



Rendición de Cuentas **2017** Sector Salud

VICTORIA EUGENIA MARTÍNEZ PUELLO
GERENTE

YULIETH LÓPEZ RETAMOSO
SUBGERENTE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

MARTHA YOLIMA PASACHOA MORENO
SUBGERENTE CORPORATIVA

LILIANA RÍOS VELANDIA
JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

HEYDE DEL CARMEN RODRÍGUEZ
JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA

JAIME ALBERTO RODRÍGUEZ
JEFE OFICINA ASESORA COMUNICACIONES

ELSA MARINA TORRALBA NOVAL
JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

SANDRA LÓPEZ PIMIENTO
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

DORA RIAÑO LANCHEROS
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

NICOLÁS EDUARDO ESCOBAR PERDOMO
JEFE OFICINA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

ELIANA IVONTH HURTADO
JEFE OFICINA DE CALIDAD

NÉSTOR ROMERO
JEFE OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN TIC (E)

ILBA LUCÍA ARIAS
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS

FRANCISCO ANTONIO FAJARDO DÍAZ
DIRECTOR DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

GLORIA AMANDA SALINAS PIRAJÁN
DIRECTORA DE SERVICIOS DE URGENCIAS

DANNYS IVETH TEHERÁN TURIZO
DIRECTORA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

INGRID PAOLA LOZANO TORRRES
DIRECTORA DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

LISMARCELA SALAZAR LUGO
DIRECTORA FINANCIERA

MARTHA LILIANA CRUZ
DIRECTORA ADMINISTRATIVA

MARÍA RUBIELA MONSALVE OSPINA
DIRECTORA DE TALENTO HUMANO

MÓNICA ETELMIRA GONZÁLEZ
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

1. TABLA DE CONTENIDO

Contenido

1.	TABLA DE CONTENIDO	3
2.	INTRODUCCIÓN	4
3.	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	6
3.1	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL Y FINANCIERA	6
3.2	CUMPLIMIENTO DE METAS.....	8
3.2.1	PLAN DE ACCIÓN	8
3.2.2	PROYECTOS EN EJECUCIÓN	10
3.3	RESULTADOS DE LA GESTIÓN	11
3.3.1	Gestión Clínica.....	11
3.3.1.1	Modelo de Atención.....	11
3.3.1.2	Gestión de Servicios Complementarios	12
3.3.1.3	Gestión de Servicios Ambulatorios	15
3.3.1.4	Gestión de Servicios de Urgencias	17
3.3.1.5	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	20
3.3.1.6	GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	22
3.3.2	Participación y servicio al ciudadano	24
3.3.3	Gestión del Talento Humano	26
3.3.4	Eficiencia Administrativa.....	27
3.4	Contratación.....	30
4.	ACCIONES DE MEJORA DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE	31
5.	DIFICULTADES.....	33
6.	RETOS	34

2. INTRODUCCIÓN

En la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, creada a partir del Acuerdo 641 de abril de 2016, emanado del Concejo de Bogotá, se encuentran fusionados los anteriores hospitales de Pablo VI Bosa, Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy, con el objetivo de mejorar el acceso, integralidad y calidad en la prestación de los servicios a los ciudadanos en adherencia al modelo integral de salud.

Esta subred tiene la ventaja competitiva de contar con unidades que han adelantado procesos con niveles superiores de calidad. Es así como las unidades de servicios de salud que pertenecían al Hospital de Pablo VI, están acreditadas en salud desde hace más de 11 años así como las unidades de salud del Hospital de Fontibón se encuentran en categoría de condicionada. Las sedes restantes se encuentran siendo permeadas por las prácticas exitosas, adelantado procesos en diversos niveles de calidad en salud, buscando avanzar hacia los niveles superiores de calidad.

La gerente y su equipo directivo, están comprometidos en brindar servicios de salud centrados en el usuario, en ambientes cálidos, seguros y procesos de calidad. Por tal motivo en su Direccionamiento Estratégico, incorpora en su misión y visión una atención humanizada, segura, eficiente y orientada a niveles superiores de calidad en salud, los cuales se materializan en la filosofía y la metodología de Acreditación en Salud de Colombia.

El presente informe de rendición de cuentas presenta resultados de la gestión en el periodo comprendido entre el 1 de Enero de y el 30 de Septiembre de 2017, y se adhiere a los contenidos del Manual Único de Rendición de Cuentas.

La población total de la Subred es de 2.207.355 habitantes y la población objetivo es de 350.000 habitantes.

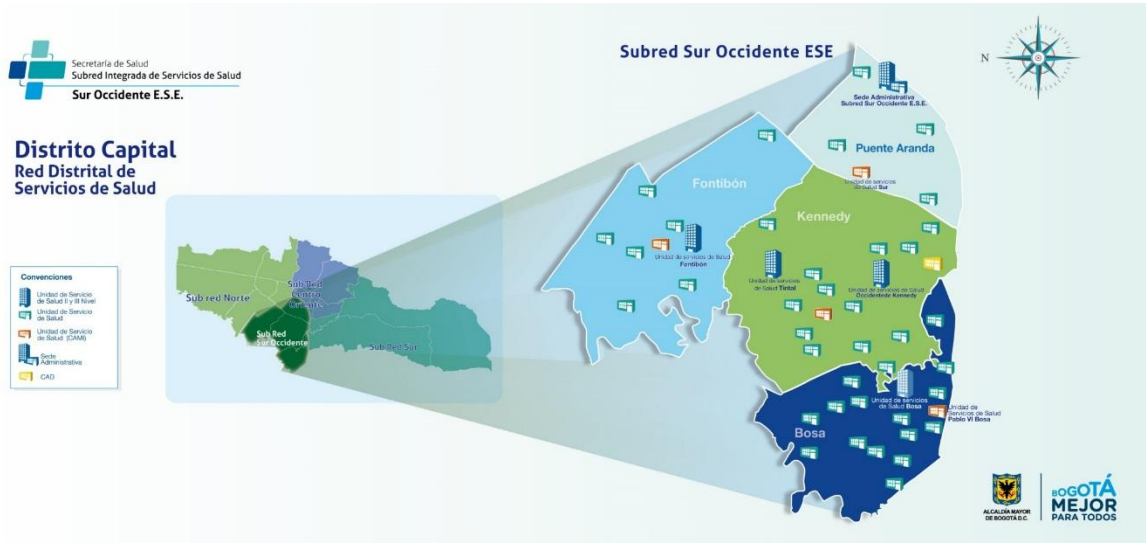


Figura 1. Mapa General de la Subred Sur Occidente E.S.E

3. GESTIÓN ADMINISTRATIVA

3.1 EJECUCIÓN PRESUPUESTAL Y FINANCIERA

Dentro de los principales logros de la gestión financiera se puede mencionar:

- Unificación de procesos de facturación, cartera, glosas y cobro coactivo
- Se han priorizado los recursos para pagar de manera oportuna a los funcionarios de planta y contrato
- Se han realizado modificaciones al presupuesto de gasto por valor de \$45,530 millones para garantizar el normal funcionamiento de la subred y la prestación de servicios de salud
- Se ha gestionado la incorporación de convenios por valor \$9,548 millones

A continuación se presenta la ejecución presupuestal

Tabla 1. Ejecución presupuestal de gastos a septiembre de 2017

Millones \$									
IDENTIFICACION NECESIDAD	PRESUPUESTO DISPONIBLE	PRESUPUESTO EJECUTADO A SEPTIEMBRE	% EJEC	SALDO DE APROPIACION	COMPROMISOS PROYECTADOS OCTUBRE A DICIEMBRE	TOTAL COMPROMISOS	DEFICIT /SUPERAVIT APROPIACION	MOD OCTUBRE	DEFICIT /SUPERAVIT APROPIACION PROY A DIC
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	71.738	57.201	80%	14.537	22.872	79.571	-7.833	857	-6.975
OPERACIÓN	278.103	230.677	83%	47.426	78.483	302.761	-24.658	225	-24.433
INVERSIÓN	18.890	9.870	52%	9.020	10.832	18.874	16	0	16
TOTAL GASTOS MAS INVERSION	368.731	297.748	81%	70.983	112.188	401.206	-32.475	1.082	-31.393

Tabla 2. Ejecución Presupuestal de Gastos de Funcionamiento a septiembre de 2017

Millones \$

IDENTIFICACION NECESIDAD	PRESUPUESTO DISPONIBLE	PRESUPUESTO EJECUTADO A SEPTIEMBRE	% EJEC	SALDO DE APROPIACION	COMPROMISOS PROYECTADOS OCTUBRE A DICIEMBRE	TOTAL COMPROMISOS	DEFICIT /SUPERAVIT APROPIACION	MOD OCTUBRE	DEFICIT /SUPERAVIT APROPIACION PROY A DIC
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	71.738	57.201	80%	14.537	22.872	79.571	-7.833	857	-6.975
SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA	13.392	7.732	58%	5.660	5.660	13.392	0	0	0
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS	16.106	14.892	92%	1.215	4.835	19.727	-3.620	797	-2.823
APORTES PATRONALES	4.512	2.123	47%	2.390	2.390	4.512	0	0	0
GASTOS GENERALES	27.515	22.248	81%	5.267	9.987	32.235	-4.720	562	-4.158
CUENTAS POR PAGAR	10.213	10.207	100%	6	0	9.705	507	-502	6

Ejecución Presupuestal de Gastos de Operación a septiembre de 2017

Millones \$

IDENTIFICACION NECESIDAD	PRESUPUESTO DISPONIBLE	PRESUPUESTO EJECUTADO A SEPTIEMBRE	% EJEC	SALDO DE APROPIACION	COMPROMISOS PROYECTADOS OCTUBRE A DICIEMBRE	TOTAL COMPROMISOS	DEFICIT /SUPERAVIT APROPIACION	MOD OCTUBRE	DEFICIT /SUPERAVIT APROPIACION PROY A DIC
OPERACIÓN	278.103	230.677	83%	47.426	78.483	302.761	-24.658	225	-24.433
SERVICIOS PERSONALES ASOCIADOS A LA NOMINA	56.739	36.363	64%	20.375	20.375	56.739	0	0	0
APORTES PATRONALES	22.332	10.581	47%	11.751	11.751	22.332	0	0	0
COMPRA DE BIENES	55.279	44.268	80%	11.011	14.697	58.964	-3.685	0	-3.685
ADQUISICION DE SERVICIOS	99.441	95.243	96%	4.198	29.651	124.894	-25.453	6.624	-18.829
COMPRA DE EQUIPOS MENOR CUANTIA	29	1	3%	28	25	26	3	0	3
OTROS GASTOS DE COMERCIALIZACION	0	0	0%	0	1.984	1.984	-1.984	0	-1.984
CUENTAS POR PAGAR	44.284	44.221	100%	62	0	37.822	6.461	-6.399	62

Tabla 3. Facturación detallada por mes y régimen 2017

Millones \$

TIPO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	TOTAL	% PART
FFDS - Atención a Vinculados	1.728	1.972	2.828	2.024	2.420	1.983	2.951	920	2.425	19.251	9%
FFDS - PIC	2.738	3.462	3.371	2.347	3.295	3.466	3.467	3.819	4.271	30.236	14%
Régimen Contributivo	1.434	1.610	2.764	1.926	2.334	2.412	2.703	929	1.946	18.059	8%
Régimen Subsidiado - Capitado	3.136	3.165	3.137	3.113	3.104	3.082	3.085	174	176	22.172	10%
Régimen Subsidiado - No Capitado	10.402	11.783	12.909	11.757	12.821	12.212	13.833	13.377	16.268	115.363	54%
Soat	164	181	339	193	338	213	383	81	153	2.046	1%
Fosyga	83	139	160	119	79	120	140	32	98	970	0%
Cuotas de Recuperación y Copagos	173	190	226	193	196	183	204	93	180	1.638	1%
Otras IPS	535	512	23	13	9	87	8	1	5	1.191	1%
Particulares	105	124	119	92	93	82	102	57	70	844	0%
FDL							738		275	1.014	0%
Entes Territoriales	49	67	89	128	101	82	93	15	87	712	0%
Otros Pagadores por VS	99	88	90	90	108	249	177	42	74	1.017	0%
TOTAL GENERAL	20.646	23.294	26.056	21.995	24.898	24.171	27.884	19.541	26.027	214.511	100%
% Variación mensual		13%	12%	-16%	13%	-3%	15%	-30%	33%		

3.2 CUMPLIMIENTO DE METAS

3.2.1 PLAN DE ACCIÓN

En el cuadro que aparece a continuación se realiza consolidado del seguimiento tanto a hoja de ruta con corte a I trimestre de 2017 y Planes Operativos por Proceso, correspondientes a segundo trimestre de 2017.

En la parte inferior del cuadro se muestra la semaforización utilizada para la evaluación y seguimiento a metas.

Con respecto a la metodología se debe aclarar que para el primer trimestre se realizó seguimiento en función de la hoja de ruta definida para el periodo de transición. Para los periodos subsecuentes, se realizó seguimiento a través de los Planes Operativos por Proceso que fueron aprobados en el mes de marzo de 2017.

Tabla 4. EVALUACIÓN POA ENERO - SEPTIEMBRE 2017

PROCESO	TRIMESTRE I	TRIMESTRE II			TRIMESTRE III			
	CUMPLIMIENTO METAS (%)	TOTAL METAS PARA EL PERIODO (#)	TOTAL METAS CUMPLIDAS (#)	CUMPLIMIENTO METAS (%)	TOTAL METAS PARA EL PERIODO (#)	TOTAL METAS CUMPLIDAS (#)	CUMPLIMIENTO METAS (%)	CUMPLIMIENTO POA (% PROMEDIO)
Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	80	14	13	93	7	6	86	99
Participación Comunitaria y atención al ciudadano	90	17	11	65	5	3	60	94
Gestión de Calidad y Mejoramiento Continuo	90	9	6	67	16	5	31	83
Gestión Jurídica	90	17	11	65	3	2	67	72
Gestión de Comunicaciones	80	14	13	93	2	1	50	92
Gestión del Conocimiento	90	10	5	50	5	1	20	83
Gestión Clínica de Urgencias	70	11	8	73	10	6	60	80
Gestión Clínica Hospitalaria	70	18	13	72	13	6	46	84
Gestión de servicios complementarios	70	10	7	70	13	8	62	96
Gestión del Riesgo en Salud - Colectivo	70	12	9	75	21	16	76	98
Gestión del Riesgo en Salud - Individual	70	12	9	75	16	4	25	77
Gestión Financiera	70	9	8	89	16	3	19	44
Gestión Contratación	90	17	11	65	7	7	100	100
Gestión del Ambiente Físico	75	9	6	67	28	17	61	86
Gestión del talento humano	80	9	5	56	9	3	33	83
Control Interno Disciplinario	90	14	11	79	4	4	100	100
Control Interno	100	9	9	100	4	4	100	100
RESULTADO POA	80	233	173	74	179	96	54	87

SEMAFORIZACIÓN		90	-	100	Cumplimiento de los compromisos propuestos en esta escala de %
		70	-	89	Cumplimiento parcial de los compromisos propuestos en esta escala de %
		69	-	0	Inoportunidad, bajo cumplimiento o incumplimiento de los compromisos

3.2.2 PROYECTOS EN EJECUCIÓN

Tabla 5. PROYECTOS EN EJECUCIÓN

PRIORIDAD	ESTRATEGIA	PROGRAMAS	METAS	PROYECTOS DE INVERSIÓN	NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR TOTAL PROYECTO (\$)	EJECUCION PRESUPUESTA LA OCTUBRE		PROYECTADO A DICIEMBRE	
							VALOR (\$)	%	VALOR (\$)	
IGUALDAD CALIDAD DE VIDA	ACTUALIZACION Y MODERNIZACION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA TECNOLÓGICA Y DE COMUNICACIONES EN SALUD	Modernización_de_la_infraestructura_física_y_tecnológica_en_salud	Reponer 4 instalaciones hospitalarias incluyendo el Hospital de Usme	Construcción, reforzamiento, adecuación y ampliación de hospitales	Reforzamiento y ampliación del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel de atención	97.502.955.707 Presupuesto 2017: 38.972.982.553	1.501.759.471	3,9	1.099.078.845	*Se realizará inicio a licitación pública por \$35.000.000.000 para adjudicación 2018.
IGUALDAD CALIDAD DE VIDA	ACTUALIZACION Y MODERNIZACION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA TECNOLÓGICA Y DE COMUNICACIONES EN SALUD	Modernización_de_la_infraestructura_física_y_tecnológica_en_salud	Construir 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) a 2020	Construcción, reforzamiento, adecuación y ampliación de hospitales	Ampliación y reordenamiento del centro de atención prioritaria en salud Pablo VI	12.000.000.000 Presupuesto 2017: 0 Trámite para incorporación	0	0	350.000.000	
					Construcción y dotación centro de atención prioritaria en salud mexicana	8.680.000.000 Presupuesto 2017: 0 Trámite para incorporación	0	0	315.434.563	
					Construcción y dotación centro de atención prioritaria en Salud San Bernardino	8.680.000.000 Presupuesto 2017:0 Trámite para incorporación	0	0	311.836.504	
IGUALDAD CALIDAD DE VIDA	ACTUALIZACION Y MODERNIZACION DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN LA CIUDAD	Modernización_de_la_infraestructura_física_y_tecnológica_en_salud	Avanzar, culminar y poner en operación el 100% de las obras de infraestructura y de dotación que se encuentran en proceso de ejecución o inconclusas	Dotación de infraestructura hospitalaria del Distrito Capital	Dotación para el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E. sede Tintal	19.796.898.345 Presupuesto 2017: 3.503.622.304	0	0	3.075.665.380	
IGUALDAD CALIDAD DE VIDA	PLATAFORMA UNICA BOGOTA SALUD DIGITAL	Modernización_de_la_infraestructura_física_y_tecnológica_en_salud	Crear una plataforma tecnológica virtual	Tecnología de la información y comunicaciones en salud	Consolidación y fortalecimiento del sistema de información hospitalario (HIS) para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Valor proyecto y presupuesto 2017: 3.266.284.477	1.828.618.242	55,98	1.437.666.235	

El cuadro anterior detalla los programas y estrategias del Plan Territorial de Salud de Bogotá Mejor para Todos, que son objeto de impacto con la ejecución de los proyectos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. El porcentaje de ejecución se realiza con base en el presupuesto disponible para la vigencia 2017, cabe anotar que la ejecución del proyecto de reforzamiento fue objeto de incorporación de recursos en el mes de octubre razón por la cual se disminuye el porcentaje de ejecución para la vigencia al ser comparado con el mes de septiembre que contaba con un porcentaje de ejecución del 38,96%. La proyección se realiza teniendo en cuenta los proyectos que cuentan con convenio suscrito a 31 de octubre de 2017.

3.3 RESULTADOS DE LA GESTIÓN

3.3.1 Gestión Clínica

3.3.1.1 Modelo de Atención

De acuerdo a lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS — definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. Ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de: i) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, ii) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y iii) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.



Figura 2. Modelo de Atención de la Subred Sur Occidente.

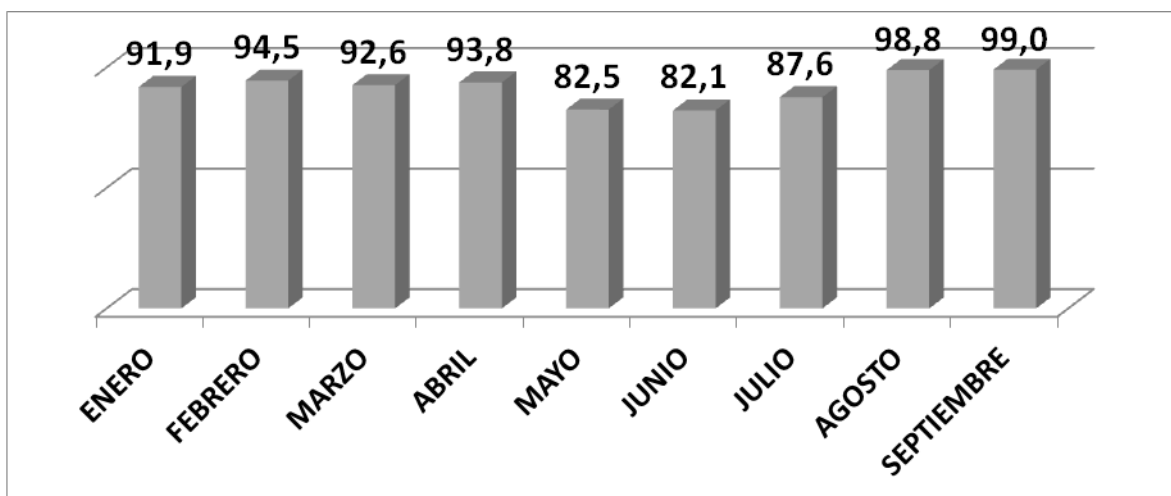
3.3.1.2 Gestión de Servicios Complementarios

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE tiene definida una estructura por procesos dentro de ésta en el Macroproceso Misional se encuentra el Proceso: Gestión de Servicios Complementarios liderado por la Dirección con igual nombre.

Objetivo Del Proceso: “Prestar servicios de salud de apoyo diagnóstico y terapéutico a los servicios misionales de manera oportuna, eficiente y confiable para complementar y evaluar el tratamiento de una situación en salud”, del cual hacen parte los siguientes subprocesos:

Desde el servicio Farmacéutico la Subred realizó la Optimización del proceso administrativo del servicio farmacéutico, impactando en la oportunidad y en la entrega de fórmulas médicas de manera completa pasando del 82.5% en al 99% como se evidencia en la siguiente Tabla:

Figura 3. Porcentaje de Fórmulas Médicas entregadas de Manera Completa en los Servicios Ambulatorio- Octubre de 2017



Desde el mes de agosto la Subred Sur Occidente mejoró el indicador de la oportunidad en la entrega de medicamentos, esto se logró porque se implementaron las siguientes estrategias :

- Consolidación de las necesidades de medicamentos por unidad de servicios de salud.
- Estandarización del procedimiento de solicitud y almacenamiento de medicamentos, estableciendo stock por cada Unidad disminuyendo el riesgo de desabastecimiento
- Seguimiento a los requerimientos presentados por los usuarios para determinar los medicamentos con mayor grado de insatisfacción y gestionar su consecución
- Entrega de medicamentos pendientes del proveedor contratado con las farmacias propias para minimizar la insatisfacción de los usuarios, priorizando pacientes crónicos y gestantes
- Implementación de la estrategia “**Medicamentos Cerca a Casa**” en la Unidades Acreditadas de la cual se puede mencionar la siguiente información:
 - ✓ Población general: se entrega en la sede donde se atiende el usuario
 - ✓ Población priorizada: mujeres gestantes, pacientes con discapacidad, adultos mayores de 60 años y niños menores de 1 año entrega en el sitio de residencia
 - ✓ La estrategia está diseñada para que los usuarios de las Unidades de la localidad de Bosa, accedan a los medicamentos cerca de su sitio de residencia o directamente en su hogar

- ✓ Fortalece la adherencia al tratamiento y disminuyendo los gastos de desplazamiento.
- ✓ Inicialmente se realiza en las Unidades de la localidad de Bosa y posteriormente la estrategia se implementará en las demás localidades (Fontibón, Kennedy y Puente Aranda).



Figura 4. Estrategia Medicamentos cerca a casa.

Desde el servicio de Patología se realizó la centralización como subred del procesamiento de muestras de patología en la unidad Kennedy, logrando optimizar la capacidad instalada existente, ayudando a la contención de costos de operación y al mejoramiento en la prestación del servicio, en este servicio se miden dos indicadores que son los siguientes:

- Que mínimo el 90% de los casos de patologías que requieran los servicios sean entregados con una oportunidad máxima de 8 días calendario
- Que no más del 2% de los casos sean entregados después de los 15 días a partir de su radicación en el servicio.

El cumplimiento de estos 2 indicadores para el año 2017 es del 99%.

Además de lograr el cumplimiento con la meta de los indicadores de la dirección de servicios complementarios, realizó la central de procesamiento de laboratorio clínico, con el objetivo de continuar fortaleciendo los servicios de salud brindados a los usuarios, sus familias y la comunidad, aportando de esta manera a la implementación de nuevo modelo de atención en salud del distrito, en el que se busca ofrecer un servicio de salud integral y eficiente.

Esta nueva central de procesamiento de la Subred contará con un alto grado de automatización y procesos seguros desde la toma de muestras, transporte, almacenamiento y disponibilidad de resultados, los cuales permitirán a los profesionales contar en tiempo real con la información requerida para atender las necesidades en salud

del paciente y brindar un tratamiento oportuno que permite mejorar la calidad de vida de las personas y con este servicio se espera realizar aproximadamente más de 73.000 muestras mensuales, centralizando el procesamiento de todas las unidades de servicios de salud de la Subred Sur Occidente.

La unidad renal de la Subred a la fecha tiene en terapia de Hemodiálisis 245 pacientes a los cuales se les realiza su terapia en 4 turnos diarios de lunes a sábado con una capacidad de 40 máquinas por secciones, actualmente la Unidad cuenta con 6 vehículos con su respectivo conductor para el servicio de ruta puerta a puerta los cuales cubren la mayor parte de las localidades de Bogotá; adicionalmente transportan los insumos de los pacientes del programa Peritoneal

Además la subred tiene implementada la estrategia devolviendo sonrisas a los pacientes de la Unidad donde se les realiza acompañamiento psicológico a ellos y sus familias, se les celebra el cumpleaños a cada uno con la entrega de un mercado y se les parte una torta.

3.3.1.3 Gestión de Servicios Ambulatorios

El cumplimiento de metas del proceso se presenta a partir de la política trazadora de la institución.

Política de prestación de servicios: La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE se compromete a implementar el modelo de atención integral en salud con altos niveles de calidad, seguridad, calidez, oportunidad y enfoque en riesgo, respondiendo a las necesidades en salud de nuestros usuarios, familia y comunidad, contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida en salud.

Metas:

- Integrar el 100% las guías de manejo y protocolos de manejo al Modelo de Atención Integral de Salud propuesto en el Acuerdo 641 de 2016.

Respecto al indicador de “Total de protocolos de atención y guías de manejo de la enfermedad en todos los niveles de atención” En la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, se adoptaron las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Resolución No 347 de 2017.

Las guías adaptadas corresponden a 46 de práctica clínica para la subred. Se encuentran disponibles en la intranet y como contingencia ante la caída de la conectividad, se dispone en cada unidad de CD que contiene las guías.

La adherencia a guías en el primer y segundo trimestre del año 2017, presenta un rango entre el 60 y 100%, con la siguiente discriminación:

Tabla 6. Adherencia a Guías

Guía	Resultado I trimestre	Resultado II trimestre
	2017	2017
Control Prenatal	78%	91%,
Atención de parto	79%	82%,
Hemorragias asociadas al embarazo	84%	98%,
Sepsis	100%	60%
Hipertensión Inducida por el embarazo	77%	94%
Infección Vías Urinarias	80%	80%
Adaptación Neonatal	100%	98%
Reanimación neonatal	100%	

En Salud oral se ha unificación de Historia Clínica y Guía de Cirugía Oral por Subred con resultados de Auditoria de diligenciamiento de Historia Clínica Odontológica 99,18%, Patología Pulpar 93%, Aplicación de Correctos en Odontología 87,9%,

- Verificar el cumplimiento del 90% en la adherencia a las RIAS

Se realizó la socialización de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud a diferentes unidades de cada localidad y a los facturadores.

- *Indicador:* % Adherencia a las rutas integrales de atención en salud.

A la fecha se han socializado las RIAS priorizadas. Posteriormente se realizará la medición de adherencia.

Dentro de los principales logros del proceso se puede mencionar:

- Implementación de la estrategia CAPS que genera ampliación de servicios así:
 - ✓ MEDICINA INTERNA: CAPS Trinidad Galán, Zona Franca, Bomberos (CAPS 29), Bosa Centro, Pablo VI.
 - ✓ ORTOPEDIA: CAPS Trinidad Galán, Bomberos (CAPS 29), Zona Franca.
 - ✓ GINECOOBSTETRICIA: CAPS Trinidad Galán, Zona Franca, Bosa, Pablo VI.
 - ✓ PEDIATRÍA: CAPS Zona Franca, Tintal
 - ✓ LOGRO:

- Aumento de la oferta de consulta especializada: Total consultas especializadas adicionales en la Subred Sur Occidente 2.463 Medicina interna Pediatría, Ginecoobstericia y Ortopedia

3.3.1.4 Gestión de Servicios de Urgencias

El Modelo de Prestación de Servicios de Salud supone el desarrollo de acciones basadas en la Atención Primaria en Salud, el cuidado y la Gestión del Riesgo en salud que tiene uno de sus grandes asideros desde el orden clínico, en los servicios de urgencias. Siendo la visión de la atención del servicio de urgencias la prestación de servicios en un ambiente cálido, humano, seguro y bajo el mínimo riesgo en salud, al que pueden acceder en forma fácil y oportuna todos los ciudadanos (as) que requieren una atención de urgencias; la Subred ha venido gestionando la prestación del servicio en términos de oportunidad, continuidad, integralidad, accesibilidad contando con USS de diferentes complejidades. Es así como en el marco del Plan de Desarrollo de la Subred Suroccidente en su Objetivo Institucional *“Prestar servicios integrales de salud con enfoque de riesgo, calidad, procesos de investigación e innovación que identifiquen y respondan las necesidades del usuario, familia y comunidad, que generen resultados positivos en salud”* y a nivel del Plan Operativo del proceso de Gestión Clínica en Urgencias se establecen los siguientes factores claves para el cumplimiento de dicho objetivo como son : Oportunidad de la Atención, Porcentaje Ocupacional y Resolutividad en los servicios de urgencias.

En primera instancia, es importante recordar que el servicio de urgencias de la Subred Integrada de Servicios Sur Occidente cuenta con 7 unidades de prestación del servicio de urgencias distribuidas 1 en la alta complejidad, 3 en la mediana, 3 en la baja complejidad; 9 consultorios triage de los cuales 4 son de baja complejidad (Pablo VI Bosa (2), Trinidad Galán(1), Patio Bonito(1)), 4 de mediana complejidad (Bosa(1), Fontibón (1), Tintal (2)) y 1 de Alta Complejidad (Occidente de Kennedy). Cuenta con 21 consultorios de urgencias de los cuales, 14 son de medicina general (6 de baja complejidad, 6 de mediana complejidad y 2 de alta Complejidad) y 7 son de medicina especializada (0 de baja complejidad, 4 de mediana complejidad y 3 de alta Complejidad). Dispone de 240 camillas de observación de las cuales 140 son de alta complejidad, 70 de mediana complejidad y 30 de baja complejidad.

La demanda de usuarios que presenta el servicio de urgencias de la Subred corresponde en promedio a 22.000 atenciones triage al mes, siendo para el III trimestre de 67.688 atenciones, lo que representa un incremento de triage del 6% (N=4111) con relación al II Trimestre. Es de anotar que la proporción de atenciones de urgencias ha presentado un comportamiento homogéneo en atenciones de urgencias “reales”(Triage I, II, III) y atenciones que pueden ser atendidas en forma ambulatoria las cuales corresponden al 58- 60% (Triage IV, V) y del 40 al 42% son atenciones de urgencias (Triage I, II, III); siendo las la Unidad de Bosa y la USS de Kennedy las de mayor demanda de urgencias vitales.

En consecuencia se presenta un incremento de consultas de urgencias a III Trimestre 2017 del 11% (N=3.937) dada por un aumento del 29% (N=1811) de consultas de urgencias en la USS Bosa y del 19% (N= 1382) en la USS Kennedy.

Asociado al incremento de la demanda al III Trimestre de 2017, se presenta una oportunidad de la atención de 29.4 minutos para Triage II, cumpliendo con el estándar definido normativamente. Empero se destaca que en las USS de mayor demanda como Kennedy y Bosa despliegan estrategias para cumplir con los tiempos de atención, aunque éstos han mejorado sustancialmente.

A nivel de las consultas de urgencias por especialista a III Trimestre de 2017 se realizan en promedio 16.466 interconsultas por trimestre, siendo de 49.398 consultas para el III Trimestre de 2017, lo que representa una disminución del 4% (N=2027) con relación al III Trimestre 2016. Dicho descenso se presenta a expensas de la alta complejidad, en donde las interconsultas disminuyeron en un 29% (N=10.105) a III Trimestre 2017/2016. Lo anterior se relaciona con mayores niveles de resolutivez de los cuadros clínicos presentados.

De otra parte se destaca el incremento de interconsultas en la mediana complejidad a expensas de la USS Bosa en donde el nivel de interconsultas se aumentó en un 61% (N=5068), dado por dos fenómenos importantes, uno la reactivación de la institución (Antiguo Hospital Bosa) que se refleja en el incremento de la producción que ha venido observándose en la USS Bosa desde la vigencia anterior y la centralización de atención de gestantes de baja y mediana complejidad para atención de parto.

En relación al nivel de congestión en los servicios de urgencias evaluado desde el indicador de porcentaje ocupacional se presenta un nivel de ocupación del 81% a III Trimestre de 2017, lo que representa una disminución del 9% en relación al mismo período de la vigencia 2016, cuyo porcentaje ocupacional fue del 90%. El comportamiento refleja que la Alta Complejidad aumentó en 5 puntos porcentuales el porcentaje ocupacional, disminuyó la mediana complejidad en 47% y la baja complejidad en un 3%.

En conclusión los servicios de urgencias de la Subred Suroccidente presentan un mejoramiento importante en términos de oportunidad de atención, descongestión del servicio de urgencias y aumento de los niveles de resolutivez de casos clínicos por parte de los médicos generales, lo cual es secundario a diferentes estrategias, entre las que se destacan.

- Provisión del personal de urgencias requerido para atención triage en todas las USS, incrementando un total de 17 profesionales de agosto a octubre.
- Actualización del manual triage según resolución 5596/2015 en cinco categorías, incluyendo las escalas pediátricas y de ginecobstetricia, en proceso de normalización.
- Fortalecimiento de competencias técnicas y habilidades en detección de riesgo clínico y específicamente en la detección oportuna y efectiva de posibles desenlaces clínicos a nivel de la clasificación triage, logrando capacitar al 100% del personal de triage (28 colaboradores).

- Capacitación en gestión del riesgo clínico al personal de enfermería a 117 enfermeras profesionales.
- Seguimiento a la adherencia y pertinencia de triage realizado a través del grupo de líderes de urgencias a través de un instrumento de evaluación que incluye la valoración de la calidad del registro clínico y la pertinencia de la priorización asignada. A septiembre se tienen resultados de 93% de adherencia y 100% de pertinencia.
- Continuidad del proceso de traslados entre unidades realizando a 30 de septiembre un total 1088 traslados, siendo rechazados en 20 casos en los que se refería el usuario a la USS de Fontibón desde las USS Bosa y Kennedy, por lo que se fortaleció el proceso de sensibilización en salas promocionando el portafolio de servicios de las diferentes USS, en especial Fontibón.
- Continuidad en la disposición de Talento Humano especializado en urgencias (Urgenciólogos).
- Fortalecimiento de competencias de los profesionales, a través del personal de médicos urgenciólogos realizando charlas asociadas al manejo de IAM, Diabetes Mellitus, Cetoacidosis euglicémica, HVDA y Shock Séptico a las que asistieron 176 médicos de urgencias a corte septiembre.
De igual forma se han realizado procesos de capacitación al personal en Manual de Triage y Procedimiento de Entrega de Turno, Práctica Segura de Lavado de manos, Procedimiento de accesos venosos logrando capacitar a 296 colaboradores de urgencias a corte septiembre.
- Sensibilización en salas de espera sobre la utilización adecuada en los servicios de urgencias, deberes y derechos, tiempos de espera triage, importancia y necesidad de traslados entre unidades logrando con el apoyo del área de participación social, sensibilizar a 3294 usuarios.
- Mejoramiento de la infraestructura de las USS de Urgencias de la Subred, a nivel de Pablo VI Bosa se han efectuado adecuaciones de RX, en la USS Tintal se está realizando la adecuación de una habitación para dotar el servicio de cama de aislados y mejoramiento de los lavamanos, como datos a destacar en éste último período.
- USS Bosa adecuaciones para el servicio de pediatría
- USS Kennedy aumento del número de consultorios de medicina general pasando de 1 a tres y especializada pasando de uno a dos , adecuación de la sala de reanimación contando actualmente con 6 unidades , remodelación del área de procedimientos , adecuación de la sala de trombolisis
- Adecuación de área de aislamiento
- Aumento de capacidad instalada camillas de observación de 230 a 240.
- Apertura de camas de hospitalización de medicina interna en la alta complejidad en 25 camas y desarrollo del proyecto de ampliación de urgencias pediátricas en la USS Bosa.
- Gestión por parte de la Subgerencia, Director y Líder de Urgencias en la optimización trámites internos de IC, realización de exámenes y efectividad en la atención en las diferentes USS.
- Gestión en la respuesta a las necesidades identificadas en cada una de las USS presentándose de Insumos, Medicamentos y Material médico quirúrgico, logrando garantizar la continuidad, seguridad y calidad de la atención.

3.3.1.5 GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

Los resultados de la gestión del riesgo en salud se dividen en gestión del riesgo colectivo y gestión del riesgo individual en adherencia al modelo de atención en salud.

Gestión del Riesgo Colectivo

Para lo que a de la vigencia 2017, se cuenta con un total de 134.593 Personas Visitadas de las cuales:

106 corresponden a activación de ruta de grupo de riesgo (Ruta Integral de Atención en Salud para Condiciones Crónicas).

42.358 corresponden a activación de ruta promoción y mantenimiento de la salud (Actividades de protección específica y detección temprana).

16.495 corresponden a educación en estilos de vida saludable, derechos y deberes en salud y acciones de protección específica y detección temprana

Tabla 7. Usuarios asignados – Riesgo Colectivo

USUARIOS ASIGNADOS	174.257
VIGENCIA ABR - FEB:	
FONTIBON	13.481
KENNEDY	74.382
PUENTE ARANDA	9.275
BOSA	77.119

Gestión del Riesgo Individual

Dentro del riesgo individual, una de las estrategias exitosas es “De corazón a corazón” que está enmarcada dentro de la **Ruta integral de atención: enfermedades crónicas:**



Logros del programa:

- % de avance de usuarios vinculados al Programa «De Corazón a Corazón»: **20%**
- % de Adherencia al Programa: **80%**
- % de Usuarios con Dx. de HTA controlados: **75%**
- Adherencia al Tratamiento Farmacológico: **80%**
- **13.171 usuarios atendidos en 2.017**
- en la Subred Sur Occidente
- con diagnóstico de enfermedad crónica

Tabla 8. MORTALIDAD MATERNA. SISS SUR OCCIDENTE. ENE-SEP 2016- 2017

LOCALIDAD	ENE-SEP 2016		ENE-SEP 2017	
	Casos	Razón	Casos	Razón
07. Bosa	3	39,2	4	56,3
08. Kennedy	2	18,6	1	9,9
09. Fontibón	1	31,0	0	0,0
16. Puente Aranda	0	0,0	0	0,0
Total Subred Sur Occidente	6	25,2	5	22,9

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. El año 2016 ajustado en enero 2017 preliminar. Enero a Septiembre 2017 Bases de datos SDS (Corte 10-10-2017).

Tabla 9. MORTALIDAD PERINATAL. SISS SUR OCCIDENTE. ENE-SEP 2016 – 2017

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	ENE-SEP 2016		ENE-SEP 2017	
	Casos	Razón	Casos	Razón
Bosa	0	0,0	0	0,0
Pablo VI Bosa	0	0,0	0	0,0
Occidente de Kennedy	1	39,1	2	73,6
Trinidad Galán	0	0,0	0	0,0
Fontibón	0	0,0	0	0,0
Total Red Sur Occidente	1	22,2	2	44,5

Fuente: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES. El año 2016 ajustado en enero 2017 preliminar. Enero a Septiembre 2017 Bases de datos SDS (Corte 10-10-2017).

3.3.1.6 GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

La Dirección hospitalaria de la Subred Sur Occidente E.S.E, durante la implementación del modelo de atención de sedes integradas en red, se pueden mostrar resultados desde diferentes puntos de vista:

Producción:

El consolidado de la Subred para los egresos hospitalarios, evidencia un aumento del 5,13%; el porcentaje de ocupación con corte a septiembre de 2017 para la Subred es del 99%, observando un incremento del 9%, con relación al mismo periodo del año 2016. Además se cumple la meta de producción, teniendo un promedio de días de estancia para lo corrido de 2017 en 4,29 días, con una disminución gradual y sostenida en los últimos 4 meses.

A finales del mes de junio se inició auditoria médica concurrente a pacientes hospitalizados y en observación de urgencias para impactar oportunamente sobre los factores que generen estancias prolongadas con el fin de mejorar la calidad de atención y el giro cama en la Subred. Con el mismo fin se iniciaron rondas administrativas en el mes de julio, en la UCI Adultos, lo que ha dado como resultado la optimización de la gestión clínica interdisciplinaria de los pacientes, reflejándose una disminución progresiva de los promedios de días de estancia en el servicio.

Para los procedimientos quirúrgicos, se evidencia que el volumen para la subred es superior en 2% en periodos similares de los dos últimos años, al hacer el análisis desagregado, se observa que la Unidad de Servicios de Salud de Bosa tiene un incremento de 10,1% en sus actividades, la Unidad de Kennedy presenta un aumento de 4,5% con relación al año anterior y la Unidad de Fontibón refleja una disminución en su producción del 16%; al aumentar en forma sostenida la producción de las Unidades de Kennedy y Bosa se explica el incremento de la producción global de procedimientos quirúrgicos para toda la subred, lo que se traduce en el cumplimiento de la meta en un 94% para lo esperado en los primeros tres trimestres del año.

El Indicador de Cancelación de Cirugías para la Subred durante la vigencia 2017 fue de 10,2%, en comparación con el año 2016 fue del 14,35%; observándose una distribución de motivos de cancelación en donde el 69% corresponde a causas relacionadas directamente con el usuario (Enfermedad del paciente al momento de la cirugía, paciente no se presenta a la cirugía, no trae acompañante al procedimiento), el 10,68% corresponde a causas relacionadas con la organización y gestión de los servicios (Prolongación de tiempos quirúrgicos, paso de urgencia vital, contaminación de salas quirúrgicas), 10,68 % con procesos de atención (Cambio de conducta médica, Paciente fallece, paciente le dan salida, inadecuada preparación del paciente), el 6,8% está relacionada con falta de materiales e insumos (causa en franca disminución). Esta disminución que ha sido progresiva en el indicador corresponde al resultado de la implementación de las siguientes estrategias:

- Reforzar con los profesionales tratantes la importancia del alistamiento del paciente (paraclínicos, estudios y valoraciones prequirúrgicas completas, diligenciamiento completo de la boleta quirúrgica, paciente con preparación adecuada)
- Verificación de inventarios semanalmente para evitar falta de medicamentos y dispositivos médicos.
- Solicitud oportuna por parte del especialista de insumos y materiales necesarios para la realización del procedimiento.
- Confirmar la asistencia de los pacientes programados el día anterior a la cirugía
- Implementar una sala exclusiva para las cirugías de urgencias
- Implementar la Guía de Buenas Prácticas Quirúrgicas.

Definición de indicadores y metas

Definición del tablero de control de indicadores de gestión de diligenciamiento mensual, con el fin de impactar sobre las variables en las que se identifiquen con oportunidades de mejora, así como también la fijación de metas y su respectivo seguimiento mensual.

Disminución de barreras de acceso

Implementación de la estrategia de traslado entre las unidades de pacientes con el fin de optimizar la ocupación de camas en los diferentes niveles de complejidad, y la descongestión del servicio de observación de urgencias de la Unidad de alta complejidad.

Implementación de la directriz de ubicación de pacientes crónicos o en abandono social en la Unidad de Trinidad Galán, lo que ha permitido liberar camas en los niveles superiores de complejidad para mejorar el giro cama.

En la Unidad de Kennedy se definió una sala de cirugía para urgencias con el fin de mejorar la oportunidad para los pacientes que lo requieran y para disminuir la cancelación de cirugías programadas por paso de una urgencia vital.

3.3.2 Participación y servicio al ciudadano

La participación es un principio fundamental del estado colombiano y su legitimidad, es una estrategia, no sólo normativa sino también gerencial, que contribuye a que las instituciones públicas sean cada vez más efectivas, haciendo que los ciudadanos y ciudadanas sean parte activa en el desarrollo de la misionalidad de las instituciones.

La participación permite entonces que los procesos avancen de manera proactiva no sólo como elemento de gestión social sino también de control en el qué hacer de la Entidad. Desde el punto de vista de gestión social, la comunidad se moviliza para que las instituciones planeen y desarrollen respuestas a las diferentes necesidades sociales, pero también permite que a través de la comunicación e interlocución los ciudadanos puedan vigilar, orientar, revisar, monitorear y evaluar la gestión de la entidad.

Para la Sub red Sur Occidente, la participación social y comunitaria representa un eje fundamental de la gestión gerencial para los próximos años, a través de la cual, con la implementación de diversas estrategias, los diferentes programas en salud lleguen a toda la población*, elevando así los niveles de calidad de vida y salud.

Con un trabajo armónico, integral y de cooperación con los entes locales, lo que se plantea es la articulación de las políticas distritales y locales para potencializar acciones y optimizar recursos de las instituciones logrando mayores beneficios para los usuarios y las partes interesadas.

Entre sus logros más representativos se pueden mencionar:

- Identificación de oportunidades de mejora mediante visitas realizadas por las mesas directivas de las Asociaciones y mantener los canales de comunicación entre los usuarios y las Unidades.

- Formulación y ejecución del plan de acción de la forma concertada y articulada con las unidades para la vigencia 2017.
- Actualización del diagnóstico situacional de las organizaciones para definir estrategias de mejoramiento ampliación de la base social.
- Participación en la construcción de los derechos y deberes por Sub-Red.
- Cualificación técnica en manejo del triage, socialización de portafolio de servicios en red, operación de la ruta de la salud, recorrido de reconocimiento de servicios de HUME Tintal.
- Participación activa en la socialización del Nuevo Modelo de Salud y la Acuerdo 641 de 2016.
- Apoyo del proceso identificación de necesidades y expectativas mediante la aplicación de encuestas de satisfacción.
- Vinculación al proceso semanal de control social en la apertura de buzones y socialización de derechos y deberes.
- Avance en los procesos de depuración de sus bases en el marco de la normatividad. Arrojo como resultado una depuración del 100% de las estructuras.

Tabla 10. SOLICITUDES DE LOS CIUDADANOS

TIPO	IV TRIMESTRE DE 2016	I TRIMESTRE DE 2017	II TRIMESTRE 2017	III TRIMESTRE 2017
RECLAMOS	559	636	56	1244
QUEJAS	214	200	14	190
SOLICITUD INFORMACION	115	64	7	108
SUGERENCIAS	57	52	4	59
FELICITACIONES	223	206	12	125
DERECHO DE PETICION GNRAL	61	9	12	12
DERECHO DE PETICION INTERES PARTICULAR	243	90	4	66
TOTAL	1472	1257	99	1805

Fuente: informe de Participación Comunitaria.

Como se ha dicho, los reclamos ocuparon el primer lugar en la categorización de los requerimientos ciudadanos, por lo que una vez sistematizada la información se logra identificar que las 3 principales causas son la No oportunidad en la entrega de medicamentos y/o resultados con el 18% es decir 330 pacientes y/o familiares manifestaron su afectación por esta situación, 262 solicitudes fueron encaminadas al reporte frente a la dificultad de acceder a las consultas generales y sobretodo especializadas debido a la inoportunidad en el agendamiento y el modo de acceder a las mismas (call center – presencial, por la asignación por días de la semana) y debido a la prolongación de los tiempos de la atención con el 11% debido al cambio en el sistema de información Hosvital, el cual en primera instancia genero cambios en los procesos que

indirectamente afectaron la prestación del servicio, por tanto se informó a la ciudadanía el proceso de mejora por el que atraviesa la Subred.

Tabla 11. Causas de las Solicitudes de los Ciudadanos

CAUSAS	TOTAL	%
TIEMPOS DE ESPERA PROLONGADOS PARA LA ATENCIÓN	204	11%
NO OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS	262	15%
NO OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y/O RESULTADOS	330	18%
3 PRINCIPALES CAUSAS	796	44%
NO APLICA	293	16%
OTRAS CAUSAS	716	40%
TOTAL	1805	100%

Fuente: informe de Participación Comunitaria.

3.3.3 Gestión del Talento Humano

El proceso de Gestión del Talento Humano, presenta como principales logros para la vigencia:

- ✓ Se realiza proceso de selección interna para provisión de vacantes para el empleo de Auxiliar Área de la Salud Código 412 Grado 17 para 8 empleos, colaboradores de OPS.
- ✓ Implementación de proceso de inducción virtual a partir del 23 de septiembre de 2017.
- ✓ Implementación de la Re inducción virtual.
- ✓ Implementación del Entrenamiento puesto de trabajo
- ✓ Desarrollo e implementación aula virtual
- ✓ Implantación del sistema KACTUS para TH
- ✓ Plan de Emergencias de la Subred unificado y actualizado.
- ✓ Cumplimiento del Plan institucional de capacitación 87%
- ✓ Cumplimiento plan de bienestar en un 85%
- ✓ Implementación del SGSYST en un 79%

- ✓ Implementación de las visitas de toma de sedes (1) y de Feria de Servicios de Talento con una cobertura de 729 personas.
- ✓ La gestión de conciliación del SG 320 Se conciliaron: Salud: 227, Pensión: 41, Cesantías: 45 y ARL : 7 para un total de 320 actas terminadas

3.3.4 Eficiencia Administrativa.

La Subred ha hecho esfuerzo notorios para mejorar la infraestructura hospitalaria para ofrecer a los usuarios un ambiente físico más humano y cálido. A continuación se presenta las mejoras realizadas desde la dirección administrativa.



Figura 5. Mejoramiento de la Infraestructura Hospitalaria.

UHME KENNEDY

- ✓ Reposición de acabados área de Central de Nutrición
- ✓ Remodelación , adecuación y reposición Quinto Piso Hospitalización
- ✓ Adecuación y mantenimiento general UCI
- ✓ Reposición de acabados de Urgencias
- ✓ Adecuación, reposición y mantenimiento general de Consulta Ext.
- ✓ Adecuación y reposición Tercer Piso
- ✓ Instalación de iluminación Exterior
- ✓ Adecuación sala de capacitación
- ✓ Instalación de sensores Cirugía
- ✓ Instalación de cortinas
- ✓ Adecuación sala de capacitación para Sistemas
- ✓ Adecuación Patología

UHME BOSA

- ✓ Adecuación y reposición Toma de muestras
- ✓ Reposición de acabados fisioterapia
- ✓ Adecuación y reposición de laboratorio, urgencias y Hospitalización

PABLO VI CAMI

- ✓ Adecuación y reposición de acabados área de RX
- ✓ Adecuación de Farmacia
- ✓ Adecuación y cambio de cielo rasos y pisos, así como pintura general sede Olarte



Figura 6. Mejoramiento de la Infraestructura.

USS FONTIBON

- ✓ Adecuación sala de capacitación para Sistemas
- ✓ Adecuación de Farmacia

TRINIDAD GALAN

- ✓ Adecuación y reposición de Laboratorio

CUNDINAMARCA

- ✓ Adecuación Talento Humano

Dentro de la eficiencia administrativa cabe destacar la gestión del equipo de gestión ambiental. Contribución al Medio Ambiente: 32 Áreas verdes Implementadas, 45,000 Kg Reciclado y presentó una Calificación PIGA ALTA (86%)



Figura 7. Renaturalización en la UMHE Kennedy.

Mejoramiento de la tecnología

- ✓ **Puesta en funcionamiento del arco en c de la UMHE Bosa luego de mas de tres años fuera de servicio**
- ✓ **Cambio de lámpara cielítica de la UHME Bosa por tecnología**
- ✓ **Puesta en funcionamiento del sistema de extracción y ventilación de la UMHE Kennedy**
- ✓ **Todos los equipos clasificación 2B hacia arriba ya cuentan con guías de uso rápido**
- ✓ **Mantenimiento y reparación de muebles hospitalarios de las diferentes sedes**
- ✓ **Mantenimiento correctivo de las calderas de la unidad de Kennedy y Fontibón.**
- ✓ **Puesta en funcionamiento del llamado de enfermería de las UMHE Bosa y CAPS Pablo VI**
- ✓ **Clasificación de todos los equipos biomédicos según el riesgo**

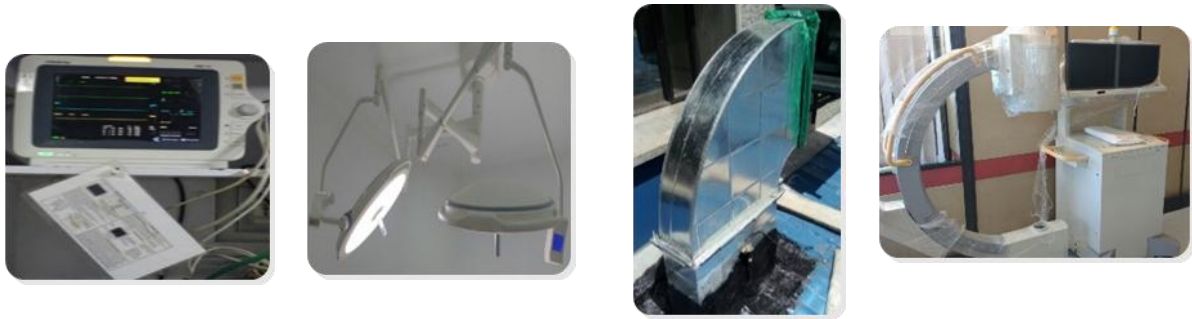


Figura 8. Mejoramiento de la tecnología de la Subred.

- ✓ Se realizó entrega de 4 sedes administrativas arrendadas Optimización de áreas administrativas lo cual generó un economía de \$102,560,408 anuales.
- ✓ Entrega Oportuna de Insumos por valor de \$28.316.743.507,00

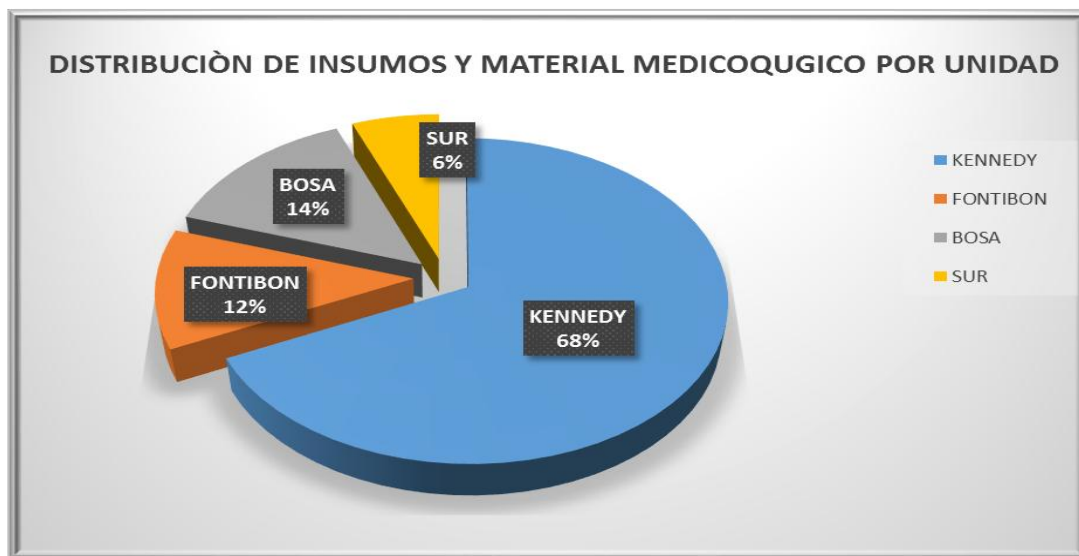


Figura 9. Entrega de insumos medicoquirúrgicos.

3.4 Contratación

Logros obtenidos desde la dirección de contratación:

- ✓ Unificación de procesos contractuales :

SERVICIOS CONTRATADOS	PORCENTAJE DE REDUCCION DE CONTRATOS
MEDICAMENTOS	81% = De 115 a 22 contratos
MEDICO QUIRURGICOS	77.7% = De 130 a 29 contratos

Tabla 12. Reducción de número de contratos.

- ✓ Liquidaciones de contratos con reintegro de saldos presupuestales.

TOTAL CONTRATOS LIQUIDADOS	TOTAL VALOR REINTEGRADO AL PRESUPUESTO
5.177	11.923.201.404

- ✓ Unificación del estatuto de contratación entre las cuatro subredes.
- ✓ Disminución de los tiempos en el trámite contractual de las necesidades.

4. ACCIONES DE MEJORA DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE

La Subred Sur Occidente es evaluada por diferentes entes de control. Uno de ellos, es la revisoría fiscal, quien con frecuencia mensual presenta informes de las auditorías administrativas y asistenciales que desarrollan en las unidades de prestación de servicios. Los informes son entregados tanto a la gerencia y los directivos relacionados con los hallazgos y observaciones y posteriormente son presentados a la junta directiva. La Subred con el apoyo de la oficina de calidad formula los planes de mejoramiento y en evaluaciones posteriores la revisoría avala el cumplimiento.

Fuentes también de evaluación son los entes de control como la Contraloría, la Personería, Superintendencia Nacional de Salud. La diferentes EPS del régimen contributivo también verifican cumplimiento de las acciones de mejora planteadas. El principal pagador de la Subred es Capital Salud, quien realiza mesa de seguimiento de metas con frecuencia mensual.

A partir de la revisión del aplicativo ALMERA, se encuentra lo siguiente en el módulo **planes de mejora** con corte noviembre 9 de 2017:

OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO SEGÚN DIFERENTES FUENTES EN SUBRED

FUENTE	TOTAL DE PLANES	OPORTUNIDADES DE MEJORA
Capital Salud EPS	4	15
Contraloría de Bogotá	1	63
Dueños de proceso	1	9
ICONTEC	21	209
Personería	1	8
Revisora Fiscal	1	21
Secretaría Distrital de Salud	1	11
Subred Sur Occidente	20	123
Veeduría Distrital		
TOTAL	51	469

Fuente: Aplicativo ALMERA. Corte noviembre 9 de 2017

Tabla 13. Consolidado de Oportunidades de Mejora por diferentes fuentes.

CONSOLIDADO PLANES DE MEJORAMIENTO SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE - CORTE 3 DE NOVIEMBRE 2017 POR PROCESO			
PROCESOS	TOTAL DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	TOTAL ACCIONES DE MEJORA	CUMPLIMIENTO AVANCE AUTOCONTROL
Control Interno Disciplinario	1		
Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	77	75	11,56%
Evaluación y Control	1	2	0,00%
Gestión Clínica Ambulatoria	58	129	34,98%
Gestión Clínica de Urgencias	33	34	14,30%
Gestión Clínica Hospitalaria	56	49	19,21%
Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo	45	69	43,19%
Gestión de la tecnología	24	28	5,36%
Gestión de Servicios Complementarios	28	36	3,33%
Gestión del Ambiente Físico	25	55	60,16%
Gestión del Riesgo	17	39	18,17%
Gestión del Talento Humano	34	137	38,38%
Gestión Documental	1		
Gestión Financiera	24	44	0,59%
Gestión Jurídica y Contratación	36	48	2,41%
Participación Social y Atención al Ciudadano	1		
Gestión del conocimiento			
Total general	469	745	21,81%

Tabla 14. Grado de avance en la implementación de oportunidades de mejora.

Los temas de la mejora más frecuente son: calidad en el registro historia clínica (25 %), oportunidad en la atención (20%), adherencia a guías de manejo (11%), entre otros.

Si bien se observa un avance del 21.81%, es necesario anotar que en la actualidad el equipo de la oficina de calidad se encuentra desarrollando ejercicio de alimentación de los avances de las diferentes acciones de mejora, por lo que se estima que este resultado variará en forma positiva.

Adicionalmente se cuenta con los planes de mejora de las USS Pablo VI cargados en el aplicativo propio.

El estado de las oportunidades y acciones de mejora es el siguiente:

PLAN DE MEJORAMIENTO DE UNIDADES ACREDITADAS SEGUIMIENTO A OCTUBRE

PLAN	OPORTUNIDADES	ACCIONES IMPLEMENTADAS	ACCIONES ENTREGADAS	% DE CUMPLIMIENTO
PLAN DE MEJORAMIENTO SERVICIOS AMBULATORIOS ICONTEC- 2016	41	176	168	95%
PLAN DE MEJORAMIENTO EVENTOS ADVERSOS 2016	13	68	68	100%
PLAN DE MEJORAMIENTO SERVICIOS HOSPITALARIOS	16	61	57	93%
PLAN DE MEJORAMIENTO DE SEGURIDAD -ICONTEC 2016	12	55	52	95%
PLAN DE MEJORAMIENTO GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA-ICONTEC 2016	9	33	33	100%
PLAN DE MEJORAMIENTO ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO- ICONTEC 2016	5	21	19	90%
PLAN DE MEJORAMIENTO ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO ICONTEC 2016	5	18	18	100%
PLAN DE ESTANDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD ICONTEC-2016	5	20	18	90%
PLAN DE MEJORAMIENTO GERENCIA DE LA INFORMACION ICONTEC 2016	2	8	7	88%
Total	108	460	440	96%



Tabla 15. Oportunidades de Mejora de las Unidades Acreditadas.

Los temas más frecuentes de la mejora USS Pablo VI tienen que ver con seguridad del paciente (24%), la gestión del riesgo clínico (18%), fortalecimiento de la farmacovigilancia (13%), infraestructura (11%), adherencia a guías clínicas (9%) y calidad del diligenciamiento de historia clínica (6%) .

5. DIFICULTADES

- ✓ Darle alcance y permear el 100% de sedes y de colaboradores de la subred en materia de talento humano.
- ✓ Limitación presupuestal que no ha permitido realizar procesos contractuales a largo plazo.
- ✓ Recursos limitados para ejecución de planes institucionales.
- ✓ No contar con un sistema de información unificado que facilite la implementación
- ✓ Implementación del sistema de información.
- ✓ Afectación negativa de la imagen institucional por manejo inadecuado de información en algunos medios de comunicación.

- ✓ Resistencia al cambio de los colaboradores de la Subred.

6. RETOS

- ✓ Consolidación del SGSYST
- ✓ Implementación al 100% de los módulos de TH del software KACTUS
- ✓ Evaluación de la calidad del servicio de acuerdo al objeto contractual del personal vinculado por CPS, a través de una herramienta informática en línea.
- ✓ Implementar estrategias para desarrollar una transformación cultural que visibilice los principios y valores institucionales.
- ✓ El desprendible de pago (virtual) en el módulo KACTUS se pueda consultar en línea.
- ✓ Implementar la metodología de Assessment Center para cargos Directivos
- ✓ Lograr que por lo menos el 50% de la contratación de bienes y servicios se realice con precios de escala a través de negociaciones conjuntas con las Subredes Integradas de Servicios.
- ✓ Lograr la adecuación y mejoramiento 57 sedes de la Subred.
- ✓ Sistematizar al 100% los planes de mantenimiento y tecnología.
- ✓ Cultura de apropiación y sentido de pertenencia de los usuarios y colaboradores.
- ✓ Legalizar el 100% de los predios de la Subred.
- ✓ Instalar el 100% de dispositivos ahorradores de agua y energía.
- ✓ Permisos de vertimientos para las sedes asistenciales de la Subred.
- ✓ Aumentar el recaudo, depurar la cartera en pro del logro de la sostenibilidad financiera.
- ✓ Lograr la sostenibilidad financiera de la Subred, fortalecer la oferta de servicios al régimen contributivo, recuperación de cartera.
- ✓ Mejorar la eficiencia administrativa de la Subred.
- ✓ Legalizar el 100% de los predios de la Subred.
- ✓ Contratación 50% de bienes y servicios se realice con precios de escala a través de negociaciones conjuntas.
- ✓ Mantener la Acreditación de las unidades que cuentan con dicho reconocimiento.

- ✓ Permea las demás USS de la Subred con las experiencias exitosas de las USS acreditadas.
- ✓ Posicionar positivamente la imagen institucional a través del cumplimiento de estándares superiores de calidad.
- ✓ Transformación cultural que visibilice los principios y valores institucionales.
- ✓ Consolidar el modelo de atención integral en salud, implementando las Rutas de Atención acorde en a los lineamientos Distritales y Nacionales.
- ✓ Disminuir la sobreocupación del servicio de urgencias en las sedes de la Subred, mediante estrategias definidas en el modelo de atención
- ✓ Consolidar la estrategia de los CAPS
- ✓ Mejorar la percepción del ciudadano frente a la calidad en la prestación de los servicios de salud.

“SALUD INTEGRAL CON CALIDAD PARA TODOS”

