



HOSPITAL UNIVERSITARIO

DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

Informe de Gestión Gerencial 2013

Dr. Wilson Raúl Larraniaga López



"Un hospital seguro con alma y corazón para el buen vivir"

**MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO**





JUNTA DIRECTIVA HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO

PRESIDENTE

Dr. RAÚL DELGADO GUERRERO

Gobernador del Departamento de Nariño

Dra. LILIAN RODRIGUEZ.

Delegada del señor Gobernador

Dra. ELIZABETH TRUJILLO MONTALVO.

Directora Instituto Departamental de Salud de Nariño.

Sra. ANDREA ROSERO

Representante de la Liga de Usuarios del Hospital Departamental.

Dra. ANA MARIA REBOLLEDO.

Representante Organizaciones Científicas.

Dr. JOSÉ LUIS BETANCOURTH

Representación del Sector Científico del Hospital Departamental.



TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN

1. LOGRO DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN Y DE RESULTADO POR ÁREA DE GESTIÓN
 - 1.1 ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA
 - 1.1.1 ANÁLISIS SITUACIONAL
 - 1.1.2 LOGROS EN NUESTROS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
 - 1.1.3 FACTORES CONTRIBUTIVOS A LOS LOGROS DEL AREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA
 - 1.2 ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA
 - 1.2.1 ANÁLISIS SITUACIONAL
 - 1.2.2 FACTORES CONTRIBUTIVOS A LOS LOGROS DEL ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA
 - 1.3 ÁREA DE GESTION CLÍNICA Y ASISTENCIAL
 - 1.3.1 ANALISIS SITUACIONAL
 - 1.3.2 FACTORES CONTRIBUTIVOS A LOS LOGROS DEL ÁREA CLÍNICA O ASISTENCIAL
- 2 OTROS ESCENARIOS POR DESTACAR
 - 2.1 NUESTROS CLIENTES
 - 2.2 GESTIÓN AMBIENTAL
 - 2.3 LIGA DE USUARIOS
 - 2.4 OTROS INDICADORES DESTACADOS EN LA GESTIÓN CLÍNICA
 - 2.5 CONVENIOS DOCENTE – ASISTENCIALES
3. PRINCIPALES OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO DETECTADAS EN LA VIGENCIA

CONCLUSIONES



LISTA DE CUADROS

CUADRO 1

INDICADORES, METAS Y RESULTADOS ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

CUADRO 2

INDICADORES, METAS Y RESULTADOS AREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

CUADRO 3

INDICADORES, METAS Y RESULTADOS AREA DE GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL



LISTA DE TABLAS

- TABLA 1: PROYECTOS EJECUTADOS EN EL PERÍODO
- TABLA 2: TOTALES DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO SIN RIESGO VIGENCIA 2013
- TABLA 3: FACTURACIÓN GENERADA POR RÉGIMEN AÑO 2013.
- TABLA 4: EVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN GENERADA AÑO 2008 AL 2013
- TABLA 5: CONTRATACIÓN EJECUTADA POR RÉGIMEN DURANTE LA VIGENCIA 2013
- TABLA 6: CARTERA POR EDADES 2013 VRS 2012
- TABLA 7: CARTERA POR REGIMEN
- TABLA 8: CLASIFICACION DE LA CARTERA DE ACUERDO A LAS ESPECTATIVAS DE COBRO.
- TABLA 9: COMPARATIVO RECAUDO TOTAL 2013 – 2012
- TABLA 10: PARTICIPACIÓN POR RÉGIMEN EN EL RECAUDO META Vs. RESULTADO
- TABLA 11: COMPARATIVO ROTACION DE CARTERA VIGENCIAS 2013-2012
- TABLA 12: TRANSFERENCIAS
- TABLA 13: VENTA DE SERVICIOS POR CENTRO DE COTSO
- TABLA 14: COSTOS
- TABLA 15: COSTOS POR CENTRO DE COSTO
- TABLA 16: GASTOS
- TABLA 17: INDICADORES DE RENTABILIDAD
- TABLA 18: ACTIVOS
- TABLA 19: PASIVOS
- TABLA 20: PATRIMONIO
- TABLA 21: INDICADORES DE LIQUIDEZ Y ENDEUDAMIENTO
- TABLA 22: INDICADORES DE PRODUCCIÓN DECRETO 2193 ACUMULADO AÑO 2013
- TABLA 23: INDICADORES DE CALIDAD DECRETO 2193 ACUMULADO AÑO 2013
- TABLA 24: PRINCIPALES CLIENTES DEL 2013



PRESENTACIÓN

De acuerdo a lo dispuesto en la Resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, *“por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 en la que se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones”*; presento a consideración de la Honorable Junta Directiva del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. el informe de gestión correspondiente a logros y ejecutorias de la vigencia 2013.

A la luz de la Resolución 743 de 2013, se presentan los resultados de los indicadores de gestión y resultado en las áreas de Dirección y Gerencia, Administrativa y financiera y Clínica o Asistencial, así como de los compromisos que se establecieron por la Gerencia ante la Junta Directiva de la entidad y ante la comunidad.

Este informe se presenta de manera detallada con el fin de dar a conocer, no solamente los resultados positivos obtenidos en el periodo, sino también las principales oportunidades de mejora que se constituyen como un interesante reto para la organización en develar caminos que persigan el logro de los objetivos trazados en el Plan de Gestión y Plan de Desarrollo Institucional, obviamente con los valiosos aportes que surjan del análisis y evaluación de los integrantes de la honorable Junta Directiva.

Los logros son el resultado del trabajo en equipo y compromiso de todos los colaboradores de nuestra institución, quienes día a día entregan de manera decidida todo su empeño para que nuestros usuarios se sientan satisfechos y finalmente encuentren solución a su situación de salud.

WILSON RAUL LARRANIAGA LOPEZ

Gerente



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



"Un hospital seguro con alma y corazón para el buen vivir"

**Área de Gestión
Dirección y Gerencia**



1. LOGRO DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN Y DE RESULTADO POR ÁREA DE GESTIÓN

1.1 ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

Los requerimientos de la resolución 743 de 2013 se enmarcan en cumplir tres indicadores que abarcan un ponderado del 20%, para nuestra evaluación los resultados obtenidos reflejan un cumplimiento satisfactorio en este aparte, logrando en esta área obtener el puntaje máximo establecido que es de un punto de uno posible.

CUADRO 1 INDICADORES, METAS Y RESULTADOS ÁREA DE GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA

ÁREA DE GESTIÓN	NÚMERO	INDICADOR	FÓRMULA DEL INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	RESULTADO DEL PERÍODO EVALUADO	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN	RESULTADO PONDERADO
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20% (SELECCIONE TAN SOLO UN INDICADOR PARA EVALUAR ENTRE 1, 2 O 3)	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas	Indicador Nominal	Mantener la acreditación // Autoevaluación en la vigencia evaluada mayor o igual a 3,5	3,50	5	0,05	0,250
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	Mayor o igual a 0,9	0,90	5	0,05	0,250
	3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Numero de metas del plan operativo anual cumplidas / Numero de metas del plan operativo anual programadas	Mayor o igual a 0,9	0,92	5	0,10	0,500
TOTAL CALIFICACIÓN DEL PERÍODO								1,00

Fuente: Oficina de Planeación.

1.1.1 ANÁLISIS SITUACIONAL

Indicador 1. Mejoramiento continuo de calidad aplicables a entidades acreditadas: la organización recibió la segunda visita de seguimiento a la Acreditación en febrero 26, 27 y 28 de 2013, en la cual se evaluaron a través de distintas metodologías entre otras paciente trazador, revisión documental y entrevistas a los diferentes equipos de trabajo de los grupos de estándares de acreditación, dando como resultado general 11 fortalezas y diez oportunidades de mejora. El equipo evaluador tuvo presente durante la visita las respuestas a las oportunidades de mejora detectadas en el año 2012, y el cierre de ciclo de las mismas, así como la evaluación de los ejes de acreditación: humanización de la atención, seguridad del paciente, gestión de la tecnología y gestión del riesgo, también se realizó en el segundo semestre del año 2013 la autoevaluación de los estándares de acreditación con la aplicación de la nueva resolución 123 de 2012, obteniendo como resultado **3.5**, superando la línea de base, la cual se obtuvo a partir de la primera evaluación externa correspondiente a la vigencia 2010 que estuvo en **3.4**. Cabe resaltar que la organización ha operativizado los equipos de autoevaluación y mejoramiento con enfoque en los nuevos estándares de acreditación.



Indicador 2. Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud: El PAMEC institucional, se enfocó a procesos prioritarios de atención, obteniendo un cumplimiento del 90,0%, lo cual evidencia el liderazgo de todo el equipo de auditoría y una participación activa de las diferentes instancias asistenciales y administrativas que de una u otra forma inciden en el cumplimiento de las tareas planeadas. Es pertinente mencionar que se implementó un proceso continuo de retroalimentación oportuna de los hallazgos y seguimiento a planes de mejora para cerrar las brechas encontradas entre la calidad observada y la esperada.

Indicador 3. Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional: el Plan de Desarrollo tradicionalmente se ha venido midiendo de acuerdo a las actividades dirigidas al cumplimiento de los objetivos estratégicos y estos en la medida que se cumplen los indicadores establecidos en el tablero de control, el cual está conformado por 105 indicadores estratégicos y es monitoreado por la oficina de planeación. Para la vigencia 2013, el resultado es del 92,38%, aunado a este resultado, contribuye decididamente el gran avance en la ejecución del plan de inversiones formulado para el año 2013 estimado en promedio en 64,4%, destacándose los siguientes proyectos:

TABLA 1: PROYECTOS EJECUTADOS EN EL PERÍODO

No.	PROYECTO	PRESUPUESTO	EJECUCION	INFRA.	DOT.	FORT.	SITUACION ACTUAL	% ejecución FINANCIERA	% ejecución ACTIVIDAD
1	Implementación de servicios de Radioterapia y Radiocirugía a través de la Adquisición y puesta en marcha de un acelerador lineal.	8.046.893.126	3.200.000.000	1.148.099.002	6.898.794.124	NA	Aprobado por Minsalud Adjudicado a EH Equiphos Presentado a FINDETER	39,77	60%
2	Inclusión gradual del personal contratado que desarrolla procesos misionales en la planta de personal del Hospital.	1.000.000.000	0	NA	NA	X	Presentación de informe final del estudio de cargas laborales a junta directiva solicitud de autorización a la CNSC Terminación ley de garantías	0,00	50%
3	Sensibilización institucional hacia la implementación y el fortalecimiento del programa de humanización de la atención en los trabajadores del Hospital para promover el crecimiento del talento Humano	140.000.000	81.000.000	NA	NA	X	Contratación con OES en tema específico	57,86	100%
4	Adquisición de Equipo (Autoclave) de Alta eficiencia para desactivación de residuos hospitalarios (biosanitarios) - Construcción tanques de almacenamiento de agua (potable y lluvia)	800.000.000	558.600.000	160.600.000	398.000.000	NA	Proyecto adjudicado en dotación y en adecuación de infraestructura Equipo de desactivación de Residuos pendiente proyecto tanques de almacenamiento de agua	69,83	100%



No.	PROYECTO	PRESUPUESTO	EJECUCION	INFRA.	DOT.	FORT.	SITUACION ACTUAL	% ejecución FINANCIERA	% ejecución ACTIVIDAD
5	Renovación y Adquisición del hardware de la Organización	960.358.000	728.944.504	NA	728.944.504	NA	Está aprobado Leasing por Junta Directiva Contratada asesoría externa por 45 millones Contratada red parte activa con Gamma por 424.104.504 Contratada dotación 103 equipos de mesa y 27 portátiles en leasing con IMEDSUR \$259,840,000	75,90	80%
6	Actualización y Licenciamiento del software de la organización HUDN	408.000.000	12.321.993	NA	12.321.993	NA	Adquiridas 330 renovaciones y 70 licencias nuevas de antivirus kaspersky incluye 8 horas de capacitación El licenciamiento del software depende de la puesta en marcha de la red activa (equipos de red) y pasiva (cableado) Leasing aprobado	3,02	40%
7	Adecuación y remodelación del área del servicio de Urgencias	615.000.000	588.410.863	X	X	NA	Proyecto adjudicado	95,68	50%
8	Ampliación y remodelación Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	5.597.758.402	56.500.000	X	X	NA	Proyecto elaborado Proyecto entregado en IDSN y Gobernación, pendiente financiación por el Departamento y Recursos propios HUDN	0,01	50%
9	Adecuación, remodelación y dotación del área del servicio de Consulta Externa	213.000.000	114.869.526	X	X	NA	Proyecto adjudicado	53,93	50%
TOTAL AÑO 2013		13.131.330.000	5.340.646.886						

Fuente: Oficina de Planeación.

Cabe anotar que proyectos como la dotación del acelerador lineal han tenido retrasos por variables externas a la organización, en razón a que se encontraron suelos extremadamente inadecuados para desarrollar la obra tal como se había contemplado inicialmente, manifestando por parte del contratista que es la primera experiencia en casi 30 años de operación a nivel nacional en encontrar estas situaciones atípicas, por tal razón se tuvieron que hacer cambios en los diseños y en el reforzamiento estructural, lo cual afectó el cronograma de actividades.

Otro proyecto por destacar es la dotación del equipo de alta eficiencia para el tratamiento de residuos hospitalarios biosanitarios, lo cual contribuye a la protección del medio ambiente y al fortalecimiento de las prácticas sostenibles en la prestación de servicios, los beneficios más importantes que se logran son:



1. Tratamiento interno del 85% de los residuos peligrosos hospitalarios (biosanitarios).
2. No emisiones atmosféricas.
3. No vertimientos.
4. Inactivación de alta eficiencia.
5. Trituración: destrucción mecánica
6. Control del riesgo.
7. Disminución de costos disposición final de residuos peligrosos.
8. Contribuye a los compromisos del Protocolo de Montreal (reducir la emisión de los gases efecto invernadero)

En este bloque también es importante mencionar el cumplimiento de las actividades del proyecto de humanización que incluye la realización de talleres y capacitaciones, en las cuales se obtuvo una participación de 854 funcionarios, cuyo resultado se ve reflejado en el incremento de la satisfacción de los usuarios toda vez que se obtuvo un incremento al 97%. A ello contribuye decididamente el trabajo que en conjunto con la OES se llevó a cabo al interior de nuestra institución, generando un importante impacto de mejora en el ambiente laboral e interrelación de procesos.

La organización, para mejorar el seguimiento y control del Plan de Desarrollo y el Plan de Inversión y establecer comunicación directa con los líderes y coordinadores de procesos, diseñó herramientas como instructivos de trabajo concretos, tablero de control dinámico, esquemas y cronogramas de participación activa de los funcionarios y se plantea la sistematización del proceso y la apertura de un link en la página web institucional para su evaluación, revisión en línea y en tiempo real.

1.1.2 LOGROS EN OBTENCIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Objetivo Estratégico 1: Mantener el Sistema Único de Acreditación SUA: Seguridad del paciente, atención más humana, disminución del riesgo y tecnología del servicio de la vida.

Comentario: Este objetivo estratégico es medido por 58 indicadores logrando un nivel de cumplimiento del 89,66%, de esta manera la organización monitorea en qué medida se están logrando los resultados de cada uno de los ejes de acreditación. La Alta Dirección ha definido políticas institucionales para cada uno de los ejes del Sistema Único de Acreditación (SUA), así como la política de humanización, política de seguridad del paciente, política de introducción de tecnología, política de gestión del riesgo, política de responsabilidad social, política de talento humano, las cuales buscan el logro de los objetivos estratégicos y están apoyadas en el mapa de procesos y los subprocesos.



Objetivo Estratégico 2: Gestionar la implementación del Sistema Integral HSEQ: Calidad (ISO 9001) Gestión Ambiental (ISO 14001), Seguridad Industrial y Salud Ocupacional (ISO 18001).

Comentario: Este objetivo estratégico es medido por 15 indicadores logrando un nivel de cumplimiento del 100,00%, se conformó los equipos de trabajo, el diseño de procesos y la referenciación tendientes al logro de la certificación en HSEQ, se llevaron a cabo las auditorías internas con enfoque HSEQ, se contribuyó a la formación del talento humano en HSEQ mediante la culminación del pensum del diplomado en HSEQ dictado por ICONTEC a funcionarios HUDN E.S.E. quienes lideran su implementación al interior de la institución. Como avance se puede denotar el diseño del Programa Integral de Gestión Ambiental que cuenta por supuesto con los componentes de calidad, seguridad industrial, salud ocupacional y enfoque ambiental HSEQ; de otra parte se profundizó el diagnóstico institucional a través de una empresa consultora externa “Enlace”, quien entregó un informe pormenorizado de cada elemento del sistema y sirvió de insumo principal para la elaboración del plan de trabajo del Hospital.

Objetivo Estratégico 3: Conservar un bajo nivel de Riesgo Financiero y Jurídico, mediante una administración eficiente y efectiva de los recursos.

Comentario: Este objetivo estratégico es medido por 19 indicadores logrando un nivel de cumplimiento del 89,47%, el Ministerio de Salud y de la Protección Social nuevamente certifica mediante Resolución 1877 de Mayo 2013, que el HUDN E.S.E. se constituye en una de las exclusivas entidades que ostentan esta característica a nivel nacional y departamental. El anexos técnicos 1, 2 y 3 arroja los siguientes estadísticas 967 Empresas Sociales del Estado en el ámbito Nacional, de las cuales, 311 (32.16%) están categorizadas SIN RIESGO. Nariño participa con 68 (7.03%) empresas en ese total nacional y de ellas 41 se categorizan sin riesgo. Tenemos el privilegio de pertenecer al 4.2% del total nacional, con calificación positiva en materia de riesgo financiero.

TABLA 2: TOTALES DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO SIN RIESGO VIGENCIA 2013

TOTAL ESE	CANTIDAD	PORCENTAJE %	
		BASE NACIONAL	BASE NARIÑO
TOTAL NACIONAL	967		
TOTAL DEPARTAMENTAL	68	7.03	
SIN RIESGO NACIONAL	311	32.16	
SIN RIESGO NARIÑO	41	4.2	60.29

Fuente: Oficina de Planeación basada en la Resolución 1877 de 2013, anexo técnico 1.



Objetivo Estratégico 4: Mejorar la capacidad instalada (ampliar la infraestructura física, adquisición de nueva tecnología y dotación institucional hospitalaria).

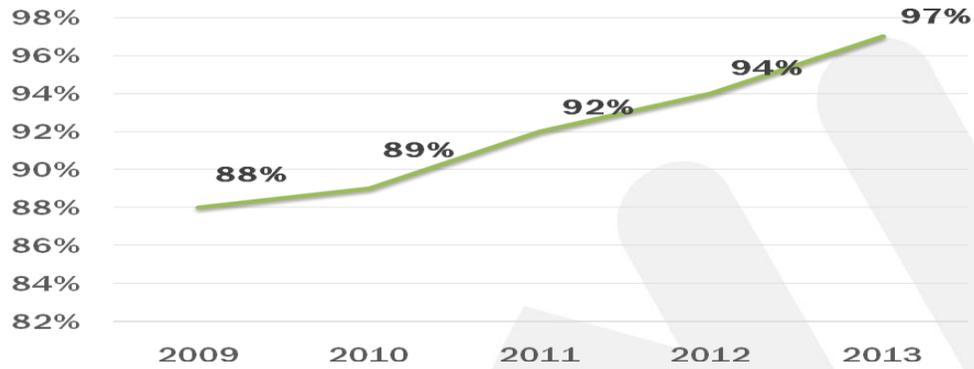
Comentario: Este objetivo estratégico es medido por 6 indicadores logrando un nivel de cumplimiento del 100,00%, como se desprende del reporte de ejecutorias del plan de inversiones, se realizó importantes intervenciones en la infraestructura del HUDN y dotaciones de equipos dirigidos a mejorar la calidad en la prestación de servicios, se destacan la cristalización de la adquisición del acelerador lineal, adquisición de equipo industrial de alta eficiencia para el tratamiento de residuos biosanitarios, construcción de oficinas de producción, control de calidad y administrativa de la central de gases, adecuación y dotación de la infraestructura física para la puesta en marcha del centro de investigaciones CIEDYN, adecuación, remodelación y dotación del área del Servicio de urgencias, adecuación y remodelación de la infraestructura física de atención al usuario y farmacia ambulatoria, ampliación, remodelación y dotación del área del servicio de consulta externa, adecuación infraestructura para acceso peatonal de la portería principal, adecuación y remodelación de la morgue para sala de espera en el acceso principal de consulta externa y área de urgencias, Adquisición de equipos industriales para el Laboratorio Clínico y el Servicio Farmacéutico, Adquisición de dotación para el servicio de Hospitalización (11 camas eléctricas P1440B - basi care con atril)

Objetivo Estratégico 5: Mejorar el desarrollo integral del talento humano, con énfasis en los programas de humanización del servicio.

Comentario: Este objetivo estratégico es medido por 2 indicadores logrando un nivel de cumplimiento del 100,00%, al respecto se resalta el 100% de cumplimiento de las actividades del proyecto de humanización que incluye la realización de talleres y capacitaciones, alcanzando una participación de 854 funcionarios, cuyo resultado se ve reflejado en el incremento de la satisfacción de los usuarios a un 97%, toda vez que se obtuvo 739 felicitaciones, 5.49% menos que el año 2012, pero recompensado en la disminución del 57% de quejas con respecto al mismo periodo, y disminución del 47.5% en sugerencias, con relación al año inmediatamente anterior. A ello contribuye decididamente el trabajo que en conjunto con la OES, se llevó a cabo al interior de nuestra institución, generando un importante impacto de mejora en el ambiente laboral e interrelación de procesos.



Satisfacción del Usuario



Quejas, sugerencias y felicitaciones





Objetivo Estratégico 6: Ampliar el portafolio de servicios orientado a supra-especialidades.

Comentario: Este objetivo estratégico es medido por 1 indicadores logrando un nivel de cumplimiento del 100,00%,

La administración del HUDN se ha preocupado por vincular a nuevo recurso humano altamente capacitado garantizando una mayor complementariedad en la prestación del servicio, es por esta razón que de manera gradual desde el 2012 ha vinculado nuevas especialidades, lo cual beneficia de manera significativa a la población de las áreas de influencia y redundando en la consecución de nuevas tecnologías las cuales son utilizadas por estos especialistas, evitando que tengan que desplazarse a otras ciudades y aminorando los costos de atención por parte de las EPS; las especialidades que se han vinculado son:

Reumatología: Mejora la calidad de vida de los ancianos y jóvenes que padecen enfermedades reumáticas, las cuales son altamente incapacitantes ya que afectan el sistema locomotor (huesos, articulaciones y músculos) además de otros órganos como riñón, vasos sanguíneos, pulmón, entre otros.

Nefrología y Nefrología Pediátrica: Mejora la oportunidad de atención de los pacientes con patología renal tanto aguda como crónica, evitando ser trasladados a otras instituciones y disminuyendo los riesgos que esto implica, además de iniciar manejo oportuno y evitando futuras complicaciones tanto en pacientes adultos como pediátricos.

Retinología: supra - especialidad de la oftalmología que complementa el servicio con un diagnóstico oportuno de las enfermedades como la retinopatía diabética, hipertensiva e incluso el diagnóstico oportuno de corioretinitis en neonatos lo cual impacta directamente en el desarrollo de la población infantil.

Toxicología: Especialidad que garantiza un diagnóstico y tratamiento oportuno a pacientes intoxicados a consecuencia de alimentos, estupefacientes u otros medicamentos consumidos con intentos suicidas.

Cirugía Vascul ar Periférica: supra - especialidad con gran demanda en nuestro medio ya que atendemos población civil y militar que es mutilada a consecuencia del conflicto armado, además de pacientes con lesiones vasculares en grandes vasos y extremidades a causa de delincuencia común, lo cual con una intervención oportuna logra evitar la amputación de extremidades e inclusive la vida.



Endocrinología: En nuestro medio ya se presentan enfermedades de alteraciones del metabolismo como enfermedades de tiroides, diabetes, osteoporosis y problemas nutricionales como la obesidad y la desnutrición, problemas de salud pública que son muy costosos para el sistema de salud, los cuales al ser diagnosticados prematuramente se pueden prevenir complicaciones graves en la población.

Hematología: Especialidad que tiene gran demanda y cuyo recurso humano es muy limitado incluso a nivel nacional, sin embargo el HUDN piensa garantizar este servicio a sabiendas que los honorarios de estos profesionales son de alto costo para la institución.

Psiquiatría: Que es de gran apoyo en el servicio de urgencias y que junto con los pacientes que maneja toxicología son de gran ayuda a la población, también para definir la conducta a pacientes psiquiátricos que no son recibidos en los hospitales mentales por gran demanda de estos servicios.

Programa Madre Canguro: Es un programa manejado por un grupo multidisciplinario de profesionales, el cual se encarga de garantizar que los recién nacidos prematuros, logren condiciones apropiadas que les permitan desarrollarse adecuadamente en su núcleo familiar y evitar complicaciones futuras que inclusive los puedan llevar a la muerte, disminuyendo indicadores de morbilidad perinatal.

Perinatología: Es una supra - especialidad que va de la mano con la obstetricia, detecta alteraciones de la madre y el feto de manera temprana, si se interviene de manera oportuna se logra disminuir los riesgos a que se ve expuesto el binomio en el momento del parto.



NUEVAS SUPRA ESPECIALIDADES HABILITADAS EN LA VIGENCIA 2013

• CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA
• REUMATOLOGÍA
• TOXICOLOGÍA
• CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
• NEFROLOGÍA
• ENDOCRINOLOGÍA
• HEMATOLOGÍA (660)
• PEDIATRÍA PROGRAMA MADRE CANGURO
• PSIQUIATRÍA
• RETINOLOGÍA

SUPRAESPECIALIDAD	N° DE INTERVENCIONES	VALOR FACTURADO
CIRUGÍA VASCULAR	250	\$140.764.965
RETINOLOGÍA	315	\$415.618.400
TOTAL		\$556.383.365



Objetivo Estratégico 7: Fortalecer los Convenios Docencia - Servicio y la Investigación Científica.

Comentario: Este objetivo estratégico es medido por 4 indicadores logrando un nivel de cumplimiento del 100,00%, El proceso de docencia es un proceso que se ha alineado al direccionamiento estratégico de la organización y a la normatividad vigente del sector educativo con respecto a los escenarios de practica según los decretos 2566 de 2003, 1665 de 2002 del Ministerio de Educación; y por otro lado al sistema único de habilitación y al sistema único de acreditación en el marco del SOGCS, de igual manera se da cumplimiento al decreto 2376 que regula la relación docencia servicio; con el propósito de establecer un vinculo formal entre instituciones educativas y el Hospital con el propósito de formar talento humano en salud, basados en un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa concertados entre las partes, que toma en cuenta la capacidad instalada del hospital, número de estudiantes por sitio ofertado y número de docentes de practica necesarios y a los requerimientos de la institución los cuales han sido acordados y formalizados mediante actas, donde la razón de ser en el proceso de atención es el usuario.

Desde la plataforma estratégica de la organización se evidencia el compromiso con fortalecer los escenarios de prácticas de formación e investigación académica, así como la orientación académica, así mismo en el marco de la R.S.E. la organización decide formar al talento humano en salud dando cabida semestralmente alrededor de 800 estudiantes de los diferentes programas de la salud para que realicen sus prácticas formativas, adquieran las habilidades y destrezas necesarias para salir al mercado laboral. del mismo modo en 2012 egresaron de internado rotatorio 36, en 2013 egresaron 53 médicos muy bien preparados, competentes en todas las áreas, quienes durante un año hicieron parte de la prestación de los servicios de salud como si fueran trabajadores de la organización.

Actualmente se tienen convenios ajustados a la norma y se han pactado contraprestaciones económicas, de carácter educativo y de apoyo que justifican la presencia de estudiantes, también se adelantan conversaciones con la Universidad Nacional y la Universidad de Caldas, entre otras, para iniciar proyectos de residencia médica.



6 CONVENIOS: PREGRADO

MEDICINA: Universidad de Nariño, Universidad Cooperativa de Colombia, Fundación Universitaria San Martín.

CIENCIAS DE LA SALUD: Universidad Mariana, Corporación Universitaria de la Costa.

SENA: Auxiliares Administrativos en Salud.

4 CONVENIOS: POSGRADOS

Facultad de Posgrados UNIMAR, Universidad Nacional de Colombia, Universidad de La Habana, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

INVESTIGACIONES EN CURSO:

TIPO	INVESTIGACIÓN
PICCO	Manejo diagnóstico y terapéutico inteligente para monitorización continua de los parámetros fisiológicos para conseguir un tratamiento dirigido a objetivos terapéuticos en pacientes críticos. UCI. Estudio Multicéntrico Internacional.
COMPASS:	Ensayo clínico controlado aleatorizado de Ribaroxavan, anticoagulante oral. En la prevención de eventos cardiovasculares en pacientes con enfermedad de la arteria coronaria o periféricas. Estudio fase III. Proyecto Centro COMETA.
ESTUDIOS DE COLCIENCIAS	Tipificación de las lesiones precursoras de malignidad como indicador primario en la prevención de cáncer gástrico en el Departamento de Nariño, Grupo de investigación CIEDYN - HUDN
	Carga de la Enfermedad Crónica no transmisible: Unión Temporal ECNT- Universidad Mariana.
ESTUDIOS DE MAESTRÍA	Evaluación del costo de los servicios de salud requeridos para la atención de los eventos cerebro - vasculares ocurridos en la población de 45 a 60 años atendidos en el HUDN en 2012. Universidad Mariana.
	Factores promotores y obstaculizadores del lavado de manos en el equipo de médicos especialistas e instrumentadores quirúrgicos en el servicio de quirófanos, en los hospitales de Pasto 2013. Universidad Mariana.
	Validación de la Norma Técnica de seguridad en Servicios Quirúrgicos ICONTEC - SACRE.
ESTUDIO CUASI EXPERIMENTAL	Efectividad de la camilla termorreguladora en el restablecimiento de los patrones normales de temperatura en pacientes postoperatorias de cirugías ginecológicas mayores en el HUDN. Universidad Mariana.



1.1.3 FACTORES CONTRIBUTIVOS A LOS LOGROS DEL ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

La organización cuenta con un Plan de Desarrollo para la vigencia 2012 – 2016, formulado desde el mes de junio de 2012 en forma participativa y concertada con todos los Grupos Internos de trabajo y con las partes interesadas del Hospital, el cual se denomina “UN HOSPITAL SEGURO CON ALMA Y CORAZON PARA EL BUEN VIVIR”, para el cual uno de los insumos principales fue el diagnóstico institucional, diagnóstico del entorno y del sistema de salud en el país, satisfacción de nuestros usuarios, logros del plan de desarrollo anterior, percepción de las partes interesadas, alineación a políticas nacionales, departamentales y municipales en el sector, buscando con ello articular las directrices establecidas frente al sostenimiento del sistema único de acreditación (SUA), el sistema de habilitación y el SOGC.

La organización además adopta como estrategia de seguimiento y evaluación a la gestión, la implementación de un gran tablero de control, presentación de información trimestral a la Junta Directiva sobre análisis de producción basada en registros individuales de prestación de servicios (RIPS), despliegue a coordinadores de GIT y a grupos primarios tanto asistenciales como administrativos.

En materia de acreditación por parte del ICONTEC se presentan entre otros reconocimientos: la continuidad como “Hospital Acreditado”, el liderazgo y compromiso de la Alta Dirección con el diseño e implementación de los ejes del sistema único de acreditación y el enfoque del direccionamiento estratégico de la organización hacia la humanización del servicio y seguridad en la atención.

En visita de auditoría por parte de la SUPERSALUD y del Ministerio de Salud, destacan que el ambiente físico, dotación y atención en el HUDN sobresale en el contexto Nacional y concluyen, a criterio de auditores del ministerio que realizaron acompañamiento que “algo positivo está pasando” en el HUDN lo cual permite su posicionamiento como institución acreditada y establece un punto alto de referencia a Nivel Regional y Nacional.

Por otra parte se realiza el liderazgo por parte de la alta gerencia y el grupo interno de trabajo de ayudas diagnósticas y servicio farmacéutico para recibir la visita de INVIMA para auditar la central de gases y finalmente lograr ser certificados en Buenas Prácticas de Manufactura (BPM)



Mantenimiento del Sistema Único de Acreditación
Mayo - 2013



Certificación en BPM para la Producción de Aire Medicinal
Septiembre- 2013



Certificación del MSPS, para el Procesamiento de Leche Materna
Diciembre - 2013



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Calificación con un índice de seguridad hospitalaria del 80%
Octubre - 2013



Nominación Premio Nacional de Alta gerencia
Octubre - 2013



icontec internacional
Seleccionado para validar Norma de seguridad de Quirófanos
Octubre - 2013



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

"Un hospital seguro con alma y corazón para el buen vivir"

Área de Gestión Financiera y Administrativa



ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

La norma para este grupo plantea un ponderado total del 40%, es decir, dos (2) de cinco (5) puntos, el resultado de esta área logró 37,4% equivalente a 1,87 puntos de dos (2) posibles hecho que se puede observar en el cuadro 2.

CUADRO 2 INDICADORES, METAS Y RESULTADOS ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

AREA DE GESTION	NUMERO	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	RESULTADO DEL PERÍODO EVALUADO	CALIFICACIÓN	PONDERACION	RESULTADO PONDERADO
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	((Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes objeto de evaluación / Numero de UR producidas en la vigencia anterior))	Menor o igual a 0,9	1,01	1	0,0571	0,057
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1, compras conjuntas, 2, compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado, 3, compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico	Mayor o igual a 0,7	83,75	5	0,0571	0,286
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior en valores constantes)	Cero o variación negativa	0,00	5	0,0571	0,286
	8	Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS	Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población captada, teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	4	5,00	5	0,0571	0,286
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores	Mayor o igual a 1	0,84	1	0,0571	0,057
	10	Oportunidad de entrega en el reporte de la información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	OPORTUNO	5	0,0571	0,286
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	OPORTUNO	5	0,0571	0,286
TOTAL CALIFICACIÓN DEL PERÍODO								1,54

Fuente: Oficina de Planeación.

1.2.1 ANÁLISIS SITUACIONAL



Indicador 5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida: Este es uno de los indicadores que representan un gran reto para todos los gerentes de las empresas sociales del estado, ya que se ajusta mucho a la eficiencia en el uso de los recursos y a fortalecer la producción en concordancia con los gastos que se utilizan para producirlas; para el caso del Hospital Universitario Departamental de Nariño, el resultado obtenido en producción de UVR comparando las vigencias 2012 con 2013 se obtiene un resultado de 1.01, igual al resultado de los periodos 2011 con 2012, lo que se interpreta como un resultado aceptable en este periodo de transición (implementación de nuevas supra especialidades, nueva tecnología, mayor oferta de medicamentos), que permitirá en próximas vigencias reflejar una mayor producción con el sostenimiento de los gastos de funcionamiento y gastos de operación comercial.

Indicador 6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, através de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos: La Gerencia ha realizado la revisión del actual estatuto de contratación con el fin de implementar mecanismos que a futuro le permitan a la organización acceder a mejores ofertas del mercado de medicamentos, insumos, material hospitalario y todas las demás compras que se realicen en las siguientes vigencias. Además es política institucional la publicación en nuestra página web institucional www.hosdenar.gov.co de todas y cada una de las contrataciones para la adquisición de bienes y servicios, en la vigencia 2013 el servicio farmacéutico ha publicado el 83.75% de las compras en la página web del Hospital.

Indicador 7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior: En certificación emitida por la revisoría fiscal del hospital representada por GMF Auditores y Asesores, se puede evidenciar que el Hospital ha venido realizando los esfuerzos necesarios para mantener en cero (0) la deuda a 30 días con sus colaboradores (personal de planta y contratistas); lo anterior también es el resultado de mantener un estricto seguimiento al proceso de recaudo y cartera, el cual ha generado, mes a mes, resultados satisfactorios en la liquidez institucional, como también el aprovechamiento de la oportunidad que nos ofrece la norma en cuanto a los giros directos del régimen subsidiado.

El logro de este resultado obedece a que la organización tiene como política el pago de salarios del personal de planta hasta el penúltimo día hábil de cada mes; de otro lado, para el pago de contratación con terceros, los valores adeudados no pueden superar los 30 días. Se ha establecido un cronograma de trabajo específico por actividades que permite gestionar las cuentas de nómina acorde con la norma y se ha alineado el proceso con las áreas de Talento Humano, Financiera y Jurídica para lograr oportunidad en el pago de este tipo de obligaciones.



Indicador 8. *Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS*, el compromiso Gerencial se estableció en presentar cuatro informes en la vigencia 2013 a la honorable Junta Directiva, con el fin de analizar la información y la coherencia que esta tiene con la prestación de servicios y los RIPS, La Oficina Asesora de Planeación presenta informe en el que manifiesta que este compromiso se cumplió, en razón que se presentaron cinco (5) informes en las sesiones llevadas a cabo en las fechas: junio 25 de 2013, en la cual se presenta análisis del primer trimestre, Septiembre 25 de 2013 en la cual se presentan dos informes correspondientes al segundo trimestre y consolidado primer semestre de 2013, 27 de Noviembre, donde se presenta análisis del tercer trimestre y 05 de marzo de 2014, donde se presenta análisis del cuarto trimestre y consolidado año, en las actas correspondientes se discute como el Hospital y su sistema de información generan información real, oportuna y confiable, haciendo salvedad de la necesidad de fortalecer algunos procesos según los resultados analizados.

Indicador 9. *Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo*: A pesar de las observaciones y consultas realizadas al Ministerio de Hacienda sobre la gestión de este indicador y sobre lo manifestado en las respuestas por este ente y en las cuales se establece la no conformidad con las variables contempladas para su cálculo, el Hospital actuó ajustado a la norma y se obtiene un resultado de 0.84, es decir un puntaje de 1. Se concluye así que la calificación disminuyó con respecto al año 2012, donde se obtuvo un resultado de 0.93, no obstante para la institución fue un buen logro haber ejecutado en un 94% el presupuesto de gastos, lo que permite respaldar financieramente todas las necesidades requeridas por la institución para la adecuada prestación de servicios.

Para el 2013 se estableció como meta de recaudo de la venta de servicios el valor de \$60.081 (millones), obteniendo un resultado de \$74.641 (millones) equivalente a 124% de cumplimiento. Lo anterior debido, entre otras estrategias, al establecimiento de acuerdos de pago, incorporación a resoluciones emitidas por el Minsalud.

De acuerdo a lo anterior el recaudo de la vigencia 2013 con respecto al 2012, presentó un incremento de \$14.779 millones, garantizando a la institución la eficacia en la recuperación de cartera, contribuyendo de esta manera a que áreas como Tesorería y Presupuesto puedan ejecutar lo proyectado, tanto en el Flujo de Caja, como en el Presupuesto aprobado para el 2013. Es de resaltar que este indicador es susceptible de mejora con un mayor índice de recuperación de cartera.



Comentario: Es importante anotar que si la organización hiciera el ejercicio real de medición de la liquidez financiera contemplando las variables de **recaudo** frente a **pagos**, se obtendría un resultado muy satisfactorio (1.03), es decir que por cada peso pagado el hospital cuenta con 1.03 pesos para respaldarlo; reflejando la real situación financiera del hospital, en virtud de la resolución 2509 de 2012 la cual evalúa el riesgo financiero de los hospitales, se reglamenta que el superávit o déficit presupuestal se analiza comparando reconocimientos menos compromisos, relación correcta y verídica que se debería considerar en la resolución 743 de 2013.

Indicador 10. *Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya:* En certificación del Contador del Hospital se puede evidenciar que el reporte se hizo en las fechas establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud. Cabe resaltar que en el proceso existe una articulación tanto de los grupos internos asistenciales y los equipos de trabajo de apoyo con el liderazgo y seguimiento del área de Sistemas de información, quien consolida y depura la información.

Indicador 11. *Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, o la norma que la sustituya:* en la certificación emitida por el Profesional de la oficina de presupuesto del Hospital se puede evidenciar que el reporte se hizo en las fechas establecidas por el Ministerio de Salud y la Protección Social. Es de anotar que el cargue de la información se realiza una vez se valida con cada responsable de la generación de los datos, pero en el transcurso de la vigencia se realizan ajustes si se detecta variación en la información para lo cual se solicita al Instituto Departamental de Salud, se autorice realizar los ajustes y se oficialice la información definitiva, respetando siempre los tiempos establecidos para tal fin.

La oportunidad en los indicadores 10 y 11 se basa en que la organización ha definido y aplicado sistemas de evaluación y control así como indicadores de gestión clínica, técnica, financiera y administrativa que se administran desde un cuadro de mando para así mantener control sobre el Sistema Integral Hospitalario de la Institución, lo cual nos permite tener información veraz y oportuna en el momento que exige la normatividad vigente; así como también divulgar sus resultados a nivel administrativo y gerencial, con la participación activa de las coordinaciones tanto asistenciales como administrativas, de igual manera reportarlo a los entes de control como el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Departamental de Salud de Nariño, entre otros. La unificación de criterios en todas las áreas permite también validar funcionalmente la información.



1.2.2 FACTORES CONTRIBUTIVOS A LOS LOGROS DEL ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Continuamos fortaleciendo el proceso de presupuestación, ejecutando las estrategias exitosas implementadas para la recuperación de cartera, en especial con entidades de difícil cobro como son las EPS en liquidación tales como CONDOR EPS, SELVA SALUD EPS y otras con un comportamiento financiero deficiente con el hospital, contribuyeron decididamente a que nuestra organización contratara con recursos suficientes para dar respuesta a los compromisos adquiridos, tanto con nuestro personal, como con los proveedores de bienes y servicios.

En materia de TIC's y en consonancia con los objetivos nacionales, la organización ha adelantado un censo - diagnóstico del hardware que permite establecer la necesidad de cambiar los equipos y tecnologías antiguas, se han adelantado trabajos a nivel de programación, plataforma y pruebas de desarrollo en la intranet institucional y la gestión de la información, se programa para las necesidades de las áreas y los requerimientos de oportunidad en la divulgación para nuestros usuarios. El incremento de la participación por parte del 100% del personal asistencial en las interfaces y herramientas de trabajo online y en tiempo real de historias clínicas y gestión de ayudas diagnósticas y farmacéutica permiten apego al proceso de inclusión al mundo de las TIC's y funcionalidad en procesos anexos como facturación, auditoría y gestión de la información.

Es importante resaltar que la nueva administración ha planteado como proyecto prioritario dentro de su Plan de Desarrollo "Un Hospital Seguro con Alma y Corazón para el Buen Vivir", la inclusión gradual del personal a la planta de personal, lo cual demuestra compromiso y responsabilidad con el personal del Hospital.

Para el año 2013 se presupuestaron 1.000 millones y para el año 2014, 2.000 millones de pesos para vinculación gradual a la planta del talento humano que labora en la institución a través de contratos, previo resultados del estudios de cargas laborales y reorganización administrativa. Durante el periodo gerencial, se estableció la política de minimizar la rotación de personal. Como resultado alcanzado, el porcentaje de rotación para el 2013 fue de 5.1% garantizando continuidad de procesos, motivación y pertenencia del personal con la organización.



SUBPROCESO DE FACTURACIÓN

TABLA 3: FACTURACIÓN GENERADA POR RÉGIMEN AÑO 2013.

TOTAL FACTURACIÓN GENERADA POR RÉGIMEN AÑO 2013		
RÉGIMEN	VALOR FACTURADO	%
SUBSIDIADO	53.503.817.899	56,93%
CONTRIBUTIVO	20.370.378.391	21,67%
VINCULADOS	8.554.383.429	9,10%
ESPECIAL	6.810.000.551	7,25%
SOAT	4.751.374.211	5,06%
TOTAL	93.989.954.481	100,00%

Fuente: Módulo Facturación DGH a 31Dic13

La mayor participación de los regímenes se encuentra concentrado en el Subsidiado y Contributivo, en su mayoría y respectivamente entidades como EMSSANAR, COMFAMILIAR, NUEVA EPS Y COOMEVA.

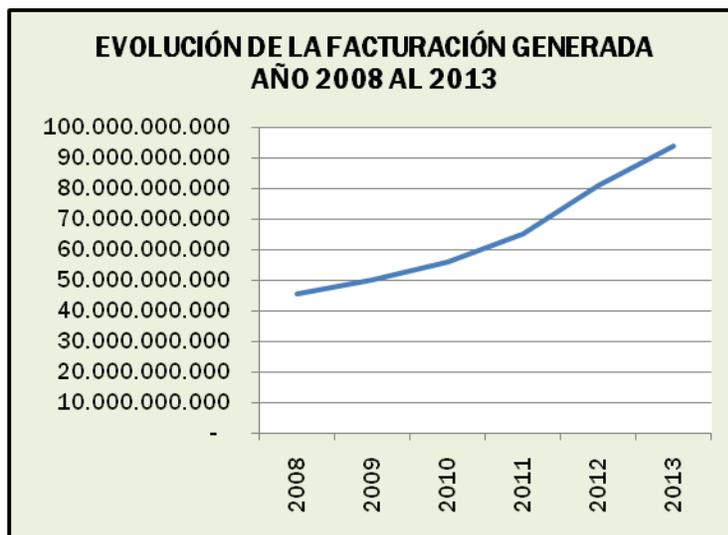
TABLA 4: EVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN GENERADA AÑO 2008 AL 2013

FACTURACIÓN GENERADA	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL GENERADO POR AÑO	45.660.016.079	50.215.325.094	56.176.736.538	65.257.183.170	81.085.237.951	93.989.954.481
PROMEDIO MES	3.805.001.340	4.184.610.425	4.681.394.712	5.438.098.598	6.757.103.163	7.832.496.207
VARIACIÓN %		9,98%	11,87%	16,16%	24,25%	15,92%

Fuente: Módulo Facturación DGH a 31Dic13

En lo correspondiente al año 2013, la facturación total generada ascendió a \$ 93.989.954.481 con un promedio de facturación generada mes de \$ 7.832.496.206 en el último año, situación muy ventajosa para la institución ya que permite hacer planes operativos anuales con proyecciones muy altas, favoreciendo los recursos provenientes de los servicios facturados.

La facturación generada se incremento en el año 2013 en un 16%, como consecuencia del continuo incremento de la capacidad instalada y nuevos servicios de salud prestados a los usuarios, en combinación con un buen proceso de facturación reflejado en la calidad de la factura. Se presentó un aumento significativo en la facturación del régimen subsidiado por la unificación del plan obligatorio de salud, también existe un incremento significativo en el régimen especial en relación a contratos con la Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, que permitió aumentar la facturación con estos regímenes en más del 40%.



CONTRATACIÓN POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Durante el año 2013, se estableció en el Subproceso de Facturación, la centralización de la suscripción de contratos de prestación de servicios de salud; con apoyo de las áreas administrativas involucradas como son Jurídica, Cartera, Auditoría, Atención al Usuario y Farmacia, se implementó la revisión de minutas contractuales antes de su suscripción, realizando observaciones pertinentes y favoreciendo los intereses de nuestra entidad en la prestación del servicio. Así mismo se establece un seguimiento del monto ejecutado de facturación en tiempo real, por cada contrato suscrito por el Hospital Universitario Departamental de Nariño, suscribiendo comunicados oficiales por la ejecución superior al 80%, así como también aquellos terminados por tiempo o superación del monto, situación que permitió un control puntualizado con cada entidad responsable de pago y convirtiéndose en una herramienta clave para la toma de decisiones.

A continuación se describe en resumen la contratación ejecutada por régimen durante la vigencia 2013.

TABLA 5: CONTRATACIÓN EJECUTADA POR RÉGIMEN DURANTE LA VIGENCIA 2013

RÉGIMEN	ENTIDADES CONTRATADAS	CONTRATOS SUSCRITOS	ADICIONES – OTRO SI.
Subsidiado	10	16	11
Vinculados	2	6	5
Contributivo	3	4	0
Especial	6	7	3
ARP	1	1	2
Seguros	4	4	
IPS Privadas	2	2	4
TOTAL	28	40	25

Fuente: Módulo Facturación DGH a 31Dic13



SUBPROCESO DE CARTERA

El Subproceso de Cartera presenta una síntesis sobre los logros de la gestión adelantada durante la vigencia 2013, indicando los resultados relevantes obtenidos en desarrollo de sus actividades y articuladas a los lineamientos definidos en el plan estratégico institucional y en cumplimiento de la normatividad vigente.

TABLA 6: CARTERA POR EDADES 2013 VRS 2012

EDAD	SALDO 2013	2013%	SALDO 2012	2012%	VARIACION
MAYOR 360	26.511.514.091	46%	22.963.934.490	52%	15%
181-360	8.525.396.936	15%	7.100.566.766	16%	20%
91-180	8.525.602.647	15%	5.101.278.358	12%	67%
61-90	5.539.137.978	10%	3.198.325.758	7%	73%
0-60	8.073.990.763	14%	5.437.869.660	12%	48%
TOTAL	57.175.642.415	100%	43.801.975.032	100%	31%

Fuente: Informe de Cartera depurada por edades - Módulo de Cartera Aplicativo DGH.Net.

Con corte a 31 de diciembre de 2013, el Informe de Cartera por Edades presenta un saldo acumulado de \$ 57.175 (millones) de la facturación despachada de los cuales el 46 % se concentra en cartera con vencimiento mayor a 361 días, presentando incremento del 15 % con respecto a la vigencia 2012, tal y como se muestra en la gráfica anterior, esto se debe a que este rango contiene los saldos de cartera de entidades liquidadas por valor de \$ 1.790 millones y además durante la vigencia 2012 y 2013 se liquidaron entidades como EPS Salud Cóndor con \$ 4.687 millones, Selva salud con \$ 6.508 millones, Secretaria de Salud del Choco con \$105 millones, Sol salud con \$ 15 millones y además del FOSYGA y CAPRECOM, catalogadas como entidades de difícil recaudo que adeudan a la institución aproximadamente \$ 12.020 millones de pesos.

Con relación a los demás rangos de la cartera por edades, podemos observar que presentan incremento, lo anterior obedece al mayor volumen de la facturación generada por nuestra institución en la vigencia 2013, la cual corresponde al 15% con respecto al 2012, paralelo al crecimiento de la facturación es importante mencionar el aumento en las objeciones radicadas por las diferentes EAPB, las cuales con corte a 31 de diciembre de 2013 ascienden a la suma de \$ 12.989 millones.

Comparativamente en la vigencia 2013 la cartera por edades presenta un incremento del 31% con respecto a la vigencia anterior, concentrado en su gran mayoría (54%) entre los rangos de 0 a 360 días considerados como cartera corriente objeto de gestión del subproceso de cartera.

**CARTERA POR REGIMEN**

A continuación se discrimina la participación de cada régimen en el total de la cartera por edades con corte a 31 de Diciembre de 2013, siendo el Régimen Subsidiado, Contributivo y SOAT los de mayor importancia en este análisis.

TABLA 7: CARTERA POR REGIMEN

REGIMEN	TOTAL 2013	%	2012	%
SUBSIDIADO	28.684.150.096	50%	21.028.514.537	48%
CONTRIBUTIVO	11.793.346.997	21%	7.166.103.571	16%
SOAT	7.235.712.623	13%	7.132.583.799	16%
VINCULADOS	4.174.832.480	7%	6.942.880.055	16%
ESPECIALES	3.347.354.314	6%	845.893.340	2%
PARTICUARES	6.964.124	0%	0	0%
IPS PRIVADAS	850.255.025	1%	453.461.342	1%
MUNICIPALES	180.305.494	0%	136.630.151	0%
ARP	800.251.153	1%	46.259.230	0%
PREPAGADA	30.374.543	0%	24.429.684	0%
IPS PUBLICAS	72.095.566	0%	25.219.322	0%
TOTAL	57.175.642.415	100	43.801.975.031	100%

Fuente: Informe Cartera depurada por edades - Módulo de Cartera Aplicativo DGH

CLASIFICACION DE LA CARTERA DE ACUERDO A LAS ESPECTATIVAS DE COBRO.

El subproceso de cartera, teniendo en cuenta el comportamiento de la facturación generada por el Hospital Universitario Departamental de Nariño, la recepción de objeciones, el pago de las diferentes EAPB y lo establecido en el REGIMEN DE CONTABILIDAD PUBLICA – MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CONTABLES , detalla la composición total del saldo de cartera con corte a 31 de Diciembre de 2013:

TABLA 8: CLASIFICACION DE LA CARTERA DE ACUERDO A LAS ESPECTATIVAS DE COBRO.

CONCEPTO	VALOR	%
CARTERA CORRIENTE	37.933.674.518	66%
CARTERA DE DIFICIL RECAUDADO	17.292.049.997	30%
EMPRESAS LIQUIDADAS	1.790.460.529	3%
CONCILIACION Y DEPURACION	159.457.371	0%
TOTAL	57.175.642.415	100%

Fuente: Cartera por módulo de cartera – Aplicativo DGH



Con respecto a la clasificación de la cartera de acuerdo a las expectativas de cobro y el comportamiento de pago, el valor más representativo se encuentra concentrado en entidades con cartera corriente, a las cuales se les realiza gestión directa por parte del subproceso de cartera, y se ha focalizado la gestión mediante la implementación de estrategias como el cobro pre- jurídico, acuerdos de pago, circularizaciones, conciliaciones, tele cobro, y seguimiento integral a cada una de estas entidades.

Otro dato relevante y que afecta directamente el recaudo y los resultados generales del subproceso de cartera, es el porcentaje de esta que se encuentra en cartera de difícil recaudo (30%), ya que es considerablemente alto y puede desdibujar los resultados obtenidos en el cobro de la cartera corriente realizada por el subproceso, puesto que con corte a 31 de diciembre de 2013 el valor que registra la cartera por este concepto es de \$17.292 millones, cifra que con el transcurrir del tiempo va aumentando por el mal comportamiento de pago de algunas entidades a las cuales no se les puede negar la atención de urgencias a los usuarios adscritos a ellas, esto sumado a fenómenos como la prescripción han generado preocupación tanto en el subproceso de cartera como en la coordinación financiera para implementar, acoplar y realizar seguimiento al cobro jurídico de manera continua dentro del proceso de recuperación de cartera.

RECAUDO

El Recaudo es quizás el objetivo más importante de cartera ya que de él nace la misión del subproceso la cual consiste en velar porque el recaudo se haga de manera eficaz y constante y así proporcionar al Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. los recursos financieros necesarios para su óptimo funcionamiento y mejoramiento de sus servicios.

A continuación se detalla el comportamiento del recaudo de las principales entidades, las cuales presentan mayor participación en la recuperación total de cartera:

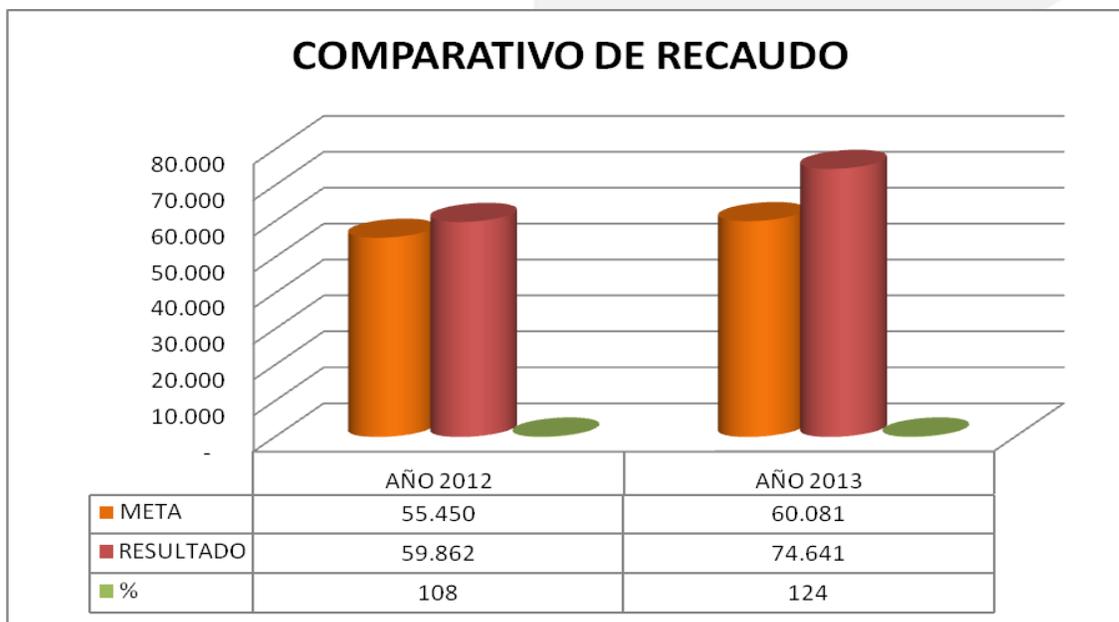


TABLA 9: COMPARATIVO RECAUDO TOTAL 2013 – 2012

ENTIDAD	2013	%	2012	%
EMSSANAR	24.297.616.256	33%	13.008.040.253	22%
OTRAS	15.988.932.656	21%	13.556.136.973	23%
NUEVA EPS	6.899.079.506	9%	6.559.680.048	11%
IDSN	6.373.626.679	9%	7.875.468.212	13%
COMFAMILIAR	4.999.027.613	7%	3.378.169.857	6%
COOMEVA	4.859.619.779	7%	5.778.848.830	10%
MALLAMAS	3.746.427.094	5%	3.079.917.829	5%
ASMET	2.933.723.127	4%	2.520.956.798	4%
POLICIA	2.372.051.435	3%	3.584.614.094	6%
SALUDCOOP	2.170.885.884	3%	519.906.155	1%
TOTAL	74.640.990.029	100%	59.861.739.049	100%

Fuente: Módulo de Cartera Aplicativo DGH.

Tanto para las vigencias 2012 y 2013 nuestro mayor y mejor cliente es la entidad EMSSANAR, que paso en el 2012 del 22% al 2013 al 33%, debido al incremento en su facturación, con un recaudo promedio de \$ 2.024 millones mensuales.



Fuente: Módulo de Cartera Aplicativo DGH



Para el 2013 se estableció como meta de recaudo el valor de \$ 60.081 (millones), obteniendo un resultado de \$74.641 (millones) equivalente a 124% de cumplimiento, lo anterior debido a los \$ 22.687 millones que se recuperó de vigencia anterior, al pago extraordinario que se recibió de CAPRECOM NACIONAL por valor de \$ 3.800 millones en los meses de marzo y abril de 2013, además a los acuerdos de pago con las entidades NUEVA EPS, COOMEVA, ASMET, MALLAMAS, SALUD VIDA, PROINSALUD, PREVISORA y COOMEVA MEDICINA PREPAGADA y EMSSANAR que incremento su promedio de recaudo y al aumento en su facturación resaltando que esta entidad es nuestro principal cliente, además de la gestión realizada para la oportuna aplicación por parte de las EAPB del régimen subsidiado en lo establecido por el artículo 13 literal D. de la Ley 1122 del 2007 correspondiente a pagos anticipados de la facturación despachada mensualmente y a la Resolución 2320 del 2011 correspondiente a los giros directos.

De acuerdo a lo anterior el recaudo de la vigencia 2013 con respecto al 2012, presentó un incremento de \$ 14.779 millones, garantizando a la institución la eficacia en la recuperación de cartera, contribuyendo de esta manera a que áreas como Tesorería y Presupuesto puedan ejecutar lo proyectado por ellos tanto en el Flujo de Caja como en el Presupuesto aprobado para el 2013.

Es importante recalcar que para lograr estos resultados se ha tenido acompañamiento y respaldo permanente de la alta dirección de nuestra institución.

TABLA 10: PARTICIPACIÓN POR RÉGIMEN EN EL RECAUDO META Vs. RESULTADO

CONCEPTO	META	RECAUDO	%
SUBSIDIADO	28.296.064.866	42.817.644.558	151%
CONTRIBUTIVO	15.650.302.666	14.401.815.273	92%
VINCULADO	7.405.674.339	7.864.253.066	106%
SOAT	4.688.351.923	4.459.095.710	95%
REGIMEN ESPECIAL	3.354.638.501	3.840.793.283	114%
ARP	322.698.247	561.270.060	174%
IPS PRIVADAS	217.227.752	296.285.611	136%
CONSIGNACIONES SIN IDENTIFICAR		294.065.256	100%
MEDICINA PREPAGADA	74.674.168	48.670.231	65%
LIQUIDACION		27.919.482	100%
CIAS ASEGURADORAS	72.339.355	25.512.582	35%
IPS PUBLICAS		1.958.400	100%
PARTICULARES		310.110	100%
TOTAL	60.081.971.817	74.639.593.622	124%

Fuente: Módulo de Cartera Aplicativo DGH.



Como se presenta en la tabla anterior el mayor porcentaje del recaudo del 2013 se concentró en el Régimen Subsidiado, Contributivo y vinculado, consecuentemente al incremento de la facturación generada por el Hospital y priorizando el recaudo de la cartera corriente, fortaleciendo la gestión a las radicaciones mensuales mediante la aplicación de la normatividad vigente y a la aplicación de Resoluciones y Ley emitidas por el Ministerio de Salud como fueron la 4345 del 2012 y 3239 del 2013 y Ley 1608 de 2012, gracias a la interacción del personal de cartera con Gerentes, Jefes Financieros, Jefes de Presupuesto, Tesoreros y Auxiliares de Tesorería de las diferentes EAPB con el fin de lograr con efectividad y eficiencia el pago de sus obligaciones a favor del Hospital.

Así mismo contamos con un buen comportamiento en SOAT por aseguradoras como QBE, Colpatria, Previsora y Seguros del Estado y dentro del régimen especial ha sido muy significativo el contrato de la Policía Nacional.

ROTACION DE CARTERA

La rotación de cartera establece el número de veces que las cuentas por cobrar rotan en el año, y nos refleja la calidad de la cartera de nuestra institución

A Diciembre de 2013 este indicador se estableció en 1.90, equivalente a 193 días periodo promedio de pago, con resultado del 95% de acuerdo a la meta establecida de 2 veces, mejorando significativamente con respecto al año anterior ya que durante la vigencia 2012 este indicador cerró con resultado de 1.82 veces equivalente a 201 días.

El resultado obtenido y no cumplimiento del 100% de la meta a pesar de cumplir satisfactoriamente con el recaudo durante este año se debe a factores externos al subproceso que afectan el resultado de este indicador ya que la cartera se encarga de calcular la rotación, mas no tiene alcance sobre todas las variables que influyen en él, como son entre otras:

El incumplimiento en los términos de las obligaciones financieras por parte de los clientes de la institución argumentando falta de recursos y liquidez, dilatando los pagos y ampliando unilateralmente los plazos establecidos.

Saldos en cartera de empresas en procesos de liquidación como Cóndor EPS y Selva salud, los cuales quedaron adeudando al HUDN aproximadamente 11.000 millones de pesos.

Saldos en cartera de empresas liquidadas desde la vigencia 2000: como Guaitara, Faser, Sociedad San Andrés, Dasalud, entre otras, las cuales quedaron adeudando al HUDN aproximadamente a 1.792 millones de pesos.



Cartera de difícil recaudo, la cual a pesar de realizar procesos de cobro jurídico no ha surtido efecto por la demora de los mismos procesos, la cual asciende aproximadamente a 17.000 millones de pesos.

De todas maneras es importante resaltar que durante las vigencias 2011, 2012 y 2013 se han realizado avances significativos encaminados a obtener la mayor razonabilidad posible en cuanto a los saldos de deudores objeto de cobro, con el fin de lograr mejorar la calidad de la cartera de nuestra institución para lo cual desde el 2011 el subproceso de cartera ha formulado y trabajado sobre metas de Depuración Anual, con el fin de medir los resultados logrados en este tema, además de que los avances logrados en periodos anteriores nos han permitido, junto con el buen promedio de recaudo que se maneja actualmente, alcanzar durante el 2013, en cuatro ocasiones el cumplimiento de la meta de rotación.

TABLA 11: COMPARATIVO ROTACION DE CARTERA VIGENCIAS 2013-2012

INDICADOR	MES	E	F	M	A	M	J	JL	AG	SEP	OCT	NOV	DIC	PROM.
Ventas a	M=	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
crédito/Promedio de	2012	1,96	1,98	1,87	1,85	1,78	1,77	1,79	1,82	1,52	1,84	1,72	1,89	1,82
cuentas por cobrar	2013	1,98	1,61	1,93	2,05	1,95	1,72	2,00	1,74	1,84	2,02	1,87	2,01	1,90

Fuente: Módulo de Cartera Aplicativo DGH-Tablero Control Rotación de Cartera.

ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA, ECONÓMICA, SOCIAL Y AMBIENTAL

INGRESOS

La principal fuente de ingresos del Hospital Universitario departamental de Nariño es la facturación por prestación de servicios de salud que para el 2013 fue de \$94.325 millones que corresponde al 95% del total de los ingresos. La facturación está afectada por el rubro de devoluciones, rebajas y descuentos que para esta vigencia fue de \$3 millones, muy baja con respecto a años anteriores. Es de anotar que en años anteriores de acuerdo a condiciones contractuales, se pacto descuentos en facturación con el Instituto Departamental de Salud de Nariño del 8% y 10%, facturación que para el periodo 2012 y 2013 disminuyó considerablemente.

Comparando esta cifra con lo facturado en la vigencia 2012 se encuentra un incremento 16 %, explicado por la ampliación del portafolio de servicios con el fortalecimiento de las especialidades existentes y supra especialidades como Retinología, Vasculares, Reumatología, Toxicología, Neumología, Nefrología, Cirugía de columna y Neurocirugía. Adicionalmente para el 2013, se incrementan las tarifas el 4.02%.

**TRANSFERENCIAS**

Las transferencias no son significativas, para el año 2013 corresponde a consignación del Ministerio de la Protección Social para implementación de planes hospitalarios en emergencias y desastres.

TABLA 12: INGRESOS (en miles de pesos)

DETALLE	2012	2013	INCREMENTO 2012-2013
VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	81.103.807	94.325.483	16%
TRANSFERENCIAS	640.000	80.000	(88%)

Fuente: Estados Financieros 2013

Discriminado por centros de costo, el 83% de las ventas realizadas en el año 2013 se concentran en las áreas de Hospitalización, Quirófanos, Imagenología, Urgencias y Farmacia con la siguiente participación:

TABLA 13: VENTA DE SERVICIOS POR CENTRO DE COSTO

VENTA DE SERVICIOS POR CENTRO DE COSTOS DEL AÑO 2013		
(Valores en miles de pesos)		
CENTRO DE COSTO	VALOR	%
HOSPITALIZACION - CUIDADOS INTENSIVO	19.386.913	20,55
HOSPITALIZACION - ESTANCIA GENERAL	18.359.995	19,46
QUIROFANOS	12.541.925	13,30
APOYO DIAGNOSTICO - IMAGENOLOGIA	10.233.390	10,85
URGENCIAS - OBSERVACION	6.169.499	6,54
FARMACIA E INSUMOS HOSPITALARIOS	5.898.380	6,25
URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS	5.734.202	6,08
APOYO DIAGNOSTICO - LABORATORIO CLINICO	4.749.390	5,03
APOYO TERAPEUTICO - REHABILITACION Y TERAPIAS	3.964.405	4,20
APOYO TERAPEUTICO - BANCO DE SANGRE	1.654.054	1,75
APOYO TERAPEUTICO - TERAPIAS ONCOLOGICAS	1.391.394	1,48
CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS	1.242.756	1,32
CONSULTA ESPECIALIZADA	1.206.753	1,28
HOSPITALIZACION - RECIEN NACIDOS	602.385	0,64
SALAS DE PARTO	600.399	0,64
APOYO DIAGNOSTICO - ANATOMIA PATOLOGICA	298.688	0,32
SERVICIOS DE AMBULANCIAS	152.109	0,16
OTRAS UNIDADES DE APOYO TERAPEUTICO	92.210	0,10
OTROS SERVICIOS	49.947	0,05
TOTAL	94.328.794	100

Fuente: Estados Financieros 2013



Es importante recordar que la venta de medicamentos y dispositivos médicos, que constituye un 40% de las ventas totales se encuentra distribuida en cada uno de los centros de costos y no se toma como una unidad de negocios independiente a excepción de central de mezclas y ventas a particulares.

COSTOS

El incremento de la capacidad instalada y la ampliación del portafolio de servicios influyen directamente en los costos de la institución, que con respecto al año anterior crecieron el 21%. Este incremento radica principalmente en la contratación de mano de obra calificada para el fortalecimiento de los servicios existentes y para las nuevas especialidades.

TABLA 14: COSTOS (en miles de pesos)

DETALLE	2012	2013	INCREMENTO 2012-2013
COSTOS	57.967.064	69.899.857	21%

Fuente: Estados Financieros 2013

Los costos para el año 2013 discriminados por centro de costos se presentan a continuación, donde el 82% se concentra en las áreas de Hospitalización, Quirófanos, Farmacia, Urgencias e Imagenología, las mismas que generan el 83% del total de los ingresos por prestación de servicios.



TABLA 15: COSTOS POR CENTRO DE COSTO

COSTOS POR CENTRO DE COSTO A 31 DE DICIEMBRE DE 2013		
(Valores en miles de pesos)		
NOMBRE	VALOR	%
HOSPITALIZACION - ESTANCIA GENERAL	17.255.213	24,69
HOSPITALIZACION - CUIDADOS INTENSIVOS	12.134.980	17,36
QUIROFANOS	8.730.680	12,49
FARMACIA E INSUMOS HOSPITALARIOS	5.892.748	8,43
URGENCIAS -OBSERVACION	5.577.211	7,98
URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS	3.735.852	5,34
APOYO DIAGNOSTICO - IMAGENOLOGIA	3.692.704	5,28
APOYO DIAGNOSTICO - LABORATORIO CLINICO	2.469.784	3,53
SERVICIOS AMBULATORIOS - CONSULTA ESPECIALIZADA	2.082.407	2,98
APOYO TERAPEUTICO - BANCO DE SANGRE	1.555.233	2,22
SERVICIOS AMBULATORIOS - CONSULTA EXTERNA Y PROCEDIMIENTOS	1.476.297	2,11
APOYO TERAPEUTICO - REHABILITACION Y TERAPIAS	1.252.623	1,79
HOSPITALIZACION - RECIEN NACIDOS	1.124.563	1,61
SALAS DE PARTO	1.110.067	1,59
APOYO TERAPEUTICO - TERAPIAS ONCOLOGICAS	1.057.733	1,51
APOYO DIAGNOSTICO - ANATOMIA PATOLOGICA	419.151	0,60
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD - SERVICIOS DE AMBULANCIAS	312.483	0,45
SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD -OTROS SERVICIOS	20.130	0,03
TOTAL	69.899.859	100

Fuente: Estados Financieros 2013

GASTOS**GASTOS DE ADMINISTRACION**

Los gastos de Administración crecen el 40% con respecto al año anterior, por el incremento en personal de apoyo, por los mayores valores aprovisionados para protección de cartera de dudoso recaudo y por la provisión del 100% de la inversión en acciones de EPS Cóndor, empresa que se encuentra en liquidación.

TABLA 16: GASTOS (en miles de pesos)

DETALLE	2012	2013	INCREMENTO 2012-2013
GASTOS OPERACIONALES	13.123.936	18.355.149	40%
De administración	8.917.470	11.992.728	34%
Provisiones, Depreciaciones y Amortizaciones	4.206.466	6.362.421	51%

Fuente: Estados Financieros 2013



Lo anterior se presenta de manera resumida con los siguientes indicadores de rentabilidad:

TABLA 17: INDICADORES DE RENTABILIDAD

INDICADOR	2012	2013
MARGEN BRUTO	29,32%	25,98%
MARGEN OPERACIONAL	13,13%	6,52%
MARGEN NETO	10,10%	7,82%

Fuente: Estados Financieros 2013

BALANCE GENERAL

ACTIVOS

Los activos del Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. mantienen la proporción entre Activos Corrientes y No Corriente, aunque para el año 2013 cambia la tendencia, incrementándose la proporción de Activos Corrientes por el incremento en deudores e inventarios efecto de una mayor facturación.

TABLA 18: ACTIVOS (en miles de pesos)

ACTIVO	2012	2013	INCREMENTO 2012-2013
CORRIENTE	59.656.448	69.434.749	16%
Efectivo	9.907.956	5.148.393	(48%)
Inversiones	594.946	139.681	(77%)
Deudores	47.045.430	60.351.249	28%
Inventarios	2.108.116	3.795.426	80%
NO CORRIENTE	64.092.425	64.106.084	0%
Propiedades, planta y equipo	62.252.137	62.424.166	0%
Otros activos	1.840.288	1.681.918	(9%)
TOTAL ACTIVO	123.748.873	133.540.833	8%

Fuente: Estados Financieros 2013

Como es común en entidades de Salud, los activos de la institución se encuentran concentrados en los Rubros de Deudores y Propiedades, planta y equipos, siendo éstos el 88% y el 92% del total de los Activos para los años 2012 y 2013 respectivamente.



Los deudores se incrementan con respecto al periodo anterior en 28%, crecimiento que se genera principalmente por el incremento en ventas que alcanza en el 2013 un promedio mensual de facturación de \$7.860 millones. El incremento en ventas también está directamente relacionado con el incremento en la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos cuyo incremento fue del 80% en el mismo periodo.

PASIVOS

Los pasivos representan el 19% del total del activo para los años 2012 y 2013, evidenciando un bajo nivel de endeudamiento.

Para el año 2013, las principales deudas que posee la institución corresponden a:

- Crédito FINDETER tasa compensada a largo plazo tomado en el año 2008 (7 años) destinado a inversiones en propiedad planta y equipo. Durante los años 2008 a 2013 se han amortizado 23 cuotas por valor de \$5.750 millones y corresponde al 1% del Activo total.
- Cuentas por pagar por adquisición de Bienes, servicios, contratistas y acreedores varios necesarios para el funcionamiento de la entidad que corresponden al 10% del Activo total.
- Obligaciones laborales que corresponden a la provisión para cubrir los valores a pagar por concepto de cesantías a personal de retroactividad que corresponde al 3% del Activo total.
- Otros pasivo que equivalen al 5% del Activo total, donde se relacionan los rubros de Cartera por descargar y Consignaciones sin identificar que corresponden a deudores cancelados de los cuales no se conoce el consignante o la relación de facturas pagadas necesarias para su descargue en cartera.

Los pasivos para el año 2013 se incrementaron en los rubros de Obligaciones laborales (46%), por incremento de la provisión para cesantías retroactivas y en el rubro de otros pasivos por efecto de reclasificación de las cuentas de cartera por descargar y consignaciones sin identificar del Rubro de cuentas por pagar.

En el rubro de cuentas por pagar se genera para el 2013 un incremento como efecto de una mayor compra de medicamentos y dispositivos médicos, pero en el cuadro comparativo se evidencia una disminución en este rubro por efecto de la reclasificación de las cuentas mencionadas en párrafo anterior, generando una disminución del 23%.



TABLA 19: PASIVOS (en miles de pesos)

PASIVO	2012	2013	INCREMENTO 2012-2013
CORRIENTE	21.088.329	18.173.400	(14%)
Cuentas por pagar	17.707.617	13.582.303	(23%)
Obligaciones laborales	2.617.300	3.827.685	46%
Pasivos estimados	763.412	763.412	0%
NO CORRIENTE	2.264.985	7.593.308	235%
Obligaciones Financieras.	2.250.000	1.250.000	(44%)
OTROS PASIVOS	14.985	6.343.308	42.231%
TOTAL PASIVO	23.353.314	25.766.708	10%

Fuente: Estados Financieros 2013

PATRIMONIO

El Patrimonio corresponde a más del 80% del Activo total y se incrementa con las utilidades de cada vigencia que para el 2013 fue del 7.3% con respecto al año anterior.

TABLA 20: PATRIMONIO (en miles de pesos)

PATRIMONIO	2012	2013	INCREMENTO 2012-2013
Patrimonio institucional	100.395.559	107.774.125	7.3%

Fuente: Estados Financieros 2013

El comportamiento del Balance General, se resume en los siguientes indicadores de liquidez y endeudamiento.

TABLA 21: INDICADORES DE LIQUIDEZ Y ENDEUDAMIENTO

INDICADOR	2012	2013
RAZON CORRIENTE	2,83%	3,82%
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	18,87%	19,3%

Fuente: Estados Financieros 2013



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



"Un hospital seguro con alma y corazón para el buen vivir"

**Área de Gestión
Clínica y Asistencial**



1.3 ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL

La norma para este grupo plantea un ponderado total del 40%, es decir 2 de cinco puntos, el resultado de esta área logro 38,4% equivalente a 1,92 puntos de 2 posibles hecho que se puede observar en el siguiente cuadro.

CUADRO 3 INDICADORES, METAS Y RESULTADOS ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL

AREA DE GESTION	NUMERO	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	RESULTADO DEL PERÍODO EVALUADO	CALIFICACIÓN	PONDERACION	RESULTADO PONDERADO
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación	mayor o igual a 0,8	0,92	5	0,0814	0,407
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia	mayor o igual a 0,8	0,94	5	0,0614	0,307
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se les realizó la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la Vigencia objeto de evaluación	mayor o igual a 0,9	0,93	5	0,0614	0,307
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de IAM a quienes se inicio la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de IAM en la vigencia	mayor o igual a 0,9	0,92	5	0,0614	0,307
	17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo / Total de defunciones intrahospitalaria mayores de 48 horas en el periodo	mayor o igual a 0,9	1,00	5	0,0614	0,307
	19	Oportunidad en la atención de consulta gineco-obstétrica	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio para ser atendido en la consulta gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas medicas gineco-obstétricas asignadas en la institución	menor o igual a 8	10,35	3	0,0414	0,124
	20	Oportunidad en la atención de consulta de medicina interna	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio para ser atendido en la consulta de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución	menor o igual a 15	11,63	5	0,0314	0,157
TOTAL CALIFICACIÓN DEL PERÍODO								1,92

Fuente: Oficina de planeación.

1.3.1 ANÁLISIS SITUACIONAL

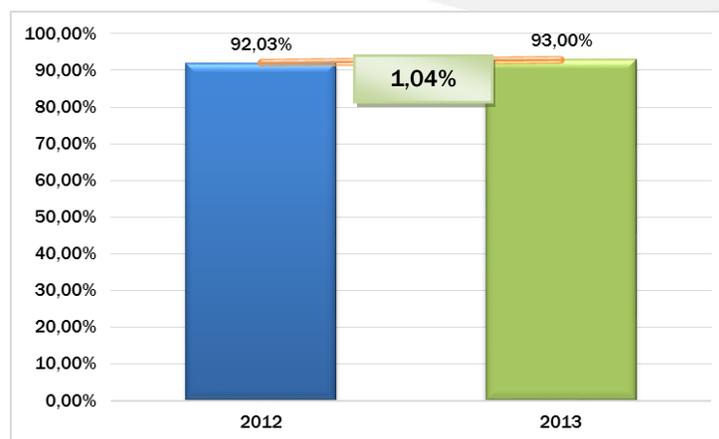
Indicador 12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación: En informe de la oficina asesora de Auditoria Medica se evidencia que el 92% de historias clínicas auditadas de pacientes con edad gestacional mayor a 27 semanas atendidas en el Hospital, cuentan con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del tercer trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación, información que se fortalece con la puesta en marcha de estrategias como la vigilancia de la morbilidad materna extrema, rondas de seguridad del paciente y auditoria permanente en los servicios de maternidad.



Indicador 13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida: se obtiene un 94% de historias Clínicas auditadas con aplicación estricta de la guía de manejo para el diagnóstico de parto, que es la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en el año 2013. Cabe resaltar que el apego del plan de tratamiento a las guías y protocolos clínicos se ha fortalecido con la aplicación de un nuevo formato que permite centrarse en el tratamiento ajustado a las guías y que el diagnóstico también sea ajustado a las guías clínicas, este apego obtuvo en el año 2013 un resultado del 94%

Indicador 14. Oportunidad en la realización de Apendicetomía: se obtiene que al 93% de los pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, se les realizó apendicetomía en menos de 6 horas, resultado satisfactorio teniendo en cuenta que la organización ha realizado grandes esfuerzos por garantizar la presencialidad de especialidades básicas como cirugía y anestesiología. De otra parte también se ha fortalecido el seguimiento al cumplimiento de agendas de los especialistas por parte de la subgerencia de prestación de servicios, lo que ha dado lugar a disminuir los tiempos de espera no solo en estos diagnósticos sino en todos los demás que ameriten la atención en quirófanos.

OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICETOMÍA (Porcentaje de apendicetomías dentro de 6 horas)



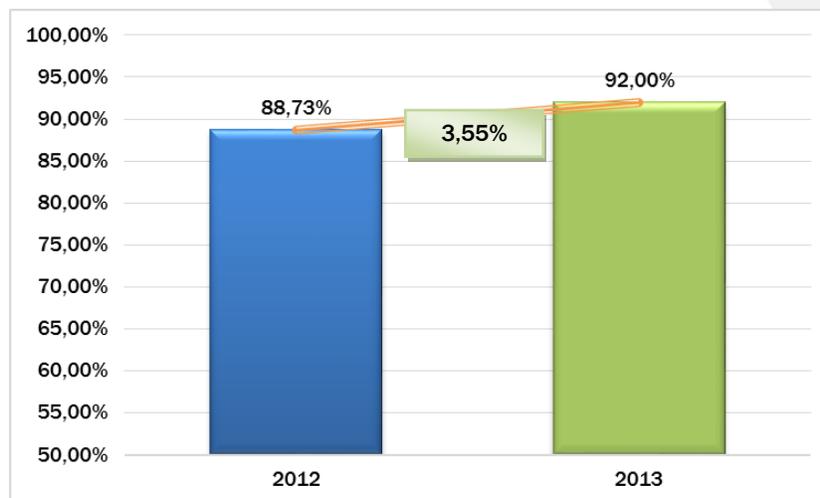
Fuente: Decreto 2193 página SIHO Ministerio de Protección Social

Indicador 16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM): el resultado del 92% en este indicador revela el apego a protocolos y guías en un amplio margen, un punto porcentual por debajo de la meta, justificado en que el Hospital es un centro de referencia del Suroccidente Colombiano y cuando el 11% de los pacientes remitidos con este diagnóstico ingresan al servicio de urgencias ya han superado la hora para la realización del procedimiento antitrombótico; evidenciando adicionalmente el desapego a guías de medicación, para este caso específico, e imposibilitando su tratamiento con este método.



Todo lo anterior ocurre debido a las distancias y demoras desde el origen en los territorios de los cuales provienen; a pesar de todo, como se mencionó anteriormente, la meta formulada por la norma está en el 90%, resultado superado por la organización gracias a la capacidad resolutoria y a la oportunidad en la atención mejorada.

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)



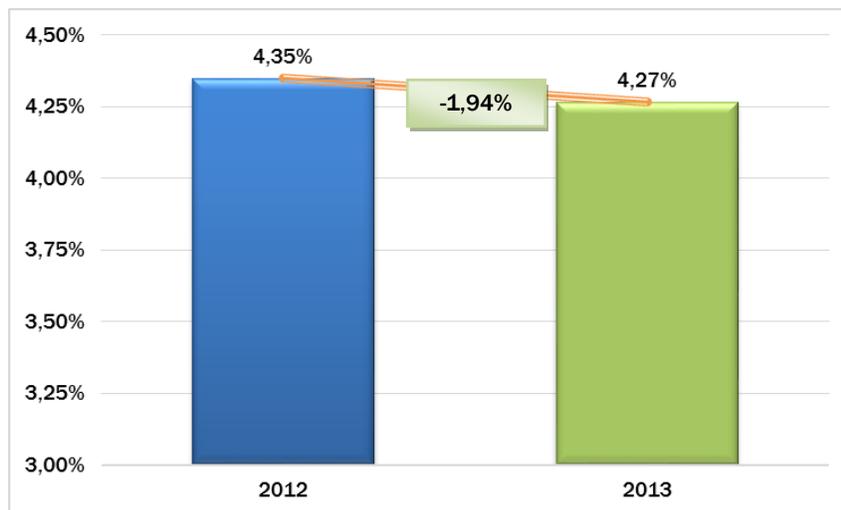
Fuente: Decreto 2193 página SIHO Ministerio de Protección Social

Indicador 17. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria: Resultado 100%, el Hospital cuenta con dos comités que se encargan de apoyar este indicador, como lo son: el Comité de Vigilancia Epidemiológica y el Comité de Historias Clínicas, a los cuales se le ha encargado el análisis de la mortalidad sucedida al interior de la organización, logrando que el 100% de casos ocurridos en la vigencia 2013 se consideren en sus agendas; permitiendo de esta forma la formulación de planes de mejora de los servicios y el aumento de la frecuencia de reuniones de los comités a sesiones semanales.

A continuación se puede observar en la siguiente gráfica el comportamiento que ha tenido la mortalidad sucedida después de 48 horas al interior del hospital:



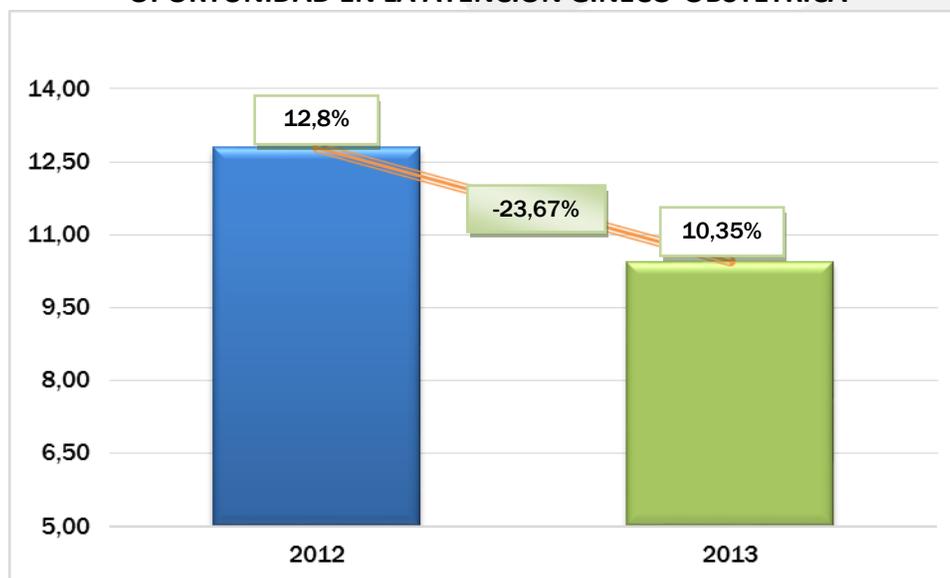
PORCENTAJE DE MUERTES DESPUES DE 48 HORAS



Fuente: Decreto 2193 página SIHO Ministerio de Protección Social

Indicador 19. Oportunidad en la atención Gineco-Obstétrica y Oportunidad en la atención de Medicina Interna: El resultado de 10,35 para el 2013, inferior a los 12,8 días en el 2012, en la oportunidad de la atención de Gineco-Obstétrica evidencia un claro mejoramiento del escenario de oportunidad para las usuarias de este servicio, quienes requieren de acuerdo a la norma mejorar aún más el indicador, lo cual se logrará con el fortalecimiento del talento humano especializado y los mejoramientos en las agendas y disponibilidad en el servicio.

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN GINECO-OBSTETRICA



Fuente: Decreto 2193 página SIHO Ministerio de Protección Social



Indicador 20. El resultado de 11,63 días para el 2013, inferior a los 16 días del 2012 en la atención de Medicina Interna demuestra el esfuerzo del Hospital por el mejoramiento que ha permitido estar dentro de la meta planteada (15 días), es decir existen tiempos adecuados para la atención del servicio y satisfacer la necesidad de salud de los usuarios.

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA INTERNA



Fuente: Decreto 2193 página SIHO Ministerio de Protección Social

1.3.2 FACTORES CONTRIBUTIVOS A LOS LOGROS DEL ÁREA CLÍNICA O ASISTENCIAL

Es preciso destacar que la organización para el 2013, realizó un detallado seguimiento a los indicadores de gestión clínica, de producción y de calidad lo cual se presenta en los siguientes cuadros:



TABLA 22: INDICADORES DE PRODUCCIÓN DECRETO 2193 ACUMULADO AÑO 2013

INDICADORES PRODUCCIÓN DECRETO 2193	PERIODO		
	2012	2013	%
DOSIS BIOLÓGICAS APLICADAS	3.705	3.549	-4,40%
CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL URGENTES REALIZADAS	24.996	35.450	29,49%
CONSULTAS DE MEDICINA ESPECIALIZADA ELECTIVAS REALIZADAS	39.879	45.041	11,46%
CONSULTAS DE MEDICINA ESPECIALIZADA URGENTES REALIZADAS	10.630	11.513	7,67%
PARTOS VAGINALES	900	902	0,22%
PARTOS POR CESÁREA	914	942	2,97%
TOTAL EGRESOS	15.592	16.038	2,78%
EGRESOS OBSTÉTRICOS (PARTOS, CESÁREAS Y OTROS EGRESOS OBSTÉTRICOS)	1.814	1.867	2,84%
EGRESOS QUIRÚRGICOS (SIN INCLUIR PARTOS, CESÁREAS Y OTROS EGRESOS OBSTÉTRICOS)	5.745	6.392	10,12%
PACIENTES EN OBSERVACIÓN	11.804	14.054	16,01%
PACIENTES EN CUIDADOS INTERMEDIOS	385	538	28,44%
PACIENTES UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS	1.429	1.939	26,30%
TOTAL DE DÍAS ESTANCIA DE LOS EGRESOS	84.989	87.058	2,38%
TOTAL DE DÍAS CAMA OCUPADOS	62.031	66.044	6,08%
TOTAL DE DÍAS CAMA DISPONIBLES	75.555	75.555	0,00%
PROMEDIO ESTANCIA	5,45	5,43	-0,42%
GIRO CAMA	75,32	77,48	2,78%
PORCENTAJE OCUPACIONAL	82,10%	87,41%	6,08%
TOTAL DE CIRUGÍAS REALIZADAS (SIN INCLUIR PARTOS Y CESÁREAS Y OT OBSTETR)	8.624	10.697	19,38%
CIRUGÍAS GRUPOS 2-6	2.544	2.667	4,61%
CIRUGÍAS GRUPOS 7-10	4.202	5.716	26,49%
CIRUGÍAS GRUPOS 11-13	1.386	1.722	19,51%
CIRUGÍAS GRUPOS 20-23	492	592	16,89%
EXÁMENES DE LABORATORIO	331.384	405.416	18,26%
NÚMERO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS TOMADAS	53.443	58.801	9,11%
NÚMERO DE SESIONES DE TERAPIAS RESPIRATORIAS REALIZADAS	85.987	91.058	5,57%
NÚMERO DE SESIONES DE TERAPIAS FÍSICAS REALIZADAS	26.064	26.105	0,16%
OTRAS TERAPIAS	7.599	10.134	25,01%

Fuente: Decreto 2193 página SIHO Ministerio de Protección Social



TABLA 23: INDICADORES DE CALIDAD DECRETO 2193 ACUMULADO AÑO 2013

INDICADORES DE CALIDAD	Anual		
	2012	2013	%
OPORTUNIDAD EN CITAS MÉDICAS PARA LA ESPECIALIDAD DE NEONATOLOGIA	10,52	5,84	-80,13%
OPORTUNIDAD EN CITAS MÉDICAS PARA LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL	14,49	11,46	-26,47%
PORCENTAJE DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS	4,91%	5,27%	6,83%
OPORTUNIDAD EN CONSULTA DE URGENCIAS EN MINUTOS	22,41	28,80	22,18%
OPORTUNIDAD EN EL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA EN DÍAS	1,00	0,88	-13,35%
OPORTUNIDAD EN CIRUGÍA PROGRAMADA EN DÍAS	12,69	13,00	2,38%
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)	88,73%	92,00%	3,55%
PORCENTAJE DE REINGRESO DE PACIENTES DE HOSPITALIZACIÓN ANTES DE 20 DÍAS POR LA MISMA CAUSA	0,95%	0,74%	-27,94%
PORCENTAJE DE EGRESOS VIVOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	94,93%	94,91%	-0,01%
PORCENTAJE DE MUERTES ANTES DE 48 HORAS	0,72%	0,82%	11,54%
PORCENTAJE DE PACIENTES CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL	1,21%	1,61%	25,28%
OPORTUNIDAD EN LA GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	0,95	0,94	-1,19%
PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS	93,68%	97,95%	4,36%

Fuente: Decreto 2193 página SIHO Ministerio de Protección Social



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



"Un hospital seguro con alma y corazón para el buen vivir"

**Otros Escenarios
por Destacar**

**OTROS ESCENARIOS POR DESTACAR****2.1 NUESTROS CLIENTES**

El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E. al ser centro de referencia del Suroccidente Colombiano, refleja su capacidad de respuesta a los requerimientos del mercado al ser llamado a brindar los servicios a múltiples entidades y regímenes, todos los que se mencionan a continuación mantuvieron relación directa con la organización para la atención de sus afiliados y debido al buen nombre, la calidad de prestación y la oportunidad en el servicio manifiestan la preferencia por la contratación con el hospital.

TABLA 24: PRINCIPALES CLIENTES DEL 2013

ENTIDAD	RÉGIMEN	% Participación
EMSSANAR ESS	SUBSIDIADO	30%
NUEVA E.P.S	CONTRIBUTIVO	10%
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NARIÑO	VINCULADOS	8%
COOMEVA EPS	CONTRIBUTIVO	7%
COMFAMILIAR	SUBSIDIADO	6%
MALLAMAS INDÍGENA EPS	SUBSIDIADO	5%
POLICIA NACIONAL	REGIMEN ESPECIAL	5%
EPS ASMET-SALUD	SUBSIDIADO	4%
SELVASALUD S.A. EPS	SUBSIDIADO	4%
SALUDCOOP EPS	CONTRIBUTIVO	3%
CAPRECOM REGIONAL NARIÑO	SUBSIDIADO	2%
DIR.GRAL DE SANIDAD MILITAR	REGIMEN ESPECIAL	2%
CAPRECOM EPS NACIONAL	SUBSIDIADO	1%
SAYP SOATT	SOAT	1%
CAPRECOM REGIONAL PUTUMAYO	SUBSIDIADO	1%
ASOCIACION INDIGENA A.I.C.	SUBSIDIADO	1%
SECRETARIA DEL PUTUMAYO	VINCULADOS	1%
COLPATRIA	SOAT	1%
PREVISORA	SOAT	1%
ARL POSITIVA	RIESGOS PROFESIONALES	1%
QBE	SOAT	1%

Fuente: Facturación HUDN



2.2 GESTIÓN AMBIENTAL

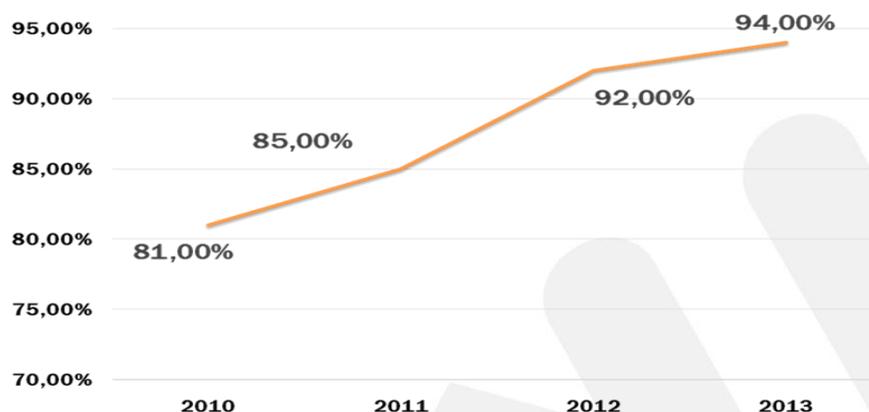
El sistema de Gestión Ambiental implementado en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, es estructurado según la política de gestión ambiental el cual se ve reflejado en cada una de las acciones encaminadas a la protección del medio ambiente en el control y minimización de los impactos ambientales negativos ocasionados por la prestación de servicios de salud.

En la vigencia 2013, continuamos materializando el propósitos de alcanzar uno de los objetivos estratégicos organizacionales que se enmarca en la gestión ambiental, en su plataforma estratégica se presentan avances significativos y cotidianos en la labor ambiental y se revela el compromiso institucional para convertirnos en una institución que refleja prácticas amigables con el medio ambiente, la ejecución de programas ambientales en el uso eficiente de los recursos ambientales desarrolla acciones como el uso de papel reciclable y papel ecológico, la estrategia “pequeñas acciones grandes soluciones” y “compras verdes”, el fortalecimiento del apego a la clasificación de residuos mediante el protocolo de segregación y el seguimiento a la adecuada disposición final de los residuos peligrosos, reflejan la evidencia de la preocupación por el medio ambiente en la organización y que han demostrado alta eficiencia y efectividad en materia ambiental que fortalecen el compromiso de la institución y lo proyecta al usuario y sus familias.

- En el año 2013 se han reciclado 48.1 toneladas de material entre papel, cartón, plástico, chatarra, aluminio etc. Materiales que vuelven a ser parte de la vida útil de un nuevo insumo.
- Tratamiento y disposición adecuada de residuos peligrosos pos-consumo en 298 kilogramos de luminarias.
- El HUDN, garantiza la utilización del papel durante su vida útil, estrategias de rehúso ha logrado la elaboración de 771 resmas de papel para ser utilizado internamente.
- Somos héroes que hemos ganado el respeto y la admiración a nivel local, con pequeñas acciones que hacen que defendamos el planeta. Acción que se ve reflejada en que 8 instituciones públicas y privadas del municipio de Pasto, hayan adoptado la misma gestión de la cual el HUDN es pionero desde junio de 2012.
- El consumo de agua y energía en el año 2013, se logra minimizar en un 0.3% con relación al año 2012, a pesar de que se incrementa la atención día a día en los diferentes servicios.



PORCENTAJE DE APEGO A SEPARACIÓN DE RESÍDUOS



2.3 LIGA DE USUARIOS

Para la organización es importante mantener un acercamiento significativo y frecuente con la liga de usuarios con el propósito de que sean ellos los que manifiesten con liderazgo el sentir de los usuarios y sus familias frente a la atención ofrecida por el HUDN, además de apoyar el subproceso de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



"Un hospital seguro con alma y corazón para el buen vivir"

Principales Oportunidades de Mejoramiento Detectadas en la Vigencia



3. PRINCIPALES OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO DETECTADAS EN LA VIGENCIA

- Implementar estrategias que fortalezcan la adecuada gestión de las historias clínicas electrónicas e implementar mecanismos que garanticen la consistencia de la información clínica (evaluar la amigabilidad y continuidad del sistema de información institucional).
- Fortalecer las subespecialidades como Endocrinología, Cirugía Vascul ar – Hemodinamia, Diálisis y Diagnóstico Fetal, lo que complementará las especialidades básicas y al proceso de desarrollo tecnológico de la Organización.
- Habilitar especialidades faltantes o necesarias: en atención a la problemática generada por el incremento de usuarios (aumento de contratos con las EPS) sin aumento del número de especialistas, es necesario proyectar la vinculación de más especialistas en las áreas de Neurología Clínica, Cirugía Plástica y Cirugía General, lo que contribuirá a mejorar la oportunidad y calidad de la atención de pacientes hospitalizados, urgencias, de consulta externa y referidos de otras instituciones del Departamento y del Putumayo.
- Conformar y operativizar el comité de análisis de mortalidad intrahospitalaria.
- Establecer indicadores de oportunidad y seguridad en los diferentes servicios asistenciales que permitan referenciar resultados contra referentes nacionales e internacionales y monitorear el cumplimiento de la promesa de servicio, entre los servicios asistenciales y de apoyo diagnóstico y terapéutico.
- Fortalecer la gestión del riesgo a partir de la implementación y desarrollo de un enfoque preventivo que aporte al mejoramiento continuo.
- Implementar y monitorear estrategias tendientes a fortalecer el compromiso de los médicos especialistas en las acciones de mejoramiento y el Sistema Único de Acreditación.
- Diseñar, implementar y monitorear un plan de comunicaciones que permita satisfacer las necesidades de información del cliente y su seguridad.
- Fortalecer la interrelación entre los equipos asistenciales y de apoyo para mejorar la gestión a de los diferentes estándares de acreditación.
- complementar el proceso de gestión de cobro de cartera con el procedimiento de cobro jurídico sobre cartera superior a 360 días lo que permitirá tener expectativa en el recaudo de la cartera considerada como difícil cobro.
- Fortalecer la sensibilización y apego del talento humano a las estrategias y registros de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.
- Fortalecer la Referenciación de resultados clínicos a nivel nacional.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



"Un hospital seguro con alma y corazón para el buen vivir"

Conclusiones



CONCLUSIONES

Como se desprende de lo expuesto en el presente documento, los resultados de gestión obtenidos, reflejan el esfuerzo de todos quienes conforman nuestra organización, para mantener las condiciones de acreditación a través de una eficiente gestión gerencial y de direccionamiento con énfasis en los componentes financieros que con enfoque al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, situación ésta que se refleja en los indicadores de gestión clínica y mayor satisfacción del usuario.

Estos logros, que han permitido mantener a la organización sin riesgo financiero son más loables aun en el entendido que la situación por la que atraviesa el sector es de franca crisis al punto que se está trabajando desde el gobierno central en diferentes proyectos de reforma que buscan eliminar las desviaciones detectadas en el sistema que han llevado a la quiebra y al cierre de instituciones similares.

Sin embargo, continúan subsistiendo situaciones que deberemos afrontar con toda la determinación que el caso exige, entre otras lo relacionado con las condiciones laborales que actualmente encontramos en la organización, un alto riesgo de daño antijurídico por casos de mala práctica médica, la no presencialidad de varias especialidades clínicas, la lentitud y la tramitología para la aprobación de proyectos y por supuesto los inconvenientes en la recuperación de cartera, son solamente algunos de los retos con los cuales a diario se enfrenta la administración y que requieren el decidido apoyo de los estamentos que conforman la honorable Junta Directiva, a cuya consideración presentamos este informe a efectos de alivianar la carga multifacética que ello implica para la organización.

Finalmente el documento concluye que la calificación de la evaluación gerencial para la vigencia 2013 es como se muestra en el cuadro siguiente:

CALIFICACIÓN DE LA EVALUACION GESTION GERENCIAL	
DIRECCION Y GERENCIA 20%	1,00
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	1,54
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	1,92
TOTAL	4,46



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

CALLE 22 No. 7 – 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador **7333400** - Fax **7333408** y **7333409**
www.hosdenar.gov.co *mail: **hudn@hosdenar.gov.co**

“Un hospital seguro con alma y corazón para el buen vivir”