES

Proceso de selección de Talento humano inadecuado, tipo de vinculación inapropiado, bajo sentido de pertenencia.

AMENAZAS

Disminución de ingresos por venta de servicio y aumento de gasto por alta rotación de recurso humano inadecuado.

F.O

Implementación de software propio y requerimientos definidos por el área de facturación.

F.A

Optimización del proceso de facturación y disminución del porcentaje de glosas de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias mejorando la oportunidad y calidad de los soportes para servicios capitados, por eventos y SOAT.

D.O

Guías de proceso de selección de personal y metodologías de implementación para determinar manual de funciones y determinar perfil de recurso humano.

D.A

Capacitación de recurso humano de facturación e identificación de indicadores con énfasis en resultados.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Alta cuantía de cartera, tanto corriente, como no corriente, existencia del 50% de cartera de difícil recuperación.

CAUSA

Comportamiento histórico hacia la continuidad del flujo, debilidad en la depuración de cartera y la resolución de glosas, no existencia de criterios claros para negociación con EAPB.

FORTALEZA

11.200 millones de cartera conciliada y con actas para ejecución de pago.

OPORTUNIDADES

Venta de cartera, buena disposición de EABP para liquidar contratos de vigencias anteriores.

DEBILIDADES

Falta de un equipo humano que trabaje de forma continuada el proceso de recuperación de cartera, debilidad en soportes de atención por eventos y p y p.

AMENAZAS

Perdida de montos no conciliados.

F.O

Conciliación de pasivos con normas NIIF.

F.A

Depuración de la cartera y optimización de la gestión de cobro persuasivo y jurídico.

D.O

Alta disponibilidad de las EAPB de conciliar saldos.

D.A

Auditoria concurrente en proceso de facturación con el fin de disminuir montos no conciliados.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Contratos de venta de servicios con las EAPB de vigencias anteriores sin conciliación o liquidación.

CAUSA

Comportamiento histórico hacia la continuidad del flujo, debilidad de la depuración de cartera y la resolución de glosas, baja trascendencia histórica al margen de negociación.

FORTALEZA

Identificación de las debilidades en el proceso de facturación y negociación.

OPORTUNIDADES

Alta disponibilidad de las EAPB de conciliar saldos y contratos de asadas vigencias.

DEBILIDADES

No asunción de la liquidación de contratos como un componente importante del desempeño institucional.

AMENAZAS

Facturas con posibilidad de prescripción por ausencia de conciliación.

F.O

Definición del proceso de negociación y EAPB con contratos y saldos definidos.

F.A

Culminar la liquidación de contratos con las EAPB de vigencias anteriores, soportando adecuadamente las glosas y generando compromisos de pagos a corto tiempo.

D.O

Definición de un equipo interno y de un plan de trabajo para depurar glosas y hacer negociación con EAPB de contratos de vigencias anteriores.

D.A

Determinar cronograma para fincar liquidaciones, determinando depuración de cartera y glosas.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Inexistencia de un plan de mercadeo y publicidad orientado a mejorar la participación y permanencia en el mercado.

CAUSA

Enfoque del mercadeo hacia el protocolo y apoyo logístico, visión errónea del marketing

FORTALEZA

Alta capacidad instalada, cobertura a nivel de toda la geográfica del distrito, capacidad instalada competitiva para población usuaria, alto grado de satisfacción de usuarios

OPORTUNIDADES

Constituirse como Prestador Primario en enfoque de RIPSS, Promoción del nuevo enfoque del modelo de operación orientada a la gestión de riesgo y P y p con enfoque de APS

DEBILIDADES

Enfoque inadecuado del proceso de Marketing, ausencia de un Plan de Mercadeo orientado a la continuidad de mercado

AMENAZAS

Potencial pérdida de mercado por integración vertical

F.O

Plan de desarrollo definido de acuerdo a nuevo modelo con enfoque política PAIS acaparando mayor cobertura y usuarios

F.A

Capacidad de cobertura dentro de todo el distrito de Cartagena con satisfacción del usuario en un 95%

D.O

Definición de roles por sedes operativas de acuerdo a nuevo modelo para diseño de nuevo modelo de mercadeo y comunicaciones.

D.A

Optimizar el proceso de mercadeo, negociación y contratación con EAPB para mejoramiento de tarifas de paquetes de servicios y aumento del número de usuarios en ambos regímenes. Enfoque RIPSS.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Nula gestión de proyectos

CAUSA

Nula cultura para gestión de proyectos, visión de la operación y del desarrollo de los servicios sobre el criterio de la autonomía y el apoyo del ente territorial

FORTALEZA

Diagnostico situacional con precisión de necesidades y visión de Prestador Primario consistente con enfoque hacia operación de RIPSS.

OPORTUNIDADES

Accesibilidad de recursos de los fondos de nacionales, del MSPS de fondos internacionales mediante la formulación de proyectos para infraestructura, dotación o programas para aumentar cobertura o portafolios.

DEBILIDADES

Comportamiento histórico institucional de espaldas a la gestión de proyectos, inexistencia de un banco de proyectos.

AMENAZAS

Alta exigencia de los fondos para viabilizar proyectos.

F.O

Plan de desarrollo definiendo diagnóstico situacional de institución definiendo proyectos de acuerdo a necesidades.

F.A

Promoción de la cultura del proyecto, para la gestión de las necesidades generadas por el ajuste del Modelo de Operación de la empresa, con evaluación anual de metas de resultados.

D.O

Obligación legislativa de creación de banco de proyectos.

D.A

Diseño y operación del Banco de proyectos Institucionales.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Solo una de las 43 sedes físicas donde opera la entidad está escriturada a nombre de la empresa.

CAUSA

Malos resultados de las medidas realizadas para la incorporación y titulación de los bienes según acuerdo de creación de la entidad, debilidad e la gestión de la titulación de bienes inmuebles, patrimonio subvalorado.

FORTALEZA

Posesión de inmuebles por más de 10 años, consistencia jurídica de la empresa.

OPORTUNIDADES

Concejo distrital con voluntad para respaldar definición de titulación de predios.

DEBILIDADES

Baja disponibilidad de esfuerzos institucional para formular plan de acción con el fin.

AMENAZAS

Pleitos jurídicos con terceros o entes territoriales por titulación de bienes inmuebles, disminución en activos ponderados.

F.O

Identificación de orígenes de los bienes con formalidad jurídica y posesión de los bienes inmuebles por más de 10 años.

F.A

Recurso humano jurídico vinculado con conocimientos en procesos en titulación de bienes inmuebles.

D.O

Diseño e implementación del programa institucional para la titulación de las sedes operativas en uso por la empresa.

D.A

Definición de proceso de titulación y elaboración de cronograma de ejecución de actividades planificando tiempos de respuestas de entes.

PROBLEMA/ OPORTUNIDAD NO APROVECHADA

Inestabilidad de la conectividad, baja eficiencia de la gestión del SII por problemas a nivel de la operación del software, altas exigencias tecnológicas por la dispersión geográfica de las sedes operacionales.

CAUSA

Estructura de conectividad no homogénea, equipos de conectividad arrendados servidores no funcionales.

FORTALEZA

Existencia de cableado en todas las sedes operativas.

OPORTUNIDADES

Gestión de proyectos a nivel de Ministerio de las TIC para adquisición de equipos de conectividad y fibra óptica para la empresa.

DEBILIDADES

Infraestructura de conectividad ajena.

AMENAZAS

Aumento en % de glosas, baja en el registro de la productividad, disminución de los ingresos.

F.O

Conocimiento claro de la situación actual de la entidad para formulación de proyecto TIC.

F.A

Definición clara de las necesidades de conexiones óptimas para el buen funcionamiento de conectividad entre sedes operativas de acuerdo a nuevo modelo de prestación de servicios.

D.O

Formulación de un proyecto ante el Ministerio de las TICs para optimizar la conectividad y la operatividad del software institucional.

D.A

Alto costo de uso, inestabilidad de ondas, SII ineficiente generación de baja en los ingresos por venta de servicios y aumento de glosas.

3. PROPUESTA PSFF DE LA ESE

De manera específica la ESE Hospital Local Cartagena ha diseñado una propuesta estratégica que subrogada a la implementación del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero en el horizonte de tiempo del año 2017 al año 2021 le debe permitir ajustar el modelo de prestación de servicios de la entidad centrándose con el nuevo enfoque de profundización de la APS con énfasis en la atención domiciliaria. El enfoque supone un muy leve aumento de la población usuaria, pero si un ajuste radical de la forma como se ejecutan los procesos institucionales, administrativos, jurídicos y financieros, en especial, al control de los costos operacionales y la forma como se vincula el talento humano.

Para el presente año, se trabajará en el desarrollo del componente táctico de las medidas estratégicas planteadas en especial:

1. Rediseño del modelo de operación de la ESE hacia un enfoque de los servicios centrados en la gestión del riesgo, la promoción y prevención en salud con enfoque hacia APS familiar y comunitaria para asumir el rol de **Prestador Primario** a nivel territorial para cualquier RIPSS que se conforme en el Distrito de Cartagena. En este orden de ideas se tiene como presupuesto que las EPS Mutual Ser, COOSALUD EPS y otra EPS más articulan RIPSS a nivel del Distrito de Cartagena, las demás EPS dejaran de operar en el territorio. Con esta premisa, la empresa parte de rediseñar los flujos actuales de georreferenciación hacia la estructuración de 3 subredes intrainstitucionales que redefinirán el rol de cada una de las IPS que hoy constituyen su infraestructura asistencial para lo cual es indispensable realizar el ajuste organizacional de los procesos institucionales, administrativos, jurídicos, de personal y financieros acorde al portafolio que pueda ofertar como **Prestador Primario (resolución 0429 y resolución 1441 de 2015)**.

Cada Subred se estructurará atendiendo más que los flujos históricos de los usuarios, el perfil epidemiológico del área a cubrir, la población objetivo, las rutas y medios de movilidad en la zonas urbanas y rurales al servicios de los usuarios, las condiciones socio económicas y culturales de la población objetivo, la actual capacidad instalada disponible en el área. En todo caso, cada Subred dispondrá de una oferta instalada que inicia con equipos extramurales de atención diaria a nivel de familias y comunidades, una o dos

IPS que ofertaran un portafolio integral para atención inicial de urgencias, otras IPS adscritas con la organización de portafolios específicos hacia la gestión del riesgo o P y P y una IPS cabeza de Nodo asistencial con un portafolio integral de baja complejidad y las especialidades básicas establecidas en la norma para ofertar el portafolio integral de **Prestador Primario**. Lo anterior obliga a redefinir de forma planificada el rol de las 42 sedes operativas- según población objeto y perfil epidemiológico del área – implica la adopción del MIAS y el diseño de rutas integrales de atención en salud RIAS, cambiando los actuales servicios hacia paquetes asistenciales según un nuevo escenario que debe ser más resolutivo asistencialmente pero cuya esencia será la modificación estilos de vida, impactando hábitos y costumbres que hoy determinan el actual estado de morbilidad de los grupos poblacionales. Se harán costeo que específico de las actividades, procedimientos e intervenciones del portafolio a ofertar, lo que permitirá renegociar con las EPS Gestoras de cada RIPSS las tarifas de los paquetes a contratar. El objetivo fundamental de la medida y el enfoque es garantizar la competitividad en el mercado y diseñar un portafolio acorde con el nuevo enfoque de la política PAIS.

2. Continuando con este mismo enfoque, es indispensable establecer el estado actual de los estándares de calidad con criterios de habilitación en cada una de las sedes y formular un PAMEC para cada IPS según rol que asuman en el nuevo modelo de prestación de servicios como Prestador Primario. De tal forma que se formule un PLAN DE MEJORAS (42 PAMEC) que permita trabajar las mejoras para garantizar la certificación en la habilitación de los estándares de cada sede operativa según el nuevo rol asumido dentro del esquema en subredes de la empresa. Los resultados (PAMEC) permitirá planificar el uso de los recursos del presupuesto para mantenimiento hospitalario y serán parte de los insumos para la formulación de proyectos específicos de adecuación y repotenciación hospitalaria. La estrategia para la gestión de recursos de financiación de estos proyectos se enfoca en la gestión de cofinanciación de recursos ante instancias como el Ministerio de Salud y Protección Social y en los diferentes fondos nacionales, internacionales, territoriales; tanto gubernamentales como no gubernamentales que apalancan el desarrollo de la oferta de servicios salud a nivel del País. En ese orden de ideas, en el primer año de implementación del PSFF se hará la formulación de 3 proyecto de sede operativa con portafolio completo para **Prestador Primario**, lo que implica definir y establecer ambientes asistenciales, dotación necesaria, oferta potencial y cálculo de factibilidad financiera a partir de la actual estructura de las sedes de Canapote, Pozón y Arroz Barato. También se hará la formulación del proyecto de sede operativa con portafolio urgencia integral resolutiva complementaria a cada nodo primario en cada una de las subredes, implica definir y establecer ambientes asistenciales, dotación necesaria, oferta potencial y cálculo de factibilidad financiera a partir de la actual estructura existentes. Las sedes programadas para asumir este rol son: **Subred Norte**: IPS de la esperanza. A nivel de la **Subred Sur** la IPS de Bayunca y la IPS de Olaya Herrera. A nivel de la **Subred Centro** las IPS de Pasacaballos, Blas de Lezo y Nuevo Bosque. Este enfoque de subredes tendrá su máxima expresión en diseño de la propuesta

operacional del componente de p y p y de gestión de riesgo que desarrollará la empresa para profundizar el modelo de APS con enfoque familiar y comunitario que se podrá incorporar diferentes estrategias como atenciones a nivel equipos extramurales, atenciones en ambientes provisionales como carpas, unidades móviles, atenciones a nivel de entidades como escuelas, iglesias, ancianatos, hogares comunitarios, etc. Cada propuesta de rol o servicio definido como oferta potencial, partirá con el cálculo de factibilidad financiera para cada RIPSS operante en el Distrito.

El diseño de los documentos técnicos que soportan estos programas y proyectos se hará considerando como principal ventaja competitiva de la entidad los perfiles del actual personal en planta vinculado a la empresa y del personal en misión que tiene más de 5 años con la ESE. Estos normalmente solo hacen labor asistencial lo cual permitirá un proceso gradual de diversificación de las funciones de esta persona hacia otros enfoques más administrativos (Como Gerentes de Producción de sede operativa, Supervisores de subredes, facilitadores de educación continuada, Verificadores de estándares de calidad o Líderes de proyectos de investigación). Con ellos se realizarán la formulación dirigida de los anteproyectos, proyectos y programas y además serán elementos de soportes para su implementación. Los perfiles identificados que asumirán la fase de diseño del componente estratégico del PSFF son:

P.U del área de la salud, especializado en gerencia o salud pública o auditoria, formación en planeación o levantamiento de procesos.

P. U área administrativa con experiencia en el sector salud y en diseño de procesos.

P.U del área administrativa con énfasis en finanzas

P.U del área de la salud, epidemiólogo o medicina familiar o salud pública

PU área de salud con experiencia y vocación docente

PU área administrativa con experiencia y vocación docente

P.U. área de salud con especialización en auditoria de la calidad experiencia y vocación docente.

Tabla No. 318

Relación de perfiles para desarrollo de proyectos y medidas del PSFF 2017 – 2021, Ese Hospital Local Cartagena de Indias.

EJES PROGRAMATICOS	PROYECTOS	METAS	GRUPO DE COORDINACION Y APOYO TECNICO	EJE 1	EJE 2	EJE 3
Hospital Prestador PRIMARIO. Alcance: Desarrollo de la Planeación estratégica, táctica y operativa como medio de lograr adaptabilidad, eficiencia y sostenibilidad en ajuste del modelo del SGSSS.	5	AÑO 1	DR. ROQUE BOSSIO, DRA MARICELA TORENEGRA, DR VICTOR TERAN, DR RUPERTO ZUÑIGA, DRA LENNYS GONZALEZ, DR GERMAN GONZALEZ	P.U DEL AREA DE LA SALUD, ESPECIALIZADO EN GERENCIA O SALUD PUBLICA O AUDITORIA, FORMACION EN PLANEACION O LEVANTAMIENTO DE PROCESOS -- -- P. U AREA ADMINISTRATIVA CON	P.U ESPECIALIZADO CON EXPERINCIA EN DOCENCIA	GRUPO COORDINADOR + R. H. EJE 1 Y EJE 2

<p>Hospital acreditable: Alcance: Desarrollo de la estrategia de educación continuada basada en APB para canalizar capacidades y destrezas del talento humano para la transformación de los paradigmas sobre la estructura, procesos y resultados con énfasis en desarrollo gerencial, medicina basada en evidencia científica y seguridad y humanización de los servicios.</p>	3	AÑO 1		EXPERIENCIA EN EL SECTOR SALUD Y EN DISEÑO DE PROCESOS. P.U DEL AREA ADMINISTRATIVA CON ENFASIS EN FINANZAS		
<p>Operador Sostenible y Eficiente: Alcance: Adecuar la estructura orgánica, organizacional, de personal, de procesos, administrativa, financiera y logística al rol de operador primario sostenible y eficiente</p>	15	AÑO 1				

Fuente: Oficina de Planeación

Para el eje N° 1 se deben formular un mínimo de 12 proyectos entre genéricos y específicos. Para el eje N° 2, se deben formular 2 planes globales para el desarrollo del componente de calidad enfocada en la operación con ajuste al modelo de Operador Primario y un Plan Estratégico de Educación Continuada para desarrollo de la cultura de la competitividad, la eficiencia y la adecuada adaptabilidad al cambio. Para el eje N° 3 se deben proyectar 15 productos entre Proyectos y programas.

1. Definición de equipo de coordinación de procesos y del eje 3 del PSFF, que también asume el seguimiento a las medias para mejorar eficiencia, control del gasto y pago de pasivos del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. Integrantes: Dr. ROQUE BOSSIO, Dra. MARICELA TORENEGRA, Dr. VICTOR TERAN, Dr. RUPERTO ZUÑIGA, Dra. LENNYS GONZALEZ, Dr. GERMAN GONZALEZ.
2. Precisión de perfiles para ejes 1 y 2 estratégicos del PDI y programa ESE Hospital Local Cartagena de Indias Operador Primario Acreditable: Perfiles Eje 1: a. P.U del Área de La Salud, Especializado en Gerencia o Salud Pública o Auditoria, Formación en Planeación o

Levantamiento de Procesos. b. P. U Área Administrativa con Experiencia en el Sector Salud y en Diseño de Procesos. c. P.U del área Administrativa con Énfasis en Finanzas. D. P.U del área de La Salud, Epidemiólogo o Medicina Familiar o Salud Publica. Se sugiere la participación de 40 funcionarios divididos en así:

Tabla No.319

Relación de número de personas integrantes de equipos de trabajo para desarrollo de proyectos

PRODUCTO	DISEÑO	Nº DE PERS
Propuesta de ajuste de modelo de operación de la empresa, incluye portafolio de servicios, el uso específico de las sedes asistenciales, los procesos, los protocolos, flujograma rutas asistenciales, competencias requeridas del recurso humano.	SUBRED 1	3
	SUBRED 2	
	SUBRED 3	
Diagnóstico y formulación de plan de medidas de mejoras para cumplir los criterios de habilitación 2003 – Por cada IPS de cada Subred	SUBRED 1	6
	SUBRED 2	
	SUBRED 3	
Diseño de proyecto de sede para operar portafolio completo de Prestador Primario: Metodología MGA	SEDES 1C SR 1	3
	SEDES 1C SR 2	3
	SEDES 1C SR 3	3
Diseño de proyecto de sede para operar portafolio completo de urgencia resolutive baja complejidad: Metodología MGA	IPS URG RESOLUTIVA 1	3
	IPS URG RESOLUTIVA 2	3
	IPS URG RESOLUTIVA 3	3
Diseño de proyecto estándar para que cada sede pueda operar portafolio tipo gestión de riesgos: Metodología MGA	GESTION DE RIESGO	2
Diseño de proyecto estándar para que cada sede pueda operar portafolio tipo P Y P: Metodología MGA	P Y P	2
Diagnóstico y formulación de plan de acción para desarrollo de los estándares de acreditación para las 3 subredes	ACREDITACION	3
Plan de trabajo para garantizar el desarrollo de la cultura de buenas prácticas de atención en salud para seguridad del paciente y humanización de los servicios para las 3 subredes.	CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS	3
Formular PEC para potencializar capacidades y competencias del T H según roles en el nuevo modelo de operación de la entidad :Dras. ROSIRIS MENDOZA Y MURIEL CHAMORRO	DESARROLLO INTEGRAL DE COMPETENCIAS DEL T. HUMANO INSTITUCIONAL	3
Total funcionarios para trabajar Ejes 1 y 2 del PDI		40

Fuente: Oficina de Planeación

La implementación del anterior enfoque está programada a partir del año 2018, esto a vez implica desarrollar una serie de medidas que permitan mejorar el desempeño de la estructura orgánica y organizacional, el mejoramiento de las comunicaciones entre dependencias, entre las IPS de cada subred y con los usuarios y demás actores de la Gestión de servicios.

Para el desarrollo de estos productos y proyectos componentes del Programa SFF la ESE conformara 3 grupos de trabajo:

El primer grupo integrado por varios equipos de trabajo con disposición específica para cada proyecto que se han definido para la adecuación del modelo de prestación de Servicios de la Empresa hacia el desempeño como Prestador Primario.

2°. Un segundo grupo de profesionales enfocado al desarrollo de las competencias y capacidades del personal de planta y misional para lo cual deberá estructurar un Programa de Educación Continuada que permita de manera dirigida la potencialización de roles diferenciados del talento humano y el desarrollo de la cultura de la acreditación en salud y la humanización de los servicios. PEC acreditante.

3°. El tercer grupo integrado por el Gerente, los 2 subgerentes y los diferentes Asesores de los cuales dispone hoy la empresa con la tutoría de la Oficina de Planeación, la de Calidad, el Control Interno para la implementación de las medidas relacionadas con mejora la eficiencia administrativa, control del gasto y pagos de pasivos.

Cada producto a generar deberá estructuralmente cumplir como mínimo los siguientes criterios:

Tabla No. 320

Estructura general de los proyectos

Nº	ESTRUCTURA GENERAL DE LOS PROYECTOS
1	Análisis de la necesidad: Planteamiento del problema u oportunidad a resolver e identificación de las causas generadoras del mismo y efectos negativos sobre los habitantes del territorio.
2	Planteamiento de alternativas: Generación de posibles soluciones que permitan resolver el problema planteado.
3	Selección de la mejor alternativa: Aplicación de análisis de tipo socioeconómico para seleccionar la alternativa que mejor se adapta a las condiciones del ente territorial.
4	Generación de estudios y diseños: Identificación de los estudios y diseños de detalle requeridos para la ejecución del proyecto, preparación de documentos y apoyo para el desarrollo de los estudios requeridos.
5	Estructuración financiera con componente de sostenibilidad: Análisis financiero de la alternativa seleccionada, que incluye su etapa de operación y mantenimiento y generación del esquema de sostenibilidad del proyecto.

Fuente: Oficina de Planeación

En términos presupuestales la generación de estos productos no incurren en gastos adicionales a la empresa, pero si tendrían un leve impacto en la productividad de la organización por el desplazamiento del personal asistencial hacia funciones de desarrollo táctico del PSFF. De manera específica se detalla a continuación las medidas que se adoptan con base en el escenario generado con el diseño del PSFF:

3.1. MEDIDAS ADOPTADAS MEDIANTE EL PSFF. Cuadro 31.

EJE 1: Reorganización administrativa.

1. **Rediseño del Modelo de Operación de la empresa**, adecuando la operación al ajuste del modelo generado por la Política PAIS con

enfoque de gestión de riesgo, para potencializar el portafolios de servicios de la entidad hacia la Promoción y prevención, la gestión del riesgo y la resolutividad en la baja complejidad con enfoque de APS.

- **ACTIVIDADES**

1. Conformación de equipos de trabajo con personal de la empresa para desarrollo de la planeación táctica.
2. Diseñar el modelo de operación de la ESE a partir de la estructuración de 3 subredes intrainstitucionales para desempeñar el rol de prestador primario a nivel del distrito de Cartagena.

2. **Redistribución del rol específico de las 43 sedes prestadoras de servicios**, organizándolas de forma que garanticen la estructuración de subredes para las construcción de rutas integrales de atención en salud (RIAS) que permitan operar como **Prestador Primario** con unidades asistenciales tipos 2A, 1B , 1A , se cumplan los criterios de habilitación y sean complementadas en cobertura por equipos extramurales de gestión familiar y comunitaria.

- **ACTIVIDADES**

1. Diseñar la propuesta operacional del componente de p y p y de gestión de riesgo que desarrollara la empresa para profundizar el modelo de APS con enfoque familiar y comunitario. Oferta potencial y cálculo de factibilidad financiera.
2. Definir el rol de las 42 sedes operativas- según población objeto y perfil epidemiológico del área y distribución geográfica.
3. Diseñar las rutas RIAS.
4. Ejecución de medidas (administrativas, de educación continuada, seguridad del paciente) garantizando el cumplimiento de estándares de calidad con criterios de habilitación, para cada una de las sedes.
5. Formular el proyecto de sede operativa con portafolio completo para prestador primarios según res 0429 de 2016.
6. Formular el proyecto de sede operativa con portafolio urgencia resolutiva complementaria a nodo primaria en la subred.
7. Definir y establecer ambientes asistenciales, dotación necesaria, oferta potencial y cálculo de factibilidad financiera.

3. **Modernización de la estructura orgánica y organizacional** simplificando la estructura administrativa organizacional actual y definiendo un modelo de operación basado en indicadores de resultados y desempeño para la organización operativa de 3 subredes con

enfoque de Prestador Primario de las RIPSS que se conformen en el distrito de Cartagena.

- **ACTIVIDADES**

1. Formular estudio técnico para realizar modernización de la estructura orgánica y organizacional de la empresa, conforme al nuevo modelo ajustado a la política PAIS.
4. **Rediseño de procesos estratégicos, misionales, de apoyo, de control y mejoramiento continuo** con enfoque de empresa sistema y énfasis en la gestión del riesgo institucional.

- **ACTIVIDADES**

1. Ajustar los procesos y procedimientos adaptados al nuevo modelo de prestación de servicios de la empresa.
5. **Implementación de un Plan de Educación Continuada diferencial "PEC acreditante"**, enfocado en la optimización de las competencias y destrezas del talento humano que aumenta los conocimientos y habilidades hacia una cultura institucional de competitividad y eficiencia, que promueva el sentido de pertenencia institucional, la seguridad del paciente, la humanización de los servicios, la gestión del riesgo y la profundización de Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario.

- **ACTIVIDADES**

1. Establecer los perfiles de los empleados de planta, para que desarrollen funciones mixtas con educación continuada, supervisión de redes o APS con enfoque familiar y comunitario.
 2. Diseñar del plan de educación continuada con metodología ABP, con enfoque específico por tipo de funcionarios y según rol que requiere la empresa para su ajuste al modelo del SGSSS, el desarrollo de la cultura empresarial, la acreditación y la seguridad del paciente.
 3. Proyectar los Costos del PEC.
6. **Optimización del sistema de información institucional** enfocado en la generación adecuada y oportuna de registros, soportes e informes para optimizar la planeación, la operación de los servicios, la supervisión y el control de la gestión institucional.

- **ACTIVIDADES**

1. Definir Plan de desarrollo de capacidades del software de conformidad a las nuevas exigencias definidas por el ajuste del modelo de prestación de servicios de la empresa.

2. Desarrollar un plan de identificación y comprensión de la Misión, Visión, en cada uno de los procesos y recurso humano de la institución.
 3. Establecer un sistema de Indicadores con enfoque a resultados.
 4. Elaborar el Modelo de desarrollo de la cultura Organizacional.
7. **Diseño e implementación de un proceso de selección, vinculación y medición de competencias laborales** enfocado en la idoneidad de los perfiles del recurso humano a incorporar en la empresa y en la evaluación continuada de la productividad y calidad en el desempeño.

- **ACTIVIDADES**

1. Establecer perfiles y cargos necesarios para garantizar la gestión.
 2. Diseñar procesos de convocatoria, selección vinculación, inducción, re-inducción y evaluación de desempeño.
 3. Unificar el manejo de recurso humano en una sola dependencia y establecer la política de meritocracia.
8. **Redistribuir roles asistenciales y administrativos en el personal en planta actual**, en busca de optimizar el rendimiento del talento humano para un mejor desempeño individual, grupal e institucional.

- **ACTIVIDADES**

1. Concertar con el recurso humano de planta la modificación de funciones inherentes a su cargo.
2. Desarrollo de competencias para desempeño de competencia relacionada con educación continuada, verificación de requisitos de habilitación, supervisión de servicios, gerencia de proyectos.
3. Modificación de manual de cargos, funciones y requisitos.
4. Reubicación del personal de planta para el desempeño de roles mixtos, asistenciales y/o administrativos.

EJE 2. Racionalización del gasto

1. **Formalización laboral** con diferenciación de competencias y funciones para los niveles Directivos, Asesor, Profesional, Técnico y Asistencial, generando una escala salarial diferencial en el plan de cargos.

- **ACTIVIDADES**

1. Formular estudio técnico para realizar formalización laboral estableciendo una escala salarial de conformidad con el nivel de competencias y funciones, diferencial para cada nivel.

2. Adoptar formalización laboral.
3. Implementación de proceso de formalización laboral.

2. **Implementación del sistema de costos eficientes de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias**, que permita establecer costeo de actividades por área o zona geográfica, sedes operativas y subred en cada RIPSS.

- **ACTIVIDADES**

1. Elaborar Plan de trabajo para optimización continuada de sistema de costeo.
2. Aplicar para cada subred y cada IPS de la empresa el sistema de costeo enfocado al nuevo modelo operacional.
3. Adecuación del software para el registro de costos.

3. **Formulación de proyecto de cofinanciación para adquirir sede administrativa propia.**

- **ACTIVIDADES**

1. Gestionar proyecto ante fondo de adaptación o ante organismo distritales, departamentales, nacionales e internacionales.
2. Formular proyecto MGA de la sede administrativa propia.

4. **Contención de los gastos generales estandarizando un valor constante en los 4 años del PSFF.**

- **ACTIVIDADES**

1. Re-direccionar el sistema de costeo de acuerdo a las necesidades establecidas en el nuevo modelo.
2. Enfatizar en la adherencia de la política de cero papeles.
3. Uso eficiente del flujo de comunicación interna y externa.
4. Uso eficiente de los servicios públicos.

5. **Desarrollo e implementación de un sistema de supervisión y evaluación de desempeño** para productividad y gastos, que permita medir en tiempo presente los costos operacionales para cada IPS de las diferentes subredes operativas de la empresa.

- **ACTIVIDADES**

1. Programación adecuada de los servicios en ocasión a población objeto, contratación y portafolio de la sede
2. Implementación de medidas de supervisión y control del uso de insumos médicos, medicamentos y demás elementos de proceso.

3. Desarrollo de competencias o habilidades en el recurso humano para la optimización del uso de insumos y de registro del uso de los mismos
6. **Disminución del rubro de OPS en 1.000 millones de pesos en el primer año del PSFF** y contención en los siguientes 4 años.

- **ACTIVIDADES**

1. Estandarizar procesos que faciliten el desempeño del personal planta
2. Seleccionar de manera adecuada el personal a vincular por OPS.
3. Mejorar la identificación de necesidades y requerimientos para contratación de las OPS

EJE 3. Restructuración de la deuda. No aplica.

EJE 4. Saneamiento de pasivos

1. Pago del pasivo corriente con recursos del FONPET

- **ACTIVIDADES**

1. Gestionar ante el Distrito y la Dirección Territorial de Salud el respaldo financiero al PSFF.
2. Cumplimiento de las medidas establecidas en el programa.
3. Gestionar desembolso de los recursos ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
4. Depuración de los pasivos a cancelar y aplicación de pago

2. **Constitución de una cuenta maestra para incorporación** y uso de los excedentes financieros de la operación para el pago de intereses y retroactivos de cesantías y contingencias jurídicas.

- **ACTIVIDADES**

1. Constituir la cuenta maestra
2. Verificar los resultados financieros del ejercicio operacional anual
3. Consignar excedentes o superávit financiero a nivel de cuenta maestra
4. Actualizar y liquidar intereses de cesantías para los empleados que requieran el pago parcial o se retiren de la empresa
5. Depuración de contingencia judicial en contra
6. Aplicación de pago a sentencias judiciales.

EJE 5. Fortalecimiento de los ingresos.

1. **Optimización del proceso de facturación de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias** mejorando la oportunidad y calidad de los soportes para servicios capitados, por eventos y SOAT

- **ACTIVIDADES**

1. Mejorar el proceso de selección del personal de facturación.
2. Desarrollo de capacidades y destrezas del personal de facturación mediante educación continuada.
3. Garantizar el mantenimiento de equipos y conectividad para el proceso de facturación.
4. Estandarización del proceso de generación de soporte para facturar y radicar cuenta.
5. Auditoria concurrente aleatorio al proceso asistencial

2. **Depuración de la cartera y optimización de la gestión de cobro persuasivo y jurídico.**

- **ACTIVIDADES**

1. Conformar equipo de área financiera para la depuración de cartera
2. Negociación con EPSs
3. Propiciar acuerdos de pago
4. Ejecutar acciones de cobro persuasivo o jurídicos
5. Venta de la cartera o cesión de la misma

3. **Culminar la liquidación de contratos con las EAPB** de vigencias anteriores, soportando adecuadamente las glosas y generando compromisos de pagos a corto tiempo.

- **ACTIVIDADES**

1. Conformar un equipo del área de financiera que apoye a la gerencia en la negociación de la liquidación de contrato.

4. **Optimizar el proceso de mercadeo, negociación y contratación con EAPB** para mejoramiento de tarifas de paquetes de servicios y aumento del número de usuarios en ambos regímenes. Enfoque RIPSS.

- **ACTIVIDADES**

1. Formular e implementar un plan de mercadeo.
2. Ejecutar acciones programadas de difusión programática del portafolio de servicio, modelo de operación y rutas integrales

3. Socialización a través de medios de información de portafolio de servicio, modelo de operación y rutas integrales.
 4. Ejecutar actividades que promuevan de manera directa los servicios de la entidad.
5. **Diseño y operación del Banco de proyectos Institucionales**, promoción de la cultura del proyecto, para la gestión de las necesidades generadas por el ajuste del Modelo de Operación de la empresa, con evaluación anual de metas de resultados.

- **ACTIVIDADES**

1. Adoptar mediante acto administrativo el banco de proyecto.
 2. Capacitar al recurso humano de la empresa en gestión de proyectos
 3. Conformación de equipos de trabajo para formulación de proyectos
 4. Formulación de proyectos metodologías MGA
 5. Gestión de proyectos
6. **Diseño e implementación del programa institucional para la titulación de las sedes operativas en uso por la empresa.**

- **ACTIVIDADES**

1. Priorización en la agenda del gerente la gestión para titulación
 2. Conformación de un equipo de apoyo al gerente para gestionar propiedades.
7. **Formulación de un proyecto ante el Ministerio de las TICs para optimizar la conectividad y la operatividad del software institucional**

- **ACTIVIDADES**

1. Asignar al equipo de trabajo de sistemas la identificación de necesidades y requerimientos para conseguir operatividad y conectividad.
2. Formular proyecto de optimización de los diferentes componentes del SII de la empresa.
3. Gestionar Proyectos.

3.2. **Análisis de la Proyección de la Producción de Servicios en los años de implementación del PSFF. Cuadro 32**

Para el análisis de la proyección de servicios en los años de implementación el PSFFF, es importante partir de los siguientes criterios:

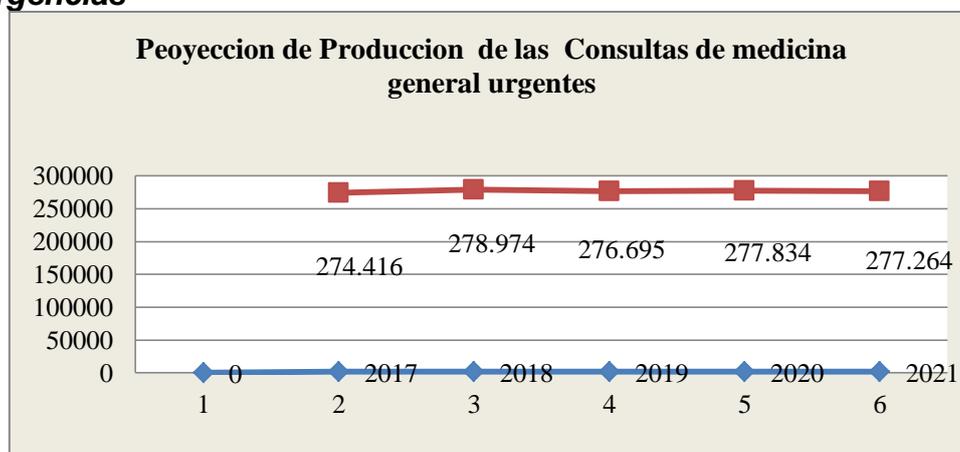
- ✓ La obligatoriedad de ajustar el modelo de prestación de servicios de la entidad centrandolo en el enfoque de profundización de la APS con énfasis en la atención extramural familiar y comunitaria e integrarse al esquema de operación de las RIPSS.
- ✓ El rediseño del rol y distribución de las sedes asistenciales habilitadas por la empresa conservan su enfoque de baja complejidad tipo 1A, 1B y 1C, más la habilitación del componente ambulatorio de especialidades definidas por la política PAIS para el rol de Prestador Primario.
- ✓ La supresión del portafolio de los servicios de atención inicial de urgencias en 3 sedes, mientras que se harán más integrales los servicios en las otras 9 sedes, al tiempo que se fortalece el portafolio 1c en una IPS de cada Sub Red. El desarrollo específico para el Rol de P y P y/o Gestión de riesgo para las demás sedes operativas de la entidad y la transferencia de la operación a un asociado en las zonas insulares donde el costo operacional es a pérdida.
- ✓ El enfoque supone un muy leve aumento de la población usuaria en los próximos años, pero si un ajuste radical de la forma como se ejecutan los procesos institucionales, administrativos, jurídicos y financieros, en especial, al control de los costos operacionales y la forma como de vinculación del talento humano a la entidad.
- ✓ Todos los servicios actuales reportados en el cuadro 2 se continuaran prestando y se proyectan en la producción de servicios para los años de implementación del PSFF. Sin embargo, se potenciarán los servicios de gestión de riesgos y promoción y prevención, con énfasis en las acciones extramurales.
- ✓ Las expectativas que existen frente a la conformación de las RIPSS en el Distrito de Cartagena y la amenaza sobre la empresa de la profundización de la integración vertical con las redes integradas que encabezan las EPS COOSALUD y Mutual Ser.
- ✓ Un escenario soportado en un enfoque conservador de las tarifas, muy a pesar que el ajuste del modelo del SGSSS hacen suponer que los servicios de baja complejidad deberán ser mejor financiados.

Al realizar la evaluación de la variación de la producción año a año en los diferentes servicios asistenciales se evidencia (Tabla No. 321) lo siguiente:

Servicio de Urgencias. En los servicios de consulta Medicina General Urgente la variación oscila entre el 97% y el 102%, presentándose la tendencia a mantenerse constante el número de atenciones durante el tiempo. Del año 2017 se aumenta un 2% en el 2018. Baja 1% en el 2019 y se estabiliza en los dos últimos años del PSFF.

Grafica No. 37

Proyección de Producción 2017 a 2021 de consultas de Medicina general de Urgencias

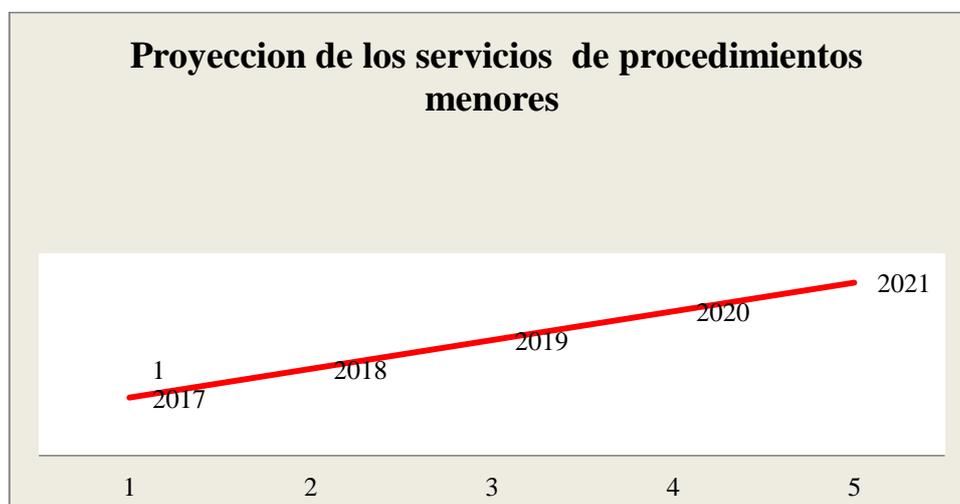


Fuente: Aplicativo PSFF

Procedimientos Menores. Igual comportamiento se presenta en la producción de procedimientos menores en el cual la variación oscila entre el 98% y 105%. En el año 2017, tiene un incremento del 5% , para luego decaer en 2%, manteniendo un margen por encima en el 2019 y bajarlo en el 2010, en el 2021 se estabiliza.

Grafica No. 38

Proyección de Producción 2017 a 2021 de procedimientos menores



Fuente: Aplicativo PS F

Observación. La atención de pacientes en observación presenta una variación entre el 86% y 108%, evidenciándose la mayor variación en los años 2017 y 2018, en el año 2019 baja un 4%, incrementándose un 2% en el 2019 y termina con leve descenso en el 2021.

Grafica No. 39

Proyección de Producción 2017 a 2021 de servicios de observación



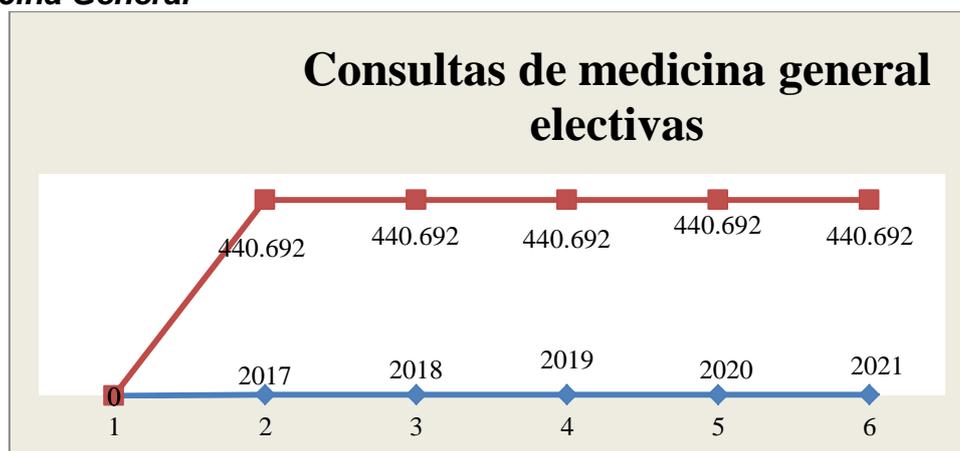
Fuente: Aplicativo PSFF

Sobre los servicios de urgencias se hará fortalecimiento de triage y se complementaran con las habilitación de servicios de atención prioritaria, en atención a que más del 40% de las atenciones una vez diagnosticadas como morbilidad de consulta externa.

Servicios ambulatorios. De acuerdo a lo que presenta el aplicativo, se observa que el porcentaje de variación de la producción en los diferentes servicios ambulatorios muestra un leve incremento en el 2017 con relación a lo producido en el 2016, y de allí en adelante tiende a mantenerse sin una variación significativa hasta el 2.021. En comportamiento específico por cada servicio ambulatorio se describe a continuación:

Consultas Médicas Generales. Las consultas médicas generales, inician en el año 2017 con incremento del 5% y luego se estabilizan en los siguientes 4 años del programa. El servicio de vacunación en el primer año de vigencia del programa se incrementará en un 11%, en año 2018 baja un 5%, baja volver a subir un 3% en el año 2020 y luego tender a estabilizarse en los años 2020 y 2021.

Grafica No. 40

Proyección de Producción 2017 a 2021 de servicios de consultas de Medicina General

Fuente: Aplicativo PSFF

Servicios de Promoción y Prevención. El grupo de servicios que componen las atenciones en P y P, se describen a continuación:

Vacunación. Los servicios de aplicación de biológicos establecidos en el PAI presentaran un incremento del 19% en el 2017, bajan un 5% en el 2018, suben un 3% 3n el 2019 y luego se estabiliza en los demás años de ejecución del PSFF

Grafica No. 41

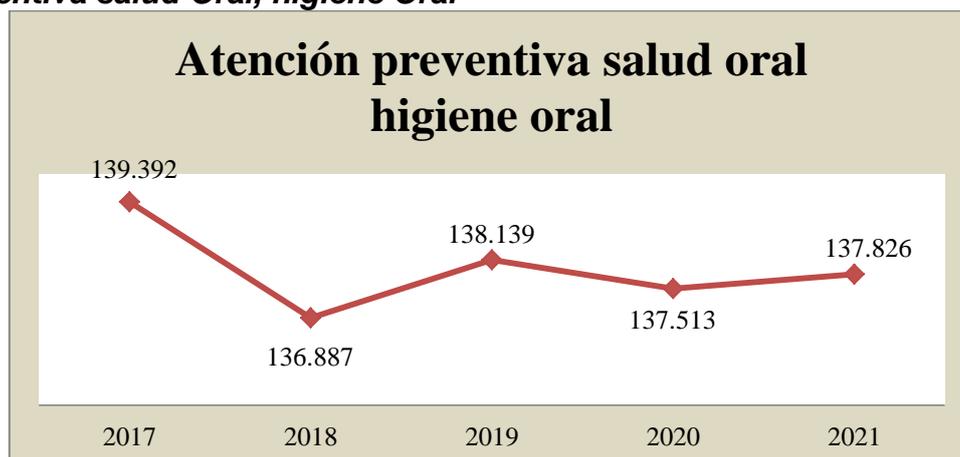
Proyección de Producción 2017 a 2021 de servicios de Vacunación

Fuente: Aplicativo PSFF

Atención Preventiva Salud Oral Higiene Oral. Los servicios de p y p relacionados con atención preventiva salud oral higiene oral inician con un incremento del 29% en el 2017, bajan un 2% en el 2018 y luego tienden a estabilizarse en los últimos años de ejecución del PSFF.

Grafica No. 42

Proyección de Producción 2017 a 2021 de servicios de Atención Preventiva salud Oral, higiene Oral



Fuente: Aplicativo PSFF

Planificación Familiar. Los servicios de Planificación Familiar presentaran un incremento del 1%, igualmente baja un 1% en el 2018 y luego se estabiliza en los demás años de ejecución del PSFF.

Grafica No. 43

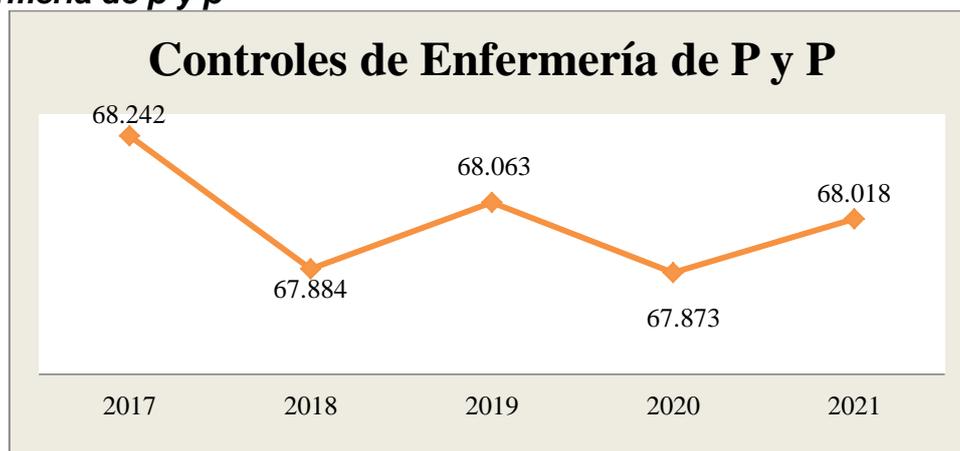
Proyección de Producción 2017 a 2021 de servicios de Planificación Familiar



Fuente: Aplicativo PSFF

Controles de Enfermería. Los controles de enfermería mantienen un comportamiento muy estable en todos los años del programa, prácticamente sin variación.

Grafica No. 44

Proyección de Producción 2017 a 2021 de servicios de Controles de Enfermería de p y p

Fuente: Aplicativo PSFF

Otros controles de enfermería de P y P. Otros controles de enfermería de P y P (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo) tienen un comportamiento irregular, en el año 2017 presentan un incremento del 56%, luego bajan un 18% en el año 2018, ascendiendo a un 11% en el año 2019, luego nuevamente desciende un 5% y en el año 2021 terminan con una tendencia creciente en un 3%.

Grafica No. 45

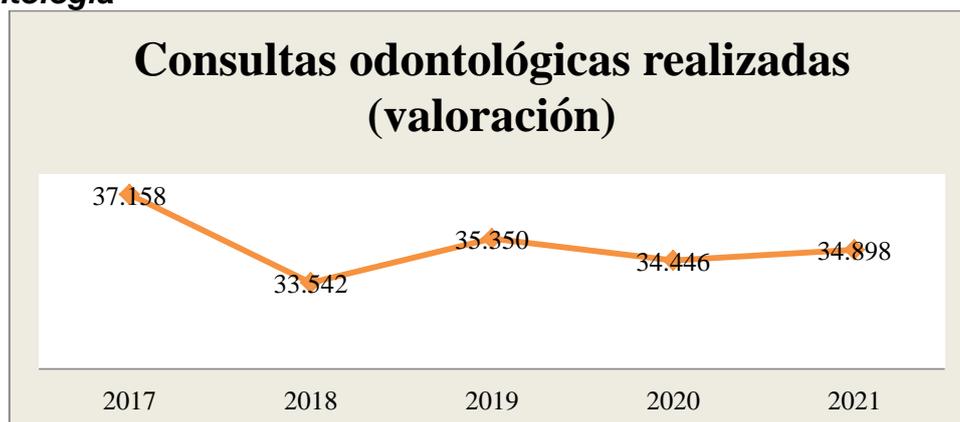
Proyección de Producción 2017 a 2021 de servicios de Otros Controles de enfermería de P y P

Fuente: Aplicativo PSFF

La proyección de servicios de odontología también tiene una proyección irregular en los años para los años de implementación del PSFF.

Consultas Odontológicas. Las consultas Odontológicas inician en el año 2017 con un leve incremento del 1% , descendiendo un 10% en el año 2018, nuevamente se incrementa en un 5% en el 2019 y nuevamente desciende un 3% en el 2020, para crecer en el último año un 1%.

Grafica No. 46

Proyección de Producción 2017 a 2021 de servicios de Consultas de Odontología

Fuente: Aplicativo PSFF

En cuanto a los sellantes en el año 2017 tienen un considerable incremento del 41% con respecto al 2016. Luego descienden un 8% y posteriormente se crecen un 4%, descendiendo 2% en el año 2020 y terminar en tendencia levemente creciente en el 2021.

Grafica No. 47

Proyección de Producción 2017 a 2021 de servicios de Sellantes

Fuente: Aplicativo PSFF

Obturaciones. Las obturaciones tienen un comportamiento regular en todo el periodo proyectado para el programa.

Grafica No. 48

Proyección de Producción 2017 a 2021 de servicios de Superficies obturadas

Fuente: Aplicativo PSFF

Dentro de esta proyección conservadora se consideraron los efectos que podría generar el ajuste del modelo de prestación de servicios y la ampliación del portafolio hasta Prestador Primario. De igual forma, el efecto en el tiempo de desarrollo progresivo del Plan de Educación Continuada PEC con enfoque diferencial, que sumado al control de gastos, a la gerencias de producción y a los efectos progresivos del nuevo enfoque del modelo en acciones de p y p y gestión de riesgo permitirá un mejor uso de los servicios de apoyo diagnósticos como Laboratorio Clínico, imágenes diagnósticas y transporte asistencial de pacientes.

La proyección de la producción de todos los servicios por año se detalla en el cuadro siguiente:

Tabla No. 321

Análisis de la Proyección de la producción

UNIDAD FUNCIONAL		PORTAFOLIO DE SERVICIOS	AÑOS DE PROYECCIÓN				
UNIDAD	CENTRO	SERVICIOS	2017	2018	2019	2020	2021
URGENCIAS	Consulta y procedimientos	Consultas de medicina general urgentes	274.416	278.974	276.695	277.834	277.264
		Sala general de procedimientos menores	35.344	34.570	34.957	34.764	34.860
		Pacientes en observación	47.770	51.560	49.665	506.212	50.138
SERVICIOS AMBULATORIOS	Con. externa y procedimientos	Consultas de medicina general electivas	440.692	440.692	440.692	440.692	440.692
		Vacunación	118.754	112.727	115.740	114.234	114.987
	Actividades de promoción y prevención	Atención preventiva salud oral higiene oral	139.392	136.887	138.139	137.513	137.826
		Planificación familiar	29.360	29.185	29.273	29.229	29.251
		Controles de Enfermería de P y P	68.242	67.884	68.063	67.873	68.018
		Otros controles de enfermería de PyP	472	387	430	407	418

		(Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)					
		Total consultas odontológicas realizadas (valoración)	37.158	33.542	35.350	34.446	34.898
	Actividades de salud oral	Sellantes aplicados	99.366	91.525	95.445	93.485	94.465
		Superficies obturadas	86.506	86.593	86.549	86.571	86.560
		Exodoncias	16.984	17.070	17.027	17.048	17.037
Q. Y SALAS DE PARTO	Salas de parto	Partos vaginales	412	663	438	450	444
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD	Medio ambiente	Visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	45.000	45.000	45.000	45.000	45.000
		Talleres colectivos -PIC-					
	Otros servicios	Lactario - alimentación					
		Esterilización					
	Servicios de ambulancias	Transporte asistencial básico					
		Transporte asistencial medicalizado					
		TOTAL UVR	3.189.902,22	3.229.874,14	3.203.419,92	5.611.046,42	3.206.755,34

Fuente: Aplicativo PSFF

En términos generales la sumatoria de la producción tiende a ser sostenida de tal forma que la empresa tendrá como potencialidad agregada cualquier tipo de aumento bien sea en la población usuaria o en las tarifas que se pacten con las diferentes EAPB.

Los servicios que no cruzan del cuadro 2 al 32 están contenidos en otros servicios.

3.3. Proyección de las ventas de servicios capitados y no capitados. Cuadro 33 y conexos.

Para la proyección de los ingresos de la ESE para el cierre de vigencia 2016 y el periodo 2017 - 2021, se parte dentro del marco del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, del análisis de la situación financiera de la Entidad con fecha de corte Junio 30 de 2017. En este sentido, se realiza la evaluación del comportamiento de los ingresos a valores constantes 2016 para definición de tendencias y objetividad en los diferentes análisis. Para 2017, se toma como base las cifras registradas en el presupuesto vigente por fuente de financiación, la radicación de la facturación por concepto de venta de servicios de salud y el recaudo efectivo de cartera con la misma fecha de corte.

Se procede entonces con la proyección de cierre de la vigencia en curso y con la construcción de los supuestos que se utilizan para definir las cifras a presentar en las correspondientes proyecciones, así:

Tabla No. 322

Proyección de la facturación de venta de servicios en la ESE hospital Local Cartagena de Indias años 2016, 2021

Tipo de Contrato	Valor Causado/Facturado					2021
	2016	2017	2018	2019	2020	
Régimen Subsidiado	66.377.326.477	61.928.268.576	62.895.432.384,00	62.883.788.904,00	62.895.432.384,00	62.895.432.384,00
Régimen Contributivo	609.260.439	662.855.097	662.855.097,00	662.855.097,00	662.855.097,00	662.855.097,00
Departamento/Distrito - PPNA y NO POS	1.800.074.400	999.991.560	1.000.382.640,00	1.000.382.640,00	1.000.382.640,00	1.000.382.640,00
Departamento/Distrito - PIC	1.388.528.400	2.074.480.800	2.074.480.800,00	2.074.480.800,00	2.074.480.800,00	2.074.480.800,00
SOAT - Accidentes de Tránsito Cías de Seguros	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
FOSYGA- ECAT Accidentes de Tránsito	17.177.115	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Otras ventas de servicios de salud	170.490.069	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	70.362.856.900	65.665.596.033	66.633.150.921,00	66.621.507.441,00	66.633.150.921,00	66.633.150.921,00

Fuente: Aplicativo PSFF

En el cuadro se evidencia la relación de contratos suscritos con las diferentes EPS en la vigencia 2016, debido a que a la fecha de realización del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero se encontraba en proceso de negociación y reajuste de tarifas con las diferentes EPS para la vigencia 2017.

La proyección de un estimado de facturación por cápita y evento correspondiente a los periodos comprendidos entre el 2.017 y 2.021, la misma se hace sobre un escenario muy conservador debido a la incertidumbre del efecto potencial de entrada en operación de las RIPSS, el ajuste del modelo de Prestación de servicios que asume la empresa y la percepción del alto porcentaje de cobertura del aseguramiento subsidiado y contributivo alcanzado hasta la fecha en el Distrito de Cartagena. Se puede observar que en el primer año de adopción del PSFF se proyecta una contracción del total de facturación del 6,68%, siendo esta generada por una disminución del 7% en los ingresos proyectados por venta de servicios al régimen subsidiado; lo cual se justifica por que el cálculo de la misma se hace sin atender la actualización de tarifas para la vigencia, a partir del año 2018 la variación es mínima y casi imperceptible siendo la máxima 1.47%, en los último 3 años del programa esta se estabiliza. El régimen contributivo crece inicialmente un 9%, pero luego la proyección de la venta de servicios se hace sostenible de forma constante. Continúa la tendencia de los años anteriores donde el régimen contributivo es poco representativo en la venta de servicios alrededor del 1% del total de servicios facturados. Los servicios como venta de acciones PIC y atención a población PPNA se incrementan el año 2017, sin embargo su comportamiento proyectado es muy regular, suman un 3,% promedio en la proyección de los diferentes años de implementación del PSFF, se hace muy necesario que la empresa revise el proceso de mercadeo, negociación y venta de estos servicios de tal forma que pueda materializar un aumento en la demanda y facturación de los mismos.

La proyección de las anteriores cifras de facturación podrán mejorar considerablemente si se concreta la implementación medidas administrativas como una mejor selección de recurso humano que participa en los procesos asistenciales y de la facturación, el fortalecimiento tecnológico en cuanto a una mejor y más estable conectividad, la adecuación del software al nuevo enfoque de servicios en RIAS, los procesos de educación continuada al talento humano asistencial y de apoyo en los servicios, las mejoras en las condiciones de infraestructura relacionadas con el proceso de facturación y en garantizar la oportunidad y calidad de los registros asistenciales.

Tabla No. 323

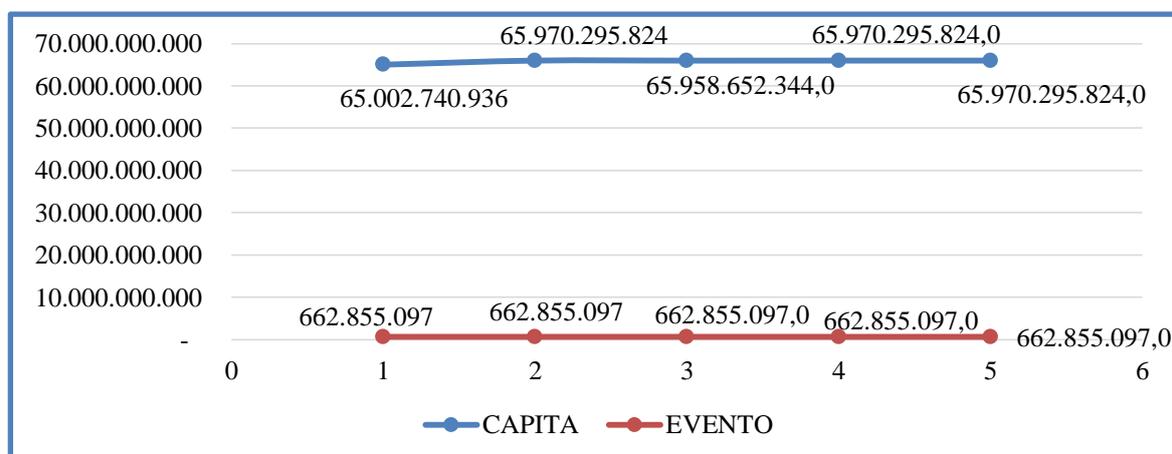
Estimado de Facturación 2017 a 2021 según tipo de contrato

TIPO DE CONTRATO	ESTIMADO DE FACTURACION 2017	ESTIMADO DE FACTURACION 2018	ESTIMADO DE FACTURACION 2019	ESTIMADO DE FACTURACION 2020	ESTIMADO DE FACTURACION 2021
CAPITA	65.002.740.936	65.970.295.824	65.958.652.344,0	65.970.295.824,0	65.970.295.824,0
EVENTO	662.855.097	662.855.097	662.855.097,0	662.855.097,0	662.855.097,0
TOTAL	65.665.596.033	66.633.150.921	66.621.507.441,0	66.633.150.921,0	66.633.150.921,0

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

En términos específicos tanto la facturación Cápita, como por eventos , tal como se observa en el cuadro anterior que en el comportamiento mantendrán sostenibilidad en los montos y poca variabilidad entre vigencias en todo el periodo de implementación del PSFF

Grafica No. 49

Estimado de Facturación 2017 a 2021 según tipo de contrato

Fuente: Aplicativo PSFF

Con relación a las medidas a implementar con las EPS, la institución implementará medidas de fortalecimiento del ingreso a través del reajuste y negociación de tarifas, basada en la reorientación del portafolios hacia acciones de gestión de riesgo y P Y P, la optimización de la venta de la capacidad instalada, la amplia cobertura geográfica de las diferentes sedes asistenciales y oportunidad en la firma de los acuerdos y contratos.

Esta proyección puede ser objeto de una variación significativa en atención a las siguientes premisas:

- Consolidación de las EPS COOSALUD y Mutual Ser como agentes regentes de 2 d e las 3 RIPSS que se constituyan en el Distrito para el régimen subsidiado, lo que presenta un gran riesgo para la empresa en dos aspectos fundamentales:
 1. La concentración de usuarios en estas EPS que pudieran generar una mayor integración vertical con IPS afines a cada una de ellas.
 2. La renegociación de tarifas en un escenario donde la empresa asume el rol de Prestador Primario con enfoque para potenciar el portafolio de P y P y la gestión del riesgo en salud.
- Optimización del proceso de facturación de la empresa, en relación a un mejor proceso de registros, soporte de los eventos y del SOAT. Proyectando que este tipo de venta de servicios tome un mayor peso en los ingresos totales de la entidad a partir de la vigencia 2018

La proyección del valor efectivamente recaudado una vez se facture inicia una contracción del 7,8% en el 2017 a expensas de un 8% del régimen subsidiado y del 7% en el régimen contributivo, el recaudo efectivo del PIC se incrementa en un 99%. En el año 2018 el pago proyectado del régimen subsidiado se enfrentará en el 4%, a partir de allí todos los pagos se estabilizan en el periodo de implementación del programa.

Tabla No. 324

Proyección de valores efectivamente pagados a la ESE en los años de implementación del PSFF

Tipo de Contrato	Valor Pagado					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Régimen Subsidiado	58.819.294.355	53.877.593.661	56.605.889.145,60	56.629.283.626,08	56.656.699.564,32	56.656.699.564,32
Régimen Contributivo	500.934.346	466.302.555	466.302.554,90	463.998.567,90	463.998.567,90	463.998.567,90
Departamento/Distrito - PPNA y NO POS	1.800.074.400	999.991.560	1.000.382.640,00	1.000.382.640,00	1.000.382.640,00	1.000.382.640,00
Municipios - PPNA y NO POS	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Departamento/Distrito - PIC	1.041.396.300	2.074.480.800	2.074.480.800,00	2.074.480.800,00	2.074.480.800,00	2.074.480.800,00
FOSYGA- ECAT Accidentes de Tránsito	15.459.403	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Otras ventas de servicios de salud	153.441.061	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	62.330.599.865	57.418.368.576	60.147.055.141	60.168.145.634	60.195.561.572	60.195.561.572
%	100	92,11906945	104,7522886	100,0350649	100,0455655	100

Fuente: Aplicativo PSFF

Valor de Rezago. El análisis del cuadro 33, nos muestran que comportamiento proyectado del rezago del pago efectivo de la facturación proyectada en el periodo de implementación del programa inicia con un 12,56% en el año 2017, y luego baja a un 9,7% en el 2018 y se mantiene en todos los años de implementación del programa.

Valor de uso. Muy significativo es el cambio en la tendencia en los valores que se proyecta para el valor de uso y que es lo que busca generar con las medidas contenidas en el PSFF, que están en diseño táctico por a fin de transformar la operación de la empresa de una forma eficiente, cambiando la tendencia del año 2015 y 2016, como se puede observar en el cuadro siguiente:

Tabla No. 325

Proyección de valores de USO según facturación y recaudo en los años de implementación del PSFF

Tipo de Contrato	Valor Total de Uso			
	2017	2016	2015	2014
Régimen Subsidiado	53.812.475.841	118.105.256.184	143.582.027.575	49.902.169.401
Régimen Contributivo	116.970.242	345.271.011	242.268.919	139.526.155
Departamento/Distrito - PPNA y NO POS	0	0	0	0
FOSYGA- ECAT Accidentes de Tránsito	0	11.127.123	7.231.444	12.288.951
Otras ventas de servicios de salud	67.151.540	120.434.584	78.778.842	36.264.304
TOTAL	53.996.597.623	118.582.088.902	143.910.306.781	50.090.248.811
%	80,96007523	168,5293834	223,0598397	96,00181042

Fuente: Aplicativo PSFF

Teniendo en cuenta lo anterior y considerando la facturación proyectada a 2.021, se evidencia lo siguiente en cuanto a lo esperado por EPS:

La EPS Coosalud EPS es la más representativa con un facturación proyectada a 2.021 de \$ 21.376.901.016, lo cual representa el 32% del total de la facturación proyectada por cápita a 2.021, siendo esta \$ 65.970.295.824,0; le sigue Mutual Ser con \$ 15.109.549.356 equivalente al 23% del total proyectado para 2021 y Comfamiliar con una facturación proyectada de \$ 9.793.821.420 equivalente al 15% del total proyectado.

Tabla No. 326
Estimado de Facturación Capitado a 2021

EPS	Estimado de facturación capitado a 2.021	% de facturación en Cápita 2.021
COOSALUD	\$ 21.376.901.016	32%
Mutual Ser	\$ 15.109.549.356	23%
Comfamiliar	\$ 9.793.821.420	15%
TOTAL	\$ 46.280.271.792	70%

Fuente: Subgerencia administrativa y financiera

El proceso de facturación se adaptará a las medidas que desarrolle la empresa en cuanto al ajuste del modelo de prestación de servicio en curso y que está encaminado a mejorar su competitividad y permanencia en el mercado y el fortalecimiento de ingresos a través de la oferta de servicios con la implementación de un sistema con enfoque de gestión de riesgo, p y p . Este enfoque además soportara la negociación de la institución de tarifas y servicios frente a las EPS.

REGIMEN SUBSIDIADO

En el cuadro anterior se evidencia un decrecimiento de la facturación para el régimen subsidiado, teniendo en cuenta que para dicha proyección se trabajó con las tarifas, contratos y población atendida actualmente por la empresa.

Es importante considerar que dentro de las medidas a implementar en la ejecución del PSFF para el área de facturación y financiera se encuentra la implementación de auditoría concurrente y conciliación permanente de objeciones, con el propósito de que los valores de facturación causado sean cada más aproximados a la facturación diaria, como consecuencia de la disminución del porcentaje de glosas.

REGIMEN CONTRIBUTIVO

Actualmente la participación de las EPS contributivas es mínima en el comportamiento de la producción así como en la facturación; sin embargo se evidencia un crecimiento en dicha facturación en el 2017 con relación al 2016, y durante los años de ejecución del PSFF se mantiene constante.

Este incremento va asociado a un reajuste en las tarifas proyectadas en comparación con las actuales, en especial, con las Empresas Promotoras de Salud, Nueva EPS, Cajacopi, Coosalud y Mutual Ser, Coomeva, Salud Total, y además a las labores de mercadeo para incrementar la población atendida.

PIC

Para la proyección de producción del PIC se homogenizó la información llevando toda la producción de los componentes del PIC a los conceptos manejados por las UVR.

Es importante tener en cuenta que la ESE HLCI, debe reevaluar la negociación de tarifas y actividades debido a que a pesar que los valores proyectados de facturación se mantienen constantes durante la implementación del PSFF, este no representa un beneficio económicos significativos durante la ejecución de dicho contrato.

3.4 Proyección del comportamiento de los gastos y costos administrativos y asistenciales en los años de vigencias del PSFF. Cuadro 34.

La matriz 34 están reflejados los costos operativos y administrativos de la ESE para el periodo 2011- 2017 y la proyección de los mismos para las vigencias 2.018 a 2.021.

La matriz se divide en cinco tablas que son: 34A gastos y costos administrativos a pesos corrientes discriminados entre fijos y variables, 34B gastos y costos operativos a pesos corrientes discriminados entre fijos y variables, la 34C proyección de gastos y costos administrativos - proyección de compromisos discriminados entre fijos y variables a pesos corrientes la 34D contiene la proyección de gastos y costos operativos – proyección de compromisos discriminados entre fijos y variables y un cuadro de análisis.

La distribución de estos costos en fijos y variables se realiza teniendo en cuenta los criterios establecidos por el aplicativo sobre estos conceptos, y en cuanto administrativos y operativos, se tuvo en cuenta la misma forma de distribución aplicada ejecución presupuestal de cada una de las vigencias.

En el cuadro de análisis del aplicativo PSFF se puede observar que los costos fijos a precios constantes representan el 77,3% y los costos variables el 22,7 para la vigencia del 2011, para el 2012 los costos fijos representan el 66,2% y 33,8%, para el 2013 el 71,5% y 28,5%, para el 2014 68,1% y 31,9%, para el 2015 67,6% y 32,4%, y para el 2016 la participación de los costos fijos a precio constante fue de 63,9% y los variables de 36,1 %. Para el 2017 los costos fijos a precios constantes fueron de 63% y los variables el 37%.

Para la proyecciones de 2.018 a 2.021 los costos fijos oscilan entre el 59,6%y 62,2% y los variables oscilan entre 31,1% a 40,4%.

Al realizar el análisis de la variación gastos y costos tanto administrativos como operativos podemos evidenciar el siguiente comportamiento:

Tabla No. 327
Gastos y Costos administrativos

CONCEPTO	2016	2017	2018	2019	2020	2021
GASTOS Y COSTOS ADMINISTRATIVOS (PRECIOS CORRIENTES)	12.574.425.288	9.576.367.325	9.680.085.132	9.792.036.991	9.912.881.381	10.043.329.850
GASTOS Y COSTOS OPERATIVOS (PRECIOS CORRIENTES)	64.810.477.713	55.290.097.141	60.288.080.252	58.436.087.210	58.309.924.784	58.163.703.857
TOTAL DE GASTOS (PRECIOS CORRIENTES)	77.384.903.001	64.866.464.466	69.968.165.384	68.228.124.201	68.222.806.165	68.207.033.707
GASTOS Y COSTOS ADMINISTRATIVOS (PRECIOS CONSTANTES)	12.574.425.288	9.297.444.005	9.124.408.645	8.961.100.980	8.807.466.715	8.663.464.553
GASTOS Y COSTOS OPERATIVOS (PRECIOS CONSTANTES)	12.574.425.288	53.679.705.962	56.827.297.815	53.477.297.815	51.807.612.936	50.172.521.879
TOTAL DE GASTOS (PRECIOS CONSTANTES)	77.384.903.001	62.977.149.967	65.951.706.461	62.438.398.796	60.615.079.650	58.835.986.432
TOTAL GASTOS FIJOS (PRECIOS CONSTANTES)	49.475.085.020	39.679.579.480	39.307.394.696	38.036.476.010	37.288.805.100	36.577.819.992
TOTAL GASTOS VARIABLES (PRECIOS CONSTANTES)	27.909.817.981	23.297.570.487	26.644.311.765	24.401.922.786	23.326.274.550	22.258.166.441
%GASTOS FIJOS (PRECIOS CONSTANTES)	63,9%	63,0%	59,6%	60,9%	61,5%	62,2%
% GASTOS VARIABLES (PRECIOS CONSTANTES)	36,1%	37,0%	40,4%	39,1%	38,5%	37,8%
GASTOS Y COSTOS ADMINISTRATIVOS (PRECIOS CONSTANTES) POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO	1.907,60	2.914,58	1.381,48	1.373,53	1.343,73	1.324,61
GASTOS Y COSTOS OPERATIVOS (PRECIOS CONSTANTES) POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO	1.907,60	16.827,61	8.603,92	8.196,83	7.904,13	7.671,17
TOTAL DE GASTOS (PRECIOS CONSTANTES) POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO	11.739,63	19.742,19	9.985,40	9.570,36	9.247,86	8.995,78

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Los gastos se han estimado teniendo en cuenta la racionalización del mismo y las medidas propuestas. La proyección de los gastos dentro del periodo de ejecución del PSFF muestran que estos no aumentan en la proporción de los ingresos, muy a pesar de proyección conservadora de la producción debido a que una de las principales medidas de la empresa está encaminada en el control de costos, mejorara la eficiencia y desempeño de los procesos y mantener por lo menos la oferta asistencial actual y con esto continuar mínimamente con la franja de mercado que hoy atiende.

Los gastos y costos administrativos (Precios corrientes) proyectados presentan una disminución significativa equivalente al 24% en el 2017 con relación al 2016 y luego muestran un incremento del 1% para el 2018 con relación al año

anterior, manteniéndose constante este incremento porcentual en las vigencias de 2018 a 2021.

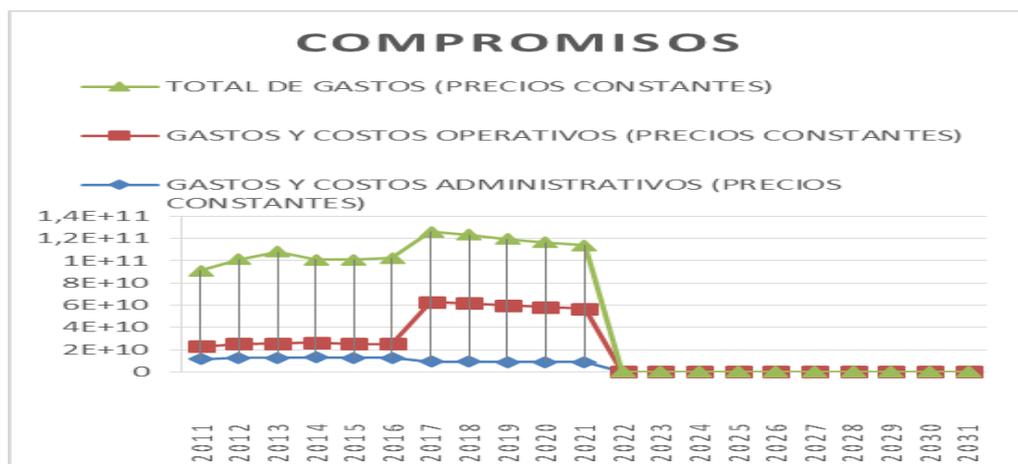
De igual forma los Gastos y costos operativos (Precio corriente) presentan una contracción del 15% en la vigencia 2017 con relación a 2016 y luego se mantienen constantes hasta el 2.021

Igual comportamiento se presentan con los gastos y costos administrativos y operativos a precios constantes.

Esta proyección de gastos se soporta además en que en la entidad existen servicios que están sobredimensionados en costos como el Servicio de Urgencias y ayudas diagnósticas, están con una frecuencia de uso por encima de máximo de producción, de tal forma que con el personal requerido, la infraestructura y capacidad instalada, se pueden generar acciones de racionalización del componente interinstitucional y orientar estas capacidad instalada hacia los servicios de P y P y gestión de riesgos.

En cuanto a la proyección de los gastos generados por compromisos de gastos operativos se observa que estos se mantendrán en un rango superior del 85% y menor del 87% del total de los gastos que se generen con la implementación del PSFF en los 5 años de vigencia del Programa. El comportamiento proyectado de los gastos y costos operativos por unidad de valor relativo tendrá un comportamiento oscilantes entre 6.509,53 y 9.127,90.

Grafico No.50
Gastos y Costos administrativos



Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Los gastos fijos administrativos podemos mencionar entre otros los sueldos del personal administrativo, las prestaciones sociales de este personal y todas las contribuciones y aportes parafiscales inherentes a la nómina, entre los más representativos. Estos gastos fijos administrativos representan el 35% del total de los gastos administrativos.

Por otro lado **los gastos variables administrativos**, podemos resaltar los servicios públicos, la papelería, horas extras, insumos de aseo y oficina, y personal de contratos de servicios administrativos que no son permanentes, estos gastos representan el 65% de los gastos administrativos.

COSTOS OPERACIONALES

Los costos operacionales son aquellos en los que incurre la empresa, para la provisión de los servicios de salud, es decir que están directamente ligados con la producción de servicios, también los podemos clasificar en costos fijos y costo variables. Estos costos operacionales representan en la entidad el 83% de los gastos totales, en el 2016 y se proyecta que en el 2021 solo se dé un incremento hasta el 85%.

Tabla No.328
Gastos y Costos administrativos 2016-2021

Concepto	2016	2017	2018	2019	2020	2021
GASTOS Y COSTOS ADMINISTRATIVOS (PRECIOS CONSTANTES)	12.574.425.288	9.297.444.005	9.124.408.645	8.961.100.980	8.807.466.715	8.663.464.553
	100	74	98	98	98	98
GASTOS Y COSTOS OPERATIVOS (PRECIOS CONSTANTES)	64.810.477.713	53.679.705.962	52.519.941.822	50.745.071.745	49.502.757.993	48.305.608.476
	100	83	98	97	98	98
TOTAL DE GASTOS (PRECIOS CONSTANTES)	77.384.903.001	62.977.149.967	61.644.350.468	59.706.172.726	58.310.224.707	56.969.073.029
	100	81	98	97	98	98
TOTAL GASTOS FIJOS (PRECIOS CONSTANTES)	49.475.085.020	39.679.579.480	39.307.394.696	38.036.476.010	37.288.805.100	36.577.819.992
	100	80	99	97	98	98
TOTAL GASTOS VARIABLES (PRECIOS CONSTANTES)	27.909.817.981	23.297.570.487	22.336.955.772	21.669.696.716	21.021.419.608	20.391.253.038
	100	83	96	97	97	97

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

3.5 Flujo Financiero Proyectado. Cuadro 35.

La empresa entro en riesgo alto fiscal y financiero con los resultados de ingresos y gastos del año 2016 y un sobre valor de uso de los años 2015 y 2016, el total de ingreso de esa vigencia fue de \$ 73.228.676.729, pasando a unos ingresos totales proyectados de \$ 76.088.495.619 en el año 2017, o sea un 4% por encima de la vigencia anterior, en el año 2018 bajan los ingresos totales a \$ 69.965.165.384 o sea un 8% menos que el 2017, subiendo hasta \$ 68.228.124.201 o sea un 6% más y a partir de allí se estabilizan en alrededor de 68.222 millones.

El principal ingresos lo representan los servicios prestados al régimen subsidiado, que en el año 2016 ascendieron a \$ 58.819.294.355 que

equivalen al 75% del total de ingreso por venta de servicios de la vigencia, pasando al 71% en el 2017, para luego ascender en los años 2018 y 2019 al 81% y mantenerse a partir de aquí en un 83%.

Los ingresos por venta de servicios al régimen contributivo, en la proyección solo representan el 0,79% en el año 2017 y baja un poco más partir del año 2018 donde representan el 0,75% que se mantiene en los diferentes años del PSFF. Los servicios prestados a la DTS que comprenden acciones del PIC y atención a la población pobre y vulnerable no asegurada no superan el 5,3%, en todos los años del estudio.

El escenario financiero de la operación corriente generado en el marco del programa de saneamiento fiscal y financiero, obliga a la implementación de múltiples controles que conlleven a la superación de las causas de los problemas que originaron la categorización del riesgo fiscal y financiero, la cuales detallamos a continuación y que forman parte integral del presente programa de saneamiento fiscal y financiero de la entidad.

- ✓ Rediseño del Modelo de Operación de la empresa, adecuando la operación al ajuste del modelo generado por la Política PAIS con enfoque de gestión de riesgo en APS.
- ✓ Redistribución del rol específico de las 43 sedes prestadoras de servicios, organizándolas de forma que garanticen la estructuración de subredes para las construcción de rutas integrales de atención en salud (RIAS) que permitan operar como Prestador Primario con unidades asistenciales tipos 2A, 1B , 1A , se cumplan los criterios de habilitación y sean complementadas en cobertura por equipos extramurales de gestión familiar y comunitaria.
- ✓ Rediseño de rol operacional de las unidades asistenciales para adecuarlas a sedes tipos 2A, 1B, 1A, se cumplan los criterios de habilitación y sean complementadas en cobertura por equipos extramurales de gestión familiar y comunitaria.
- ✓ Definición estratégica del portafolio por sedes dentro una esquema de subred para constituirse en la alternativa de p y p, gestión de riesgo o asistencial a nivel del distrito.
- ✓ Formulación de proyectos para adecuación de sedes que no cumplen habilitación
- ✓ Definición de proceso de titulación y elaboración de cronograma de ejecución de actividades planificando tiempos de respuestas de entes.
- ✓ Precisión de objetos misionales y visión estratégica en la estructura organizacional actual para operar como Prestador Primario en un enfoque de RIPSS
- ✓ Modernización de la estructura orgánica y organizacional simplificando la estructura administrativa organizacional actual y definiendo un modelo de operación basado en indicadores de resultados y desempeño para la organización operativa de 3 subredes con enfoque de Prestador Primario de las RIPSS que se conformen en el distrito de Cartagena.

- ✓ Rediseño de procesos estratégicos, misionales, de apoyo, de control y mejoramiento continuo con enfoque de empresa sistema y énfasis en la gestión del riesgo institucional.
- ✓ Implementación de un Plan de Educación Continuada PEC acreditante, enfocado en la optimización de las competencias y destrezas del talento humano que aumenta los conocimientos y habilidades hacia una cultura institucional de competitividad y eficiencia, que promueva la gestión del riesgo y la profundización de Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario.
- ✓ Optimizar el sistema de información institucional enfocado en la generación adecuada y oportuna de registros, soportes e informes para optimizar la planeación, la operación de los servicios, la supervisión y el control de la gestión institucional.
- ✓ Diseño e implementación de un proceso de selección, vinculación y medición de competencias laborales enfocado en la idoneidad de los perfiles del recurso humano a incorporar en la empresa y en la evaluación continuada de la productividad y calidad en el desempeño.
- ✓ Redistribuir roles asistenciales y administrativos en el personal en planta actual, en busca de optimizar el rendimiento del talento humano para un mejor desempeño individual, grupal e institucional.
- ✓ Desarrollo de competencias y destrezas laborales para mejorar desempeño con enfoque de gestión de riesgos, P y P, APS familiar y comunitaria para optimizar desempeño institucional hacia inclusión en RIPSS
- ✓ La inclusión del personal de planta en nuevos roles permitiría un desarrollo de las competencias y continuidad en los procesos
- ✓ Formalización laboral con diferenciación de competencias y funciones para los niveles Directivos, Asesor, Profesional, Técnico y Asistencial, generando una escala salarial diferencial en el plan de cargos.
- ✓ Implementación del sistema de costos eficientes de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, que permita establecer costeo de actividades por área o zona geográfica, sedes operativas y subred en cada RIPSS.
- ✓ Formulación de proyecto de cofinanciación para adquirir sede administrativa propia.
- ✓ Contención de los gastos generales estandarizando un valor constante en los 4 años del PSFF.
- ✓ Formulación de proyectos de cofinanciación para optimizar el gasto disponibilidad de recursos para ejecución de proyectos para repotenciación de infraestructura.
- ✓ Desarrollo e implementación de un sistema de supervisión y evaluación de desempeño para productividad y gastos.
- ✓ Generación de ahorro corriente que permita sanear contingencias jurídicas y de intereses y cesantías no canceladas.
- ✓ Medir en tiempo presente los costos operacionales para cada IPS de las diferentes subredes operativas de la empresa.
- ✓ Disminución del rubro de OPS en 1.000 millones de pesos en el primer año del PSFF y contención en los siguientes 4 años.
- ✓ Pago del pasivo corriente con recursos del FONPET

- ✓ Constitución de una cuenta maestra para incorporación y uso de los excedentes financieros de la operación para el pago de intereses y retroactivos de cesantías y contingencias jurídicas.
- ✓ Optimización del proceso de facturación y disminución del porcentaje de glosas de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias mejorando la oportunidad y calidad de los soportes para servicios capitados, por eventos y SOAT.
- ✓ Guías de proceso de selección de personal y metodologías de implementación para determinar manual de funciones y determinar perfil de recurso humano.
- ✓ Capacitación de recurso humano de facturación e identificación de indicadores con énfasis en resultados.
- ✓ Auditoria concurrente en proceso de facturación con el fin de disminuir montos no conciliados.
- ✓ Definición de un equipo interno y de un plan de trabajo para depurar glosas y hacer negociación con EAPB de contratos de vigencias anteriores.
- ✓ Culminar la liquidación de contratos con las EAPB de vigencias anteriores, soportando adecuadamente las glosas y generando compromisos de pagos a corto tiempo.
- ✓ Optimizar el proceso de mercadeo, negociación y contratación con EAPB para mejoramiento de tarifas de paquetes de servicios y aumento del número de usuarios en ambos regímenes. Enfoque RIPSS.
- ✓ Promoción de la cultura del proyecto, para la gestión de las necesidades generadas por el ajuste del Modelo de Operación de la empresa, con evaluación anual de metas de resultados.
- ✓ Diseño y operación del Banco de proyectos Institucionales
- ✓ Diseño e implementación del programa institucional para la titulación de las sedes operativas en uso por la empresa.
- ✓ Formulación de un proyecto ante el Ministerio de las TICs para optimizar la conectividad y la operatividad del software institucional.
- ✓ Gestión de la cartera conciliada.
- ✓ Venta o cesión de cartera

3.5.1 Ingresos Operación Corriente

Dentro de los ingresos de la operación corriente contenidos en el cuadro 35, estas cifras son traídas del cuadro 33, donde se proyectan los ingresos recaudados por la entidad a partir del año 2017, donde se observa una contracción inicial con respecto al 2016 en un 6%, debido a que la proyección de ingresos por venta de servicios del régimen subsidiado se hizo con base al comportamiento de venta del año 2015. En el 2018 se incrementan en un 5% y luego se estabilizan en los demás años de ejecución del PSFF. La disponibilidad inicial del año 2017 fue \$ 1.027.613.768.

Con los ingresos proyectados en la operación corriente en el cuadro 35 y tomando las medidas de austeridad en los gastos se genera el ahorro operacional necesario para la cancelación de las contingencias no cubiertas

con el pago de los pasivos garantizados por el ente territorial con fuentes del FONPET

Tenemos en el cuadro 35 los ingresos recaudados que vienen del cuadro 33 así:

Tabla No. 329

Escenario programa de saneamiento fiscal y financiero ese a pesos corrientes

OPERACIÓN CORRIENTE DE LA ESE						
INGRESOS	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre	Ano_NM_1	Ano_N	Ano_N_1	Ano_N_2	Ano_N_3	Ano_N_4
Disponibilidad Inicial	1.972.115.896	1.027.613.768				
Total Ingresos Corrientes	62.665.679.782	58.719.779.918	61.400.939.945	61.422.030.439	61.449.446.378	61.449.446.379
Ingreso de Explotación	62.444.772.262	57.512.797.051	60.193.957.077	60.215.047.570	60.242.463.508	60.242.463.508
Venta de Servicios de Salud	62.444.772.262	57.512.797.051	60.193.957.077	60.215.047.570	60.242.463.508	60.242.463.508
Régimen Subsidiado	58.819.294.355	53.877.593.661	56.605.889.146	56.629.283.626	56.656.699.564	56.656.699.564
Régimen Contributivo	500.934.346	466.302.555	466.302.555	463.998.568	463.998.568	463.998.568
Departamento/Distrito - PPNA y NO POS	1.800.074.400	999.991.560	1.000.382.640	1.000.382.640	1.000.382.640	1.000.382.640
Departamento/Distrito - PIC	1.041.396.300	2.074.480.800	2.074.480.800	2.074.480.800	2.074.480.800	2.074.480.800
FOSYGA- ECAT Accidentes de Tránsito	15.459.403	-	-	-	-	-
Otras ventas de servicios de salud	267.613.458	94.428.475	46.901.936	46.901.936	46.901.936	46.901.936
Otras ventas de servicios de salud (Reportadas en los cuadros 14 y 33)	153.441.061	-	-	-	-	-
Otras ventas de servicios de salud (No reportadas en los cuadros 14 y 33)	114.172.397	94.428.475	46.901.936	46.901.936	46.901.936	46.901.936
Aportes Permanentes	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020	2.021
Aportes de la Nación	-	-	-	-	-	-
Aportes del Municipio	2.016	2.017	2.018	2.019	2.020	2.021
Aportes del Departamento/Distrito	-	PROYECCIONES	-	-	-	-
Otros Ingresos Corrientes	220.905.504	1.206.980.850	1.206.980.850	1.206.980.850	1.206.980.850	1.206.980.850
Otros Ingresos	220.905.504	1.206.980.850	1.206.980.850	1.206.980.850	1.206.980.850	1.206.980.850
Convenios Docente Asistenciales	220.905.504	131.344.004	131.344.004	131.344.004	131.344.004	131.344.004
Otros		1.075.636.846	1.075.636.846	1.075.636.846	1.075.636.846	1.075.636.846
Ingresos No Corrientes	124.554.616	8.160.150.668	160.000.000	160.000.000	160.000.000	160.000.000
Recursos de Capital	124.554.616	8.160.150.668	160.000.000	160.000.000	160.000.000	160.000.000
Otros Recursos de Capital	124.554.616	8.160.150.668	160.000.000	160.000.000	160.000.000	160.000.000
Rendimientos y Participaciones	124.554.616	-	-	-	-	-
Otros		8.160.150.668	160.000.000	160.000.000	160.000.000	160.000.000
Recaudo Cuentas por Cobrar - Rezago Vigencia Anterior	8.466.328.451	8.020.953.282	8.247.227.457	6.486.095.781	6.453.361.807	6.437.589.349
TOTAL INGRESOS	73.228.678.745	75.928.497.636	69.808.167.401	68.068.126.219	68.062.808.185	68.047.035.728

Fuente: Aplicativo PSFF.

Los ingresos totales iniciales están por encima del rango de los 69.000 Millones de pesos, debido a que en el año 2017 estos se afectan por la recuperación de cartera de las vigencias anteriores. Los ingresos corrientes totales, los ingresos por explotación y los ingresos por venta de servicios tiene un comportamiento correlativo, primero disminuyen en el año 2017 en un 8% y luego en el año 2018 se incrementan un 5% con respecto al año anterior para luego mantenerse estable en los demás años del PSFF.

Al observar el comportamiento de los ingresos en el flujo financiero proyectado, se evidencia que el ítem de Régimen Subsidiado presenta una variación del 5% cuando compramos los valores del año 2017(\$53.877.593.871) y 2018 (\$56.605.889.146), y posteriormente se presenta un comportamiento hasta 2021 sin cambios significativos.

3.5.2 Gastos Operación Corriente

La proyección de los gastos de la operación corriente incluida en el escenario financiero proyectado para los años de ejecución del programa, estos gastos son traídos del cuadro 34C Y 34D, donde aparecen los gastos de funcionamiento administrativo y operativo, además hacen parte de estos gastos el valor requerido dentro de las medidas, dentro de las cuales está la implementación de un sistema administrativo, financiero y asistencial que maneje la información de forma integral, al interior de la empresa.

Estos gastos son proyectados con una disminución en el año 2017 del -3,56% y para el 2018, del -14% y posteriormente en el año 2019 es del -0,24%, los dos últimos años del PSFF se incrementan 0,59% y 0,63%.

Los Gastos fijos administrativos pasan de \$ 2.810.068.951 a \$ 9.033.348.725, o sea un 121% más en el 2017, lo cual se debió a que para el año 2017 los recursos ejecutados por concepto de Servicios personales indirectos variables, se ubicaron en el rubro de Servicios personales indirectos fijos.

Los gastos fijos representan el 54% y los gastos variables el 46% en el primer año del PDSFF, luego a partir del año 2018 los gastos fijos pasan a ser el 64% y los gastos variables el 36%, permitiendo así que la Entidad sea más flexible, y pueda controlar de mejor forma sus gastos.

Por otro lado podemos afirmar que los gastos administrativos representan entre el 14 y 15% del total de los gastos de la entidad, siendo el 85% restante los gastos operativos o asistenciales para la prestación del servicio.

En la estructuración de los gastos de personal con relación al total de gastos estos representan entre el 45% y 54% del total de gastos de la Empresa en la vigencia del programa de saneamiento fiscal y financiero. Al inicio del PSFF los gastos de personal arrancan con una contracción de 3% en el 2017 con relación al 2016. Luego ascienden al 53% y 54% del total de los gastos y se mantienen hasta finalizar el PSFF.

En el cuadro 35 existen gastos que no aparecen en el cuadro 34C Y 34D, tales como el valor de rezago de cuentas por pagar que aparece para el 2016 por \$ 10.168.197.941 que corresponde al pasivo total que existía a diciembre 31 de 2016. Y además aparece como rezago en el año 2017 un valor por \$ 11.222.031.153 que corresponde al valor de las cuentas canceladas de vigencias anteriores a junio 30 de 2017, tal como se puede comprobar en el reporte del decreto 2193 de 2004.

Es importante destacar que en el 2017 con el objeto de buscar el equilibrio entre los ingresos y los gastos se presupuestó en el ítem Otros (Ingresos) la suma de \$ 8.160.150.668, cifra está que se espera recaudar con la venta o cesión de la cartera que mostramos en el siguiente cuadro.

Tabla No. 330

Cartera por EPS

EPS	VALOR	DETALLE
COMPARTA	\$ 1.425.069.158	Acta de Conciliación Fiscal con merito ejecutivo
COOSALUD	\$ 984.833.946	Acta de Conciliación Fiscal con merito ejecutivo
DADIS	\$ 250.318.842	Certificación de Deuda del DADIS
	\$ 400.000.000	
EMDIS SALUD	\$ 4.063.455.219	Acuerdo de Pago
CAPRECOM	\$ 330.780.492	Resolución 10301 del 2016
	\$ 368.447.064.54	Resolución 1245 del 2016
	\$ 62.315.814	Resolución 12324 de 2016
	\$ 44.659.416	Resolución 12857 de 2016
	\$ 3.609.520.142	Resolución 13477 de 2016
TOTAL	\$ 11.170.953.029	

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Los costos totales de implementación del PSFF en los 5 años de vigencia proyectados están soportados, fundamentalmente en dos fuentes principales: Los recursos del ejercicio corriente de la entidad y recursos aportados por el distrito de Cartagena de fuentes de recursos del sector salud acumulados del FONPET – Lotto en Línea con corte a 31 de diciembre de 2016 precisándose la existencia de un excedente de \$ 30.722.575.770, sobre los cuales comprometió un monto de \$ 17.251.499.044,78 para el pago de los pasivos incorporados en el Programa de saneamiento Fiscal y financiero para desembolso en el año 2018 de conformidad con el artículo 2 de la Ley 459 de 1999, el artículo 147 de la Ley 1753 del 2015 y el Decreto Único reglamentario del sector Haciendo y Crédito Público.

Para la vigencia 2018 se tiene contemplado la ejecución de recursos del Distrito por valor de \$17.251.499.044, con la finalidad de cubrir los pasivos de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias a corte 30 de Junio de 2017, los cuales se ejecutarán según la distribución del cuadro siguiente.

Tabla No. 331
Ejecución de Recursos

GASTOS/COSTOS PSFF	2018
Pasivos	17.251.499.044
Acreencias Laborales + Servicios Personales Indirectos	2.203.896.460
Entidades Públicas y de Seguridad Social	
Proveedores bienes y servicios (No incluye Servicios Personales Indirectos)	13.214.093.623
Obligaciones financieras	
Demás acreedores externos	1.305.979.089
Provisiones y otros pasivos	527.529.872
TOTAL GASTOS, COSTOS Y PASIVOS PSFF	17.251.499.044

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Excedentes esperados 2018-2021

La estructura que se ha planteado para que la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, con las medias a ejecutar en el PSFF deberán generar ahorro corriente que permita cancelar las contingencias jurídicas y de cesantías que se materialicen en los próximos años.

3.6 ANALISIS PRESUPUESTO DE CADA VIGENCIA Y PRESUPUESTO PROYECTADO (CUADRO 36)

La matriz 36 contiene el presupuesto de ingresos y gastos a precios corrientes, un presupuesto definitivo a precios corrientes de 2011 a 2016, un presupuesto definitivo de gastos a precio corrientes desde 2011 a 2016, un presupuesto ejecutado en ingresos efectivo a precios corriente y un presupuesto ejecutado en Gastos a precios corrientes, con sus variaciones anuales tanto ingresos esos como en gastos, además el presupuesto proyectado de ingresos y gastos 2017-2021, todo a precio corriente.

Tabla No.332
Presupuesto Definitivo de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias Vigencias 2011-2012 y Primer Semestre 2017

AÑOS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
INGRESOS SEGÚN EJECUCION	64.875.120.0 65	73.348.195.9 56	76.279.956.3 97	77.399.973.4 82	72.984.904.1 09	78.304.617.5 73	73.068.293.3 32
REPORTE SIHO	69.726.573.0 77	73.348.195.9 56	76.279.956.3 97	77.399.973.4 82	72.984.904.1 09	78.304.617.5 73	73.068.293.3 32
DIFERENCIAS	4.851.453.01 2	-	-	-	-	-	-

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

El diligenciamiento del cuadro 36 del aplicativo del PSFF se realizó con base en la información de la ejecución presupuestal debido a que los datos

reportados en la plataforma SIHO presentaban diferencias, específicamente en el presupuesto definitivo del año 2011. En las siguientes vigencias no se presentaron diferencias en los valores definitivos del presupuesto pero si en los valores internos entre rubros.

En el 2012, el régimen subsidiado según ejecución presupuestal, el presupuesto definitivo fue de \$ 43.435.350.748 y lo reportado en el SIHO fue \$ 43.724.705.482, lo mismo sucede con el rubro Atención a la población pobre No Afiliada, el valor según ejecución presupuestal es \$5.976.582.309 y el valor reportado en SIHO es \$ 6.734.941.113.

Comportamiento similar se presentó en el año 2013, precisando diferencias en el rubro de prestación de servicios a régimen subsidiado, según ejecución se presupuestaron \$48.400.443.877 y en el reporte SIHO aparece \$49.283.179.983. En la prestación de servicios a la población PNA según la ejecución presupuestal la suma asciende a \$4.794.121.319 y según el reporte SIHO es \$4.709.688.327.

En el 2015 se evidencia una diferencia en el rubro Atención a la población PNA, la suma según ejecución es de \$ 2.144.307.617, mientras que la reportada en SIHO es \$2.289.415.344.

En el 2016 en la prestación de servicio de la población PPNA, según ejecución presupuestal la cifra es de \$2.150.000.000 y la reportada en SIHO es \$2.798.986.854.

Tabla No.333

Presupuesto Recaudado de la Ese Hospital Cartagena de Indias Vigencias 2011-2016 y Primer Semestre 2017

AÑOS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
RECAUDOS SEGÚN EJECUCION PRESUPUESTAL	48.725.762.818	48.762.246.197	63.647.770.356	59.482.226.752	64.119.505.711	64.879.248.535	32.376.085.958
REPORTE SIHO	48.725.762.818	41.492.709.426	48.331.613.493	50.491.784.735	58.077.055.439	61.527.759.524	32.376.085.958
DIFERENCIAS EJECUCION PRESUPUESTAL VS SIHO	-	7.269.536.771	15.316.156.863	8.990.442.017	6.042.450.272	3.351.489.011	
APLICATIVO	50.535.479.554	46.180.101.019	49.743.080.744	58.995.058.832	64.852.821.995	73.114.504.332	67.834.307.556
DIFERENCIAS CALCULO APLICATIVO PSFF VS REPORTADO EN SIHO	1.809.716.736	4.687.391.593	1.411.467.251	8.503.274.097	6.775.766.556	11.586.744.808	

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

En este cuadro se evidencian diferencias significativas entre lo reportado en el SIHO, la ejecución presupuestal y lo generado en el aplicativo PSFF, siendo las más significativas las de 2012, 2014, 2015, correspondiente a las cuentas por pagar, las cuales no fueron reportadas en esos años en la plataforma SIHO.

3.7 INGRESOS

Para el cálculo de los ingresos efectivos en el periodo 2011 a 2016 se tuvo en cuenta los contratos de venta de servicio celebrados con EPSs del régimen subsidiado y la facturación por evento de los contratos con Dadis para la atención a PPNA , PIC, más otros ingresos como rendimientos financieros.

Tabla No. 334

Ingresos Efectivos en el Periodo 2011 a 2016

DETALLE	2011	2012	2013	2014	2015	2016
DIFERENCIAS ENTRE LA EJECUCION VS CALCULO APLICATIVO PSFF	1.809.716.736	-2.582.145.178	-13.904.689.612	-487.167.920	733.316.284	8.235.255.797

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Se Destaca que no hay concordancia entre el presupuesto ejecutado por ingresos efectivos obtenidos por el aplicativo a través de los contratos de venta de servicio y las otras modalidades de contratación que le representan ingresos a la ESE con el presupuesto efectivamente recaudado según ejecución presupuestal presentándose año tras año diferencias significativas , como se observa en el cuadro anterior.

Los presupuestos en la ESE no tienen un crecimiento uniforme, el comportamiento de los mismos presenta un porcentaje promedio de variación de 6.6 % tomando como referencia la ejecución presupuestal desde la vigencia 2011 a 2017, pero considerando la información generada por el aplicativo PSFF el porcentaje de variación asciende al 8.07%.

Tabla No.335

Presupuesto Recaudado de la ESE Hospital Cartagena De Indias Vigencias 2011-2016

AÑOS	2011	2012	2012 /2011	2013	2013 /2011	2014	2014 /2011	2015	2015 /2011	2016	2016 /2011	PRO MEDIO
RECAUDOS SEGÚN EJECUCION PRESUPUESTAL	48.725.762.818	48.762.246.197	0,07 %	63.647.770.356	31%	59.482.226.752	- 6,50 %	64.119.505.711	7,80 %	64.879.248.535	1,20 %	6,60%
SEGÚN APLICATIVO	50.535.479.554	46.180.101.019	- 8,60 %	49.743.080.744	7,70 %	58.995.058.832	18,60 %	64.852.821.995	9,90 %	73.114.504.332	12,70 %	8,07%

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Tabla No.336

Comportamiento de los Gastos en las Vigencias 2011 a 2016

DETALLE	2011	2012	2013	2014	2015	2016
FUNCIONAMIENTO	46.265.992.916	54.891.114.538	63.219.184.514	61.297.738.423	66.479.106.722	70.910.170.208
GASTOS DE PERSONAL	24.515.565.680	34.694.471.410	36.126.737.544	38.584.154.661	36.055.159.597	37.175.171.934
GASTOS GENERALES	10.282.845.571	12.130.247.827	12.911.911.357	18.196.598.640	21.037.531.406	24.448.954.058
Transferencias Corrientes	316.508.807	1.386.929.317	604.404.299	628.815.917	733.121.466	628.333.948
CUENTAS POR PAGAR FUNCIONAMIENTO	11.151.072.858	6.679.465.984	13.576.131.314	3.888.169.205	8.653.294.253	8.657.710.268
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	2.920.412.918	2.199.071.238	1.892.472.841	3.000.845.080	3.060.397.751	3.493.841.983
CUENTAS POR PAGAR GASTOS DE OPERACIÓN	1.189.640.496	1.724.230.736	1.930.927.447	817.900.599	612.654.447	1.027.402.501
INVERSION	4.934.707.418	2.932.102.973	2.895.706.426	624.488.992	1.428.974.210	1.470.403.136
CUENTAS POR PAGAR GASTOS DE INVERSION	712.833.015	2.081.066.466	739677129	246211254	207.740.000	483.085.173
TOTAL GASTOS	56.023.586.763	63.827.585.951	70.677.968.357	65.987.184.348	71.788.873.130	77.384.903.001

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

El total de los gastos en los periodos del 2011 al 2016 presentaron un crecimiento en promedio de 6.6%, con un comportamiento no uniforme durante el periodo en estudio, ya que comienza con un crecimiento en 2012 con relación al 2011 de 13,93% y del 2013 al 2012 con un promedio de 10.73% y en el 2014 con relación al 2013 presento un decrecimiento de -6.64%.

Los gastos de funcionamiento presentaron un crecimiento en promedio de 8,92%, donde se evidencia que el mayor crecimiento se dio en el periodo 2012/2011 con 18,64% seguido del 2012/2013 con 15,17%, mientras que en la vigencia 2014/2013 decreció en -3.04%.

Al analizar el gasto de funcionamiento por cada uno de los componentes del gasto , se observa que el componente Gastos de Personal creció en un promedio de 8,68% en el periodo en estudio, los gastos generales, 8.91% y las transferencias corrientes 14.70% y las cuentas por pagar de funcionamiento decrecieron en un promedio de -71,36%.

Se puede resaltar que en este rubro de gasto de personal, se presentó mayor crecimiento en la cuenta de honorarios con un promedio de 29,37%.

Continuando con el análisis de los grandes rubros que componen el gasto se evidencia que el rubro Gasto de operación presento un promedio de crecimiento de 1.93% y la inversión decreció en 21.51%.

Tabla No. 337

Proyección del Presupuesto de Gastos Hasta 2021

DETALLE	2018	2019	2020	2021
FUNCIONAMIENTO	48.738.418.994	48.600.688.282	49.006.082.615	49.440.922.372
GASTOS DE PERSONAL	34.102.034.701	34.448.401.491	34.821.225.585	35.222.534.503
GASTOS GENERALES	14.534.884.293	14.050.786.021	14.083.357.030	14.116.887.869
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	101.500.000	101.500.000	101.500.000	101.500.000
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	12.014.812.144	12.014.812.144	12.014.812.144	12.014.812.144
INVERSION	4.645.260.273	4.627.046.578	4.607.776.862	4.587.034.884
COSTOS Y GASTOS DEL PSFF	17.251.499.044			
TOTAL GASTOS	82.649.990.455	65.242.547.004	65.628.671.621	66.042.769.400

Fuente: Subgerencia administrativa y Financiera

Los gastos realizados en la vigencia 2016 ascendieron a \$78.895.390.674 y generaron un déficit en el año de \$ 5.666.713.945. La ejecución cubrió el pago de \$ 10.168.197.941 y generó una obligación para la vigencia siguiente de \$ 11.222.031.153. Los gastos programados para la vigencia 2017 ascendieron a \$ 76.088.495.619, no se proyecta déficit al año, no obstante hay que resaltar que incluye la recuperación de una cartera \$ 8.247.727.457, esta proyección del primer año incluye el pago realizado de \$ 11.222.031.153 correspondientes a cuentas de vigencias anteriores. De tal forma, que si no se hace efectivo el recaudo de esta cartera se podría presentar déficit al final de la presente vigencia. En el comportamiento de gastos el 48,17% son operacionales en el año 2016. Bajan en la proyección al 41,84% en el 2017, para subir al 46,54%, 47,36%, 47,78% y 48,24% en los años siguientes de la implementación del programa. Dentro de estos los gastos de personal asistencial representan en términos generales el 73,34% en el año 2016, para subir a un promedio del 81% en los años de implementación del programa.

Los gastos de personal para el periodo 2018-2021 se ajustaron en el 7.5% para los empleados públicos y 9.0% para los empleados oficiales.

Los gastos generales se mantuvieron constantes en la proyección de los cuatro años del PSFF a excepción de los rubros, Gastos de Mantenimiento que se proyectaron teniendo en cuenta el 5% del presupuesto y Bienestar social el cual se proyectó con base en el 6% de los servicios personales asociados a la nómina durante estos cuatro años.

En la vigencia 2017, en el rubro Otros gastos generales por Adquisición de bienes en el aplicativo fue incluido lo presupuestado en Gastos de mantenimiento Hospitalario por valor 527.606.557, el cual fue proyectado este mismo valor hasta 2021 en este mismo rubro.

A partir del 2018 los recursos que se presupuestaron en el rubro Otros gastos generales por adquisición de servicio por valor de \$ 8.996.812.144 pasan a

formar parte del rubro Adquisición de servicios de salud en los gastos de operación y comercialización para el periodo 2018-2021.

Para el presupuesto de 2017 se armonizo teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

La ESE Cartagena de Indias cerró la vigencia de 2016 con unos compromisos en el orden de \$ 77.384.902.999 e inicio la vigencia con un presupuesto de gastos aprobado por \$69966198067, iniciando con un faltante con relación a los compromisos de 9.506.344.099, el cual correspondía a los rubros de:

- a. Tercerización de servicios, entre personal tercerizado y contratado por prestación de servicios (\$6.790955305)
- b. Gastos Generales (\$1.124.309.677)
- c. Otros gastos (\$1.591.079.077)

Esto sin tener en cuenta el incremento realizado a los gastos de personal que para el 2017 ascendieron 7.5% para empleados públicos y 9% para los empleados oficiales. Y los incremento ocasionados por el aumento del IVA en los contratos.

A pesar de todo lo anterior la E.S.E Hospital Local Cartagena de Indias ha reducido este faltante \$8. 207.286.127. El valor de la reducción es \$1.299.057.972

Este faltante que se presenta para la vigencia 2017 se tiene proyectado cubrir de la siguiente manera con la Gestión adelantada en el cobro de cartera.

Este escenario de gastos contempla el pago de pasivos en el año 2017 de \$ 11.222.031.153. y para el año 2018 de \$ 17.251.499.044 que incluyen acreencias laborales y servicios personales indirectos, proveedores bienes y servicios, demás acreedores externos y Provisiones y otros pasivos. Estos recursos estarían garantizados por el distrito de Cartagena, de fuentes del FONPET.

CONCLUSIONES

Luego de analizar todos y cada uno de las medidas variables y conceptos del presente Programa, hay que tener en cuenta algunas consideraciones para su implementación:

Las medidas asumidas con el PSFF implican de forma integral un rediseño de toda la organización, en sus 5 componentes Institucional, administrativo, jurídico, financiero y la visión del entorno.

La ESE financiara el PSFF con recursos propios provenientes de la venta de servicios, de igual forma con recursos de fuente FONPET aportado por el Distrito que cubrirán el 100% de los pasivos presentes. También gestionara

recursos de fondos nacionales, territoriales e internacionales para el desarrollo de los servicios.

La ESE HLCI en cumplimiento del PSFF generara un ahorro programado a partir de la vigencia 2019, que se alimentara de una cuota mensual de recursos de las vigencias fiscales, recaudo de liquidación de contratos de régimen subsidiado y otros ingresos de vigencias anteriores, para cancelar las potenciales contingencias judiciales y de cesantías y para no generar nuevos pasivos en las vigencias proyectadas.

El enfoque de las medidas adoptadas en el programa de saneamiento fiscal y financiero se basan fundamentalmente en lograr una adecuada adaptación dela empresa a la política PAIS, al desarrollo del MIAS y a la asunción del rol de Prestador Primario de las diferentes RIPSS que se articulen al interior del Distrito de Cartagena.

Con este enfoque, es probable que la ESE pueda mejorar la negociación de tarifas y disminuir costos operacionales, que sumado a una mejor gestión de cobro frente a la EPS contratadas, podrían permitir aumentar de manera importante sus ingresos lo que facilitaría aún en un menor tiempo del programado garantizar la gestión sostenible de la entidad

La ESE fomentará la cultura de la gestión de proyectos para poder lograr su Visión a largo plazo y cumplir cabalmente el objeto misional día a día.

La ESE debe ser rigurosa en transformar su operación con base al desarrollo técnico del Modelo de Gestión Colombiano con sus 4 pilares: Planear, controlar, calidad y registrar/reportar.

Todos estos retos y oportunidades se materializaran siempre y cuando allá un cambio profundo en visión y las capacidades y destrezas del talento humano, la estrategia fundamental de todo el proceso de ajuste y rediseño es el Programa de Educación Continuada Acreditante para los empleados y trabajadores.

Atentamente



ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ
GERENTE ESE H. L. C. I.

Cartagena D.T y C 5 de diciembre del 2021

Señores

ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS.

Cordial saludo,

ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ, identificado con cedula de ciudadanía No. 73.156.364 de Cartagena de Indias, me dirijo hacia su despacho invocando el derecho fundamental de petición consagrado en el art. 23 de la Constitución Política, como también lo consagrado en el Capítulo I, artículo 13 y subsiguientes de la Ley 1437 del 2011, con fines probatorios dentro del proceso de repetición que se sigue en mi contra en el Juzgado octavo Administrativo del circuito de Cartagena con radicado No. 1300-13-33-3008-2021-00210-00 por lo que de manera respetuosa le solicito lo siguiente:

1. Resolución mediante la cual se le dio aprobación "Programa de saneamiento fiscal y financiero de 2017 – 2021 de agosto del 2017".
2. Resolución por la cual se creó el Comité de Conciliación de la ESE HOSPITAL CARTAGENA DE INDIAS para las vigencias 2016 al 27 de diciembre del 2019.
3. Informe de empalme o Acta de entrega según lo consagrado en la Ley 951 del 2001, de la Dra. MONICA DEL CARMEN JURADO MARQUEZ en calidad de funcionario saliente ante la ESE HOSPITAL CARTAGENA DE INDIAS.
4. Informes de monitoreo y seguimiento del PSFF, enviados por la ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS al Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

NOTIFICACIONES

Dr. ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ recibirá notificaciones en la dirección; Barrio Crespo Carrera Tercera No. 67 – 08, Edificio Mare Club House, apto 1403 y en la dirección electrónica de correo roquebossio@gmail.com.

Atentamente,



ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ
C.C. No. 73.156.364 de Cartagena.

Redactar

- Importantes
- Enviados**
- Borradores
- Categorías
- Social 1
- Notificaciones 814

Meet

- Nueva reunión
- Unirse a una reunión

Hangouts

- Roque

DERECHO DE PETICION

Roque Bossio <roquebossio@gmail.com>
para gerencia, atencionusuario

19:50 (hace 1 minuto) ☆ ↶ ⋮



de: **Roque Bossio** <roquebossio@gmail.com>
para: gerencia EsehLci <gerencia@esecartagenadeindias.gov.co>, atencionusuario@adm.esecartagenadeindias.gov.co
fecha: 5 dic 2021, 19:50
asunto: DERECHO DE PETICION
enviado por: gmail.com

Responder Responder a todos Reenviar

RV: 13001233300020220002700 EXCEPCIONES PREVIAS - VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ

Despacho 02 Tribunal Administrativo - Bolívar - Cartagena

<des02tabolivar@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Lun 25/09/2023 4:59 PM

Para:Notificaciones Despacho 02 Tribunal Administrativo - Bolívar - Cartagena

<desta02bol@notificacionesrj.gov.co>

 1 archivos adjuntos (184 KB)

13001233300020220002700 EXCEPCIONES PREVIAS.pdf;

De: edwin anillo lora <ronaldaniello@hotmail.com>

Enviado: lunes, 25 de septiembre de 2023 16:17

Para: Despacho 02 Tribunal Administrativo - Bolívar - Cartagena <des02tabolivar@cendoj.ramajudicial.gov.co>;
Notificaciones Despacho 02 Tribunal Administrativo - Bolívar - Cartagena <desta02bol@notificacionesrj.gov.co>;
Secretaría Tribunal Administrativo - Bolívar - Cartagena <stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: notificacionesjudiciales@esecartagenadeindias.gov.co

<notificacionesjudiciales@esecartagenadeindias.gov.co>; abogadosasociados203@gmail.com

<abogadosasociados203@gmail.com>; verenapolo@yahoo.com <verenapolo@yahoo.com>;

aruizcampillo@hotmail.com <aruizcampillo@hotmail.com>; monicarojurado@gmail.com

<monicarojurado@gmail.com>; roquebossio@gmail.com <roquebossio@gmail.com>; Procesos Judiciales -

Oficina Juridica <procesosjudiciales@procuraduria.gov.co>

Asunto: 13001233300020220002700 EXCEPCIONES PREVIAS - VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ

Doctor

LUIS MIGUEL VILLALOBOS ÁLVAREZ

MAGISTRADO PONENTE

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR

Correos Electrónicos: Des02tabolivar@cendoj.ramajudicial.gov.co Desta02bol@notificacionesrj.gov.co

Stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co

Av. Venezuela, # 8-52, Edificio Nacional

Ciudad

MEDIO DE CONTROL: Acción de Repetición

RADICADO: 13001233300020220002700

DEMANDANTE (S): ESE Hospital Local Cartagena de Indias

DEMANDADOS (S): Verena Bernarda Polo Gómez y otros

ASUNTO: Excepciones previas.

EDWIN ARMANDO ANILLO LORA, actuando en mi condición de apoderado especial de **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ**, conforme el poder remitido con la contestación de la demanda, amablemente concurre ante usted, para proponer **EXCEPCIONES PREVIAS**, de conformidad con lo expuesto en el PDF adjunto.

Se deja constancia que el presente mensaje se remite simultáneamente (en copia CC) a las direcciones electrónicas suministradas por los demás sujetos procesales.

Cartagena de Indias –septiembre de 2023

Doctor

LUIS MIGUEL VILLALOBOS ÁLVAREZ

MAGISTRADO PONENTE

TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOLÍVAR

Correos Electrónicos: Des02tabolivar@cendoj.ramajudicial.gov.co

Desta02bol@notificacionesrj.gov.co

Stadcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co

Av. Venezuela, # 8-52, Edificio Nacional

Ciudad

MEDIO DE CONTROL:	Acción de Repetición
RADICADO:	13001233300020220002700
DEMANDANTE (S):	ESE Hospital Local Cartagena de Indias
DEMANDADOS (S):	Verena Bernarda Polo Gómez y otros
ASUNTO:	Excepciones previas.

EDWIN ARMANDO ANILLO LORA, actuando en mi condición de apoderado especial de **VERENA BERNARDA POLO GÓMEZ**, conforme el poder remitido con la contestación de la demanda, amablemente concurre ante usted, para proponer **EXCEPCIONES PREVIAS**, de conformidad con los siguientes términos:

TEMPORALIDAD DE LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

El auto admisorio de la demanda fue recibido en el buzón electrónico de mi poderdante¹ el pasado 2 de agosto de 2023, por lo tanto, la notificación personal se surtió el 4 de agosto de 2023, es decir, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la remisión mencionada, de conformidad con lo previsto en el inciso 4 del artículo 48 de la Ley 2080 de 2021.

Así las cosas, el término de treinta (30) días hábiles del traslado de la demanda inicialmente discurriría entre el 8 de agosto de 2023 y el 19 de septiembre de 2023. No obstante, este término fue suspendido entre el 14 y 20 de septiembre de 2023 a través del Acuerdo PCSJA23-12089 expedido el 13 de septiembre de 2023 por el Consejo Superior de la Judicatura, "Por el cual se suspenden términos judiciales en el territorio nacional", cuando todavía restaban cuatro (4) días hábiles para su vencimiento.

De esta manera, el plazo finalmente previsto para el traslado de la demanda se extiende hasta el lunes, 25 de septiembre de 2023, y el presente escrito de excepciones previas ha sido presentado dentro del mencionado periodo, es decir, dentro de la oportunidad legal otorgada para tal fin.

i. FALTA DE INTEGRACIÓN DEL LITISCONSORTE NECESARIO

Las pretensiones deben ser rechazadas, teniendo en cuenta que la demanda adolece de graves irregularidades sustanciales, por cuanto en la demanda se omite vincular en calidad de demandado a **RODOLFO LLINAS CASTRO**, identificado con la cédula de ciudadanía 72.180.374, quien prestó sus servicios como Gerente de la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS** dentro del periodo comprendido entre el 5 de mayo de 2020 y el 16 de febrero de 2021, fecha última en que supuestamente tuvieron lugar los pagos del contrato de transacción del 10 de febrero de 2021 celebrado para dar por terminado el proceso ejecutivo singular 130013100300120170034600, tramitado en el Juzgado 001 Civil del Circuito de Cartagena de Indias, en el que funge como parte demandante **COLTEMPORA S.A.** y como demandada la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS**.

¹ verenapolo@yahoo.com.

Señor Magistrado, según la demanda la imputación realizada a mi mandante **VERENA POLO GÓMEZ** fue única y exclusivamente por fungir como Gerente de la entidad demandante dentro de un periodo en el que supuestamente se causaron intereses moratorios en el marco del proceso ejecutivo antes mencionado (13 de abril de 2015 y el 31 de marzo de 2016), por lo que, bajo esa misma perspectiva debió vincularse como demandado al señor **RODOLFO LLINAS CASTRO**, en tanto se desempeñó como Gerente desde el 5 de mayo de 2020 hasta el 16 de febrero de 2021, fecha en la cual también se causaron intereses moratorios supuestamente reconocidos y pagados a través del acuerdo transaccional antes referido, de manera que goza de un interés sustancial en las resultas de este proceso.

De otro lado, la parte demandante también omitió vincular en calidad de demandados a los servidores y exservidores públicos que desempeñaron los cargos de Subgerente Administrativo y Financiero y Profesional Universitario código 219, grado 20 de la Subgerencia Administrativa y Financiera de la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS**, dentro del periodo comprendido entre el 01 de enero de 2015 y el 04 de junio de 2017, sobre quienes recae un interés sustancial en este proceso.

Ahora bien, revisado el Acuerdo 179 del 27 de julio de 2016 aportado en la demanda, el cual contiene el Manual Específico de Funciones, Requisitos y Competencias Laborales de los diferentes empleos del Plan de Cargos de la entidad demandante, tenemos que estos empleados públicos tenían dentro de sus propósitos y funciones, las siguientes:

- a) Subgerente Administrativo y Financiero, encargado de “planificar, coordinar, ejecutar y evaluar los procesos financieros de presupuesto, contables de tesorería necesarios para el normal funcionamiento de la empresa, en el marco de las disposiciones legales vigentes.”.
- b) Profesional Universitario código 219, grado 20, de la Subgerencia Administrativa y Financiera de la entidad, el cual tiene como propósito principal “coordinar, organizar, ejecutar y controlar los procesos financieros de presupuesto, contabilidad, recaudo y cartera, y pagaduría”, y dentro de sus funciones “Dirigir y supervisar las operaciones de facturación, cartera y recaudo, contabilidad, costo, y presupuesto de la Empresa, verificando que los registros se efectúen de acuerdo con las normas legales y fiscales vigentes.”.

En ese sentido, y pese a que en el líbello introductor la parte demandante no hizo alusión alguna a estos servidores públicos, las pruebas allegadas dan cuenta que han podido tener injerencia y/o participación en el supuesto hecho dañoso, por lo que cuentan con interés sustancial para ser vinculados como demandados en este proceso.

Al respecto, el numeral 9 del artículo 100 del Código General del Proceso consagra que el demandado podrá formular excepción previa cuando la demanda no comprenda a todos los litisconsortes necesarios.

Sobre el litisconsorcio necesario, el artículo 61 del Código General del Proceso señala lo siguiente:

“ARTÍCULO 61. Litisconsorcio necesario e integración del contradictorio. Cuando el proceso verse sobre relaciones o actos jurídicos respecto de los cuales, por su naturaleza o por disposición legal, haya de resolverse de manera uniforme y no sea posible decidir de mérito sin la comparecencia de las personas que sean sujetos de tales relaciones o que intervinieron en dichos actos, la demanda deberá formularse por todas o dirigirse contra todas; si no se hiciere así, el juez, en el auto que admite la demanda, ordenará notificar y dar traslado de esta a quienes falten para integrar el contradictorio, en la forma y con el término de comparecencia dispuestos para el demandado.” (Cursivas, subrayadas y negritas fuera del texto)

Así mismo, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha referido lo siguiente:

“El litisconsorcio necesario se presenta cuando la cuestión litigiosa tiene por objeto una relación jurídica material, única e indivisible, que debe resolverse de manera uniforme para todos los sujetos que integran la parte correspondiente lo cual impone que el proceso no pueda adelantarse sin la presencia de alguno de tales sujetos, bien por la parte demandante o bien por la parte demandada, pues su vinculación resulta imprescindible y obligatoria.”² (Cursivas y negritas fuera del texto)

Por esta razón, no es posible examinar los elementos de la responsabilidad en la presente demanda de repetición hasta que se vinculen a todos los servidores y exservidores públicos de la entidad demandante que participaron en la producción de los supuestos daños cuyo resarcimiento se solicita.

En consecuencia, solicitamos respetuosamente que se rechacen las pretensiones de la demanda, debido a que resulta imposible estudiar el fondo de la Litis, teniendo en cuenta que no se encuentran vinculados como demandados todos los sujetos que inescindiblemente deben estarlo.

ii. INDEBIDA REPRESENTACIÓN DEL DEMANDANTE

Las pretensiones de la demanda deben ser rechazadas, teniendo en cuenta que esta adolece de graves irregularidades formales, debido a que una vez revisado el expediente que remitieron para efectos de dar traslado de la demanda, no se observó ningún documento que contuviera poder general o especial que facultara al doctor **MIGUEL EDUARDO FIGUEROA CARO** para postularse como apoderado de la **ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS**, y mucho menos, para presentar el presente medio de control.

Señor Juez, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 4 del artículo 100 del Código General del Proceso, el demandado podrá formular excepción previa cuando exista indebida representación de una de las partes.

Por lo tanto, solicitamos respetuosamente que se rechace la demanda.

Cordialmente,



EDWIN ARMANDO ANILLO LORA
CC No. 9.174.516 de San Jacinto, Bolívar
TP No. 95.407 del C. S. de la J.

² Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección A. Consejero Ponente: Carlos Alberto Zambrano Barrera. Sentencia del 22 de septiembre 2017l Radicación: 81001-23-31-000-2011-10003-01(52299)A.