



## INTRODUCCION

La localidad de Sumapaz es la única localidad de Bogotá netamente rural del distrito. Sus habitantes tienen asentamientos que han heredado de sus ancestros, su dinámica social está influenciada por dos grandes determinantes dados tanto por las características geográficas de zona de páramo y reserva natural de la humanidad como por el permanente conflicto armado del país. Condiciones que han generado en la población una fuerte y clara exigibilidad de derechos, sin aceptación de limitaciones por aseguramiento o dificultades administrativas gubernamentales.

El Hospital Nazareth empresa social del estado de primer nivel de atención a través de una visión gerencial evidenció desde el año 2001 estas condiciones específicas de la población, profundizando en el análisis de los diferenciadores locales, para orientar la respuesta de la prestación de servicios de salud frente a las necesidades específicas de los sumapaceños.

Es así como el hospital ha recorrido un camino de 10 años en el ajuste de su acción social, generando una organización operativa centrada en la familia, no enfocada en un modelo familiarista reduccionista, sino en el sentido amplio que ésta representa como célula social contextualizada y reconociendo el individuo que la integra como sujeto activo y constructor de los procesos en todos los niveles de determinación de la salud. Organización operativa que lleva al nivel local las apuestas de aseguramiento del sistema de seguridad social en salud colombiano y del modelo de atención distrital, este último fundamentado en la estrategia promocional de calidad de vida y salud.

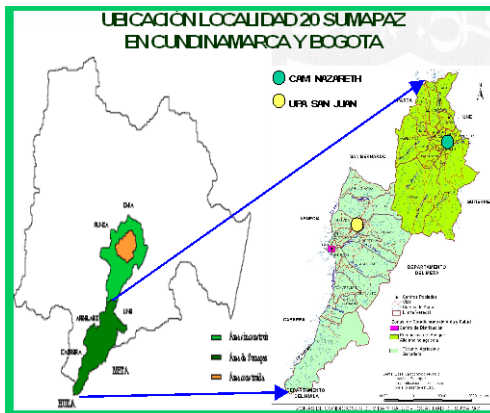
El proceso evolutivo de la respuesta específica se inicia con la alineación de la plataforma estratégica institucional, en la que se avizora el quehacer del hospital desde el aporte de comunidades saludables al mundo, en consonancia con posturas globales para la consolidación de la salud como derecho fundamental. Todo lo anterior con una fuerte base en la consolidación de unos sistemas integrados de calidad, que ejercen como elementos intrínsecos en todos los procesos y procedimientos misionales de prestación del servicio, tanto como testigos y monitores del desarrollo de los mismos.

Es así como la organización se consolida con un modelo de atención primaria con una base fundamental de estándares superiores de calidad, que han permitido ser pioneros en la implementación de procesos de calidad en atención primaria en salud.

## INFORMACION GENERAL

Somos un hospital de primer nivel, entidad descentralizada del orden Distrital, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, creada por el Acuerdo 20 de 1.990 y transformada en Empresa social del Estado mediante el Acuerdo 17 de 1.997, ambos emanados por el Concejo de Santa Fe de Bogotá, D.C. constituida primordialmente para fomentar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y estamos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C.

Actualmente contamos con tres Centros de atención ubicados en el Páramo de Sumapaz, UPA San Juan, CAMI Nazareth, Centro del Desarrollo de Potencial Humano y una sede administrativa ubicada en el barrio Normandía de la ciudad de Bogotá, cuatro ambulancias y nuestro equipo de colaboradores asciende a 186 personas, de las cuales el 20% son administrativos y el otro 80% son del área asistencial.



Prestamos nuestros servicios en la localidad 20 de Sumapaz que es la única localidad netamente rural de Bogotá, se encuentra situada al sur de Bogotá y abarca una extensión de 75.756 Hectáreas que representan el 42% de las 177.944 Hectáreas que comprende el Distrito.

La localidad se encuentra ubicada sobre la cordillera oriental, a 37 kilómetros al sur del casco urbano de Bogotá y está conformada por 30 veredas, tres corregimientos con alturas que oscilan entre los 2600 y 4320 metros sobre el nivel del mar. Cada vereda dista de su respectivo corregimiento entre 2 y 8

horas de camino por carreteras sin pavimentar y por senderos quebrados de herradura; el desplazamiento se dificulta aún más por la ausencia de transporte interveredal, lo cual obliga a que la mayoría de los desplazamientos sean realizados a pié o en bestia y, en el mejor de los casos utilizando el servicio intermunicipal restringido a un bus de recorrido diario, impidiendo el retorno hacia el punto de salida en un mismo día.



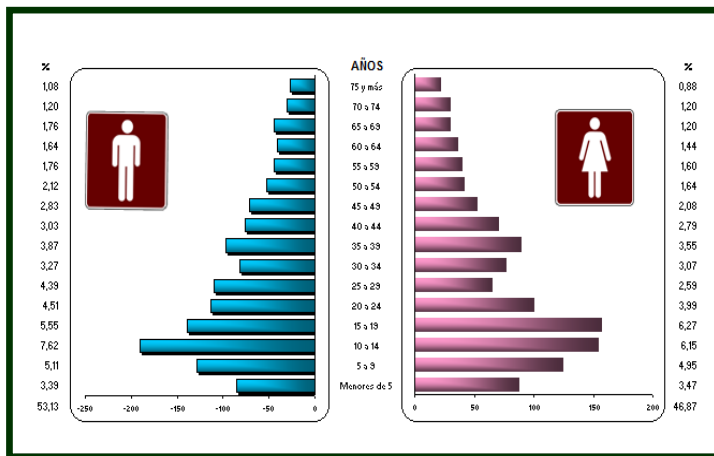
El área de atención en salud del Hospital Nazareth, se extiende sobre 850 kilómetros cuadrados en territorio completamente rural. Dicha área comprende la extensión de la Localidad de Sumapaz y abarca los siguientes Corregimientos:

- Corregimiento de Nazareth constituido por 9 veredas.
- Corregimiento de Betania conformado por 6 veredas.
- Corregimiento de San Juan de Sumapaz con 15 veredas.

La población de la localidad es de 638 familias, 2173 habitantes; Dedicados en 95% a la agricultura (Cultivo de papa) y en un 10% a la ganadería; Pertenecen a los estratos 1 y 2; Los hombres son el 51,45% y las mujeres el 48,55% del total de los habitantes; Se considera que es una población con mayoría de jóvenes según el ultimo censo realizado en Bogota; Pero es la población adulta la encargada de tomar decisiones en el seno familiar, a pesar de sus altos índices de analfabetismo.

El paisaje, el entorno y la gente hacen de este sitio un lugar ideal para el desarrollo de nuevos proyectos, de reencuentro con el hombre mismo y con la naturaleza; es esencial volcar la mirada a una Bogotá maravillosa y desconocida que nos ofrece múltiples alternativas de crecimiento.

### PIRAMIDE POBLACIONAL LOCALIDAD 20 DE SUMAPAZ.2010



La pirámide de la población Sumapaceña se caracteriza por una proporción elevada de jóvenes y una reducida de ancianos. Esta situación se debe a una tasa de natalidad elevada y una reducida esperanza de vida de la población.

A partir de la historia de asentamiento de la localidad y la distribución geográfica a partir de las cuencas de los ríos Sumpaz, Pilar, Blanco y Santa Rosa, se genera una distribución territorial,

cuyos pobladores comparten características sociales, culturales y de desarrollo.

Fuente: Base de datos ámbito familiar localidad 20 de Sumapaz.2011



## MODELO DE ATENCION

El Hospital Nazareth durante la última década (2001 – 2011) ha trabajado por el mejoramiento de la calidad de vida de la población a través del Modelo de prestación de servicios denominado “FAMILIA SANA, COMUNIDAD SALUDABLE, ENTORNO NATURAL”, este modelo fue construido con la participación de la comunidad, enfocando su atención a la familia y los determinantes que influyen en el proceso salud-enfermedad.

La organización de los servicios bajo este enfoque ha permitido la integralidad, complementariedad e interdisciplinariedad en la ejecución de planes de beneficios, fomentando conductas y hábitos saludables que aportan a mejorar las condiciones de vida de los y las habitantes de la localidad. Igualmente este modelo ha generado en la institución mecanismos para lograr un manejo eficiente de los recursos para mantener la auto sostenibilidad financiera. El modelo tiene como criterios la atención según la vulnerabilidad, el cuidado integral familiar y la transversalidad en la planeación, ejecución y seguimiento a su cumplimiento.

La estructura del Modelo de prestación de servicios “FAMILIA SANA COMUNIDAD SALUDABLE ENTORNO NATURAL” tiene como base la razón de ser de la institución que es la comunidad; mediante procesos donde se involucra la investigación y la formación de redes sociales que aportan con acciones corresponsales para el cuidado y mantenimiento de la salud. La gestión institucional se fundamenta en tres ejes: el pedagógico que busca potencializar líneas de comunicación efectivas con la comunidad en su lenguaje en contexto, el eje ambiental dado que es el espacio natural de la localidad y que la institución debe promover su conservación como patrimonio de la humanidad, y el eje de acciones en salud donde el Hospital da vida a la respuesta frente a los derechos en salud y las necesidades de los pobladores. Los ejes se articulan a los tres ámbitos en los que se ejecuta el modelo siendo éstos: el ámbito institucional donde se desarrollan las acciones intramurales básicamente de consulta externa, urgencias y hospitalización, el ámbito de visita domiciliaria, que se efectúa en la casa de las familias con acciones integrales y colectivas familiares y el ámbito extramural con un fuerte componente interinstitucional e intersectorial como es el caso del sector educación y jornadas de salud en puntos de encuentro masivos de las veredas.

El modelo en salud familiar con enfoque de vulnerabilidad, implementado por el Hospital Nazareth I Nivel ESE, tiene como propósito contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población, enfocando su atención a la familia y los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad; orientado a una adecuada ejecución de planes de beneficios de manera interdisciplinaria e integral que generen impacto, fomentando conductas y hábitos saludables que se reflejen en las condiciones de vida de los y las habitantes de la localidad. Igualmente el modelo de prestación permite generar en la institución mecanismos para lograr un manejo eficiente de los recursos que conlleve a la autosostenibilidad financiera. Este modelo tiene como criterios la atención según la vulnerabilidad, el cuidado integral, el



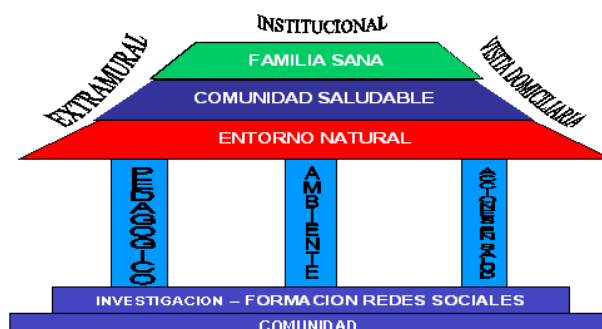
## HOSPITAL NAZARETH I NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

### INFORME DE GESTIÓN AÑO 2011



seguimiento a las actividades. El modelo durante el último año ha avanzado hacia la especificidad de la atención por énfasis que se deben abordar en cada familia según las condiciones identificada en la caracterización y el diagnóstico familiar. Además se ha desarrollado el SISTEMA DE SEGUIMIENTO UNIFICADO INTEGRAL DEL MODELO DE SERVICIOS DE SALUD, “SEGUIMOSS”.

El Modelo se representa a través del espacio natural de congregación familiar “la casa”.



### PLATAFORMA ESTRATEGICA

La plataforma estratégica ha sido diseñada y replanteada participativamente por la mayoría de los trabajadores del hospital en comités técnicos y en las reuniones de Padrinos de Calidad, quienes aportaron sus ideas sobre cuál debería ser el derrotero estratégico de la institución hasta el año 2015; posterior al análisis de las variables externas del entorno como Atención primaria en salud renovada, objetivos del milenio, plan de desarrollo nacional, distrital y local; normatividad vigente y sus posibles cambios; también se analizaron variables internas como los indicadores financieros, los perfiles y competencias de los colaboradores de la institución, índices de rotación y expectativas de nuestro cliente interno. Con base en el análisis de estas variables se realiza un DOFA para definir las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de la institución para la prestación de los servicios a la población, es así como se plantea la nueva visión y misión y se definen cuatro objetivos estratégicos que conduzcan al logro de la visión, los cuales son planteados de acuerdo a las cuatro perspectivas del Balanced Score card sugeridas por Norton y Kaplan. En el año 2010 se desarrollaron evaluaciones al conocimiento de la plataforma estratégica evidenciado que el 92% de colaboradores la identifica.

Como resultado de la evaluación de los indicadores que aportan resultados al tablero de mando integral, en revisión gerencial, se evidenció la necesidad de afinarlos y mejorar el proceso de análisis, generando el ajuste en el número de indicadores, hojas de vida, captura de datos y análisis de los mismos.

La herramienta Balanced Scorecard permite analizar la gestión institucional a través de la medición y análisis de los objetivos estratégicos teniendo en cuenta varias perspectivas que



# HOSPITAL NAZARETH I NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

## INFORME DE GESTIÓN AÑO 2011



aseguran el cubrimiento de los aspectos relevantes para la gestión institucional, facilitando la toma de decisiones con base en la información obtenida de los indicadores, la información se puede analizar de acuerdo a la siguiente estructura.

La estructura del tablero de mando está enmarcada en las cuatro perspectivas; cliente, procesos, financiera y aprendizaje y crecimiento, las cuales están compuestas por los resultados consolidados en tres grandes grupos, la Subgerencia de servicios de salud, la subgerencia administrativa y financiera y las oficinas asesoras, permitiendo la visualización global del cumplimiento de las metas por cada proceso, actualmente el sistema de medición del hospital cuenta con 342 indicadores.

El diligenciamiento y análisis de los indicadores lo realizan los líderes de procesos o responsables de estándares de acreditación dentro de los 10 primeros días hábiles de cada mes. Luego esta información es revisada mensualmente por la oficina de planeación con el fin de verificar su eficacia en el marco de la oportunidad, completitud y disponibilidad, para luego ser presentado al comité directivo en la tercera sesión del mes para la toma efectiva de decisiones por parte de los miembros del comité directivo.

La estructura del direccionamiento también contempla en sus objetivos el crecimiento económico y en consecuencia se han realizado esfuerzos ingentes en la búsqueda de la auto sostenibilidad financiera de la E.S.E., la cual permita generar al mismo tiempo sostenibilidad en las acciones tendientes al cumplimiento integral del modelo de prestación de servicios “familia sana, comunidad saludable, entorno natural”, dentro de éste contexto, cobra importancia el análisis de la variable que muestra el comportamiento del resultado financiero de la Institución durante el período comprendido entre el 2005 y el 2011

En la siguiente grafica se ilustra la plataforma estratégica del Hospital Nazareth:

**VISION:**  
En el año 2011, nuestro Hospital Nazareth, continuamente innovador y constante aportará al mundo comunidades saludables, que contribuyan en el mejoramiento de su calidad de vida.

**VALORES**

- TRABAJO EN EQUIPO:** Comprometidos todos los esfuerzos para lograr los mejores resultados, con el apoyo que podemos recibir de compañeros, usuarios clientes, proveedores y de la comunidad con responsabilidad individual y colectiva.
- RESPECTO:** Respetamos en cuanto a diversidad y dignidad de las personas considerando sus opiniones, inquietudes, necesidades y valores y al respecto de las necesidades de servicios, saludables desde todo sentido, las necesidades humanas y otras emergencias con especialidad la información considerando la información de las personas.
- SAZONAR:** Mejoramiento permanente del servicio administrativo, administrativo y financiero, sin perder de vista de eficiencia, eficacia, equidad e integridad.

**PRINCIPIOS**

- RESPECTO A LA DIGNIDAD HUMANA:** Promover la garantía de los derechos fundamentales, para mejorar la calidad de la vida y el bienestar individual y social.
- UNIVERSALIDAD:** Prestar nuestros servicios sin ninguna discriminación, de conformidad con los recursos disponibles y disposiciones legales.
- SUSTENTABILIDAD:** Gestionando los recursos económicos, humanos, técnicos y científicos, para que los servicios de la salud lleguen prioritariamente a las personas en mayor necesidad.

**OBJETIVO ESTRATEGICO 1**  
SOSTENER LA CALIDAD DE SERVICIO DEL HOSPITAL NAZARETH I NIVEL E.S.E. EN LAS COMUNIDADES

**OBJETIVO ESTRATEGICO 2**  
SOSTENER LA CULTURA DEL HOSPITAL NAZARETH I NIVEL E.S.E. EN LAS COMUNIDADES

**OBJETIVO ESTRATEGICO 3**  
FORTALECER EL CRECIMIENTO ECONOMICO

**OBJETIVO ESTRATEGICO 4**  
PARAGAR LA EFICIENCIA DE LA GESTION FINANCIERA

**MISION:**  
Nuestro Hospital Nazareth Empresa Social del Estado, ubicado en Bogotá D.C., localizada en Sabana, desarrolla actividades con responsabilidad y con calidad, de profesional, tecnológica y educación para la salud, se interrelaciona con el ambiente a través del modelo de prestación de servicios de salud "Familia Sana, Comunidad Saludable, Entorno natural".

**PLATAFORMA ESTRATEGICA 2008 - 2011 HOSPITAL NAZARETH I NIVEL E.S.E.**



Lideres En Salud Familiar



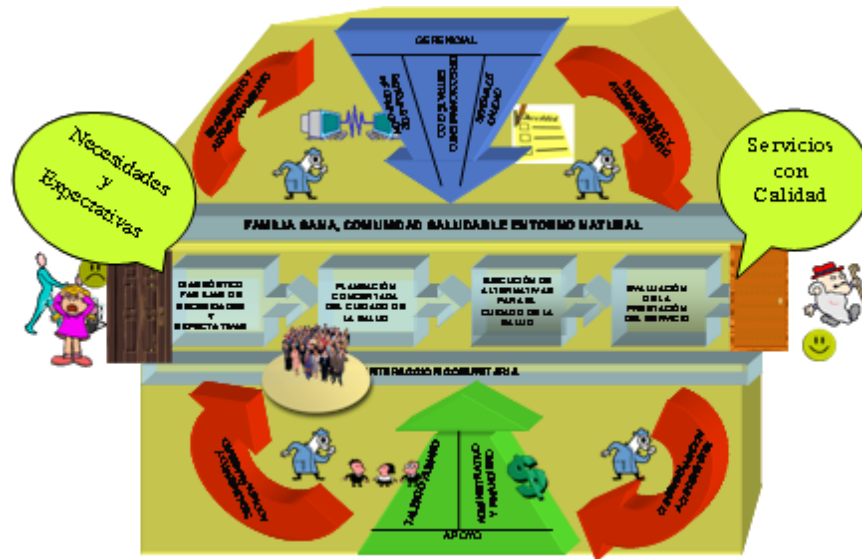
**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011**



**MAPA DE PROCESOS**

Acorde a las necesidades y expectativas de la comunidad se tiene implementado un proceso sistemático para la atención en salud, que contempla cuatro macroprocesos (Gerencial, Misional, Apoyo y Evaluación), donde se observa un modelo de atención con enfoque de abordaje integral en salud.



**ORGANIGRAMA FUNCIONAL**

La estructura organizacional está planteada acorde a las necesidades de la comunidad, donde a partir de un ejercicio detallado del modelo de atención en salud, se tiene en cuenta la salud como un todo, es por ello que inicialmente estaba conformado por un equipo básico (medico , enfermera, odontólogo y promotor) y un equipo de apoyo (referentes de planes, programas y proyectos), lo cual en la operación del modelo fue mejorado, profundizando el enfoque integral de la salud y definiendo 2 equipos de trabajo; un equipo integral de la salud (medico, odontólogo, enfermero, trabajador social, promotor, médico veterinario, agrónomo, terapeuta ocupacional, psicólogo, sociólogo, auxiliares de enfermería, ingenieros ambientales etc.), y un equipo de gestión integral en cabeza de la gerencia (gerente, subgerentes, líderes de oficinas asesoras, dinamizadores de planes, programas y proyectos), esta manera de funcionar permite dar una adecuada respuesta en la gestión y operación de la atención en salud y evidencia el compromiso a todo nivel de la organización.



Lideres En Salud Familiar



**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011**



### PORTAFOLIO DE SERVICIOS

El portafolio de servicios del Hospital Nazareth se ha ampliado durante la última década pasando de atención netamente intramural a servicios prestados tanto en domicilio como en espacios de concentración masiva veredales y en instituciones como las del sector educativo.

El portafolio de servicios se despliega en la comunidad tanto en espacios formalmente establecidos como COPACO, Asociación De Usuarios , Veeduría Ciudadana, Consejo De Consejos, Vereda a La Alcaldía, Junta Administradora Local, Consejo Local De Gobierno, y en espacios de prestación de servicios como. Ruta de la salud, jornadas de salud, visitas domiciliarias.

Se mejoró el portafolio de servicios institucional, pasando de un desarrollo en power point a un desarrollo virtual, este se encuentra disponible en la página Web de la institución, permitiendo que tanto los usuarios como los interesados a nivel internacional y nacional puedan acceder a la información, así mismo es utilizado por nuestros colaboradores como medio de apoyo en el suministro de información para la prestación del servicio.

Este portafolio de servicios permite hacer recorridos virtuales por los centros de atención, con el fin de que usuarios y colaboradores interactúen visualmente con nuestros servicios, minimizando la dificultad de acceso a la información y facilitando el conocimiento de la institución y los avances en el mejoramiento continuo. Ver anexo 1.



HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011



**Modelo de prestación de servicios: “familia sana, comunidad saludable entorno natural”**

Estrategia marco para la acción del Hospital Nazareth, con una base de salud familiar, a través de la cual se organizan y operacionalizan las bases conceptuales y normativas propias de la prestación de servicios de salud en el Distrito Capital. Incluye los siguientes elementos:

- ✓ Definición de la FAMILIA como sujeto activo de atención.
- ✓ Adscripción de las familias en cada territorio local a un equipo integral de salud
- ✓ Definición de la naturaleza de las acciones desarrolladas por el Hospital y organización en EJES, a saber, el PEDAGÓGICO, AMBIENTAL y DE ACCIONES EN SALUD (**Figura No 2**).



**Definición de los diferentes ámbitos para la interacción con la comunidad** según la estrategia promocional de calidad de vida y salud. El AMBITO INSTITUCIONAL, que incluye la capacidad instalada en los dos centros de atención Centro de Atención Médica Inmediata CAMI Nazareth y el Centro de Atención Médica Inmediata CAMI Domiciliario; el AMBITO DOMICILIARIO, que incluye los espacios para el desarrollo social, local y familiar. Adicionalmente se definen las interrelaciones entre estos para minimizar acciones aisladas y responder a un plan de acción dinámico e integral en los diferentes ámbitos en los cuales transcurre su vida (**Figura No 3**).

**Figura No 2:** Esquema gráfico los ejes del Modelo, Hospital Nazareth 2008



**Figura No 3:** Esquema gráfico de los ámbitos del Modelo - Hospital Nazareth 2008

✓ Definición del PLAN DE CUIDADO FAMILIAR como el instrumento para la identificación de necesidades y propuestas de solución concertadas entre el equipo de salud y la familia, a través de la aplicación de un ABORDAJE FAMILIAR GENERAL que responde al continuo lógico del DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS, PLANEACION CONCERTADA DEL CUIDADO DE LA SALUD, EJECUCIÓN DE LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCION, EVALUACION DE LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCION e INTERACCION COMUNITARIA, abordaje plasmado en el mapa de procesos de la institución como la cadena de valor para la garantía de la prestación de servicios con calidad.

- ✓ Se identifica también el CICLO VITAL como otro de los ordenadores fundamentales para la acción. La familia, tomada como unidad sistémica viva también tiene ciclos vitales, más allá de la agrupación de las edades cronológicas o fisiológicas de sus integrantes, sino como una interacción entre este estado fisiológico y las relaciones de conformación, consolidación, crecimiento y disolución de las familias como grupo social.

Es posible entonces combinar el uso del ciclo vital individual con el familiar, con el ánimo de mantener una integralidad en el abordaje a través del Plan de Cuidado Familiar, es decir, abordar las necesidades individuales y familiares, teniendo especial cuidado en evitar la simple suma de las primeras como una forma de listar las segundas, ya que la familia se concibe como **sistema**.

La vulnerabilidad de los individuos es diferente según el ciclo vital, por lo tanto, las acciones para minimizar esta vulnerabilidad y propender por un estado de equilibrio tienen naturaleza y énfasis específicos.



- ✓ Identificación de abordaje según **Énfasis**. Teniendo que los eventos que determinan el estado de bienestar a lo largo del ciclo vital pueden agruparse con el fin de identificar los factores con posibilidad de intervención para control o fomento e identificando las acciones para esto, lo cual formalmente y después de arduos procesos de validación científica, empírica o social se convierten en propuestas incluidas sistemáticamente en los programas o proyectos para la solución de las necesidades de las familias, que para efectos del MSF se convierten en los **ENFASIS** del abordaje familiar.

### **INFORME DE GESTION POR AREAS CLAVES PARA EL DESARROLLO DE LAS EMPRESAS**

En el documento se propone rendir un informe de gestión, a partir de las áreas clasificadas como claves para el desarrollo de la empresa en el período comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2011.

El siguiente informe se desarrolla con base en lo establecido en el Decreto 357 de 2008 así como en la Resolución 473 de 2008 y se constituye en el documento que refleja los compromisos del Gerente con la gestión del Hospital Nazareth, los cuales deben comprender, como mínimo, las siguientes áreas: Gestión Gerencial y Estratégica, área de Prestación de servicios de salud, y área administrativa.

#### **AREA DE GESTION GERENCIAL Y ESTRATEGICA**

En esa área, se miden factores claves de éxito, los cuales analizaremos a través del presente documento:

- ✓ **CUMPLIMIENTO DEL PLAN ESTRATEGICO, DESARROLLO U OPERATIVO**

En el mes de Junio de 2008 se ajustó la Plataforma Estratégica del Hospital Nazareth mediante el Acuerdo 012 de 2008 expedido por la Junta directiva del Hospital. Esta nueva formulación obedeció al cumplimiento de más del 97% de la plataforma estratégica anterior, la armonización con el nuevo Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Positiva” y la alineación con el Plan de Desarrollo Local de Sumapaz así como la necesidad latente de una actualización de los objetivos hacia los cuales debía dirigirse la gestión de la entidad.

De acuerdo a la anterior estructura de la Plataforma Estratégica, se articulo el Balanced Scorecard del hospital con todo su sistema de indicadores que dan respuesta al cumplimiento de la plataforma estratégica mediante la medición de los objetivos estratégicos, que a su vez se descomponen en objetivos específicos y en líneas de acción, que se operativizan a través de los planes de acción y operativos de cada una de las áreas.

A continuación se presenta como cada uno de los objetivos estratégicos son alimentados por los indicadores de las áreas, verificando el cumplimiento tanto mensual como acumulado, para el año 2011 se encuentra en un cumplimiento acumulado del 85%, comparado con el año inmediatamente anterior, se observa un incremento del 3%, atribuido



Hospital Nazareth  
I Nivel E.S.E.

**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011**



sobre todo al mejoramiento del área financiera, de la prestación del servicio, sistemas de calidad implementados y el compromiso de los colaboradores en cabeza de la gerencia, que gracias a las estrategias desarrolladas se ha logrado cumplir con nuestra razón de ser, a través de nuestro modelo de atención.



**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011**



**INDICADORES ESTRATEGICOS HOSPITAL NAZARETH I NIVEL E.S.E.**

RESULTADO MENSUAL INDICADORES ESTRATEGICOS:	93			MES DE EVALUACION:	diciembre-11	
RESULTADO ACUMULADO INDICADORES ESTRATEGICOS:	84					
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	MES	ACUM	NOMBRE DEL INDICADOR	INDICADOR	MES	ACUM
1 - MEJORAR LAS CONDICIONES DE SALUD QUE APORTEN A LA CALIDAD DE VIDA DE LAS COMUNIDADES	88	86	PROPORCIÓN VARIACIÓN DE LA VULNERABILIDAD FAMILIAR LOCAL	PUNTOS DE VULNERABILIDAD FAMILIAR OBSERVADA EN EL PERIODO - PUNTOS DE VULNERABILIDAD FAMILIAR BASE *100	80	80
2 - GARANTIZAR LA CULTURA DEL MEJORAMIENTO CONTINUO TRASCENDIENDO LOS ESTÁNDARES SUPERIORES DE CALIDAD	96	89	VARIACION DE LOS PARAMETROS DEL SISTEMA INTEGRADO DE CALIDAD	RESULTADO DE LA MEDICION ACTUAL DE PARAMETROS - EL RESULTA DE LA MEDICION ANTERIOR DE PARAMETROS	100	100
3- FORTALECER EL CRECIMIENTO ECONOMICO	74	77	MARGEN DE RENTABILIDAD NETO	(UTILIDAD NETA/VENTAS) * 100	100	91
4- PROMOVER LA EXCELENCIA DE LA GESTIÓN HUMANA	100	814	VARIACION DE LOS PARAMETROS DEL ENFOQUE DE GESTION HUMANA	COMUNICACIÓN	100	95
				BOLETIN POR COMPETENCIAS	100	100
				SALUD OCUPACIONAL	100	77
				SATISFACCION DE NECESIDADES	100	78
				BIENESTAR E INCENTIVOS	100	100
				PLAN DE CALIDAD PERSONAL E INDUCCIÓN	100	98
				FORMACIÓN	100	100
				ENTRENAMIENTO	100	90



Para el objetivo estratégico No. 1 **MEJORAR LAS CONDICIONES DE SALUD QUE APORTEN A LA CALIDAD DE VIDA E LAS COMUNIDADES** el resultado acumulado a diciembre 31 de 2011 fue de 88% de cumplimiento para el indicador propuesto, lo cual es una proporción positiva, ya que la meta del hospital es mantener el mayor número de familias en vulnerabilidad baja.

Para el objetivo estratégico No. 2 **GARANTIZAR LA CULTURA DEL MEJORAMIENTO CONTINUO TRASCENDIENDO LOS ESTANDARES SUPERIORES DE CALIDAD**, se presenta un cumplimiento del 96% en el acumulado al igual que el mensual que correspondiente al mes de diciembre del 2011, debido a que se han cumplido todos los parámetros de de calidad de los sistemas de gestión implementados hasta el momento en el hospital, los cuales son; Norma ISO 9001:2008, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, en sus componentes, Sistema Unido de Habilitación, Sistema Único de Acreditación, PAMEC, Sistemas de Información, para el Sistema de Control Interno, se cuenta con la implementación del MECI, en el cual se mantiene el nivel de cumplimiento en un 100%. Además se está implementando las normas 14001:2004, OHSAS 18001:2007 y Responsabilidad Social Empresarial. A la fecha el Hospital mantiene la Acreditación en Salud, Habilitación y Certificación bajo la Norma ISO 9001:2008.

El objetivo estratégico No. 3 **FORTALECER EL CRECIMIENTO ECONÓMICO**. El indicador a medir, es el margen de rentabilidad neta, éste indicador presenta un cumplimiento positivo, ya que para el periodo diciembre de 2011 los estados financieros muestran una utilidad de 853.361 Millones de pesos, que con relación al mismo periodo del 2010 en donde su resultado fue de Perdida por valor de -403.125 Millones de pesos con un porcentaje Se ha alcanzado la meta debido a que el estándar propuesto es que este resultado sea mayor o igual a 0, éste indicador tiene un cumplimiento acumulado del 74%. Así las cosas, el hospital muestra el trabajo en la incansable búsqueda de alternativas financieras para el buen desarrollo de sus actividades.

El objetivo estratégico No. 4 **PROMOVER LA EXCELENCIA DE LA GESTION HUMANA** presento un cumplimiento del 95% acumulado durante el SEGUNDO semestre de 2011, de acuerdo a la variación de los parámetros del enfoque de la gestión humana. **TALENTO HUMANO**

Teniendo en cuenta los resultados de los cuatro objetivos estratégicos, el cumplimiento global del direccionamiento estratégico a 31 de diciembre de 2011 presenta en promedio un cumplimiento acumulado del 94%.

#### **DIRECCIONAMIENTO Y COMPROMISO EN LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA**

El compromiso que se tiene y contribuye al cumplimiento de la plataforma estratégica ampara a todos los funcionarios del Hospital desde la cabeza hasta las personas de servicios generales es así como desde la junta directiva del hospital Nazareth, se actualiza



acorde a los reglamentos y normas que hay en el marco del mejoramiento, convirtiéndose en un proceso de seguimiento por parte de la misma, a través del cumplimiento de la agenda estratégica tratada en cada sesión.

Los órganos máximos de dirección entre ellos la junta directiva y la gerencia, garantizan los recursos para el mejoramiento a través de asignación presupuestal dentro de cada vigencia fiscal, teniendo en cuenta las necesidades establecidas sobre la base del planteamiento estratégico institucional. Para que la junta directiva y la alta dirección lleguen a la conclusión sobre los recursos a asignar, se tiene establecido un plan financiero que es construido con la participación de las áreas base y el comité directivo en donde para la institución es clara la asignación de recursos para el mejoramiento continuo.

### **CAMBIOS ORGANIZACIONALES SIGNIFICATIVOS.**

- **Evolución del modelo de prestación de servicios:**

La estructura básica del modelo se ha mantenido, sin embargo avanzó en la especificación del eje de acciones en salud con la inclusión los siguientes tres componentes: Gestión integral de comunidades saludables con el desarrollo de acciones institucionales, intersectoriales y de movilización social y fortalecimiento de redes desde el nivel estratégico táctico y operativo, Dinamización de interacciones en salud por énfasis siendo estos (salud ambiental, salud sexual y reproductiva, salud infantil, salud oral, salud mental, trabajo saludable, seguridad alimentaria y nutricional prevención de la discapacidad y condiciones crónicas) y Evaluación y Análisis: Articulando la vigilancia de los sistemas de salud pública con la evaluación de los servicios de salud y dinámica del modelo institucional.

Como respuesta Distrital a la gestión del Hospital Nazareth para el posicionamiento de un enfoque de ruralidad en las directrices de abordaje del plan de intervenciones colectivas” PIC” Bogotá ha viabilizado el desarrollo de una línea específica de ruralidad para las cinco localidades del Distrito con esta condición.

- **Fortalecimiento de seguimiento, control y acompañamiento hacia el autocontrol**

La institución ha afianzado durante el último año las estrategias de seguimiento, acompañamiento y control como camino hacia el autocontrol, a través de estrategias como el Círculo de Calidad Diario Operativo CCDO, análisis semanales territoriales y la adherencia del talento Humano a las estrategias para el fortalecimiento del autocontrol

*Círculos de Calidad Diario Operativo:* Se continua el fortalecimiento del seguimiento y acompañamiento diario al que hacer institucional de cara a los usuarios, a través de los círculos operativos de calidad, que se han convertido en la estrategia de encuentro de toda la institución para comunicarse, concertar y tomar decisiones de gestión diariamente, con integralidad porque incluye toda la gestión institucional, sistematicidad porque se realiza en todos los niveles tanto operativos como de apoyo y directivos, oportunidad porque permite identificación y gestión diarias y agilidad porque vence barreras de comunicación originadas



por la distancia y las limitaciones de medios de comunicación. La estrategia se ha consolidado de tal manera que forman parte de la cultura de calidad,

Para el año 2011 además de desarrollarse en los centros de atención, comité directivo y dinamizadores, se incluyeron estrategias para la realización de revisión de compromisos y acciones de mejora originados del círculo, en el comité de vigilancia del hospital, con la participación en un mismo espacio mensual, de equipos integrales de salud, líderes de procesos, dinamizadores y comité directivo; estos círculos son liderados por la gerencia.

Además se vio la necesidad de identificar las fortalezas y riesgos, e indicios de atención insegura y su seguimiento; por lo que se ajusta en el círculo la herramienta de verificación al cumplimiento de acciones de mejora incluyendo análisis causal, clasificación del riesgo y procesos involucrados. De esta manera la institución cuenta con dos estrategias para el seguimiento a acciones de mejora; una corresponde a las acciones de mejora identificadas diariamente a través de los círculos operativos de calidad anteriormente descrita y denominada acciones de mejora simplificadas, que permite en corto tiempo establecer la acción de mejora con identificación de causalidad, acciones tanto de corrección inmediata como de prevención de reincidencia, priorización, asignación de responsabilidades y seguimiento; la otra estrategia es la tradicionalmente establecida que por la complejidad o por la reincidencia se realiza de manera ampliada e implica la generación de un espacio específico de análisis.

*Análisis territoriales semanales:* Durante el año 2008 como producto de auditorías internas y externas, se estableció la necesidad de generar de manera sistemática, un espacio de seguimiento y evaluación frecuente, tanto para la formulación, como para la evaluación y actualización de los planes de cuidado familiar establecidos en el modelo de prestación de servicios. En el mes de mayo de 2009 se inician los análisis territoriales semanales, que se desarrollan los viernes de cada semana en las unidades de atención, con la participación del equipo integral de salud y el equipo de gestión de Salud pública y miembros del comité directivo. En el último año (2011) se avanzó en la sistematización de las canalizaciones producto de la identificación de necesidades de complementariedad de los servicios, seguimiento que se consolida en la base de canalización por territorio.

*Adherencia del talento humano a las estrategias de autocontrol:* La generación de herramientas como el seguimiento a la ejecución de alternativas de solución, la sistematicidad en la revisión de soportes como insumo de certificación de actividades, y el acompañamiento de los niveles de coordinación y dinamización a los equipos integrales en salud en el desarrollo de las actividades en el terreno, han permitido identificar con oportunidad los aspectos necesarios a mejorar contribuyendo al ejercicio diario del autocontrol.



## Política de gestión del riesgo “SONRISAS”

Considerando que los sistemas de mejoramiento continuo son la base para el desarrollo institucional y que estos deben abordarse desde un modelo preventivo y teniendo claro que trabajar en un enfoque de riesgo es lo más preventivo en términos de gestión, se analiza y se mejora todo el proceso de administración del riesgo, trascendiendo de una simple política implementada, a un proceso de gestión del riesgo (denominado “SONRISAS”), que ha generado cultura frente al concepto de riesgo y por ende ha permitido afinar la cultura del mejoramiento institucional.

“SONRISAS” tiene como fin administrar los riesgos del Medio ambiente (Riesgos que afectan el entorno del hospital), de gestión (Riesgos que afectan el planteamiento estratégico del hospital), ocupacionales (riesgos que afectan a nuestros colaboradores) y operativos (Riesgos que afectan al usuario), de forma articulada y armonizada con las políticas de Gestión del ambiente, Seguridad y Salud Ocupacional y “AMOR ES” política de seguridad del usuario.

Para la vigencia 2010 y el 2011, se consolida e implementa las 4 herramientas básicas de “SONRISAS”, 1 La política para la administración de los riesgos. 2 el procedimiento de administración de riesgos. 3 El formato de identificación y reporte de riesgos y 4 el mapa de riesgos se fortalece a nivel operativo sobre la base de identificar y gestionar del riesgo en el círculo de calidad operativo diario

## Formación de auditores internos integrales

Se cuenta con auditores internos integrales de calidad formados por el ICONTec, lo que ha permitido ampliar la mirada de los sistemas de calidad implementados en el hospital, tanto del personal administrativo como el Asistencial, así mismo la cobertura de colaboradores formados en auditoría interna se ha incrementado, teniendo como resultado para el año 2010 se formaron 25 colaboradores y para la vigencia 2011 se cuenta con un total de 32 colaboradores, se capacita continuamente a los auditores para fortalecimiento de las competencias elevando el nivel de cultura institucional en torno al mejoramiento continuo, en el último semestre se realizó una capacitación en técnicas de auditoría como ejercicio de refuerzo, haciendo énfasis en el alcance de la auditoría integral, redacción de hallazgos, metodología para la verificación en los tres ámbitos del modelo, perfil de auditores, técnicas de recolección de hallazgos y conceptos generales.

Se ajustó la metodología de auditoría interna; teniendo como base el Sistema Único de Acreditación, se verifico de manera global los tres enfoques determinantes del Sistema de Gestión de Responsabilidad Social, como son el social, ambiental y económico.



## Ajuste de metodología de identificación, análisis causal y seguimiento para el mejoramiento institucional

Como parte del mejoramiento continuo, el Hospital Nazareth, desarrollo un aplicativo para el registro de las oportunidades de mejora, el cual incluye la identificación, análisis causal, descripción de acciones, medición, priorización, seguimiento y cierre, esto contribuye al control y medición de la eficacia de los planes de mejora identificados por estándar y por proceso, sin embargo esta herramienta registraba las oportunidades de mejora que se identificaban de auditorías internas, externas y de autocontrol, pero las originadas de los círculos de calidad diarios no eran incluidas allí, se hacía énfasis en las acciones correctivas, después de analizar esta situación se llegó a la conclusión que era necesario complementar la metodología de manera que permita la identificación y registro de planes de mejora originados de la revisión diaria del círculo operativo de calidad, fue así como se modificó el formato de seguimiento a tareas del círculo, en donde además de la identificación, permite la clasificación de acciones preventivas o correctivas, realizar el análisis causal, seguimiento, identificación por estándar y por proceso, sin perder el enfoque del análisis causal, combinando metodologías de los “por qué” y espina de pescado.

En pro de evidenciar la eficacia de las oportunidades de mejora, la oficina de Planeación y calidad, condensa y presenta mensualmente la información para análisis en el comité de calidad para la toma de decisiones.

La participación activa de los colaboradores en comités de calidad, círculos de calidad diarios de calidad, comités técnicos científicos y ampliados, entre otros, han permitido incrementar los niveles de cultura de calidad referente a la aplicabilidad y lenguaje utilizado a todo nivel en la organización (acción de mejora, acción correctiva, acción preventiva, evento adverso, enfoque de riesgo, autocontrol, autogestión, etc.)

El fortalecimiento en la respuesta a necesidades de la comunidad y colaboradores en tiempo real, a través del círculo operativo diario de calidad, comité directivo, círculo operativo diario de dinamizadores y círculo operativo diario en centros de atención, desarrolla altos niveles de seguimiento y control sobre el proceso de atención, permitiendo alinear todos los niveles de la organización en pro del mejoramiento continuo.

### CAMBIOS EXTERNOS SIGNIFICATIVOS:

- **Ajuste en la contratación del Plan de intervenciones Colectivas “PIC”:**

La dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud acepto realizar un ajuste en la contratación de los servicios de salud del PIC a partir del año 2011, posterior a tres años de gestión del Hospital, durante los cuales demostró la necesidad de generar intervenciones colectivas acordes a las condiciones de ruralidad de Sumapaz. La particularidad de la localidad con una población inferior a 3000 habitantes, una dispersión poblacional de 3 habitantes por kilómetro, sin servicio público de transporte interveredal, vías de trocha no carreteables en su mayoría, con limitados medios de comunicación y presencia



de conflicto armado, exigía posicionar un abordaje diferencial. Con este ajuste fue posible articular el modelo de prestación de servicios al PIC e incluir como productos contractuales las estrategias de calidad institucionales como son los círculos operativos diarios de calidad y los análisis semanales territoriales, así como los componentes del eje de acciones en salud (Gestión integral de comunidades saludables, Dinamización de la atención en salud por énfasis y la Evaluación y Análisis. Con el abordaje diferencial es posible la planeación y ejecución de actividades colectivas de acuerdo a las necesidades específicas de la población Sumapaceña, la optimización de recursos tanto físicos como de talento humano y el fortalecimiento de la calidad. Como evidencia de este logro se encuentra: “Documento marco del Plan de intervenciones colectivas”, Guías de atención para los 12 énfasis del modelo, aprobadas para el año 2011, y actas de negociación con la Secretaría Distrital de Salud.

- **Cambios en normatividad y planeación de reorganización Distrital en Salud bajo el enfoque de redes integradas:**

Ante los cambios en el SGSSS, contemplados en La ley 1438 y la propuesta de la Secretaría de reorganizar la prestación de servicio con enfoque de redes integradas, el hospital con una visión prospectiva identifica oportunidades de mercado que la institución podría posicionar estratégicamente con el fin de lograr una ampliación de cobertura de servicios a la población. Igualmente amplia la posibilidad de ser referenciado como experiencia exitosa y que en algún momento podría generar ingresos; un resultado del posicionamiento de la estrategia APS, del fortalecimiento de la atención en redes integradas y de la atención de población dispersa y alejada es el logro de un contrato con la EPS Humana Vivir contributiva, que cuenta con el mayor número de afiliados en la localidad en este régimen.

En esta visión prospectiva se observan los diferentes factores que podrían ser fortalecidos tales como:

*Salud mental: Ecoterapia:* ampliación de cobertura y consolidación de la 4 fase del programa de Ecoterapia, como acción indispensable para el cierre de ciclo del programa, dados los avances que se han logrado con 30 usuarios que reúnen las condiciones para iniciar esta fase de modo tal que se logre el objetivo del programa de inclusión social.

*Salud Mental: Paquetes especiales:* Como acción de contingencia frente a la sentencia T 760 de la corte Constitucional, que estableció que las atenciones en salud mental a personas hasta los 18 años, debían ser asumidas por su asegurador y teniendo en cuenta que los servicios de salud mental se deben orientar hacia el desarrollo humano y la búsqueda de condiciones de vida con calidad, el Hospital ha generado propuestas ante la Secretaría distrital de salud para ampliación de cupos para paquetes especiales como son: Atención médica especializada en salud mental, Intervención en crisis en salud mental, Atención a víctimas de violencia, maltrato y abuso, los cuales a la fecha se están ejecutando.



*Replicación del Modelo de Prestación de Servicios:* Durante los años 2010 y 2011 el hospital ha logrado acompañar a 15 hospitales públicos en procesos de mejoramiento continuo, por estar en la categoría de Hospital Pionero en calidad. En este acompañamiento a realizado despliegue del modelo de prestación de servicios.

Dado que para el Ministerio De La Protección Social es un reto implementar los estándares superiores de calidad a nivel extramural, el posicionamiento de nuestro modelo es una oportunidad que permitirá el desarrollo y la aplicación de estándares superiores de calidad en otras instituciones a nivel distrital, nacional e internacional, hecho que se logró evidenciar en la reunión de líderes de calidad de las instituciones en salud acreditadas del país, aportando al plan de mejoramiento nacional de los servicios de salud elementos fundamentales como APS, responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad.

*Parque Temático Chaqué:* Como un centro demostrativo en atención primaria en salud, para el fortalecimiento de prácticas sanas en seguridad alimentaria, protección ambiental y educación para la salud de la población distrital y nacional, además de la posibilidad de desarrollar convenios e investigaciones que además incrementarían el ingreso de recursos y el soporte de nuevos proyectos de investigación desarrollados por la organización.

*Reorganización de red hospitalaria distrital:* Este proceso se convierte en una oportunidad para el Hospital Nazareth, teniendo en cuenta que su modelo de prestación, es un referente para el país y la capital, por el éxito en la aplicación de la Atención Primaria en Salud. Esta fortaleza se ve reflejada al mejorar la accesibilidad al sistema, reduce el cuidado inapropiado de sus usuarios, disminuye las hospitalizaciones, reduce la fragmentación del cuidado asistencial, evita la duplicación de infraestructura y servicios, reduce los costos del sistema y responde mejor a las necesidades de salud de la comunidad. Condiciones técnicas que posicionan al Hospital en el mercado como cabeza de funcionamiento en atención primaria en salud para cualquier Unidad de Red de las que está proponiendo actualmente la Secretaria Distrital de Salud. La propuesta de reorganización y modernización de la red pública hospitalaria de Bogotá fue avalada por el Ministerio de Protección social y refrendada por Planeación Nacional, propuesta que brinda una gran oportunidad al Hospital Nazareth, teniendo en cuenta que esta propuesta de reorganización es totalmente coherente con lo planteado por la reforma al SGSS, contemplada en la Ley 1438 de 2011, la cual trae como fundamentación la implementación de la estrategia de atención primaria en salud, APS para el desarrollo de las Redes integradas de Salud RISS.

*Unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS):* El Gobierno Nacional, proyecta unificar los planes obligatorios de salud entre el Régimen Contributivo y el Subsidiado ante lo que es claro que se abre para el Hospital un panorama incierto, pues los recursos que hoy sustentan en más de un 75% la operación, provienen de la secretaría distrital de salud, en su calidad de ente territorial, por la prestación de servicios de salud a la población vulnerable sin capacidad de pago normalmente conocida como población vinculada, y por las atenciones a la población que así se encuentre asegurada en el régimen subsidiado, éstas actividades actualmente se encuentran por fuera del plan obligatorio de salud subsidiado. Al llevar a cabo lo planteado por el gobierno nacional, y unificarse éstos planes de beneficio, los



recursos hoy manejados por el ente territorial se dirigirán a las empresas aseguradoras en salud, generando un riesgo alto, por los inconvenientes que hoy se tienen con las aseguradoras, para lograr el reconocimiento y pago de los servicios prestados.

Por lo anterior, el Hospital ha decidido fortalecer las atenciones que de acuerdo a los escenarios de análisis se vislumbran como aquellas que no serán susceptibles de ser unificadas en el mediano plazo, tales como los paquetes especiales en salud mental, atenciones en psicoactivos, además la experiencia del hospital en APS se convierte en una oportunidad para que otras instituciones Distritales y Nacionales se beneficien con la referenciación comparativa con el Hospital, situación que llevaría a pensar que la institución obtenga recursos por asesorías y consultorías, entre otras.

- **Situación de orden público.**

La situación de orden público que se presenta en la localidad, requiere un trabajo articulado con la Cruz Roja internacional generando espacios de capacitación a todos los colaboradores, afianzando la imparcialidad y neutralidad, características propias institucionales que permiten el desarrollo de las actividades cotidianas en un ambiente de calma y tranquilidad. De igual forma en el proceso de inducción se maneja como tema la importancia de aplicar el manual de Misión Médica.

## **FORTALEZAS DE LA INSTITUCION**

### **Direccionamiento estratégico**

El direccionamiento estaba inicialmente centrado en el reconocimiento de nuestra institución a nivel nacional, surte un cambio en la estructura en el año 2008 con la participación de colaboradores e integrantes del comité directivo y junta directiva, donde más allá del reconocimiento se centró el direccionamiento mismo en las necesidades y expectativas de nuestros usuarios, como base para el mejoramiento de condiciones de calidad de vida de los mismos.

La sistematicidad en la revisión de contexto estratégico, la caracterización de mandamientos de calidad, la revisión de valores y principios a través del comité de ética institucional y comité técnico científico, la participación de espacios de escucha a comunidad donde se recogen las necesidades de los usuarios, el análisis de plataforma estratégica a la luz de principios de calidad en la estrategia plan padrinos, la declaración en el Hospital como el año del autocontrol y entrega de la gestión, la revisión y actualización del manual de ética y buen gobierno, han permitido el mejoramiento del desempeño a nivel organizacional, impactando positivamente la salud de la comunidad.

La evolución en el enfoque con mirada en el usuario, permitió el ajuste de la plataforma centrándola en la satisfacción de las necesidades del usuario y su familia, permitiendo avanzar en la medición, participación de los colaboradores en la aplicación y revisión sistemática metas y objetivos planteados en la misma.



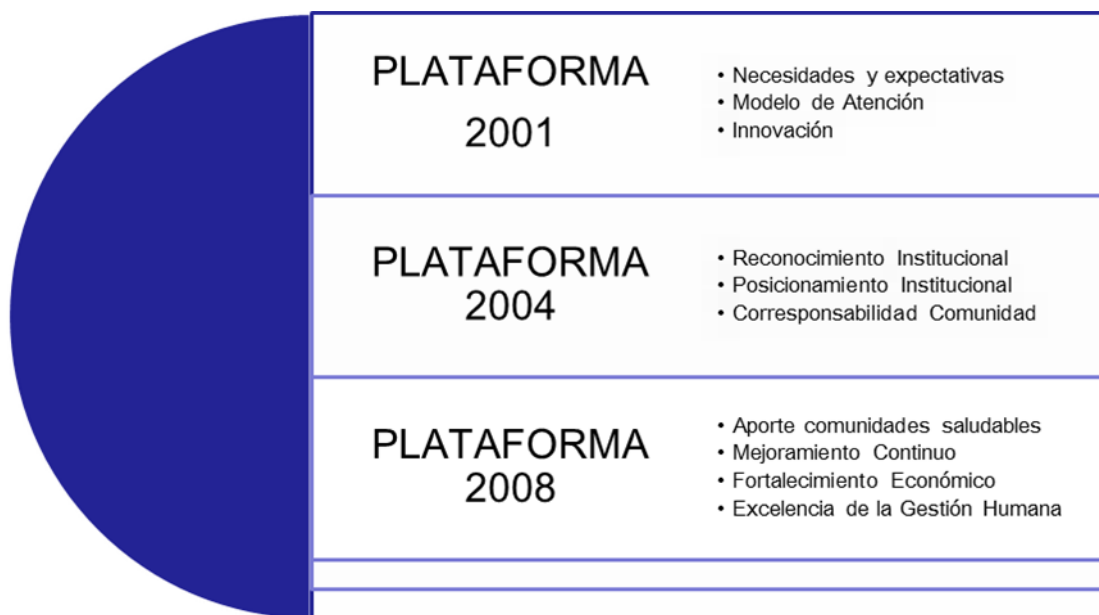
Hospital Nazareth  
I Nivel E.S.E.

**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011**



La formulación del direccionamiento estratégico tiene en cuenta el planteamiento, diseño e implementación del modelo de prestación de servicios “Familia Sana, Comunidad Saludable, Entorno Natural” el cual enmarca la atención en tres ámbitos, en intramural (centros de atención), extramural (jornadas de la salud) y la visita domiciliaria en el año 2011, ya que hasta ese año se venía prestando un servicio netamente intramural en los centros de salud y con algunas intervenciones extramurales esporádicas, este modelo de prestación hace énfasis en la corresponsabilidad.



### Continuidad de la Gerencia

La continuidad de la Gerencia durante tres periodos consecutivos a través de procesos de meritocracia, ha permitido fortalecer la cultura del Liderazgo a todos los niveles de la organización ya que se trabaja sobre la base del Liderazgo mediante el ejemplo, que se enmarca a través de los principios y valores éticos contenidos en la Plataforma Estratégica. Así mismo el enfoque centrado en el Mejoramiento Continuo permite contribuir al bienestar de las comunidades a las cuales servimos, permeando todos los niveles de la Institución.

La gerencia ha tenido autonomía en la selección de su equipo directivo, teniendo en cuenta las competencias institucionales requeridas propias del nivel, situación que ha permitido mantener la motivación y compromiso de las directivas sobre el proceso y filosofía de la acreditación, dar continuidad a los procesos de mejoramiento en los cuales trabaja la Institución, permitir la continuidad de los integrantes del equipo directivo y brindar apoyo decidido a los colaboradores, frente a ideas innovadoras en la forma de la prestación de los servicios y solución de necesidades a los usuarios.



Las relaciones de la gerencia y su participación activa en los espacios de la Junta Administradora Local y la Alcaldía Local de Sumapaz ha generado confianza en las directivas en cabeza del hospital que se demuestra a través de la destinación de recursos para proyectos.

La gestión de ética Institucional es una filosofía que identifica al talento humano del hospital para obtener mejores estándares de vida y desempeño en todos los niveles: personal, familiar, institucional, comunitario y social que impacte positivamente en la comunidad por contar con un equipo humano altamente calificado, creativo y comprometido cumpliendo los valores éticos.

La Gestión de ética en el Hospital se inició constituyendo un Grupo de Gestores de Ética a quienes se les entrego la tarea de liderar la sensibilización y motivación para el adopción de una cultura ética y de servicio basada en los principios institucionales y distritales, orientando al mejoramiento de la gestión ética, durante el año 2007 se consolido un grupo de 21 gestores de ética, brindándoles como herramienta básica el ideario ético distrital y la declaración de los principios expuestos en nuestra plataforma estratégica, la cual está aplicándose a la fecha.

- **Modelo de prestación de servicios de salud:**

El modelo de prestación de servicios ha sido permanentemente una fortaleza institucional, dado que ha evolucionado de acuerdo a las necesidades de los usuarios, adaptándose a los cambios externos.

El Hospital a través de este modelo ha estado a la vanguardia en la orientación e implementación de estrategias durante la última década. En el año 2001 trascendió la entonces atención institucionalizada a la extramuralidad, ampliando como valor agregado los espacios de entrega de servicios a las veredas en jornadas, en espacios de congregación comunitaria como escuelas y colegios, espacios laborales y en el domicilio; aplicando los principios de la atención primaria en salud. Más adelante en el año 2004 el Distrito capital implementa el programa salud a su hogar, en el que el Hospital aportó su experiencia recogida cuatro años atrás. En el año 2007 la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá reorganiza los lineamientos para la ejecución del plan de atención básica "PAB" de acuerdo a espacios de vida cotidiana que denominó ámbitos familiar, comunitario, laboral, escolar e institucional, estrategia que el hospital ya venía trabajando.

La institución ha generado frecuentemente adecuación de productos contractuales colectivos, de acuerdo a la particularidad de la localidad, que han servido de insumos para la actualización de guías distritales como es el caso de atención a familias con condiciones especiales como gestación, infancia, lactancia y vejez entre otros.



En el 2011 la contratación diferencial para la localidad de Sumapaz, en el plan de intervenciones colectivas aporta además en la construcción Distrital de un enfoque específico para la ruralidad Distrital para las cinco localidades del Distrito con zonas rurales.

En estos diez años de gestión planeación, ejecución, evaluación y ajustes del modelo se han obtenido resultados en:

*Disminución de barreras de acceso:*

Hasta el año 2008 la disminución de barreras de acceso se percibía por referencias informales de los usuarios, y el Hospital las evaluaba implícitamente con el aumento de actividades tanto intramurales como extramurales. A partir del año 2009 se inicia la medición sistemática de barreras de acceso con el siguiente resultado:

Durante el año 2011 se fortaleció la búsqueda activa de oportunidades de mejora, lo que coadyuvo a identificar otros tipos de barreras de acceso como las económicas y las culturales.

*Aumento en la concentración de actividades de promoción y prevención y Disminución de la frecuencia de Urgencias y Hospitalizaciones*

A partir del año 2002 con la implementación del Modelo de salud familiar se inicia la minimización las barreras de acceso geográfico, económico y de tiempo reflejado en el aumento de las actividades de consulta externa y especialmente de promoción y prevención, en combinación con la disminución en las acciones resolutivas de urgencias y hospitalización, evidenciando el impacto del enfoque promocional de calidad de vida enfatizando la deshospitalización y desestimulando las acciones netamente resolutivas.

*Avance en la medición de la vulnerabilidad familiar*

Durante el año 2010 se reestructura la medición de la vulnerabilidad que hasta el año 2009 comprendía la sumatoria de los puntos de riesgo familiares clasificados en 11 categorías, de las cuales 5 correspondían a ciclos vitales y las restantes a condiciones prioritarias como ambiente, discapacidad, trabajo, condiciones socio familiares, situación socioeconómica y funcionalidad familiar; midiendo un total de 165 variables. Con una clasificación de vulnerabilidad alta al obtener de 68 a 165 puntos de riesgo; media de 34 a 67 y baja de 4 a 33 puntos de riesgo; teniendo en cuenta 4 puntos de base por ruralidad. Para obtener el dato de vulnerabilidad se obtenía la proporción de familias en vulnerabilidad alta, media y baja; cerrando el año 2009 con 64% de las familias en vulnerabilidad baja, 34,3% en vulnerabilidad media y 1,7% en vulnerabilidad alta. En este contexto la vulnerabilidad se medía anualmente, teniendo como objetivo la organización de acciones de intensificación para familias en vulnerabilidad alta estableciendo que las familias clasificadas en este nivel requería mínimo 6 intervenciones anuales por el equipos de salud, de consolidación para



familias en vulnerabilidad media con mínimo 4 intervenciones año y de mantenimiento para las de vulnerabilidad baja con 2 intervenciones anuales.

En el año 2011 se avanza en la inclusión del 100% de las variables de promoción y prevención en la herramienta informática y se desagregan las variables por todos los énfasis. A partir del año 2011 se miden 105 variables de caracterización, 104 variables de riesgo y 168 variables de programación de entrega de servicios. La medición cambia pasando de la proporción de familias en cada escala de la vulnerabilidad (alta, media y baja) a la medición de los puntos de riesgo por cada 10 familias, La variación de la vulnerabilidad se mide mes a mes obteniéndola de la diferencia de los puntos de riesgo por cada 10 familias entre el periodo evaluado y el periodo anterior. Es indispensable tener una constante que corresponde a 10 familias dado que mensualmente el número de familias clasificadas en cada categoría de vulnerabilidad puede variar. Es así, como no solo se desea pasar familias de vulnerabilidad alta a media y de media a baja sino también disminuir los puntos de riesgo en todas las familias independientemente de la categoría de vulnerabilidad en donde está clasificada.

- **Credibilidad y liderazgo en los procesos de calidad a nivel distrital y departamental que nos ha puesto como centro demostrativo de mejores prácticas.**

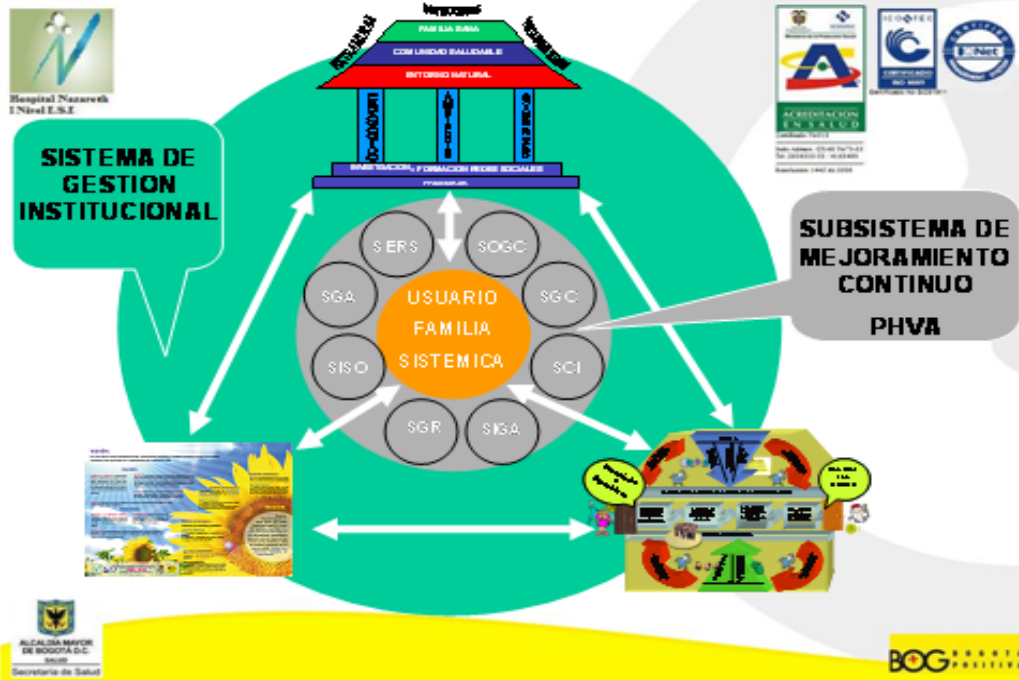
La articulación del Sistema de gestión institucional y el Subsistema de mejoramiento institucional, ha permitido simplificar acciones, racionalizar recursos y potencializar resultados. Al interior del Hospital Nazareth se maneja el concepto de Sistema de Mejoramiento Continuo, mediante el cual se le da una mirada integral a los Sistemas de Gestión implementados, teniendo como base los usuarios y su familia, mediante una mirada sistémica. Este Sistema Integrado de Gestión está compuesto por: Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Servicios de Salud, Sistema de Control Interno, Sistema de Desarrollo Administrativo, Sistema de Gestión de Calidad, Sistema de Seguridad industrial y salud ocupacional, Sistema Interno de Gestión Documental y archivo, Sistema de gestión ambiental y Sistema de Responsabilidad Social, esta integración está reglamentada mediante la Resolución No 082 de 2008 del Hospital.

En el gráfico se puede evidenciar la articulación del Modelo de Prestación de Servicios (el “qué”), el Mapa de Procesos que se constituye en (el “cómo”) y la Plataforma Estratégica (el “donde”), y el concepto de tiempo definido para el cumplimiento de los objetivos establecidos.



**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**INFORME DE GESTIÓN**  
**AÑO 2011**



### Parque temático Chaquéén

Este es un espacio que permite a la institución llegar de una manera más clara, específica y comunicacional con los usuarios de la localidad, ya que con los elementos de la naturaleza, podemos transmitir información en temas relacionados con la salud. El parque temático Chaquéén es un ámbito institucional donde el modelo de prestación de servicios logra consolidar en su eje pedagógico las acciones que en promoción y prevención de la salud requiere nuestra comunidad. Igualmente, éste escenario es el más propicio para inculcar todos aquellos aspectos que van en pro del cuidado del ambiente ya que podemos practicar actividades que ayuden al equilibrio que requiere el ser humano con su hábitat.

En el año 2009, la institución por su parque temático, logró la certificación en buenas prácticas agrícolas, como una de las primeras instituciones en el país en lograrlo, esta certificación fue renovada en el año 2011. Durante este mismo año el Hospital a través del Centro De Desarrollo Del Potencial Humano, conformado por Ecoterapia y Parque Temático Chaquéén, fue galardonado con el premio Nacional a la Responsabilidad Social Empresarial RSE COMFAMILIAR 2011, en la modalidad en sector público. Este premio reconoce que la Responsabilidad social es una filosofía adoptada por la alta dirección del Hospital para actuar en beneficio de sus propios colaboradores, sus familias y el entorno social, la postulación realizada por el Hospital cumple con el objetivo del milenio de Garantizar la sostenibilidad del Medio Ambiente, además el trabajo que permitió obtener este premio está basado en el amor y la motivación de los profesionales hacia un desarrollo integral de los



Lideres En Salud Familiar



usuarios del programa de Ecoterapia que conlleve a la inclusión social y laboral de estos usuarios y al desarrollo de habilidades que le permitan su interdependencia, para el desarrollo de estas habilidades se trabaja a través de la terapia hortícola (terapia con las plantas) y de la Hipo terapia (terapia con los animales), con lo cual se han obtenido resultados importantes tanto a nivel emocional, físico y mental, descritos más adelante.

Por otro lado dentro de los cambios generados por las comunidades campesinas a través de la interacción con el parque han sido significativos, logrando el mejoramiento de determinantes sociales de la salud, especialmente los relacionados con el ambiente, las familias han replicado elementos agroambientales del parque que permiten mejorar las técnicas de producción agrícola, enfocándola hacia una producción más sostenible, se ha observado que la comunidad educativa en las instituciones escolares han trabajado para implementar las técnicas usadas en el parque, convirtiéndose en satélites para los demás pobladores.

En vista de los resultados en la afectación positiva de determinantes en salud surge la estrategia de acercar los procesos desarrollados en el Parque Temático Chaquén a la ciudad, para lo cual se han diseñado estrategias y acciones que permiten interactuar con una comunidad urbana en torno al mejoramiento de las condiciones de salud a través del mejoramiento de situación de seguridad alimentaria y nutricional. Inicialmente se han desarrollado talleres en Bogotá urbana sobre el uso de las plantas medicinales para el cuidado de la salud y se han establecido asesorías relacionadas con agricultura urbana y seguridad alimentaria.

Las estrategias de promoción y divulgación del Parque Temático Chaquén, han sido fortalecidas a través de la generación de diversas piezas comunicacionales, y de la participación como expositores en eventos masivos relacionados con la salud, seguridad alimentaria y nutricional y la producción, entre las ferias más destacadas encuentra la IV feria internacional de la salud MEDITECH, I feria de la alimentación, la XVIII feria agropecuaria e industrias afines, AGROEXPO. En la participación en estos eventos se ha logrado socializar el modelo de prestación de servicios del hospital, causando gran interés por otras instituciones a nivel Nacional y se han realizado acercamientos para la réplica de estrategias como el Parque Temático Chaquén en algunos territorios del país.

Dentro del quehacer diario del parque, se ha logrado mejorar los procesos terapéuticos con los usuarios del programa de Ecoterapia, a través de elaboración de la guías para la realización de la terapia hortícola, y del desarrollo de talleres productivos para la transformación de las plantas medicinales, logrando la elaboración de productos biocosméticos, usados en el autocuidado de los usuarios y adquiridos por algunos de los pobladores de Sumapaz y de Bogotá urbana. El programa Ecoterapia y Parque Temático Chaquén son beneficiarios de un convenio liderado por la secretaria de Desarrollo Económico para el fortalecimiento de los talleres productivos como una unidad de negocios y la búsqueda de recursos externos para la investigación e innovación, operado por la Corporación Planta.



## Programa Ecoterapia.

ECOTERAPIA: EL Programa de Ecoterapia se convierte en fortaleza no solo para la localidad sino para la ciudad, la nación y el mundo, porque demuestra que existen alternativas de rehabilitación Integral, de abordaje diferencial a la psiquiatría convencional en usuarios con discapacidad mental crónica.

Trasciende del abordaje de una conducta o síntoma mental al abordaje integral de la persona como ser humano, cuya finalidad terapéutica es hacer al usuario participe del proyecto de cambiar su vida y de subsanar secuelas de etapas pasadas de indigencia y maltrato. Con los usuarios se consolida una FAMILIA, con lazos que aunque no sanguíneos, son fuente de AMOR, que se constituye en la base fundamental de ECOTERAPIA.

En el año 2011 se ha establecido un ejercicio de motivación a usuarios que se encuentran en tercera fase y que por su funcionalidad están listos para iniciar cuarta fase, a través del estímulo al adecuado desempeño en actividades terapéuticas ocupacionales que fortalecen sus competencias y habilidades cognitivas, físicas y sociales para su futuro laboral, que les permita asumir de manera funcional y adaptativa los requerimientos de la vida cotidiana en sociedad, pasando de una etapa de semidependencia a la independencia; el estímulo consiste en el reconocimiento al buen desempeño a través de la entrega de fichas que les permite adquirir insumos de valor agregado como elementos de aseo, confitería, ropa etc. El convenio de cuarta fase del programa de Ecoterapia ha tenido el visto bueno distrital frente a la planeación terapéutica y se encuentra en proceso de viabilización la infraestructura física para su ejecución.

La referenciación con otras instituciones (Hospital San Blas y Hospital La Victoria) que brindan atención y oferta de servicios a personas en condición de Discapacidad mental, posicionando y reconociendo al Programa de Ecoterapia mediante las diferentes alternativas de rehabilitación con enfoque Ecoterapéutico basadas en la terapia Hortícola, Hipo terapia, actividades competitivas a nivel deportivo y cultural.

Vinculación de usuarios del Programa de Ecoterapia a los diferentes espacios de participación comunitaria en la Localidad 20 de Sumapaz, como es el caso de la Asociación de usuarios, Representante ante el concejo local de discapacidad por la salud mental, representante al Comité de participación Comunitaria (COPACO), entre otros, promoviendo conductas adaptativas y el máximo desarrollo de sus potencialidades en el núcleo social, cultural y democrático, a partir de la expresión vivencial de derechos y deberes.

Fortalecimiento de La emisora ECOS DE NAZARETH del Programa de Ecoterapia, cuya estrategia es diseñada, supervisada por el equipo terapéutico y liderada por los pacientes, que parte de la necesidad de fortalecer los canales de comunicación con los usuarios garantizando la recordación y aplicabilidad de los derechos y deberes, además con enfoque promocional en salud y prevención de la enfermedad.



En el año 2011 el Programa de Ecoterapia fortalece el ejercicio de autoevaluación de Estándares superiores de Rehabilitación y Habilidad.

Matriz de parámetros superiores de calidad: Se creó una herramienta para la identificación de hallazgos enfocada en los estándares de acreditación pero integrando los demás sistemas de gestión, esta herramienta es llamada “Matriz de parámetros superiores de calidad”, logrando la integralidad del Sistema de mejoramiento institucional.

Con el compromiso demostrado por parte de la gerencia hacia el mejoramiento de la prestación de los servicios a la comunidad, se hizo el lanzamiento del Programa de Respuesta Rural Equina, el cual busca reducir los tiempos de atención en las veredas más lejanas de la localidad, con el fin de mejorar las respuestas ante urgencias presentadas, disminuyendo barreras de acceso por condiciones geográficas y topográficas, las cuales habían sido identificadas en el proceso de atención.

Recertificación en la Norma NTC 5400 Buenas Prácticas Agrícolas otorgado por el ICONTEC al Parque Temático Chequen,

Recertificación ISO 9001 versión 2008.

- **Alianza estratégica entre el Hospital con la Alcaldía Local de Sumapaz y la Junta Administradora Local**

El liderazgo y la participación del Hospital en los espacios de la Junta Administradora Local y la Alcaldía Local de Sumapaz ha permitido el reconocimiento del mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, generando confianza en el Hospital, que se demuestra a través de la destinación de recursos para proyectos como Vereda Sana, Atención por especialistas, Respuesta rural equina y Colegios Saludables, contribuyendo a la respuesta oportuna de las necesidades sentidas de la comunidad.

### **Estrategias externas para Incentivar los procesos de Calidad**

El hospital permanentemente busca la participación en escenarios donde se pueda comparar con los mejores, así como compartir las experiencias exitosas con instituciones que lo requieran. Dentro de las estrategias desarrolladas desde nivel distrital se tiene:

- Premio Distrital a la Gestión en salud obteniendo “Gestión de plata” en el año 2008 en la modalidad “Pioneros” y en el año 2009 en la misma categoría se obtuvo “gestión de oro”. Para el año 2010 en la categoría “Capitanes” se obtuvo “Gestión de Plata”, y el primer lugar en el concurso de mejores prácticas del proceso propuesto con el programa de humanización institucional. En el 2011 en la categoría de capitanes se obtuvo “Gestión de Plata” y primer puesto en la exposición del representante legal



- Premio CIDE o Comunicación Interna Distrital Exitosa: En el año 2007 se obtuvo el primer puesto.
- En el año 2010 se obtuvo el premio a la mejor oficina de quejas, reclamos y solicitudes otorgado por la Veeduría Distrital.
- Nominación del Plan de Intervenciones en Gestión Ambiental como una de las 10 entidades que mejor manejo ofrece en su plan de desechos,
- En el último año, el hospital obtuvo el primer lugar en la Campaña liderada por la Asociación Colombiana de Infectología y la Secretaria Distrital de Salud, cuyo criterio de evaluación fue el compromiso en la implementación de la estrategia denominada “Manos limpias, atención segura,
- Primer lugar en el Premio Nacional de Responsabilidad Social Empresarial en el sector público y Participación en la categoría de Capitanes en el Premio Distrital a la Gestión en Salud 2011, además la participación de colaboradores de nuestro hospital en el ejercicio de auditoría a entidades liderado por la Secretaria General de la Alcaldía Mayor.
- En el año 2011 se obtuvo nuevamente el premio a la mejor oficina de quejas, reclamos y solicitudes otorgado por la Veeduría Distrital.

## REFERENCIACION COMPARATIVA

La referenciación comparativa se fortaleció a con la estandarización a través de un procedimiento que homogenizo tanto acto a este procedimiento se estableció un ciclo de mejoramiento para su ejecución, es así como a través del procedimiento de referenciación comparativa, fortaleciendo las actas de referenciación, formato de plan de trabajo y formato de informe de referenciación comparativa que permite de manera organizada el desarrollo de la referenciación.

En el 2011 y finalizando el 2010 se recibieron 6 entidades a nivel nacional para referenciaciones comparativas, Así mismo el hospital ha venido desarrollando referenciaciones a diferentes instituciones a nivel nacional. El siguiente cuadro ilustra el comportamiento de las referenciaciones comparativas año a año.

A partir del año 2006 se inicia el proceso de referenciación comparativa, con la voluntad de la alta gerencia en la implementación de procesos de mejoramiento continuo organizacional a través de la implementación de estándares superiores de calidad. La tendencia que ha tenido el hospital desde el año 2006 al 2010, ha sido creciente, ya que desde el año 2007 se referencio una entidad, llegando a tener 18 entidades en el 2010 y a corte 30 de noviembre del 2011 van 8 entidades que nos han referenciado.



Hospital Nazareth  
I Nivel E.S.E.

**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011**



Certificado N° 018  
Calle Admosi Cll. 48 No. 73 - 53  
Tel: 295 6333/33 / 4163490  
Resolución 1445 de 2006

Certificado No. 52091-1

El posicionamiento del modelo de prestación de servicios y la implementación de estándares superiores de calidad para la atención primaria en salud, generaron que instituciones a nivel nacional solicitaran referenciación comparativa, donde el modelo de prestación de servicios, los estándares asistenciales y los de mejoramiento han sido los temas de mayor interés por otras instituciones

Durante el año 2011, se referenció al Centro Medico Imbanaco en la ciudad de Cali, en temas de seguridad del paciente, PAMEC, tecnovigilancia, farmacovigilancia y mejoramiento continuo, sin embargo se gestionaron solicitudes para realizar referenciaciones a organizaciones como Fundación Cardio Infantil, Clínica Country y Hospital Meissen

**Implementación de políticas institucionales**

- Política de Talento Humano
- Política de calidad
- Política de seguridad del usuario
- Política ambiental
- Política de Salud ocupacional y seguridad industrial
- Política de administración del riesgo

**Comités institucionales**

No.	NOMBRE COMITE	FRECUENCIA
1	Comité Directivo	Mensual
2	Comité Técnico - científico	Bimestral
3	Comité Técnico ampliado	Semestral
4	Comité de Calidad	Mensual
5	Comité de Compras	Mensual
6	Comité Paritario de salud ocupacional	Mensual
7	Comité de Personal	Mensual
8	Comité Editorial	Mensual
9	Comité de Archivo	Trimestral
10	Comité de Ética Hospitalaria	Mensual
11	Comité de Ética	Mensual
12	Comité de Participación comunitaria	
13	Comité asistencial	Mensual
14	Comité de Infecciones Intrahospitalarias	Mensual
15	Comité de Seguridad del usuario	Mensual
16	Comité de Farmacia Terapeuta y Farmacovigilancia	Mensual
17	Comité de Historia Clínicas	Mensual
18	Comité de Tecnovigilancia	Mensual

<b>19</b>	<b>Comité de Comités</b>	<b>Mensual</b>
<b>20</b>	<b>Comité de Vigilancia Epidemiológica</b>	<b>Mensual</b>
<b>21</b>	<b>Comité la Voz del Usuario</b>	<b>Mensual</b>

## EQUILIBRIO FINANCIERO OPERACIONAL FINANCIERA

En análisis de éste indicador, durante el año 2011, muestra que, el comportamiento es positivo, pues la entidad causó utilidades operativas ajustadas por un valor de \$ 905 millones aproximadamente, éste indicador a cierre de 2010, presentó utilidad por \$265 millones, lo que muestra que la entidad continua con su tendencia positiva en la generación de utilidades operativas, creciendo esta en \$689 millones, correspondientes a un incremento porcentual de 200.6%.

### HOSPITAL NAZARETH E.S.E CALCULO DEL EQUILIBRIO FINANCIERO OPERACIONAL A 31 DICIEMBRE DE 2011

CONCEPTO	FUENTE	
Ingresos recaudados por venta de servicios en el período	Columna de recaudo de las ejecuciones presupuestales a diciembre de 2011	8,693,443,251
Menor valor entre cartera por venta de servicios < a 60 días, y el recaudo de cartera de períodos anteriores	Columna de recaudo de ejecuciones presupuestales al cierre de diciembre de 2011	675,627,266
Costo de Ventas y de Operación	Estado de actividad financiera, económica, social y ambiental debidamente al cierre de diciembre de 2011	5,453,694,839
Gastos Operacionales		1,870,071,639
Depreciaciones, amortizaciones, provisiones y agotamiento		157,763,712
Equilibrio financiero operacional ajustado a diciembre 31 de 2011		905,774,072

\*Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos y estado de resultados de la actividad económica y social a diciembre de 2011- Hospital Nazareth I Nivel E.S.E.

## EQUILIBRIO O DEFICIT PRESUPUESTAL DEL PERIODO FINANCIERA

Este indicador según se observa, tiene como objetivo analizar si las actividades por venta de servicios de la vigencia del Hospital Nazareth I Nivel de Atención ESE cubren los compromisos adquiridos en el mismo periodo de tiempo, es decir, entre 01 de enero de 2011 al 31 Diciembre de 2011.

En este sentido, el recaudo total del Hospital a 31 Diciembre de 2011 fue de \$9.100.943.251 pesos, al disminuir la disponibilidad inicial y los recaudos de las cuentas por cobrar de vigencias anteriores, se compara con los compromisos totales que suma \$8.359.018.301, según el indicador a este valor se le disminuyen las cuentas por pagar de vigencias anteriores. Este comportamiento se explica en que los ingresos se recaudan vencidos en



promedio a 60 días de la facturación de los servicios de salud, mientras que los gastos se ejecutan de forma anticipada y se comprometen mayores valores que se van pagando poco a poco en el transcurso del año, los servicios prestados al Hospital el último mes, se cancelan entre enero y febrero del siguiente año.

El indicador arroja como resultado -\$214.709.709 a diciembre 31 de 2011, valor positivo si se compara con el valor -\$689.552.183 del año anterior al mismo corte.

### HOSPITAL NAZARETH I NIVEL E.S.E. CALCULO DEL EQUILIBRIO PRESUPUESTAL A DICIEMBRE 31 DE 2011

CONCEPTO	FUENTE	VALOR
Ingresos recaudados sin recursos de convenio	Columna de recaudo de las ejecuciones presupuestales al cierre	8.693.443.251
Disponibilidad inicial	Columna de recaudo de las ejecuciones presupuestales al cierre	621.666.413
Recaudo de cuentas por cobrar de períodos anteriores	Columna de recaudo de ejecuciones presupuestales al cierre	1.093.591.126
Compromisos del período	Columna de compromisos de las ejecuciones presupuestales al cierre	8.359.018.301
Cuentas por pagar de períodos anteriores	Columna de compromisos de las ejecuciones presupuestales al cierre	1.166.122.880
<b>Equilibrio Presupuestal a Diciembre 31 de 2011</b>		<b>- 214.709.709</b>

Fuente: Ejecuciones presupuestales a 31 de Dic. 2011 - Hospital Nazareth I Nivel de Atención ESE

### PORCENTAJE DE PARTICIPACION DE LOS INGRESOS PROVENIENTES DE LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD EN LA FINANCIACION DE LA ENTIDAD ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

El resultado de éste indicador, nos muestra la participación que presenta la venta de servicios que hace la E.S.E., en el período de tiempo analizado y que sirve para financiar la empresa, a través del mencionado renglón, buscando cada vez una mayor participación de



éste en la financiación de la Entidad. El resultado de éste indicador en el período analizado, es de 95.5%, durante este año se puede observar que la participación del recaudo por concepto de convenios tiene una importante participación en el presupuesto de la entidad.

El cierre financiero de la vigencia 2011, muestra un resultado positivo para la gestión del Hospital Nazareth, pues los ingresos estuvieron por encima del gastos en cerca de 741 millones de pesos, según lo que se observa en la ejecución presupuestal.

**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL E.S.E.  
PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE LOS INGRESOS PROVENIENTES DE LA VENTA DE SERVICIOS EN LA FINANCIACIÓN DE LA ENTIDAD A DICIEMBRE 31 DE 2011**

CONCEPTO	FUENTE	
Ingresos recaudados por venta de servicios en el período	Columna de recaudo de las ejecuciones presupuestales a diciembre 31 de 2011.	8,693,443,251
Ingresos totales recaudados en el período.	Columna de recaudo de las ejecuciones presupuestales a diciembre 31 de 2011.	9,100,943,251
Porcentaje de participación de los ingresos provenientes de la venta de servicios en la financiación de la entidad		95.5%

Fuente: Ejecución presupuestal de Ingresos a 31 de Dic. 11- Hospital Nazareth I Nivel de Atención ESE

**RAZONABILIDAD DE ESTADOS FINANCIEROS**

Según informe de la Revisoría fiscal de la E.S.E., hospital Nazareth, los estados contables con cierre a dic. 31 de 2011, presentan razonabilidad en sus cifras. Ver anexo 4.

**CUMPLIMIENTO EN EL REPORTE DE INFORMACION DECRETO 2193 DE 2004**

El reporte de la información que corresponde al Decreto 2193 de 2004, se envió oportunamente, dentro de los plazos estipulados en la norma. A la fecha se encuentran reportados corte del presente informe. Ver anexo 6

**CALIFICACION DE LA GESTION DE CONTROL INTERNO**

La normatividad vigente en materia de Control Interno (Artículos 209 y 269 de la Constitución Política Colombiana; Decreto 2145 de 1999; Ley 87 de 1993; Decretos 1599 de 2005; entre otras normas). Exige a las Empresas Sociales del Estado el desarrollo de un Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

El Modelo Estándar de Control Interno que se establece para las entidades del Estado proporciona una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación, cuyo propósito es orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del Estado.



Lideres En Salud Familiar



Para cumplir con este propósito, las entidades deberán realizar una evaluación sobre la existencia, nivel de desarrollo o de efectividad de cada uno de los elementos de control definidos en el MECI, a fin de establecer el diseño, desarrollo o grado de ajuste necesarios para su implantación y mejora, siguiendo las directrices y metodologías establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el Manual de Implementación del Modelo Estándar de Control Interno 1000:2005 de marzo de 2006.

El resultado de éste indicador a 31 de diciembre de 2011 es del 100%, de acuerdo a la escala establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y siguiendo los procedimientos de autoevaluación y evaluación independiente establecidos para ello. Ver anexo No 8.

### **PROCESOS JUDICIALES CONTESTADOS DENTRO DEL TERMINO LEGAL (Incluidas las Tutelas).**

A 31 de diciembre de 2011 la entidad presentó un proceso judicial de carácter ejecutivo de menor cuantía, el cual se encuentra desde el mes de febrero en el ingreso al despacho y a la fecha no ha salido de este. Ver anexo No. 9

### **ÁREA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**

A través de los siguientes indicadores, se pretende medir algunos de los aspectos más relevantes relacionados con la calidad en la prestación de los servicios:

### **OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA GENERAL (días)**

Corresponde a la relación entre la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita, expresada en días con el numero de total de actividades de consulta médica general en el periodo analizado.

Durante el periodo enero a diciembre de año 2011 se mantiene el cumplimiento del estándar declarado por el hospital con respecto a los tiempos de asignación de citas tanto programadas como solicitadas espontáneamente en el ámbito institucional y de jornada de salud. La programación al día de las citas se logra a través de la aplicación de las estrategias para minimización de barreras de acceso como son la atención en los tres ámbitos del Modelo de Salud Familiar del Hospital (institucional, extramural, domiciliario); la Ruta de la Salud Veredal, la programación de atención desde el ámbito domiciliario a través de los promotores de salud y el acompañamiento de la oficina de atención al usuario en los trámites de la atención, entre otros factores.

### **OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA (días)**

Corresponde a la relación entre la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita con número total de consultas médicas especializadas asignadas en la Institución, expresada en días.

El hospital Nazareth E.S.E., debido a su nivel de complejidad, no oferta servicios especializados por lo tanto no aplica el indicador.

### **OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS (minutos)**

Corresponde a la relación entre el número de minutos transcurridos desde la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico con el total de usuarios atendidos en consulta de urgencias, expresado en minutos.

Durante el periodo enero a diciembre de año 2011, la oportunidad de atención en consulta de urgencias se mantiene dentro del rango propuesto para el hospital el cual corresponde a 0 – 15 minutos, logrando un promedio de 1 minuto para la atención. Resultado que como se ha informado en las anteriores vigencias, no puede ser mejorado pues se encuentra en un rango óptimo. El hospital mantiene la oferta de atención de urgencias 24 horas y el despliegue de las guías de atención para la atención de la consulta espontánea en el marco de la oportunidad, la continuidad y el respeto por el usuario.

### **PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA**

Debido a las razones expuestas anteriormente en relación con el nivel de complejidad de la Institución, éste indicador no aplica.

AREA	INDICADOR	LINEA BASE (Resultado del periodo anterior)	RESULTADO PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2011
GESTION DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (40%)	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (días)	CERO	CERO
	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (días)	N.A	N.A
	Oportunidad de atención en consulta de urgencias (minutos)	0-15 MINUTOS	0-15 MINUTOS
	Proporción de cancelación de cirugía programada	N.A	N.A



**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011**



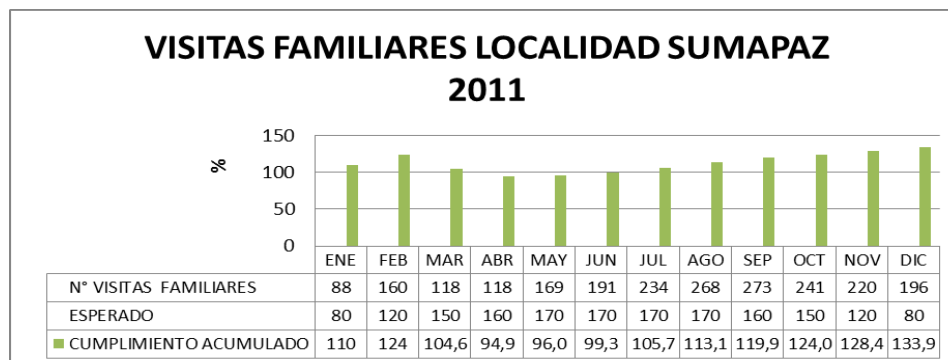
## GESTIÓN ASISTENCIAL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2011

En el marco de la prestación de servicios de salud familiar según el modelo implementado por el hospital desde el año 2001, denominado “Familia sana, comunidad saludable, entorno natural”, a continuación se describen algunos de los aspectos relacionados con el desarrollo de la entrega de servicios a las familias habitantes en la localidad Sumapaz, en cada uno de los ámbitos para la interacción en salud definidos por el modelo

### ÁMBITO DOMICILIARIO

En cumplimiento de la cadena misional del modelo de prestación de servicios de salud familiar se desarrollan los contactos en el ámbito domiciliario como una de las acciones que favorecen el conocimiento de las necesidades y expectativa en salud de los habitantes de la localidad, así como la ejecución de las alternativas de salud planteadas entre el equipo de salud y el grupo familiar.

En el período enero-diciembre se desarrollaron 2276 visitas domiciliarias. Se encuentra una concentración de 4.6 visitas por familia, registrando el contacto con el 94.5% de las familias locales en el ámbito domiciliario.



### AMBITO EXTRAMURAL

### PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC

En el cumplimiento acumulado al mes de diciembre se observa el 96% de la ejecución programática del contrato y el 96% de la ejecución presupuestal. En el mes de Diciembre se da cumplimiento a la programación proyectada, con excepción en el énfasis de salud Ambiental en el cual se reprogramaron actividades para ser ejecutadas en el mes de enero de 2012, lo que se relaciona con el proceso de contratación de talento humano para el énfasis.

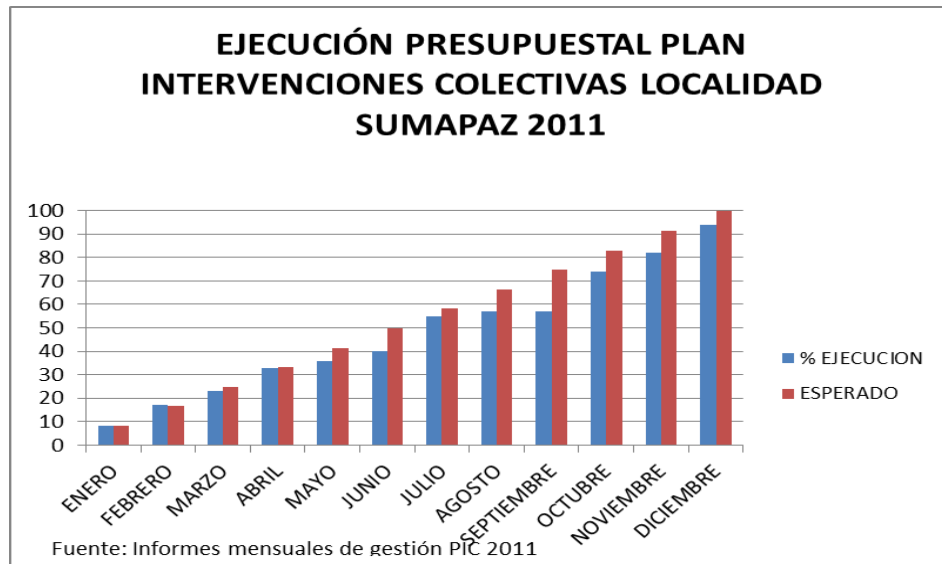


**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011**



Se desarrolló la auditoría programada para el periodo octubre - noviembre, con resultados positivos en la mayoría de los componentes y levantamientos de planes de mejoramiento continuo, resaltando en la evaluación resultados positivos para las interacciones del PIC Rural diseñado e implementado por la ESE.



**AMBITO INSTITUCIONAL**

ACTIVIDAD	UNIDAD MEDIDA	ESPERADO MES	EJECUTADO ENERO	EJECUTADO FEBRERO	EJECUTADO MARZO	EJECUTADO ABRIL	EJECUTADO MAYO	EJECUTADO JUNIO	EJECUTADO JULIO	EJECUTADO AGOSTO	EJECUTADO SEPTIEMBRE	EJECUTADO OCTUBRE	EJECUTADO NOVIEMBRE	EJECUTADO DICIEMBRE	ACUMULADO	% CUMPLIMIENTO ACUMULADO
Consulta medica	Numero	374	349	323	365	328	435	341	322	372	355	351	577	506	4624	103,03
Consultas urgentes	Numero	90	65	67	77	86	77	65	73	75	71	75	85	89	905	83,80
Actividades odontología	Numero	550	630	709	644	509	690	1106	710	812	796	754	706	740	8806	133,42
Actividades enfermería	Numero	178	172	179	232	205	291	244	196	194	197	242	327	221	2700	126,40
Giro cama	Indice	1	1	2	3	2,5	2	0,3	0,25	0	1	0,75	1	0	1,15	NA

Las actividades desarrolladas en el ámbito institucional corresponden a la consulta externa y a los servicios de urgencias y hospitalización. Según el Modelo de prestación de servicios del hospital con enfoque promocional, se espera que estas propendan por las acciones de detección temprana de alteraciones y protección específica de la salud.



Lideres En Salud Familiar



Las consultas de enfermería corresponden a las actividades de promoción de la salud, detección temprana de alteraciones y protección específica, entre los cuales se incluye: Detección temprana de alteraciones de los niños y niñas, detección temprana de cáncer cérvico uterino, regulación de la fecundidad de hombres y mujeres, plan ampliado de inmunizaciones, entre otras.

En el servicio de hospitalización no se atienden usuarios en el mes diciembre, acumulando 52 usuarios en lo corrido del año. El índice promedio de giro cama para la vigencia 2011 es de 1.15. Así mismo el promedio de ocupación corresponde a 4.59 días lo que es acorde a lo esperado dado el nivel de atención y la dinámica local. En cumplimiento de los estándares de calidad en el servicio de hospitalización se mantiene el seguimiento a la totalidad de los egresos y a los casos de observación de urgencia considerados prioritarios tales como menores de cinco años según los tiempos para seguimiento declarados por la estrategia AIEPI, la población gestante, entre otros.

En el servicio de odontología se realiza un ajuste direccionado desde el nivel central, presentando únicamente la producción de consultas de primera vez a partir del mes de julio, razón por la cual se ajusta en este informe la ejecución anual para este ítem.

## **ANÁLISIS INDICADORES AGENDA ESTRATÉGICA JUNTA DIRECTIVA VIGENCIA 2011**

En este apartado se desarrolla una breve descripción del comportamiento de los aspectos solicitados desde el área de Planeación y Sistemas de la Secretaría Distrital de Salud para la versión 2011 de la agenda estratégica.

## **COBERTURA DE VACUNACIÓN**

Se cierra el año con una cobertura de 110%, con 57 niños y niñas vacunados de una meta de 52 niños. Se resalta el esfuerzo del equipo de salud para la captación de niños en entes territoriales diferentes a la localidad 20 del distrito, pues las familias se mueven en regiones fronterizas con los departamentos de Cundinamarca, Meta, Tolima y Huila. Se resalta la notificación negativa de eventos inmunoprevenibles en la localidad. Este resultado se debe a la estrategia es la búsqueda de nuevos niños a través de las visitas veredales sistemáticas y la canalización por parte del equipo integral de salud hacia el programa y el seguimiento regular de los niños incluidos en la cohorte local. Destacándose la captación de niños de los entes territoriales de Cabrera y Une del departamento de Cundinamarca y de los departamentos de Meta y Huila. En el mes de diciembre se logran las metas en la aplicación de biológicos trazadores en menor de un año y niños de un año. La oportunidad de mejora se encuentra en dosis de refuerzo en niños y niñas de cinco años. En total en el año 2011 se aplicaron 2468 biológicos.

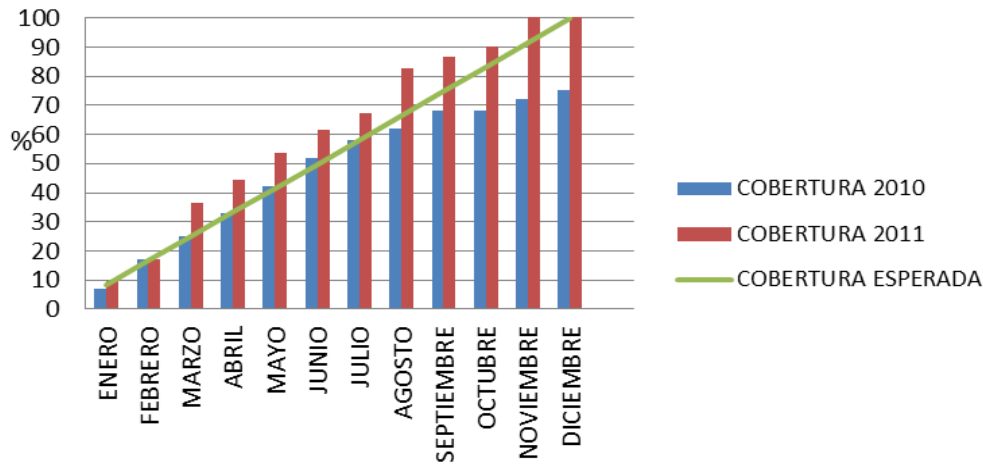


**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011**



**COBERTURA ADMINISTRATIVA PAI SEGÚN META  
SDS  
HOSPITAL NAZARETH**



Fuente: PAI, Hospital Nazareth I Nivel ESE AÑO 2011

En la grafica se comparan las vigencias 2010 y 2011, observando mejoramiento durante la vigencia 2011. Para el año 2012 se incrementa la meta administrativa asignada desde el nivel central teniendo en cuenta el resultado anterior. Situación que indica aumento del esfuerzo por parte de la ESE Nazareth para la búsqueda de población infantil, dado que la cohorte local no registra aumento significativo.

**PROCESO DE LIBRE ELECCIÓN POBLACIÓN VINCULADA**

En la actualidad se encuentra en proceso la asignación directa desde el Ministerio de la Protección Social.

**PRODUCCIÓN DE SERVICIOS**

Se observa un comportamiento mayor en los egresos hospitalarios en comparación con el año 2010, el cual fue atípico pues a la revisión se realiza registro adecuado de actividades y no se encuentra cambio significativo en el perfil de morbilidad.

Se identifica en el año 2011 un comportamiento regular en la atención de urgencias frente a los años anteriores. El descenso en las atenciones de urgencias se frena, registrando un aumento en un 6.72% durante el periodo enero-diciembre de 2011 con respecto al año anterior. Lo que se explica con el comportamiento de temporada invernal en el último trimestre del año.



Lideres En Salud Familiar



Hospital Nazareth  
I Nivel E.S.E.

**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011**



En cuanto a las imágenes diagnósticas se mantiene la prestación regular del servicio concentrado en ecografía obstétrica y rayos x del servicio de salud oral. Las imágenes diagnósticas diferentes a salud oral se prestan a través de convenio interadministrativo con hospital de Meissen.

El aumento de laboratorio clínico se relaciona con el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad pertinentes. Observándose un aumento promedio del 42.27% entre el año 2009 y el año 2011.

PRODUCCIÓN ENERO-DICIEMBRE	2009	2010	2011
<b>TOTAL EGRESOS</b>	74	33	52
<b>PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS</b>	0	0	0
<b>NUMERO CONSULTAS ELECTIVAS REALIZADAS</b>	10799	10853	14910
<b>NUMERO CONSULTAS URGENTES REALIZADAS</b>	945	848	905
<b>TOTAL PARTOS</b>	12	12	9
<b>EXAMENES LABORATORIO</b>	2504	4363	4527
<b>NUMERO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS TOMADAS</b>	179	230	188

VARIACIÓN PRODUCCIÓN SERVICIOS ENERO-DICIEMBRE	VARIACION 2011/2010	VARIACION 2011/2009
<b>TOTAL EGRESOS</b>	19	-22
<b>PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS</b>	0	0
<b>NUMERO CONSULTAS ELECTIVAS REALIZADAS</b>	4057	4111
<b>NUMERO CONSULTAS URGENTES REALIZADAS</b>	57	-40
<b>TOTAL PARTOS</b>	-3	-3
<b>EXAMENES LABORATORIO</b>	164	2023
<b>NUMERO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS TOMADAS</b>	-42	9



**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011**



En cuanto a la remisión de usuarios en el servicio de urgencias se mantiene el despliegue de acciones para la atención oportuna en los niveles de complejidad necesarios para cada caso, atendiendo al factor geográfico y de continuidad en las comunicaciones locales, los cuales son determinantes en la toma de decisión de remisión. Esto en el marco de la prestación de un servicio en condiciones seguras para el usuario. En la vigencia 2011 se observa en promedio un 26% de remisión en la atención de urgencias que se soporta con la identificación del trauma como la primera causa de atención y en un segundo lugar las afecciones del sistema musculo-esquelético, ingresando también las enfermedades respiratorias agudas.

La remisión para atención del parto se relaciona con la identificación de riesgo obstétrico, que en las condiciones locales requiere particular atención, dadas las condiciones geográficas. Durante el mes de octubre se atiende sin complicación el parto programado para el mes en el CAMI Nazareth, binomio madre-hijo quien se encuentra en seguimiento regular para entrega de servicios e intensificado por parte del equipo de salud de los énfasis de seguridad alimentaria y nutricional y salud infantil dado el bajo peso de la recién nacida. Esto con el fin de acompañar el plan de cuidado familiar con el objetivo de recuperar nutricionalmente a la menor. Ver anexo No. 10

CALIDAD DE ATENCIÓN PERÍODO ENERO – DICIEMBRE			
Variable	2009	2010	2011
% Muertes intrahospitalarias antes 48 horas	0	0	0
% Muertes intrahospitalarias después 48 horas	0	0	0
% infección intrahospitalaria	0	0	0
% cancelación cirugía electiva	NA	NA	NA
Promedio días consulta médica general	0	0	0
Promedio días consulta ginecoobstétrica	NA	NA	NA
Número de días de espera para cirugía electiva ginecoobstétrica	NA	NA	NA
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	17	18	27
% pacientes remitidas para atención de parto / total partos	74	40	60

Fuente Estadística Hospital Nazareth 2011



## PROPORCION DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

El primer elemento que constituye la esencia del concepto de evento adverso es el *daño en el paciente*. No hay evento adverso sin daño. Este primer elemento es fácil de determinar cuando el daño es evidente, como en el caso de la muerte de una persona o de una incapacidad permanente mayor (daño cerebral, pérdida de un órgano o de una función corporal). Por supuesto, este tipo de daño es el más temido y, generalmente, el más fácil de identificar. Sin embargo, existe otro tipo de daño que es preciso contemplar cuando se analiza una situación clínica para enmarcarla como evento adverso.

Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La vigilancia de la ocurrencia de los Eventos Adversos debe estar acompañada del análisis y de la gestión de los factores que llevan a su ocurrencia, impactando en la mejora de la seguridad con la cual son atendidos los pacientes en la institución.

En el Hospital Nazareth, se realiza seguimiento con el indicador que corresponde al Número de Eventos Adversos detectados y gestionados sobre el número total de eventos adversos detectados en el período.

En el desarrollo del componente de la Política de Seguridad del Usuario “Amor es...”, en la vigilancia de los eventos adversos se identificó que durante el año 2011, se identificaron 26 eventos adversos, los cuales fueron gestionados en su totalidad logrando un cumplimiento del 100%, en lo transcurrido desde el inicio de la implementación de la Política de Seguridad a la fecha se evidencia un aumento en el reporte de situaciones de inseguridad por parte de los colaboradores, esto se encuentra relacionado con las capacitaciones y acompañamiento con cada uno de los colaboradores y las rondas de seguridad que se desarrollan con cada uno de los centros de atención, también gracias a la articulación círculo operativo de calidad que se desarrolla diariamente allí se identifican riesgos o situaciones de inseguridad que afectan la prestación de los servicios, a continuación se muestra el comportamiento del reporte de las situaciones de inseguridad desde el año 2008 a 31 de diciembre de 2011, se evidencio un descenso del reporte de las situaciones posterior al segundo semestre del año 2011, lo que estuvo relacionado con la rotación de personal en la institución, como plan de mejoramiento se realizó capacitación y acompañamiento a los colaboradores, gracias a esto se logra obtener un aumento en la identificación de situaciones de inseguridad para el ultimo trimestre del año 2011. Ver anexo No. 11

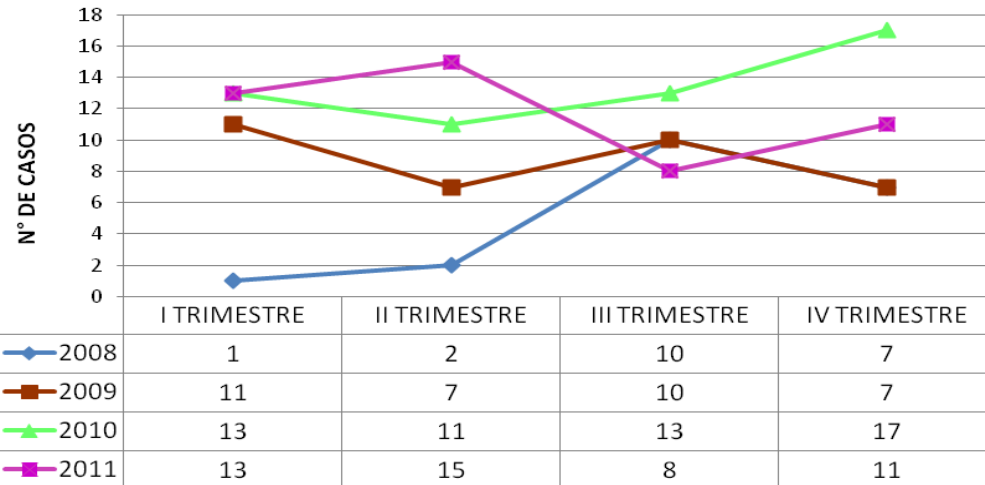


**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011**



**COMPORTAMIENTO DEL REPORTE DE SITUACIONES DE INSEGURIDAD  
POR TRIMESTRE 2008- 2011 HOSPITAL NAZARETH**



**Fuente:** Base de Datos de Seguridad del Usuario 2008 - 2011.

## **PORCENTAJE DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS**

En el Hospital Nazareth una de las formas de escuchar las necesidades y percepción del usuario es a través de la aplicación de las encuestas de satisfacción, de tal manera, que se realiza la medición de la satisfacción todos los meses y se ha hecho desde el año 2003 de forma sistemática.

Se establece la relación entre el número de pacientes que se consideran satisfechos con el servicio recibido y el número total de pacientes encuestados.

Al cierre del 2011 el porcentaje de satisfacción de los usuarios fue del 99%.

Este porcentaje se obtiene a partir del análisis de las variables incluidas en el instrumento de encuestas de satisfacción.



**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011**



**PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS  
HOSPITAL NAZARETH I NIVEL E.S.E 2003 – 2010**



Fuente: encuestas de satisfacción

En el año 2011 en el Hospital Nazareth en cada centro de atención se aplican 15 encuestas de satisfacción de las cuales se analiza lo evidenciado por la comunidad, aunque el usuario manifieste sentirse satisfecho se tiene en cuenta la observación que el nos da conocer para generar acciones de mejora de acuerdo a las necesidades de los usuarios de tal forma que para el año 2011 primer semestre se tiene en cuenta tanto los factores de insatisfacción como las observaciones que quedan en las encuestas.

En las encuestas del año 2011 el porcentaje está entre el 99% y para el mes de diciembre el 100% de los usuarios encuestados frente a todos los servicios se presenta una satisfacción favorable los usuarios se sienten satisfechos, sin embargo en cada uno de los ítem y por centro de atención se genera observaciones de los usuarios las cuales se presentan a continuación,

Para el año 2011 se tiene por mes la siguiente satisfacción.

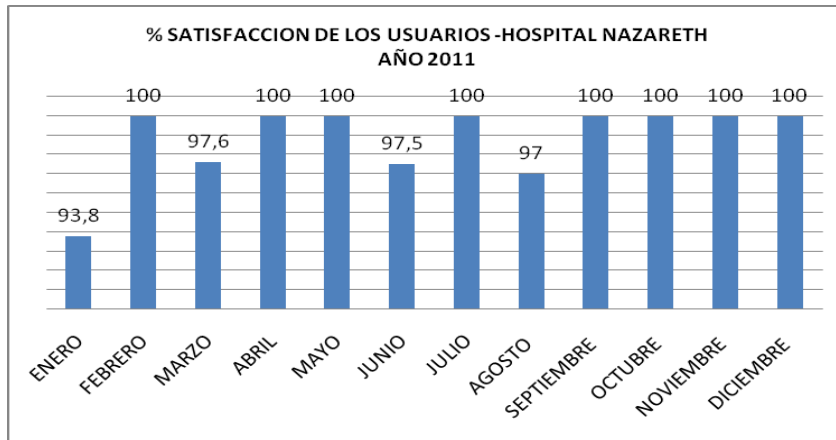
**Satisfacción de los usuarios Hospital Nazareth año 2011**

Desde enero se evidencia un porcentaje de satisfacción superior a 93%, con un promedio final para el año 2011 de 99% de acuerdo al grado de satisfacción se analiza cada uno de los ítem para generar acciones de mejora



HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011



Fuente: encuestas de satisfacción primer y segundo semestre año 2011

Las solicitudes de la encuesta están en relación a 4 temas importantes:

Evaluación de la infraestructura  
Información  
Calidad en la atención  
Satisfacción

De manera trimestral se desarrolla reunión de análisis de los hallazgos de manera que se generan acciones de mejora y se toman decisiones con el fin de continuar mejorando la satisfacción de los usuarios. De igual forma se lleva a cabo el comité operativo de calidad diario donde se analiza las diferentes situaciones en la prestación del servicio y se generan formas de mejorar el servicio.

A continuación se presentan las observaciones de los usuarios y las acciones que se han desarrollaron en el año 2011:

**Frente a la falta de completitud en los medicamentos:** se envía el caso específico a Química farmacéutica quien revisa y genera acciones correspondientes para realizar control del paciente además se hace la verificación del faltante de cada usuario y se hace la completitud a cada uno de ellos.

**Con relación a la socialización de información** por parte del médico en derechos y deberes, frente a ello se realiza actividad con las trabajadoras sociales para fortalecer la socialización en consultoría de medicina y un usuario manifiesta que no recibió información clara, frente al personal de medicina, se desarrolla actividad para socializar la importancia para que al usuario le quede clara la información que se le brinda, frente a enfermería los usuarios relacionan, uno no claridad frente al estado de salud el resto satisfechos y por el servicio de odontología todos los usuarios manifiestan satisfacción.



**HOSPITAL NAZARETH I NIVEL  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**INFORME DE GESTIÓN  
AÑO 2011**



Otro aspecto importante es la información con claridad en la respuesta y otro claridad en los requisitos para ser atendidos, frente a ello se socializa con el equipo de salud la importancia de tener en cuenta el nivel cultural y de formación de los usuarios con el fin de asegurar que los usuarios comprenden la información de tal manera, que en los comité de capacitación se hace énfasis en la forma de dar a conocer la información pertinente a la salud de cada usuario.

El tiempo de atención es otro de los aspectos que los usuarios le solicitan al hospital mejorar, para ello se verifica el ingreso del usuario el tiempo de atención y la programación de los horarios de consultan son programados por la trabajadora social quien s encarga de verificar el cumplimiento a los mismos.

En uno de los meses una usuaria marco en la encuesta la falta de privacidad en la consulta por lo cual fue abordada por Humanización del servicio con el fin de conocer la situación puntualmente y generar las acciones de mejora pertinentes, al visitar la señora refiere felicitaciones para el hospital y se indaga acerca de el momento de la consulta a lo cual ella y su hijo manifiestan que fue privada y solo presentan felicitaciones al equipo por la atención, por lo tanto fue un error de la señora al diligenciar la encuesta.

Finalmente frente al tema de satisfacción de los usuarios mensualmente se hace análisis de los hallazgos y se presentan en el balance Score Card para ser conocidos y gestionados por la gerencia y el equipo directivo. Ver anexo No 12.

### **CERTIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE HABILITACION**

La certificación del cumplimiento de los requisitos de Habilitación por parte del ente territorial busca evaluar en qué medida la institución cumple con las condiciones básicas requeridas y en qué medida la institución hace esfuerzos por garantizar este entorno seguro.

El Hospital obtuvo la certificación de habilitación en el año 2010 con la norma decreto 1011 y resolución 1043 de 2006, la Recertificación en la Norma ISO 9001:2008 en el año 2010 y visita de seguimiento en el año 2011, la acreditación en Salud en el año 2009 con visita de seguimiento en el y 2010 y 2012, además mantuvo el 100% de cumplimiento en el Modelo Estándar de Control Interno. Ver certificación en el anexo No. 1

### **MONTO DE LA DEUDA DE SALARIOS SUPERIOR A UN (1) MES TALENTO HUMANO**

A 31 de diciembre de 2011 en el balance general de la entidad no registra obligaciones laborales, superiores a 30 días. Ver anexo No 13.

### **MONTO DE LA DEUDA DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL (pesos)**

La entidad no registró ningún valor adeudado por compromisos que correspondan a deudas de aportes a seguridad social descontados y no girados a las respectivas aseguradoras.



Lideres En Salud Familiar



### **MONTO DE LA DEUDA DE PARAFISCALES (pesos)**

A 31 de diciembre de 2011 la entidad no reportó deuda de parafiscales.

### **NUMERO DE ACCIDENTES DE TRABAJO GESTIONADOS DURANTE EL PERIODO**

El reporte de ACCIDENTES DE TRABAJO del 1 de Enero de 2011 al 31 de Diciembre del 2011 fue de 12 accidentes discriminados así: DE TRABAJO 9, BIOLÓGICOS 2 DEPORTOLOGO 1 que los mismos fueron gestionados en su totalidad. Ver anexo No 14.

### **FENECIMIENTO DE LA CUENTA**

A 31 de diciembre del año 2011 la Contraloría de Bogotá ha realizado Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular, según Plan de Auditoria Distrital 2011 Ciclo II, al total de la gestión realizada por el hospital durante la vigencia 2010.

Según el informe final radicado en la institución el pasado 16 de diciembre de 2011, la Contraloría de Bogotá emite concepto de FENECIMIENTO a la cuenta del hospital por haber encontrado: La gestión realizada favorable con observaciones, cumplimiento de la normatividad vigente, calidad y eficiencia en el Sistema de Control Interno y razonabilidad en los estados contables a la cuenta rendida por el hospital para la vigencia 2010.

### **MONTO DE LA DEUDA A CONTRATISTAS O TERCEROS SUPERIOR A UN MES (pesos)**

No Hay Ningún Monto De Deuda De Salarios Superior A Un (1) Mes

### **INDICADORES A DICIEMBRE DE 2011**

En la siguiente tabla se resume el resultado observado de los indicadores con corte a diciembre 31 de 2011, por cada una de las áreas de gestión analizadas.

### **HOSPITAL NAZARETH I NIVEL E.S.E.RESULTADOS A DICIEMBRE 30 DE 2011**



Hospital Nazareth  
I Nivel E.S.E.

## HOSPITAL NAZARETH I NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

### INFORME DE GESTIÓN AÑO 2011



Área	Indicador	Formula	Resultado del Periodo Evalues resultados obtenidos
Gestión Directiva y Estratégica (50%)	Porcentaje de Cumplimiento del Plan Estratégico de Desarrollo U Operativo	Logros alcanzados* 100 / logros propuestos	90%
	Equilibrio Financiero Operacional Ajustado (Pesos)	(Ingrs recaudados de la vigencia por venta de servicios - disponibilidad inicial - cuentas por cobrar de vigencias anteriores + el menor valor entre la cartera < a 60 días y elrecaudo de la cartera de vigencias anteriores)-(costo de ventas y operación + gastos operacionales apreciaciones amortizaciones - provisiones - agotamiento)	905,774,072
	Equilibrio o Déficit Presupuestal de la Vigencia (Pesos)	Ingresos recaudados de la vigencia sin sin recursos de convenios - disponibilidad inicial - cuentas por cobrar de vigencias anteriores) - ( compromisos de la vigencia - cuentas por pagar de vigencias anteriores	-519.133.140
	Porcentaje de Participación de los Ingresos Provenientes de la Venta de Servicios de Salud en la Financiación de la Entidad	Ingresos recaudados por venta de servicios de salud * 100 / ingresos totales recaudados durante el periodo	95,50%
	Razonabilidad de estados financieros	Según la escala establecida por los entes de control	Razonable Según Revisoria Fiscal
	<a href="#">Cumplimiento en el reporte de la Información Del Decreto 2193 De 2004</a>	Según parametros de oportunidad y calidad establecidos por el ministerio de la protección social	Si cumple
	Calificación de la Gestión del Control Interno	Según la escala por el DAFP	100%
	Procesos Judiciales Contestados Dentro Del Término Legal (Incluidas Las Tutelas).	Total de procesos judiciales contestados dentro del termino legal	1
Gestión de la Prestación de Servicios de Salud (40%)	Oportunidad de la Asignación de Cita en la Consulta Médica General (Días)	Sumatoria total de los días del calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente se solicita cita para ser atendido en la consulta medica general y la fecha para la cual es asignada la cita / numero total de consultas medicas asignadas en la institución	Cero Dias
	Oportunidad de la Asignación de Cita en la Consulta Médica Especializada (Días)	Sumatoria total de los días del calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que sea tendido en la consulta medica especializada y la fecha para la cual fue asignada la cita / numero total de consultas medicas especializadas asignadas en la institución	NA
	Oportunidad en la Atención en Consulta de Urgencias (Minutos)	Sumatoria del numero de minutos transcurridos entre la solicitud de atencion en la consulta de urgencias y el momento en el cual el paciente en consulta por parte del medico / total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	1 Minuto
	Proporción de Cancelación de Cirugía Programada	Numero total de eventos adversos detectados y GESTIONados *100 / numero total de eventos adversos detectados	NA
	Proporción de Vigilancia de Eventos Adversos	Numero total de eventos adversos detectados y GESTIONados *100 / numero total de eventos adversos detectados	100%
	Porcentaje de Satisfacción de los Usuarios	Numero de usuarios satisfechos en los servicios recibidos *100 / numero total de usuarios atendidos	100%
	**certificación del Cumplimiento de Requisitos de Habilitación	Servicio certificados en el cumplimiento de habilitación / total de servicios	99%
	*autoevaluación para la acreditación	Sumatoria de calificación de los estandares de acreditación aplicables / numero de estandares de acreditación aplicables a la institución	40%
Gestión Administrativa (10%)	Monto de la Deuda de Salarios Superior a un (1) Mes	valor registrado de deuda correspondiente a salarios del personal de planta	0
	Monto de la Deuda de Aportes a Seguridad Social (Pesos)	valor registrado de deuda correspondiente a aportes de seguridad social descontados y no pagados	0
	Monto de la Deuda de Parafiscales (Pesos)	valor registrado de deuda correspondiente a pagos de aportes parafiscales no pagados	0
	Número de Accidentes de Trabajo Gestionados Durante la Vigencia	cantidad de accidentes GESTIONados de correctivas y preventivas durante el periodo *100 / total de accidentes de trabajo reportados	100%
	Fenecimiento de la Cuenta	según la escala establecida por los entes de control	Fenecida
	Monto de la deuda a Contratistas o Terceros Superior a un (1) Mes (Pesos)	valor registrado correspondientes al personal vinculado por contratación y cooperativa de trabajo asociado	0



## CONCLUSION

Gracias a la gestión realizada durante el periodo, se puede evidenciar una mejora en el comportamiento financiero, además, a partir de los indicadores analizados con anterioridad, podemos concluir que los correspondientes al área de Gestión Directiva y Estratégica presentan comportamiento positivo en la mayoría de sus líneas, lo que demuestra una gestión desde lo estratégico que impacta en el bienestar de nuestros usuarios y de nuestro talento humano, la revisión mensual de resultados del direccionamiento estratégico en comités directivos ha permitido identificar y formular acciones que mejoran el desempeño de la misma organización.

En general todos los indicadores que miden la gestión directiva y estratégica, presentan comportamiento positivo.

En lo referente a los indicadores, que pretenden medir la gestión de calidad en los procesos de atención, podemos observar que en su totalidad, presentan un comportamiento positivo, pues todos ellos en sus resultados se ubican dentro de los estándares superiores de calidad implementados. Así mismo es evidente que se mantiene las cifras positivas frente a la oportunidad de atención.

Es de resaltar que la Institución viene fortaleciendo la cultura de seguridad del usuario, lo que se evidencia en los resultados de la proporción de eventos adversos identificados y gestionados durante la vigencia, permitiendo un incremento en el reporte y análisis de situaciones de inseguridad.

El enfoque de riesgo que maneja la institución a través de su política de administración del riesgo, ha permitido un adecuado manejo de situaciones de inseguridad y una gestión adecuada del 100% de eventos adversos y situaciones de inseguridad presentadas.

Ahora bien, en lo que tiene que ver con los indicadores que miden la gestión Administrativa, se puede concluir que de igual forma en su conjunto todos y cada uno de ellos, en su resultado contribuyen a que la Institución siga cada vez más afianzando la consecución de los objetivos planteados.

El fortalecimiento de la cultura organizacional, con unos procesos de humanización en la atención, evidencian un alto grado de satisfacción de nuestros usuarios producto del proceso de atención



Con lo anterior, podemos concluir que el hospital, presenta un comportamiento positivo en todos sus frentes de trabajo lo que conlleva a que cada vez más se afiance como Institución en el contexto de las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud.

Cordialmente,

**GILBERTO RODRIGUEZ DAZA**

Gerente

**Elaboró:** Leonardo Garzón – Asesor Oficina Planeación y Calidad

**Revisó:** Leonardo Garzón – Asesor Oficina Planeación y Calidad

**Aprobó:** Leonardo Garzón– Asesor Oficina Planeación y Calidad