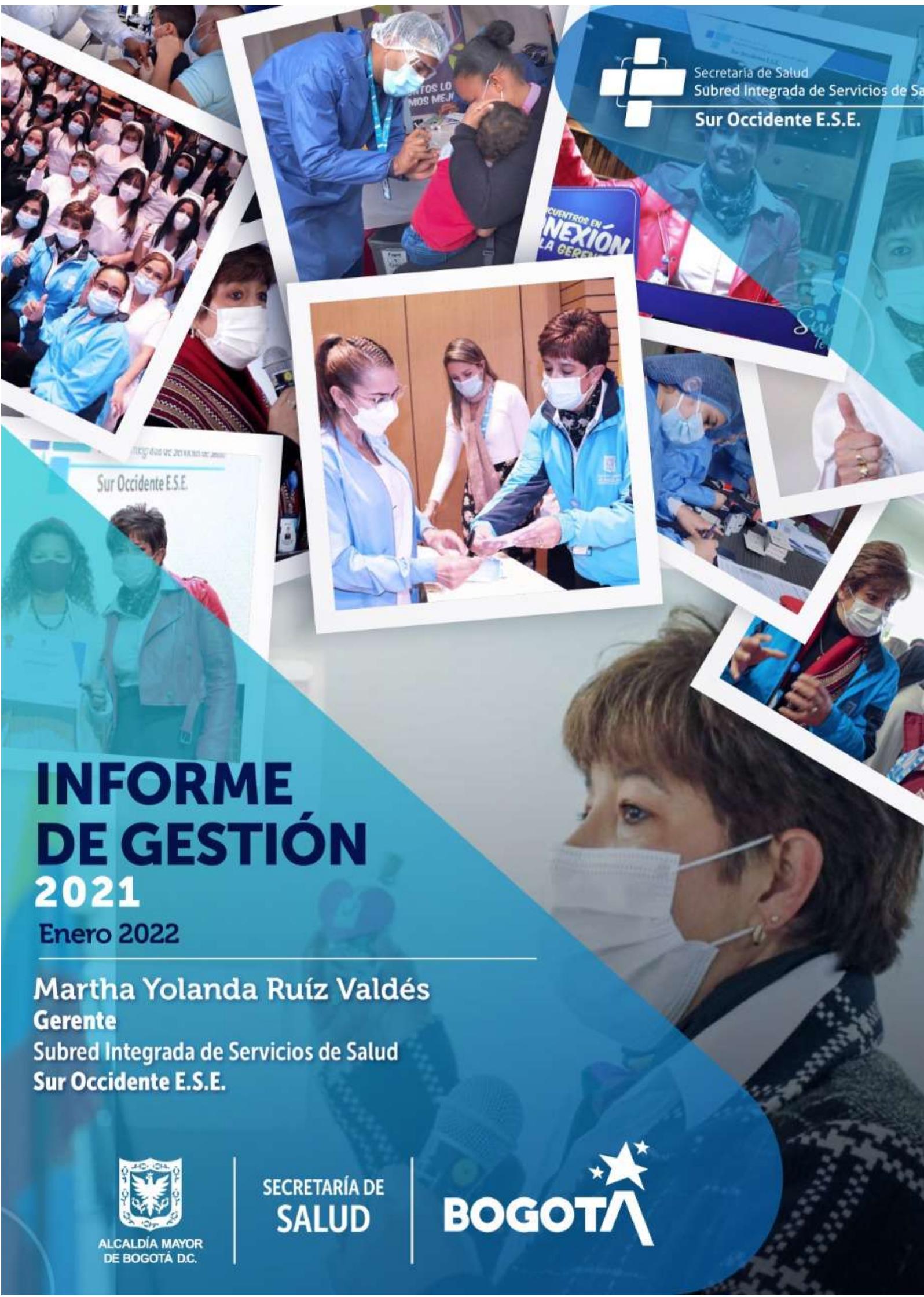




Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.



INFORME DE GESTIÓN 2021

Enero 2022

Martha Yolanda Ruíz Valdés
Gerente
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD



**MARTHA YOLANDA RUIZ VALDES
GERENTE**

**DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ
JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

**JAMES CHAID FRANCO GÓMEZ
JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA**

**CARMEN ESTHER ACERO GARCÍA
JEFE OFICINA ASESORA COMUNICACIONES**

**MARCELA CASTELLANOS CABRERA
JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO**

**HERNANDO MIGUEL MOJICA MUGNO
JEFE OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN TIC**

**LUCIA MORA QUIÑONES
JEFE OFICINA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO**

**JUAN CARLOS MONCADA
JEFE OFICINA DE CALIDAD**

**CLAUDIA PATRICIA QUINTERO COMETA
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**MARLLY LUCEY ACOSTA GONZÁLEZ
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO**

**SANDRA MILENA ROZO MATEUS
SUBGERENTE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**LILIANA MARCELA RODRÍGUEZ MORENO
SUBGERENTE CORPORATIVO**

**ANA MARÍA MAHECHA BUITRAGO
DIRECTORA DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

**LINA MARÍA OLIVEROS HERNÁNDEZ
DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**

**JUAN MANUEL MENDIETA NOVA
DIRECTOR DE SERVICIOS DE URGENCIAS**

**LUZ DARY CAMPOS MORENO
DIRECTORA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

**SANDRA MARÍA BOCAREJO HERNÁNDEZ
DIRECTORA DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD**

**TATIANA EUGENIA MARÍN SALAZAR
DIRECTORA ADMINISTRATIVA**

**MÓNICA ETELMIRA GONZÁLEZ MONTES
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN**

**ORLANDO MARTINEZ HENAO
DIRECTOR FINANCIERO**

**MONICA ADRIANA FLOREZ BONILLA
DIRECTORA DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	6
2. DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD	6
2.1. POBLACION.....	6
2.2 UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD	7
2.3 PLATAFORMA ESTRATÉGICA.....	8
2.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	10
3. GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS	11
3.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL.....	11
3.1.1 PLANEACION ESTRATEGICA	11
3.1.2 MERCADEO	21
3.1.3 GERENCIA DE LA INFORMACION	24
3.1.4 CONVENIOS Y PROYECTOS.....	27
3.1.4.1 SEGUIMIENTO A LOS CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS DE OBRA Y DOTACIÓN VIGENTES SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.....	27
3.1.4.2 SEGUIMIENTO A LOS CRONOGRAMAS DE OBRA DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.....	28
3.1.4.3 CUMPLIMIENTO DE PLANES DE TRABAJO DESARROLLADOS PARA LA GESTIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN SUBRED SUR OCCIDENTE ESE	30
3.2 GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO	33
3.2.1 GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	35
3.2.2 SUBPROCESO DE CONTROL DE LA PRODUCCIÓN DE DOCUMENTOS .	44
3.2.3 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN (SUH).....	56
3.2.4 HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO.....	59
3.2.5 SUBPROCESO DE AUDITORIA DE MEJORA CONTINUA.....	70
3.2.6 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.....	75
3.3 GESTIÓN JURÍDICA	89
3.3.1 SUBPROCESO 1 – DEFENSA JUDICIAL.....	89
3.3.2 SUBPROCESO II – COBRO COACTIVO.....	92
3.4 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	96
3.4.1 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	96
3.4.1.1 FORMAS DE PARTICIPACION SOCIAL	97
3.4.1.2 CONTROL SOCIAL.....	99
3.4.1.3 GESTION LOCAL	99
3.4.2 SERVICIO AL CIUDADANO	101
3.5 OFICINA GESTION DEL CONOCIMIENTO.....	113
3.5.1 SUBPROCESO DOCENCIA.....	113
3.5.2 SUBPROCESO INVESTIGACION.....	118
4 GESTION PROCESOS MISIONALES.....	132
4.1 GESTION CLINICA DE URGENCIAS.....	132
4.1.1 PRODUCCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS	132
4.1.1.1 Atención de Triage.....	132
4.1.2 Atención en Sala de Observación de Urgencias	136
4.1.2 Producción CREAT	146
4.1.3 PRODUCCIÓN AMED	150
4.1.4 ATENCION PREHOSPITALARIA	153

4.2 GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA	158
4.2.1 SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN.....	158
4.2.2 SERVICIOS QUIRÚRGICOS	164
4.3 GESTION CLINICA AMBULATORIA	172
4.4 GESTION DEL RIESGO EN SALUD	179
4.4.1 PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	179
4.4.2 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	191
4.4.3 RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD	202
4.5.1 SUBPROCESO PATOLOGIA	248
4.5.1 SUBPROCESO NUTRICIÓN.....	251
4.5.2 SUBPROCESO UNIDAD RENAL	257
4.5.3 SUBPROCESO LABORATORIO CLINICO.....	262
4.5.4 SUBPROCESO FARMACIA.....	265
3.1.SUBPROCESO IMAGENOLOGIA.....	268
INDICADOR	269
3.2.PRINCIPALES DIFICULTADES	271
3.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO	272
5.1.1 GESTIÓN PRECONTRACTUAL.....	273
5.1.2 GESTIÓN CONTRACTUAL:	275
5.1.3 SUPERVISIÓN CONTRACTUAL.....	276
5.1.4 APROPIACIÓN DE CONOCIMIENTO A LAS CAPACITACIONES EN SUPERVISIÓN.....	277
5.2 GESTIÓN POS CONTRACTUAL:	278
6.2 CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	282

1. INTRODUCCIÓN

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE presenta a continuación, el informe de la administración con los avances, resultados, logros, dificultades, conclusiones y recomendaciones de la gestión durante la vigencia 2021, desde su planeación, ejecución, seguimiento y/o evaluación, a fin de visibilizarlos dentro del marco del ejercicio de transparencia de la información e integración con el derecho del ciudadano y grupos de interés, al control y diálogo, permitiendo así a la entidad, responder sobre su accionar público.

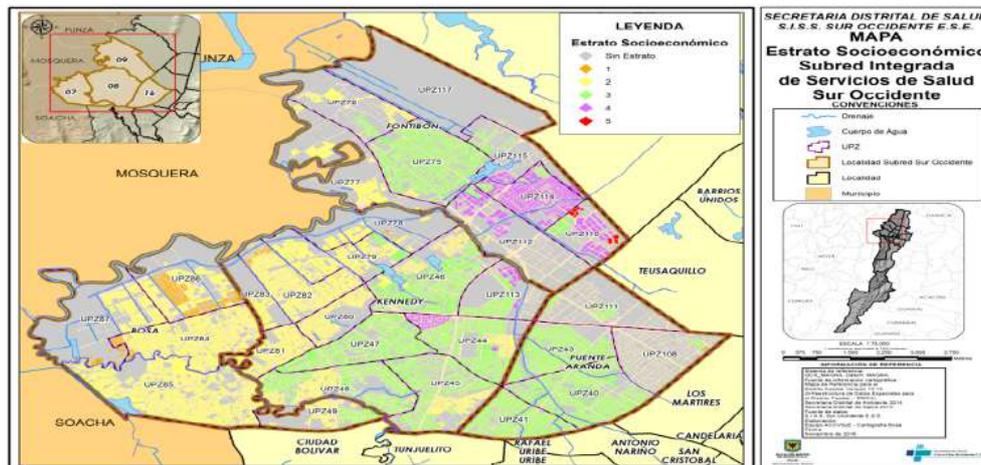
La alta dirección de la Subred, con total compromiso por el mejoramiento continuo, promueve las buenas prácticas y apoya la disposición de recursos para dar cumplimiento a las metas y objetivos establecidos en la fase de planeación. Como consecuencia, se presenta este informe de manera detallada por cada uno de los procesos en donde se evidencian cada una de las actividades realizadas y los logros centrados en el usuario, su familia, la ciudadanía y los ejes del Sistema Único de Acreditación – SUA.

2. DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, está conformada por las anteriores Unidades de Prestación de Servicios Sur, Bosa, Pablo VI Bosa, Kennedy y Fontibón, cumpliendo con su misionalidad en las localidades de Puente Aranda, Bosa, Kennedy y Fontibón, como se observa en la ilustración que sigue.

2.1. POBLACION

Ilustración 1 MAPA LOCALIDADES DE INFLUENCIA SUBRED



El área de cobertura de la Subred tiene una Población total de **2'547.431** habitantes en las localidades de Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda distribuidas como aparece en la siguiente tabla:

POBLACIÓN SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E - CORTE JULIO DE 2021

LOCALIDAD	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	EXCEPCIÓN	POB TOTAL	MOVILIDAD
BOSA	555.109	159.211	14.258	728.578	46.417
FONTIBON	365.019	27.453	15.982	408.454	8.186
KENNEDY	985.200	146.498	37.604	1.169.302	47.406
PUENTE ARANDA	212.896	21.385	6.816	241.097	6.104
TOTAL	2.118.224	354.547	74.660	2.547.431	108.113
%	83,15%	13,92%	2,93%	100,00%	

FUENTES * Contributivo BDU A - ADRES, corte a 31 de Julio de 2021.
* Subsidiado BDU A - ADRES, corte a 31 de Julio de 2021.

2.2 UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD

La Subred cuenta con 42 Unidades de Servicios de Salud, distribuidas en las 4 localidades que de acuerdo con su complejidad, se desagregan en alta complejidad (1), mediana complejidad (5) y baja complejidad (36)

Ilustración 2 SEDES ASISTENCIALES SUBRED



	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

2.3 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

La plataforma estratégica se aprobó mediante el Acuerdo N° 199 - 2020 del 18 de diciembre de 2020, la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, aprobó la Plataforma Estratégica de la Subred dentro del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad y Modelo Integrado de Planeación y Gestión; proceso que contó con la participación de los grupos de interés y partes interesadas; la modificación se realiza a cada uno de los elementos: Misión, Visión, Principios, Valores y Objetivos Estratégicos, alineándolos con la Plataforma Estratégica de la Red Integrada de Servicios de Salud de Bogotá.

MISION

Brindar servicios de salud con altos estándares de calidad, a través del Modelo de Atención Integral basado en Atención Primaria en Salud, gestión asistencial excelente, segura, humanizada, eficiente promoción de la docencia, investigación e innovación con talento humano íntegro para contribuir al bienestar y calidad de vida de la población.

VISION

En el año 2030, La Subred Sur Occidente será reconocida a nivel nacional por su modelo de atención con enfoque diferencial, de género, territorial y participativo, logrando estándares superiores de calidad, promoviendo la docencia, investigación e innovación, autosostenibilidad y gestión ambiental, fomentando el bienestar de los colaboradores de tal manera que impacte positivamente en la calidad de vida de la ciudadanía

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

Servicios Humanizados y Seguros entendidos como el comportamiento que respeta la dignidad humana, fortalece el trabajo en equipo y cumple con las normas de bioseguridad minimizando los riesgos en la prestación del servicio.

Ética: Una persona ética reflexiona sobre la verdad de sus valores, elige deliberadamente lo correcto y hace lo correcto

Vocación de Servicio y Liderazgo Público: se vincula a la predisposición de los colaboradores para satisfacer las necesidades de nuestros usuarios de manera desinteresada; teniendo en cuenta que el Liderazgo es principalmente servicio a los demás, implica crear un entorno de trabajo que invite a las personas a ser cada vez mejor, logrando dar lo mejor de sí mismos.

Excelencia: Hace referencia a la prestación de servicios con altos estándares de calidad superando las necesidades y expectativas de nuestros pacientes.

Transparencia y Rendición de Cuentas: se refiere a la producción de información clara y confiable sobre las funciones, estructuras y presupuesto de la Subred. Se trata fundamentalmente de datos respecto a su desempeño y la manera en que utilizan los recursos, su difusión y fácil acceso. La transparencia facilita la rendición de cuentas, así como la observación y el conocimiento público sobre el diseño, la ejecución y los resultados de las políticas públicas.

VALORES

Honestidad: Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

Respeto: Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

Compromiso: Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

Diligencia: Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

Justicia: Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES:

Se definen 10 objetivos estratégicos, enmarcados en las 5 perspectivas del Cuadro de Mando Integral así:

SECTOR SALUD

1. Consolidar la Subred en el Modelo de Atención en Salud de la Ciudad de Bogotá.
2. Mejorar los indicadores del estado de salud de la población de la zona de influencia de la Subred.

FINANCIERA

3. Lograr la sostenibilidad financiera de la Subred.

CLIENTES

4. Aumentar los niveles de satisfacción y/o fidelización de los usuarios y/o clientes de la Subred.

PROCESOS INTERNOS

5. Alcanzar estándares superiores de calidad en salud.
6. Lograr reconocimiento como Hospital Universitario.

APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO

7. Fortalecer la gestión del conocimiento incluyendo docencia, servicio, investigación e innovación.
8. Fortalecer la cultura organizacional y dignificar el Talento Humano.
9. Fortalecer los sistemas de información y las comunicaciones.
10. Mejorar la Infraestructura física y capacidad instalada de la Subred

2.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

GRÁFICA 1. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ACUERDO 15 DE 2017



Fuente: Dirección de Talento Humano.

GRÁFICA 2. MAPA DE PROCESOS INSTITUCIONAL ACUERDO No. 35/17



3. GESTIÓN DE LOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

3.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

El proceso de Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional tiene como objetivo “Proveer directrices y lineamientos de carácter estratégico y operativo para la formulación, desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de plataforma estratégica, políticas, planes, programas y proyectos bajo un enfoque de eficiencia y eficacia en la gestión de los procesos institucionales”.

Cuenta con cuatro subprocesos:

- Planeación estratégica
- Mercadeo
- Gerencia de la Información
- Convenios y proyectos

3.1.1 PLANEACION ESTRATEGICA

La Subred Suroccidente presenta en este informe de gestión del Plan de Desarrollo Institucional 2020 – 2024.

En el ejercicio de alineación de las metas y objetivos derivadas del Plan Desarrollo Distrital “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI”, en competencia del

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

sector salud de Bogotá, se formuló el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2020 – 2024, que estructura los propósitos, planes y programas que responden a las necesidades prioritarias de la población bogotana y que cuentan con recursos públicos asignados, cada uno de ellos es considerado de orden estratégico y prioritario.

Es así, como en este ejercicio de alineación de metas, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, bajo el principio de planeación, constituye un Proyecto Institucional de Planeación Estratégica denominado PIPE 2020 – 2024, cuyo objetivo es dar continuidad a las disposiciones gerenciales en cuanto a su direccionamiento estratégico y la alineación con las principales entidades de orden Nacional y Distrital.

El proyecto Institucional de Planeación Estratégica, surtió el desarrollo de las etapas **Inicio, Diagnóstico, Alineación y Lanzamiento del Plan Estratégico** en la vigencia 2020 y en el 2021 se desarrollaron las etapas de **Operativización y Seguimiento**. El PIPE contiene como resultado, dos productos uno el Plan de Desarrollo Institucional 2020 - 2024 que contempla 35 metas estratégicas con 38 indicadores, y otro producto es el Plan Estratégico Institucional que incluye la actualización de la Plataforma Estratégica; los dos planes se construyeron de forma paralela y alineada con la Plataforma de la Red Integrada de Servicios de Salud de Bogotá “Todos somos RISS”.



Evaluación Gestión Institucional Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE 2021.

Es de aclarar que la meta estratégica No. 24 A 2024 dar cumplimiento del 100% de las actividades proyectadas para reconocimiento como Hospital Universitario. Tiene un indicador de cumplimiento de actividades para las unidades de Patio Bonito y Tintal y Occidente de Kennedy, teniendo en cuenta que cada unidad va en un proceso de implementación diferente se subdivide este indicador uno para Tintal y otro para Occidente de Kennedy por esto se realiza la medición de 39 indicadores para esta vigencia.

De acuerdo con el seguimiento y monitoreo realizado al Plan de Desarrollo Institucional a corte 31 de diciembre de 2021 se presenta el siguiente cumplimiento para la vigencia 2021:

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión: 1	
		Fecha de aprobación: 23/01/2017	
		Código: 01-01-FO-0006	



PLAN DE ACCIÓN ANUAL INSTITUCIONAL (PAAI) 2021 / PDI 2020 - 2024

De acuerdo con el Direccionamiento Estratégico de la Subred y con las líneas de defensa del MIPG, el subproceso realiza monitoreo y evaluación de resultados a la gestión trimestre a trimestre a la vigencia 2021. El Plan de Desarrollo Institucional obtuvo una calificación de cumplimiento del **98,9%** para la vigencia 2021.

Conforme a los niveles de desagregación del CMI por Perspectiva / Objetivo Estratégico / Meta Estratégica e Indicador se presenta información así:

Objetivo estratégico				
Consolidar el Modelo de Atención en Salud de la Ciudad de Bogotá en la Subred.				
Perspectiva Sector Salud				
Meta Estratégica	Indicador	Resultado	Meta 2021	Cumplimiento
A 2024 Consolidar en un 100% modelo de atención integral de salud fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS).	Implementación del modelo integral de atención en salud para la Subred Sur Occidente E.S.E	100% (2/2)	100%	100%
	Implementación de equipos territoriales en las UPZ prioritizadas de las 4 localidades de la Subred Sur Occidente Subred Sur Occidente E.S.E	96% (20/24)	50%	100%
A 2024 lograr el 95% de implementación del Plan de Gestión del Riesgo Colectivo que incorpore el eje temático de Salud Pública	Avance en la implementación de las acciones de Salud Pública Subred Sur Occidente Subred Sur Occidente E.S.E	96% (\$19.202.222/ \$20.924.353) Miles	95%	100%
	Número de rutas integrales de atención en salud implementadas de acuerdo a la priorización Subred Sur Occidente Subred Sur Occidente E.S.E	100% (5/5)	5	100%
A 2021 implementar un modelo de atención con oportunidad y seguridad en el servicio de Urgencias.	Implementación del modelo de atención con oportunidad y seguridad en el servicio de urgencias Subred Sur Occidente E.S.E	100% (7/7)	100%	100%

Objetivo estratégico

Consolidar el Modelo de Atención en Salud de la Ciudad de Bogotá en la Subred.

Perspectiva Sector Salud

Meta Estratégica	Indicador	Resultado	Meta 2021	Cumplimiento
A 2024 implementar la estrategia de Medicamentos a casa priorizando a los adultos mayores y personas en condición de discapacidad.	Cumplimiento de las etapas definidas para implementar la estrategia Medicamentos a casa priorizando a los adultos mayores y personas en condición de discapacidad Subred Sur Occidente E.S.E	100%	100%	100%
A 2024 implementar y poner en funcionamiento cinco (5) servicios de atención integral en salud, con enfoque de equidad de género para mujeres en todas sus diversidades en la zona de influencia de la Subred Sur Occidente.	Servicios implementados de atención integral en salud con enfoque de equidad de género para mujeres.	2	2	100%
A 2024 implementar 4 nuevas estrategias de negocio orientadas a mejorar el acceso a los servicios de salud en la consulta externa, de acuerdo a las necesidades de la población del área de influencia de la Subred Sur Occidente.	Estrategias implementadas para mejorar el acceso a los servicios de salud en consulta externa.	2	2	100%

Objetivo estratégico

Mejorar los indicadores del estado de salud de la población de la zona de influencia de la Subred

Perspectiva Sector Salud

Meta Estratégica	Indicador	Resultado	Meta 2021	Cumplimiento
A 2024 lograr el 95% de implementación del Plan de Gestión del Riesgo Colectivo que incorpore el eje temático de Salud Pública	Cumplimiento de las acciones de prevención del uso y consumo de sustancias psicoactiva Subred Sur Occidente E.S.E	100% (111/111)	95%	100%
A 2024 mantener por debajo del 3% la tasa global de Infecciones Asociadas a la atención en salud.	Infección intrahospitalaria Sub Red Sur Occidente ESE	1,38%	< 4,5%	100%
A 2024 disminuir en 0,3 el promedio estancia hospitalaria.	Promedio estancia hospitalaria Sub Red Sur Occidente ESE	5 Días	5,7 Días	100%

Objetivo estratégico

Lograr la sostenibilidad financiera de la Subred

Perspectiva Financiera

Meta Estratégica	Indicador	Resultado	Meta	Cumplimiento
Al cierre de la vigencia 2024 lograr el equilibrio presupuestal.	Equilibrio presupuestal Sub Red Sur Occidente ESE	99%	97%	100%
Implementar el 90% Plan de Mercadeo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E en cada vigencia.	Implementación del Plan de Mercadeo de Servicios de Salud de acuerdo con el contexto actual Subred Sur Occidente ESE	100%	90%	100%
Cumplir El 90% Plan de Venta de Servicios de Salud en cada vigencia.	Cumplimiento del Plan de Ventas de Servicios de Salud ejecutado de acuerdo al contexto actual Subred Sur Occidente ESE	98,65%	90%	100%
A 2024 realizar la liquidación del 100% de los contratos con saldos comprometidos no ejecutados, para contribuir con la sostenibilidad financiera de la Subred.	Liquidación de contratos de Bienes y Servicios Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	100%
A 2024 lograr el 100 % de adherencia de los colaboradores al programa de prevención de daño antijurídico.	Adherencia de los colaboradores al programa de prevención de daño antijurídico.	100%	80%	100%

Objetivo estratégico

Aumentar los niveles de satisfacción y/o fidelización de los usuarios y/o clientes de la Subred

Perspectiva **Clientes**

Meta Estratégica	Indicador	Resultado	Meta	Cumplimiento
Dar cumplimiento al 90% de los estándares de implementación de la política pública de Servicio a la ciudadanía de acuerdo al decreto 197 de 2014 para cada vigencia.	Cumplimiento de los estándares para la implementación de la política pública de Servicio a la CiudadaníaE	100%	90%	100%
Dar cumplimiento al 90% de los estándares de implementación de la política pública de Participación Social en Salud de acuerdo al Decreto 2063 de 2017 para cada vigencia.	Cumplimiento de los estándares definidos para la implementación de la política pública de Participación Social en Salud Sur Occidente ESE	98,65%	90%	100%

Objetivo estratégico

Alcanzar estándares superiores de calidad en salud

Perspectiva **Procesos internos**

Meta Estratégica	Indicador	Resultado	Meta 2021	Cumplimiento
A 2024 dar cumplimiento del 100% del Proyecto Institucional de Planeación Estratégica – PIPE 2020 - 2024.	Cumplimiento del Proyecto Institucional de Planeación Estratégica (PIPE 2020 - 2024) Subred Sur Occidente E.S.E	98%	90%	100%
Cumplir el 90% con evaluación satisfactoria del Plan de Gestión Gerencial en cada vigencia aplicable.	Cumplimiento de la evaluación del Plan de Gestión de Gerencia evaluado de acuerdo con la matriz normativa (Res 408 de 2018) Subred Sur Occidente E.S.E	92,8%	90%	100%
A 2024 lograr el 90% de implementación del Plan Estratégico de Acreditación de la Subred.	Cumplimiento del plan de estratégico de acreditación de la Subred Sur Occidente	96%	≥ 90%	100%
Disminuir en 0,5 la tasa de ocurrencia de las 3 primeras causas de evento adverso en la subred para cada vigencia	Reincidencia de eventos adversos Subred Sur Occidente ESE	53,28%	<76%	100%
A 2024 lograr Percepción positiva del cliente externo por encima del 90 % en la encuesta de Humanización de la subred.	Percepción de cultura de humanización a cliente externo Subred Sur occidente E.S.E	95,40%	≥ 90%	100%

Objetivo estratégico

Alcanzar estándares superiores de calidad en salud

Perspectiva **Procesos internos**

Meta Estratégica	Indicador	Resultado	Meta 2021	Cumplimiento
A 2024, Lograr el 100% en el cumplimiento del Plan Institucional de Archivos-PINAR y el Programa de Gestión Documental-PGD.	Cumplimiento del Plan Institucional de Archivos-PINAR Subred Sur Occidente E.S.E	96,67%	100%	96,67%
	Cumplimiento al Programa de Gestión Documental - PGD Subred Sur Occidente E.S.E	98,27%	100%	98,27%

Objetivo estratégico

Lograr reconocimiento como Hospital Universitario

Perspectiva **Procesos internos**

Meta Estratégica	Indicador	Resultado	Meta 2021	Cumplimiento
A 2024 dar cumplimiento del 100% de las actividades proyectadas para reconocimiento como Hospital Universitario.	Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para la Unidad de Fontibón como Unidad Acreditada en Salud Sur Occidente ESE	100% (33/33)	100%	100%
	Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para las Unidades de Occidente de Kennedy Subred Sur Occidente ESE.	100% (35/36)	100%	100%
	Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para la Unidad de Patio Bonito Tintal Subred Sur Occidente ESE.	100% (44/44)	100%	100%

Objetivo estratégico

Fortalecer la gestión del conocimiento incluyendo docencia, servicio, investigación e innovación

Perspectiva **Aprendizaje organizacional**

Meta Estratégica	Indicador	Resultado	Meta 2021	Cumplimiento
A 2024 dar cumplimiento del 100% de las actividades proyectadas para certificar el centro de investigaciones en BPC.	Cumplimiento de las actividades descritas en cada fase de la iniciativa para certificar el centro de investigaciones en BPC Subred Sur Occidente ESE	100% (5/5)	100%	100%

Objetivo estratégico

Fortalecer la cultura organizacional y dignificar el Talento Humano

Perspectiva **Aprendizaje organizacional**

Meta Estratégica	Indicador	Resultado	Meta 2021	Cumplimiento
Lograr un 94% de efectividad de las estrategias de comunicaciones definidas en el Manual de Comunicaciones.	Efectividad de las estrategias de comunicación Subred Sur Occidente ESE	97,21%	≥ 94%	100%
A 2024 implementar al 90% la estrategia de formalización y dignificación laboral en la subred, que incluya la provisión de empleos en vacancia definitiva, estudio de cargas laborales y rediseño institucional conforme a lineamientos territoriales y disponibilidad presupuestal.	Cumplimiento del Plan de Acción definido para llevar a cabo la estrategia de formalización y dignificación laboral Subred Sur Occidente ESE	100%	90%	100%
	Vacantes definitivas provistas a través de la estrategia de formalización y dignificación laboral.	100% 58/58	Según disponibilidad Pptal y Estudio Cargas L.	100%
A 2024 lograr el 100% de adherencia de los funcionarios y colaboradores al Plan Preventivo Disciplinario – ¡ La Oficina de Control Interno Disciplinario Te lo Cuenta !	Adherencia al Plan Preventivo Disciplinario por parte de colaboradores y funcionarios Subred Sur Occidente ESE	83,86%	50%	100%

Objetivo estratégico

Fortalecer los sistemas de información y las comunicaciones

Meta Estratégica	Indicador	Resultado	Meta 2021	Cumplimiento
A 2024 dar cumplimiento al 100% a la implementación de arquitectura empresarial de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.; con la adopción de la guía G.GEN.03 (Guía general de un proceso de arquitectura empresarial definido por MINTIC).	Implementación de la Arquitectura Empresarial (Guía general de un proceso de arquitectura empresarial definido por MINTIC) Subred Sur Occidente ESE	95,83%	100%	95,83%
A 2024 lograr el 95% de intercambio de información en la historia clínica electrónica (HCEU) en la plataforma de Bogotá Salud Digital (BSD), según lo establecido en la Ley 2015 de 2020.	Interoperabilidad en la plataforma Bogotá Salud Digital Subred Sur Occidente ESE	85,71%	95%	90%
A 2024 Adoptar e Implementar el 80% de la Estrategia de Transformación Digital en Salud, establecida por MINTIC.	Implementación de Gobierno Digital y Transformación Digital Subred Sur Occidente ESE	20%	20%	100%
A 2024 Implementar al 80 % el proyecto de TELEUCI que permitan el fortalecimiento de los procesos asistenciales , mediante la adopción de tecnologías de TI. Incluye desarrollos de software que permitan el fortalecimiento de los procesos asistenciales.	Implementación del macro proyecto de TELEUCI Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	100%

Objetivo estratégico

Mejorar la Infraestructura física y capacidad instalada de la Subred

Perspectiva Aprendizaje organizacional

Meta Estratégica	Indicador	Resultado	Meta 2021	Cumplimiento
A 2024 lograr el cumplimiento del 100% de las acciones establecidas para la ejecución de los proyectos de inversión.	Cumplimiento de Planes de Trabajo desarrollados para la gestión y ejecución de los Proyectos de Inversión Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	100%
A 2024 implementar al 95% el Plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura y dotación hospitalaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Cumplimiento del Plan de mantenimiento preventivo de la infraestructura y dotación hospitalaria Subred Sur Occidente ESE	71,51%	92%	77,7%



PLAN ACCIÓN ANUAL POR PROCESOS 2021

En la operativización de las metas estratégicas del PDI 2020 – 2024, la interior de la Subred se construye por procesos el PAA, que para la vigencia 2021 consta de 149 indicadores distribuidos en los 18 procesos de acuerdo a los niveles de operación.

Conforme con la Guía de Planeación Institucional, se realiza el monitoreo y seguimiento con frecuencia trimestral para las líneas de defensa de Autocontrol y segunda línea, para la tercera línea de defensa (Control Interno), se realiza monitoreo con frecuencia anual.

El Plan Acción Anual por procesos, tiene un cumplimiento anual del **98,9%**, considerándose óptimo en el cumplimiento de las metas trazadas por los procesos institucionales.

**Tabla 1. Evaluación de PAA por proceso
PLAN DE ACCIÓN ANUAL POR PROCESOS - 2021**

Macro Proceso	Proceso	CANTIDAD INDICADORES 2021	RESULTADO INDICADORES CALIFICADOS A DICIEMBRE
Estratégico	Direccionamiento Estratégico y D.I	14	99,8%
	Gestión Jurídica	5	100,0%
	Participación Comunitaria y S.C	9	100,0%
	Gestión de Comunicaciones	6	100,0%
	Gestión del Conocimiento	6	100,0%
	Gestión de la Calidad y M.C	18	99,3%
TOTAL ESTRATÉGICO		58	
Misional	Gestión Clínica Ambulatoria	14	96,5%
	Gestión Clínica de Urgencias	4	95,7%
	Gestión Clínica Hospitalaria	5	100,0%
	Gestión de Servicios Complementarios	8	100,0%
	Gestión del Riesgo en Salud	17	98,8%
TOTAL MISIONAL		48	
Apoyo	Gestión Financiera	8	98,3%
	Gestión del Ambiente Físico	9	95,2%
	Gestión de Contratación	5	100,0%
	Gestión del Talento Humano	9	100,0%
	Gestión de TICS	8	96,5%
TOTAL APOYO		39	
Evaluación	Control Interno Disciplinario	2	100,0%
	Control Interno	2	99,9%
TOTAL EVALUACIÓN		4	
TOTAL PROCESOS		149	98,9%

Fuente: Reporte de Indicadores PAA 2021 -ALMERA - 27 - 01- 2022

Meta 90.0% Semáforo (Lineal) Tendencia Finalidad Maximizar

≤ 69.0% < 90.0% ≥ 90.0%

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

IMPLEMENTACION DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION:

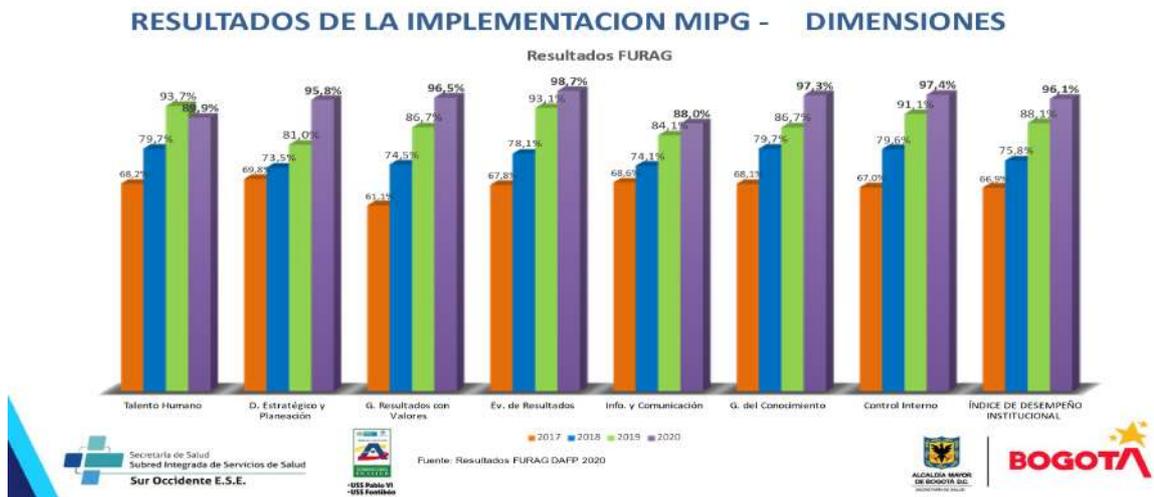
A continuación se presenta como ha sido la implementación del modelo desde la vigencia 2018 a 2020 por medio de la siguiente gráfica:

GRÁFICA 3. INDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL – FURAG 2018-2020



Con respecto a la implementación por dimensiones se presentó un incremento como se evidencia en la siguiente gráfica de resultados comparativo desde el año 2017 a 2020; se observa un porcentaje de avance para las dimensiones de Direccionamiento Estratégico y Planeación debido a la implementación del Proyecto Institucional de Planeación Estratégica PIPE 2020-2024 el cual incluyó los lineamientos de la política de planeación y la participación en su formulación de los grupos de interés; También se observa un avance importante en la dimensión de Gestión del Conocimiento y la Innovación, al crearse el equipo interdisciplinario que da cuenta de las recomendaciones formuladas y a las estrategias que se implementaron de innovación en la Subred como contingencia de la pandemia por Covid 19; Gestión con Valores para Resultados, Control Interno, Evaluación de Resultados, Información y Comunicación durante las vigencias de 2018 a 2020 con una evaluación satisfactoria, resultado debido a la implementación de las políticas y las recomendaciones que se han reportado para cada vigencia.

GRÁFICA 4. RESULTADOS POR DIMENSIONES FURAG 2017-2020



Dentro de las actividades realizadas en el plan de trabajo MIPG para este periodo del año 2021 se describen a continuación:

- ✓ Se realiza la actualización de la Guía de Planeación, el Manual de Políticas con el respectivo formato y se efectúa la armonización de las políticas institucionales entre el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y el Sistema Único de Acreditación logrando actualizar 33 políticas acordes a la nueva plataforma estratégica.
- ✓ Se desarrollan jornadas de capacitación y/o divulgación a colaboradores sobre la Política de servicio al ciudadano y participación social.
- ✓ En las unidades de la Subred Sur Occidente se instaló señalización con lenguaje braille, dando prioridad a zonas de alto accesos de usuarios como ventanillas, baños públicos, consultorios, vestíbulos, salas de esperas, en el 100% de las sedes.

Subred Sur Occidente	Cintas Braille	Avisos completos con braille	
Total de avisos instalados o actualizados al sistema braille.	1098	264	1362

- ✓ Se realiza la Actualización Guía y Política administración del Riesgo con las socializaciones a los 18 procesos institucionales y las líneas de defensa; de acuerdo a la guía se Actualiza la Matriz de Riesgos y se fortalecen los controles.
- ✓ Se Actualiza e Implementa Políticas de Gobierno Digital, Seguridad Digital Tratamiento de Datos, también se actualiza el manual de Seguridad de la Información; se realiza sensibilización y comunicación por los diferentes medios de comunicación de la política de contraseñas – de mantener los escritorios limpios – se realiza un primer Simulacro en 7 sedes del plan de contingencia, se

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

realiza actualización del formato y la actualización de inventarios de activos de información a agosto de 2021

- ✓ Con respecto a la Política de Integridad se actualiza el código de Integridad y Código de Buen Gobierno los cuales se implementan a través de las actividades contempladas en el Plan de Integridad; dentro de las acciones realizadas está la elaboración del procedimiento de Conflicto de Interés, el formato de reporte codificado en Almera y la socialización del procedimiento, Plataforma Estratégica y la estrategia de senda de integridad en las reuniones institucionales como ULC, ULG, Inducción y en la Reinducción a las fecha se han abordado 6.293 colaboradores también se elabora el botón de denuncias en página web.

3.1.2 MERCADEO

Implementación del Plan de Mercadeo de Servicios de Salud de acuerdo con el contexto actual Subred Sur Occidente ESE

Dentro de la construcción del Plan de Mercadeo de la Subred, se proyectaron seis (6) fases; fase de planteamiento de objetivos, fase de análisis de situación actual, fase de análisis de competencia, fase de estrategias de mercadeo, proyección de ventas y estrategias de mercadeo USS Tintal, con el fin de tener un panorama más amplio del estado de la Subred y llevarla a un mejoramiento continuo.

Durante la vigencia 2021 se avanzó en afianzar estas estrategias como análisis inicial, para poder desarrollar el objetivo de apertura y expansión de nuevos mercados con diferentes EABP, se realizaron acercamientos especialmente el Régimen Contributivo y pagadores con las que no había relación contractual, logrando tarifas con descuentos competitivos. En este proceso se brindó acompañamiento a conciliaciones y seguimiento contractual con otras entidades que venían de vigencias anteriores.

Algunas de las entidades con las que se logró concertación y se dio inicio a la prestación de servicios de Salud fueron: Nueva EPS, Sanitas, Fiduprevisora - Fiducentral y un convenio con la entidad IDIPRON

Se revisaron propuestas de manera conjunta enviando documentos soporte de contratación por parte de la Subred con las entidades, Famisanar, Salud Total, y Coosalud

Cumplimiento del Plan de Ventas de Servicios de Salud ejecutado de acuerdo al contexto actual Subred Sur Occidente ESE

La proyección de ventas para la vigencia 2021, se proyectó teniendo en cuenta una variación positiva del 15%; estableciendo una meta trimestral de \$90.645.641.816 y una meta anual de \$ 362.582.567.26.

Dentro de esta proyección se planteó un posible incremento en la prestación de servicios bajo el régimen contributivo. De esta manera el subproceso de Mercadeo inicio nuevas negociaciones estratégicas con diferentes pagadores, para lograr la suscripción de contratos.

A continuación, se presenta el Plan de Ventas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. 2021:

REGIMEN	PROYECCIÓN 2021	Variación 2020-2021	PROY MES	PROY TRIMESTRE
CONTRIBUTIVO	29.050.938.570	20%	2.420.911.548	7.262.734.643
SUBSIDIADO EVENTO	84.784.009.197	42%	7.065.334.100	21.196.002.299
CAPITACION (PPL)	3.012.423.196	4%	251.035.266	753.105.799
SUBSIDIADO PGP	137.497.093.963	4%	11.458.091.164	34.374.273.491
FFDS VINCULADO	36.020.272.565	10%	3.001.689.380	9.005.068.141
FFDS PIC	67.672.752.005	10%	5.639.396.000	16.918.188.001
ENTES TERRITORIALES	922.930.997	75%	76.910.916	230.732.749
SOAT	1.574.133.680	60%	131.177.807	393.533.420
ADRES	1.272.956.752	10%	106.079.729	318.239.188
ASEGURADORAS	37.713.591	15%	3.142.799	9.428.398
ARL	30.388.601	50%	2.532.383	7.597.150
REGIMEN ESPECIAL	706.954.150	6%	58.912.846	176.738.537
TOTAL FACTURACION	362.582.567.266	15%	30.215.213.939	90.645.641.816

Fuente: Registros sub proceso mercadeo - Plan de ventas 2021

Durante el año 2021 se realizó seguimiento trimestral del plan de ventas, por lo cual para el cierre de la vigencia se evidencia un cumplimiento del 99%, con un valor de facturación de \$ 357.701.366.510 a expensas de un comportamiento positivo para el régimen contributivo, aseguradoras y régimen especial, los cuales mantuvieron un alza durante cada trimestre.

Para el primer trimestre el impacto del tercer pico de la emergencia sanitaria por COVID19 no permitió que se alcanzará la proyección inicial, alcanzando el 89% respecto a lo proyectado con un valor facturado de \$80.668.267.367

Para el segundo trimestre el cumplimiento por venta de servicios de salud a los pagadores, tuvo un valor facturado de \$93.707.482.749, superando la proyección del plan de ventas en un 3%.

En el tercer trimestre se evidencia que hubo una mejoría en la venta de servicios de salud, registrando un valor de \$99.453.757.683, cumpliendo al 100%, incluso superando la proyección en el 10%, donde los pagadores del régimen contributivo y régimen especial mantienen un margen positivo.

En el cuarto trimestre se facturaron \$83.871.858.710, el cumplimiento de acuerdo a lo proyectado fue del 93%.

REGIMEN	I TRIM 2021	% CUMP	II TRIM 2021	% CUMP	III TRIM 2021	% CUMP	IV TRIM 2021	% CUMP	ANUAL	% CUMP ANUAL
CONTRIBUTIVO	9.762.099.057	134%	13.515.640.736	186%	11.430.214.063	157%	8.088.615.577	111%	42.796.569.432	147%
SUBSIDIADO EVENTO	14.627.510.670	69%	15.984.309.231	75%	13.693.056.059	65%	12.583.611.017	59%	56.888.486.977	67%
CAPITACION (PPL)	103.441.333	14%	1.152.585.000	153%	1.496.215.000	199%	742.070.000	99%	3.494.311.333	116%
SUBSIDIADO PGP	34.843.336.806	101%	34.246.282.954	100%	33.052.175.251	96%	33.052.175.250	96%	135.193.970.261	98%
FFDS VINCULADO	6.839.393.715	76%	7.350.655.843	82%	8.576.728.327	95%	7.628.488.061	85%	30.395.265.946	84%
FFDS PIC	13.730.706.742	81%	20.445.024.325	121%	29.874.818.276	177%	19.878.249.490	117%	83.928.798.833	124%
ENTES TERRITORIALES	167.588	0%	16.380.522	7%	1.206.389	1%	2.334.476	1%	20.088.975	2%
SOAT	234.599.761	60%	189.091.201	48%	170.756.406	43%	286.182.690	73%	880.630.058	56%
ADRES	160.689.152	50%	185.789.560	58%	306.363.454	96%	238.379.018	75%	891.221.184	70%
ASEGURADORAS	28.845.824	306%	13.956.339	148%	14.610.760	155%	12.510.064	133%	69.922.987	185%
ARL	5.810.614	76%	5.339.684	70%	11.721.466	154%	44.221.505	582%	67.093.269	221%
REGIMEN ESPECIAL	331.666.107	188%	602.427.354	341%	825.892.232	467%	1.315.021.562	744%	3.075.007.255	435%
TOTAL FACTURACION	80.668.267.368	89%	93.707.482.749	103%	99.453.757.683	110%	83.871.858.710	93%	357.701.366.510	99%

Fuente: Registros sub proceso mercadeo - Plan de ventas 2021 – Datos suministrados de acuerdo a informe de

PRINCIPALES LOGROS

Se pueden mencionar entre otros los principales logros del subproceso de mercadeo:

- Desarrollo de alianzas estratégicas con las diferentes EPS y negociación de acuerdos contractuales
- Avance en la implementación del control de los contratos suscritos desde todas las variables a desarrollar como: producción, facturación, cartera, referencia y contrarreferencia, etc.
- Lograr un incremento en la venta de servicios de la Subred.

PRINCIPALES DIFICULTADES

- Insuficiente disponibilidad de información generando inoportunidad en la entrega de informes de norma tanto a pagadores, como dificultad para el seguimiento y análisis a la ejecución de los contratos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

- El subproceso de mercadeo ha desarrollado y ha dado cumplimiento a las metas trazadas, sin embargo, el subproceso tuvo algunos factores internos como externos, que impactaron de forma negativa

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Se fortaleció la articulación entre el proceso de mercadeo con el proceso de costos de manera relevante, en el cual se logró identificar el valor de producción vs costos, para establecer así unas tarifas competitivas en el mercado y que generen equilibrio económico.
- Continuar con la articulación de los procesos de producción, facturación, cartera y glosas dentro de la Subred para poder llevar a hacer más efectiva la venta de servicios y por ende la liquidez y equilibrio de la Subred.

3.1.3 GERENCIA DE LA INFORMACION

Del proceso de Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional se desprende el subproceso de Gerencia de la Información, a través del cual la institución se compromete a responder a las necesidades de información de las diferentes partes interesadas de manera oportuna, veraz y segura, promoviendo la cultura de uso de la información que permita la toma de decisiones basada en hechos y datos.

A continuación, se presentan los indicadores que evalúan la gestión del subproceso: Sistematización de los reportes Dinámica Gerencial

Para el periodo 2021 las actividades del subproceso se encaminaron en la generación de herramientas que faciliten la obtención y minería de datos para la gestión de la información.

Durante el periodo 2021 se elaboraron 80 reportes de la información ingresada al sistema de información institucional Dinámica Gerencial Hospitalaria, dichos reportes surgieron como respuesta a las necesidades de información identificadas principalmente con los procesos misionales. Los reportes realizados a los diferentes procesos favorecieron durante el año 2021 contar con información oportuna para la presentación y análisis de indicadores, así como para la toma de decisiones institucionales.

Para la vigencia se planteó como meta generar el 90% de los reportes que se identificaron como necesidades en los diferentes procesos. El indicador se cumplió al 100% para la vigencia 2021.

Efectividad a las respuestas de las necesidades de Información

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E con el objeto de mantener activos procesos de evaluación y mejoramiento, se ha trazado como tarea monitorear de manera permanente la percepción de los clientes internos sobre las respuestas a las necesidades de información en busca del mejoramiento continuo. El objetivo de la encuesta de Necesidades de Información cargada en SGI ALMERA es medir la efectividad de los usuarios que requirieron información para el periodo evaluado con respecto a la oportunidad, validación, veracidad, completitud y

disponibilidad a las necesidades de información y así identificar aspectos positivos y de mejora, que permitan implementar acciones tendientes a lograr altos niveles de satisfacción de nuestros usuarios.

Para el año 2021 se obtuvo una efectividad a las respuestas de las necesidades de información del 91%, superando la meta establecida para la vigencia del 90%

Disminución de inconsistencias Registros Individuales para la prestación de Servicio (RIPS)

A lo largo del año 2021 se realizó a seguimiento a las inconsistencias que reportan los diferentes pagadores frente a los RIPS presentados para soportar las cuentas de prestación de servicios. Se trabajó de manera articulada con los diferentes actores institucionales que intervienen en la generación de los RIPS realizando las siguientes acciones que permitieron disminuir las inconsistencias reportadas:

- Ajustes permanentes en la parametrización en trabajo articulado con la oficina de TIC, facturación, mercadeo y gerencia de la información.
- Asistencia a capacitaciones virtuales para el cargue de RIPS en las diferentes plataformas de validación implementadas por los pagadores
- Disminución de los tiempos de entrega de RIPS favoreciendo la radicación oportuna
- Capacitación al personal asistencial frente a la generación de los diagnósticos (principalmente para Interrupción voluntaria del embarazo y el reporte COVID -19)

Cumplimiento de la Utilización de la información de RIPS Sub Red Sur Occidente ESE

Para la vigencia 2021 se planteó la presentación de 4 informes de análisis de la prestación de servicios de la Subred ante la Junta directiva cuya fuente son los RIPS generados periódicamente en la institución.

Durante el año se presentaron los informes establecidos. En los informes se presentó la caracterización de la población atendida en los diferentes servicios por grupo de edad y tipo de aseguramiento, así como las principales causas de atención en los diferentes reportados. Para el cuarto trimestre de 2021 y teniendo en cuenta las directrices de la Jefe de la Oficina Asesora de Desarrollo institucional se modifica el enfoque de la presentación del Informe hacia el análisis del uso de los servicios revisando para ello las frecuencias de uso del periodo de enero a septiembre de servicios trazadores como son Medicina General, Medicina Especializada, servicios de Apoyo diagnóstico y Complementarios, principalmente

Igualmente se realiza ajuste a la presentación de las principales causas de atención de los servicios de medicina general, especializada, hospitalización teniendo en cuenta las observaciones de la Junta Directiva y a partir de este informe se agrupan

la totalidad de causas de atención aplicando la agrupación por capítulo de los códigos CIE-10.

Cumplimiento del plan de acción de gestión documental -Historia Clínica

Dentro de las actividades desarrolladas por el subproceso se encuentra la coordinación de la gestión documental con respecto al registro, manejo, control, custodia, organización y conservación de registros clínicos que se encuentran en las unidades de los servicios de salud.

Para el año 2021 el plan de acción de la gestión documental se cumplió al 100%, logrando los siguientes indicadores:

Depuración de archivos:

UNIDAD	META 2021	FOLIOS INTERVENIDOS	% CUMPLIMIENTO	FOLIOS EFECTIVOS	% FOLIOS EFECTIVOS
TOTAL SUBRED 2021	4.664.092	4.656.336	100%	2.844.564	61%

Durante el año se elaboraron 96.094 carpetas de historias clínicas y se digitalizaron 661.977 documentos que corresponden a historias clínicas elaboradas en físico y a consentimientos informados que se integran a la historia clínica de Dinámica Gerencial, favoreciendo la integralidad de la misma.

Se realizó la entrega de 59.972 historias clínicas solicitadas en las diferentes unidades de la Subred

LOGROS DEL SUBPROCESO

- Disminución de tiempos y oportunidad en la generación, validación y transmisión y/o entrega de información requerida a nivel interno y externo.
- Desarrollo de herramientas ofimáticas y reportes que han permitido la optimización de uso del sistema de información.
- Integración del Archivo de Fontibón en la unidad de Zona Franca en un 90% y depuración del archivo clínico de Bosa en un 80%.
- Digitalización e integración en la historia clínica del sistema los registros clínicos que se encontraban en físico en la Subred.

DIFICULTADES

- Se hace necesario favorecer la adherencia de los diferentes usuarios al

sistema de información Institucional como fuente única de información institucional que disminuya las inconsistencias que se presentan en los RIPS

- No contar con un mecanismo de archivo de historia clínica unificado cumpliendo con la normatividad vigente (archivo institucional de historia clínica por documento de identidad)
- Se imprime formatos de historia clínica que ya se encuentran diligenciados en el sistema, aumentando de esta manera el gasto y uso ineficiente de papel.

3.1.4 CONVENIOS Y PROYECTOS.

3.1.4.1 SEGUIMIENTO A LOS CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS DE OBRA Y DOTACIÓN VIGENTES SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E

La Subred Sur Occidente, cuenta con 9 convenios interadministrativos suscritos con el Fondo Financiero Distrital de Salud- SDS para el desarrollo de proyectos de inversión que en la vigencia 2021 se encuentran adelantando actividades orientadas al componente de infraestructura. A continuación se presenta relación de estos convenios, los cuales fueron sujeto de seguimiento mensual por parte de la Subred:

No.	No. Convenio	Objeto
1	788-2016	Aunar esfuerzos para realizar las acciones necesarias que permitan descongestionar y expandir el servicio de urgencias del hospital Occidente de Kennedy, puesta en funcionamiento del servicio de consulta externa especializada y demás actividades contingenciales en el desarrollo del proyecto "Reforzamiento y ampliación del hospital Occidente de Kennedy tercer nivel de atención" y en el marco de la emergencia Distrital Sanitaria en Bogotá.
2	1864-2016	Aunar esfuerzos PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO DENOMINADO "Reforzamiento y Ampliación del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención"
3	1147-2017	Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto "Ampliación y reordenamiento Centro de Atención Prioritaria en Salud Pablo VI".
4	1149-2017	Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto "Construcción y Dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud Mexicana".
5	1214-2017	Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto "Construcción y Dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud Tintal"
6	1225-2017	Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto "Adecuación y Dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud Trinidad Galán"
7	1226-2017	Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto "Construcción y Dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud Villa Javier"
8	805-2019	Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto "Adecuación estructural, reordenamiento y dotación para el Centro de Atención Prioritaria en Salud 29"
9	2727511-2021	"Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto denominado "Desarrollo de las acciones tendientes a la habilitación integral de la unidad de servicios de salud Patio Bonito Tintal como centro de referencia pediátrico de la ciudad".

Adicionalmente, para la adquisición, renovación y reposición de dotación biomédica, mobiliario y TICS, durante la vigencia 2021 la Subred Sur Occidente realizó el seguimiento de 3 convenios interadministrativos suscritos con el Fondo Financiero Distrital de Salud – SDS a saber:

No.	No. Convenio	Objeto
1	1215-2017	Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto "Adquisición y Reposición de Dotación de Servicios de no control especial para el cumplimiento de condiciones de habilitación y fortalecimiento de los servicios de salud de la Subred Sur Occidente"
2	3015780-2021	Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del componente de dotación del proyecto "DOTACIÓN DEL PROYECTO REFORZAMIENTO Y AMPLIACIÓN DEL HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL DE ATENCIÓN."
3	2954203-2021	Aunar esfuerzos, recursos administrativos, económicos y técnicos, que permitan efectuar las acciones necesarias para el desarrollo del proyecto "Adquisición y reposición de dotación para la Unidad de Servicios de Salud patio Bonito Tintal"

Por otra parte, se realizó seguimiento al convenio 002 de 2021 que tiene por objeto "Aunar esfuerzos administrativos, técnicos y financieros para fortalecer el equipo técnico de apoyo para las diferentes etapas de los proyectos de infraestructura y dotación a través de las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E." y que permite la financiación del talento humano necesario para la gestión oportuna de los proyectos de infraestructura y dotación de la Subred.

De esta manera, se da cumplimiento en un 100% a la meta planteada para la vigencia, toda vez que se realizó el seguimiento mensual de la totalidad de los 13 convenios interadministrativos en ejecución.

3.1.4.2 SEGUIMIENTO A LOS CRONOGRAMAS DE OBRA DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E

Dado que para la vigencia 2021 se adelantan actividades de obra de los proyectos de construcción de los Centros de Atención Prioritaria en Salud CAPS, el seguimiento de este indicador se realiza sobre los cronogramas de obra en desarrollo conforme al avance en el cumplimiento de las actividades propuestas.

De esta manera, a 31 de diciembre de 2021 se realizó seguimiento a 4 cronogramas de obra para la construcción de los CAPS Tintal, Mexicana y Villa Javier, así como la construcción Torre de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy, como se enuncia a continuación:

- **Construcción CAPS Tintal:** Conforme al informe de interventoría de obra presentado a 31 de diciembre de 2021, se observa un cumplimiento del cronograma de obra de 42,67% con respecto a un 57,41% programado, lo cual obedece a la realización de las siguientes actividades:

- Se adelantó trámite para instalación de servicios públicos provisionales y definitivos

- Terminación de preliminares de obra y construcción de la cimentación
 - Construcción de la estructura en concreto del edificio principal
 - Inicio de la construcción de mampostería, redes hidráulicas, redes eléctricas y pañetes.
- **Construcción CAPS Villa Javier:** Conforme al informe de interventoría de obra presentado a 31 de diciembre de 2021, se observa un cumplimiento del cronograma de obra de 49,87% con respecto a un 49,86% programado dando cumplimiento al cronograma de obra aprobado lo cual obedece a la realización de las siguientes actividades:
 - Se adelantó trámite para instalación de servicios públicos provisionales y definitivos
 - Terminación de preliminares de obra y construcción de la cimentación
 - Terminación de la construcción de la estructura en concreto del edificio principal.
 - Inicio de la construcción de mampostería, redes hidráulicas, redes eléctricas, pañetes y fachada.
- **Construcción CAPS Mexicana:** Conforme al informe de interventoría de obra presentado a 31 de diciembre de 2021, se observa un cumplimiento del cronograma de obra de 13,66% con respecto a un 39,93% programado. Se evidencia un atraso dado inicialmente por la gestión de Silvicultura para la tala y reubicación de especies arbóreas. Sin embargo, durante la vigencia 2021, se realizaron las siguientes actividades de obra:
 - Gestión y viabilidad de los traslados y talas de las especies arbóreas.
 - Inicio de excavación para llevar a cabo el proceso de cimentación del edificio principal.
 - Construcción de tanque de almacenamiento de agua potable.
 - Construcción de cimentación área de cuartos técnicos.
 - Excavación de vigas y zapatas para inicio del ítem de estructura.
- **Construcción Torre de urgencias UMHE Occidente de Kennedy:** De acuerdo con los porcentajes de avance y seguimiento de la Programación de Obra y el control detallado para cada actividad, el resultado de la última semana del mes de diciembre de 2021 42,12% respecto al 40,16% Programado; cifra concordante con el avance físico que de acuerdo con la actualización del presupuesto y programa de obra, y de la ejecución técnica que se realiza para cada una de las actividades en desarrollo correspondientes a los frentes de concretos para cimentación, reforzamiento estructural, fabricación y montaje de la estructura metálica, pintura de protección contra fuego de la estructura metálica y mampostería en ladrillo, bloque muros secos, apoyos a nivel de cubierta para la instalación de los equipos de aire acondicionado y manejadoras de aire, entre otros, reporte y registro para el avance físico y control que se lleva a cabo mediante los formatos de memorias de cálculo realizados en sitio por el equipo técnico y profesional de interventoría, en el que se relacionan los datos de acuerdo con en el control de la nueva programación.

LISTA DE CHEQUEO SEGUIMIENTO A FORMULACIÓN DE PROYECTOS																			
PROYECTO DE INVERSIÓN		PROBLEMA	CAUSAS	EFECTOS	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	POBLACIÓN	ANÁLISIS DE OFERTA Y DEMANDA	CÁLCULO DE NECESIDAD	PLAN DE NECESIDADES	DEFINICIÓN DE NECESIDADES DE INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN	MODELO FINANCIERO Y SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO	MGA	REVISIÓN FINAL Y APROBACIÓN	RADICACIÓN DEL PROYECTO	AJUSTES	INSCRIPCIÓN EN BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS SDS	TOTAL	
DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE DE KENNEDY																			
ADQUISICIÓN Y REPOSICIÓN DE DOTACIÓN PARA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PATIO BONITO TINTAL	PROGRAMADO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	16
	CUMPLIDO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	16

De los proyectos gestionados, 3 obedecen a formulaciones nuevas:

- ✓ Adquisición y Reposición de Dotación para la Unidad de Servicios de Salud Patio Bonito Tintal
- ✓ Adecuación y Reordenamiento de la Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy
- ✓ Desarrollo de las Acciones Tendientes a la Habilitación Integral de la Unidad Patio Bonito Tintal como Centro de Referencia Pediátrico de la Ciudad.

Asimismo, 7 proyectos implicaron la realización de proceso de actualización para la gestión de recursos en la vigencia.

- ✓ Construcción y Dotación del Centro de Atención Prioritaria en Salud Tintal
- ✓ Construcción y Dotación Del Centro de Atención Prioritaria En Salud Villa Javier
- ✓ Construcción y Dotación Del Centro de Atención Prioritaria En Salud Mexicana
- ✓ Adecuación Estructural, Reordenamiento y Dotación Para El Centro de Atención Prioritaria En Salud 29
- ✓ Adecuación y Dotación Centro de Atención Prioritaria En Salud Trinidad Galán
- ✓ Ampliación, y Reordenamiento Del Centro de Atención Prioritaria En Salud Pablo Vi
- ✓ Reforzamiento y Ampliación Del Hospital Occidente de Kennedy III Nivel de Atención

Del mismo modo, se realiza seguimiento oportuno de las obras de construcción, adecuación, reordenamiento o adquisición de recursos tecnológicos para la adecuada prestación de servicios de salud en la Subred.

LISTA DE CHEQUEO SEGUIMIENTO A FORMULACIÓN DE PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN					
PROYECTO DE INVERSIÓN	FORMULACIÓN PROYECTOS		EJECUCIÓN		
	PROGRAMADO	CUMPLIDO	% EJECUCIÓN DE OBRA	PROGRAMADO	CUMPLIDO
CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN SALUD TINTAL	16	16	100%	53,90%	42,11%
CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN SALUD VILLA JAVIER	16	16	100%	47,80%	48,63%
CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN SALUD MEXICANA	16	16	100%	39,33%	13,62%
ADECUACIÓN ESTRUCTURAL, REORDENAMIENTO Y DOTACIÓN PARA EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN SALUD 29	16	16	100%	0,00%	0,00%

LISTA DE CHEQUEO SEGUIMIENTO A FORMULACIÓN DE PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN					
PROYECTO DE INVERSIÓN	FORMULACIÓN PROYECTOS		EJECUCIÓN		
	PROGRAMADO	CUMPLIDO	% EJECUCIÓN DE OBRA	PROGRAMADO	CUMPLIDO
ADECUACION Y DOTACION CENTRO DE ATENCION PRIORITARIA EN SALUD TRINIDAD GALAN	16	16	100%	30,00%	30,00%
AMPLIACION, Y REORDENAMIENTO DEL CENTRO DE ATENCION PRIORITARIA EN SALUD PABLO VI	16	16	100%	30,00%	30,00%
REFORZAMIENTO Y AMPLIACIÓN DEL HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL DE ATENCIÓN	16	16	100%	39,95%	41,67%
DESARROLLO DE LAS ACCIONES TENDIENTES A LA HABILITACIÓN INTEGRAL DE LA UNIDAD PATIO BONITO TINTAL COMO CENTRO DE REFERENCIA PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD	16	16	100%	N/A	N/A
ADECUACIÓN Y REORDENAMIENTO DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTE DE KENNEDY	16	16	100%	N/A	N/A
ADQUISICIÓN Y REPOSICIÓN DE DOTACIÓN PARA LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD PATIO BONITO TINTAL	16	16	100%	N/A	N/A
TOTAL ACTIVIDADES CUMPLIDAS	160	160	100%		

De esta manera se logró el cumplimiento del 100% de lo programado, toda vez que se realizaron 160 actividades de un total de 160 programadas y se realiza el seguimiento a la ejecución de los proyectos en obra durante la vigencia 2021.

PRINCIPALES LOGROS

- Identificación de necesidades de dotación, mobiliario y TICS para la financiación de los proyectos de inversión.
- Financiación de los proyectos en sus diferentes etapas al 100%, acorde con los diseños aprobados para el caso de obras y con las necesidades estimadas para el caso de dotaciones
- Cumplimiento de la programación de obra del proyecto denominado “REFORZAMIENTO Y AMPLIACIÓN DEL HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL DE ATENCIÓN”
- Cumplimiento de la programación de obra del proyecto denominado “CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN CENTRO DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN SALUD VILLA JAVIER”
- Financiación del Talento humano requerido para el seguimiento y gestión de los proyectos de inversión por parte del Fondo Financiero Distrital de Salud.

PRINCIPALES DIFICULTADES

- Inoportunidad en la disposición de la información y respuestas a requerimientos por parte de diferentes entidades del Distrito y empresas de servicios públicos para la ejecución de los proyectos de inversión.
- Necesidad de realizar actualización de Planes de Regularización y Manejo para los CAPS de Pablo VI y Trinidad Galán.
- Dificultades para realización de estudios de mercado por la no presentación de ofertas por parte de proveedores para los proyectos de dotación.

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

CONCLUSIONES

- Se observa que conforme al resultado de los diferentes indicadores de gestión del sub proceso de proyectos y convenios, se da cumplimiento a las metas planteadas para la vigencia 2021, como resultado de la gestión y seguimiento de cada uno de los proyectos de inversión en ejecución, desde su etapa de planeación (formulación, financiación y viabilización) hasta su etapa de ejecución (ejecución y seguimiento de contratos derivados).
- Proyectos con financiación del total de los recursos para el desarrollo de las actividades contempladas para la vigencia.
- Se cuenta con los perfiles necesarios para el seguimiento de las diferentes etapas de los proyectos de inversión.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer articulación intersectorial de los diferentes procesos para la correcta ejecución de los proyectos conforme a los planes de trabajo y cronogramas pactados.

3.2 GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO

El proceso de Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo hace parte del Macroproceso Estratégicos tiene como alcance la identificación y análisis de las necesidades y expectativas de los procesos y partes interesadas para planear, ejecutar, desarrollar y mantener el Sistema Integrado de Gestión, hasta el seguimiento y cierre de ciclos de mejoramiento de cada vigencia.

El proceso de Calidad y Mejoramiento Continuo hace parte de los procesos Estratégicos. De igual manera está integrado por seis subprocesos que permiten la operatividad e integridad de las actividades para el cumplimiento de los objetivos. Dentro de los subprocesos tenemos:

La Subred Integrada de Servicios de salud Sur Occidente E.S.E a través de su equipo de calidad, se adhiere a lo establecido en el sistema Único de Acreditación identificando las herramientas y técnicas necesarias para el análisis y selección de las Oportunidades de mejora, en búsqueda de la mejora continua.

Con la implementación de la mejora continua la Subred podrá:

- Identificar y corregir desviaciones que estén afectando el cumplimiento de los objetivos estratégicos.
- Detectar situaciones de riesgo.
- Implementar acciones de mejora que redunden en la satisfacción del cliente.
- Reducir costos.
- Optimizar recursos.
- Minimizar la reingeniería de procesos.

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Impactar en la administración de los costos de la institución por medio de la eficiencia, efectividad y eficacia.

La mejora continua es un trabajo de participación y aplicación de criterios que están incluidos en el sistema de gestión de la calidad, La Subred Integrada de Servicios de salud Sur Occidente E.S.E a través de este sistema busca el mejoramiento continuo como base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible.

El ciclo PHVA (Planificar, hacer, verificar y actuar) se aplica a todos los procesos del sistema de gestión para la calidad como un todo, a continuación, se ilustra cómo se agrupa con el resto de los elementos que conforman el sistema de gestión de la calidad.

Metas del proceso

Desde los objetivos estratégicos, visualizados desde la misión de la subred suroccidente, la oficina de calidad aporta lograr estándares superiores de calidad en salud.

Objetivo del Proceso

Asesorar y coordinar la planificación, ejecución, desarrollo, mantenimiento, seguimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión y sus diferentes componentes a través del acompañamiento y operativización de estrategias que fortalezcan el mejoramiento continuo de los procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E que contribuyan a la satisfacción de las partes interesadas.

Alcance del Proceso

Desde la identificación y análisis de las necesidades y expectativas de los procesos y partes interesadas para planear, ejecutar, desarrollar y mantener el Sistema Integrado de Gestión, hasta el seguimiento y cierre de ciclos de mejoramiento de cada vigencia. Vigencia.

Subprocesos

El proceso de Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo se divide en los siguientes 6 subprocesos. Los cuales fueron ajustados durante el año 2018:

- Control de la Producción de Documentos
- Gestión Clínica Excelente y Segura
- Sistema Único de Acreditación
- Humanización del Servicio
- Sistema Único de Habilitación
- PAMEC y Auditoria

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

El aseguramiento de la calidad se establecerá por medio del cierre de ciclos el cual se determina cuando se haya cumplido con las metas establecidas y se haya realizado un aprendizaje organizacional, dicho aprendizaje deberá contemplar una toma de decisiones definitiva, elaboración de estándares para control periódico y seguimiento permanente con una periodicidad prolongada a la anteriormente establecida. Este periodo se establece para un año.

LECCIONES APRENDIDAS: Para la Subred Sur Occidente se convierten en el conocimiento adquirido en base a las experiencias que se dan durante la realización de uno o varios procesos. Durante la realización de actividades a lo largo de cada fase y desde la reflexión y el análisis crítico sobre los factores que pueden haber afectado positiva o negativamente a esa experiencia se pueden extraer las Lecciones Aprendidas que pueden generar una, posible o real, Amenaza o una Oportunidad.

El proceso está compuesto por los siguientes subprocesos.

SUBPROCESOS:

3.2.1 GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA

Alcance del Subproceso

El Subproceso de Gestión clínica excelente y segura, busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad.

Es así como la gestión clínica excelente y segura, se orienta a partir de las directrices generadas en el marco de la Política de Seguridad del Paciente, establecida en el 2016 bajo la resolución 810 del mismo año, cuyo enfoque es el compromiso con la gestión clínica, excelente y segura con el usuario, la familia y la comunidad, previniendo y reduciendo situaciones inseguras que afecten la seguridad del paciente durante el ciclo de atención, aportando al aprendizaje organizacional en el marco del mejoramiento continuo, con alcance en las 43 sedes asistenciales y las sedes administrativas de las cuatro localidades que conforman la Subred Sur Occidente.

Con despliegue a todos los actores que hacen parte de la organización en sus diferentes niveles de operación (alta dirección y gerencia, colaboradores asistenciales y administrativos, profesionales y técnicos en formación, prestadores de servicios tercerizado, relacionados con la atención del paciente, familia, comunidad y demás partes interesadas).

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Actividades del subproceso

Mediante el programa de seguridad del paciente “Cuidado y atención segura” el cual se actualizo durante el primer semestre 2021, se orientan las actividades del Subproceso y se establecen las líneas de acción por medio de las cuales se implementan las diferentes estrategias que conllevan al cumplimiento de los objetivos institucionales en materia de seguridad del paciente.

Durante la vigencia 2021 la organización ha venido desarrollando actividades para fortalecer la cultura de seguridad, involucrando y mejorando las competencias de los colaboradores y el despliegue de prácticas seguras mediante cuatro líneas de acción (Cultura de seguridad, Procesos seguros, Aprendizaje organizacional y toma de decisiones). Adicionalmente, el programa incorpora seis líneas de monitoreo y vigilancia (Tecnovigilancia, farmacovigilancia, vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud, reactivo vigilancia, hemovigilancia y biovigilancia).

Línea de acción Cultura de Seguridad:

Con el fin de fortalecer la cultura de seguridad en los procesos de atención, la Subred cuenta con diferentes estrategias de socialización y despliegue de la política y programa de seguridad del paciente, dentro de las que se encuentran:

- Capacitación virtual

Se cuenta con el curso virtual de seguridad del paciente (e-learning), el cual se actualizo en su versión 2 para el año 2021, este se encuentra disponible en la página web de la Subred para facilitar el acceso a todos los colaboradores. Con el fin de complementar las estrategias de capacitación se implementó la capacitación presencial, en la cual se alcanzó una cobertura de 970 colaboradores alcanzando una cobertura total de 94% para el 2021.

La Oficina Asesora Jurídica desempeña las funciones de asesoría a la gerencia y demás dependencias de la Subred, representación y defensa en asuntos jurídicos – administrativos y judiciales internos y externos relacionados con las actividades desarrolladas en la Entidad, en procura de minimizar el riesgo jurídico, el daño antijurídico institucional en cumplimiento del Objeto social y estratégico de la Misión y Visión Institucional en defensa de los intereses de la entidad.

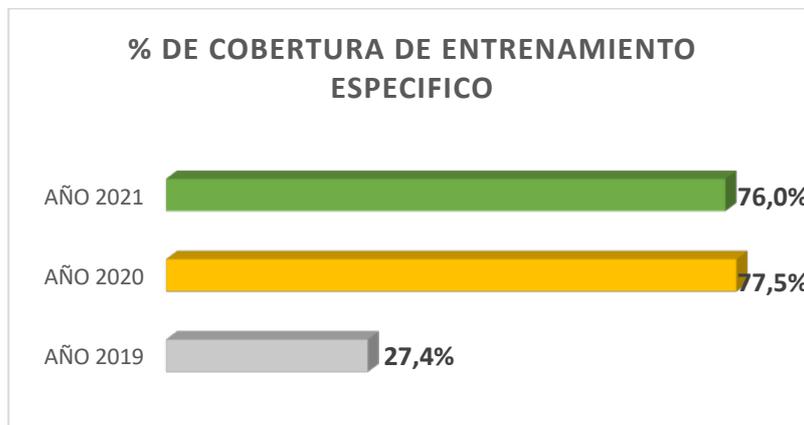
MODULO	COBERTUA	APROPIACIÓN
Capítulo 1 Política	3578 (78%)	99%
Capítulo 2 Buenas practicas	3 533 (77%)	95%
Capítulo 3 prevención de IAAS	3 506 (76%)	98%

Fuente: Plataforma virtual e-learning

- Entrenamiento específico de seguridad del paciente

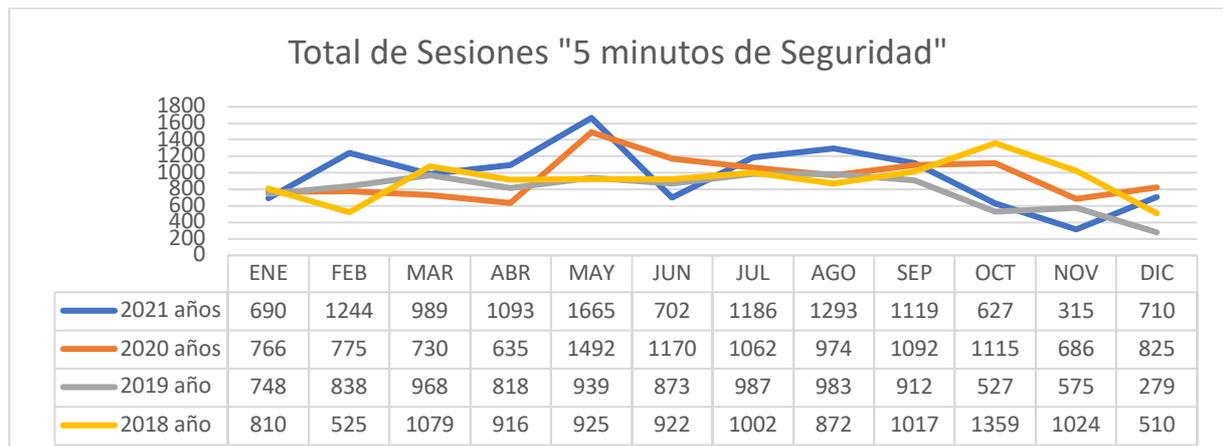
Dirigido a los colaboradores que ingresan nuevos a la institución, con esta estrategia se busca capacitar al personal asistencial en temas de seguridad del paciente y se enfocan los temas específicos de acuerdo con el área en el que se vayan a realizar las actividades, se realiza una vez al mes los últimos martes de cada mes en dos horarios logrando durante el año 2021 una cobertura del 76% (457) de los colaboradores nuevos.

Fuente: Seguimiento Plan Padrino



- “5 minutos de seguridad”

Estrategia que consiste en un acompañamiento individualizado en seguridad del paciente en el área de trabajo, recordando al colaborador asistencial la importancia de implementar prácticas seguras en sus actividades, espacio donde también se resuelven dudas y/o preguntas garantizando la recordación y el manteniendo del conocimiento. Con la estrategia “5 minutos de seguridad” en las unidades asistenciales se ha logrado un total de 11633 sesiones realizadas en 2021, aumentando un 10.8 8% con relación al año anterior.

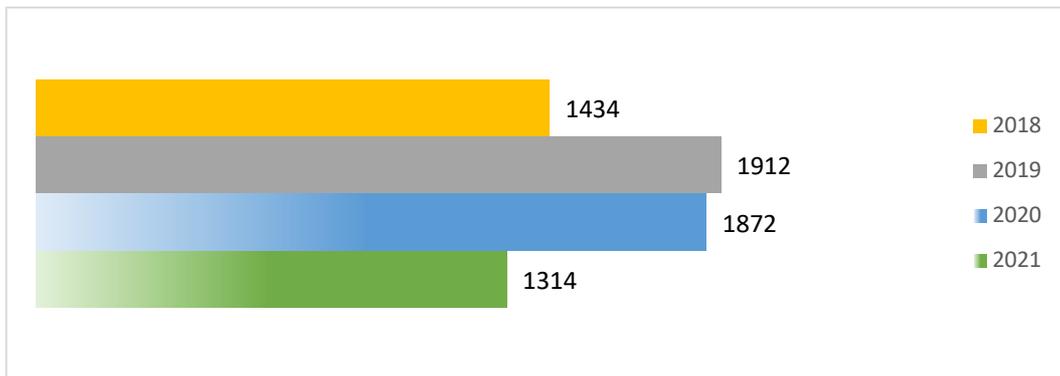


	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Fuente: Base de datos de sensibilización Seguridad del Paciente

- **Fridays Check**

Consiste en un chequeo breve de seguridad de forma semanal (viernes) por el equipo interdisciplinario de seguridad del paciente, con el propósito de generar entornos seguros tanto para usuarios como colaboradores y demás partes interesadas. Se realiza chequeo de datos del servicio y/ o unidad: reporte, eventos adversos, lecciones aprendidas, adherencias a buenas prácticas de seguridad del paciente; se complementan y/o retroalimentan datos cuantitativamente (resultados) y cualitativamente, con énfasis en la presentación de criterios evaluados que no cumplen el estándar institucional, motivando la participación de los asistentes para un aprendizaje conjunto, enfocado a la mejora institucional, logrando una cobertura de 1314 colaboradores abordados en el 2021.



Fuente: Base de datos de sensibilización Seguridad del Paciente

- **Night Check**

Con el fin de fortalecer los acompañamientos a los colaboradores de los turnos nocturnos se implementó la estrategia “Night Check” en la cual el equipo de seguridad del paciente realiza acompañamiento durante los turnos nocturnos al personal asistencial fortaleciendo el conocimiento en Seguridad del Paciente y buenas prácticas, obteniendo una cobertura en el en 2020 de 637 y 2021 de 665 colaboradores abordados.

NIGHT CHECK



Fuente: Base de datos de sensibilización Seguridad del Paciente

- Semana de seguridad

La semana de seguridad es un espacio programado una vez al año, encaminado a fortalecer la cultura de seguridad del paciente y buenas prácticas, con la participación de los colaboradores en las sedes asistenciales, promoviendo estrategias lúdicas y pedagógicas. Así mismo durante la semana se realizaron diferentes pruebas de conocimiento relacionados con las buenas prácticas. En el 2018 se contó con la participación del 100% (43) de las sedes asistenciales, a partir del 2019 se inició la medición por colaboradores logrando la participación de 1904 colaboradores y en el 2020 la participación de 742. Para el 2021 se llevó a cabo en la semana del 22 al 26 de noviembre y el tema central fue la estrategia multimodal de higiene de manos para la prevención de infecciones bajo el lema “Mundial de higiene de manos”.

Línea de acción Procesos Seguros:

Los procesos seguros a nivel institucional se encuentran alineados con las metas internacionales de seguridad del paciente de la OMS, la Política Nacional de Seguridad del paciente y las Buenas prácticas de seguridad recomendadas por el Ministerio, durante el segundo semestre del año 2021 se avanzó en la actualización de 4 buenas prácticas y se actualizó la escala de identificación del riesgo de úlceras por presión, así mismo se implementaron los tableros de indicadores en cada unidad y/o servicio, por medio del cual se socializa de forma mensual los resultados de adherencia específicos por cada área.

Actualmente la Subred Sur Occidente tiene implementadas 32 prácticas seguras, las cuales son socializadas y monitoreadas, evidenciando un aumento progresivo en la adherencia por parte de los colaboradores.

Resultado de adherencia a buenas prácticas de seguridad del paciente

BUENA PRACTICA	2017	2018	2019	2020	I SEM 2021	III TRIMESTRE	II SEMESTRE
Prevención de Caídas ambulatorio				78	79	81	82,4
Prevención de Caídas hospitalario	85	79	78	77	78	83	81,5
Prevención de UPP	79	78	76	73	68	76,2	75
Identificación correcta hospitalaria	91	81	82	78	82	93	87
Identificación Correcta ambulatoria	91	90	79	77	83	85	86
Binomio madre e Hijo			85	94	89	92	92,1
Uso seguro de medicamentos			77	86	88	90,5	89,8
Cirugía Segura			79	91	88	93	92,3
Comunicación efectiva		94	100	88	82	87,8	87,8
PROMEDIO	86,5	84,4	82	83	82,25	87,6	86,4

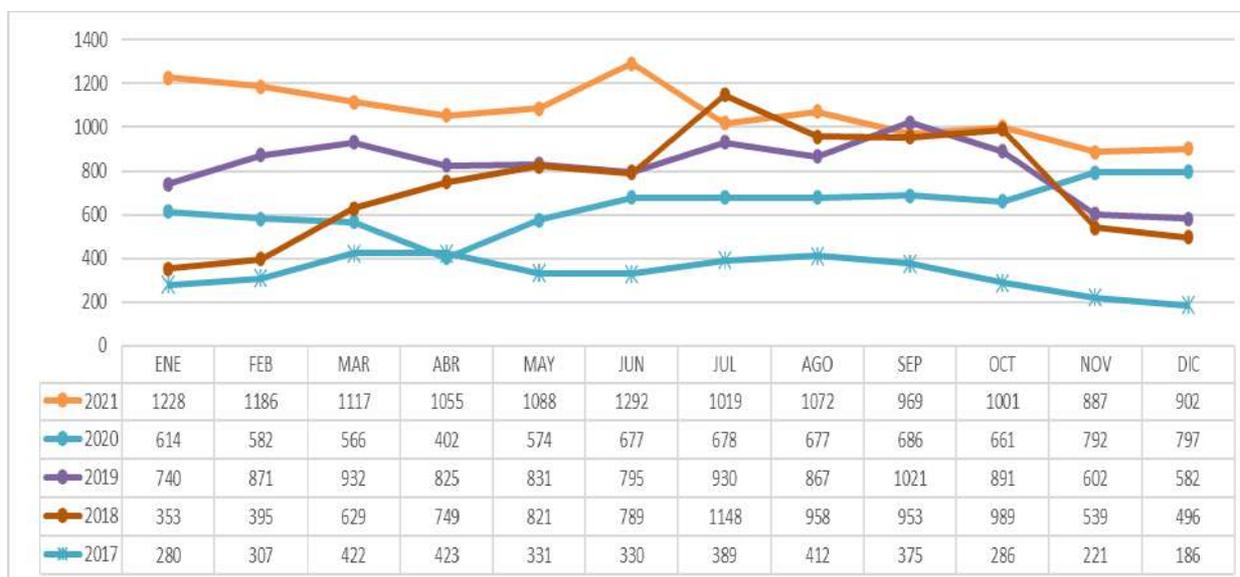
Fuente: Encuestas de buenas prácticas Almera

Línea de acción Aprendizaje Organizacional:

Reporte y búsqueda activa de sucesos de seguridad

Dentro de esta línea de acción se encuentra el seguimiento y monitoreo de la cultura de reporte y la búsqueda activa de los sucesos de seguridad, el programa cuenta con un aplicativo sistematizado para el reporte de sucesos de seguridad y se promueve en la institución con la campaña para el reporte voluntario “tú también puedes salvar vidas”.

Durante el año 2021 se han identificado 12816 sucesos de seguridad, evidenciando un aumento en el reporte del 66% comparado con el mismo periodo del año anterior.



Fuente: Aplicativo Sucesos de seguridad Almera

El Subprograma de gestión clínica excelente y segura se articula para la monitorización, control y gestión de los sucesos de seguridad con los programas de vigilancia (Infecciones asociadas a la atención en salud, tecnovigilancia, farmacovigilancia, hemovigilancia, reactivovigilancia, hemovigilancia y biovigilancia), con el fin de garantizar dicha articulación los resultados de cada programa se monitorizan en el comité de seguridad del paciente de forma periódica, al igual que los planes y acciones de mejora derivados de los análisis de sucesos de seguridad.

Vigilancia de sucesos de seguridad

El Subprograma de gestión clínica excelente y segura se articula para la monitorización, control y gestión de los sucesos de seguridad con los programas de vigilancia (Infecciones asociadas a la atención en salud, tecnovigilancia, farmacovigilancia, hemovigilancia, reactivovigilancia, hemovigilancia y biovigilancia), con el fin de garantizar dicha articulación los resultados de cada programa se

monitorizan en el comité de seguridad del paciente de forma periódica, al igual que los planes y acciones de mejora derivados de los análisis de sucesos de seguridad.

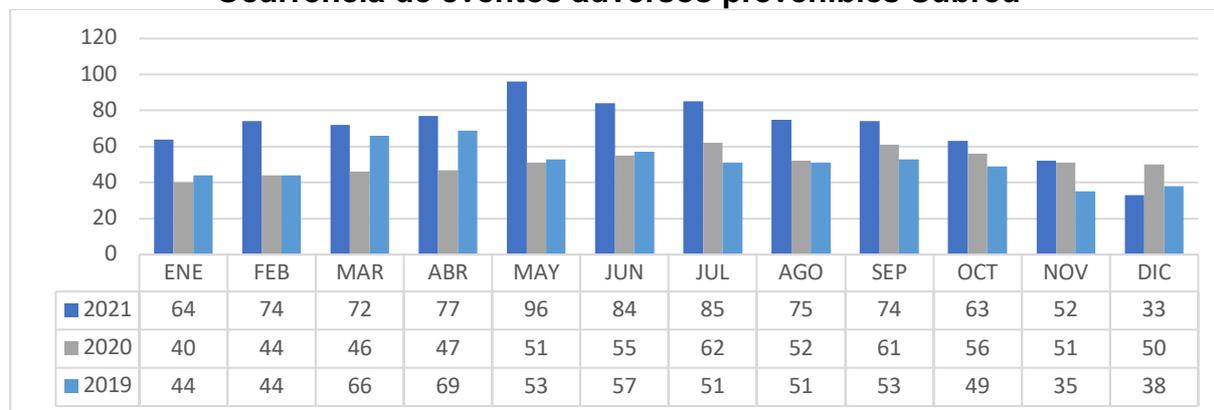
Durante el año 2021 se implementó la ronda de seguridad de los programas de vigilancia, en el cual se articulan para los acompañamientos en las diferentes unidades, logrando abordar a 361 Colaboradores con corte a octubre. La principal causa de incidente en la Subred está asociada a los errores de prescripción, por lo tanto, durante el año 2021 se formuló un plan de mejoramiento relacionado con el fin de generar acciones de mejora que permitan disminuir la ocurrencia de este tipo de sucesos, así mismo se han implementado diferentes estrategias para controlar la ocurrencia de eventos adversos asociadas a los programas de vigilancia como lo son el módulo virtual de hemovigilancia y reactivovigilancia, la socialización de alertas sanitarias mediante el link de reactivo en la página web institucional, las campañas de manejo seguro de la tecnología como lo son: alerta con las alertas, barandas arriba y basculas en cero.

Gestión del evento adverso

Dentro de las actividades del Subprograma se incluyen la identificación y análisis de los eventos adversos e incidentes, se cuenta con el procedimiento de gestión del evento adverso en la que se define la metodología de vigilancia del evento adverso en la que se incluye la identificación, reporte, investigación, análisis, plan de mejoramiento y monitoreo como insumo necesario para la gestión y mejora en la atención en salud.

Para el mes de octubre se realizó ajuste al indicador de ocurrencia de evento adverso en el que se decide excluir los eventos adversos no prevenibles, para un total de 699 eventos adversos con corte a octubre y un porcentaje de ocurrencia del 7%, encontrándose dentro de la meta institucional.

Ocurrencia de eventos adversos prevenibles Subred



Fuente: Aplicativo Sucesos de seguridad Almera

Las primeras causas de eventos en la subred son las infecciones asociadas a la atención en salud, las úlceras por presión, las lesiones por caída y las flebitis. Para la disminución de las primeras causas de eventos adversos (IAAS, UPP, Lesiones

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

por caída y flebitis) se han implementado estrategias como Mentoring Vascular para el control de infecciones de torrente sanguíneo y Flebitis, Escala de riesgos sistematizada para el control de caídas y UPP las cuales se actualizaron en el 2021, Estrategia “Medidor PLOP”, rondas de acompañamiento y fortalecimiento de buenas prácticas desde el autocontrol y fortalecimiento del liderazgo efectivo, en los diferentes espacios de comunicación que involucra líderes, directores y/o referentes de procesos.

Lecciones aprendidas

El Boletín de lecciones aprendidas, es una pieza comunicativa, en el cual, a partir de los sucesos de seguridad, se realiza un consolidado de lecciones aprendidas el cual es socializado al personal asistencial para disminuir las fallas durante la atención en salud y proteger a los pacientes.

Tableros de indicadores

Durante el 2021, se implementaron los tableros de indicadores de seguridad del paciente, con el objetivo de dar a conocer a los colaboradores los resultados de la sede y/o servicios relacionados con seguridad del paciente para la implementación de acciones correctivas desde el autocontrol, así mismo se da a conocer las lecciones aprendidas de los eventos adversos específicos de cada área.



Línea de acción Toma de decisiones:

La toma de decisiones se realiza en el comité de seguridad, conformado mediante la Resolución 417 de 2017, se reúne de forma mensual y permite desarrollar e implementar el programa de seguridad, fortaleciendo la gestión del riesgo en busca de procesos de atención seguros a través del seguimiento de un plan de acción anual. El plan de acción del año 2021 consta de 19 acciones de las cuales se cerraron con el 100% del cumplimiento. Dentro del Comité de seguridad se realiza seguimiento a los indicadores trazadores del programa y se toman decisiones con base en los resultados.

Mediante el comité se han aprobado estrategias de fortalecimiento de la cultura de seguridad, piezas comunicativas de despliegue de información, adquisición y compra

de dispositivos medico quirúrgicos, adquisición de elementos para la disminución de riesgos durante el proceso de atención.

ASEGURATE

La estrategia asegúrate permite el despliegue de la información relevante del comité de seguridad del paciente a todas las áreas de la institución; lo que permite armonizar la información manejada por los directores, Líderes de sedes, Coordinadores y Referentes en materia de seguridad del paciente, durante el año 2021 se ha logrado abordar al 83% de los colaboradores mediante esta estrategia en diferentes temas.

Indicadores del Subproceso

El subproceso se monitoriza mediante los resultados de impacto en el programa, durante el 2021 se realizó el ajuste a las metas de los diferentes indicadores.

A continuación, se muestran los indicadores de monitoreo del programa, el resultado y el cumplimiento por año.

METAS	INDICADOR	2019	2020	2021
Avanzar en la capacitación del 95% de los colaboradores asistenciales antiguos y nuevos a 2021 en el programa de Seguridad, el cual incluye Buenas Prácticas para la seguridad del paciente.	% de capacitación en el programa de seguridad del paciente, el cual contiene las buenas prácticas implementadas.	100%	90%	94%
	% de apropiación de conocimiento en el programa de seguridad del paciente.	94%	98%	99%
Realizar seguimiento a la implementación de las Buenas prácticas de seguridad del paciente y aumentar al 85% la adherencia.	% de Adherencia a las Buenas Prácticas Implementada	82%	83%	86%
Evaluar la efectividad de las estrategias formuladas para incentivar el reporte proactivo voluntario de los colaboradores y aumentar un 2% la cultura del reporte y aumentar un (1) punto porcentual la percepción de clima de seguridad del cliente interno	Total, de reportes de sucesos de seguridad	9887	7706	12816
	% de Percepción de la Cultura de Seguridad.	80%	82%	81%
Disminuir y mantener el porcentaje de ocurrencia del evento adversos por debajo del 7% y la aumentar la gestión del evento adverso al 75%	Porcentaje de ocurrencia de eventos adversos correspondientes a las primeras causas.	6,2%	8%	6.6%
	% de cumplimiento de gestión del evento adverso	100%	100%	100%
	% de cumplimiento de planes de mejora derivados de eventos adversos. (Gestión del evento adverso)		46.3%	91.8%

Fuente: Programa de seguridad del paciente

Percepción de clima de seguridad del paciente:

La Subred tiene establecida la medición de la cultura de seguridad en el Programa de seguridad del paciente, el seguimiento a la aplicación, resultados obtenidos, formulación e implementación del plan de mejoramiento, se realiza a través del plan de acción del comité de seguridad.

Se realiza de forma anual, desde el año 2017 a través de la encuesta virtual clima de seguridad HRQ, producto de referenciación interna con la unidad de Pablo VI, la cual evalúa siete (7) componentes: Componente directivo, equipo de trabajo, cultura flexible, cultura de información, cultura justa, cultura del reporte y percepción de cultura de seguridad en el área de trabajo. En el 2021 se obtuvo un resultado del 81%, disminuyendo un punto porcentual, comparado con el año anterior.

ENCUESTA CLIMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SUBRED					
Componente	2021	2020	2019	2018	2017
Modelo de Dirección	83%	84%	81%	84%	82%
Trabajo en equipo	83%	84%	81%	82%	81%
Cultura flexible	77%	78%	75%	77%	73%
Cultura informada	85%	86%	83%	84%	83%
Cultura justa	71%	70%	69%	71%	72%
Percepción positiva de la seguridad	84%	86%	81%	80%	83%
Cultura del reporte	88%	88%	88%	90%	85%
Percepción de seguridad del usuario interno TOTAL SUBRED	81%	82%	80%	81%	80%

Fuente: Aplicativo Sucesos de seguridad Almera

3.2.2 SUBPROCESO DE CONTROL DE LA PRODUCCIÓN DE DOCUMENTOS

Alcance del Subproceso

Este Subproceso comprende el conjunto de actividades tendientes a normalizar la producción de los documentos en ejercicio de las funciones institucionales, desde

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

el origen, creación y diseño de formatos y documentos, conforme a las funciones de cada proceso.

Así mismo como apoyo en la utilización de los módulos de calidad con los que cuenta el sistema de información.

El alcance va desde la identificación de necesidades relacionadas a la administración y uso del aplicativo Almera, así como las relacionadas con la creación o modificación de la documentación institucional, hasta la respuesta y gestión efectiva de cada una de las solicitudes que se encuentren en el alcance del Subproceso y su publicación en el aplicativo definido por la institución para la integración de la información ALMERA.

Personal que lo compone

Este compuesto por dos (2) profesionales especializados

Actividades del subproceso

Dentro de las principales actividades que tiene el Subproceso se encuentran:

- Brindar asesoría y asistencia técnica en la elaboración de documentos de la operación de los diferentes procesos de la Subred Sur Occidente (manuales, procedimientos, planes, programas instructivos guías, entre otros)
- Socializar y realizar capacitación en el manejo de aplicativo Almera, sistema integrado de gestión, manejo y control de la documentación del sistema de gestión de la subred Sur Occidente.
- Ejecutar plan de acción relacionado a la implementación y/o sostenimiento del sistema integrado de gestión.
- Apoyar las actividades o estrategias que se desarrollen desde la dependencia de la calidad de la Subred Sur Occidente para la mejora de la prestación de servicios.
- Atender las diferentes solicitudes de los diferentes procesos frente al tema de documentación o sistema integrado de gestión que le sean asignados.
- Gestionar en el aplicativo de Almera el trámite de las necesidades de documentación de los diferentes procesos, realizando seguimiento al estado de las mismas, verificando su publicación y control conforme a los lineamientos que se determinen en la subred sur occidente.
- Gestionar el módulo correspondiente en la Mesa de ayuda para la identificación y respuesta a las solicitudes pertinentes.
- Ejecutar las actividades correspondientes al método por el cual se controlan, emiten, distribuyen, adopten, modifiquen o eliminen los documentos de la Subred Sur Occidente incluidas las disposiciones legales aplicables, para que se facilite su actualización y uso de versiones vigentes

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Indicadores del Subproceso

➤ Socialización Y Adherencia al uso de aplicativo ALMERA

NOMBRE DEL INDICADOR	AÑO 2017	AÑO 2018	CUMPLIMIENTO 2018	AÑO 2019	CUMPLIMIENTO 2019	META 2020	CUMPLIMIENTO 2020	META 2021	CUMPLIMIENTO 2021
Cobertura de socialización de lineamientos de uso y funcionalidad de ALMERA (colaboradores nuevos) Sub Red Sur Occidente ESE	No se media	No se media	No se media	100%	100%	95%	100%	95%	100%
Cobertura de socialización de lineamientos de uso y funcionalidad de ALMERA Sub Red Sur Occidente ESE	No se media	No se media	No se media	No se media	No se media	No se media	No se media	80%	84%

Fuente: Plataforma Institucional de información Almera

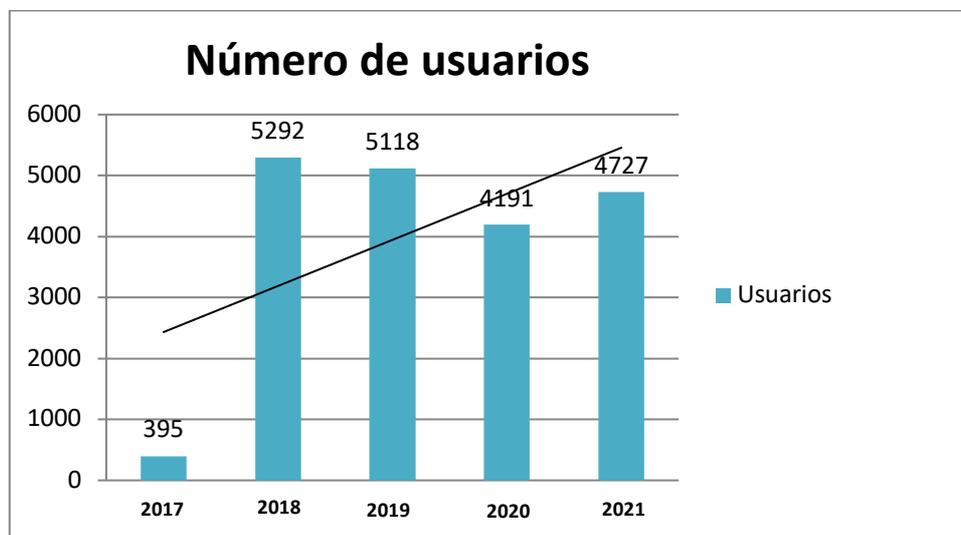
A continuación, se relaciona un listado de los resultados obtenidos en la gestión del subproceso de Control de la producción de documentos:

- Se realizó una cobertura de la inducción de Almera a colaboradores nuevos (2.052 en lo corrido del año del 2021).
- Se ha realizado visita a 32 unidades de atención donde se aplica un alista de chequeo para conocer el conocimiento de Almera y si cuenta con usuario, se socializa la lista en puesto de trabajo, se crea usuario y se entrega pieza comunicativa de la información básica de Almera. Es importante aclarar que en el primer trimestre no se dejó en la lista la casilla de socialización en puesto de trabajo por lo que el resultado estuvo debajo de lo esperado, teniendo en cuenta lo anterior se realizó el ajuste al instrumento.
- En el curso del aula virtual de conocimiento de Almera han participado 2.064 colaboradores
- Se parametrizó de los módulos de planes operativos, cuadros de mando, riesgos y MIPG para la vigencia 2021.
- Se realizó acompañamiento técnico a los 18 procesos internos, frente a la elaboración y unificación de su documentación (manuales, procedimientos, guías, entre otros).
- Se ha fortalecido el módulo de encuestas para ampliar su uso a todos los servicios que puedan encontrar en este una ayuda para mejorar sus procesos.
- Se ha apoyado la elaboración del Boletín de la Mejora; herramienta para compartir logros en aspectos de mejora institucional a todos los colaboradores, se ha creado la píldora Documental con tips e información clave del subproceso que debe ser conocida por los diferentes grupos de interés, así como el contador de documentos que da el panorama del número de documentos que se normalizan cada mes.
- Como parte de la socialización de la actualización y/o creación de documentos, mensualmente se elabora un informe con la relación de

documentos creados y actualizados, el cual es publicado en la Intranet para conocimiento de todos los colaboradores.

- Se realiza Publicación en la página Web de las actualizaciones del manual de procesos y procedimientos, listado maestro de acuerdo a ley de transparencia.
- Se realizó capacitación del sistema integrado de gestión Almera a través de (a nivel presencial, aula virtual y Reinducción). Se realizó estrategias como:
 - ✓ Programación de capacitaciones en las unidades de atención personalizada.
 - ✓ Publicación de piezas comunicativas con el apoyo de la oficina de comunicaciones para socializar la gestión del subproceso, así como información clave para el adecuado uso del aplicativo.
 - ✓ Se realizó soporte en la elaboración de documentos a todos los subprocesos.
- Se realizó seguimiento a la ejecución del contrato con la oficina de TICS.
- Seguimiento mensual plan estratégico de acreditación.
- Seguimiento a la publicación de auditorías para consulta de los líderes
- Apoyo a gestión del conocimiento en la publicación y seguimiento de los convenios de docencia.

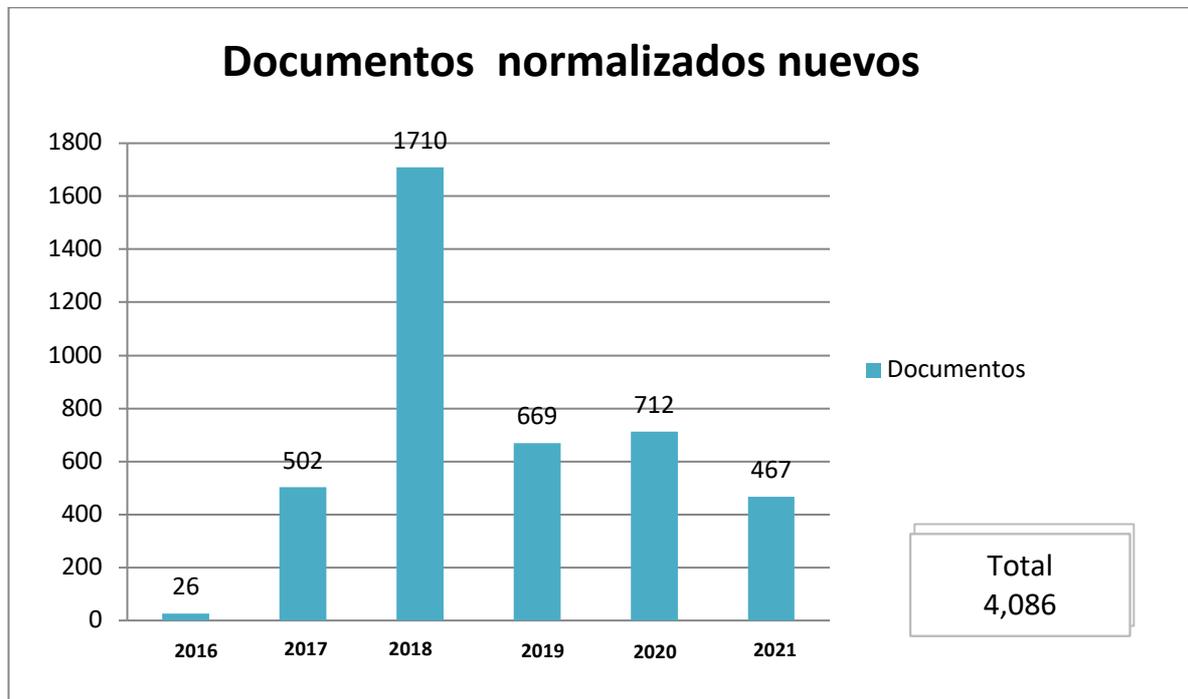
➤ **Número de Usuarios del ALMERA**



Fuente: Sistema de información Almera

El año 2017 se cerró con 395 usuarios creados en ALMERA, en el año 2018 se crearon 4.897 usuarios para un total con corte a Diciembre de 2018 de 5.292, en 2019 con la depuración de usuarios a 31 de Diciembre de 2019 se cerró con 5118, en el 2020 con el cruce de las bases de datos del personal de planta y contrato se cerró con 4.191, en el 2021 se cerró con 4.727 se realizó revisión de usuarios de acuerdo a los paz y salvos entregados, así mismo en la visitas de las unidades se verifica que los colaboradores cuente con usuario.

➤ **Numero de Documentos normalizados desde el 2016- 2021.**



Fuente: Sistema de información Almera

El año 2016 la producción documental fue de 26 documentos, para el año 2017 de 502, para el año 2018 de 1710, para el año 2019 documentos 669, en el año 2020 de 712 y para el año 2021 de 467 documentos, para un total de 4.086 documentos normalizados.

➤ **Planes de mejora inscritos en ALMERA.**

En 2021 se tienen un total de 85 planes de mejora inscritos en Almera por las diferentes fuentes y equipos de mejoramiento con un total de 593 Oportunidades de mejora con el siguiente comportamiento a nivel general, según informe de Almera:

EMISOR	OM	PLANES
AI Auditoría Interna - Autocontrol	2	10
AIC Auditoría Interna - PAMEC	6	10
AU Autoevaluación	17	78
CS Capital Salud EPS	12	131
CONTR Contraloría de Bogotá	1	23
OGPA Control Interno	7	50
SANIT EPS SANITAS	1	14
ICONT ICONTEC	18	128
RF Revisoría Fiscal	4	75
SDS Secretaria Distrital de Salud	3	11
SEGPA Seguridad del paciente	4	17

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

UNA Unidad de análisis	8	40
VEED Veeduría Distrital	2	6
TOTAL	85	593

Fuente: Sistema de información Almera

➤ Porcentaje de implementación por Modulo en ALMERA

A continuación, se presenta una relación del avance de la configuración e implementación de los módulos del aplicativo Almera de la Subred Sur Occidente E.S.E

Avance configuración e implementación aplicativo Almera 2021.

MODULO	Elemento del aplicativo Almera	Módulos configurados	Módulos implementados	% de Implementación por modulo	Observaciones
CALIDAD	1. Documentos	x	X	100%	4.086 documentos cargados en el sistema a 2021
	2. Mecanismos de integración	x	X		Total 79 (configurado 29 mesas de Equipos de mejora, 29 comités y 21 reuniones de procesos)
	3. Procesos	x	X		Configurado 18 procesos,49 subproceso y 8 servicios Cargadas al sistema
EVALUACIONES	4. Administrar planes		X	100%	85 planes ✓ AI Auditoría Interna - Autocontrol ✓ AIC Auditoría Interna - PAMEC ✓ AU Autoevaluación ✓ CS Capital Salud EPS ✓ CONTR Contraloría de Bogotá ✓ OGPA Control Interno ✓ SANIT EPS SANITAS ✓ ICONT ICONTEC ✓ RF Revisoría Fiscal ✓ SDS Secretaria Distrital de Salud ✓ SEGPA Seguridad del paciente ✓ UNA Unidad de análisis ✓ VEED Veeduría Distrital
	5. Encuestas	x	X		983 encuestas desarrolladas en el aplicativo 2021.
	6. Evaluaciones	x	X		287 Evaluaciones de Auditoría Interna – PAMEC, Autocontrol y Habilitación a 2021
GENERAL	7. Empresas	x	X	100%	Configurada las sedes de la institución, estructura funcional y cargos Usuarios creados 4.727
	8. Usuarios	x	X		

MÓDULO	Elemento del aplicativo Almera	Módulos configurados	Módulos implementados	% de Implementación por modulo	Observaciones
INDICADORES	9. Indicadores	x	X	100%	Cargados en el sistema: Indicadores Parametrizado POA Configurado de indicadores planes de mejora Configurado Indicadores MIPG
	10. Cuadro de mando	x	X		Se encuentra configurado cuadro de mando para Planes Operativos
PROYECTOS	11. Proyectos	x	X	100%	Esta la inclusión de los mapas por proceso Se cuenta con el plan operativo para la vigencia
RIESGOS	12. Sistemas de referencia - Mapa de riesgos	X	X	100%	Modulo configurado de acuerdo a mapa de riesgos
	13. Tipos de evento Seguridad del Paciente	X	X		Registrados 39.616 reportes de eventos de seguridad de todas las vigencias a 2021

Fuente: Subproceso control de la producción de documentos

➤ **Producción y Distribución de tipología documental por proceso en ALMERA**

De igual forma como resultado de la implementación del plan en el momento se tiene aprobados y disponibles para su consulta en el aplicativo Almera 4.086 documentos que se distribuyen en las siguientes tipologías:

Cuadro de Distribución de tipología documental por proceso 2021

Proceso	T o t a l	A c t a	A c c u e r d o	C i r c u l a r	D e c r e t o	D i r e c t i v a	F o r m a t o	G u í a	P G u í a d e c a	C l í n i c a	I n s t r u c t i v o	L E Y	M a n u a l	O t r o	D o c u m e n t o	E s t r a t e g i a s	D o c u m e n t o s	P l a n	P r o c e d i m i e n t o	P r o g r a m a	P r o t o c o l o	R e s o l u c i ó n	
Control interno	16						9							4					1	1			1
Control Interno Disciplinario	21						1					3	1	12				1	1	1			1
Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	96		5				26	7			3		1	34				5		10		1	4
Gestión Clínica Ambulatoria	299						127	32	51	7		6	8		13	1		1	12	1	39	1	
Gestión Clínica de Urgencias	180	1	5	1	7		95	5	15	18	5	4	3				1	1	8		5	6	
Gestión Clínica Hospitalaria	410				7		143	19	34	45	8	4	24		7		1	1	14	1	91	11	
Gestión de comunicaciones	26				8		5					2	3	2				1	1	2		1	1
Gestión de contratación	65		2	3	5		35	2			1	2		2					1	5		7	
Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo	440		1			1	287	45			6	9	11		29			1	19	7	16	8	
Gestión de Servicios Complementarios	829			2	7		466	52	4	94	2	26	26		10		2	1	41	4	70	22	
Gestión de TICS	44						13	7			2	1	4					8	1	8			
Gestión del Ambiente Físico	459		14		49	2	161	8		7	12	6	79		5		9	1	50	9	2	45	
Gestión del Conocimiento	70		2		3		22				3	7	5	2				1	21			4	
Gestión del Riesgo en Salud	299		2	2	11		100	4		5	8	14	35		3		1	2	11	18	66	17	
Gestión del Talento Humano	421		10	11	48		169	11		9	24	2	10		3		6	1	21	17	6	73	
Gestión Financiera	224		13	10	19		63			19	6	5	7					1	43		1	37	
Gestión jurídica	90		5	11	15	13	21					7		1				1	7		1	8	
Participación comunitaria y servicio al ciudadano	97				4		57				14	4	4	1				1	9	1	1	1	
TOTAL	4.086	1	59	40	183	16	1.800	192	104	233	90	91	265	70	1	35	18	283	58	301	246		

Fuente: Oficina de Calidad Subred Sur Occidente

➤ Número de solicitudes en la mesa de ayuda

La implementación del aplicativo Mesa de ayuda con el Tema de ayuda “Calidad: Almera” referente al Subproceso de Control de la producción de documentos se hizo desde el 1 de febrero de 2019.

En el año 2019 se recibieron un total de 918 necesidades a las cuales se les dio una respuesta oportuna con tiempo promedio de 0.92 días – (22 horas), es decir menos de un día, un resultado muy satisfactorio teniendo en cuenta que el Acuerdo de Nivel de Servicio se estableció en 72 horas.

En el año 2020 se recibieron 1053 necesidad se dio respuesta oportuna promedio de 0.58 días – (13 Horas) es decir menos de un día, un resultado muy satisfactorio teniendo en cuenta que el Acuerdo de Nivel de Servicio se estableció en 72 horas.

En el año 2021 se recibieron 1.606 solicitudes con un tiempo de respuesta de 0.82 días – (19.68 Horas), El resultado está por debajo de la meta propuesta establecida que es de 72 horas.

A continuación, se relaciona el número de tickets por año



Número de tickets en la Mesa de ayuda – 2019 – 2021
Fuente: Subproceso Control de la producción de documentos

PIEZAS COMUNICATIVAS COMO APOYO LA GESTIÓN DEL SUBPROCESO

INGRESO

1. PÁGINA WEB

2. INTRANET

3. Link: <https://sgi.almeraim.com/sgi/index.php?conid=sgisrso>



Cómo se ingresa al aplicativo

1. Busca el ícono de Almera en la página web o en la Intranet y da clic en el botón.
2. Ingresa con tu usuario y contraseña. Recuerda que si aún no tienes usuario o no recuerdas la contraseña puedes hacer la solicitud de creación o de restablecimiento de contraseña a través de ticket en la mesa de ayuda. (Calidad: Almera)

Usuario: Iniciales de los dos nombres + Primer apellido completo + Inicial del segundo apellido.
Ejemplo: Nombre: Sharon Elizabeth Caro Menroy
Usuario: SECAROM
Contraseña Inicial: 123456* Esta deberá ser cambiada al Ingresar por primera vez.

ELEMENTOS DE LA PÁGINA DE INICIO

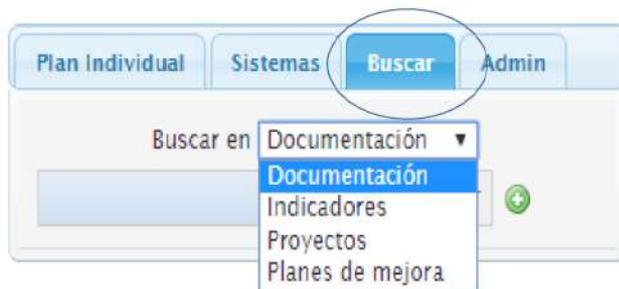


Plan individual

Mapa de procesos (2): Esta sección le permite visualizar el mapa de procesos de la empresa, los documentos de consulta general para todos los usuarios y además le permite buscar documentación

OPCIÓN BUSCAR

En el buscador podemos encontrar:
DOCUMENTOS, INDICADORES, PROYECTOS Y PLANES DE MEJORA



1. Clic en Buscar
2. Seleccione el tipo de elemento que desea buscar (Documento, indicador, proyecto o plan de mejora)
3. Digite el nombre o el código
4. Enter
5. Aparecerán todas las opciones relacionadas y allí seleccionas la que necesitas

¿TIENES DUDAS O REQUERIMIENTOS?

No olvides que estamos en la Mesa de ayuda.

Tema de ayuda: **Calidad: Almera - SIG**



documentalsig@subredsuroccidente.gov.co

referentecontroldocumentos@subredsuroccidente.gov.co

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

La Oficina Asesora de Comunicaciones te invita a
Consultar en nuestro aplicativo ALMERA los siguientes documentos que fueron actualizados y normalizados por la Oficina de Calidad.

¡Fortalecer nuestras competencias es la clave para brindar un servicio con calidad!

DOCUMENTOS ACTUALIZADOS Y NORMALIZADOS.

BOGOTÁ



1.
Ingresa a
www.subredsuroccidente.gov.co

2.
Click en
Aula Virtual

3.
Mira la presentación
y los videos del curso
"Todo lo que debes
saber de nuestro
sistema de gestión
integral Almera"

**Curso Aplicativo
ALMERA**

**"Todo lo que tienes que
saber de nuestro sistema
de gestión integral Almera"**

IMPORTANTE:

- Todos los colaboradores de la Subred DEBEN realizar este curso.
- Completar el cuestionario después de ver el curso.

**Inicio del curso
23 de agosto del 2021**

Dudas o sugerencias
documentalsig@subredsuroccidente.gov.co
o sigdocumental@gmail.com

¡Juntos lo hacemos mejor!

 SECRETARÍA DE SALUD | 

Logros

Se logró el acercamiento a los diferentes procesos aprovechando las herramientas tecnológicas como es el caso de Almera, lo cual ha permitido eliminar barreras y mantener comunicación fluida con los procesos.

El desarrollo de todos los módulos dispuestos en el aplicativo Almera, ha hecho que se trabaje interdisciplinariamente y que la información se trabaje por procesos y con acceso para todo aquel que la necesite.

El acompañamiento permanente y retroalimentación en la elaboración de documentos ha mejorado y estandarizado los mismos acorde a las necesidades institucionales. Se realizó auditoría a los procedimientos de la institución y se hizo un plan de trabajo para mejorar los que presentaban falencias.

Se integró a la Mesa de ayuda los requerimientos de soporte de Almera lo cual permitió una gestión mucho más oportuna y ejercer mayor control de las solicitudes y apoyados como contingencia el correo electrónico.

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Se realizó soporte y capacitación virtual a los procesos que lo requirieron, teniendo en cuenta la contingencia del Covid.

Acompañamiento en las unidades de atención en puestos de trabajo para dar a conocer el sistema de gestión Almera.

Implementación un módulo que soporte todo lo referente al hospital universitario.

Apoyo a través de otras herramientas como Access que permite generar reportes más oportunos.

Dificultades

Las solicitudes que se realizan por otros medios electrónicos diferentes a mesa de ayuda y que son de carácter urgente, lo cual genera falta de control en el seguimiento. Se está en el proceso de capacitación para que todas las solicitudes se hagan por mesa de ayuda.

Apoyo en el proceso de Backup de la información de Almera por parte de la oficina de TICS.

Retos

Seguir con la implementación de nuevas estrategias que permitan el conocimiento de Almera y permitan optimizar actividades de los procesos.

Revisar con el área de planeación la aplicación de riesgos AMFE a la parte clínica.

Realizar la trazabilidad del informe de costos de la calidad y no calidad.

3.2.3 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN (SUH)

Alcance del Subproceso

Su objetivo es la verificación de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de la Subred.

Personal que la integra

El equipo del subproceso del Sistema único de Habilitación en el mes octubre está compuesto por dos profesionales universitarios de la salud tiempo completo y se cuenta con el apoyo de dos días a la semana de profesional de la salud para realizar

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

autoevaluación del estándar de talento humano mediante la verificación de hojas de vida de personal de contrato.

Indicadores del Subproceso

- **Numero de servicios inscritos en el REPS**

Para el 31 de diciembre de 2021 se encuentran inscritos en el REPS 782 servicios en 42 Unidades de Servicios de Salud.

- **Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo de autoevaluación DEL SUH**

En el PAA a diciembre de 2021, un cumplimiento del 97.47%, cumpliendo con la meta programada hasta este mes. Se evidencia que para el 31 de diciembre se encuentran el 97,96% de las actividades completas (48) y un 2,04% atrasada (1).

Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo de autoevaluación del SUH por vigencia.

META	NOMBRE DEL INDICADOR	AÑO 2017	AÑO 2018	CUMPLIMIEN TO 2018	AÑO 2019	CUMPLIMIEN TO 2019	CUMPLIMIENTO 2020	CUMPLIMIENTO 2021
90%	Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo de autoevaluación SUH	100%	100%	100%	94,60%	100%	97,73%	97,47%

Fuente: subproceso de SUH de calidad

Para el año 2021 en el PAA se encuentra como indicador para el Sistema Único de Habilitación: Cumplimiento del plan de trabajo de autoevaluación del Sistema Único de Habilitación el cual a 31 de diciembre del 2021 se encuentra con un cumplimiento del 97,47%.

- **Porcentaje de USS con autoevaluación de habilitación con la resolución 3100 del 2019**

Con respecto al resultado de las autoevaluaciones de habilitación con la resolución 3100 de 2019 para el año 2021 se evidencia que se ha realizado en el 98% de las Unidades de Servicios de Salud que corresponde a 42 USS. Durante el mes de octubre se inicia la autoevaluación de habilitación de los servicios inscritos en REPS de la USS Occidente Kennedy, logrando a 31 de diciembre la autoevaluación parcial de ellos; se ha realizado la autoevaluación de los servicios de Laboratorio Clínico, Gestión pretransfusional, Toma de muestras, imágenes diagnósticas – equipos generadores de radiación ionizante, imágenes diagnósticas – equipos generadores de radiación no ionizante y nutrición (lactario y banco de leche). No se pudo concluir dicha actividad debido a que se dio prioridad a la autoevaluación de las móviles de transporte asistencial del servicio de Atención Prehospitalaria (APH).

Porcentaje de USS con Autoevaluación de habilitación 2021		
Total, USS	USS con autoevaluación de habilitación	% USS Autoevaluadas
43	42	98%

Fuente: subproceso de SUH de calidad

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

- **Porcentaje de planes de habilitación formulados 2021**

Se cuenta con 34 planes de trabajo de habilitación a los cuales se les inicio el seguimiento en el mes de agosto de 2021, teniendo en cuenta las fechas de cumplimiento de las actividades planteadas en el plan.

Porcentaje de planes de habilitación formulados 2021		
Total USS	USS con plan de trabajo de habilitación	% USS Autoevaluadas con plan de trabajo
43	34	79%

Fuente: subproceso de SUH de calidad

Novedades realizadas

Durante el año 2021 se realizaron el 100% de las novedades solicitadas, que corresponde a un total de 153 novedades de las cuales 25 corresponden a autorizaciones transitorias realizadas por la emergencia sanitaria por Covid 19. Las otras novedades corresponden a 65 novedades de servicios, 18 novedades de capacidad instalada, 43 novedades de sede y 2 de prestador.

En el REPS se encuentran inscritas 44 Unidades de Servicios de Salud, de las cuales una de ellas (USS 29 Kennedy) se encuentra sin servicios inscritos y la otra (USS 91 Class) se encuentra con cierre temporal de todos los servicios por fallas estructurales en la infraestructura.

Periodo	Servicios					Capacidad instalada							Sede				Prestador	Autorizaciones transitorias		
	Apertura de servicios	Apertura de modalidad	Cierre de servicios	Cierre de modalidad	Cambio de complejidad	Apertura de capacidad instalada			Cierre de capacidad instalada				Cierre de sede	Cambio de nomenclatura	Cambio de horario	Cambio de gerente	Cambio de representante legal			
						Apertura de salas de procedimientos	Apertura de camas	Apertura de ambulancias	Cierre de camas	Cierre de ambulancias	Qx	Procedimientos							Partos	
Total año 2021	16	3	38	8	0	0	3	7	2	6	0	0	0	0	0	0	0	43	2	25
153																				

Fuente: Cuadro novedades de habilitación 2021

- **Revisión de Hojas de vida**

En el año 2021 se verificaron 721 hojas de vida, de las cuales 264 cumplen la totalidad de los requisitos exigidos por la Resolución 3100 de 2019, que corresponden al 37%.

Revisión de hojas de vida - enero a octubre 2021			
Mes	Hojas de vida revisadas	Hojas de vida completas	% de cumplimiento
Total 2021	693	264	37%

Fuente: Consolidado verificación hojas de vida 2021

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

- **Porcentaje de identificación del riesgo**

Con respecto a las actividades programadas para gestión del riesgo, se evidencia un cumplimiento del 100%. Donde el riesgo identificado es: “No identificar oportunamente aspectos relacionados con incumplimiento de las condiciones exigidas por la norma de Habilitación”; para el año 2021 se mantiene el cumplimiento al 100%.

LOGROS

- Consolidado de los resultados de la autoevaluación en Almera, mediante las listas de chequeo que se encuentran en dicho aplicativo, con el fin que la información se encuentre al alcance de todos los que quieran consultarla.
- Elaboración, normalización y socialización del procedimiento de gestión de estándares de habilitación, el cual favorecerá las acciones para mejorar las condiciones de habilitación.
- Generación en Almera de informe de los hallazgos de habilitación identificados en las autoevaluaciones
- Generación de planes de trabajo de habilitación para dar respuesta a los incumplimientos de los criterios de los estándares de habilitación, contemplados en la Resolución 3100 de 2019.
- Articulación con los diferentes subprocesos relacionados con los estándares de habilitación, con el fin de dar respuesta a los hallazgos identificados en las autoevaluaciones realizadas.
- Gestión del 100% de solicitudes realizadas mediante mesa de ayuda.
- Avance en el cumplimiento de los estándares de habilitación en la USS Patio Bonito Tinta para dar cumplimiento a los ambientes requeridos por la norma.

RETOS

- Desarrollar nuevas formas y metodologías de enseñanza para el aprendizaje e interiorización de conceptos alineados de habilitación.
- Reforzar el talento humano para dar cumplimiento al cronograma de seguimiento requerido para los estándares de habilitación para la vigencia 2021.
- Promover por la organización de los documentos de contratación del talento humano en los aplicativos o sistema de información de contratación.

3.2.4 HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO

Alcance del Subproceso

El Programa de Humanización, está dirigido a todos (as) los (as) colaboradores (as) de los servicios administrativos, asistenciales, extramurales, usuarios, pacientes, servicios tercerizados y partes interesadas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. conformada por las Unidades de Servicios de Salud: Pablo VI Bosa, Sur, Bosa II Nivel, Fontibón, Kennedy y Tintal.

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Son responsables de su desarrollo, la Gerencia de la Subred Sur Occidente E.S.E., su Comité Directivo, el Equipo de Humanización y en general todos los colaboradores (as) en procura del desarrollo de acciones que nos permitan el cumplimiento de nuestra política frente al servicio Humanizado.

Para la vigencia del año 2021 se proyectó 12 actividades o acciones transversales para la subred obteniendo un 100% de cumplimiento.

Personal que lo integra

El Equipo de Humanización está integrado por un total de 6 profesionales entre trabajadoras sociales y psicólogas distribuidas actualmente así:

- 1 psicóloga para las USS Tintal, Sede Trinidad Galán y Asunción Bochica de la USS Sur.
- 1 psicóloga para la USS Fontibón y Floralia
- 1 psicóloga para la USS Kennedy
- 1 trabajadora Social para la USS Pablo VI Bosa y USS Bosa II nivel
- 1 trabajadora Social para la USS Sur
- 1 referente de perfil Trabajadora Social transversal a las unidades de atención.

Actividades del subproceso para el año 2021.

a. Fortalecimiento de competencias a colaboradores:

Se define por cada vigencia una acción con las temáticas de capacitación y sensibilización en línea con humanización para el cumplimiento de la Política y Programa, el cual está dirigido a todos los colaboradores asistenciales, administrativos y servicios tercerizados que hacen parte de las cinco unidades de la Subred.

Las temáticas básicas abordadas en cada vigencia son: Política de Humanización, atributos de una atención humanizada, Manejo Humanizado del Dolor, Manejo de paciente y/o familiar agresivo, Comunicación asertiva, Manejo de estrés, Inteligencia Emocional, Trabajo en Equipo, Relaciones interpersonales, entre otros.

b. Estrategias en línea con colaboradores

Espacios dirigidos a los colaboradores entre los cuales se encuentra; Espacio de escucha humanizada – apoyo emocional, Apoyo en la resolución de conflictos entre colaboradores, en Equipo con Humanización, Taller de Humanización de quejas por trato deshumanizado, Acompañamiento en Duelo, Reconocimiento a colaboradores

por su atención humanizada a través de la entrega de diploma, Seguimientos a colaboradores agredidos por usuarios y para el año 2021 se estableció la estrategia denominada ***En Sintonía con Tu Bien – Estar*** a través de los cuales se brinda un espacio de relajación a colaboradores con sillas masajeadoras, mindfulness, aromaterapia y color terapia brindando armonía, calidez y bienestar a nuestros colaboradores para un manejo asertivo del estrés.

c. Estrategias en línea con usuarios, pacientes y sus familias:

Se desarrolla a través de estrategias como: “Humanizando Urgencias: Acompañamiento en Urgencias y hospitalización a usuarios y acompañantes para favorecer la adaptación al ambiente hospitalario, Intervenciones y acompañamientos en duelo, intervención en crisis, gestión de procesos y procedimientos para bajar niveles de estrés por la espera en la atención, abordaje de usuarios agresivos, Estrategia Alto Soy Un Ser Humano No Me Levantes la Mano, Sensibilizaciones a Usuarios en Buen Trato, condiciones de silencio, privacidad y confidencialidad, Política de Humanización, Manejo del dolor, Rondas y entrevistas de humanización, La Hora del Cuento, Pautas de Crianza Positiva, Estrategia Acompañamiento espiritual a usuarios, pacientes y sus familias en Urgencias – Hospitalización.

d. Monitoreo y Seguimiento a quejas de usuarios por atención deshumanizada

Actividad desarrollada en conjunto con servicio al ciudadano para identificar colaboradores o servicios que presentan quejas por atención deshumanizada y desarrollar con ellos talleres encaminados a lograr sensibilizarlos frente a comportamientos no adecuados que van en contra de un proceso de atención en línea con humanización.

e. Seguimiento a estándares de Acreditación en Línea con Humanización

Trabajo a nivel de los equipos de mejoramiento en el desarrollo de acciones frente a requerimientos de los diferentes grupos de estándares y de las oportunidades de mejora en línea con humanización. De la misma forma se trabaja en el desarrollo de acciones que dan cuenta del Eje de Humanización de los servicios.

f. Medición de Percepción de Cultura de Humanización

Evaluación desarrollada inicialmente cada dos años y a partir del año 2020 se está realizando de manera anual, esta medición permite medir el avance en las acciones de humanización tanto a cliente interno como externo. Dicha evaluación contempla a nivel de cliente interno 35 criterios distribuidos en 5 componentes a saber: Política de Humanización, humanización a cliente interno, comunicación y relaciones, ambiente físico y atención humanizada. A nivel de cliente externo la evaluación contempla 20 criterios distribuidos en 8 componentes a saber: Atención humanizada respetuosa y cálida, Información clara y suficiente, Privacidad y confidencialidad,

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Ambiente aseado y cogedor, Información de derechos y deberes, Condiciones de silencio, Tiempos de espera y favorabilidad general.

g. Semana de la Humanización y estrategias transversales:

A partir del año 2018, se estableció en cada vigencia el desarrollo de la semana de la humanización dirigida a las cinco unidades de la subred y sedes administrativas. En esta semana se abordan diversas temáticas en línea con el plan de acción de la vigencia y se despliega a través de procesos lúdico-pedagógicos.

Año 2018: Se desarrolló bajo el eslogan **“MUNDIAL DE LA HUMANIZACIÓN”**

Año 2019: La estrategia se denominó: **“LA MAGIA Y LA FELICIDAD DEL CIRCO SE TOMAN TU CORAZÓN”**.

Año 2020: Debido a la contingencia COVID-19 para esta vigencia no se desarrolló la semana de la humanización, se participó en la feria de la acreditación con el STAND de Humanización desarrollando una actividad de relación y manejo del estrés a través de aromaterapia, cromoterapia y mindfulness.

Año 2021: Para este periodo se denominó **“HUMANIZACIÓN UNA DULCE RECORDACIÓN”**

h. Comité de humanización:

Se cuenta con un Comité de Humanización establecido bajo Resolución N° 961-2017 el cual mantiene su ejecución contando para la vigencia del año 2021 con un total de **3 comités de humanización** y un **cumplimiento del 100%** de los compromisos adquiridos.

i. Seguimiento a estándares de Acreditación en Línea con Humanización:

Trabajo a nivel de los equipos de mejoramiento en el desarrollo de acciones frente a requerimientos de los diferentes grupos de estándares y de las oportunidades de mejora en línea con humanización. De la misma forma se trabajó en el desarrollo de acciones que dan cuenta del Eje de Humanización de los servicios. Para la vigencia del año 2021 se participó activamente en la Visita de seguimiento de ICONTEC para la USS Pablo VI Bosa.

Resultados del Subproceso vigencia del año 2021

A continuación, se relaciona los resultados de los indicadores y de las acciones generales propuestos para el año 2021.

a. Indicadores de humanización:

Tabla. Comportamiento de indicadores Humanización 2017 –2021

FICHA TECNICA INDICADORES POA HUMANIZACIÓN										
NOMBRE DEL INDICADOR: PERCEPCIÓN DE CULTURA DE HUMANIZACIÓN A CLIENTE EXTERNO SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.										
PERIODICIDAD EN LA MEDICIÓN	META	AÑO 2017	META	AÑO 2018	META	AÑO 2019	META	AÑO 2020	META	AÑO 2021
ANUAL A PARTIR DEL AÑO 2021	≥85%	89%	N/A	N/A	≥90%	92%	≥95%	95.43%	N/A	PRIMER TRIMESTRE AÑO 2022
MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE HUMANIZACIÓN PARA EL CLIENTE INTERNO SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.										
PERIODICIDAD EN LA MEDICIÓN	META	AÑO 2017	META	AÑO 2018	META	AÑO 2019	META	AÑO 2020	META	AÑO 2021
ANUAL A PARTIR DEL AÑO 2021	≥80%	83%	N/A	N/A	≥85%	88%	≥90%	91%	N/A	PRIMER TRIMESTRE AÑO 2022
EVALUACIÓN DE LA APROPIACIÓN DE LA POLITICA DE HUMANIZACIÓN A CLIENTE INTERNO SUBRED SUR OCCIDENTE										
PERIODICIDAD EN LA MEDICIÓN	META	AÑO 2017	META	AÑO 2018	META	AÑO 2019	META	AÑO 2020	META	AÑO 2021
ANUAL	Sin medición a nivel de subred	N/A	Sin medición a nivel de subred	N/A	≥90%	92%	≥90%	88%	≥90%	96,20%
EVALUACIÓN DE LA APROPIACIÓN DE LA POLITICA DE HUMANIZACIÓN A CLIENTE EXTERNO SUBRED SUR OCCIDENTE										
PERIODICIDAD EN LA MEDICIÓN	META	AÑO 2017	META	AÑO 2018	META	AÑO 2019	META	AÑO 2020	META	AÑO 2021
ANUAL	Sin medición a nivel de subred	N/A	Sin medición a nivel de subred	N/A	≥90%	91%	≥90%	93%	≥90%	94,20%
DISMINUCIÓN DE QUEJAS POR TRATO DESHUMANIZADO DE LA VIGENCIA SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.										
PERIODICIDAD EN LA MEDICIÓN	META	AÑO 2017	META	AÑO 2018	META	AÑO 2019	META	AÑO 2020	META	AÑO 2021
TRIMESTRAL	Se media por porcentaje de número de quejas sobre el total de comentarios	13%	Disminuir en un 1% las manifestaciones negativas por atención deshumanizada	1,2%	Disminuir en un 1% las manifestaciones negativas por atención deshumanizada	1%	DISMINUIR EN UN 0,1 % LAS QUEJAS POR ATENCIÓN DESHUMANIZADA EN EL TRIMESTRE ACTUAL COMPARADO CON EL TRIMESTRE DEL AÑO ANTERIOR	0,6%	DISMINUIR EN UN 0,1 % LAS QUEJAS POR ATENCIÓN DESHUMANIZADA EN EL TRIMESTRE ACTUAL COMPARADO CON EL TRIMESTRE DEL AÑO ANTERIOR	0,5%

Fuente: Plataforma Institucional de información Almera

De acuerdo a la anterior tabla se evidencia trazabilidad en los indicadores definidos a nivel institucional con miras a la mejora, en relación al último indicador relacionado con “**DISMINUCIÓN DE QUEJAS POR TRATO DESHUMANIZADO DE LA VIGENCIA SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E.**”, se presenta a continuación una ampliación de los resultados para el año 2021.

Tabla. Comparativo quejas comparativo 2020 - 2021

MES	QUEJAS 2020	PACIENTES	TASA QUEJAS	QUEJAS 2021	PACIENTES	TASA QUEJAS
-----	-------------	-----------	-------------	-------------	-----------	-------------

		ATENDIDOS 2020	2020		ATENDIDOS 2021	2021
ENERO	45	96042	0,5	11	71968	0,2
FEBRERO	80	86481	0,9	39	75703	0,5
MARZO	58	75949	0,8	34	70164	0,5
ABRIL	23	55916	0,4	42	83143	0,5
MAYO	22	51754	0,4	27	83832	0,3
JUNIO	21	55321	0,4	44	82719	0,5
JULIO	48	61565	0,8	36	70303	0,5
AGOSTO	33	59075	0,6	49	74857	0,7
SEPTIEMBRE	47	72949	0,6	48	79832	0,6
OCTUBRE	45	61026	0,7	57	75256	0,8
NOVIEMBRE	32	61571	0,5	56	81831	0,7
DICIEMBRE	50	56246	0,9	56	88020	0,6
TOTAL	504	793895	0,6	499	937628	0,5

Fuente: Consolidado comportamiento quejas subred servicio al ciudadano.

De acuerdo a la tabla anterior se evidencia cumplimiento de la meta con una disminución de un 1% respecto el mismo periodo del año anterior, así como una disminución de 5 quejas y un aumento de 143.733 atenciones para el año 2021.

b. Resultados de estrategias en línea con Humanización

Indicador Plan de acción: Capacitación y Sensibilización en Humanización

Tabla. Comportamiento de la capacitación y sensibilización en Humanización vigencia año 2016 al año 2021.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. CONSOLIDADO CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN HUMANIZACIÓN PERIODO 2016 AL AÑO 2021					
TOTAL COLABORADORES ABORDADOS AÑO 2016	TOTAL COLABORADORES ABORDADOS AÑO 2017	TOTAL COLABORADORES ABORDADOS AÑO 2018	TOTAL COLABORADORES ABORDADOS AÑO 2019	TOTAL COLABORADORES ABORDADOS AÑO 2020	TOTAL COLABORADORES ABORDADOS A AÑO 2021
3169	6748	18631	15724	6205	17827

Fuente: Matriz de consolidado por años acciones de Humanización

La anterior tabla muestra el comportamiento de los abordajes realizados en las diferentes temáticas propuestas dentro del plan de acción en línea con capacitación y sensibilización a colaboradores en Humanización, la disminución en número de abordajes para el año 2020 obedece a los cambios producidos a causa de la actual pandemia por COVID-19 donde los espacios presenciales se redujeron a la virtualidad.

En relación a los abordajes obtenidos por cada una de las temáticas priorizadas para la vigencia año 2021, estos son los resultados obtenidos:

Tabla. Comportamiento de la capacitación y sensibilización en Humanización por temática vigencia año 2021.

SUBRED INTREGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. CONSOLIDADO CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN HUMANIZACIÓN AÑO 2021	TOTAL ABORDAJES A COLABORADORES POR TEMATICA 2021
Sensibilización de humanización en los servicios CAMPAÑAS: Condiciones de silencio Buen trato - Enciende tu corazón no lo incendies Privacidad y Confidencialidad Manejo del dolor	3189
Socialización Política de Humanización, Una Dulce Recordación (Inducciones, abordajes personalizados, entrega de boletín de humanización, estrategia El Tesoro de la Humanización...etc.)	3739
Sensibilizaciones en acreditación a colaboradores	4827
Estrategia Quiero Saludarte - Protocolo de saludo	720
Capacitación Manejo usuario, paciente y/o familiar agresivo - Protocolo	218
Capacitación Manejo del Dolor Humanizado - Primeros auxilios psicológicos - emocionales	216
Trabajo en equipo	755
Relaciones interpersonales - Manejo de emociones o inteligencia emocional	2796
Comunicación asertiva	795
Manejo del estrés	572
TOTAL ABORDAJES A COLABORADORES	17827

Fuente: Matriz de consolidado acciones de Humanización año 2021

Indicador Plan de acción: Estrategias de Humanización en línea con el cliente interno

Tabla. Comportamiento de las estrategias de Humanización Cliente Interno año 2021.

SUBRED INTREGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. CONSOLIDADO ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN A CLIENTE INTERNO AÑO 2021	COLABORADORES ABORDADOS
Espacio de escucha humanizada - apoyo emocional	535
Apoyo en la resolución de conflictos entre colaboradores	195
En Equipo con Humanización	68
Taller de Humanización de quejas por trato deshumanizado	231
Acompañamiento en Duelo	124
Reconocimiento a colaboradores por su atención humanizada- Entrega de diploma	283
Seguimientos a colaboradores agredidos	73
Estrategia Humanización en sintonía con tu Bien - Estar (Espacios de relajación)	787
Estrategia Humanización Contigo - Contingencia Covid-19	222
TOTAL ABORDAJES A COLABORADORES	2518

Fuente: Matriz de consolidación por años acciones de Humanización

Durante la vigencia del año 2021, se realizaron en total 2518 abordajes a colaboradores en diferentes espacios, aportando al bienestar, manejo del estrés y acompañamiento a colaboradores en momentos difíciles y que su manejo impacta

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

positivamente en la prestación de los servicios de salud a nuestros usuarios y pacientes.

Indicador Plan de acción: Estrategias de Humanización en línea con Humanización dirigidas al cliente externo

Comportamiento de las estrategias de Humanización en línea con los Usuarios año 2021.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. CONSOLIDADO ESTRATEGIAS DE HUMANIZACIÓN EN LINEA CON USUARIOS AÑO 2021	TOTAL USUARIOS ABORDADOS POR TEMATICA
Humanizando Urgencias: Acompañamiento en Urgencias, hospitalización a usuarios y acompañantes para favorecer la adaptación ambiente hospitalario, Intervenciones y acompañamientos en duelo, intervención en crisis, gestión de procesos y procedimientos para bajar niveles de estrés por la espera en la atención, abordaje usuarios agresivos.	177
Estrategia ALTO SOY UN SER HUMANO NO ME LEVANTES LA MANO	303
Sensibilizaciones a Usuarios en Buen Trato, condiciones de silencio, privacidad y confidencialidad, Política de Humanización, Manejo del dolor.	517
Rondas y entrevistas de humanización	621
La Hora del Cuento	141
Pautas de Crianza Positiva	275
Estrategia Acompañamiento espiritual a usuarios, pacientes y sus familias. Urgencias - Hospitalización	1995
TOTAL ABORDAJES A USUARIOS 2021	4029

Fuente: Matriz de consolidado por años acciones de Humanización

Teniendo en cuenta la tabla anterior, se evidencia que durante la vigencia comprendida en el año 2021 se realizaron un total de **4029** abordajes a usuarios, en espacios de sensibilización, campañas, monitoreos, acompañamiento en los servicios entre otros.

ACTIVIDADES DIFERENCIADORAS

OCTUBRE 2021

Estrategia Denominada: Vacacionando Ando en Familia

Objetivo: Fortalecer en los colaboradores y sus familias temas relacionados con manejo adecuado del tiempo libre, emergencias en casa, pautas de crianza y espacios de relajación aportando al mejoramiento del entorno familiar y la calidad de vida, a través de actividades participativas y pedagógicas.

La estrategia se desarrolló a través de stand con la participación de los subprocesos de Bienestar, Calidad de vida del trabajador, Emergencias, Cultura del Cuidado, Humanización abordando diversos temas para mejorar el entorno familiar y laboral.

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Se contó con la alianza estratégica con la caja de compensación familiar Compensar y Protección quienes participaron con beneficios para el bienestar del colaborador y sus familias.

El Eje de Humanización participo con dos stands de Pautas de Crianza positiva a través de la Actividad “**La pesca del Buen Trato**” y espacio de relajación.

La actividad conto con un total de 113 colaboradores abordados.

SEMANA DE HUMANIZACIÓN

Estrategia Denominada: Humanización, Una Dulce recordación

Estrategia lúdico-pedagógica dirigida a los colaboradores de los servicios asistenciales, docentes, estudiantes, administrativos y servicios tercerizados.

Objetivo: Fortalecer en los colaboradores la importancia del respeto, los principios y valores, la dignidad y calidez en el trato como parte fundamental de las relaciones interpersonales que aportan a un servicio humanizado; contribuyendo a la transformación de comportamientos y cultura de humanización de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Metodología:

Participación de unidades asistenciales y administrativas: Cada una de las unidades, sedes administrativas y asistenciales debían poner a prueba su creatividad donde se reflejará una Dulce recordación, representando con esto la huella que se quiere dejar en el otro.

Toma de sedes: El equipo de humanización, a través de actividades lúdicas orientaron el compromiso institucional en la implementación del trato cálido, la comunicación asertiva y el respeto por la dignidad humana visitando cada una de las sedes de la subred.

Cronograma: Semana del 25 al 29 de octubre del 2021

Piezas comunicativas: Se diseñaron dos piezas comunicativas, una para la etapa de expectativa y otra donde se dio a conocer las fechas y sedes a visitar.

Resultados

Actividades desarrolladas por los colaboradores:

Durante la semana del 25 al 29 de octubre se llevó a cabo la tercera versión de la Semana de Humanización bajo su eslogan: “**Humanización, Una dulce recordación**”, contando con la participación de todas las sedes asistenciales de la

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

subred, la sede administrativa Asdingco y la Junta Directiva de la Subred Sur Occidente.

Cada una de las sedes y/o servicios organizaron actividades alusivas al eslogan de la semana tales como coplas, mensajes alusivos a humanización, actividades de reflexión, bailes, títeres, entre otros, así como decoraron sus espacios con diferentes elementos que recrearon los criterios de humanización, los principios y valores, logrando una participación en el despliegue de que huella quieren dejar en la atención de los usuarios, el trabajo en equipo y en la institución. Se visitaron las 43 sedes asistenciales y administrativas de la subred con un total de 502 colaboradores participantes.

Actividad liderada por equipo de Humanización:

Por parte del equipo de Humanización se llevó una actividad lúdico-pedagógica y a través de un acto simbólico se reflexionó sobre el gran valor de dejar una huella humanizada y de recordación en su trabajo diario, siendo visible en la satisfacción de las necesidades en salud de los usuarios y el buen clima organizacional. El equipo de humanización se caracterizó representando Dulces.

La caja misteriosa: Se elaboró una caja con diferentes compartimentos en los cuales los participantes debían meter su mano y sacar un elemento misterioso; cada uno dejaba una experiencia de sabores y emociones lo cual permitía articularlo al propósito fundamental de que huella se está dejando diariamente en los proceso de atención, en los equipos de trabajo, en la institución y en el plano personal.

Canción Dulce Recordación: Canción escrita e interpretada por equipo de Humanización que relaciona los criterios fundamentales de una atención humanizada que deja huella y la cual se interpretó al finalizar cada uno de los encuentros con los colaboradores en las sedes y/o servicios con la entrega de la Dulce simbología del eslogan.

Letra de la Canción:

Dulce recordación

- Una sonrisa, un saludo es lo primero, es lo primero, es lo primero...
- Un Buenos días, buenas tardes, hasta luego....
- Yo me presento haciendo así.
- Con un buen trato y poco ruido, con privacidad y amabilidad (Bis)
- Yo soy honesto, soy transparente, trabajo en equipo y me comunico
- Con los principios y los valores dejó una dulce recordación...
- **Autores:** Equipo de Humanización Subred Sur Occidente

Humanización del Servicio

- Respaldo de la alta dirección al subproceso de humanización y su plan de trabajo diseñado para cada una de las vigencias.
- Reconocimiento de la junta directiva frente al trabajo y metodologías lúdicas desarrolladas por el equipo de humanización como aporte a la consolidación de la cultura de humanización en la subred.
- Reconocimiento de la junta acreditadora al programa de humanización como fortaleza institucional durante todas las visitas para la evaluación externa del SUA tanto en las unidades Pablo VI como Fontibón.
- Reconocimiento del **Ministerio de Salud y Protección Social** en el año 2021 a la Gestión y Experiencia Exitosa en procesos de mejoramiento de la calidad en salud, denominada “**HUMANIZACIÓN CONTIGO**”, primera categoría.
- Subproceso seleccionado desde el Ministerio de Salud para presentar en el Foro Experiencias Exitosas en tiempos de unidad la estrategia “Humanización Contigo, en tiempos de pandemia”.
- Reconocimiento de la estrategia “**Humanización Contigo en Época de COVID-19**” por parte de la Fundación Guayacanes de la ciudad de Medellín, en el **Nivel Humanización y Atención centrada en las personas** con el TOP Bench Excelencia de la Gestión en la **Categoría Oro** año 2021.
- Posicionamiento del subproceso como un aspecto sobre el cuál se han atendido diversas solicitudes de referenciación por parte de instituciones externas.
- Ser la primera subred en realizar la medición de percepción de la cultura humanizada para cliente interno y externo retomada como experiencia exitosa de la Unidad Pablo VI Bosa, estableciendo la línea base en el año 2017 a solo un año de la unificación de los cinco antiguos hospitales y lograr una percepción favorable del 83% para cliente interno y del 89% para cliente externo.
- Mantenimiento del **Comité de humanización** bajo Resolución N° 961-2017 como órgano asesor de la gerencia.

DIFICULTADES

Humanización del Servicio

- La rotación de personal es un reto para la apropiación de conceptos y el mantenimiento de estrategias alineadas al proceso.
- La resistencia al cambio, como un comportamiento identificado en algunos colaboradores

RETOS

Humanización

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

- A pesar de las dificultades en algunas unidades, se ha logrado abordar, acompañar y desarrollar las estrategias con resultados tangibles y experiencia demostrable.
- Continuar el mantenimiento de la acreditación de las unidades de Pablo VI Bosa y Fontibón con un eje fortalecido en el desarrollo de acciones y estrategias que le aportan al logro de la cultura institucional, que contribuya al desarrollo progresivo de la gestión de estándares superiores de calidad en el resto de las unidades de la entidad.
- Permear la mejora en la totalidad de las Unidades asistenciales y administrativas que conforman la Subred.
- Desarrollar nuevas formas y metodologías de enseñanza para el aprendizaje e interiorización de conceptos alineados a la calidad y los diferentes ejes de acreditación.
- Posicionar a la Subred a nivel distrital con procesos alineados a una atención humanizada que favorece los niveles de satisfacción de los usuarios.
- Mantener el reconocimiento de los diferentes Eje de Acreditación (en particular seguridad del paciente y humanización) y posicionar su despliegue hacia todas las unidades de la Subred.

3.2.5 SUBPROCESO DE AUDITORIA DE MEJORA CONTINUA

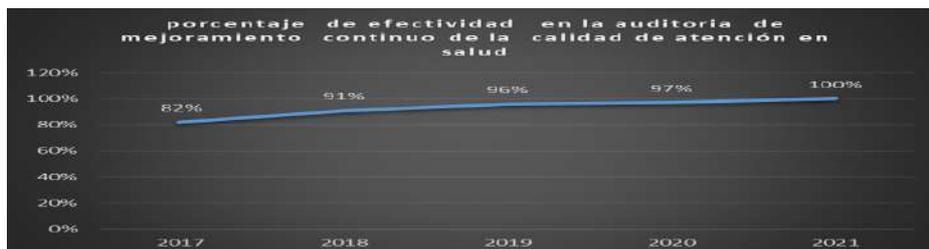
El Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud- PAMEC, es un instrumento de evaluación sistemático y permanente que permite determinar el grado de conformidad de la prestación del servicio, con los requisitos establecidos, a través de la comparación de la calidad esperada (criterios de la auditoria) contra la calidad observada, facilitando la identificación de oportunidades de mejora en la operación, que permiten el mejoramiento continuo de los procesos priorizados definidos por la organización. El PAMEC se establece con base en los pasos de la ruta crítica del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad y contempla la programación y desarrollo de las auditorias priorizadas mediante el proceso de autoevaluación institucional y de acuerdo a los estándares del sistema único de acreditación, el perfil epidemiológico de la subred, los resultados de auditorías internas, de las auditorías externas, normatividad vigente, indicadores de calidad, indicadores institucionales, comités institucionales y encuestas a los clientes externos e internos para lograr impactar en la calidad de la prestación del servicio

INDICADOR/ PROGRAMA/ ESTRATEGIA 2

➤ INDICADOR EFECTIVIDAD DEL PAMEC

Este indicador evalúa la ejecución de acciones de mejoramiento generadas de OM de auditorías PAMEC

Grafica efectividad de PAMEC



Fuente PAMEC subredsuroccidente 2021

Este indicador muestra un cumplimiento del estándar desde el año 2018 mostrando año a año la mejora en el proceso de seguimiento y cierre de las acciones de mejora programadas.

Tabla resultado indicador efectividad PAMEC

META	NOMBRE DEL INDICADOR	2017	2018	2019	2020	2021
90%	porcentaje de efectividad en la auditoría de mejoramiento continuo de la calidad de atención en salud	82%	91%	96%	97%	100%

Fuente PAMEC subredsuroccidente 2021

Para el año 2021 de las 51 oportunidades de mejora derivadas de las auditorías PAMEC se generaron 41 acciones de mejora las cuales mostraron un seguimiento y cumplimiento del 100% de ejecución con verificación y cierre desde el proceso de calidad.

➤ INDICADOR CUMPLIMIENTO CRONOGRAMA PAMEC

Desde el 2016 la subred suroccidente hace seguimiento al cronograma de auditorías del PAMEC con los siguientes resultados.

CONSOLIDADO DE RESULTADO DE AUDITORIAS PAMEC 2016 – OCTUBRE 2021					
AÑO	NUMERO AUDITORIAS PROGRAMADAS	NUMERO AUDITORIAS EJECUTADAS	NUMERO DE AUDITORIAS EN EJECUCIÓN	NUMERO DE AUDITORIAS ATRASADAS	CUMPLIMIENTO
2016	145	135 (93%)	0 (0%)	10 (7%)	93%
2017	268	215	0	53	80%
2018	219	207	0	12	94%
2019	271	259	0	13	96%
2020	270	270	0	0	100,00%
2021	314	300	7	7	98%

Fuente: Consolidado Indicadores Oficina Gestión de mejoramiento y Calidad

Se evidencia el cumplimiento del estándar institucional en el desarrollo de las auditorías año a año, Para el 2021 se tiene un cumplimiento optimo con un 98% por

falta de Talento humano (auditores PAMEC) y falta de oportunidad ejecución de auditorías o de entrega de informes a cargo del autocontrol no se dio cumplimiento

➤ Reporte anual de la circular 012

La subred suroccidente ha dado cumplimiento al reporte anual a la circular 012. A continuación, presentamos los resultados a febrero 2021 que ha sido radicado.

Tabla. Consolidada de resultados Circular 012 años 2016 - 2021

AÑO	Código de municipio	Fecha Inicial	Fecha Fin	Acciones Programadas	Acciones Ejecutadas	Auditorías Internas Programadas	Auditorías Internas Ejecutadas	Documentos Soporte	Procesos Estandarizados
2016	11001	01/09/2016	30/07/2017	279	274	145	135	6	Procedimiento de Auditoría Interna; procedimiento de Mejora Continua
2017	11001	01/03/2017	28/02/2018	337	312	268	215	9	Procedimiento de Auditoría Interna, código 02-03-PR-0001-V1 Procedimiento de Mejora Continua, CÓDIGO 02-03-PR-0004 Programa PAMEC, Código 02-03-PG-0001-V2 Ruta Crítica PAMEC, Cronograma de auditorías PAMEC, Código 02-03-OD-0001 Manual de Auditoría, Código 02-03-MA-0002-V1 Manual de mejora institucional, código 02-03-MA-0001-V2 Plan de mejoramiento, código 02-03-FO-0001-V2 Plan de la auditoría, código 02-03-FO-0002 Informe de auditoría, código 02-03-FO-0003-V1
2018	11001	01/03/2018	28/02/2019	53	48	219	207	9	Procedimiento de Auditoría Interna, código 02-06-PR-0001-V1 Procedimiento de Mejora Continua, CÓDIGO 02-06-PR-0004 Programa PAMEC, Código 02-06-PG-0001-V2 Ruta Crítica PAMEC, Cronograma de auditorías PAMEC, Código 02-06-OD-0001 Manual de Auditoría, Código 02-06-MA-0002-V1 Manual de mejora institucional, código 02-03-MA-0001-V2 Plan de mejoramiento, código 02-03-FO-0001-V2 Plan de la auditoría, código 02-06-FO-0002 Informe de auditoría, código 02-06-FO-0003-V1
2019	11001	01/03/2019	28/02/2020	50	48	271	259	9	Procedimiento de Auditoría Interna, código 02-06-PR-0001-V3 Procedimiento de Mejora Continua, CÓDIGO 02-06-PG-0001 Programa PAMEC, Código 02-06-PG-0001-V3 Ruta Crítica PAMEC, Cronograma de auditorías PAMEC, Código 02-06-OD-0001 Manual de Auditoría, Código 02-06-MA-0001-V6 Manual de mejora institucional, código 02-03-MA-0001-V2 Plan de mejoramiento, código 02-03-FO-0001-V2 Plan de auditoría PAMEC, código 02-06-FO-0001-V2 Informe de auditoría, código 02-06-FO-0002-V2

AÑO	Código de municipio	Fecha Inicial	Fecha Fin	Acciones Programadas	Acciones Ejecutadas	Auditorías Internas Programadas	Auditorías Internas Ejecutadas	Documentos Soporte	Procesos Estandarizados
2020	11001	1/03/2020	28/02/2021	74	72	270	270	10	Procedimiento de Auditoría Interna, código 02-06-PR-0001-V1 Procedimiento de Mejora Continua, CÓDIGO 02-03-PR-0004- V2 Programa PAMEC, Código 02-06-PG-0001-V2 Ruta Crítica PAMEC, Cronograma de auditorías PAMEC, Código 02-06-OD-0001 Manual de Auditoría, Código 02-06-MA-0001 Manual de mejora institucional, código 02-03-MA-0001 Plan de mejoramiento, código 02-03-FO-0001- Matriz de control y seguimiento a planes de mejoramiento código 02-03-FOI-0026 Plan de la auditoría, código 02-06-FO-0002 Informe de auditoría, código 02-06-FO-0003

Fuente: Consolidado Indicadores Oficina Gestión de mejoramiento y Calidad

Tabla. Resultados consolidados de cumplimiento Circular 012 años 2016 a 2021.

AÑO	CUMPLIMIENTO ACCIONES	CUMPLIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS
2016	98%	93%
2017	82%	80%
2018	91%	94%
2019	96%	96%
2020	97%	100%
2021	100%	98%

Fuente: Consolidado Indicadores Oficina Gestión de mejoramiento y Calidad

El resultado del año 2017 plasma el momento de transición de las cinco unidades asistenciales a Subred, unificación de instrumentos de auditoría, de guías de práctica clínica, de procedimientos y de procesos.

Para el 2018 se programaron 219 auditorías y se terminaron en 207 auditorías logrando un 94% de auditorías internas.

Para el 2019 a la fecha se terminaron 254 de 271 logrando un 96% de cumplimiento.

Para el 2020 se tuvo un cumplimiento de 97% en acciones de las 74 programadas se ejecutaron 72 y en las auditorías de las 270 programadas se completaron 270.

Para el 2021 se tiene programadas 41 acciones de mejora desde PAMEC y se han ejecutado 41 acciones para un cumplimiento del 100% en las auditorías de las 314 programadas se completaron 307 y no se desarrollaron 7 con un cumplimiento a la fecha de 98%. Cumpliendo ambos indicadores con el estándar este informe se

radicada en la súper en el mes de febrero de 2022 dando cumplimiento al requerimiento.

PRINCIPALES LOGROS

- Cumplimiento del estándar de auditorías internas de la meta del 90% en la evaluación anual auditorías programadas para las vigencias desde 2017 a 2021.
- Se ajusta el Documento PAMEC con la actualización requerida para cada vigencia
- Se ajusta el Manual del auditor
- Se ajusta el manual de la mejora institucional.
- Se fortalecimiento en el manejo de aplicativo ALMERA del equipo de auditores PAMEC.
- Fortalecimiento en el manejo del software de Dinámica generando reportes de bases de datos con mayor oportunidad y confiabilidad para la realización de las diferentes auditorías.
- Articulación con autocontrol para la generación de nuevos instrumentos de auditoria
- Articulación con el autocontrol para la generación de los informes de auditorias
- Los auditores internos del PAMEC asumen a partir del tercer trimestre las auditorias de crecimiento y desarrollo, hipertensión arterial, indicadores de oportunidad de apendicetomía y IAM
- Se da cumplimiento al 100% de las actividades establecidas en la ruta crítica del PAMEC 2021.
- Se realiza la publicación en Almera del 100% de los informes generados de las auditorías internas desarrolladas en 2021.
- Para el 2021 se tiene un cumplimiento del 100% del indicador de efectividad del PAMEC cumpliendo con la ejecución de las 41 acciones de mejoramiento programadas.
- Retroalimentación de resultados a profesionales y líderes de procesos en espacios institucionales como las UAT, Comités, ULC, y red materna de la subred suroccidente.
- Se fortaleció la retroalimentación personalizada por pares de resultados de auditoria para la mejora en las adherencias a guías de práctica clínica y calidad de historias clínicas.
- Realización de acompañamientos concurrentes a profesionales mediante las auditorias de paciente trazador y ciclo de servicio generando acciones y mejoras con mayor oportunidad mediante la estrategia Mentoring.
- Articulación con el autocontrol para desarrollar auditorias de norma como son MPN y dar cumplimiento a este requerimiento
- Se fortalece la generación de planes de mejoramiento institucionales o individuales de las 51 OM generadas por auditorias PAMEC por parte de los directores de proceso y líderes de unidades asistenciales para la mejora institucional.

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Se fortalece la realización de seguimiento y cierre de los planes de mejoramiento desde el aplicativo Almera y seguimiento de los planes de mejora individual por parte de los líderes de las sedes.
- Trabajo articulado con subgerencia asistencial para ajustes de formatos de historia clínica en Dinámica para la mejora de los resultados de las auditorías garantizándole al profesional la facilidad del registro de las recomendaciones de las guías de práctica clínica

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

- ✓ El PAMEC de la Subred Sur Occidente se encuentra documentado desde el 2016 y es actualizado para cada vigencia se publica en Almera
- ✓ Para el año 2021 el cronograma PAMEC caracterizado por ser dinámico con seguimientos trimestrales logro un cumplimiento del 98% de las 314 auditorías programadas se ejecutaron 307 para un cumplimiento del 98%
- ✓ La efectividad del PAMEC para el 2021 fue del 100% evidenciándose que las 41 acciones de mejora derivadas de las auditorías PAMEC se ejecutaron en su totalidad.
- ✓ Para la vigencia 2021 se dio prioridad a las auditorías materno perinatales, las contempladas en la resolución 408 y calidad formal de historia clínica.
- ✓ En el aplicativo Almera se encuentra publicado el 100% de la documentación y evidencias de Las auditorías PAMEC Listas de chequeo, informes de auditorías, actas de apertura y cierre de auditorías dando cumplimiento al manual del auditor
- ✓ La socialización de resultados de auditorías en los diferentes espacios institucionales (ULC o UAT y comité de historias clínicas) a directores y líderes y/o referentes del proceso y de manera personalizada a los profesionales.
- ✓ Para el año 2021 las auditorías del PAMEC generaron en promedio 106 OM de las cuales 51 fueron con resultado crítico de las cuales generaron homologación para planes de mejoramiento por proceso, por sede y/o individuales.

3.2.6 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.

Alcance del Subproceso

La Subred Integrada de Servicios de salud Sur Occidente E.S.E a través de su equipo de calidad, se adhiere a lo establecido en el sistema Único de Acreditación identificando las herramientas y técnicas necesarias para el análisis y selección de las Oportunidades de mejora, en búsqueda de la mejora continua.

En el marco de este proceso institucional, se definió y estructuró el modelo de mejoramiento institucional enmarcado en el Ciclo PHVA: P (Planear), H (Hacer), V (Verificar) y A (Actuar) o ciclo Deming. Para ello se documentó desde marzo del 2017 el Manual de Mejora Institucional (02-03-MA-0001 V5) y el procedimiento de mejora continua (02-03-PR-0004 V2), los cuales establecen las pautas de operación e implementación de la mejora en la gestión de los procesos y la Prestación de los Servicios de Salud, documentos actualizados en el año 2021, incluyendo cierre de ciclo por medio de cumplimiento de la meta, el aprendizaje organizacional y fortalecimiento en el cumplimiento de los indicadores con tendencia positiva y la no reincidencia .

Personal que la integra.

Conformado por el Jefe de oficina de calidad, un referente de Proceso y 4 líderes de zona los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente forma: (1) Zona tinta, (2), Kennedy y Bosa hospitalario (1). Fontibón y sus Sedes (cinco) más Floralia. Una (1) zona de Pablo VI y sus sedes (12 sedes). Cada líder cuenta con un plan de trabajo establecido desde la jefatura de calidad y cronograma de actividades las cuales están enfocadas en el acompañamiento, socialización, e interiorización de los ejes y estándares de acreditación. En la actualidad está pendiente la contratación de un líder para la zona Sur la cual está Conformada 19 sedes.

Actividades del Subproceso

Simulacros de acreditación.

Actividad encaminada a Identificar y corregir desviaciones que estén afectando el cumplimiento de los procesos, detectar situaciones de riesgo. Implementar acciones de mejora que redunden en la satisfacción del cliente tanto interno como externo y fortalecer el conocimiento de los colaboradores con los estándares de acreditación al igual que evalúa el grado de apropiación de estos en los servicios. Durante el cuarto trimestre del 2021 fueron realizados un total de 83 ejercicios de simulacro con un porcentaje de cumplimiento en que vario entre los rangos del 50.2% y el 91.6% con una meta establecida del 85%.

Día de la acreditación en la subred.

El sub proceso estableció un día a la semana (miércoles) en el cual se realiza en todas las unidades de la Sub red diferentes actividades educativas mediante la pedagogía y la lúdica, con el objeto de interiorizar a los colaboradores los ejes y estándares del sistema único de acreditación, fortalecer las buenas prácticas en los servicios. De igual forma durante el último trimestre 2021 se priorizaron las unidades hospitalarias, y sedes postuladas para acreditación donde se busca impactar un gran número de colaboradores asistenciales y administrativos.

Top de la acreditación.

Es una herramienta implementada mediante la cual se evalúa el grado de avance de cada una de las unidades en el cumplimiento de los criterios establecidos mediante indicadores definidos, generando reconocimiento a aquellas unidades con desempeño favorable en el mejoramiento de los procesos institucionales. Durante el 2021 se han realizado dos premiaciones en las cuales resultaron ganadores en el periodo de noviembre a enero 2021: zona franca, puerta de teja y San Pablo dentro de las ambulatorias, en hospitalarias Fontibón, Kennedy, patio bonito y Tintal. En la segunda premiación de los meses de febrero a abril 2021 los ganadores fueron: San Pablo, y Visión Colombia en los ambulatorios y a Fontibón y Bossa en el ámbito hospitalario, para el periodo de mayo a octubre fueron reconocidas en la unidad no acreditada Bosa centro, mientras que las acreditadas en ambulatorio unidad San Bernardino y en el ámbito hospitalario Fontibón y en las no acreditadas Bosa.

Acompañamiento a equipos de mejoramiento institucional y los semilleros en algunas sedes.

La implementación de esta práctica busca fortalecer los equipos de mejoramiento por medio del acompañamiento en las diferentes mesas de trabajo de acuerdo a los estándares del SUA y la capacitación a los equipos, de igual forma que identifican colaboradores los cuales poseen condiciones de liderazgo y comunicación asertiva en los equipos dentro de las mismas unidades con el fin que se conviertan en multiplicadores del mejoramiento.

Monitoreo a Oportunidades de mejora y planes de mejoramiento.

Los líderes de las diferentes zonas realizan de manera continua seguimiento a las oportunidades de mejora y planes de gestión de las mesas con el fin de garantizar los cierres de ciclos e implementar las mejoras de tal manera que se conviertan en cultura de los procesos.

Paciente Trazador: *Mediante la aplicación de esta herramienta se busca medir el grado de apropiación de los procesos hospitalarios y ambulatorios con los estándares de acreditación y su cumplimiento el cual se refleja en el paciente durante el proceso de atención. Para el último trimestre del 2021 fueron realizados por el sub proceso de acreditación un total de 69 ejercicios con un porcentaje de cumplimiento del 85% al 99., considerado como nivel óptimo.*

Entrevista al usuario y su Familia: *desde el sub proceso se realiza entrevista al usuario y/o familia, con el fin de identificar en el usuario la percepción de la atención centrada en él y la información y educación dada de su patología, al igual que su satisfacción con el servicio brindado de acuerdo a los estándares de acreditación e identificar oportunidades de mejora con el fin de impactar en la satisfacción. Durante el cuarto trimestre del 2021 fueron realizadas 75 entrevistas a paciente y su familia*

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

con un porcentaje de cumplimiento de rangos del 65% al 99%. con un estándar del 85%.

Ejecución de Convenios interadministrativos con FFDS.

El objeto del convenio es aunar esfuerzos administrativos, técnicos y financieros para el mantenimiento de Sistema único de habilitación y en las unidades de servicios de salud, acreditados avanzando en el proceso de postulación para la acreditación. Según los lineamientos del Ministerio de salud y protección social en las sub redes integrada de servicios de salud sur occidente. El último convenio que se realizo fue en la vigencia 2021, a 2022 fue suscrito por un valor \$ 2.290.733.359 millones de pesos con un plazo de ejecución de 16 meses iniciando en el mes de Septiembre del 2021, a la fecha fue ejecutado el primer desembolso en el mes de Noviembre 2021 por valor 573 millones de pesos.

Seguimiento a indicadores de calidad en las diferentes sedes con los líderes.

Desde acreditación y como parte del mejoramiento se estableció la revisión de los indicadores de cada una de las unidades en forma periódica, en conjunto con el líder de la unidad con el fin de implementar estrategias que mejoren el desempeño de aquellos que se encuentran por fuera de las metas establecidas por la sub red, a la vez que se empodera al líder en el seguimiento y control de los procesos dentro de su unidad.

Equipos de las zonas.

Cada líder de acreditación tiene como función el liderar los equipos de calidad en la zona el cual está conformado por un representante de los sub procesos de infecciones, seguridad del paciente, humanización, Pamec y habilitación integrando de esta forma los estándares del sistema único de acreditación y habilitación con el fin de identificar oportunidades de mejora e impactar en la mejora continua.

Indicadores del Subproceso:

Porcentaje de unidades acreditadas

La Subred cuenta con el 44,18% de las unidades (19 Unidades de las 43) que conforman la subred de Servicios de Salud reconocidas por el ICONTEC con Altos estándares de Calidad, distribuidas de la siguiente manera:

- El 18,6% (8) sedes de la Unidad de Fontibón, alcanzado su primer ciclo de acreditación.
- El 25,5% Once (11) sedes de la Unidad de Pablo VI Bosa, manteniendo su cuarto ciclo de acreditación.
- Actualmente se encuentra próximos a visita de seguimiento las unidades de Fontibón con la postulación de la unidad Tintal. De igual forma que se

programó Autoevaluación a nivel de la sub red para ejecutarse en el primer trimestre 2022.

Porcentaje de cumplimiento del plan estratégico de acreditación Y plan de intensificación para nuevas unidades

Resultado de cumplimiento Planes de mejoramiento acreditación.2019 a octubre 2021.

Nombre del indicador	Cumplimiento 2019	Cumplimiento 2020	Cumplimiento 2021	Meta institucional
Porcentaje de cumplimiento al plan estratégico de Acreditación	NA	94%	96%	90%

Fuente: Plataforma Institucional de información Almera

Porcentaje de cumplimiento de los planes de mejoramiento.

Nombre del indicador	Cumplimiento 2019	Cumplimiento 2020	Cumplimiento 2021	Meta institucional
Porcentaje de Monitoreo de los planes de mejora registrados en ALMERA Subred Sur Occidente ESE	88%	93%	92.44	95%

Fuente: Plataforma Institucional de información Armera

Resultados de autoevaluación del SUA Sub Red.

UNIDAD	2017	2018	2019	2020
PABLO VI BOSA	3,4	3,46	3,6	3,6
FONTIBON	3,1		3,4	3,5
TINTAL				3.0
BOSA				2.8
UNIDADES SUR				2.8
SUB RED	1.2	2.69	3.2	3,4

Fuente: Informes de autoevaluación sub red

Resultados de autoevaluación por grupo de estándares. Sub Red.

GRUPOS DE ESTÁNDARES	INFORME DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES IPS HOSPITALARIAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE					
	2015 PABLO VI	2017 FONTIBO N	2017 PABLO VI	2018 PABLO VI	2019 PABLO VI	2020 SUBRED
TOTAL DE ESTANDARES ASISTENCIALES	3,9	3,3	3,7		3,6	3,2
TOTAL ESTANDARES DE APOYO	3,9	2,9	2,8	3,3	3,7	3,4
» DIRECCIONAMIENTO	4	3	1,9		3,9	3,7
» GERENCIA	4	3	1,8		3,8	3,6
» TALENTO HUMANO	3,9	2,8	2,2		3,6	3,6
» AMBIENTE FISICO	3,7	2,8	3,5		3,7	3,2
» GESTION DE LA TECNOLOGIA	3,6	2,7	3,6		3,6	3,1
» GERENCIA DE LA INFORMACION	3,9	2,9	3,6		3,4	3,4
ESTANDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3,9	3,1	3,7	3,46	3,6	3,6
TOTAL GRUPOS DE ESTANDARES	3,9	3,1	3,4	3,3	3,6	3,4

fuelle : Autoevaluación estándares acreditación

Resultados de evaluaciones del ICONTEC. Por unidades acreditadas.

UNIDAD	2018	2019	2021
PABLO VI BOSA	3,4	3,5	3,53
FONTIBON	3,1		3,2

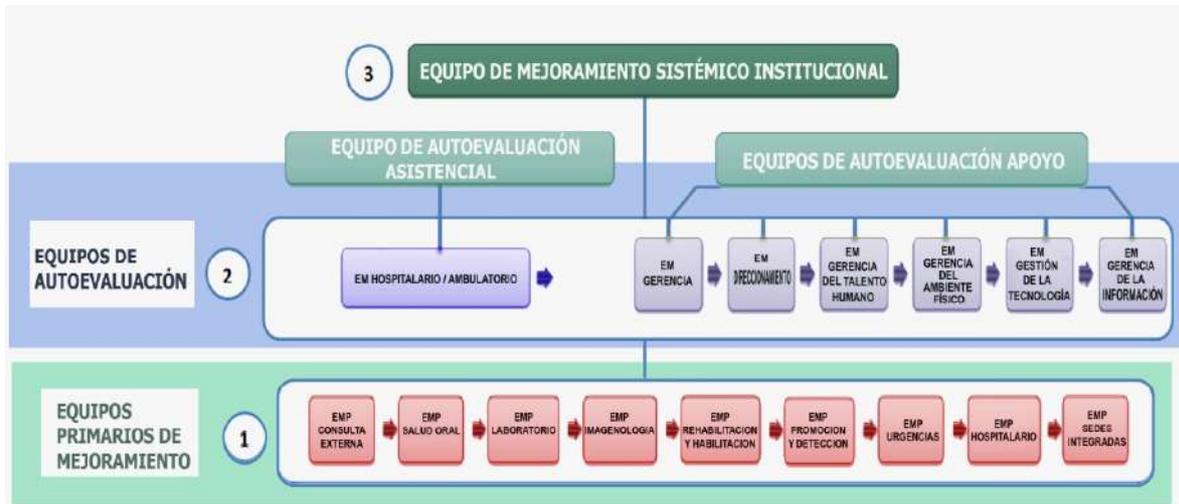
Fuente Informes Icontec

Estructura de los equipos de mejoramiento

Con el fin de favorecer el mantenimiento mejoramiento continuo y la permeabilización de la mejora en los diferentes procesos y unidades, la Subred desde marzo de 2017 inició la implementación de los equipos de mejoramiento continuo en sus tres (3) niveles, posibilitando la destinación de los recursos tanto técnicos como humanos para su desarrollo y facilitando a su vez la interacción de la alta dirección con las personas de las unidades de servicios de salud.

A continuación, se presenta estructura de equipos de mejoramiento;

Ilustración. Estructura de los equipos de mejoramiento institucional:



Fuente. Oficina de Gestión de la Calidad y mejoramiento continuo

Estos equipos se reúnen con periodicidad mensual para el avance de la gestión a partir del último trimestre de 2017, dejando constancia de reuniones en actas en el sistema Almera.

Equipos primarios de mejoramiento: Encargados de operativizar la mejora de los estándares del Cliente Asistencial, actualmente se cuenta con nueve (9) equipos primarios: Promoción y Detección temprana de alteraciones de la salud, Hospitalario, Urgencias, Habilitación y Rehabilitación, Salud Oral, Consulta Externa, Laboratorio, Imágenes Diagnósticas y Sedes Integradas en Red.

Equipos de autoevaluación y mejora: Encargados de autoevaluar los estándares e impartir directrices para la implementación de los estándares. Conformados por el Equipo de Autoevaluación del Cliente Asistencial (Hospitalario y Ambulatorio), así como los equipos de Apoyo integrados por Direccionamiento, Gerencia, Gerencia de la Información, Gerencia del Ambiente Físico, Gerencia del Talento Humano, Gerencia de la Información y Gestión de la Tecnología.

Equipo de Mejoramiento Sistémico Institucional: El cual integra de forma sistémica las diferentes áreas y procesos de la institución, propendiendo por que el mejoramiento se transforme en cultura de calidad en la organización. Liderado por la Gerencia e integrado por la Subgerencia de Servicios Complementarios, la Subgerencia Corporativa y los líderes de Desarrollo Institucional, Calidad, Gestión del Conocimiento, Sistema de Información TICS, Dirección de Talento Humano y Dirección Administrativa.

Para el último trimestre del 2020 se fortalecieron los equipos de mejoramiento asistencial liderado por el subgerente asistencial y el equipo de mejora administrativo liderado por el subgerente corporativo.

Adicionalmente en el 2020 se establecieron los equipos de mejoramiento en la unidad Tintal (equipo semillero) de hospitalización y ambulatorios, los cual está conformado por líderes y personal de los procesos con el fin de fortalecer la gestión con miras al proceso de acreditación de esta sede.

De igual forma para el segundo semestre del 2021 se realizó la construcción e implementación de los equipos primarios para el hospital de Kennedy en los procesos de, Unidad de cuidados intensivos, cirugía y urgencias. Y laboratorio clínico.

Herramientas para la gestión de la mejora.

A nivel institucional se cuenta con tres herramientas para la mejora institucional: la autoevaluación, los planes de mejoramiento que se dividen en planes institucionales, planes de proceso y planes individuales, y la referenciación comparativa / competitiva.

Autoevaluación:

La autoevaluación es la herramienta definida por la Subred para evaluar la implementación de los estándares del cliente asistencial y de apoyo del Manual de Estándares de Acreditación. Esta autoevaluación se realiza de forma anual como subred y se monitorea a partir del cumplimiento del indicador de *“mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior”* dando como resultado En la vigencia 2017 de 1,2, para la vigencia 2018 se obtuvo resultado de 2,69 y para la vigencia 2019 del 3,2, alcanzando la meta establecida para la vigencia, cumplimiento el indicador en el 100%, e incrementando anualmente el 20% definido en la meta. La autoevaluación del 2020 se realizará en febrero del 2021, esta última se realizará a través del aplicativo ALMERA. Con un resultado de 3.4 sobre 5.0 con un aumento de dos puntos en relación con el periodo anterior. Para el 2022 se planteo nueva autoevaluación a realizar en el primer trimestre a nivel sub red.

Planes de mejoramiento.

Los planes de mejoramiento son la metodología para identificar, priorizar y abordar efectivamente las oportunidades de mejora que se formulan en cada uno de los procesos institucionales, a partir de las diferentes auditorías internas y externas que se realizan a nivel de la Subred, incluidas las auditorías de ICONTEC y autoevaluación, análisis de eventos adversos y eventos de interés en Salud Pública.

La Subred cuenta con un sistema de información ALMERA en el que reposan todos los planes de mejoramiento identificados y formulados por las diferentes fuentes. Dentro de este sistema de información los líderes diligencian la ejecución de cada

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

una de las acciones de mejoramiento adjuntado los soportes necesarios que den respuesta a la misma.

El seguimiento a los planes de mejora se realiza desde el autocontrol que corresponde a los líderes de la mesa de mejoramiento, posteriormente se realiza el seguimiento de segundo orden a los planes desde la oficina de calidad en donde se verifica el estado de avance, soportes y cumplimiento de los mismos.

Por último, se hace una verificación de toda la oportunidad de mejora en donde se revisa cuatro aspectos

- a) Las acciones de mejoramiento establecidas que operativizan las oportunidades de mejora deberán cumplir con un resultado igual o mayor al 95%.
- b) Indicador de impacto
- c) Determinar factor de éxito o impacto.
- d) La no presencia de Reincidencia por la misma causa

Estos resultados son presentados de forma periódica en el comité de Gestión y Desempeño Institucional, en donde se dan a conocer las oportunidades y acciones de mejoramiento de cada Plan, describiendo el número de acciones cumplidas y las que se encuentran sin ningún grado de avance y vencidas.

A continuación, se presenta el cumplimiento de los planes de mejoramiento desde la vigencia 2018 a 2021.

Con relación a los planes de mejoramiento de las diferentes fuentes, son monitoreados por cada uno de los procesos, a los cuales también se les ha realizado acompañamiento en la formulación y seguimiento desde la oficina de calidad, como se observa en la siguiente tabla

EMISOR	2018	2019	2020	2021
Archivo Distrital			↑ 99,11	
Auditoría Interna - Autocontrol	↑ 99,54	↑ 99,33	↑ 100,00	↓ 78,57
Auditoría Interna - PAMEC	↑ 100,00	↑ 100,00	↑ 100,00	→ 94,23
Autoevaluación			↑ 99,27	→ 91,68
Capital Salud EPS	↑ 97,37	↑ 99,59	↑ 95,48	→ 90,24
COMFACUNDI			↑ 100,00	
Contraloría de Bogotá	↑ 99,59	↑ 100,00	↑ 99,56	
Control Interno	↑ 99,10	↑ 97,41	→ 93,11	↓ 69,51
EPS SANITAS				↓ 62,45
Fondo Financiero Distrital de Salud		↑ 100,00		
ICONTEC	↑ 95,46	↑ 99,29		→ 90,54
INVIMA		↑ 99,78		
Linde Colombia - Gases medicinales		↑ 100,00		
Personería	↑ 99,67	↑ 98,56		
Revisoría Fiscal	↑ 99,98	↑ 96,89	↑ 97,88	→ 92,45
Secretaría Distrital de Ambiente		↑ 99,95		
Secretaría Distrital de Movilidad		↑ 99,52		
Secretaría Distrital de Salud	↑ 99,97	↑ 98,49	↑ 100,00	→ 89,89
Seguridad del paciente	→ 86,15	→ 89,27	↑ 98,72	↑ 95,52
Superintendencia Nacional de Salud	↑ 99,30	↓ -	↑ 100,00	
Unidad de análisis			↑ 99,97	↑ 98,94
Veeduría Distrital	↑ 100,00	↓ -	↑ 100,00	→ 90,91
Vigilancia en Salud Pública Institucional		↑ 100,00		
TOTAL	↑ 98,01	→ 87,67	↑ 98,79	→ 87,08

En la siguiente tabla se presenta los resultados de cumplimiento a planes de mejora por procesos desde el año 2018 a 2021.

PROCESO	2018	2019	2020	2021
Control interno	↑ 100,00		↑ 100,00	
Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional	↑ 98,72	↑ 99,72	↑ 99,26	↓ 80,86
Gestión Clínica Ambulatoria	↑ 99,90	↑ 99,42	↑ 96,98	→ 86,23
Gestión Clínica de Urgencias	↑ 99,98	↑ 100,00	↑ 100,00	↑ 99,98
Gestión Clínica Hospitalaria	↑ 97,33	↑ 99,99	↑ 99,99	→ 91,39
Gestión de comunicaciones	↑ 96,50	↑ 100,00	↑ 100,00	↑ 100,00
Gestión de contratación	↑ 100,00	↑ 100,00	↑ 100,00	↓ -
Gestión de la Calidad y Mejoramiento continuo	→ 87,42	↑ 96,94	↑ 99,47	↑ 95,51
Gestión de Servicios Complementarios	↑ 99,41	↑ 98,24	↑ 99,30	↑ 95,82
Gestión de TICS	↑ 98,76	↑ 96,97	→ 94,85	→ 89,81
Gestión del Ambiente Físico	↑ 98,77	↑ 98,64	→ 91,41	↓ 78,74
Gestión del Conocimiento	↑ 100,00	↑ 99,55	↑ 100,00	↓ 77,74
Gestión del Riesgo en Salud	↑ 99,97	↑ 99,32	↑ 99,62	↑ 97,82
Gestión del Talento Humano	↑ 98,52	↑ 98,83	↑ 97,98	↑ 98,71
Gestión Financiera	↑ 99,75	↑ 100,00	↑ 99,97	↑ 96,40
Gestión jurídica	↑ 95,00	↑ 100,00	↓ -	↓ -
Participación comunitaria y servicio al ciudadano	↑ 100,00	↑ 100,00	↑ 99,37	→ 85,24

Cumplimiento a Planes de mejora por las diferentes mesas de mejoramiento del sistema único de acreditación 20218 a 2021

MESAS DE MEJORA	2018	2019	2020	2021
Plan de mejora de Estándares de mejoramiento sistémico	↓ 55,93	↑ 98,86		↓ 81,30
Plan de mejora Eje de Gestión del riesgo				→ 92,71
Plan de mejora Eje de Humanización de la atención	↑ 100,00			↑ 98,66
Plan de mejora Eje de Responsabilidad Social Empresarial				↑ 100,00
Plan de mejora Eje Gestión clínica excelente y segura				↑ 97,96
Plan de mejora estándares de Direccionamiento	↑ 98,70	↑ 99,79		↓ 84,94
Plan de mejora estándares de Gerencia	↑ 96,54	↑ 99,55		→ 88,38
Plan de mejora Mesa de Gerencia de la Información	↑ 97,69	↑ 99,77		↓ 79,69
Plan de mejora Mesa de Gerencia del ambiente físico	↑ 99,60	↑ 99,91		→ 90,98
Plan de mejora Mesa de gestión de la tecnología	↑ 98,28	↑ 98,77		→ 90,27
Plan de mejora Mesa de PYD	↑ 100,00	↑ 99,98		↑ 99,38
Plan de mejora Mesa de Talento humano	↑ 98,81	↑ 98,68		→ 89,58
Plan de mejora Mesa de Urgencias	↑ 97,87	↑ 100,00		↑ 99,86
Plan de mejora Mesa Hospitalaria	↑ 99,62	↑ 99,87		→ 90,75
Plan de mejora Mesa primaria Consulta Externa	↑ 98,26	↑ 99,48		→ 88,01
Plan de mejora Mesa primaria Imagenología	↑ 99,64	↑ 98,62		→ 89,66
Plan de mejora Mesa primaria Laboratorio clínico	↑ 98,94	↑ 99,67		↑ 99,28
Plan de mejora Mesa primaria Rehabilitación	↑ 100,00	↑ 98,95		→ 94,44
Plan de mejora Mesa primaria Salud Oral	↑ 100,00	↑ 100,00		↑ 100,00
Plan de mejora Sedes Integradas en Red		↑ 95,74		→ 89,05
Plan de mejoramiento equipo primario autoevaluación USS Tintal				↑ 96,28
TOTAL	↑ 96,24	↑ 99,23		→ 92,44

Fuente. Oficina de Gestión de la Calidad y mejoramiento continuo - Almera

El cuadro anterior muestra el monitoreo del cierre de ciclos de las oportunidades de mejora para las vigencias 2018 a 2021, teniendo como criterios el cumplimiento del 100% de las acciones definidas y el cumplimiento del indicador definido.

El cierre de ciclos de la mejora institucional vigencia 2018 fue del 96%, 2018 cierre 96.91%, 2019 cierre 99.3%, en 2020 no se realiza autoevaluación y las acciones producto de visita del ente se iniciaron en el 2021. Las acciones identificadas por los procesos presentaron cumplimiento del 99.33%. 2021 las oportunidades de mejora con corte a 31 de Diciembre presentaron un avance del 92.44%

Para el cierre de ciclos en octubre de 2021 se definió en el manual de la mejora Institucional 02-03-MA-0001 los siguientes aspectos:

- Las acciones de mejoramiento establecidas que operativizan las oportunidades de mejora deberán cumplir con un resultado igual o mayor al 95%.
- Indicador de impacto
- Determinar factor de éxito o impacto.
- La No reincidencia

Referenciación comparativa / competitiva.

Es una herramienta de medición del desempeño que permite el análisis comparativo de instituciones nacionales e internacionales, con el fin de implementar las mejores prácticas para el desempeño de la calidad esperada en una organización.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente; cuenta con el procedimiento de referenciación 02-03-PR-0006(referenciación de las Redes Integradas de Servicios de Salud con otras entidades y/o Unidades), cuyo objetivo es Adoptar y adaptar información útil para la gestión de la Subred, mediante las visitas realizadas a otras entidades y/o Servicios; identificando las mejores prácticas de referentes internos y externos. Adicionalmente se cuenta con el formatos 02-03-FO-0006 Identificación de Necesidades de referenciación, 02-03-FO-0020 Planeación para referenciación, 02-03-FO-0005 Ejecución de la referenciación, plan de acción de referenciación; los cuales se encuentran documentados y soportados en el software de gestión de calidad ALMERA desde Enero de 2021; gestionados de acuerdo a la referenciación que se hayan realizado.

Producto del ejercicio de referenciación la Subred durante las vigencias 2017 y 2018, realizo nueve referenciaciones internas con los antiguos hospitales que habían trabajado en procesos de Acreditación (Pablo VI y Fontibón) y que hoy forman parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

Para el 2018 se solicitaron 12 referenciaciones a instituciones externas y se realizaron 5 referenciaciones, en el 2019 realizo 16 solicitudes de las cuales 11 fueron llevadas a feliz término. Por otro lado, la Subred fue referenciada por 14 instituciones durante la vigencia 2019 con un resultado de satisfacción del 4.9.

Durante el 2020 se realizaron 14 solicitudes a diferentes instituciones de las cuales se materializaron 8; como producto de estas se incorporaron en la Sud red 7 prácticas exitosas.

Durante la vigencia 2021; fueron realizadas 44 solicitudes de referenciación a otras instituciones y fueron llevadas a cabo 21 referenciaciones; de las referenciaciones realizadas se generaron 12 planes de acción de referenciación que se encuentran en curso de ejecución; con un avance al corte 31 de diciembre de 2021 del 95% Los planes de acción de referenciación que se encuentran en ejecución vigencia 2021 son:

1. Referenciación en presentación oportuna de la información normativa a la Supersalud (100% ejecución)
2. Referenciación programa de hemovigilancia (96.3% ejecución)
3. Referenciación en gestión del riesgo desde el servicio de hospitalización (90% ejecución)
4. Referenciación factor de éxito del eje de humanización frente al colaborador y usuarios en tiempos de pandemia (100% ejecución)
5. Referenciación en servicio de patología (93% ejecución)
6. Referenciación en identificación de necesidades de educación al usuario y su familia durante el ciclo de atención hospitalaria (95% ejecución)
7. Referenciación en Gestión del evento adverso y resarcimiento (100% ejecución)
8. Referenciación en competencias docentes de hospital universitario (90% ejecución)

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

9. Referenciación en articulación del programa de reactivovigilancia y POCT (100% ejecución)
10. Referenciación en laboratorio clínico (100% ejecución)
11. Referenciación frente al eje de responsabilidad social
12. Referenciación en identificar las mejores prácticas para facilitar el derecho a acceder a una segunda opinión (100% ejecución)
13. Referenciación en rehabilitación

Como experiencias exitosas en el marco del proceso de mejoramiento continuo, En el 2021; la fundación Guayacanes; otorga a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, tras superar una exigente metodología de evaluación que contiene elementos diferenciadores e innovadores; el Top Bench excelencia de la gestión en la categoría oro; a la mejor experiencia de humanización en tiempos de pandemia.

De otras instituciones en el 2021; se han referenciado con la Subred 11 instituciones; a nivel nacional; en temas relacionados a:

- Implementación del aplicativo ALMERA (indicadores – gestión del conocimiento – implementación del software)
- Encuesta de cultura de humanización
- Proceso financiero y contable
- Laboratorio clínico
- Saneamiento y control de plagas (expedición del certificado)
- Intervención de trabajo social ante las estancias largas y abandono de pacientes
- Sistemas de información TICS

Logros Sistema Único de Acreditación:

- Se continúa con las 19 unidades acreditadas de la Subred.
- Se estableció durante el último cuatrimestre del 2020 un plan estratégico de acreditación que contempla 19 acciones y 50 actividades con un cumplimiento para la vigencia 2021 del 96%.
- Acompañamiento continuo de facilitadores de acreditación en las 43 sedes de la subred.
- Acompañamiento y seguimiento de los equipos de mejora a los planes de mejora, contribuye al buen desarrollo de los estándares superiores de calidad.
- Se estructuro formatos de autoevaluación del SUA en ALMERA para facilitar el proceso a los equipos de mejoramiento.
- Se estructuro en ALMERA el proceso de referenciación en cuanto a planes de acción
- Contar con trazabilidad de las acciones de mejoramiento consolidadas en el aplicativo del sistema de información ALMERA, igualmente facilita el seguimiento y consulta por cada uno de los líderes y participantes de los equipos de mejora.
- Consolidar los indicadores institucionales en el aplicativo del sistema de información ALMERA que permite la consulta desde cualquier unidad de servicio de salud.
- Consolidación e implementación de los planes de mejoramiento ICONTEC por Subred en las diferentes unidades.
- Fortalecer el trabajo en equipo en las unidades.

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Mejorar la seguridad en los procesos.
- Aumento en la cultura de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Fortalecer la comunicación entre los procesos.
- Postular actualmente una nueva sede (USS Tintal) al proceso de acreditación.

Dificultades Sistema de Único de Acreditación

- Falta de continuidad en los procesos debido a la alta rotación de personal.
- A pesar de los avances en la consolidación de los sistemas de información y la generación de indicadores, la consolidación y análisis en los resultados de estos todavía presenta brechas significativas.
- Dificultad en la participación de los líderes y personal de los procesos asistenciales unidades para la conformación y compromiso con los grupos de mejoramiento.
- Lograr empoderar a todos los colaboradores de la Sub red con el proceso de acreditación y la mejora continua.
- Consolidación de un modelo de cultura a nivel de la sub red.

RETOS

Sistema Único de Acreditación.

Unificar los ciclos de acreditación a nivel de la sub red

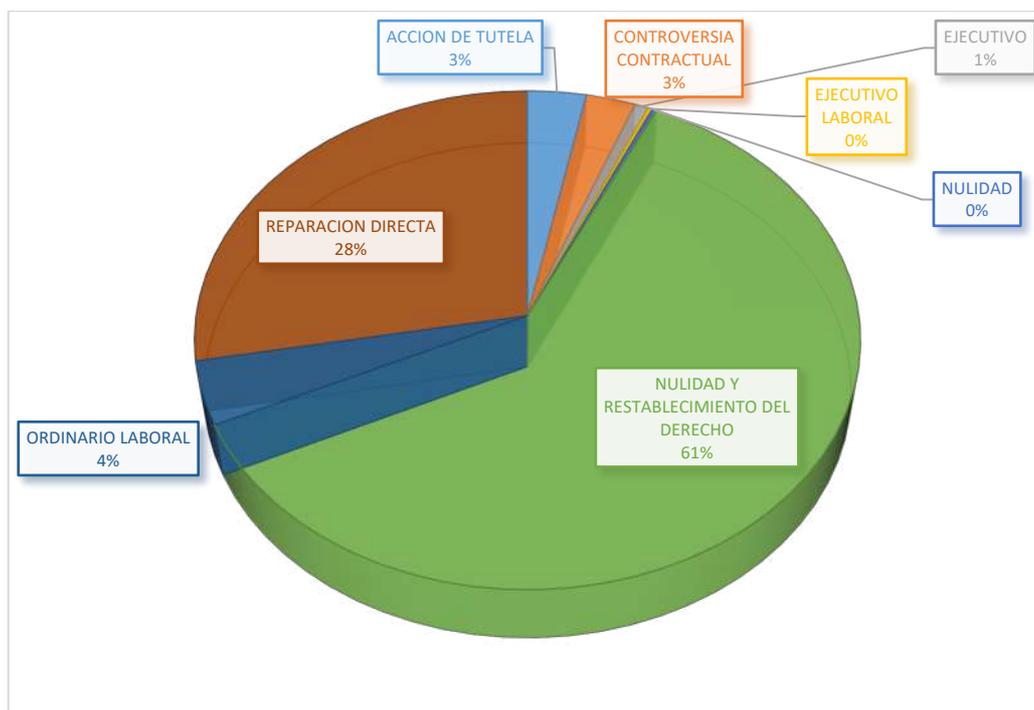
- Avanzar en los procesos de certificación de las unidades de servicios de salud cumpliendo con los estándares superiores de calidad.
Unificar los ciclos de acreditación a nivel de la sub red.
- Continuar en el mantenimiento de la acreditación de las unidades de Pablo VI Bosa y Fontibón con un eje fortalecido en el desarrollo de acciones y estrategias que le aportan al logro de la cultura institucional.
- Implementar nuevas estrategias que permitan optimizar actividades de los procesos en Almera.
- Fortalecer la transformación cultural en la Sub red sur occidente.
- Avanzar en la implementación de un modelo de gestión clínica.
- Fortalecer los equipos primarios en las unidades garantizando el empoderamiento de los líderes de los procesos con el SUA.
- Garantizar que la cultura de la acreditación permee en todos los servicios y procesos de la Sub red.
- Fortalecer el modelo de gobierno del dato.
- Impactar en la consolidación de un modelo de responsabilidad social sostenible desde el punto de vista social, económico y medio ambiental.
- Lograr la acreditación de las unidades Tintal y posteriormente Kennedy, como un primer requisito para certificación como hospital universitario

3.3 GESTIÓN JURÍDICA

3.3.1 SUBPROCESO 1 – DEFENSA JUDICIAL.

Actualmente la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, registra cuatrocientos dieciséis (416) procesos judiciales activos, con un total aproximado del valor de las pretensiones por \$236.264.207.250. discriminados de la siguiente manera:

MEDIO DE CONTROL	TOTAL PROCESOS	PENDIENTES DE FALLO	PRIMERA INSTANCIA		SEGUNDA INSTANCIA	
			FAVORABLE	DESFAVORABLE	FAVORABLE	DESFAVORABLE
ACCIÓN DE TUTELA	13	4	4	2	2	1
CONTROVERSIA CONTRACTUAL	11	8	2	0	1	0
EJECUTIVO	3	1	2	0	0	0
EJECUTIVO LABORAL	1	1	0	0	0	0
NULIDAD	1	1	0	0	0	0
NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO	254	240	14	0	0	0
ORDINARIO LABORAL	17	14	1	0	2	0
REPARACIÓN DIRECTA	116	91	21	3	1	0
TOTAL	416	360	44	5	6	1

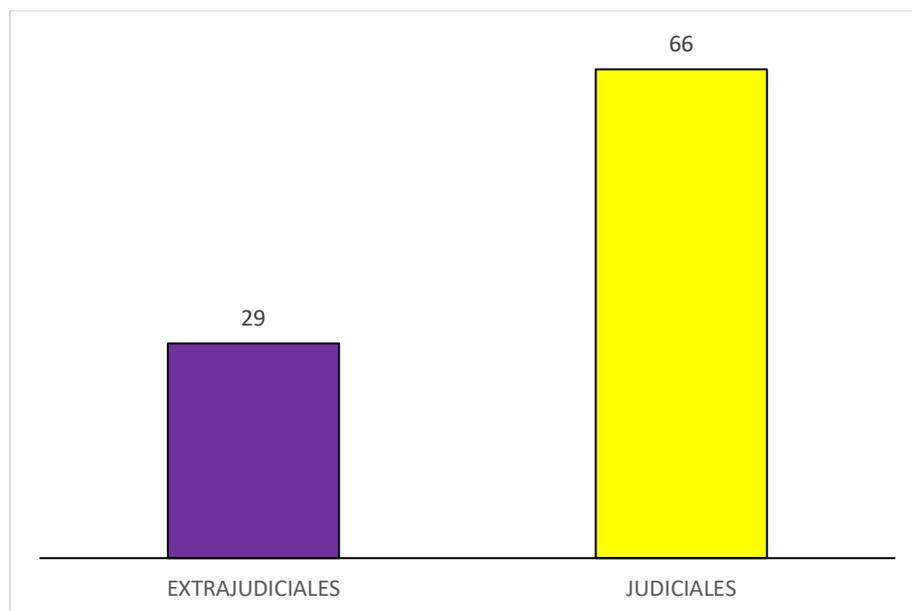


Es pertinente aclarar que la presente información se registra a partir del registro contable o reporte contingente a corte de 31 diciembre de 2021, de conformidad al Sistema Siproj Web de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

- **CONCILIACIONES EXTRAJUDICIALES Y JUDICIALES**

Durante la vigencia 2021, la Oficina Asesora Jurídica como Secretaria Técnica del Comité de Conciliación realizó 21 reuniones en donde fueron estudiados y analizados 95 solicitudes de conciliación así:

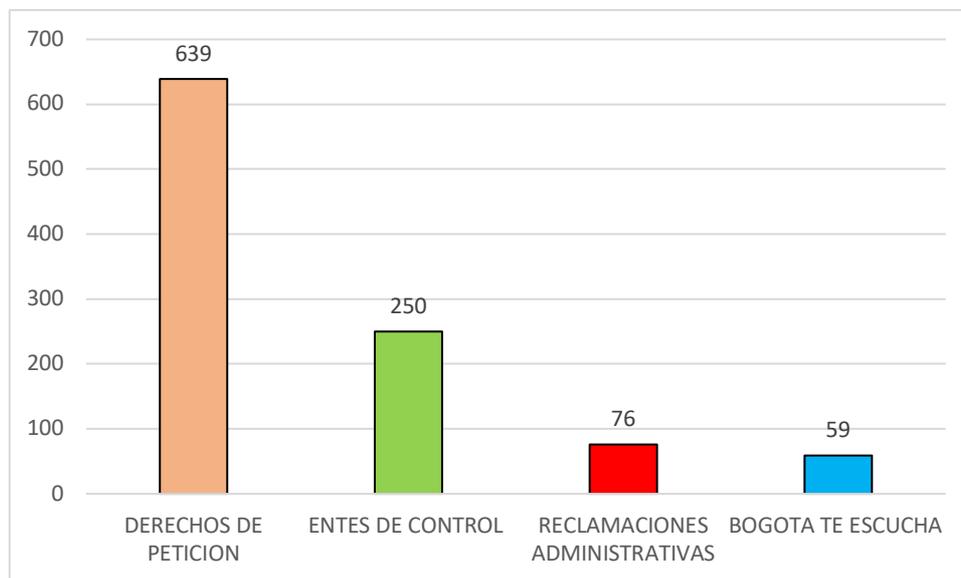
TIPO DE CONCILIACIÓN	TOTAL
EXTRAJUDICIALES	29
JUDICIALES	66
TOTAL	95



DERECHOS DE PETICIÓN.

Para el periodo 2021 la Oficina Asesora Jurídica atendió en oportunidad mil veinticuatro (1.024) derechos de petición, de los cuales hacen parte requerimientos de juzgados, reclamaciones administrativas, requerimientos de entes de control, solicitudes de historias clínicas y reclamaciones administrativas, entre otras causas, así:

DERECHOS DE PETICIÓN	TOTAL
DERECHOS DE PETICIÓN	639
ENTES DE CONTROL	250
RECLAMACIONES ADMINISTRATIVAS	76
BOGOTÁ TE ESCUCHA	59
TOTAL	1024



• ACCIONES DE TUTELA

Durante la vigencia 2021, se recibieron un total de 308 acciones de tutela, de los cuales doscientas sesenta y siete (267) cuentan con fallos favorables para la entidad y veintiséis (26) con fallos desfavorables, actualmente se encuentra pendiente de notificación quince (15) fallos de tutela en donde no hemos sido notificados por parte del Juzgado, aun cuando ya se ha escrito a los Despachos Judiciales solicitándolos, sin que se tenga respuesta.

Por otra parte, los motivos de las acciones de tutela corresponden a causas administrativas por no contestación a derechos de petición y la causa " Otros" es por situaciones en las q no tiene competencia la Entidad, sin embargo, nos vinculan para esclarecer o confirmar hechos, por ejemplo: Ayudas alimentarias por COVID, restablecimiento de derechos a menores, reintegros laborales cuando el despido del accionante fue presuntamente por su estado de salud.

CAUSA	ADMINISTRATIVO	CITA MEDICAS	INSUMOS	MEDICAMENTOS	PROCEDIMIENTOS	TRASLADO A OTRA UNIDAD	TRATAMIENTO INTEGRAL	OTROS	TOTAL
No. TOTAL	36	78	4	25	67	10	36	52	308
PORCENTAJE	11,7	25,3	1,3	8,1	21,8	3,2	11,7	16,9	100%



3.3.2 SUBPROCESO II – COBRO COACTIVO.

Sea lo primero señalar que el subproceso de Cobro Coactivo a cargo de la Oficina Asesora Jurídica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, además de cursar los procesos de cobro forzoso, realiza otras actividades de carácter institucional relevantes para el correcto funcionamiento de la Institución; es así como, también, resuelve consultas de elevadas por la Dirección Financiera, elabora conceptos jurídicos, representa a la institución en proceso liquidatorios de EPS, entre otros.

TRÁMITE PROCESAL COBRO COACTIVO

A continuación, se abordarán los expedientes que, por disposición de la Superintendencia Nacional de Salud, tuvieron que ser suspendidos debido a que la Empresa Promotora de Salud, fue objeto de intervención administrativa. Acto seguido, se informarán aquellos que presentaron novedades en los saldos por cobrar por pago parcial o aplicación de títulos. Finalizaremos con los procesos que requieren precisiones por parte de la Dirección Financiera, en cuanto a los saldos por cobrar al deudor.

EXPEDIENTES ACTIVOS COBRO COACTIVO

Número de Proceso	EPS Deudora	Monto de la Medida Cautelar Aplicada. Artículo 838 del Estatuto Tributario	Saldo pendiente por cobrar a la EPS deudora.
003-2013	ESCUELA CEDEP	\$154,670,166	\$22,889,887
001-2017	COOMEVA EPS	\$898,148,566	\$84,402,104
001-2018	COOMEVA EPS	\$1,301,079,842	\$143,304,830
002-2018	FONDO FINANCIERO DISTRITAL	\$10,507,507	POR DETERMINAR
006-2019	COOMEVA EPS	\$1,329,194,128	\$131.154,106
032-2019	CONVIDA EPS	\$2,365.350.311	NOVEDAD
016-2019	CONVIDA EPS	\$1,405,254,551	NOVEDAD
033-2019	COOSALUD EPS	\$730,672,869	\$190,409,214

• **PROCESOS SUSPENDIDOS POR ORDEN DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.**

- **DEUDOR:** COOMEVA EPS - NIT 805.000.427-1
- PROCESOS SUSPENDIDOS:** 001-2017, 006-2019, 006-2019.

Mediante Resolución 006045 de 2021 expedida por el Superintendente Nacional de Salud se “ordena la toma de posesión inmediata de bienes, haberes y negocios de COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A., identificada con NIT 805.000.427-1”, el Despacho procedió a dar cumplimiento a lo previsto en el literal d) del artículo 9.1.1.1.1 del Decreto 2555 de 2010 que reza “La comunicación a los jueces de la República y a las autoridades que adelanten procesos de jurisdicción coactiva, sobre la suspensión de los procesos de la ejecución en curso y la imposibilidad de admitir nuevos procesos de esta clase contra la entidad objeto de toma de posesión con ocasión de obligaciones anteriores a dicha medida, y la obligación de dar aplicación a las reglas previstas por los artículos 20 y 70 de la Ley 1116 de 2006”. Ahora bien, con Resolución No. 20215100013230- 6 de 2021, se dispuso en su artículo primero “...la intervención forzosa administrativa para administrar de COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A., identificada con NIT 805.000.427-1, por el término de un (1) año, es decir, desde el 27 de septiembre de 2021 hasta el 27 de septiembre de 2022, por las razones expuestas en la parte motiva de la presente resolución...” Lo anterior para significar que, durante el término de intervención, no se podrán realizar actuaciones procesales, dentro de los procesos de cobro coactivo.

- **PROCESOS DE COBRO COACTIVO QUE PRESENTAN NOVEDADES EN LOS SALDOS POR COBRAR**

- **DEUDOR:** ESCUELA DE PROGRAMAS TÉCNICOS – CEDEP con NIT No. 830.196.939-1- SUKUANI S.A.S. con NIT No. 900.210.532-2
CUANTÍA ACTUALIZADA: \$77.990.186
ESTADO: AUTO QUE ORDENA SEGUIR ADELANTE LA EJECUCIÓN

Como consecuencia de la información remitida por la Dirección Financiera de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, mediante Auto No. 010 de 2021, se ordenó el reajuste de las medidas cautelares, fijándose en \$77.990.186. Se dispuso la investigación de bienes para proceder a embargo.

- **DEUDOR:** FONDO FINANCIERO DISTRITAL
CUANTÍA: \$10, 507,507 sin actualizar
ESTADO: REVOCATORIA DEL ACTO

En el presente caso, debe revocarse el auto que resolvió las excepciones propuestas contra el mandamiento de pago dictado, debido a que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, vulneró el debido proceso y derecho de defensa del deudor, ya que rechazó las excepciones bajo el argumento que aquellas habían sido presentadas por la Directora Jurídica de la Secretaría Distrital de Salud y no por el abogado mandatario, quien para el época de los hechos fue designado apoderado por parte del Secretario de Salud. Vale la pena recordar que la Dirección Jurídica de la citada entidad, tiene a cargo la representación judicial del ente público, por lo que no existía razón para no considerar las excepciones contra el mandamiento de pago.

- **PROCESO QUE PRESENTAN NOVEDADES EN LOS SALDOS POR COBRAR – ACLARACIÓN DE LA DIRECCIÓN FINANCIERA**

- **DEUDOR:** CONVIDA EPS No. 8999999107-9
PROCESOS No.: 016 – 2019 / 032 - 2019
CUANTÍA: POR DETERMINAR

Mediante Autos 011 (032 - 2019) y 012 (016 – 2019) se ordenó requerir a la Dirección Financiera de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, debido a que la citada dependencia unificó información de los procesos 016 y 032 de 2019 al responder los requerimientos de actualización de deuda, lo cual le impide a este Despacho adoptar decisiones de fondo en los citados procesos, pues cada información debe ser individualizada para ordenar el ajuste de las medidas cautelares y embargos, en caso de ser procedente.

Es importante señalar que la actualización de deuda se ordenó para determinar si la EPS deudora, había realizado pagos parciales, lo cual varía el monto por cobrar. A la fecha, no se ha determinado el estado de la cartera.

- **NOVEDAD EN PROCESO CON RESOLUCIÓN MORATORIA**

- **DEUDOR:** COOSALUD EPS NIT 900.226.715
PROCESOS No.: 033 - 2019
CUANTÍA: \$190.409.217 sin el ajuste cautelar del artículo 838 del Estatuto Tributario

Se resolvió recurso de reposición interpuesto contra la Resolución Moratoria. Se requirió a la Dirección Financiera de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, para que actualizara cartera por cobrar. Al revisar el expediente se observa que el título ejecutivo no está integrado de conformidad con lo previsto en el Anexo No. 5 del Decreto 4747 de 2007, motivo por el cual, con Auto No. 13 se ordenó a la citada dependencia, integrar el título en debida forma.

- **EXPEDIENTES REMITIDOS POR LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED PARA INICIAR PROCESO DE COBRO COACTIVO.**

En reciente oportunidad la Dirección Financiera de la Subred remitió con destino a la Oficina Jurídica doce (12) expediente para iniciar proceso de cobro coactivo contra Entidades Territoriales, los cuales se encuentran en revisión para establecer si los títulos ejecutivos complejos cumplen con ser obligaciones claras, expresas y exigibles (vigencia 2022).

PRINCIPALES LOGROS

- **CUMPLIMIENTO DEL PLAN ACCIÓN ANUAL 2021 POR INDICADOR.**

La Oficina Asesora Jurídica en cumplimiento a lo estipulado en el plan de acción anual se evidencia que, a corte de 31 de diciembre de 2021, esta Oficina registra un cumplimiento del 100% sobre el total de las metas establecidas por cada indicador. Lo anterior de conformidad a la información registrada en el aplicativo ALMERA.

Nombre Variable	2021-12-31			
	Valor	Meta	Periodo Medido	Calificación
Número de Actuaciones judiciales (equivalentes jurisdiccionales y tutelas) atendidas en los tiempos establecidos	100,00	80,00	2021	100,00
Numero de ítems evaluados con cumplimiento superiores al 90% con respecto a Plan de Mejoramiento proceso jurídica	100,00	60,00	Jul-Dic (2021)	100,00
Número de procesos evaluados con cumplimiento superiores al 90% respecto al Programa de Prevención Daño Antijurídico	100,00	62,00	Jul-Dic (2021)	100,00

Sumatoria del tiempo transcurrido entre la solicitud y la respuesta de requerimientos de autoridades o del cliente interno	0,01	10,00	Jul-Dic (2021)	100,00
Numero de colaboradores evaluados con cumplimiento de los criterios evaluados superiores al 90% con respecto a prevención de daño antijurídico	100,00	80,00	Jul-Dic (2021)	100,00

PRINCIPALES DIFICULTADES

- Alta demanda de solicitudes externas, que pueden generar dificultades en la consecución y consolidación de los respectivos soportes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

- La Oficina Asesora Jurídica se encuentra cumpliendo dentro de sus funciones y capacidades con la Política de Daño Antijurídico propuesto por la Secretaría Jurídica Distrital.
- Actualmente nos encontramos realizando diferentes capacitaciones a los supervisores de contrato con el fin de mitigar el riesgo jurídico y el número de demandas por contrato realidad.

3.4 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

Desde la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano se cuenta con dos subprocesos, en el primero de ellos se brinda asesoría técnica a las formas de participación comunitaria y se promueve la participación y control social por parte de los usuarios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, con el fin de identificar sus necesidades actuando como puente de comunicación con la administración.

Desde el subproceso de servicio al ciudadano, se orienta y direcciona a los usuarios frente al acceso a los servicios de salud, buscando que se respeten y garanticen los derechos de los usuarios, se gestionan y mitigan las barreras de acceso, se reciben y tramitan las peticiones ciudadanas con revisión y firma de la defensora del usuario quien además está a disposición de la ciudadanía para responder sus requerimientos. Adicional a ello, se genera el despliegue y socialización de derechos y deberes mediante estrategias lúdicas, manejo del programa de ruta de salud, gestión de la lista de espera y respuesta a entres de control. Lo anterior, ha permitido que la oficina cumple con el Plan de acción Anual por procesos con indicadores de resultados favorables.

3.4.1 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

El Subproceso de Participación Comunitaria, busca promover la participación ciudadana en salud, a través de la implementación y operativización de la Política Pública de Participación Social en Salud – Resolución 2063 de 2017. Lo anterior, a través de asistencia técnica a los espacios e instancias de participación social en salud de la Subred, propendiendo porque los usuarios participen de manera activa en la defensa de sus derechos y cumplimiento de sus deberes, así como la promoción de los espacios de control social y veedurías ciudadanas a la gestión adelantada por la entidad.

Con base a lo anterior, se busca satisfacer las necesidades y exceptivas de los usuarios, el goce efectivo del derecho a salud, así como el cumplimiento de las Políticas y directrices impartidas por la gerencia las cuales están encaminadas a brindar un servicio de salud integral.

El Subproceso anteriormente descrito tiene tres campos de operación, son los siguientes:

3.4.1.1 FORMAS DE PARTICIPACION SOCIAL

La Subred Sur Occidente cuenta con siete (7) Asociaciones de Usuarios (AsuPablo VI, AsuBosa, Asouhfo, Asosur, Asoaranda, Asuken y AsuOccidente de Kennedy) en las cinco Unidades de Prestación de Servicios, cuatro (4) Comités de Participación Comunitaria en Salud – COPACOS (Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda), un (1) Comité de Ética Hospitalaria y cinco (5) Juntas Asesoras Comunitarias (Pablo VI, Bosa, Fontibón, Kennedy y Sur). En los espacios participativos mencionados anteriormente se cuenta con 394 integrantes que participan activamente.

El actuar de las formas de participación social está enmarcada en la Política Pública de Participación Social (Resolución 2063 de 2017), mediante un plan de acción para la vigencia formulado bajo cinco ejes de acción; el primero de ellos Fortalecimiento Institucional que contiene todos los procesos de formación y capacitación dirigidos a la ciudadanía en pro de cualificar los actores sociales; el segundo eje trata del empoderamiento de la ciudadanía a las organizaciones sociales en salud y versa sobre la socialización de las mismas a la ciudadanía en general a fin de incentivar su vinculación; el tercer eje Impulso de la cultura en salud proyecta las acciones de los actores sociales en articulación con Salud Pública buscando generar impacto en las comunidades a nivel territorial; en cuarto lugar se establecen las acciones de control social y el eje número cinco Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión, relaciona los encuentros a nivel local, distrital y nacional con el fin de lograr que las decisiones de la administración sean generadas con participación de la ciudadanía.

A continuación, se evidencia el resultado del Plan de Acción de la vigencia 2021:

Tabla No.2. Resultados de Plan de Acción Participación Comunitaria

EJE ESTRATEGICO	ACCIONES	ESTADO	RESULTADO
			2021

Fortalecimiento Institucional	Realizar una ficha técnica de la caracterización y operativización Subproceso de Participación Comunitaria.	COMPLETO	92%
	Desarrollar el plan de capacitación de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano que incluye las acciones relacionadas con los procedimientos, la política de humanización y la normatividad vigente en lo relacionado con el SGSSS.	COMPLETO	
	Elaborar y ejecutar el plan de capacitación a los líderes de la comunidad de los espacios e instancias, previa lectura de necesidades con dicha población.	COMPLETO	
	Asistir y participar en los escenarios locales y distritales de políticas públicas donde sean convocados.	COMPLETO	
	Socializar la plataforma Vox Populi a los líderes de los espacios e instancias con el fin de que aporten a la revisión de normatividad en salud.	PARCIALMENTE COMPLETO	
Empoderamiento de la Ciudadanía y las Organizaciones Sociales en Salud	Socializar y convocar por parte de la Subred Sur Occidente a través de la Oficina de Participación Comunitaria, a los líderes de los espacios e instancias a las capacitaciones en salud donde sean invitados a nivel local, Distrital y Nacional.	COMPLETO	100%
	Asistir técnicamente a espacios e instancias de Participación Social en Salud de la Subred Sur Occidente.	COMPLETO	
	Promover espacios de dialogo entre la Gerencia y la Ciudadanía.	COMPLETO	
	Promover la participación de la ciudadanía en los diferentes eventos locales y Distritales.	COMPLETO	
Impulso a la cultura de la salud.	Articular acciones con salud pública para que se convoque a los integrantes de las formas en el desarrollo de las acciones de Gestión del Riesgo.	COMPLETO	100%
Control Social en Salud.	Apoyar el ejercicio de capacitación liderado por la SDS en el tema de control social.	COMPLETO	100%
	Articular acciones con los veedores para favorecer el control social en la entidad.	COMPLETO	
Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión.	Convocar y asistir al proceso de seguimiento trimestral de la ejecución del plan de acción de la SDS.	COMPLETO	100%
	Participación de la Oficina en espacios locales, subred, distritales y nacionales en pro de la participación ciudadana.	COMPLETO	
		TOTAL	98,40%

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Para lograr los resultados descritos anteriormente, se garantizó la asistencia técnica al 100% de las reuniones con los integrantes de las formas de participación social.

3.4.1.2 CONTROL SOCIAL

La entidad cuenta con un procedimiento transversal para el proceso de control social, el cual establece el paso a paso para la garantía de las veedurías ciudadanas en la gestión pública de la Subred. En la vigencia 2021 fueron socializados los planes, programas y proyectos de la entidad priorizando por línea Distrital los relacionados con Infraestructura.

Así pues, al mes de febrero de la actual vigencia la base de veedores adscritos a los planes, programas y proyectos de la subred finalizó en 85 ciudadanos ejerciendo el control social y que fueron acompañados técnicamente por la Oficina de Participación Comunitaria en la conformación de las veedurías, seguimiento, evaluación y propuestas de mejora dentro del ejercicio de control social.

Tabla No.3 Proyectos con veeduría (Infraestructura)

LOCALIDAD	PROYECTO
BOSA	PROYECTO 1149-2017 CAPS VILLA JAVIER
KENNEDY	PROYECTO 1149-2017 CAPS MEXICANA
	PROYECTO 1214-CAPS TINTAL
	PROYECTO 788 DE 2016 URGENCIAS OCCIDENTE DE KENNEDY

Fuente. Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

Tabla 4. Convenios Interadministrativos:

No.	CONVENIO
0008 - 2021	Ruta de la Salud

Fuente. Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

Tabla 5 Proyectos de Dispositivos de Asistencia Personal (PIL):

LOCALIDAD	CONVENIO No.
Puente Aranda	194 – 2021

Fuente. Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

3.4.1.3 GESTION LOCAL

En dicho componente se realizó articulación con Gobernanza de Salud Pública a fin de definir el acompañamiento de la oficina en los escenarios de participación ciudadana a nivel local. De igual manera se realizaron reuniones mensualmente entre la Secretaría Distrital de Salud, Gobernanza y la Oficina de Participación

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

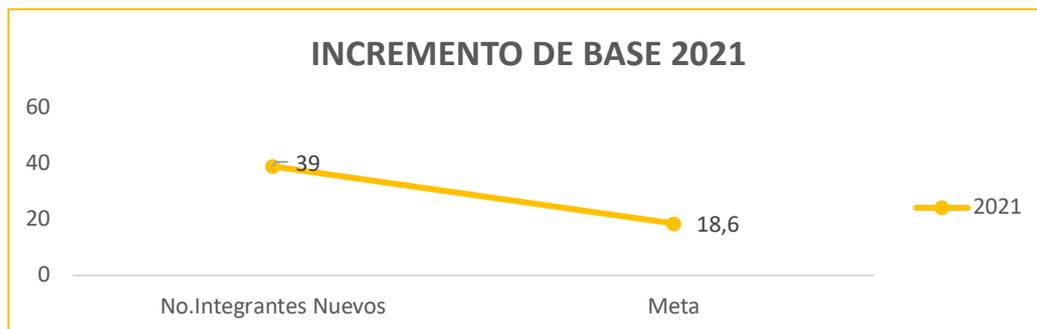
Comunitaria y Servicio al Ciudadano de la Subred en pro del desarrollo de estrategias de abordaje territorial y colectivo buscando generar un impacto positivo en los indicadores de morbi-mortalidad.

Dentro del Subproceso de Participación Comunitaria se desplegaron estrategias tales como:

- ✓ **Incremento de Base Social.** El Subproceso de Participación Comunitaria cuenta con un referente por cada una de las localidades de influencia de la Subred, quienes dentro de las metas establecidas por la jefatura estuvo la de socialización y promoción de las formas de participación social, con el fin último de buscar un cambio generacional en la base social y dar mayor participación a la ciudadanía en el sector salud.

Producto de las estrategias de socialización la base social en la vigencia 2021 acreció en un 10,5% equivalente a 39 nuevos miembros en las Formas de Participación Social de la subred.

Grafica 5: Indicador de Incremento de base social



Fuente. Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

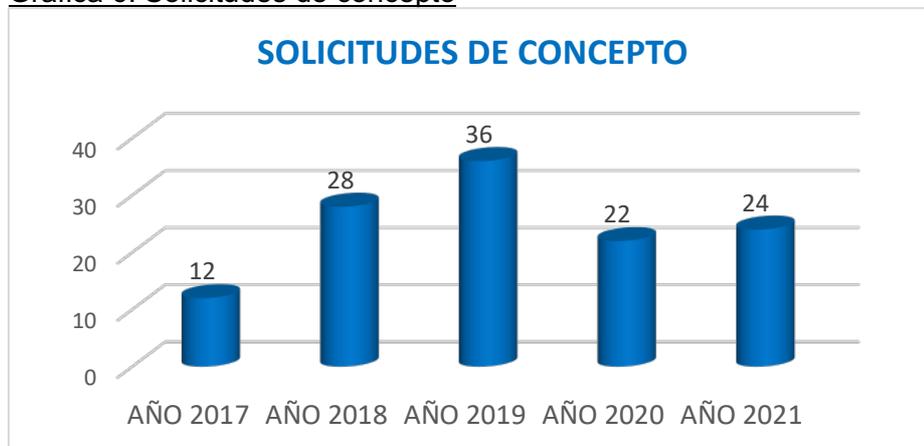
- ✓ **Rendición de Cuentas.** La Subred Sur Occidente cumplió con la normatividad frente al proceso de Rendición de Cuentas, sin embargo, no se limitó al ejercicio de la Audiencia Pública, sino que generó espacios de dialogo permanentes entre la alta gerencia y la ciudadanía. Razón por la cual se estableció un cronograma de manera trimestral en donde la Gerente se reunió con representantes de las Asociaciones de Usuarios, COPACOS y Juntas Asesoras Comunitarias de la Subred a fin de conocer sus necesidades y expectativas y de socializar los avances de la gestión pública en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud que para la vigencia 2021 se desarrollaron tres encuentros trimestrales adicionales. Se llevó a cabo un ejercicio de rendición de cuentas en el primer trimestre de la vigencia 2021 que contó con la participación de internautas en razón a que se realizó de manera virtual dando respuesta a la contingencia de salud del país, no obstante, se contó con la visualización del ejercicio por colaboradores de la subred y comunidad. Adicionalmente se realizaron ejercicios participativos previos a la Rendición de Cuentas con la comunidad

para conocer las necesidades de información frente al proceso, insumo que fue tenido en cuenta para la planeación y ejecución del ejercicio.

- ✓ **Comité de Ética Hospitalaria.** Según el Decreto 1757 de 1994 las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben garantizar la existencia de un comité de ética hospitalaria conformado por el estamento científico de la institución y la comunidad con el fin de promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud, divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud y velar por su cumplimiento. La Subred agregó el componente de Bioética, estandarizando el comité a nivel hospitalario para la emisión de conceptos de apoyo a la resolución de dilemas éticos en la atención. Lo anterior con el concurso de los profesionales miembros del comité que cuentan con conocimientos académicos en Bioética y con la participación de los representantes de las Asociaciones de Usuarios y COPACOS de la Subred, a fin de emitir dicho concepto con integralidad de visiones y que soporten al médico tratante en la conducta médica a seguir. Siendo este ejercicio participativo de reconocimiento y referenciación Distrital.

La solicitud de concepto al comité de ética al pasar las vigencias ha tenido un comportamiento creciente como se evidencia en la siguiente gráfica:

Grafica 6. Solicitudes de concepto



Fuente. Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

3.4.2 SERVICIO AL CIUDADANO

En el Subproceso de Servicio al Ciudadano se abordan diferentes campos de acción como: Derechos y deberes, manifestaciones de los usuarios, medición de la satisfacción, identificación y seguimiento a barreras de acceso, orientación al usuario bajo la intervención de auxiliares de servicio al ciudadano y trabajadoras sociales, ruta de la salud, lista de espera, gestión de pacientes en abandono social, identificación de población prioritaria, procesos de capacitación al talento humano del subproceso y estrategias en tiempos de pandemia, este subproceso busca que a partir de estos campos de acción el usuario sea atendido, garantizando el goce

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

efectivo de sus derechos y deberes, así como una atención cálida, digna y humana sin incurrir en distinción alguna.

De otro lado, con la llegada de la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID 19 se reinventaron diferentes estrategias que permitieron ajustarnos a las necesidades del usuario para el actual momento.

DERECHOS Y DEBERES Y CHARLAS EDUCATIVAS

La Subred Integrada de servicio de Salud Sur Occidente E.S.E, cuenta con la declaración de los derechos y deberes de los usuarios, la cual se encuentra alineada con el direccionamiento estratégico de la organización y es un compromiso de la alta gerencia en la prestación de los servicios de salud. Fue reglamentada bajo la resolución 219 de marzo de 2017; dicha declaración se divide en verbos para mayor recordación donde para los derechos se contemplan: **A conocer, Elegir y Recibir y para los deberes Informar, Cumplir y Respetar.**

Esta declaración de derechos y deberes es desplegada con usuarios y colaboradores a través de estrategias lúdicas, adicionalmente se educa en diferentes temáticas a través de un pico y placa establecido con el fin de llegar al usuario en temas como:



Fuente oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	



Fuente oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

De las charlas educativa se observa la siguiente trazabilidad:

Tabla N° 6. Resultados estrategia charlas educativas salas de espera – cobertura de despliegue derechos y deberes

ESTRATEGIA CHARLAS EN SALAS - 2021			
UNIDAD	NÚMERO	POBLACIÓN ATENDIDA	%
SUR	115860	243491	48%
PABLO VI	59710	281972	21%
KENNEDY	26390	139499	19%
TINTAL	18620	56441	33%
FONTIBÓN	56761	134477	42%
BOSA	27840	67031	42%
TOTAL	305181	922911	33%

Fuente oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

Como se puede apreciar en la tabla anterior, se identifica que para la vigencia 2021 se abordaron un total de 305181 usuarios mediante la estrategia charlas en salas con un 33% frente al total de la población atendida. El siguiente registro fotográfico da cuenta de la actividad realizada, la cual pretender generar recordación y conocimiento de los derechos y deberes.



**Registro Fotográfico Oficina Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E 2021**

Es importante mencionar que también se generó socialización de los derechos y deberes mediante estrategias lúdicas como creciendo en derechos y deberes, y aprendiendo en derechos y deberes, la primera de ellas direccionada a niños con el fin de ir fomentando conocimiento del tema en los niños y niñas que visitan las instalaciones de la Subred, a los usuarios beneficiarios del convenio ruta de salud, pacientes contactados a través de la estrategia tu próxima cita mediante llamada telefónica, la central de información a familiares de pacientes hospitalizados creada en tiempos y llamada virtual cerca de ti, con los siguientes resultados:

Tabla N° 7. Resultados socialización de derechos y deberes

ESTRATEGIA DE SOCIALIZACIÓN DYD	TOTAL	%
RUTA DE LA SALUD	32350	29%
TU PROXIMA CITA / CENTRAL	55823	49%
CERCA DE TI	3797	3%
CENTRAL DE INFORMACION	21100	19%
TOTAL	113070	100%

Fuente oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

Tabla N° 8. Resultados socialización de derechos y deberes creciendo en derechos y deberes

SERVICIO / ESTRATEGIA	AÑO 2021	
	TOTAL GENERAL	
	CRECIENDO EN DERECHOS Y DEBERES	APRENDIENDO SOBRE DERECHOS Y DEBERES
SUR	781	849
PABLO VI	721	603
KENNEDY	27	6844
TINTAL	825	338
FONTIBON	58	158
BOSA	376	288
TOTAL	2788	9080

Fuente oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

Por otro lado, se hace importante mencionar que este tema también fue desplegado con colaboradores con el fin de generar un contexto de sana convivencia entre usuarios y colaboradores, fomentando la garantía de los derechos y el cumplimiento de los deberes, realizando durante la vigencia **7605** abordajes con diferentes estrategias lúdicas mes a mes. A continuación, se relaciona registro fotográfico:



Desde el Subproceso de Servicio al Ciudadano se mide la recordación de derechos y deberes por parte de los usuarios, de tal manera que permita evidenciar la efectividad de las estrategias de socialización, encontrando que el 86% de los usuarios entrevistados recuerdan al menos dos de sus derechos y dos de sus deberes.

En cuanto a la medición de conocimiento de derechos y deberes por parte de los colaboradores se identificó un 91,24%.

MANIFESTACIONES CIUDADANAS

Desde la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano se recibieron las peticiones de los usuarios y se tramitaron dando respuesta al 100% de ellas con los criterios de calidad pertinentes y dentro de los tiempos establecidos por la normativa vigente, además de ser revisadas por una central que verificó cada petición frente a la calidad de la respuesta fueron revisadas por la defensora del usuario y jefe de la Oficina de Participación Comunitaria y del usuario Ciudadano, durante la vigencia se tramitaron un total de 5248 peticiones con un comportamiento así:

Tabla N° 9. Resultados manifestaciones ciudadanas

MANIFESTACIONES CIUDADANAS 2021			
UNIDAD	NÚMERO	POBLACIÓN ATENDIDA	TASA
SUR	1212	243491	5
PABLO VI	1244	281972	4
KENNEDY	1350	139499	10
TINTAL	439	56441	8

UNIDAD	NÚMERO	POBLACIÓN ATENDIDA	TASA
FONTIBÓN	690	134477	5
BOSA	313	67031	5
TOTAL	5248	922911	6

Fuente oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

La tabla refleja el total de peticiones recibidas durante la vigencia 2021 con un total de 5248 manifestaciones y por cada 1000 usuarios atendidos 6 interpusieron manifestaciones, en cuanto a las tipologías de manifestación se encuentra el siguiente comportamiento como las más relevantes para el periodo: Reclamo, tipología que esta direccionada a un servicio específico, fue la principal causa de manifestación con 2907 manifestaciones, seguido de las felicitaciones con 993, derecho de petición de interés particular con 511 y quejas 499, esto como los datos más representativos, reflejando que en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, las felicitaciones se encuentran por encima de las quejas, lo cual es un resultado favorable que denota el trabajo realizado por la actual administración y la constante labor del talento humano.

MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN

La medición de la percepción de satisfacción al usuario se mide a través de la encuesta satisfacción modelo Distrito, la cual es aplicada a través de tres instrumentos tipo encuesta en los procesos de consulta externa, urgencias y hospitalización, con los siguientes resultados: Para la Satisfacción global, resultado de la pregunta ¿Cómo calificaría su experiencia con relación a los servicios de salud que ha recibido a través de los centros de atención de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente? La cual responde a la resolución 0256, se obtuvo un 98,47%, pero en aras de implementar la mejora también se mide la percepción general del usuario que abarca todos los criterios y atributos de la encuesta la cual alcanzó un 87,77%, es importante señalar que el servicio o proceso más afectado durante el año fue urgencias con un 86,33% de hospitalización con un 87,22% y consulta externa con el resultado más alto con un 88,03%.

Es de mencionar que desde el subproceso de servicio al ciudadano se realizó un trabajo articulado para elaborar plan de mejora con los principales resultados y hallazgos tanto de satisfacción como de las manifestaciones, el cual fue matriculado en la plataforma Almera, sistema de gestión documental donde se publican los planes de mejoramiento para realizar el respectivo seguimiento.

BARRERAS DE ACCESO

Es de relevancia mencionar que desde la oficina de Participación comunitaria y Servicio al ciudadano se capturan las barreras de acceso y se gestionan brindando orientación al usuario, esta trazabilidad y resultados quedan consignados en el aplicativo Distrital Si cuéntanos Bogotá, el cual es administrado por la Secretaría Distrital de Salud y cuenta con los siguientes resultados:

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Tabla N° 10. Resultados barreros de acceso

BARRERAS DE ACCESO 2021	POBLACIÓN ATENDIDA 2021	TASA 2021
1403	71968	19
1963	75703	26
1968	70164	28
1790	81687	22
1073	82068	13
1199	79199	15
1144	68071	17
1181	71701	16
1337	77243	17
644	75256	9
740	81831	9
919	88020	10
15361	922911	17

Fuente oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

Como se identifica en la tabla anterior, por cada 1000 usuarios atendidos 17 presentaron alguna barrera de acceso, es de mencionar que el 100% de los pacientes identificados recibieron orientación y direccionamiento y que durante la vigencia se cerraron el 95% de los casos y el restante quedo en seguimiento. Es de mencionar que algunas barreras no son posible cerrarlas dado que la subred llega hasta donde la normatividad vigente lo permite, como es el caso de la población migrante irregular, especialmente las gestantes que no pueden acceder a sus controles prenatales por consulta externa.

En lo referente a las principales barreras de acceso identificadas se encuentran como las más relevantes: **No oportunidad de servicios**, la cual se ha mitigado con la central de lista de espera donde se gestiona la demanda insatisfecha, además de un trabajo articulado con las direcciones involucradas y el establecimiento de acciones de mejoramiento.

La segunda barrera es **problemas de recursos económicos**, siendo la barrera que presenta mayor dificultad dado que presenta un elevado número de casos de población migrante irregular que no puede acceder al servicio por consulta externa, lo que impide el cierre de la misma.

En tercer lugar, se encuentra dificultad de accesibilidad administrativa, la cual se ha mitigado generando procesos de capacitación que permita orientar al usuario de una manera adecuada y oportuna.

INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Desde Trabajo Social se realiza intervención en los diferentes momentos del ciclo de atención en salud, brindando orientación y direccionamiento según el caso, identificando las necesidades y expectativas de los usuarios, brindando acompañamiento en momentos de duelo, crisis, respuestas a interconsultas cuando la problemática social lo amerita, activación de rutas de atención como ICBF, Fiscalía, Comisaria de Familia, Medicina legal entre otras. En el año se registraron un total de **199.158** abordajes de orientación, **38078** notificaciones y trámites, **54512** reportes de informes, y **134.865** identificación de necesidades y expectativas.

Además, se realizó todo el proceso de definición de vulnerabilidad del paciente y definición de aseguramiento, así como procesos de afiliaciones, durante la vigencia se realizaron 7195 afiliaciones.

RUTA DE LA SALUD

Busca Garantizar el acceso de la Población usuaria a la prestación del servicio público de salud para manejo ambulatorio entre Unidades de Servicios de Salud de la Subred Sur Occidente y del Distrito de acuerdo con su condición de salud y acceso al servicio.

Tabla N° 11. Resultados Ruta de la salud

MES	TRASLADOS	USUARIOS TRASLADADOS
ENERO	6515	4694
FEBRERO	8192	5301
MARZO	9843	6689
ABRIL	10102	5437
MAYO	10688	8114
JUNIO	10894	7978
JULIO	11002	7350
AGOSTO	5279	3706
NOVIEMBRE	178	117
DICIEMBRE	3211	2083
TOTAL	75904	51469

Fuente oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

La tabla anterior, refleja los resultados de la gestión realizada mediante el convenio de ruta de la salud en lo correspondiente a número de traslados y número de población beneficiada, es relevante indicar que con corte al 15 de agosto de 2021 se finalizó el convenio 26 de 2020 para dar paso al N. 0008 de 2.021.

CENTRAL DE INFORMACIÓN – LISTA DE ESPERA

La central de lista de espera nace de la necesidad de dar respuesta al usuario cuando se presenta demanda insatisfecha, así como a entes de control con el fin de gestionar las citas y resolver la necesidad del usuario, contribuyendo así a la satisfacción de la población usuaria, además desde allí en tiempos de pandemia se brindó información a los familiares de pacientes hospitalizados que requerían conocer el estado de salud de su familiar y se generó la estrategia tu próxima cita, con el fin de adelantarse a los usuarios que presentaban múltiples quejas asignado la cita requerida.

En cuanto a la gestión de lista de espera se gestionó el 75% con la siguiente trazabilidad:

Tabla N° 12. Resultados Gestión Lista de espera

RESULTADOS DE GESTIÓN LISTA DE ESPERA		
MES	RESULTADO	PORCENTAJE DE GESTION
ENERO	5.041	100%
FEBRERO	8.758	100%
MARZO	8.855	97%
ABRIL	5.770	93%
MAYO	8.597	89%
JUNIO	8.450	79%
JULIO	5.625	76%
AGOSTO	6.752	71%
SEPTIEMBRE	6.786	71%
OCTUBRE	2.441	54%
NOVIEMBRE	2.464	48%
DICIEMBRE	1.632	20%
TOTAL	118.501	75%

Fuente oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

Frente a la estrategia tu próxima cita, la cual busca anticiparse al usuario que presenta quejas reiterativas a asignarle su cita durante la vigencia se asignaron un total de 10174 citas y se orientaron a 14023 usuarios.

En cuanto a la información que se brinda a familiares de pacientes hospitalizados, estrategia en tiempos de COVID durante la vigencia se brindó información efectiva a un total de 22716 usuarios, con un porcentaje de gestión del **89%**.

ABANDONO SOCIAL

En lo referente a la gestión con la población en situación de abandono social, es de mencionar que está, es una problemática social que afecta a un gran número de la población usuaria adulto mayor en el Distrito Capital y que durante el año 2021 el número de abandonos sociales en la Subred, llegó a 64 de los cuales fueron ubicados 58, en hogares de la Secretaría de Integración Social, instituciones privadas; algunos reintegraron a su núcleo familiar, otros lastimosamente fallecieron y/o pidieron salida voluntaria. Es de indicar que el 100% de abandonos sociales contaron con gestión por parte de trabajo social y que para la vigencia 2022 quedaron 6 usuarios pendientes de ubicación, en los que se espera respuesta de las entidades respectivas.

De otro lado y desde la responsabilidad social institucional se realizaron actividades de esparcimiento con la población en abandono social en las unidades de Trinidad Galán y Pablo VI. A continuación, se relaciona registro fotográfico de las actividades y de ubicación de los pacientes:



**Registro Fotográfico Oficina Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E 2021**

IDENTIFICACIÓN DE POBLACIÓN PRIORITARIA

Cabe señalar que durante la atención en salud y una vez ingresa un usuario a alguna de las unidades de la Subred, se identifica a la población prioritaria a través de la estrategia estrellas luminosas así:

- Estrella Verde: Población gestante
- Estrella Azul: Población adulto mayor
- Estrella Amarilla: Niños menores de cinco años
- Estrella roja: Usuarios en situación de discapacidad

Como se relaciona en la siguiente tabla:

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Tabla N° 13. Identificación de población priorizada

GESTANTES	MENORES DE 5 AÑOS	PERSONA MAYOR	DISCAPACIDAD				TOTAL
			USUARIO CON LIMITACIÓN FÍSICA (EQUILIBRIO Y MARCHA)	USUARIO CON AYUDAS TÉCNICAS (BASTÓN, MULETAS, SILLAS DE RUEDAS)	USUARIO CON ESTADO DE SALUD MENTAL ALTERADO	USUARIO CON ALTERACIONES VISUALES Y AUDITIVAS	
59080	81185	141811	14092	20905	9004	6565	332642
18%	24%	43%	4%	6%	3%	2%	100%

UNIDADES DE ANÁLISIS TEMÁTICO

Mensualmente se desarrollaron procesos de capacitación con el talento humano del subproceso en diferentes temas, esto con el fin de fortalecer el proceso de orientación y relación usuario – colaborador en aras de brindar una atención clara, veraz y oportuna. Los temas tratados fueron: Fortalecimiento de documentos de la oficina, rutas como abordaje en temas de violencia, ruta EPOC, manejo e intervención del duelo, Sistema único de Acreditación, espacio de relajación, mujer y género, enfoque diferencial y manejo de paciente agresivo, lo anterior para el equipo de trabajo social.

Con los auxiliares de servicio al ciudadano se abordaron temas como: Resocialización del Manual e Información de Servicio al Ciudadano, instructivo de charlas en salas, sistema único de acreditación, manejo de paciente agresivo y como abordar usuarios difíciles, mujer y género y enfoque diferencial.

ESTRATEGIAS EN TIEMPOS DE COVID

CHARLAS CON ENFOQUE COVID: Su objetivo fue brindar educación a los usuarios en salas de espera con enfoque Covid en temáticas como: Lavado de manos, signos de alarma e identificación del riesgo. Para la vigencia 2021 se abordaron un total de 291500 usuarios.

CERCA DE TI: Su objetivo estuvo enfocado en generar un espacio de visita Virtual a través de una video llamada desde diferentes medios de comunicación, como: una tableta, teléfonos celulares, etc., con el objetivo que los usuarios hospitalizados puedan interactuar con sus familiares evitando desplazamientos dentro de la unidad y dando cumplimiento a los lineamientos del orden Nacional y Distrital, los cuales no permitían el acceso a visitantes a las unidades de hospitalización de las IPS. Para la vigencia 2021 se realizaron un total de **3775** visitas virtuales. Estrategia que tuvo diferentes reconocimientos.

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

PRINCIPALES LOGROS

Registre los logros del proceso en la estructura enfoque, implementación y resultado.

- Se avanzó en la implementación de estrategias lúdicas encaminadas a la socialización de derechos y deberes.
- Implementación de estrategias innovadoras con reconocimiento Distrital.
- Gestión de los diferentes procesos a través de un talento humano comprometido.
- Dificultades en la definición de aseguramiento para la accesibilidad al servicio de salud de la población migrante y gestante por lineamiento establecido.
- Implementación de procesos sistemáticos de fortalecimiento del que hacer de auxiliares y trabajadoras sociales a través de temas formativos en el marco de las Unidades de Análisis Temático.
- Garantía de la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones de la entidad y del sector, generando un impacto positivo y de reconocimiento a nivel Distrital, logrando la destinación de presupuestos participativos para la promoción de la participación social desde la planeación, ejecución y evaluación.
- Gestión pública con transparencia, lograda a través de la conformación y capacitación de las veedurías ciudadanas, terminando la vigencia con una base de 85 veedores.

PRINCIPALES DIFICULTADES

- Demoras en la respuesta de ubicación a pacientes en situación de abandono social por parte de la Secretaria de Integración Social por la no disponibilidad de cupos.
- Líderes comunitarios con carencias de herramientas tecnológicas para la participación en reuniones virtuales, en razón a las restricciones de reuniones presenciales por la situación de pandemia actual.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

Registre las conclusiones del informe de gestión del proceso y proponga recomendaciones y oportunidades de mejora para tener en cuenta en el periodo o vigencia siguiente de acuerdo con las desviaciones encontradas en el análisis.

- Dar continuidad a las diferentes acciones que se desarrollan en el marco de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio siendo un puente de comunicación entre las necesidades del usuario y la administración actual.
- Avanzar en los procesos de capacitación de los colaboradores de tal manera que se vea reflejado en una atención al usuario adecuada, oportuna y de calidad.

- Continuar con la implementación de la Política Pública de Participación Social en Salud, garantizando la participación de la ciudadanía en el mejoramiento continuo en la prestación de servicios y toma de decisiones.
- Impulsar la continuidad del ejercicio de control social y constitución de veedurías ciudadanas a los planes, programas y proyectos que ejecuta la Entidad.

3.5 OFICINA GESTION DEL CONOCIMIENTO.

Hace parte del proceso estratégico de la Subred que contribuye a la **formación del personal del sector salud** y a la **generación de conocimiento** con la finalidad de satisfacer y mejorar las necesidades de la comunidad, ofreciendo escenarios clínicos de practica formativa que cumplan con las condiciones y características de calidad, programas docentes para el desarrollo de las **competencias** requeridas a través de los **Convenios Docencia-Servicio** y el desarrollo de **proyectos en ciencia**, tecnología e innovación por medio de la **investigación**, en las diferentes áreas de las ciencias de salud, humanidades y afines, que generen un impacto, en busca de la excelencia académica y la apropiación social del conocimiento.

Operativamente la oficina cuenta con dos subprocesos como son: Docencia e Investigación, que tienen definidas actividades específicas técnicas y administrativas para dar alcance a la gestión de la oficina, a continuación se hace referencia de cada uno de los subprocesos.

3.5.1 SUBPROCESO DOCENCIA.

Este subproceso tiene como finalidad establecer un vínculo funcional entre instituciones educativas, con un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertado entre las partes por medio de una relación docencia-servicio soportado en los convenios docencia y verificado mediante planes de práctica formativa (anexos técnicos). El objetivo primordial del subproceso es buscar la integralidad en la formación académica, fortaleciendo y generando competencias, habilidades, capacidades en los estudiantes y docentes de los programas de formación en salud, tanto de pregrado y posgrado

A su vez, la gestión de los convenios docencia-servicio determinan una capacidad académica instalada aplicando los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación en conjunto con la Secretaria Distrital de Salud; se definen acciones de bienestar dirigidas permanentemente a los estudiantes que asisten a nuestros escenarios de práctica formativa, con parámetros de evaluación y seguimiento, finalizando con un proceso de facturación y por último la liquidación de los convenios.

A partir el año 2018 siendo emanada la ley de residentes (Ley No.1917 12 JUL 2018) y regulada desde el año 2020, el subproceso de docencia servicio viene realizado el enlace en los procedimientos técnicos administrativos para el cumplimiento normativo de residencias médicas.

Actualmente la subred cuenta con convenios docencia servicio así: La Subred cuenta actualmente con un total de 33 convenios docencia servicio activos, de los cuales 20 (15 firmados por Subred y 4 con convenio antiguo Unidad Occidente de Kennedy) son con Instituciones de Educación Superior - IES y 13 con Instituciones para el Trabajo y Desarrollo Humano – IETDH (10 firmadas por Subred y 3 pendientes con contrato antiguo con Unidad Occidente Kennedy), estos convenios han venido apalancando desde la relación docencia servicio la rotación de estudiantes de programas de ciencias de la salud de pregrado, internado, posgrado y fellows y técnicos y tecnólogos en los diversos escenarios de practica formativa.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN CON LA QUE SE TIENE EL CONVENIO	PROGRAMA ACADÉMICO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
Universidad Colegio Mayor del Rosario	Medicina	7/12/2020	06/12/2030
Universidad de la Sabana	Medicina Especialización en neurología Especialización en pediatría	30/04/2021	24/04/2031
Universidad Distrital Francisco José de Caldas	Enfermería	12/11/2021	11/11/2031
Universidad El Bosque	Medicina Enfermería Instrumentación Quirúrgica Cirugía Maxilo Facial	13/04/2021	12/04/2031
Universidad Antonio Nariño - UAN	Medicina Enfermería	1/08/2019	31/07/2029
Fundación Universitaria Sanitas	Medicina Especialización en anestesia	3/11/2020	2/11/2030
Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales – UDCA	Medicina	1/06/2020	31/05/2030
Pontificia Universidad Javeriana	Cirugía Maxilo Facial Nutrición y Dietética	1/12/2012	30/11/2022
Universidad Militar Nueva Granada	Medicina Especialidad en pediatría Especialidad en Maxilo Facial	26/12/2012	25/11/2022
Universidad Nacional de Colombia	Medicina Enfermería Especialización en Neurocirugía	18/03/ 2013	17/03/2023
Fundación Universitaria San Martín	Medicina	21/04/2021	20/04/2031
Corporación Universitaria Iberoamericana	Fisioterapia	1/09/2019	31/08/2029
Universidad – ECCI	Enfermería	1/03/2020	29/02/2030
Fundación Universitaria del Área Andina – FUAA	Enfermería Instrumentación Quirúrgica Terapia Respiratoria Tecnólogo en Imágenes Diagnósticas	1/08/2019	31/07/2029

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN CON LA QUE SE TIENE EL CONVENIO	PROGRAMA ACADÉMICO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca	Bacteriología y Laboratorio Clínico Trabajo Social	13/10/2021	12/10/2031
Universidad Cooperativa de Colombia	Odontología	01/03/ 2020	29/02/2030
Universidad Manuela Beltrán	Enfermería Fisioterapia	30/09/2021	29/09/2031
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS	Enfermería	Se encuentra en revisión por la Oficina Jurídica de la Subred	
Academia Alexander Fleming	Auxiliar de Enfermería	01/09/2019	31/08/2029
Campo Alto Acesalud SAS	Auxiliar de Enfermería	1/08/2019	31/08/2029
CENCADENT	Auxiliar de Enfermería	Se encuentra en revisión por la Oficina Jurídica de la Subred	
Centro de Capacitación UNISALUD	Auxiliar de Enfermería	01/12/2019	30/11/2029
Escuela de Auxiliares – ESAE	Auxiliar de Enfermería	01/08/2019	31/07/2029
Escuela de Administración y Formación – ESAF	Auxiliar de Enfermería Auxiliar de Farmacia	01/11/2019	31/10/2029
Escuela de Salud San Pedro Claver	Auxiliar de Enfermería Auxiliar de Farmacia	1/08/2019	31/07/2029
Escuela de Formación Sor Teresa de Calcuta	Auxiliar de Enfermería	01/09/2019	31/08/2029
Fundación de Socorrista - FUSDESA	Auxiliar de Enfermería	01/09/2019	31/08/2029
Fundación de Educación Integral – FUNDETSALUD	Auxiliar de Enfermería Auxiliar de Farmacia	31/05/2021	30/05/2031
Instituto Colombiano de Aprendizaje – INCAP	Auxiliar de Enfermería Auxiliar de Farmacia Técnico Administración en Salud Técnico de Higiene Oral	01/11/2012	31/10/2022 Está en jurídica la minuta para la firma por Subred
Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA	Auxiliar de Enfermería Tecnólogo en Administración en Salud	28/10/2015	27/10/2025
Sed Ltda. MEDISED	Auxiliar de Enfermería Auxiliar de Farmacia Auxiliar Administración en Salud Auxiliar de Laboratorio Clínico	1/12/2019	30/11/2029

CONVENIOS PARA SOLICITUD DE REGISTRO CALIFICADO PROGRAMAS NUEVOS			
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN CON LA QUE SE TIENE EL CONVENIO	PROGRAMA ACADÉMICO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
Fundación Universitaria Salesiana	Químico farmacéutico (programa en proceso de registro calificado)	29/01/2019	28/01/2029 Programa nuevo para registro calificado
Universidad de la Salle	Programa Enfermería	30/06/2021	29/06/2031 Programa nuevo para registro calificado

Por otra parte, la oficina realiza el seguimiento a indicadores determinando el desempeño del subproceso, a continuación, se relacionan los indicadores acompañados de los resultados obtenidos.

INDICADORES SUBPROCESO DOCENCIA.

NOMBRE DEL INDICADOR	META DEL INDICADOR	RESULTADO	ANÁLISIS
Proporción de eventos adversos gestionados asociados al proceso de docencia	100% de eventos gestionados sobre el número de eventos reportados	No se prestaron eventos adversos relacionados con el proceso docente	Durante la vigencia de 2021, no se presentaron eventos adversos.
Porcentaje de ocupación de capacidad académica en práctica simultánea	No superar el 100% de la capacidad académica instalada	Capacidad Académica Instalada. Aplicativo Almera	Dando alcance a la gestión de los convenios docencia-servicio se ha venido determinando capacidad académica instalada como referente básico producto de la aplicación de los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación, estos criterios permiten contar con una estructura coordinada de rotación de estudiantes en práctica simultánea siempre bajo la supervisión docente asegurando la calidad en la prestación del servicio y los procesos de formación de los estudiantes. Con el fin de monitorear semestralmente por periodo académico la capacidad académica Instalada se tiene definido el indicador de "Porcentaje de ocupación académica en práctica Simultánea". Para el primer semestre de 2021 se definió la capacidad académica instalada de 5 escenarios de práctica formativa de mediana y alta complejidad, teniendo en cuenta que se inició el reingreso de estudiantes de pregrado de los diferentes programas académicos luego de disminuir el porcentaje de ocupación de UCI en el Distrito Capital. Estos cinco escenarios son: La unidad Occidente de

			<p>Kennedy, La Unidad de Bosa II, la Unidad Patio Bonito Tintal, la Unidad Salud Mental de Floralia y la Unidad de Fontibón –Sede 25 por REPS, en esta unidad se encuentran actualmente rotando 4 estudiantes de internado medicina y 4 estudiantes de instrumentación quirúrgica luego de no haber contado con rotación de estudiantes en año y medio, por haber sido la Unidad seleccionada para manejo de los pacientes atendidos para Covid - 19 en la Subred.</p> <p>El resultado arrojado para el primer semestre 2021 por Subred fue del 58%, con un total de estudiantes en práctica simultánea de 1663 y la capacidad académica (oferta Real) de las cinco unidades de prestación de servicio fue de 2874 estudiantes por semestre. La meta propuesta de este indicador es menor o igual al 100%, el resultado tan bajo es entendible por el manejo de la pandemia por Covid 19 y los lineamientos de la SDS que solo permitió durante los picos la rotación de estudiantes de residencias medicas e internos de último año programa medicina. El soporte de este ejercicio se encuentra documentado en el indicador en la plataforma Almera. Para el segundo semestre estudiantes en práctica simultanea 2484 con cálculo de capacidad académica 2936 con porcentaje inferior al 100% en 84% cumpliendo la meta.</p> <p>Es importante precisar que desde el subproceso docencia servicio se viene asegurando el cumplimiento de las Ley de residencias médicas (ley 1917 de 2018) que fue reglamentada y puesta en marcha a partir del mes de julio del año 2020, el subproceso viene realizado el enlace en los procedimientos técnicos administrativos para el cumplimiento normativo de residencias médico quirúrgicas que son hospital base, primera especialidad. Para el caso de la Subred La Unidad Occidente de Kennedy es hospital base de los programas Ortopedia, Psiquiatría y Anestesia con la Universidad del Rosario, Neurocirugía con la Universidad Nacional de Colombia, Neurología con la Universidad de la Sabana y pediatría con la Universidad Militar Nueva Granada, este último programa compartido con la Unidad Patio Bonito Tintal como hospital base.</p>
Relación Docente - Estudiante	1 docente por cada 7 estudiantes	Anexos técnicos de los programas	Se obtuvo un resultado semestral que no sobrepasó el estándar definido ya que se respetó la meta de 1 docente por cada 7 estudiantes.
PQRS	Menor o igual al 5%	0%	En la vigencia 2021 ninguna estuvo

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

relacionadas con estudiantes y docentes en escenarios de práctica			relacionada con la Oficina de Gestión del Conocimiento.
---	--	--	---

3.5.2 SUBPROCESO INVESTIGACION.

El subproceso de Investigación para el periodo 2021 proyecto la resolución para el creación del Centro de Investigaciones, la cual se encuentra en proceso de verificación por parte de la Dirección Jurídica de la Subred, a través del cual se vienen gestionando los diferentes proyectos de investigación académica, con la verificación de requisitos inicialmente con el grupo de factibilidad el cual no solo analiza la rigurosidad metodológica de los estudios sino también los documentos anexos y las competencias técnicas de los investigadores, para posteriormente ser enviados para cumplimiento y aprobación por parte del comité de Ética en investigación de la Subred, desde su informe inicial, seguimiento, informe final hasta la publicación.

INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	META DEL INDICADOR	RESULTADO	ANÁLISIS
Sesiones de Comité CEI	100 % de los mensuales	Se cumplieron 12 de los 12 programados para la vigencia	
Proyectos de Investigación en desarrollo	41 de Carácter Académico	Fueron avalados por el Comité de Ética en Investigación 41 proyectos de carácter académicos que se encuentran en desarrollo	Los proyectos aprobados cumplieron los criterios exigidos por el CEI. Esta instancia independiente define la aprobación luego de la completitud de las enmiendas

PRINCIPALES LOGROS

DOCENCIA

LOGROS. DESDE EL ENFOQUE.

- La Oficina de Gestión del Conocimiento fue copartícipe en la definición de los componentes lógicos necesarios que contiene el software para capacidad académica instalada SICAI proceso liderado por el Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud (CDEIS) y que permitirá en tiempo real contar con información relevante para la gestión de los convenios docencia servicio de las Subredes.

- Autoevaluación de escenarios de práctica formativa: Desde la parte normativa el subproceso de docencia debe llevar a cabo las autoevaluaciones de los escenarios de práctica formativa de forma planificada. Es importante precisar que actualmente la Subred cuenta con 19 escenarios definidos y que de estos solo 5 han sido visitados por CONACES, correspondientes a: Unidad Occidente de Kennedy, Unidad Patio Bonito Tintal, Unidad Bosa II, Unidad de Fontibón - sede 25 y la unidad Abastos. El listado de escenarios se encuentra referenciado en el siguiente cuadro:

NÚMERO	UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	LOCALIDAD
1	BOSA CENTRO	BOSA
2	BOSA II	BOSA
3	OLARTE	BOSA
4	LAURELES	BOSA
5	PABLO VI	BOSA
6	51 ZONA FRANCA	FONTIBÓN
7	BOSTON	FONTIBÓN
8	CENTRO DÍA	FONTIBÓN
9	FONTIBÓN	FONTIBÓN
10	FLORALIA	KENNEDY
11	PATIO BONITO - TINTAL	KENNEDY
12	OCCIDENTE DE KENNEDY	KENNEDY
13	10 ABASTOS	KENNEDY
14	17 TRINIDAD GALÁN	PUENTE ARANDA
15	26 ALCALÁ MUZÚ	PUENTE ARANDA
16	30 BOMBEROS	KENNEDY
17	36 ASUNCION BOCHICA	PUENTE ARANDA
18	37 PIO XII	KENNEDY
19	63 ALQUERÍA	KENNEDY

Unidades Acreditadas con ICONTEC (Escenarios 1-5)

Unidad Pediátrica (Escenario 12)

Es importante aclarar que La Fundación Universitaria del Área Andina propuso para registro calificado del programa de enfermería las unidades Olarte, Laureles y Pablo VI para visita por CONACES, se está a la espera de la respuesta correspondiente por el Ministerio de Educación Nacional.

De enero a septiembre se les realizó autoevaluación a los escenarios de práctica Zona franca, Patio Bonito Tintal y la Unidad de Boston aplicando los estándares establecidos en el Acuerdo 000003 de 2003. La evidencia de la autoevaluación se encuentra en la Plataforma Almera a través del indicador “Porcentaje de cumplimiento de escenarios de práctica autoevaluados”. El resultado de este indicador es del 100%.

PLAN DE TRABAJO HOSPITAL UNIVERSITARIO

Con alcance a la meta 543 del Plan Distrital de Desarrollo (PDD) 2020-2024 donde se establece “Implementar las estrategias necesarias para el fortalecimiento inicial de un hospital por subred del Distrito de acuerdo a su nivel de complejidad como hospital universitario”, la Oficina de Gestión del Conocimiento en enero del 2021 diseñó un plan de trabajo enfocado al cumplimiento de los requisitos de la Resolución 3409, de 2012 para la Unidad Patio Bonito Tintal, Occidente de Kennedy y Unidad de Fontibón. Este plan cuenta actualmente con 128 actividades de las cuales, 71 corresponden al subproceso de docencia y 57 al subproceso de investigación. Estas actividades se monitorean trimestralmente a través de los indicadores que se encuentran disponibles en la plataforma Almera, de igual manera

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

se suben todas las evidencias para dar alcance al cumplimiento. El insumo para la creación del indicador fue el Acuerdo de Junta Directiva 198 de 2020 – Aprobación del Plan de desarrollo Institucional con sus indicadores - vigencia 2020-2024. El resultado de estos indicadores está al 100% a cuarto trimestre de 2021 evidenciados en la plataforma Almera.

Es importante precisar, que en junio de 2021 la Subsecretaria de Planeación Sectorial definió una matriz de plan de trabajo para el seguimiento de la meta distrital de Hospital Universitario la cual se encuentra estructurada para esta Subred con 8 componentes, 39 subcomponentes y 81 actividades de mejora definidas, el seguimiento se inició a partir de julio de 2021 donde se envía el estado de los resultados planificados y se hace presentación en reuniones programadas por la Subsecretaria de Planeación.

LOGROS. DESDE LA IMPLEMENTACION

- Se continuo para la vigencia 2021 con la participado en las mesas de trabajo de la Secretaria Distrital de Salud convocadas por el Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud (CDEIS) y las demás subredes, para la renegociación de los convenios docentes por Subred.
- Se estandarizo un proceso de entrega de notas a las instituciones de educaciones Superior, donde el estudiante consulta directamente a la Universidad el resultado obtenido en el periodo académico y la verificación de los documentos originales.
- Con la ley 1917 de 2018 que establece la Ley de residencias médicas y sus resoluciones reglamentarias se estableció un contrato especial para la práctica formativa de 73 residentes debidamente firmados y legalizados por las partes, adicional se les garantizo el pago de los exámenes ocupacionales, la inclusión ala Sistema de Seguridad y salud en el Trabajo y el suministro de los elementos de protección personal que requieren los residentes para el desarrollo de su práctica formativa dentro de la Subred.
- Frente a la inducción de estudiantes se estandarizo y monto en la plataforma Moodle los contenidos por módulos que tienen que ver con temas transversales de la Subred y que se hacen necesarios que los conozcan los estudiantes y docentes externos, dentro de los aspectos se encuentran: aspectos de plataforma estratégico, modelo integral de atención en Salud (MIAS), deberes y derechos, modelo de seguridad al paciente, humanización y todas las actividades que tienen que ver con seguridad y salud en el trabajo. Con ajuste continuo a recomendaciones de bioseguridad y uso de EPP durante la práctica formativa en el contexto de la pandemia por COVID y adicionalmente con alcance a disminuir condiciones inseguras asociadas a Infecciones asociadas a la atención en salud. Se incluye en esta inducción la ruta de investigación. Esta inducción es de carácter obligatorio, cual cuenta con una evaluación que debe ser superado como mínimo con el 80% y es prerrequisito para el ingreso a los escenarios de práctica en la Subred.

- Dentro de la relación docencia servicio, se implementó de una estructura de costos atribuibles que permite evaluar la retribución en materia económica dada por la rentabilidad o no, como resultado de la contraprestación pactada con las diferentes instituciones educativas, esta estructura ha sido aplicada a los convenios docencia servicio y algunos proyectos de investigación académica de la Subred.

LOGROS. DESDE EL RESULTADO.

Se realiza monitoreo de riesgos de la siguiente forma: se encuentra 3 riesgos disponibles en la plataforma Almera, a continuación, se encuentran referenciados los riesgos:

Incumplimiento de requisitos establecidos para el desarrollo de los proyectos de investigación (Monitoreo trimestral)

Cierre de escenarios de práctica formativa (Monitoreo trimestral)

Sobreocupación de la capacidad académica instalada en práctica simultánea. (Monitoreo trimestral a través de los comités docencia servicio y semestral en el levantamiento de la CAI en práctica simultánea semestral según periodo académico).

Las evidencias de los controles quedan al día soportadas en la plataforma ALMERA, dando cumplimiento al 100%.

ACCIONES TRABAJADAS DANDO ALCANCE A LA PANDEMIA POR COVID-19:

- Monitoreo de la contención de asistencia de estudiantes de todos los programas con excepción de internos y residentes, dando alcance a los lineamientos del Ministerio de Salud y SDS.
- Monitoreo de la entrega de EPP a los estudiantes en todos los servicios donde se encuentran rotando de forma coordinada con las Instituciones de Educación Superior.
- Monitoreo de aislamiento de estudiantes reportados como sospechosos o positivos para Covid- 19.
- Afianzamiento del seguimiento del uso y buen uso de los EPP.
- Reforzamiento de la adherencia a las buenas prácticas en seguridad del paciente e higiene de manos.

PLAN DE ACCIÓN ANUAL INSTITUCIONAL -PAAI

- a. Según el Acuerdo 198 de 2020 la Junta Directiva de la Subred aprobó el plan de desarrollo institucional 2020- 2024, para la Oficina de Gestión del Conocimiento fueron definidos 4 indicadores, 3 de ellos con alcance al cumplimiento desde la perspectiva de procesos internos- objetivo lograr reconocimiento como Hospital Universitario- meta estratégica a 2024 dar cumplimiento del 100% de las actividades proyectadas para reconocimiento como hospital universitario de la Unidad patio Bonito Tintal (Unidad priorizada para este reconocimiento) y para las unidades de Fontibón-sede 25 y Unidad Occidente de Kennedy, cabe aclarar, que desde el ejercicio de priorización la unidad definida inicialmente por la Subred para ser

postulada al reconocimiento como Hospital universitario fue la Unidad Patio Bonito Tintal, y finalizando el periodo 2021 (mes de noviembre) se da alcance al plan de hospital universitario, postulando de manera simultánea la USS FONTIBÓN (enviando plan a subsecretaria de planeación SDS en el mes de diciembre 2021) en este aspecto se viene trabajando la alineación al cumplimiento de los requisitos definidos en la Resolución 3409 de 2012.

- b. Por otra parte, en ese mismo acuerdo en la perspectiva de aprendizaje organizacional- objetivo fortalecer la gestión del conocimiento incluyendo docencia servicio, investigación- para a 2024 dar cumplimiento al 100% de las actividades proyectadas para certificar el centro de investigaciones en BPC. Para dar cumplimiento se viene alineando el Centro de investigaciones a los requisitos definidos en la Resolución 2378 de 2008.
- c. Los cuatro indicadores tienen un porcentaje de cumplimiento del 100%, la evidencia de este cumplimiento se encuentra en la plataforma Almera y es monitoreado por la Oficina de Desarrollo Institucional de forma trimestral.

Se encuentra ejecutado al 100% al cuarto trimestre de 2021. Hay algunos indicadores que al no ser resorte directo de la oficina de gestión del conocimiento aún no se cuenta con los datos del mes de septiembre, este indicador es el de eventos adversos.

- La Oficina de Gestión del Conocimiento ha liderado la revisión y ajuste de ciento cinco (126) anexos técnicos con las diferentes Instituciones Educativas y sus programas académicos, se cuenta con toda la información documentada y disponible a las Instituciones de Educación Superior a través del aplicativo Almera, mediante una clave y usuario individual por cada Institución Educativa.
- Adicional a lo anterior se viene trabajando simultáneamente con los anexos técnicos según el Acuerdo 153 de 2012, con las instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano (IETDH), todos los anexos técnicos firmados y avalados pueden ser consultados por las Instituciones de educación, profesores y estudiantes en nuestro aplicativo Almera.
- Se definió y se viene aplico una lista de chequeo con el fin de evaluar la delegación progresiva y la aplicación de prácticas seguras y uso y buen uso de los EPI por parte de los estudiantes, durante su rotación. . De esta herramienta hay tabulación y análisis de resultados subidos en la plataforma Almera y presentados a las Instituciones de Educación Superior en los comités docencia servicio.
- Se realizaron 51 comités con las instituciones educativas dando prioridad a las Instituciones de Educación Superior que contaron con rotación de estudiantes dando alcance a los lineamientos de la Secretaria Distrital de Salud que solo rotarían estudiantes del programa de medicina que se encontraran cursando su último año y los residentes de especialidades medico quirúrgicas. Y cumplimiento gradual de asignación de escenarios de

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

práctica formativa estudiantes de pregrado, de acuerdo al porcentaje de ocupación de UCI.

PRINCIPALES LOGROS

INVESTIGACION

Desde el enfoque

- Elaboración del Plan de Trabajo del Comité
- Planificación de cronograma del Comité de Ética en Investigación-CEI
- Levantamiento y actualización de la documentación relacionadas con elaboración de la herramienta de autoevaluación frente a los estándares de BPC del INVIMA.
- Revisión de la Resolución del Comité de Ética en Investigación de la Subred.
- Actualización del alcance, proceso, objetivo y desarrollo de la investigación en la Subred desde el manual de investigación.

Desde la implementación

- Ejecución de sesiones ordinarias de CEI.
- Elaboración y legalización de las actas producto de las reuniones.
- Evaluación, aprobación y seguimiento de proyectos de investigación.
- Autoevaluación de los estándares de BPC del INVIMA priorizados.
- Ejecución de actividades académicas para colaboradores de la Subred
- Capacitación de los miembros de Comité en temas relacionados.

Desde resultados

- Se presentaron 41 proyectos de investigación.
- Se definieron por producción académica 6 líneas de investigación.
- Se definieron por perfil académico y de producción científica 6 directores para las 6 líneas de investigación.
- Se ejecutaron 7 eventos (jornadas y simposios) académicas de investigación para colaboradores de la Subred, personal en formación, investigadores internos y externos. 1 curso de 4 sesiones
- Se realizaron 3 capacitaciones para miembros del CEI, investigadores, grupo de factibilidad.
- Se formalizaron 12 documentos con codificación por calidad y disponible en ALMERA.
- Se propone con documento formalizado y socializado en los comités docencia servicio la rotación electiva por investigación, así como la práctica formativa en investigación con semillero de investigación.
- Se postuló el grupo de investigación a la convocatoria 894 2021 de Minciencias para reconocimiento y categorización, logrando la vinculación de 55 investigadores de la Subred y la consolidación de 6 líneas de investigación.

PRINCIPALES DIFICULTADES

- Se encuentra en uso y ejecución como una herramienta el censo docente de la Subred, que permite consolidar y descargar información estadística, el cual se encuentra disponible en el aplicativo Almera, pero requiere tiempo en la captura de la información lo cual ha dificultado censar la totalidad de los docentes.
- Contar con el talento humano capacitado para fortalecer los procesos del centro de investigaciones.
- Lograr la verificación de requisitos de calidad, por la comisión intersectorial talento humano de los escenarios de práctica formativa de baja complejidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

- Se continúa el trabajo de manera coordinada con el proceso de calidad, seguridad del paciente, e infecciones asociadas a la atención en salud alineando los protocolos definidos para el manejo de Covid,19, con estudiantes pregrado, con los estudiantes del programa de medicina de último año y los estudiantes de residencias médico quirúrgicas.
- A pesar de la Pandemia producto del Covid.19 y la reorganización de los servicios en los escenarios de práctica formativa la Oficina continúa garantizando las condiciones de bienestar de la relación docencia servicio con las diferentes instituciones educativas en temas como solicitud de salones y auditorios para espacios académicos, asignación de lockers, asignación de ayudas audiovisuales, acceso a condiciones de alojamiento como alimentación (bonos Sodexo), áreas para descanso, carnetización de estudiantes, entre otros.
- Se tiene un trabajo articulado desde las oficinas de Tics, comunicaciones, calidad, subgerencia científica y corporativa, oficina jurídica, para el logro de la certificación de dos unidades Patio Bonito Tintal y Fontibón como Hospitales Universitarios.

RECOMENDACIÓN

- La oficina de Gestión del Conocimiento requiere de un rubro o partida presupuestal, con destinación para las actividades y procesos propios de las prácticas formativas discriminados así: recursos para inversión, mantenimiento de espacios para docencia, adquisición de equipos para apoyo a la docencia e investigación, espacios académicos para estudiantes, y recursos para mejorar las condiciones de bienestar entre otros.
- La Oficina debe continuar el trabajo articulado en las unidades definidas para ser certificadas como hospital Universitario dando alcance a las metas del Plan de Gobierno Distrital.

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

- La Oficina debe fortalecer los procesos de investigación con el fin de lograr la certificación en Buenas Prácticas Clínicas-BPC del Centro de investigaciones

3.6 COMUNICACIONES

La gestión de las comunicaciones hace parte de los procesos estratégicos de la Subred Sur Occidente, al brindar acompañamiento transversal y asesoría a los procesos misionales y de apoyo con el objetivo de implementar estrategias de comunicación que permitan la socialización efectiva y transparente de los logros y avances institucionales a los diferentes clientes (internos y externos), en el marco de una atención en salud centrada en el usuario.

Para este proceso, liderado por la Oficina Asesora de Comunicaciones se definió como alcance el de liderar y apoyar la ejecución de acciones de comunicación de acuerdo con los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud en pro del Sector Salud para la socialización de resultados de los diferentes procesos de la entidad a través de los canales de comunicación con que cuenta la Subred y sus públicos.

SUBPROCESOS DE COMUNICACIÓN

La gestión de las comunicaciones cuenta con dos subprocesos, comunicación interna y comunicación externa, los cuales se desarrollan de acuerdo con lo definido en la Política de comunicaciones (01-01-OD-0009 Política de comunicaciones V3), y el Manual de Comunicaciones (12-00-MA-0002 Manual de comunicaciones V7).

En la Política de Comunicaciones, actualizada el 29 de julio de 2021, se estableció para contribuir al:

- Fortalecimiento de la interacción de la entidad con las partes interesadas y la ciudadanía enfocada a la construcción de lo público y a la generación de confianza.
- Afianzamiento de la Imagen corporativa y reputación de la institución.
- Contribución a la transformación cultural y educación en asuntos de interés institucional.
- Desarrollo sostenible de estrategias de comunicación con impacto positivo en el Sector Salud en el marco del Modelo de Atención Integral Territorial – MAITE.

En julio de 2021, también se actualizó el Manual de Comunicaciones en el cual se definieron los públicos objetivos, los canales y estrategias de comunicación internas, externas y transversales.

Estrategias de comunicación interna

No.	Estrategia	Acción	Canal	Frecuencia
1	En Conexión con el Gerente	En la voz de la gerencia de la Subred Sur Occidente, se realiza pieza gráfica o de video con información para los colaboradores con temas de mejoramiento, avances, logros y/o SUA.ETC	Se socializa a través de los canales internos: Correo electrónico de la Subred Informa. Intranet Grupos de Chat	Mensual

2	Temas del Día	Se efectúa el diseño de un mailing o pieza gráfica con información de interés.	Correo electrónico de la Subred Informa.	Diario
3	Unidad Local Gerencial – ULG	Espacio gerencial en el que se socializan los logros, avances y retos institucionales.	Presencial o virtual	Según cronograma y disponibilidad gerencial
4	Unidades Locales de Comunicación – ULC	Espacio de comunicación y diálogo entre los líderes de proceso y sus equipos, en el que se tratan temas entorno a las competencias de cada proceso institucional.	Presencial	Mensual
5	Un café con el Gerente	Es un espacio informal en donde la Gerencia tiene línea directa con los colaboradores, en donde se conversan sobre temas de interés.	Presencial	Según cronograma
6	Unidad de Análisis Temático – UAT	Espacio organizado por los líderes de servicios para socializar temas científicos y técnicos conforme a cada disciplina	Presencial	Según cronograma (bimestral)

Estrategias de comunicación externas

No.	Estrategia	Propósito	Canal de publicación
1	Publicación en la Página web	Cumplimiento de publicaciones de acuerdo con la ley de transparencia.	Web
2	Desarrollo de sinergias y Campañas para redes sociales en articulación con la Secretaría Distrital de Salud	Diseño y elaboración de campañas relacionadas con los logros institucionales.	Redes Sociales
3	Publicación de Sinergias emitidas desde la Secretaría Distrital de Salud	Apoyar al sector salud en la divulgación de las sinergias diseñadas por la SDS	Redes Sociales
4	Visualización en medios de comunicación distrital y nacional	Generar noticias y gestionar su publicación en los medios de comunicación	Prensa – radio – televisión-medios digitales.
5	Visualización en Medios de Comunicación Comunitarios y/o alternativos	Participar en medios comunitarios y/o alternativos abordando diferentes temas de educación e información en salud o temas de interés para la comunidad.	Web, redes sociales, medios comunitarios y/o alternativos

Estrategias Transversales (Internas y externas)

No.	Estrategia	Acción	Canal	Frecuencia
1	Boletín Institucional Interno “SINTONÍZATE con la Subred Sur Occidente”	Se realiza el diseño de una revista virtual con temas de actualidad, avances en el SUA, SIG y demás programas.	Canales internos: intranet, correo, grupos de chat. Canales externos: página web, redes sociales.	Mensual

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

2	Boletín de la Mejora	Revista de digital y en video con temas de avances del SUA en la entidad	Canales internos: intranet, correo, grupos de chat. Canales externos: página web, redes sociales	Bimestral
----------	-----------------------------	--	---	-----------

INDICADORES

El proceso de gestión de las comunicaciones cuenta con seis (6) indicadores establecidos en Plan de Acción Anual (PAA), los cuales que miden la eficacia, eficiencia y efectividad de las estrategias de comunicación interna y externa. Durante este vigencia 2021 se cumplió las metas en su totalidad.

Categoría	Indicador	Código Indicador	Valor	Meta
Eficacia	Apropiación de la información canales de comunicación Subred Sur Occidente ESE	PAA 12 108	100%	72%
Eficiencia	Cumplimiento de las solicitudes de diseño y publicación Subred Sur Occidente E.S.E	PAA 12 109	100%	90%
	Cumplimiento a las solicitudes publicadas en el portal web para dar respuesta a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Subred Sur Occidente E.S.E	PAA 12 110	100%	100%
Efectividad	Percepción de la imagen institucional Subred Sur Occidente E.S.E	PAA 12 62	96%	70%
	Efectividad de las estrategias de comunicación Subred Sur Occidente ESE	PAAI 12 29	100%	94%
	Adherencia a las estrategia de comunicación internas Subred Sur Occidente E.S.E	PAA 12 61	100%	60%

Tabla – Indicadores en porcentaje del proceso estratégico Gestión de las Comunicaciones

PAA 12 108 - Apropiación de la información canales de comunicación Subred Sur Occidente ESE. Con la realización de la Encuesta Interna de Efectividad y Satisfacción de Comunicaciones, se concluyó que los encuestados reconocen los canales y estrategias de comunicación interna implementados por la entidad, siendo de mayor uso el WhatsApp, con el envío de información institucional a través de las listas de distribución y grupos de trabajo.

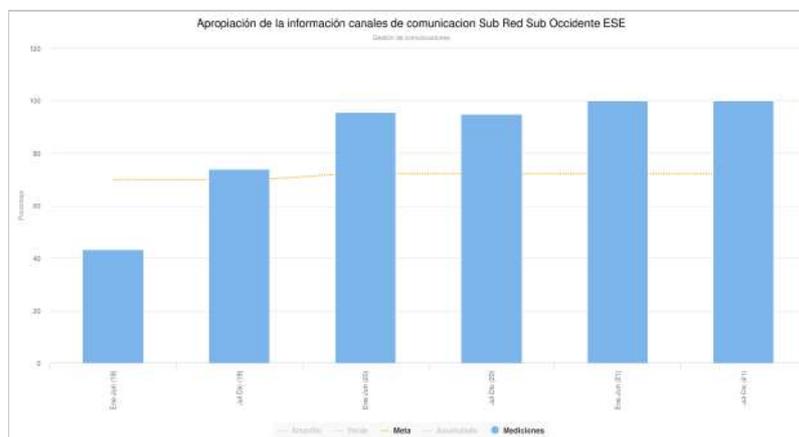


Gráfico 1 – Seguimiento a la apropiación de la información y canales de información vigencias 2019 a 2021

PAA 12 109. Cumplimiento de las solicitudes de diseño y publicación Subred Sur Occidente E.S.E. En 2021 la Oficina Asesora de Comunicaciones recibió 1,100 solicitudes de diseño de piezas gráficas informativas a través del aplicativo Mesa de Ayuda, de las cuales el 35,6% fueron solicitadas por la Dirección de Talento Humano para la promoción y pedagogía de sus procesos.

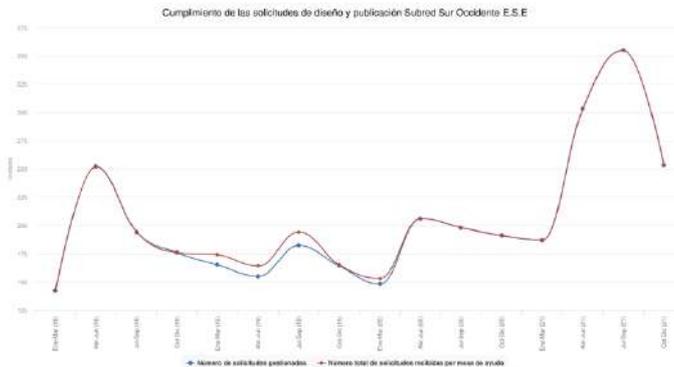


Gráfico 2 – Seguimiento al cumplimiento de solicitudes de diseño vigencias 2018 a 2021

PAA 12 110. Cumplimiento a las solicitudes publicadas en el portal web para dar respuesta a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Subred Sur Occidente E.S.E. Desde la Oficina Asesora de Comunicaciones se verificó la lista de chequeo de la Ley 1712 de 2014 y sus actualizaciones dando un cumplimiento a la misma, así mismo se cumplió con la publicación de las 464 solicitudes realizadas por otras áreas de la Subred.



Gráfico 3 – Seguimiento a las solicitudes publicadas en el portal web vigencia 2021

PAA 12 62. Percepción de la imagen institucional Subred Sur Occidente E.S.E Durante la vigencia se realizaron dos encuestas, una por cada semestre, para conocer la percepción de los usuarios sobre la Subred. En la primera encuesta participaron 548 usuarios, de los cuales el 85,77% manifestó tener una percepción positiva. Para el segundo semestre se incrementó la muestra, llegando a 795 usuarios, de los cuales 96,23% manifestaron tener una percepción positiva de la Subred.

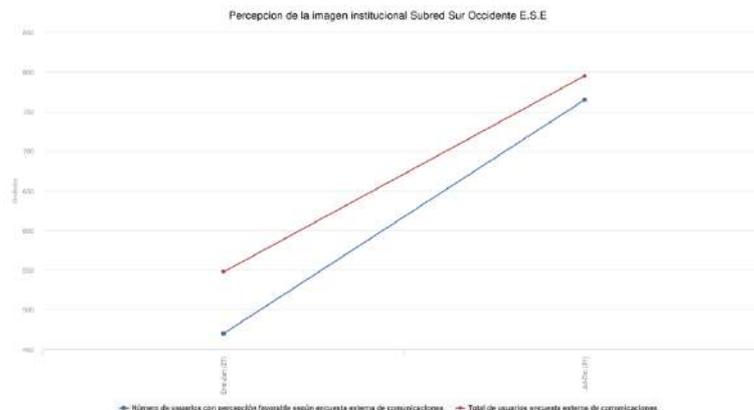


Gráfico 4 – Percepción de la imagen institucional vigencia 2021

PAAI 12 29. Efectividad de las estrategias de comunicación Subred Sur Occidente ESE En 2021 se realizaron dos encuestas internas para evaluar la efectividad de las estrategias de comunicación interna. Para el primer semestre, participaron 777 colaboradores, pertenecientes a 43 sedes administrativas y asistenciales, de los cuales el 94.42% manifestó que recibe información exacta, suficiente y oportuna. En el segundo semestre, la encuesta fue aplicada a 815 colaboradores, que prestan sus servicios en 47 sedes entre administrativas y asistenciales, de los cuales el la totalidad indicó que se encuentra satisfecho con la información divulgada.

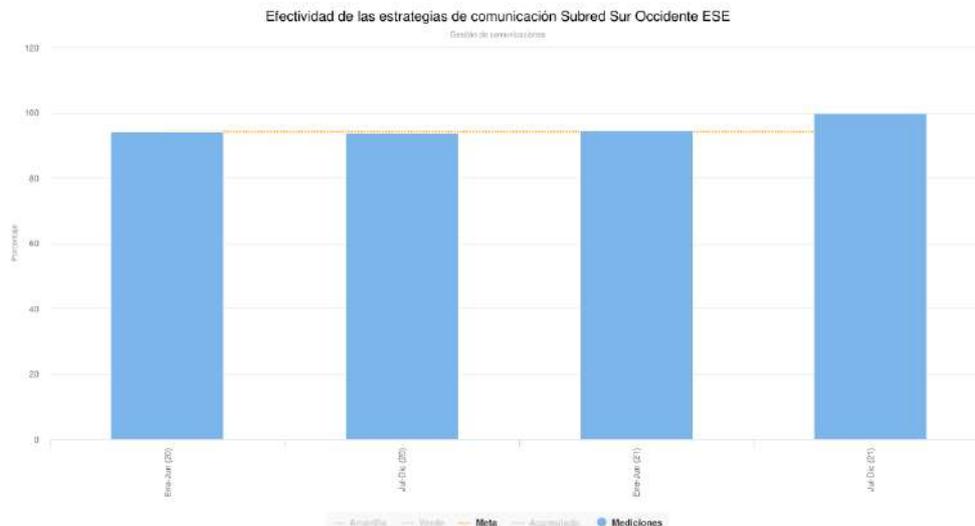


Gráfico 5 – Efectividad de las estrategias de comunicación vigencia 2021

PAA 12 61. Adherencia a las estrategia de comunicación internas Subred Sur Occidente E.S.E. Respecto a este indicador se encuestaron 1.592 colaboradores durante el 202, logrando adherencia 93.89% en el primer semestre y del 100% para el segundo semestre.

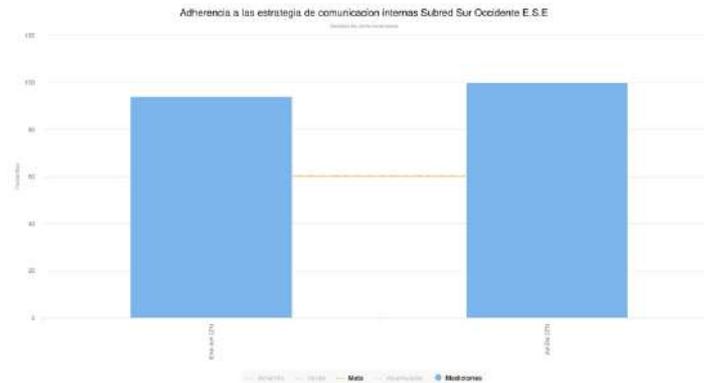
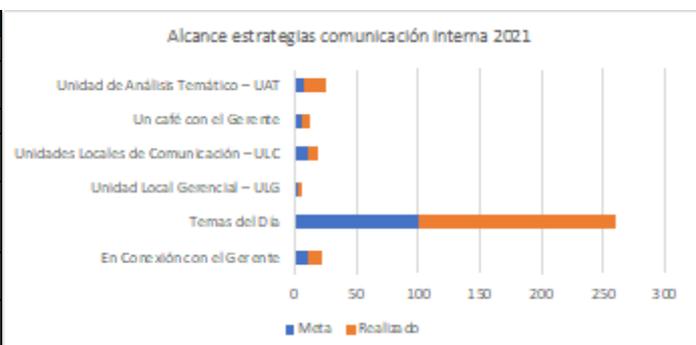


Gráfico 6 – Adherencia a las estrategias de comunicación internas vigencia 2021

PRINCIPALES LOGROS

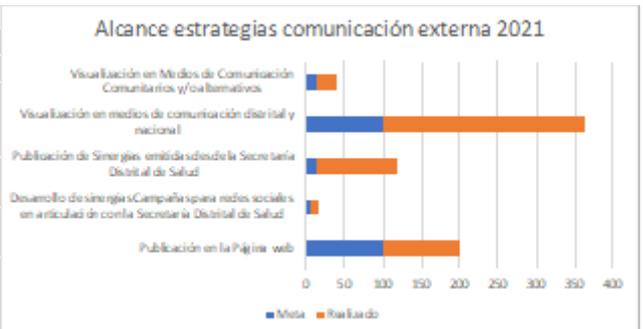
- Durante el 2021 se logró el cumplimiento de los indicadores del proceso de gestión de las comunicaciones en un promedio de 127%.
- Desarrollo de concurso interno para la creación del nuevo lema institucional para aportar a la transformación cultural de la Subred y promover el sentido de pertenencia entre los colaboradores. Como resultado se seleccionó como nuevo lema institucional “Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio”.
- Reactivar la estrategia Agentes PCI - Promotores de la Comunicación Institucional- conformado por líderes de sedes y de procesos que apoyan la divulgación de los temas y estrategias institucionales.
- Creación de las encuestas interna y externa para mediar la efectividad y adherencia de las estrategias de comunicación, así como la percepción institucional.
- En cuanto al desarrollo de las estrategias de comunicación interna, externa y transversales se logró un cumplimiento acumulado en el año de 208%. A continuación se presenta tabla de alcance de cada una de las estrategias de comunicación.

Estrategias Comunicación Interna 2021			
Estrategias	Meta	Realizado	Cumplimiento
En Conexión con el Gerente	10	11	110%
Temas del Día	100	160	160%
Unidad Local Gerencial – ULG	2	2	100%
Unidades Locales de Comunicación ULC	10	9	90%
Un café con el Gerente	5	6	120%
Unidad de Análisis Temático – UAT	8	17	213%



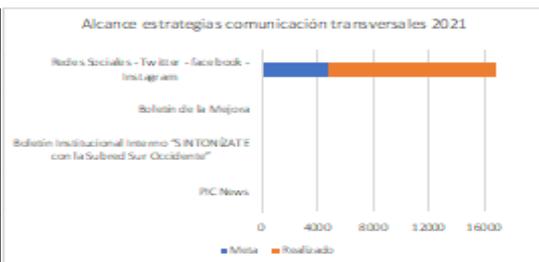
Entre las estrategias de comunicación interna se destaca la apropiación de este espacio por parte de los equipos asistenciales.

Estrategias Comunicación Externa 2021			
Estrategias	Meta	Realizado	% Cumplimiento
Publicación en la Página web	100	100	100%
Desarrollo de sinergias Campañas para redes sociales en articulación con la Secretaría Distrital de Salud	4	12	300%
Publicación de Sinergias emitidas desde la Secretaría Distrital de Salud	12	107	892%
Visualización en medios de comunicación distrital y nacional	100	265	265%
Visualización en Medios de Comunicación Comunitarios y/o alternativos	12	28	233%



Entre las estrategias de comunicación externa, se logró alta la presencia en medios distritales, nacionales e internacionales, destacándose publicaciones en medios de gran prestigio internacional como los son: New York Times, Reuters, Agencia EFE, Cadena china de noticias Xinhuanet en español; y en los más importantes medios de comunicación nacional como lo son: Semana, Noticias Caracol, Noticias RCN, El Tiempo, El Espectador, City Tv, Cablenoticias, entre otros.

Estrategia	Meta	Realizado	% Cumplimiento
PIC News	3	3	100%
Boletín Institucional Interno "SINTONÍZATE con la Subred Sur Occidente"	12	12	100%
Boletín de la Mejora	5	4	80%
Redes Sociales - Twitter - Facebook - Instagram (nuevos usuarios)	4713	12113	257%



Entre las estrategias de comunicación transversales se destaca el crecimiento de las redes sociales estimado en 5% cada trimestre, para un crecimiento de 20% al año, sin embargo, gracias a la estrategia de apoyo denominada Agentes PCI (Promotores de la Comunicación Institucional), a los contenidos relacionados con la pandemia por Covid – 19 y a publicar contenido más dinámico, se logró sobrepasar la meta en 257%.

PRINCIPALES DIFICULTADES

La página web de la Subred Sur Occidente sufrió una pérdida de información en el primer semestre de 2021, lo cual ocasionó demora en el cargue de la web por lo cual su tasa de rebote es cercana al 50%.

Se identificaron gran número de logotipos y distintivos de programas, áreas y estrategias, lo cual dificulta el posicionamiento de la imagen institucional.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

El proceso de gestión de las comunicaciones durante 2021 se transformó y actualizó para aportar estrategias que permitan la socialización efectiva y transparente de los logros y avances institucionales a los diferentes clientes (internos y externos), en el marco de una atención en salud centrada en el usuario. Además, la transformación

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

del proceso logró que se alcanzara el 100% de los indicadores y cumplimiento de las estrategias planteadas.

En ese sentido, para continuar por la senda del mejoramiento continuo se recomienda actualizar algunas de las estrategias de comunicación y hacer una revisión a las metas, especialmente de las internas. Otros de los temas para promover el sentimiento de pertenencia entre los colaboradores y mejorar el posicionamiento de la Subred, se requiere unificar la línea gráfica, promover el uso y vivencia del lema institucional y del personaje Surocsito.

4 GESTIÓN PROCESOS MISIONALES

4.1 GESTIÓN CLÍNICA DE URGENCIAS

La Subred Integrada Suroccidente ESE proyecta en su Plan de Desarrollo de la Subred Suroccidente en su Objetivo Institucional “Implementar su plataforma estratégica, en conjunto con los diferentes grupos de interés, que conlleve al mejoramiento de su calidad de vida...armonizado con EL PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE OBRAS PÚBLICAS DEL DISTRITO CAPITAL 2020-2024 “UN NUEVO CONTRATO SOCIAL Y AMBIENTAL PARA LA BOGOTÁ DEL SIGLO XXI”” y a nivel de la Gestión Clínica de Urgencias mediante tres subprocesos:

- Urgencias.
- CREAT (Central de referencia y atención de traslados).
- Atención domiciliaria (Covid).
- Atención Pre hospitalaria

Los comportamientos de los servicios de urgencias se describen a través de los siguientes factores claves para el cumplimiento de dicho objetivo:

- Producción de servicios.
- Indicadores de eficiencia.
- Indicadores de efectividad.

4.1.1 PRODUCCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS

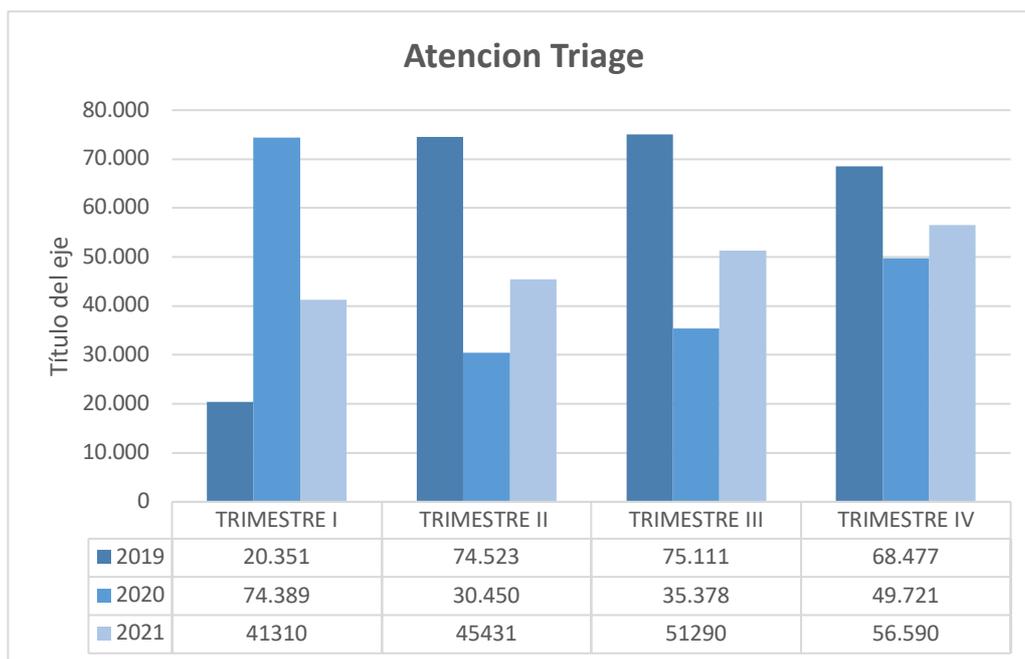
4.1.1.1 Atención de Triage

En los meses de enero a diciembre de 2021 se realizaron (194.621) atenciones de Triage presentándose una desviación negativa comparada con el año inmediatamente anterior del 2.5% (189.938), lo anterior obedece a las medidas tomadas por el Gobierno Nacional para la mitigación de los casos asociados a los picos pandémicos SARS COV -19; durante el mes de Diciembre se realizaron

(18.675) atenciones de Triage, evidenciándose una disminución del 1% (217) con 18.849 de atenciones de Triage comparado con el mes inmediatamente anterior, esto asociado al control del pico respiratorio.

Al observar el comportamiento de las atenciones de Triage de acuerdo a la complejidad en el mes de diciembre, 49% (9204) se atendió en la mediana, 25% baja (4789) y en la alta complejidad 26% (4682).

Grafica 6. Comportamiento general de atenciones Triage trimestral enero – diciembre 2019/2020/2021.



Fuente: Gerencia de la Información Subred Suroccidente

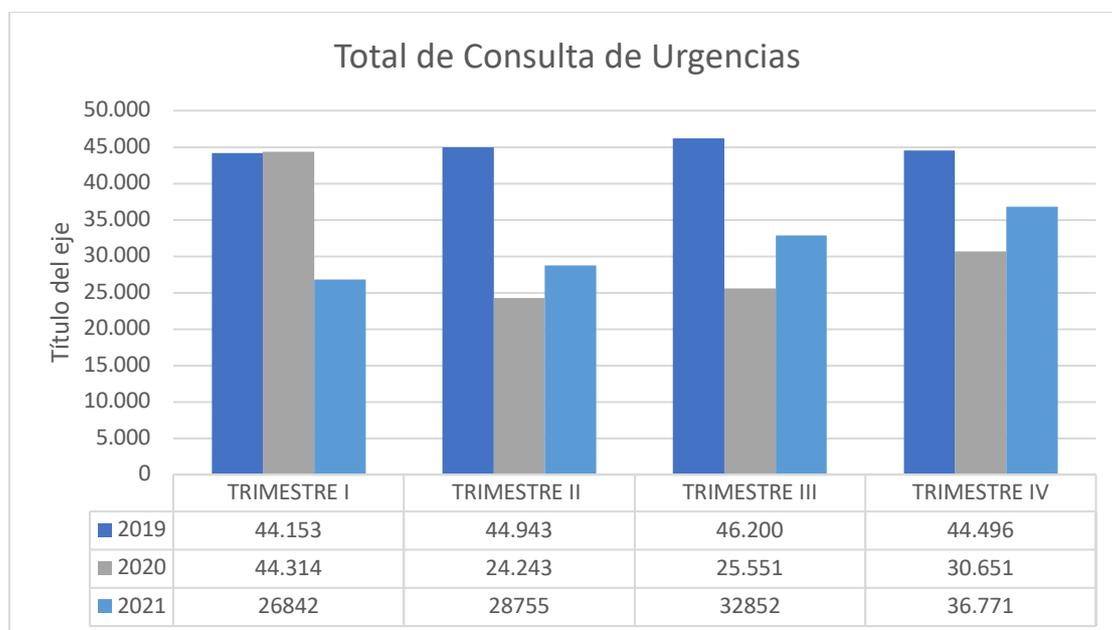
Del mes de enero a diciembre, las atenciones de Triage por las USS de acuerdo a la complejidad presentan el siguiente comportamiento: USS Kennedy se presentó la mayor demanda de usuarios 26% (50.159), USS Bosa 23% (43.916), USS Pablo VI 15% (28.135), Tintal 12% (23.931), USS 12% Fontibón (23.169), Patio Bonito 7% (12.650) y 6% (12.061) Trinidad Galán; evidenciándose al igual en el comportamiento de manera trimestral se observa que para el año 2020 el primer trimestre se prestaron 74.389 atenciones (53%) y en comparación al año 2021 se realizaron 41.310 atenciones (30%), con una desviación negativa en relación al primer y segundo trimestre del 2020 y por ende un aumento de estos mismos trimestres para el año 2021; En relación al cuarto trimestre se presentaron 56590 atenciones de Triage con un aumento de 5300 atenciones en comparación al trimestre inmediatamente anterior con 51.290 atenciones de Triage.

De las 194.621 atenciones en Triage de enero a diciembre de 2021, 62% (120.604) de los usuarios requirieron atención en el servicio de urgencias, el 3% fueron clasificados como Triage I (3.341) con atención inmediata, el 5% Triage II (6.651) atención antes de 30 minutos, Triage III 92% (110.974) atención en un tiempo no superior a 180 minutos y ayudas complementarias.

De las 73.675 atenciones direccionadas a servicios ambulatorios son los pacientes clasificados como Triage IV y V, correspondiendo al 34% del total de las atenciones, 91% (67.365) fueron Triage IV y 9% (6.289) Triage V, según el número de atenciones por complejidad se evidencia que en la alta complejidad se atendieron 26% (19.154) de Triage IV y V, en la baja complejidad 36% (26.567) y en la mediana complejidad el 38% (27.933) donde se concentró la mayor proporción de la demanda debido a su posición geográfica con aumento de población además con mayor proporción de pacientes que adulto y adulto joven con capacidad de pago y por ende incapacidades médicas.

Nota: Es importante aclarar que no se encuentra con la información del número total de citas asignadas para los pacientes de Triage IV para este ítem.

Gráfico 7. Comportamiento de Consulta de Urgencias trimestral de enero – diciembre 2019/2020/2021



Fuente: Gerencia de la Información Subred Suroccidente

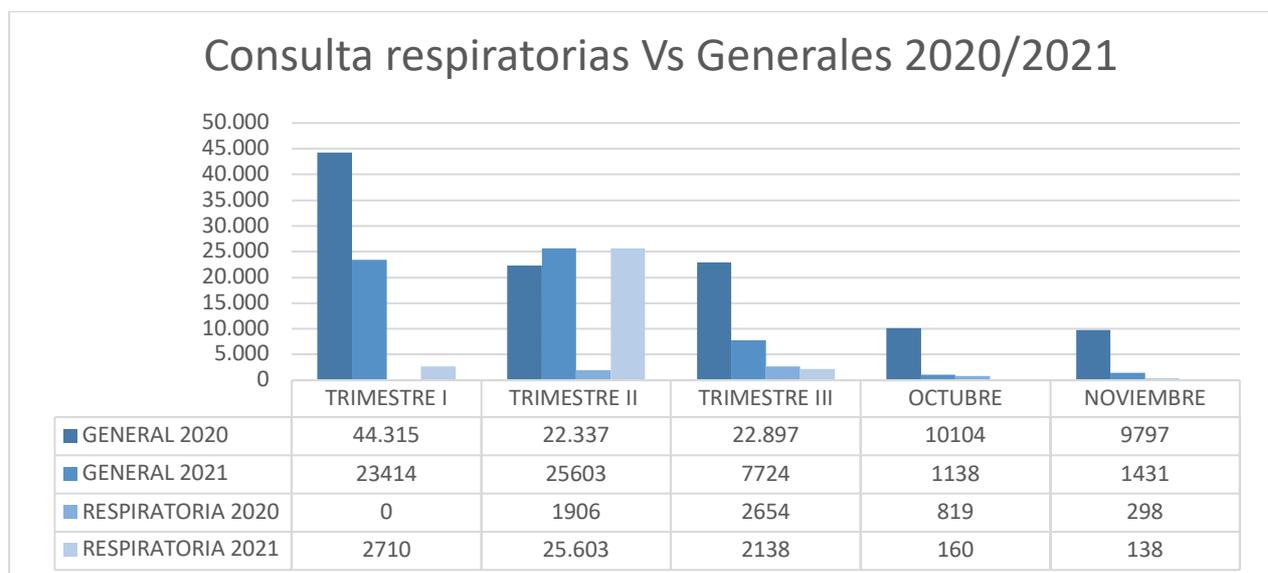
El comportamiento de las consultas de urgencias durante la vigencia de enero a diciembre de 2021 fue de (125.220) actividades, con una desviación negativa del 0.5% (461) actividades en relación al mismo periodo de 2020 (124.759), esto debido a la disminución de demanda de los servicios secundario a las medidas implementadas por el Gobierno Nacional por el curso actual de la pandemia. Sin embargo, durante el mes de diciembre de 2021 se realizaron 12.046 consultas de urgencias con una variación

positiva del 3% (1.873) en comparación al mes de diciembre del 2020 (10.173), esto reflejado en el aumento de la consulta de la población general, sin embargo, para el año 2019 se atendieron 13.886 para el mismo mes estableciendo su variación por

año; el número de consultas del primer trimestre del año 2021 en comparación al año anterior ha disminuido en un 17%(17.472), el comportamiento del primer y segundo trimestre en el año 2021 el número de las atenciones 61.607 ha presentado un aumento en relación con los mismo trimestre del año 2020 (49.794), para el IV trimestre del año 2021 se realizaron 36.771 consultas de urgencias.

A partir del mes de abril del 2020 se inició con la medición de las consultas generales vs respiratorias, con la parametrización de diagnóstico asociado a Covid 19; durante los meses de enero a diciembre de 2021 se realizaron 113.174 consultas en el servicio de urgencias; el 53% (59.310) corresponde a patologías generales y 27% (30.749) a patologías respiratorias. Su comportamiento de manera trimestral se evidencia que en relación del año 2020 al 2021 la disminución de casos por Covid-19, sin embargo para ambos años en el primer trimestre se presentaron 70.439 atenciones segundo trimestre 75.449 y tercer trimestre 35.413 se observa el pico más alto de enfermedades respiratorias vs generales para el primer trimestre del año 2020, con un número de atenciones 44.315. Específicamente en el mes de noviembre de 2021 se realizaron 1569 consultas respiratorias, 91% (1431) asociado a consultas generales y 9% (138) con diagnóstico sospechoso o confirmado para Covid 19, presentando una disminución del 4% (22) en el número de consultas asociadas a este diagnóstico en comparación al mes de octubre de 2021 (160) estableciendo que el número de pacientes con diagnóstico o sospechosos para Covid 19 ha disminuido desde el segundo trimestre del año en curso debido a las medidas tomadas por el gobierno para la mitigación de número de casos por Covid -19 además del aumento de la aplicación de las vacunas como fortalecimiento del perfil inmunológico de los pacientes. El número de ingreso por el diagnóstico Covid 19 se presenta en la USS Kennedy 34% (85), seguida por Patio Bonito Tintal con un 16 % (22), Fontibón 26 % (153), Bosa 11 % (15), Pablo VI 5 % (8), 1% Trinidad Galán (2) y Patio Bonito 6% (8), estableciendo.

Gráfico 8. Comportamiento de Consulta de Urgencias Generales VS Respiratoria trimestral 2020 / 2021



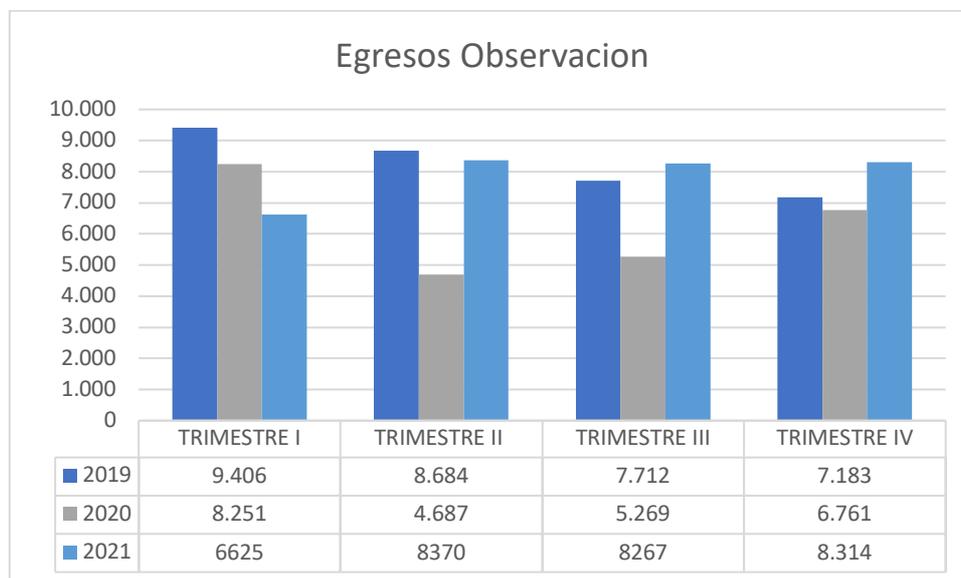
Fuente: Gerencia de la Información Subred Suroccidente

De las consultas realizadas en el mes de diciembre de 2021 (12.046), 79% (8.890) corresponden a consultas por medicina general, estas distribuidas de la siguiente manera: 70% (6263) general adultos, 19% (1726) general pediátrica y 24% (2162) consultas de medicina general en gestantes. El 21% (3.156) corresponden consultas por especialista, de ginecología 1391 (41%) y pediatría 1.765 (59%); esto asociado principalmente a patologías respiratorias y al fortalecimiento del desarrollo de las consultas por parte del especialista de pediatría en la unidad Tintal. Al analizar el comportamiento de las consultas por pagador se evidencia que la principal población atendida corresponde a EPS Subsidiada con un 57% (6861), EPS contributivo 24% (2.939), FFDS 15% (1.765) y otros pagadores 4% (481).

4.1.2 Atención en Sala de Observación de Urgencias

Los pacientes que requirieron manejo en Sala de Observación en el periodo de enero a diciembre de 2021 fueron 31.638 usuarios, con incremento del 21% (6.670) con relación al mismo periodo de la vigencia anterior 2020 (24.968) y en comparación con el 2019 (32982) disminuyó el número de atenciones con 1344, al comparar los Egresos a observación en el mes de diciembre (2.630) de 2021 con el mes de diciembre de 2020 (2.315) se evidencia una variación positiva del 12% (316).

Gráfica 9. Comportamiento de Observación Urgencias trimestral enero – diciembre 2019/2020/2021.



Fuente: Gerencia de la Información Subred Suroccidente

Del total de egresos en el mes de diciembre de 2021 en el servicio de urgencias (2.630), el 57% (1.476) corresponden a egresos de observaciones de urgencias adultos, 22%(568) corresponden a egresos de observación pediatría., 7% (190) egresos de hospitalización desde urgencias de medicina interna, 7% (202) especialidades quirúrgicas y (194) psiquiatría 7%; teniendo en cuenta la mayor proporción por trimestre se establece que el mayor número de egresos durante la vigencia 2021 es para el segundo trimestre con un número de egresos de 8.370 con

una disminución de 103 egresos con relación del mismo año para el tercer trimestre con 8267 egresos para el IV trimestre se observa 8314 egresos en observación.

Al revisar el promedio estancia de enero a diciembre del año 2021 en urgencias de los pacientes que tenían orden de hospitalización por especialidades y que terminaron siendo egresados por el servicio de Urgencias, se evidencia que los días estancia para psiquiatría (5.66) días, medicina interna (3,5) días y especialidades quirúrgicas (3,25) días, para el mes de diciembre en específico el promedio más alto de estancia para el servicio de urgencias fue para es los usuarios por el servicio de psiquiatría quienes tuvieron un promedio estancia de (4.7).

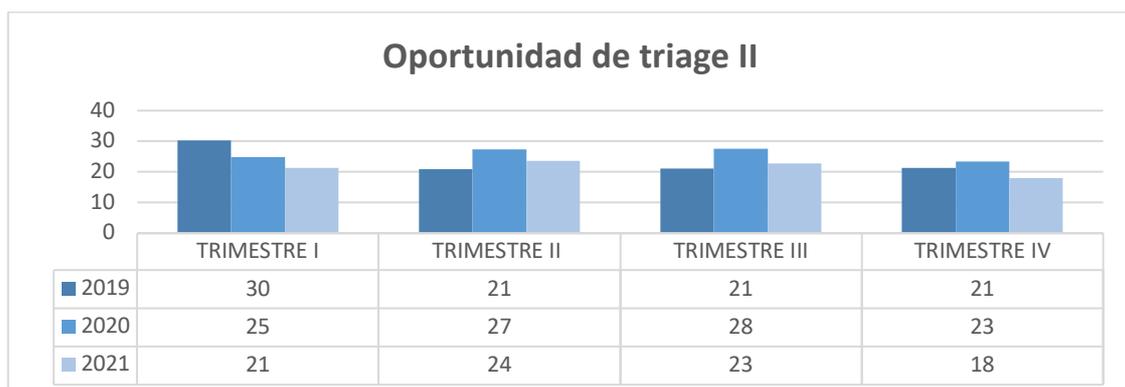
- **INDICADORES DE EFICIENCIA.**

- **Oportunidad de la Atención de Triage**

Meta: “Cumplir con los estándares de oportunidad establecidos en la norma y en el manual institucional en los servicios de urgencias”.

La oportunidad de la atención de Triage II durante los meses de enero a diciembre de 2021 fue de 22,42 minutos, evidenciándose un disminución en general de 3.38 minutos con relación al mismo periodo en el 2020 el cual fue de 25.8 min y para el año 2019 en el mismo periodo se evidencia un tiempo de 23.4 minutos en promedio manteniendo se dentro de los estándares establecidos; para el mes de diciembre de 2021 se evidencia un tiempo promedio de atención 15.5 minutos manteniendo el mismo tiempo para el mes de noviembre que fue de 15.6 minutos, Para el tercer trimestre del 2020 se evidencia un promedio de 28 minutos y para este mismo periodo del año 2021 su promedio es de 23 minutos, y para el cuarto trimestre de la misma vigencia se establece un promedio de 18 minutos, para tal fin se evidencia un cumplimiento del estándar establecido a nivel institucional, el cual es de 30 minutos, para dar cumplimiento a dicho indicador se realiza seguimiento e identificación de tiempos prolongados y validación de los registros de Triage semanalmente en articulación con gerencia de la información, lo que permite controlar las desviaciones y activar estrategias de descongestión del servicio y oportunidad en la atención.

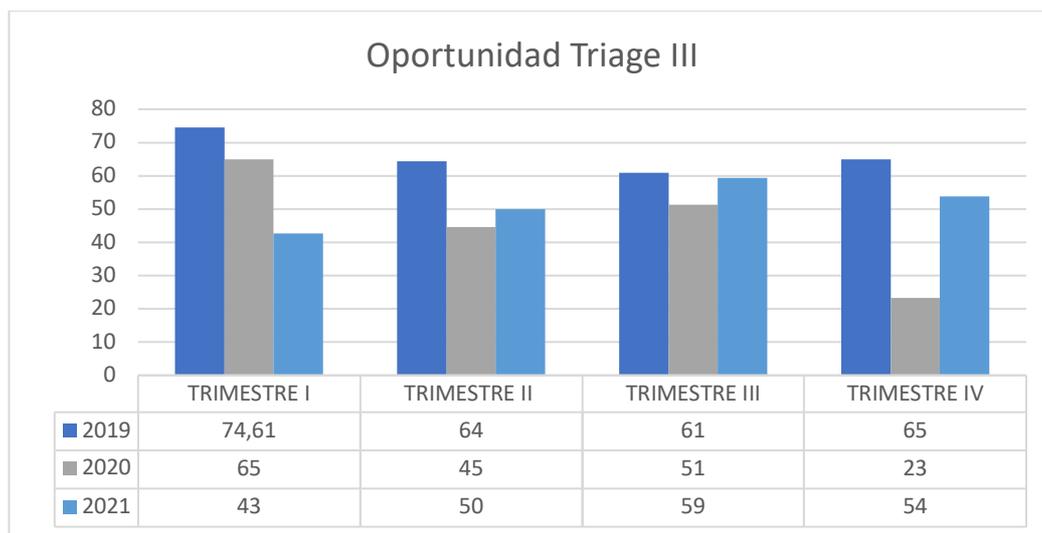
Gráfico 10. Comportamiento Oportunidad de Triage II trimestral de enero – diciembre 2019/2020/2021.



Fuente: Gerencia de la Información Subred Suroccidente

El comportamiento de Triage III es de 51 minutos durante los meses enero - noviembre de 2021, dando cumplimiento al estándar establecido de tiempo de espera para Triage III de 180 minutos; con una variación positiva en comparación al mismo periodo 2020 presentado un tiempo de atención para Triage III de 48 minutos; en el mes de noviembre de 2021 se presentó una oportunidad de 56 minutos evidenciándose una disminución de 4 minutos en comparación al mes de octubre (52), para el último trimestre del año 2021 se observa un promedio de 59 minutos, aunque se cumple con el estándar, se continua trabajando, en las estrategias implementadas a nivel institucional permitiendo así garantizar la oportunidad de Triage en paciente respiratorio y general tanto para los usuarios clasificados como Triage II y III.

Gráfico 11. Comportamiento Oportunidad de Triage III trimestral enero – noviembre 2019/2020/2021.



Fuente: Gerencia de la Información Subred Suroccidente

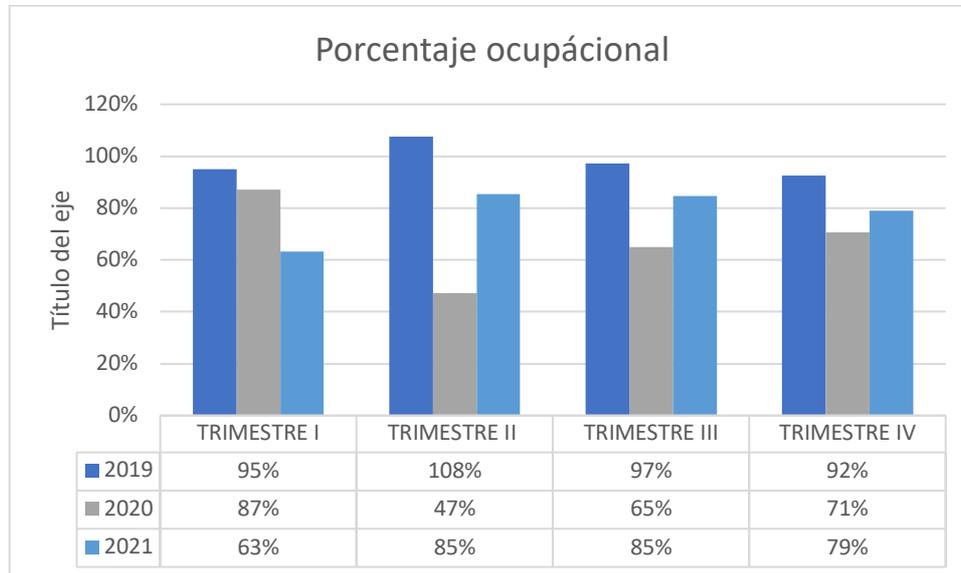
- **Porcentaje Ocupacional.**

Meta: Mantener la ocupación de los servicios de urgencias por debajo del 95% a nivel de la Subred para el periodo.

La ocupación en los servicios de urgencias durante el periodo de enero a diciembre del 2020 pasa 68% a un 78% para el año 2021, un aumento del 10%, para el año 2019 se estable un porcentaje de ocupación 98% en promedio en el mismo periodo evidenciándose una disminución en la ocupación anual, durante el mes de diciembre de 2021 se presenta una ocupación del 71% presentando una disminución del 7 % en comparación al mes de noviembre 78%.

estos datos son reportados a través de la plataforma SIRC tres veces al día,

Gráfica 12. Comportamiento de Porcentaje Ocupacional trimestral de enero – diciembre 2019/2020/2021



Fuente: Reporte SIRC

Con relación a la ocupación en el servicio de urgencias, se evidencia una ocupación global del 78%, siendo la unidad de Bosa la de mayor representación durante el mes de diciembre con una ocupación del 111%, seguido de las unidades de Kennedy 82%, Tintal con el 71%, Fontibón 63% y, esto debido control del pico por infecciones respiratorias respiratorio.

Mejoramiento de los indicadores de oportunidad de atención según la clasificación del Triage, porcentaje de ocupación, reingresos y oportunidad en la realización de trombólisis para el IAM en las 7 Unidades que tienen servicio de urgencia, descongestión del servicio y aumento de los niveles de resolutive de casos clínicos por parte del equipo de salud.

Revisión de la capacidad instalada, ajuste de los costos y monitoreo permanente a la contratación del proceso de Urgencias.

Revisión y seguimiento del sistema de Información del proceso de urgencias por Unidad el cual se ajustó, unifico e implemento (censo), monitoreo de los tiempos de atención el cual se hace seguimiento a través de Historia clínica sistematizada en tiempo real.

Respuesta efectiva a la Emergencia sanitaria y al primer pico respiratorio a través de la implementación de las rutas de atención al servicio de urgencias diferenciada al tipo de consulta de la población general o respiratoria; identificación de riesgo asegurando la etiqueta de tos; fortalecimiento de las competencias del personal, capacitación y seguimiento en el uso de EPP, articulación en la activación de CREAT y AMED Covid.

Acceso oportuno al servicio de urgencias, según la necesidad del paciente accediendo al nivel de complejidad y complementariedad requerida según su o sus patologías.

Estrategias

- Estrategia “el cuidado del paciente es de todos”, los Colaboradores permanentemente están monitoreando a los enfermos a nuestro cuidado y se les realiza seguimiento para definir conducta.
- El abordaje de los pacientes en el servicio de urgencias se hace con el paradigma de la dinámica de trabajo equipo. Es, un concepto colaborativo en el que las tareas asignadas se tratan en equipos de trabajo que lograrán un objetivo común: El cuidado y bienestar del paciente.
- Implementación de los equipos de trauma adulto y pediátrico para manejo de paciente con ACV a fin de obtener una respuesta rápida.
- Con el acompañamiento de las auxiliares de gestión del riesgo se hace un acompañamiento al paciente con el fin de priorizar la atención y pronta definición de conducta
- Fortalecimiento del proceso de atención del código ACV e IAM a través de las auditorias de autocontrol, para identificación de las desviaciones y correcciones de forma oportuna mejorando los procesos de atención.
- Atención a pacientes víctimas de violencia sexual antes de las 72 horas e integración a la R.I.A.
- Creación y gestión de planes de educación continuada.
- Garantizar la capacidad del talento humano en las unidades de servicios de urgencias.
- Creación de la estrategia para el manejo del dolor y adopción de la guía clínica de sedación para procedimientos.
- Conocimiento y experiencia por parte de los líderes y equipo de trabajo en los temas relacionados en el área de desempeño para cada unidad de servicio.
- Compromiso de los trabajadores y la alta capacidad de mejora continua.
- Altos niveles de persistencia y disciplina por parte de los colaboradores que permita cumplir con los requerimientos.
- Fortalecimiento en el proceso de planeación del servicio de urgencias garantizando la continuidad en la atención de los usuarios de acuerdo a las necesidades identificadas.
- Revisión y seguimiento del sistema de Información del proceso de urgencias por Unidad el cual se ajustó, unifico e implemento (censo), monitoreo de los tiempos de atención el cual se hace seguimiento a través de Historia clínica sistematizada en tiempo real, definimiento planes que permitan mantener los

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

tiempos de atención y la oportunidad del servicio y la disponibilidad de camas de hospitalarios para el servicio de urgencias.

- Se realizará auditorias de autocontrol de los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio para establecer adherencia a la guía y oportunidad en la atención.

Logros:

- Se contrataron 2 urgenciólogos para la unidad de Kennedy y se trasladó un urgenciólogo para la unidad de Bosa fortaleciendo así la respuesta en el servicio.
- Se contrata un urgenciólogo que prestará sus servicios a partir de septiembre en la unidad de Fontibón
- Se contrataron 8 Médicos Generales para el servicio de urgencias y 9 Auxiliares de enfermería, avanzando en lo proyectado para así completar la capacidad del talento humano en el servicio de urgencias.
- Se fortaleció el servicio de urgencias con la implementación y puesta en marcha del Hospital de campaña con una capacidad de 20 camillas.
- Se realizó el desarrollo del sistema de atención del ACV de la Subred Sur Occidente en conjunto con el servicio de neurología con el apoyo de Ángels, mediante un plan de capacitación en el manejo de ACV y la implementación de la estrategia de atención y evacuación inmediata a la unidad de Kennedy de los casos de ACV agudos. A partir del 13 de agosto se inició la operación del sistema logrando tener 3 casos atendidos a la fecha. Se proyectan 4 simulacros en las diferentes sedes y una reunión mensual para la evaluación de los avances y evolución del programa.
- Se fortalece el equipo de Talento humano con el curso de manejo de heridas con el acompañamiento y asesoría de CONVATEC.
- Fortalecimiento de los procesos prioritarios de cada una de las unidades de servicios de salud.
- Reingresos antes de las 72 menor al estándar, dado a la resolutivez del equipo de salud del servicio de urgencias.

CASOS DE VIOLENCIA EN URGENCIAS

La Subred Sur Occidente como parte del fortalecimiento y consolidación de la RÍAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas y como componente complementario de la atención, garantiza el acceso a todas las personas según el tipo de agresión, accidente o trauma y para esto tiene caracterizado los tipos de violencia así: 1. Violencia general (Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas) 2. Violencia sexual 3. Violencia relacionada con el conflicto armado 4. Ataque con ácido 5. Minas antipersona 6. Violencia intrafamiliar, para esto se realizan acciones articuladas desde los diferentes niveles atención de cada una de las Unidades de servicios de salud con

el fin de garantizar el abordaje integral garantizando la restitución de derechos vulnerados a través de atenciones integrales y humanizadas.

Las violencias de género son un problema de gran magnitud para el país con implicaciones de largo alcance para la salud de las víctimas, sus familias y la comunidad en general. A nivel individual tiene consecuencias severas a causa de las lesiones físicas, embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y resultados negativos en la salud mental como depresión, ansiedad, trastornos de alimentación y sueño, suicidio o intentos de suicidios, entre otros. En las familias afecta el bienestar psicosocial de los hijos e hijas. En las comunidades se legitima la violencia como mecanismo para resolver los conflictos. Además, las violencias de género producen costos para los sistemas de salud e implicaciones para el desarrollo económico del país.

Durante el periodo de enero a diciembre del 2021 se realizaron 125.220 consultas por urgencias de las cuales el 4.3% (5431) corresponden a atenciones asociados a agresiones o traumas con una variación de (369) casos en comparación al mismo periodo del año 2020 con 5800 atenciones, Dentro de las principales causas de violencia para el mes de diciembre se evidencia: violencia general con un 88% (543) Violencia Sexual 7% (42), Violencia Intrafamiliar 3% (18) y ataque con agente químico 0% (0). Durante el mes de diciembre de 2021 se presentaron 533 atenciones por urgencias con diagnostico asociado a violencia o maltrato.

Nota: Es importante aclarar que no se encuentra información del 2019 para este ítem.

Tabla 14. Causas de violencia enero-diciembre 2020/2021

CAUSA DE VIOLENCIA	DIAGNOSTICO	PRIMER TRIMESTRE 2020	PRIMER TRIMESTRE 2021	SEGUNDO TRIMESTRE 2020	SEGUNDO TRIMESTRE 2021	jul-20	jul-21	ago-20	ago-21	sep-20	sep-21	oct-20	oct-21	nov-20	nov-21	dic-20	dic-21
VIOLENCIA GENERAL	TRAUMATISMO	1914	1233	818	711	251	164	278	410	367	488	378	494	406	445	443	515
	ACCIDENTE DE TRANSITO	73	25	16	12	3	11	10	14	17	13	12	20	16	11	8	20
	AGRESION CON DISPARO	16	19	9	16	1	7	4	5	6	9	10	7	3	4	9	4
	AGRESION CON FUERZA CORPORAL	30	13	31	9	3	6	3	2	1	2	2	2	2	1	6	3
	AGRESION CON OBJETO CORTANTE	2	9	1	11	1	4	0	2	4	2	3	2	6	4	4	1
VIOLENCIA SEXUAL	ABUSO SEXUAL	127	109	81	66	33	50	41	47	40	65	53	41	49	37	31	42
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	VIOLENCIA FISICA	35	54	26	30	10	16	18	6	11	22	11	7	11	23	18	17
	MALTRATO	9	19	2	5	4	8	1	11	2	5	5	9	4	9	7	1
ATAQUE CON ACIDO	AGRESIÓN POR AGENTE QUIMICO	3	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL SUBRED		2209	1481	985	860	306	268	355	497	448	606	474	582	497	534	526	603

Al observar el número de ingresos al servicio de urgencias asociados a violencia por género se identifica en el mes de diciembre 2021, que el 44% (225) corresponden al género masculino y 56% (218) femenino; Para este mismo mes por el tipo de diagnóstico se evidencia con predominio en el número de atenciones del género masculino son los traumatismos con un 52% (312) y para el género femenino los traumatismos con un 31% (203) y violencia sexual en género femenino el 6% (35) y el 2% (7) para el género masculino.

- **Gestión Interna Rías AATV**

Se realizaron dos socializaciones para el mes de diciembre, la primera con el tema de Violencias Digitales con información general y basadas en género, en respectivo espacio se identifica en lista de asistencia a 68 participantes de los cuales 49 colaboradores equivalente al 72% realizaron el pre test y 19 colaboradores equivalente al 28 % el post test, obteniendo estrategia de mejora frente al proceso participativo de los colaboradores, así mismo, el fortalecimiento de espacios de conocimiento para prevenir, conocer e identificar usuarios víctimas o en riesgo de violencias.

La segunda, realizada por el equipo de la RIAS AATV, en compañía de las abogadas en turno de la Secretaría de la mujer-SDM con la temática de Violencias (¿Qué es la violencia? tipos de violencia, violencia contra la mujer, violencia intrafamiliar y violencia digital) además de tips cómo prevenir la violencias y directorio de líneas de orientación y emergencias, por lo que se deja folleto informativo de manera física y digital. En el Gráfico se evidencia que en unidad de servicios de salud Trinidad Galán 9 funcionarios, Uss Fontibón 28 funcionarios, Uss Tintal 10, Uss Patio bonito 8, Uss bosa 18, Caps. Pablo VI 13 y Uss Kennedy 39 funcionarios, para un total de 125 funcionarios de las respectivas áreas de urgencias y hospitalización como ginecoobstetricia y pediatría.

Gráfica 13. Comparativo de asistencia diciembre 2021



Fuente: Actas de socialización

Así mismo, se adjunta plan de capacitaciones planeadas para el año 2022, las cuales se realizarán en los espacios brindados desde las UAT y entornos de las

unidades de las unidades de urgencias, hospitalización y consulta externa de la Subred Sur Occidente.

Tabla 15. Plan de capacitaciones año 2022

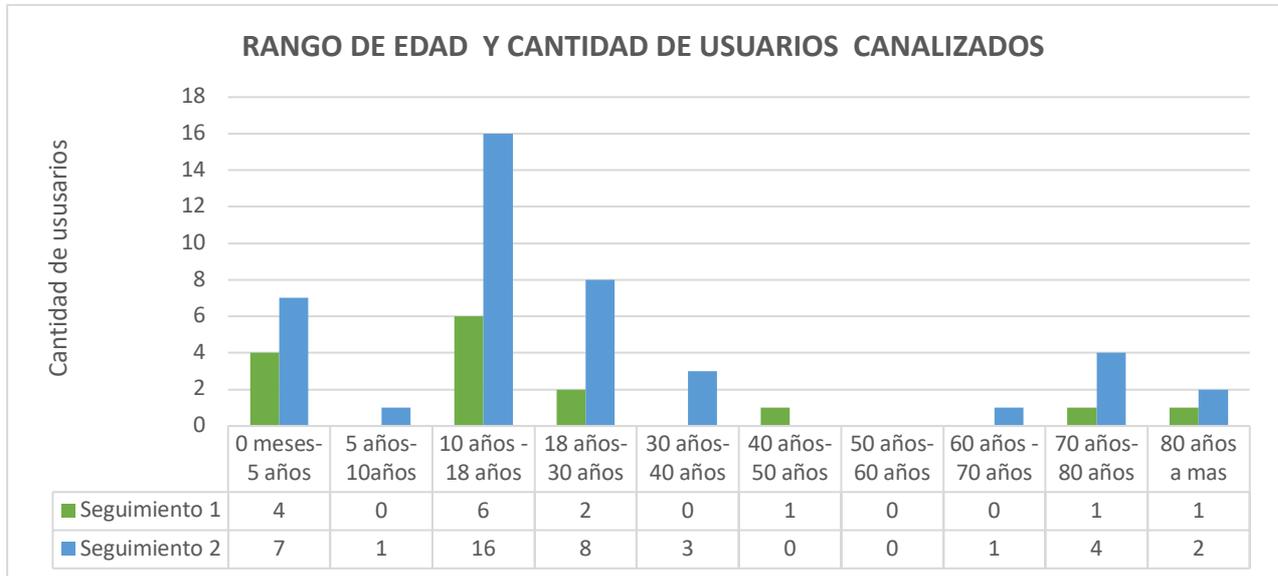
PLAN DE CAPACITACIONES RUTA VIOLENCIA - 2022												
TEMA	MES											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Maltrato infantil												
Violencia por conflicto armado												
Atención en crisis												
Violencia por ataque con agente químico: Resolución 4568 de 2014.												
Estrategias de salud sexual y reproductiva en adolescentes												
Fichas de notificación SIVIM, SISVECOS y SILVECE												
Feminicidio - tipos de violencia: principales características, factores causantes. Estrategia SDM												
Importancia de la Salud mental												
Comunicación asertiva y resolución de conflictos												
Prevención al uso de la pólvora y riesgo de quemaduras												
Desigualdad y exclusión por discapacidades												
Enfoque Diferencial												

Fuente RIAS AATV

Para el mes de diciembre, se realizaron dos seguimientos a usuarios canalizados de todos los grupos etarios que oscilaban desde los 9 meses a 93 años. El primer seguimiento aporta 15 usuarios correspondiente al 26% y el segundo 42 usuarios 74% para un total de 57 usuarios, población víctima y/o en riesgo de violencia, agresiones o traumas, afiliados a EAPB Capital Salud.

Se puede evidenciar en el gráfico, la población con ciclo vital desde los 4 meses de vida hasta los 93 años de edad, encontrándose un rango alto de usuarios en edad de 10 años a 18 años con un total 22 usuarios; a quienes se les asigna cita de acuerdo a la canalización con especialidades de medicina general, pediatría, psicología, trabajo social, odontología, entre otras; además a la clasificación dada como: persona víctima de violencia sexual, Persona víctima de violencia física / psicológica / negligencia -abandono y/o Personas en riesgo de hechos de violencia, agresiones o traumas.

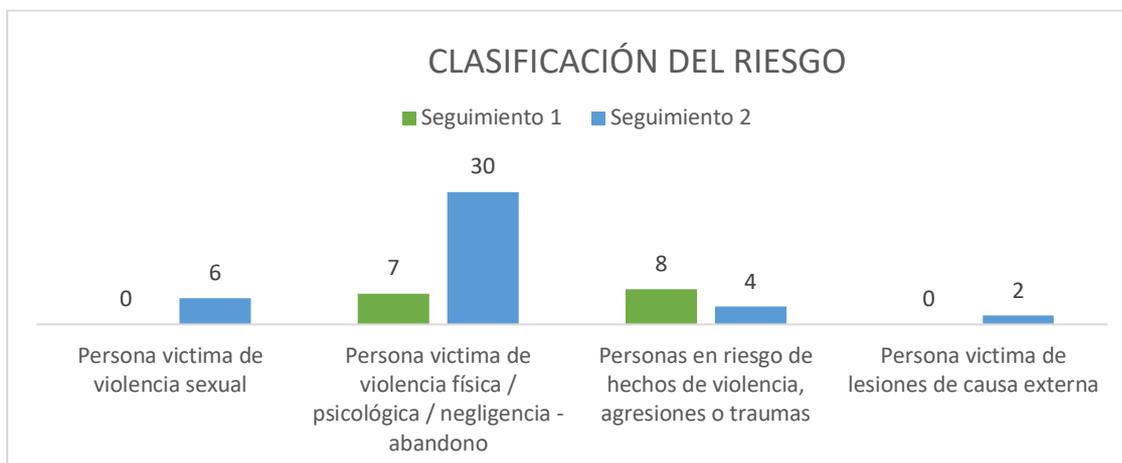
Gráfica 14. Comparativo atenciones según rango de edad diciembre 2021



Fuente: Base de datos protección específica y detecciones temprana de salud

De acuerdo a los 57 seguimientos realizados, estos llegan clasificados de cuatro maneras de acuerdo al riesgo, las cuales son: Persona víctima de violencia sexual con 6 usuarios del segundo seguimiento; Persona víctima de violencia física / psicológica / negligencia -abandono 7 casos (primer seguimiento) - 30 casos (segundo seguimiento); Personas en riesgo de hechos de violencia, agresiones o traumas con un total de 8 casos (primer seguimiento)- 4 casos (segundo seguimiento) y Persona víctima de lesiones externas 2 casos registrados en el segundo seguimiento. El riesgo con mayor registro es de Persona víctima de violencia física / psicológica / negligencia -abandono con un total de 37 usuarios.

Gráfica 15. Comparativa clasificación del riesgo vs seguimiento diciembre 2021



Fuente: Base de datos protección específica y detección temprana de salud

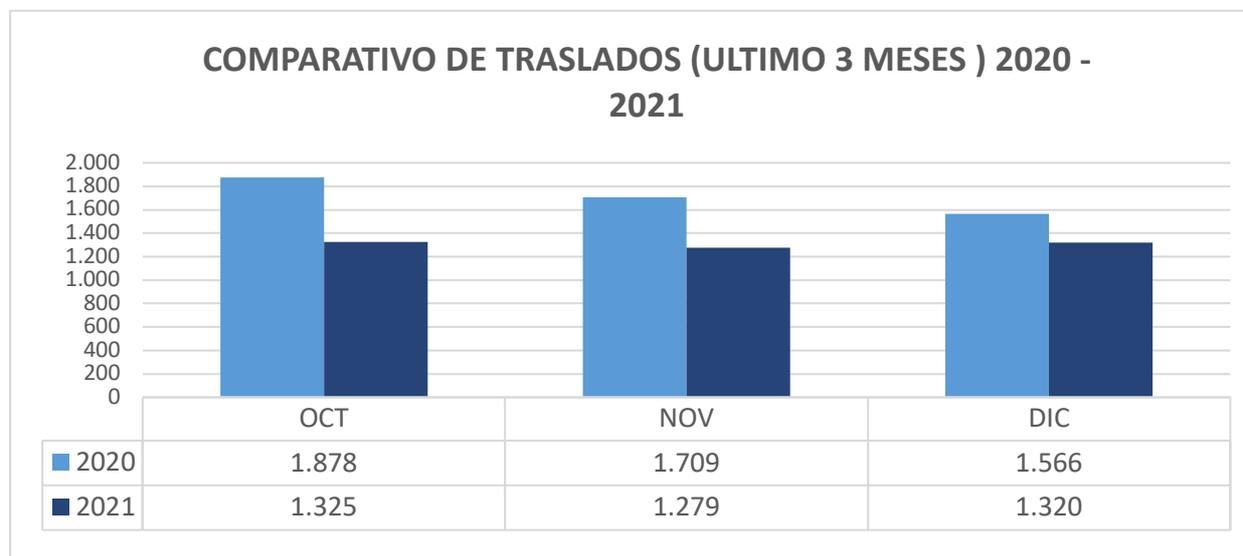
Para el seguimiento correspondientes con 57 usuarios canalizados, se encuentra relacionado con el grupo poblacional víctima del conflicto armado, el cual cuenta con 2 usuario en el primer seguimiento y 3 en el segundo, quienes aceptan la asignación correspondiente a las especialidades de medicina general, psicología, psiquiatría, entre otras, garantizando el acceso a la salud y minimizando barreras de acceso.

4.1.2 Producción CREAT

- **Gestión Interna de Traslados**

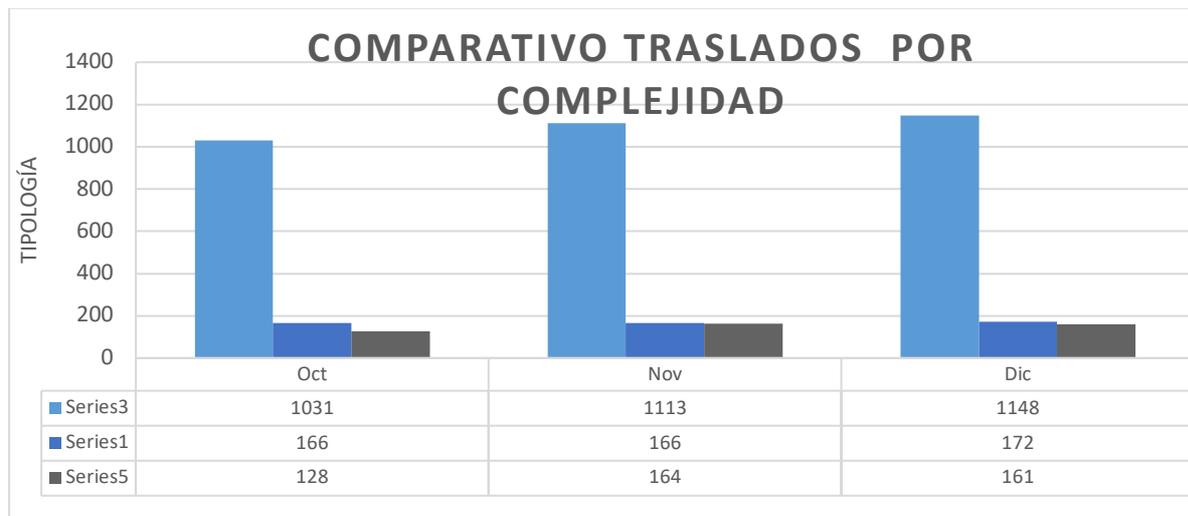
Durante el mes de diciembre 2021 (4to trimestre), el comportamiento de los traslados internos (1320) refleja un aumento del volumen respecto al mes precedentes dentro del mismo año, Igualmente se evidencia una disminución en comparación al volumen de mismo mes del año inmediatamente anterior (1566), estos volúmenes al igual que todos los meses, se dan por los traslados necesarios de Interconsultas, Apoyo Dx y remisiones internas desde los primeros niveles , manteniéndose eso si la tendencia a la disminución de los pacientes con Dx o sospecha por Covid-19.

Gráfica 16. Comparativo de traslados octubre – diciembre 2020/2021



Fuente: Base de datos CREAT.

Gráfica 17. Comparativo de traslados por complejidad septiembre-octubre – noviembre 2021



Fuente: Base de Datos CREAT

En noviembre del 2021 el número de traslados básicos correspondió a un 87% del total de traslados (1113), y un 13% de traslados medicalizados (166).

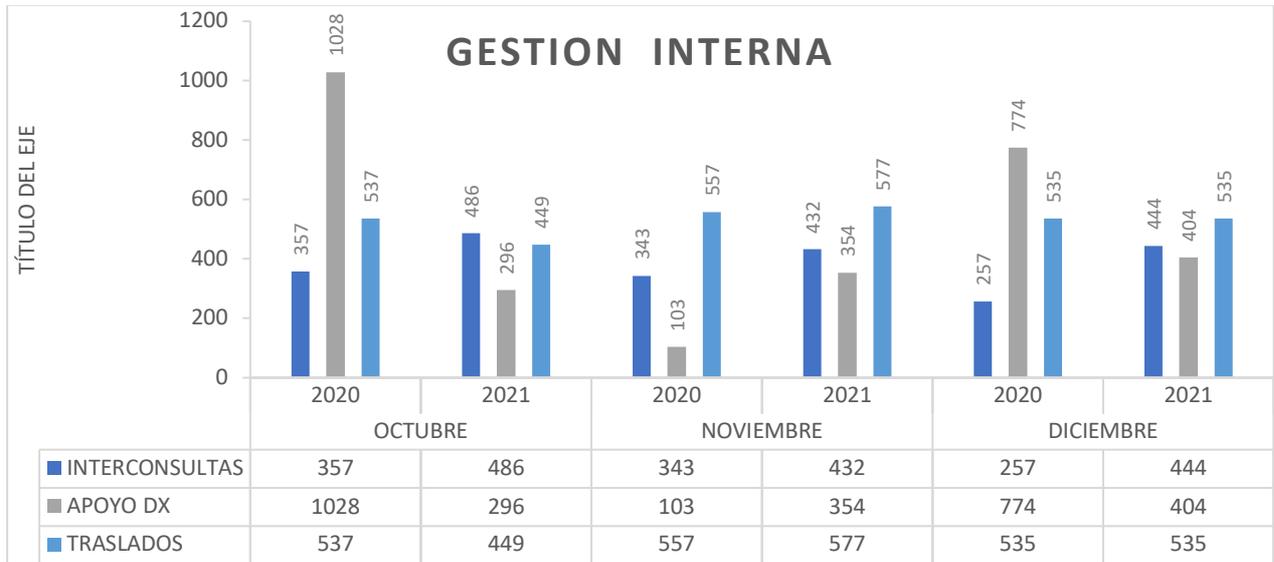
En relación a los traslados fallidos (164) mostro un aumento en comparación al mes del inmediatamente anterior, cuyas causas principales son el cambio de la condición clínica del paciente, egreso del paciente, no preparación para exámenes y cancelación del traslado sin aviso a la CREAT.

- **Gestión Interna**

En diciembre del 2021 el número de traslados básicos correspondió a un 87% del total de traslados (1113), y un 13% de traslados medicalizados (172).

En relación a los traslados fallidos (161) se mostró en misma cantidad en comparación al mes del inmediatamente anterior, cuyas causas principales son el cambio de la condición clínica del paciente, egreso del paciente, no preparación para exámenes y cancelación del traslado sin aviso a la CREAT.

Gráfica 18. Comparativo de gestión interna de traslados octubre - diciembre 2021



Fuente: Base de Datos CREAT

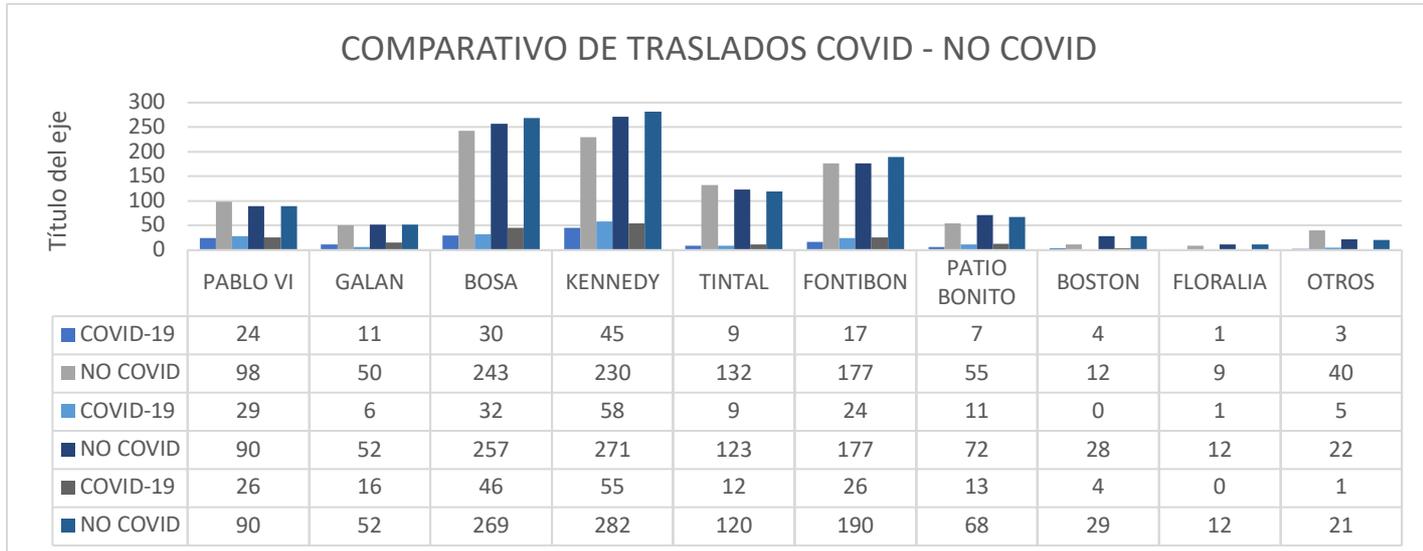
Gráfica 19. Comparativo de gestión interna de acuerdo a la complejidad octubre - diciembre 2021



Traslados Covid/ no Covid

En relación a los pacientes COVID-19, en el mes de diciembre 2021 Se presentó un leve aumento en el número de traslados de pacientes COVID.

Gráfica 20. Comparativo de traslados Covid- No Covid diciembre 2021



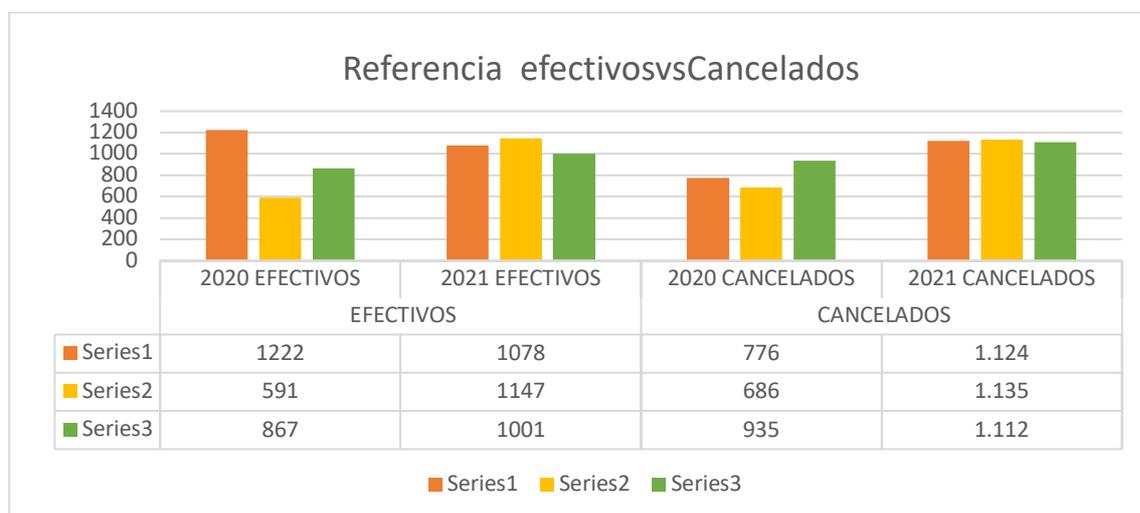
Fuente: Base de Datos CREAT

- Gestión de Referencia y Contrarreferencia**

En el periodo de diciembre 2021 se gestionaron 2147 trámites de referencia en toda la subred, con una efectividad del 48 de efectividad. Igualmente se mantiene el número de cancelación de las remisiones.

Dentro de las causas de cancelación de las remisiones se encuentran las cancelaciones de las remisiones por ubicación del paciente en la subred, Mejoría del Paciente entre otras

Gráfica 21. Comparativo de referencia de efectivos y cancelado diciembre 2021



	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

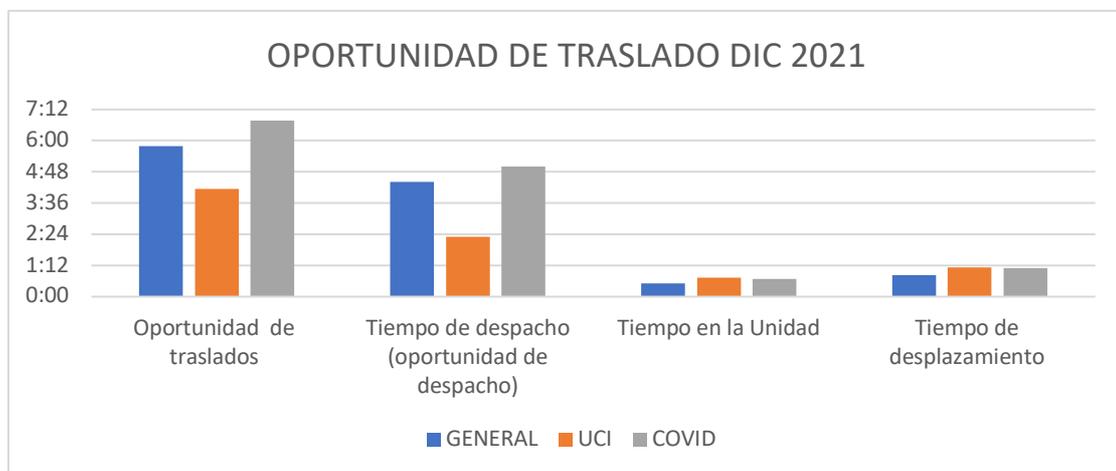
Fuente: Base de Datos CREAT

- **Indicadores de Eficiencia -Efectividad**

Para el mes de diciembre 2021, a pesar que el número de moviles continua en menor cantidad se mantienen los tiempos de traslados establecidos aun con leve disminucion de los mismos.

Es importante mencionar que para la generación de la Oportunidad se toman datos de las especialidades con las cuales contamos 24 horas

Gráfica 22. Oportunidad de traslados internos noviembre 2021



Fuente: Base de Datos CREAT

4.1.3 PRODUCCIÓN AMED

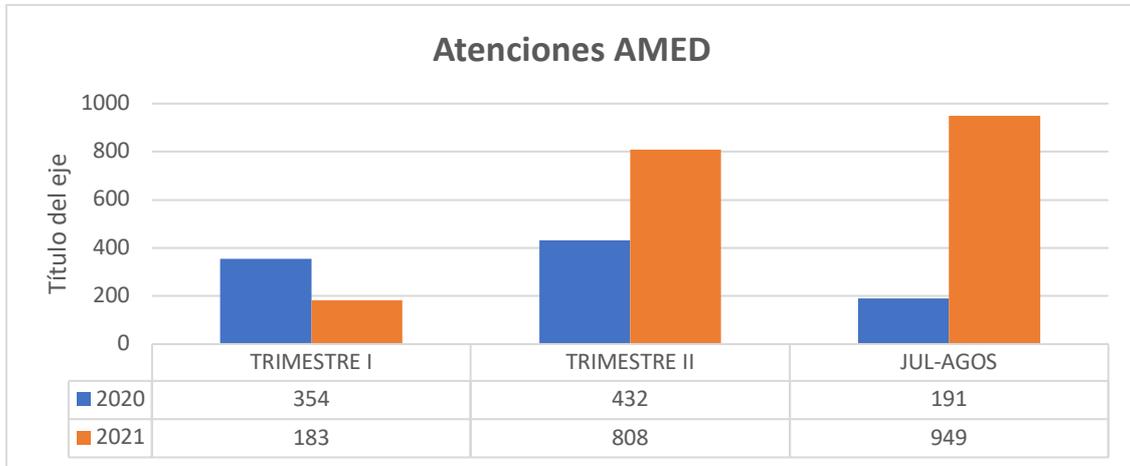
- **AMED**

El Programa de atención domiciliaria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, busco dar continuidad a la atención integral de los pacientes desde su domicilio; impactando en la calidad de vida, a través de la adherencia al tratamiento y la articulación con las RIAS.

Durante la vigencia 2021 se implementó el programa con un equipo base (establecido por médico, enfermero jefe y trabajadora social) y un equipo de apoyo conformado por diferentes disciplinas. De igual manera en el mes de agosto y con la completitud del personal se logró la adherencia a las diferentes rutas.

En relación al mes de agosto tuvimos 75 pacientes en extensión hospitalaria con 2353 actividades, para el mismo mes el total de las atenciones 493 para el último bimestre del año 2021 se realizaron 949 atenciones, con un cierre total de 1940 para el mismo año, teniendo en cuenta que el convenio Amed finalizo para el mes de agosto.

Grafica 23. Producción Programa de atención medica domiciliaria 2020/2021.



Fuente: Programa de Atención Médica Domiciliaria

Para la línea de atención de rutas, en el mes de agosto se fortaleció la operación de la totalidad de las 4 rutas crónicas (153), morbilidad materna extrema (25), Ruta EPOC (80) y Ruta de Salud Mental (160), esta última ruta es importante mencionar que se trabajaba de manera coordinada con capital salud en la asignación de paquetes de salud mental (paciente en crisis y paquete de violencia).

Nota: Es importante aclarar que no se encuentra información del 2019 para este ítem.

Tabla 16. Comparativo de número de atenciones AMED enero- agosto 2021

AÑO 2021	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
TOTAL ACTIVIDADES ALTA TEMPRANA	950	1212	1909	1836	1800	1608	1949	2353
PACIENTES INGRESADOS DE ALTA	40	32	37	40	44	45	41	75
CRONICOS	11	9	48	79	116	134	162	153
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	6	0	0	0	8	28	28	25
INTERINSTITUCIONAL	0	0	0	0	0	0	0	0
UNIDAD RENAL	0	0	0	0	0	0	0	0
RUTA DE EPOC	0	0	0	36	39	30	75	80
RUTA DE SALUD MENTAL	0	0	0	107	63	39	132	160
TOTAL DE ACTIVIDADES DE PROGRAMA DE ATENCION MEDICO DOMICILIARIO	57	41	85	262	270	276	438	493

Fuente: Programa de Atención Médica Domiciliaria

Para el mes de agosto dentro de las actividades a mencionar tuvimos 12 pacientes en clínica de heridas y 12 pacientes en terapia puente, se presentaron algunas dificultades en la prestación del servicio dada la notificación de terminación del convenio lo que desde el 25 de agosto no se aceptaron pacientes al programa.

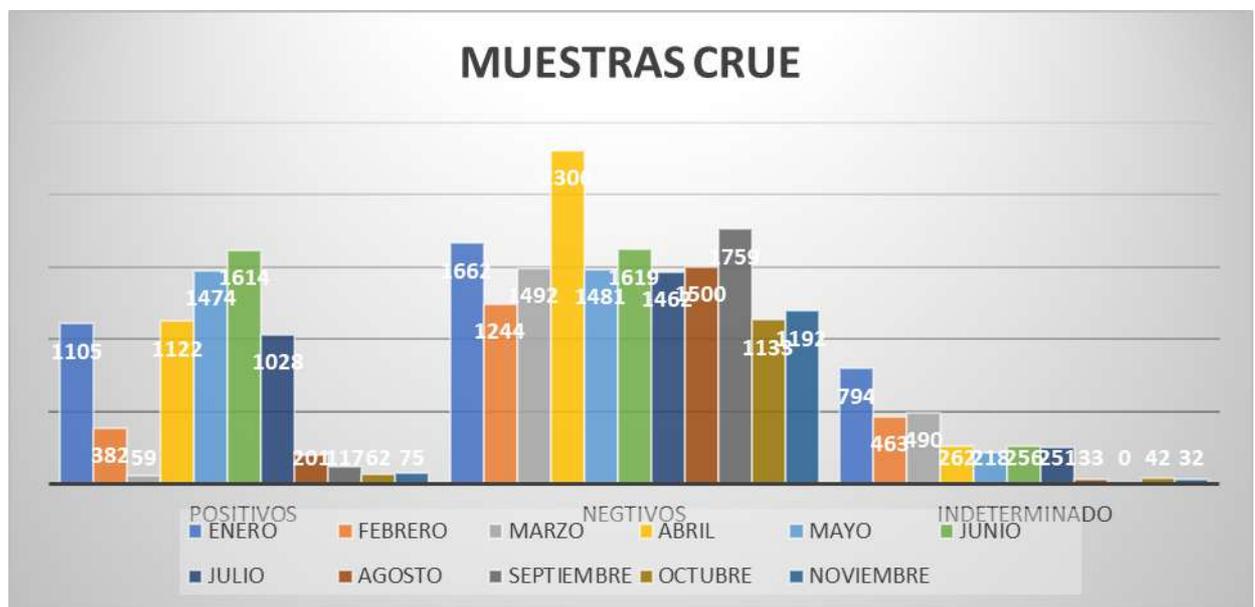
Nota: El convenio Amed finalizó el 29 de Agosto de 2021.

- AMED COVID**

Para el mes de diciembre inicio un leve aumento en relación a los dos meses anteriores, iniciando la última semana de diciembre 234 para un 15% de aumento.

Para el mes de diciembre del año 2021, se tomaron 1533, con muestras positivas 126 siendo el 8% aumentando 2 puntos del mes inmediatamente anterior, negativas 1114 (72%) e indeterminadas o pendientes resultados 293 un 19% del total de muestras tomadas, estas últimas se aumentaron dadas la gran cantidad de muestras tomadas los últimos 4 días.

Grafica 24. Muestras tomadas Subred-AMED COVID 2021



A continuación, presentamos indicadores del mes de Diciembre donde se evidencia un aumento de valoraciones en un 15% (N=1450) siendo coherentes estos dos últimos meses en los que se aumentó el seguimiento damos continuidad este último mes del año con aumento de seguimientos en un 30% (N=6984), de igual manera se aumentaron las teleconsultas en un 24% (N=385) en relación al mes inmediatamente anterior.

Tabla 17. Comparativo de número de atenciones AMED abril- diciembre 2021

convenio	19-30 ABRIL	Mayo	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS EFECTIVAS	1765	1464	2902	1151	1683	533	1099	1220	1450
VISITAS DOMICILIARIAS FALLIDAS	116	203	647	153	303	84	165	150	169
CONSULTAS DE PRIMERA VEZ	670	1464	1371	1149	660	529	426	372	255

CONSULTAS DE CONTROL REALIZADAS	46	55	38	2	93	7	2	0	4
SEGUIMIENTOS TELEFONICOS REALIZADOS	485	2338	1666	2602	1682	5361	2774	4882	6984
MUESTRAS DE LABORATORIO TOMADO (HISOPADOS) SIN CONTAR MUESTRAS REPETIDAS	1758	3173	3489	2741	1782	1876	1237	1299	1533
PACIENTES ACTUALMENTE EN SEGUIMIENTO (total menos SOLO MUESTRAS y EGRESOS)	1674	2605	5017	2328	2420	48	2504	6	3550
EGRESOS	1258	4949	4903	6607	7760	8138	2904	2763	1630
TELECONSULTA EFECTIVA	1068	2251	2179	2653	3334	2093	1302	1185	1570
TELECONSULTA FALLIDA	466	718	640	1184	1030	597	371	320	340
TOTAL ACTIVIDADES REALIZADAS A LA FECHA	9306	19220	22852	20570	20269	19266	10622	12197	17485

Fuente: Base de Datos SDS SIDCRUE

Nota: Es importante aclarar que la información para realizar el análisis aplicado a Amed Covid la fuente de información es la secretaria de salud base de datos SIDCRUE.

4.1.4 ATENCION PREHOSPITALARIA

Objeto del convenio

“Aunar esfuerzos con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, para el fortalecimiento a la gestión integral de la Atención Inicial de Urgencias, en el marco de la respuesta sanitaria a las Urgencias, Emergencias y Desastres en el ámbito extrahospitalario - APH del Distrito Capital con prestadores públicos o privados como parte integral del Sistema de Emergencias Médicas - SEM.”

Gestión interna APH

Durante el periodo comprendido del 01 al 30 de noviembre de 2021 se realizó un proceso operativo de la siguiente manera con el objetivo de unir trabajos y así dar alcance a los objetivos establecidos en el convenio y obtener resultados positivos en la productividad.

- Se prestó el servicio de Ambulancia para el Programa de Atención Prehospitalaria según los direccionamientos dados por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias –CRUE.
- Certificar que se dio cumplimiento a los horarios en las bases establecidas por la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud durante el mismo periodo.
- Se realizaron actividades de seguimiento al cumplimiento de los protocolos de bioseguridad, de los vehículos de emergencia, prueba de ello se anexan los listados de Desinfecciones terminales realizadas a las ambulancias adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria.

- se encuentra en estructuración el cronograma de capacitaciones proyectadas, con el fin de realizar gestión con expertos para el fortalecimiento de competencias al personal tripulante de Atención Prehospitalaria, el cual se ejecutará progresivamente y dará alcance mínimo al 90% de los funcionarios asignados al programa.
- La Dirección de Urgencias y Emergencias solicitó la participación de las diferentes unidades móviles de la Subred Sur Occidente APH, para apoyar diferentes eventos especiales y situaciones de emergencias presentadas en Bogotá, dicha participación de las respectivas móviles fueron atendidas y programadas por medio de Número de Incidente, el cual se encuentran en los sistemas de Información de la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud - PREMIER ONE y SIDCRUE, que reposan bajo custodia de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.
- Mediante la gestión de los gestores externos y sus tripulaciones realizaron gestión principalmente presencial o vía telefónica con las distintas IPS en las cuales se presentan mayores tiempos de retención de camillas, lo anterior en coordinación con los informes de retención de los profesionales de enlace.
- Se continuo con la ejecución del cronograma de implementación del programa de Gestión Clínica eficiente y segura.
- No se presentaron agresiones en contra de la Misión Médica de las ambulancias y tripulaciones adscritas a la Unidad Funcional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E
- La Unidad Funcional se adhiere a la gestión a las líneas de trabajo realizadas por la Subred Sur Occidente con apoyo de la Secretaria de la Mujer, para el reporte de casos de violencia y/o asesoría jurídica hacia las mujeres.
- **GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

Durante el periodo de enero - noviembre 2021 se han presentado 110 eventos adversos, para el mes de octubre se presentaron 14 casos de los cuales se realiza seguimiento al 100% de dichos casos, 14 (100%) eran prevenibles y 0 casos para evento centinela. De los casos presentados las primeras causas de evento adverso presentado en urgencias son caída del paciente (5), trauma craneoencefálico secundario a caída por diagnostico (2), flebitis (2), úlceras por presión (2), edema palpebral por sobrecarga hídrica en paciente pediátrico (1), Herida en MSI de 2 cm y laceración en MI posterior a Intento de Fuga (1), autoagresión (1),

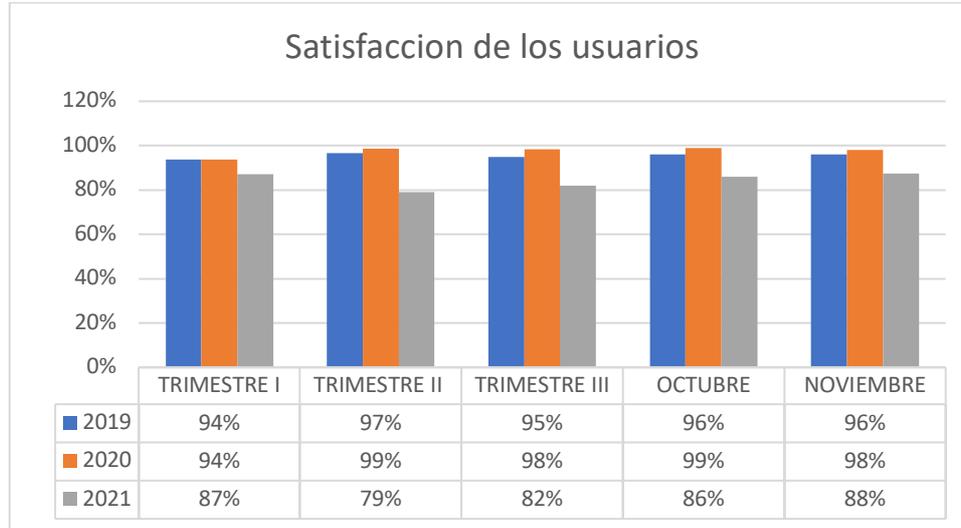
Nota: Es importante aclarar que no se encuentra análisis de la información del mes de diciembre para este ítem.

- **SATISFACCIÓN AL USUARIO**

La encuesta de satisfacción permite evaluar la atención prestada a los usuarios que acceden a los servicios de urgencias de la Subred, dicha encuesta permite conocer la percepción del usuario frente a satisfacción, acceso, integralidad y oportunidad de los servicios ofrecidos, con el fin de fortalecer los procesos Institucionales.

Se evidencia una tendencia positiva en el periodo evaluado, los usuarios manifiestan sentirse satisfechos con la orientación brindada y educación desde el ingreso a la institución; se evidencian cambios significativos hacia la mejora en atributos relacionados con oportunidad y humanización en el servicio.

Gráfica 25. Satisfacción del usuario enero – noviembre 2019/2020/2021



Fuente: Oficina de Participación social y atención al usuario

Se evidencia un promedio de cumplimiento de satisfacción del 83 % para los servicios de urgencias, sin presentar variaciones pues continua con la misma satisfacción al usuario frente al mes de noviembre la cual estuvo en el 88%.

• CAPACIDAD INSTALADA

La disponibilidad total de camillas y sillas para el servicio de Urgencias en la Baja Media y Alta complejidad, presentó una variación para el mes de octubre, debido a la reorganización de las zonas de aislamiento habilitadas por la pandemia de SARS COVID-19, basados en los niveles de ocupación de las zonas de expansión para pacientes que presentan este diagnóstico, debido a la nueva apertura de las áreas para priorización de la atención en Sala ERA y salas de Rehidratación oral de niños y niñas menores de 6 años, que implicó seguir fortaleciendo los procesos definidos para el primer pico respiratorio de Infección Respiratoria Aguda, cómo lo indica el programa, comprendiendo la dinámica de pandemia y expansión de servicios de salud a expensas del incremento de hospitalización de adultos y adultos mayores.

Tabla 18. Cuadro Comparativo capacidad instalada servicio de urgencias Subred Sur Occidente diciembre-2021

SERVICIO DE URGENCIAS	COMPLEJIDAD BAJA			COMPLEJIDAD MEDIA			COMPLEJIDAD ALTA			TOTAL SUBRRED		
	GENERAL	RESPIRATORIO	TOTAL	GENERAL	RESPIRATORIO	TOTAL	GENERAL	RESPIRATORIO	TOTAL	GENERAL	RESPIRATORIO	TOTAL
Reanimación	3	1	4	3	1	4	0	6	6	6	8	14
Procedimientos	3	0	3	2	1	3	1	1	2	6	2	8
Sala ERA (Expansión Aislamiento)	0	3	3	2	1	3	0	0	0	2	4	6
Sala de trombólisis	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1
Consultorio Triage	3	1	4	2	2	4	1	1	2	6	4	10
Consultorio Triage + Medicina General	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	2
Consultorios Urgencias Medicina General	5	1	6	5	5	10	2	2	4	12	8	20
Consultorios Urgencias Medicina Especializada	0	0	0	3	1	4	2	0	2	5	1	6
<i>Camilla de Observación</i>												
Camilla de Observación Adultos	19	13	32	22	15	37	9	19	28	50	47	97
Camillas de Observación Pediátrica	10	2	12	17	10	27	5	0	5	32	12	44
Observación Salud Mental	0	0	0	0	0	0	36	0	36	36	0	36

Camillas Intermedios	1	0	1	0	0	0	3	0	3	4	0	4
Sillas	13	0	13	8	0	0	21	12	33	42	12	54
Aislamiento	1	1	2	1	0	1	0	0	0	2	1	3
Cuidado crítico	0	0	0	0	0	0	0	12	12	0	12	12
TOTAL DE CAMILLAS Y SILLAS	44	16	60	48	25	73	74	43	117	166	84	250

Fuente: Líderes de las unidades del servicio de urgencias Subred Sur Occidente

Tabla 19. Cuadro Comparativo capacidad instalada Baja complejidad diciembre-2021

BAJA COMPLEJIDAD

SERVICIO DE URGENCIAS	PABLO VI			TRINIDAD GALAN			PATIO BONITO			TOTAL SUBRED BAJA		
	GENERAL	RESPIRATORIO	TOTAL	GENERAL	RESPIRATORIO	TOTAL	GENERAL	RESPIRATORIO	TOTAL	GENERAL	RESPIRATORIO	TOTAL
Reanimación	1	0	1	1	0	1	1	1	2	3	1	4
Procedimientos	1	0	1	1	0	1	1	0	1	3	0	3
Sala ERA (Expansión Aislamiento)	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	3	3
Sala Trombólisis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Consultorio Triage	1	1	2	1	0	1	1	0	1	3	1	4
Consultorio Triage + Medicina General	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Consultorios Urgencias Medicina General	3	0	3	1	1	2	1	0	1	5	1	6
Consultorios Urgencias Medicina Especializada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Camilla de Observación												
Camilla de Observación Adultos	11	5	16	6	6	12	2	2	4	19	13	32
Camillas de Observación Pediátrica	5	2	7	2	0	2	3	0	3	10	2	12
Observación Salud Mental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Camillas Intermedios	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Sillas	12	0	12	1	0	0	0	0	0	13	0	0
Aislamiento	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	2
TOTAL DE CAMILLAS Y SILLAS	30	7	37	9	7	16	5	2	7	44	16	60

Fuente: Líderes de las unidades del servicio de urgencias Subred Sur Occidente

Tabla 20. Cuadro Comparativo capacidad instalada Mediana complejidad diciembre-2021

MEDIANA COMPLEJIDAD

SERVICIO DE URGENCIAS	BOSA			FONTIBON			TINTAL			TOTAL MEDIANA		
	GENERAL	RESPIRATORIO	TOTAL	GENERAL	RESPIRATORIO	TOTAL	GENERAL	RESPIRATORIO	TOTAL	GENERAL	RESPIRATORIO	TOTAL
Reanimación	1	0	1	0	1	1	1	0	1	2	1	3
Procedimientos	1	1	2	0	0	0	1	0	1	2	1	3
Sala ERA (Expansión Aislamiento)	1	0	1	1	0	1	0	1	1	2	1	3
Sala Trombólisis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Consultorio Triage	1	1	2	0	1	1	1	0	1	2	2	4

Consultorio Triage + Medicina General	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
Consultorios Urgencias Medicina General	3	3	6	1	2	3	1	0	1	5	5	10
Consultorios Urgencias Medicina Especializada	1	0	1	0	1	1	2	0	2	3	1	4
Camilla de Observación												
Camilla de Observación Adultos	11	7	18	11	8	19	0	0	0	22	15	37
Camillas de Observación Pediátrica	6	0	6	0	0	0	11	10	21	17	10	27
Observación Salud Mental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Camillas Intermedios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sillas	0	0	0	8	0	0	0	0	0	8	0	0
Aislamiento Pediatría	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL DE CAMILLAS Y SILLAS	18	7	25	19	8	27	11	10	21	48	25	73

Fuente: Líderes de las unidades del servicio de urgencias Subred Sur Occidente

Tabla 21. Cuadro Comparativo capacidad instalada Alta complejidad diciembre 2021

ALTA COMPLEJIDAD

SERVICIO DE URGENCIAS	COMPLEJIDAD ALTA KENNEDY		
	GENERAL	RESPIRATORIO	TOTAL
Reanimación	0	6	6
Procedimientos	1	1	2
Sala ERA	0	0	0
Sala Trombólisis	1	0	1
Consultorio Triage	1	1	2
Consultorio Triage + Medicina General	0	0	0
Consultorios Urgencias Medicina General	2	2	4
Consultorios Urgencias Medicina Especializada	2	0	2
Camilla de Observación			
Camilla de Observación Adultos	9	19	28
camilla hospital campaña	20	0	20
Camillas de Observación Pediátrica	5	0	5
Observación Salud Mental	36	0	36
Camillas Intermedios	3	0	3
Sillas	21	12	33
Aislamiento	0	0	0
Camas de cuidado critico	0	12	12
TOTAL DE CAMILLAS Y SILLAS	94	43	137

Fuente: Líderes de las unidades del servicio de urgencias Subred Sur Occidente

4.2 GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIA

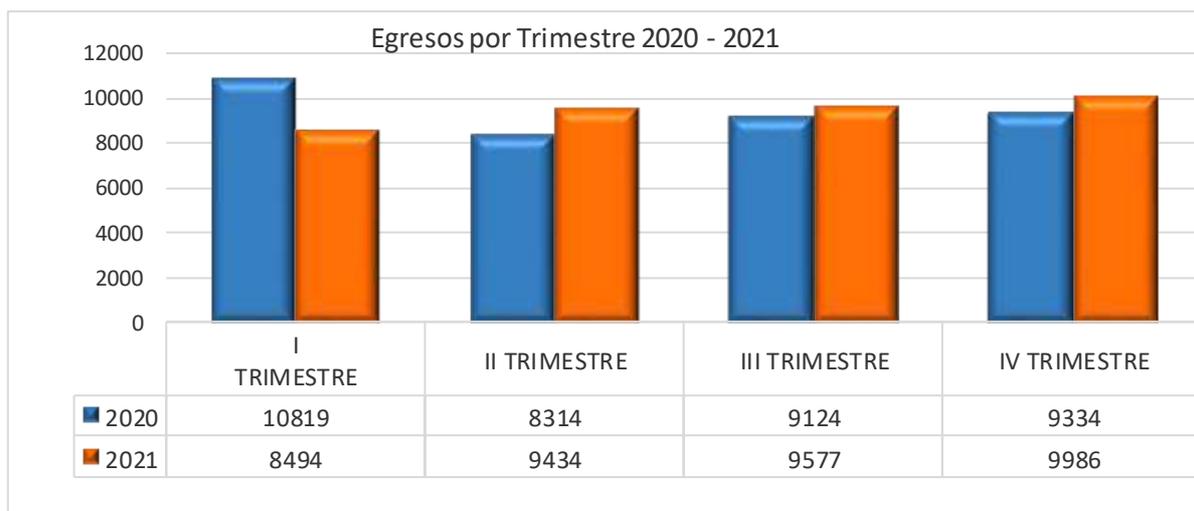
En el año 2021 los servicios hospitalarios y de cirugía continuaron la adaptación de capacidad instalada en las USS de Kennedy, Fontibón, Boston, Bosa y Tintal de tal manera que se pudiese dar respuesta oportuna a las necesidades que la demanda requirió, teniendo en cuenta que en el marco de la Pandemia por COVID-19 se presentaron restricciones normativas que impactaron la producción especialmente en lo que se refiere a cirugía electiva.

Con la finalidad de contar con el talento humano requerido para la prestación del servicio, se realizó contratación de los perfiles tanto técnicos como profesionales y especializados que fueron necesarios, quienes adicionalmente fueron capacitados en temas como Manejo del Paciente de Cuidado Crítico.

Con respecto a los Indicadores del Plan de Acción Anual – PAAI tanto Institucional como del Proceso de la Gestión Clínica Hospitalaria se obtuvieron resultados de cumplimiento frente a los rangos permitidos.

4.2.1 SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

En el año 2021 el total de egresos fue de 37.491, observando un comportamiento de aumento de manera trimestral, siendo el cuarto trimestre el que mayor producción presentó (9.986 egresos). Lo anterior dado principalmente en las siguientes especialidades: Pediatría (debido al pico respiratorio estacional), Ginecobstetricia (por aumento del número de cirugías programadas para esta especialidad) y Medicina Interna.



Fuente: Apoyo Dirección Hospitalaria Subred Sur Occidente

La producción consolidada del año 2021 presentó disminución de los egresos, con variación respecto al año 2020 del 0.3% equivalente a 100 egresos menos, teniendo

en cuenta que la Pandemia por COVID-19, afectó la producción a partir del mes de abril del año 2020, con un comportamiento que mantuvo esta tendencia a lo largo de dicho año, al igual que en lo corrido del 2021.

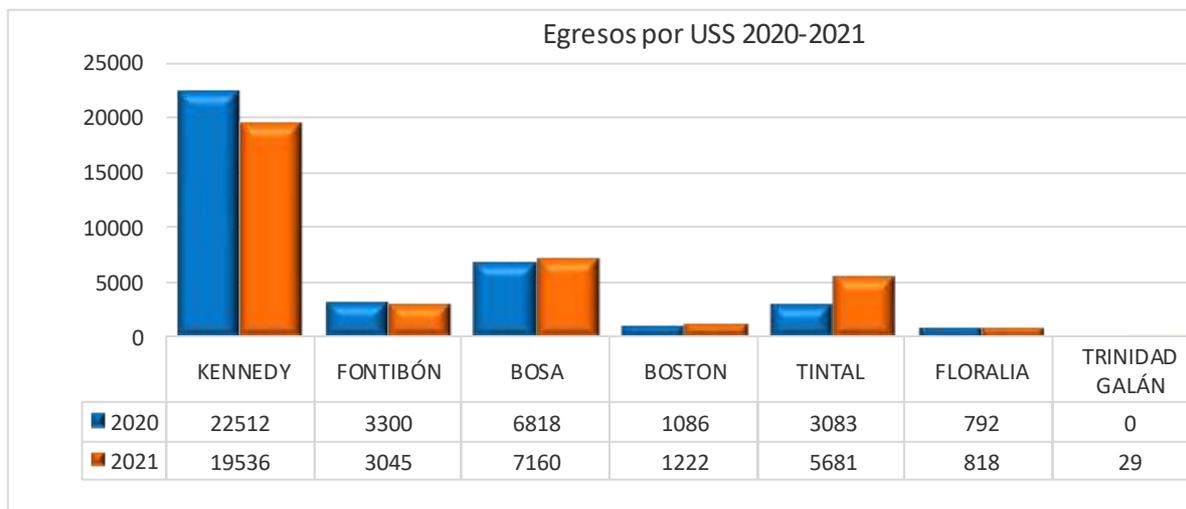
Los servicios que mayor impacto tuvieron frente a la disminución presentada entre las vigencias 2020-2021, fueron especialmente Ginecobstetricia (variación negativa del 32.7% respecto al 2020), por disminución del número de partos y cirugía electiva en esta especialidad; con igual comportamiento para el caso de cirugía general (variación del 19.9% respecto al 2020) debido a las restricciones normativas para la realización de procedimientos quirúrgicos electivos; esta disminución no logró compensarse con el aumento presentado en los servicios de Cuidado Intensivo adulto (variación positiva del 56.7% respecto al 2020) y Medicina Interna (variación del 11.8% respecto al 2020).

Cabe anotar que esta variación en las dos vigencias, a pesar de las contingencias presentadas en el 2021, no es significativa frente al total de la producción obtenida (0.3%)



Fuente: Apoyo Dirección Hospitalaria

Comparando el comportamiento de los egresos por USS de los años 2020 - 2021 se observa la disminución en las USS Kennedy, Fontibón, Bosa y Floralia; en contraste la USS Tintal presentó aumento de los egresos en el acumulado a diciembre 2021 con respecto al año anterior, teniendo en cuenta la consolidación de ésta, como unidad Pediátrica en la Subred.



Fuente: Apoyo Dirección Hospitalaria

• PROMEDIO ESTANCIA SERVICIOS HOSPITALARIOS 2020-2021

El promedio estancia para el año 2021 se consolidó en 4.8 días, presentando un cumplimiento frente a la meta estratégica Institucional establecida en el PAA de 5.7 días, indicando que en los tres primeros trimestres del año, debido a los dos picos por pandemia, se presentó un incremento del promedio estancia de los pacientes con diagnóstico y/o sospecha de COVID-19, derivado de su carga de enfermedad, lo cual impactó el indicador, con mejoramiento del resultado en el último trimestre, destacando que se mantuvo durante de la vigencia valores por debajo de la meta.



Fuente: Apoyo Dirección Hospitalaria Subred Sur Occidente

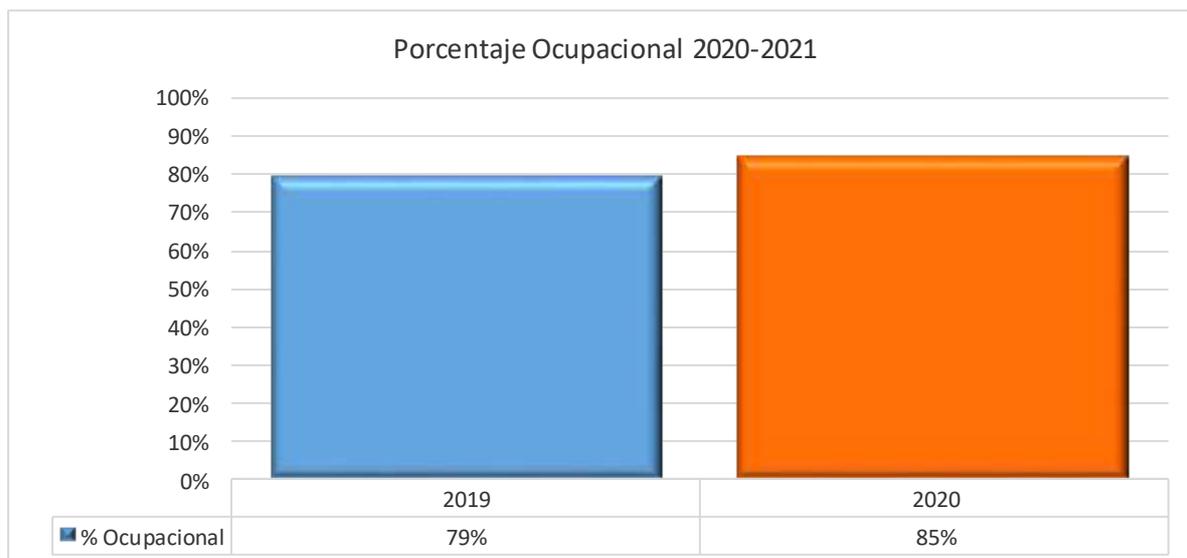
Cabe resaltar que en la vigencia 2021 a través de la Modalidad de Telesalud (Telemedicina) se optimizó el talento humano especializado y supra especialidad, dando cobertura a la Unidad de Cuidado Crítico de manera simultánea en sede remota para dar respuesta a la necesidad instaurada por la Pandemia, permitiendo

así una mayor gestión de la estancia hospitalaria por parte de este grupo de especialistas.

- **PORCENTAJE DE OCUPACIÓN SERVICIOS HOSPITALARIOS**

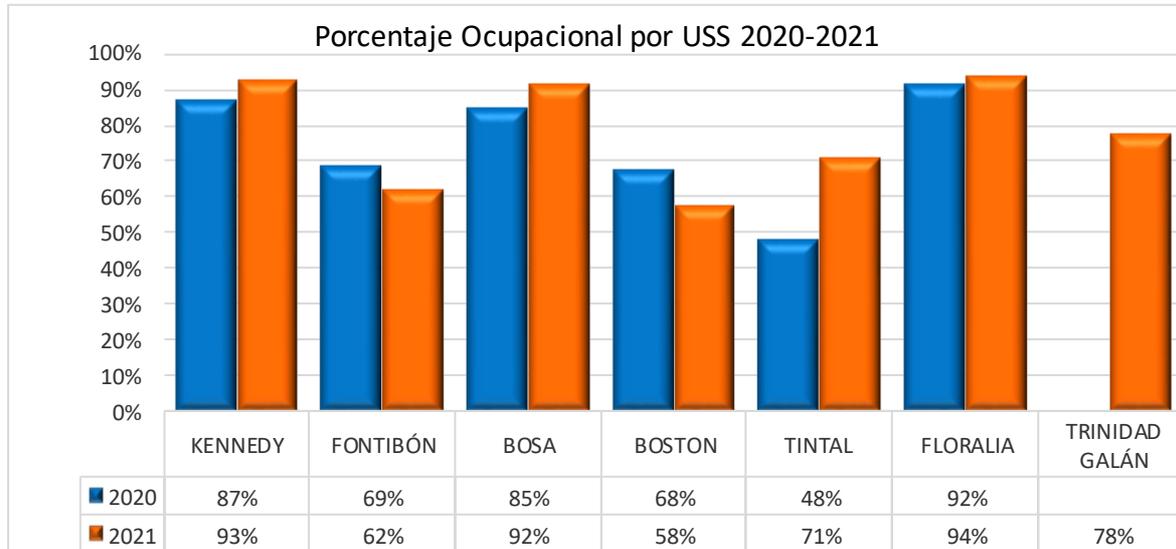
En el año 2021 se obtuvo un resultado del 85%, derivado de un total de 213.664 días cama disponible y 180.796 ocupada, contando con una capacidad instalada de 630 camas (promedio acumulado).

Comparativamente con el año 2020 donde el resultado fue del 79%, se presenta mejoramiento de este indicador en la última vigencia, con una diferencia de 6 puntos porcentuales. Estos resultados derivados de un aumento de la demanda, mejor gestión de la cama hospitalaria y aumento de la capacidad instalada como respuesta contingente en la última vigencia.



Fuente: Apoyo Dirección Hospitalaria Subred Sur Occidente

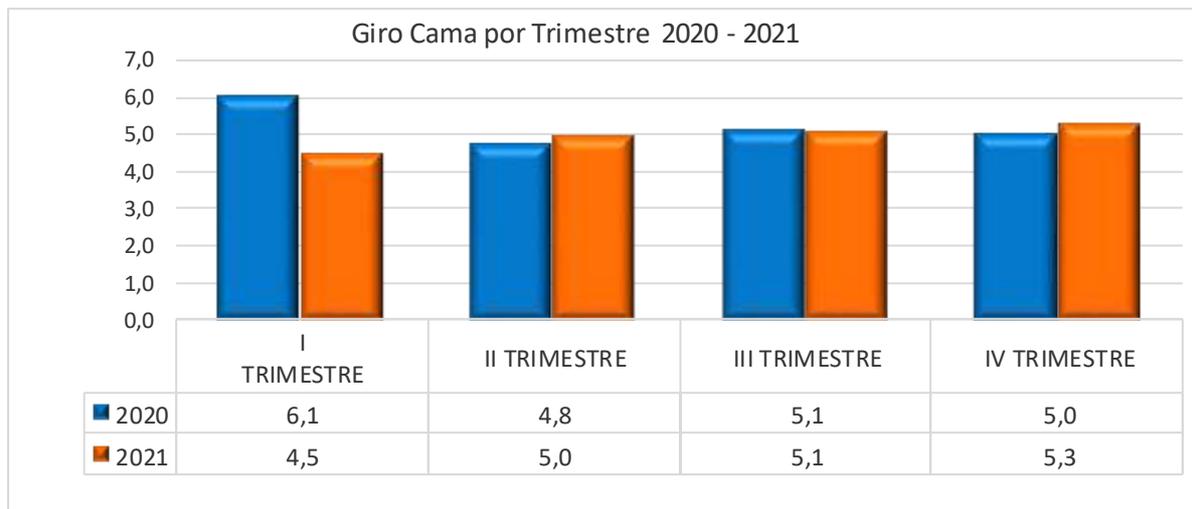
Las USS que presentaron en su orden el mayor porcentaje ocupacional fueron: Floralia (94%), Kennedy (93%), Bosa (92%), con mejoramiento de los resultados respecto al año anterior. Es importante destacar el posicionamiento de la USS Tintal, que pasa del 48% en el año 2020 al 71% en el 2021 (diferencia 23 puntos porcentuales).



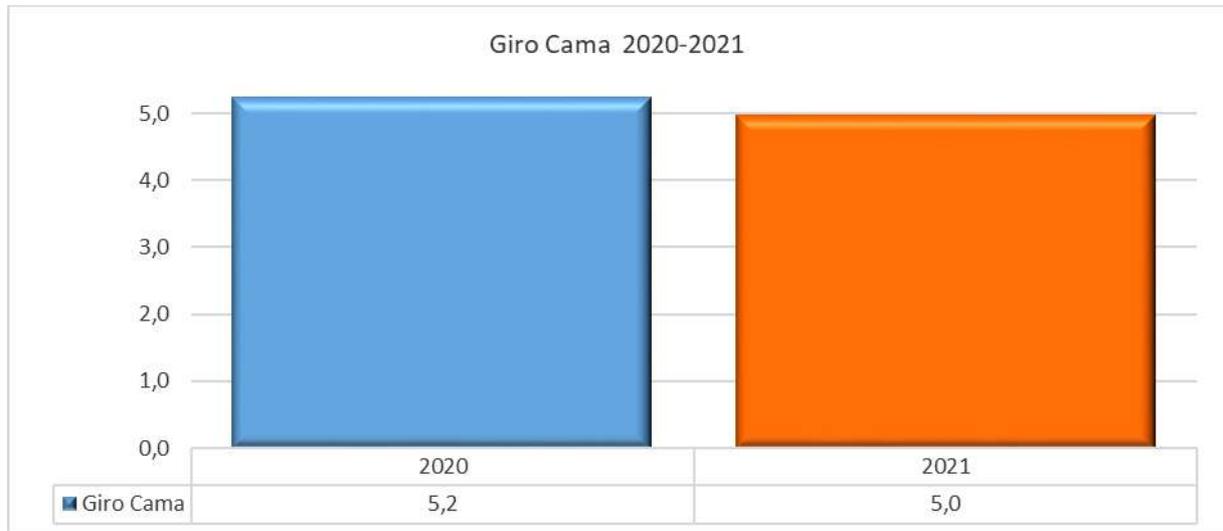
Fuente: Apoyo Dirección Hospitalaria Subred Sur Occidente

• **GIRO CAMA SERVICIOS HOSPITALARIOS SUBRED ENERO – DICIEMBRE 2019-2020-2021**

En el año 2021 se consolidó el resultado en 5.0 giros cama, derivado de un total de 37.491 egresos y promedio de 630 camas, mostrando el mejor comportamiento en el cuarto trimestre.

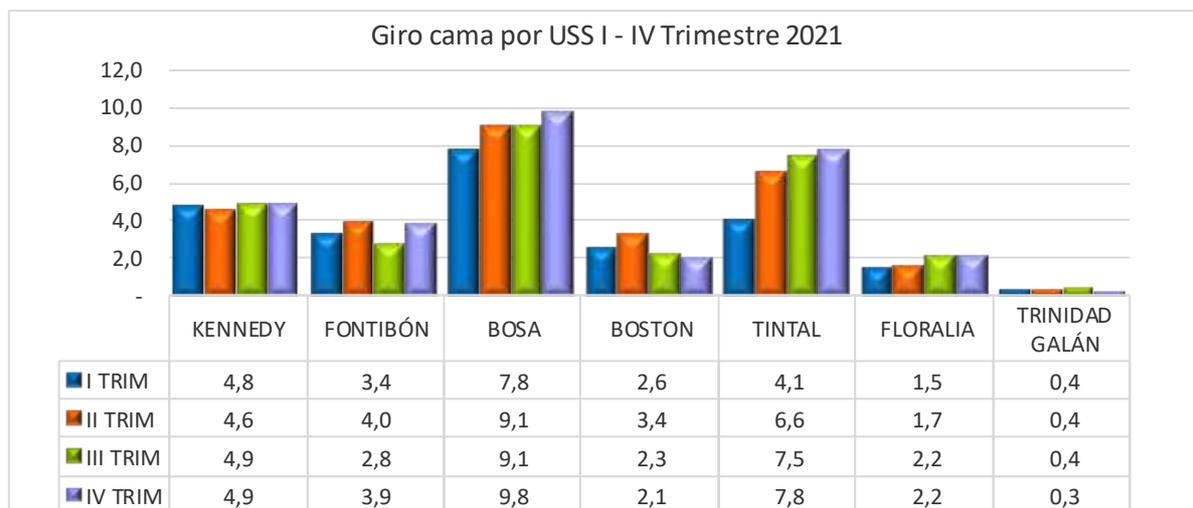


Comparativamente con el año 2020 se observa una ligera disminución de 0.2 giros atribuible a un menor número de egresos en el 2021 (diferencia 100 egresos) y aumento del número de camas (diferencia 32 camas más en la última vigencia), sin que esto signifique una variación importante.



Fuente: Apoyo Dirección Hospitalaria Subred Sur Occidente

En lo que respecta al comportamiento de este indicador por USS, en términos generales se observa que el cuarto trimestre del 2021 es el que mejor comportamiento muestra siendo la USS Bosa la de mayor número de giros (9.8), seguido de Tintal: 7.8 y Kennedy: 4.9; las USS Floralia y Trinidad Galán, presentan el menor número de giros (2.2 y 0.3 respectivamente), teniendo en cuenta que la internación en la USS Floralia corresponde a pacientes con patología mental, que requieren en su gran mayoría una estancia que supera los 13 días; para el caso de la USS Trinidad Galán, se debe a que su servicio de hospitalización corresponde a pacientes de abandono social, en espera de ubicación por parte de la EPS.



Fuente: Apoyo Dirección Hospitalaria Subred Sur Occidente

- **REINGRESOS**

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Para el año 2021 se obtuvo un total de 75 reingresos, de 36.071 egresos vivos, para un resultado de 0.21%, lo cual se encuentra dentro del valor máximo permitido del 2% con cumplimiento del indicador del Plan de Acción Anual.

Para el logro de este resultado se realizaron capacitaciones al personal médico en las respectivas UAT en cuanto a las Guías de Práctica Clínica, con retroalimentación de los resultados obtenidos de las mediciones de Adherencia aplicadas a dichas guías, buscando con ello impactar la pertinencia del egreso hospitalario y con ello mejorar el indicador.

• **INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD - IAAS**

Para el año 2021 el acumulado de casos por IAAS fue de 514, con 37.491 egresos, para un resultado de 1.3%, que se ubica en la escala de cumplimiento del valor máximo permitido para la vigencia dentro del Plan de Acción Institucional, del 4.5%, resaltando la marcada diferencia entre el resultado obtenido y la meta propuesta.

Las acciones desarrolladas para impactar este indicador a lo largo del año 2021 obedecieron a un trabajo interdisciplinario entre Seguridad del Paciente, Equipo de IAAS, e Infectología las cuales consistieron en:

- Institucionalización del Uso Prudente de Antibióticos - PROA en la gran mayoría de sedes de la Subred Suroccidente que cuentan con el servicios de hospitalización
- Instauración del servicio de aislamiento de pacientes positivos para Klebsiella pneumoniae carbapenemasa - KPC en la USS Kennedy.
- Capacitación del talento humano en la Buena Práctica de Prevención de las IAAS.
- Seguimiento a los hallazgos identificados y socialización de los mismos a los respectivos líderes.
- Socialización periódica de resultados en los Comités Institucionales y UAT.
- Monitoreo permanente del indicador a fin de intervenir oportunamente las desviaciones presentadas.

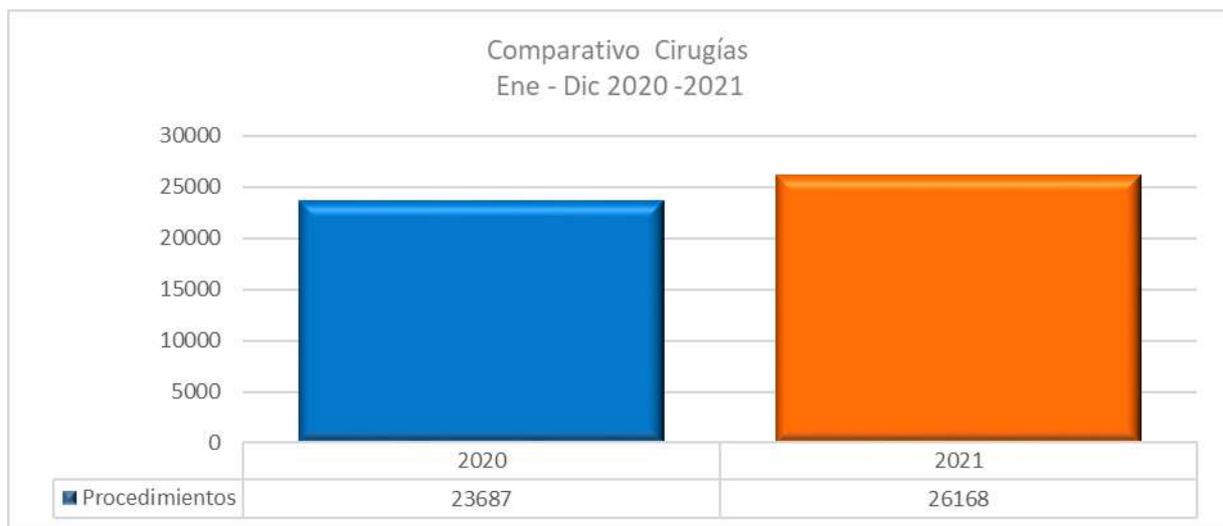
4.2.2 SERVICIOS QUIRÚRGICOS

Durante el año 2021 de acuerdo a la normatividad expedida por el Ministerio de Salud y la Secretaría Distrital, se mantuvo hasta el 15 de julio las restricciones en cuanto a la realización de procedimientos quirúrgicos electivos de alta, mediana y baja complejidad. La reactivación de los mismos se realizó a partir de la segunda mitad del mes de julio.

Al comparar la producción 2020 y 2021 se observa para la presente vigencia un aumento de dicha producción con respecto al año anterior, en número de 2.481 procedimientos, lo que equivale a una variación del 9.5%.

Se destaca que en el año 2021, se presenta un ascenso en el número de procedimientos electivos, pese a la restricción normativa para la realización de los mismos, por lo que su activación corresponde a los meses subsiguientes a julio.

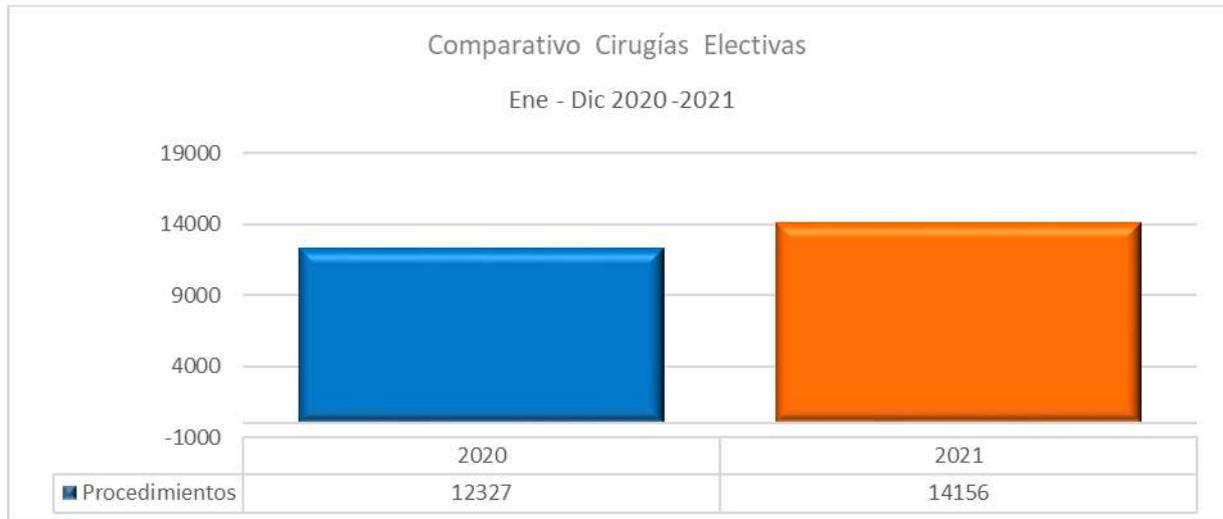
La distribución de estos procedimientos corresponde al 54,1% para electivos y del 45.9% a urgencias.



Fuente: Apoyo Dirección Hospitalaria Subred Sur Occidente

a) Procedimientos Quirúrgicos Electivos 2020-2021

Se realizaron un total de 14.156 procedimientos que respecto al 2020 presenta aumento de la producción (1829 procedimientos que equivalen al 12.9%). El tercer y cuarto trimestre del año 2021 son los que mayor producción presentan, incluso comparativamente con el año 2020. Las especialidades con incremento en el número de procedimientos fueron: cirugía vascular, dermatología, ginecológica y general.



Fuente: Apoyo Dirección Hospitalaria Subred Sur Occidente

b) Procedimientos Quirúrgicos Urgentes 2020-2021

Se realizaron un total de 12.012 procedimientos que respecto al 2020 presenta incremento en 652 actividades que equivalen al 5.4%. A lo largo del año 2021 se observa un comportamiento relativamente estable de esta producción siendo el tercer trimestre el que mayor valor presenta (3.199). Las especialidades que mayor producción presentaron fueron: ginecológica, general y ortopédica.



Fuente: Apoyo Dirección Hospitalaria

OPORTUNIDAD EN LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

Para la vigencia 2021 la oportunidad se consolidó en 3 días para las 10.356 cirugías programadas. Con respecto al año 2020, no presenta variación, con un valor

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

considerablemente inferior al máximo permitido de 10 días, con cumplimiento del indicador frente al Plan de Acción Anual.

Dentro de las acciones realizadas para dar cumplimiento a la oportunidad de la programación de cirugía, se encuentran:

- Gestión de listas de espera por grupos quirúrgicos.
- Verificación de historias clínicas para priorización de pacientes sin comorbilidades.
- Gestión de agendas con anestesiología para actualización de valoración preanestésica en pacientes que superaran los 6 meses de vigencia de dicha valoración.
- Priorización de pacientes con toma de biopsia, a fin de derivar a otras instituciones lo correspondiente a oncología.
- En tiempos de meseta de la actual pandemia se realizó aumento de la oferta con fortalecimiento de talento humano, para aumentar el número de horas de utilización de quirófano.
- Habilitación de agendas adicionales en la especialidad de urología para realización de procedimientos diagnósticos en la USS Kennedy.
- Reactivación de los procedimientos de cirugía vascular.

PORCENTAJE DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA AÑO 2021

Para la vigencia 2021 el indicador se consolidó en 1.6% con un total de 121 procedimientos cancelados de 7.470 programados, resaltando la marcada diferencia entre el resultado obtenido y la meta del Plan de Acción Anual (6%). De estas cancelaciones 108 corresponden a la USS Kennedy, 10 en USS Bosa y 3 en USS Fontibón, consecuente con el volumen y complejidad de cirugía realizadas en cada USS.

Por organización del servicio las cirugías canceladas fueron 65 y por proceso de atención 30, que en sumatoria corresponden al 86% del total de cancelaciones.

Para el caso de organización del servicio las cancelaciones en esta categoría correspondieron en orden de importancia a: simultaneidad de urgencias vitales que obligan al uso de una sala de cirugía electiva para un procedimiento quirúrgico de urgencias; prolongación de tiempos quirúrgicos no previstos, por complicación del acto quirúrgico y en menor proporción se encuentra el disenterimiento del paciente al momento de la realización del procedimiento quirúrgico.

Por proceso de atención el mayor porcentaje para esta causal se debe al cambio de conducta médica teniendo en cuenta las condiciones del paciente, donde no se requirió la realización del procedimiento quirúrgico a criterio del especialista.

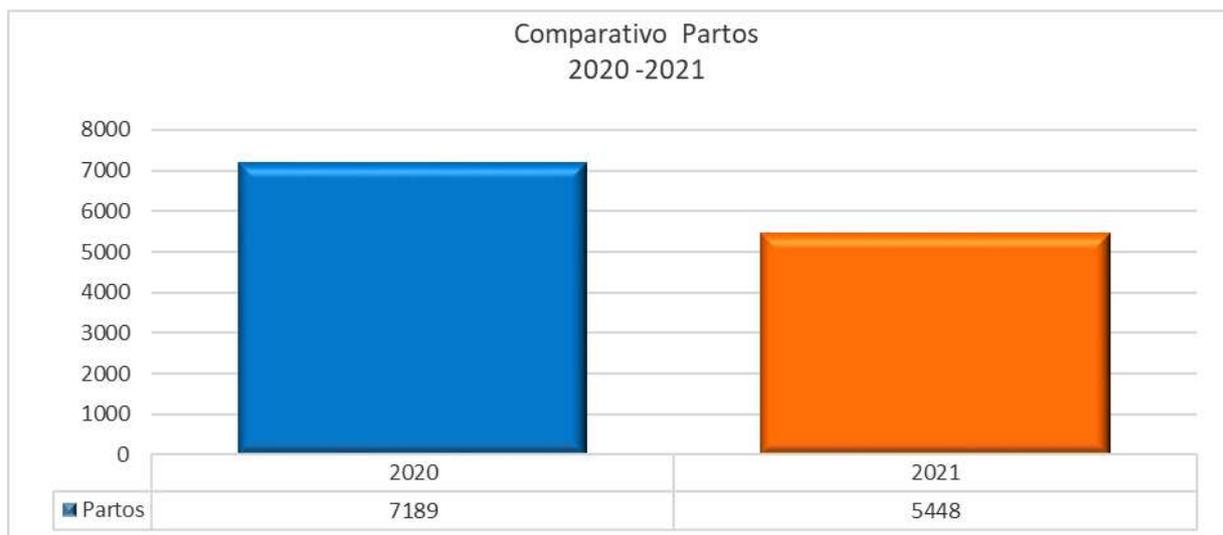
Los pacientes con cancelación fueron reprogramados a la siguiente semana, garantizando de esta manera la prestación del servicio.

	SISSO	FONTIBON	BOSA	KENNEDY
Total Cx programada	7470	873	788	5809
Total Cx cancelada institucional	121	3	10	108
Materiales e insumos	16	0	0	15
Organización del Servicio	65	0	0	65
Proceso de Atención	30	3	3	24
Recurso Humano	11	0	7	4
Infraestructura y Equipos	0	0	0	0
Total Cx cancelación por el usuario (subred)	370	17	17	336
% Cancelación por causa institucional	1,6%	0,3%	1,3%	1,9%

Fuente: Gerencia de la Información Subred Sur Occidente 2021

PARTOS

Para el año 2021 se cuenta con un acumulado de 5.448 partos, que comparativamente con el mismo periodo 2020 presenta una disminución de la producción en 1.741 partos, equivalente al 24.2% (Kennedy: 974 menos, Bosa: 801 menos, Fontibón: 34 más). Durante los dos primeros trimestres del año 2021 el número de partos de mantiene constante (1349-1350), presentando un aumento en el tercer trimestre (1430) con un descenso en el cuarto trimestre (1319). Este resultado obedeció al comportamiento demográfico actual del distrito.



Fuente: Apoyo Dirección Hospitalaria

a) Partos Vaginales 2020 – 2021

En el año 2021 el total de partos vaginales fue de 3.179 con una participación por USS de Kennedy: 61% (1933), Bosa: 28% (895), Fontibón: 11% (351). Con referencia al año 2020 la presente vigencia presenta una disminución de 1407 partos que equivale a una variación negativa del 30.7%.



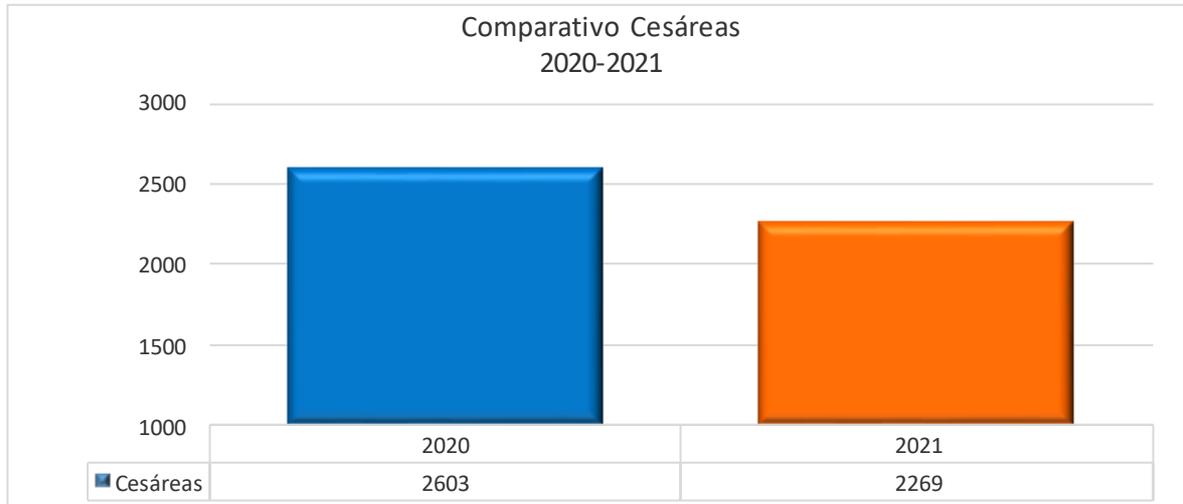
Fuente: Apoyo Dirección Hospitalaria

b) Cesáreas 2020 – 2021

Para el año 2021 se cuenta con un acumulado de 2.269 cesáreas, que comparativamente con el mismo periodo 2020 presenta una disminución de la producción del 12.8 % (334 cesáreas menos), teniendo en cuenta la disminución de la Morbilidad Materna Extrema – MME para la presente vigencia con respecto al 2020 (93 casos menos de MME para el 2021) y al comportamiento demográfico distrital.

La proporción de cesáreas frente al total de partos para el año 2021 fue del 42% el cual se encuentra dentro de una semaforización aceptable, según los estándares de la Secretaría Distrital de Salud (41% al 50%).

La participación por USS siguió el siguiente orden: USS Kennedy: 66% (1.502), Bosa: 26% (585), Fontibón: 8% (182), teniendo en cuenta que la USS Kennedy atiende el alto riesgo obstétrico, el volumen de participación y realización de cesáreas por parte de esta Unidad impacta el indicador total de la proporción de cesáreas Vs. Partos, por mayor tendencia de utilización de este procedimiento en estos pacientes.



Fuente: Apoyo Dirección Hospitalaria

PRINCIPALES LOGROS

ENFOQUE	IMPLEMENTACIÓN	RESULTADOS
Respuesta efectiva en la prestación de los servicios de acuerdo a las necesidades de la demanda simultánea de pacientes con Diagnóstico COVID-19 frente a pacientes con Patología General	Continuidad en la adaptación de la capacidad instalada derivada del monitoreo del comportamiento epidemiológico, con respuesta oportuna acorde a la necesidad	Mejoramiento de la ocupación frente al año 2020, con mayor respuesta y mejor comportamiento de los indicadores de eficiencia hospitalaria, con cumplimiento de los indicadores del Plan de Acción Anual.
	Uso de herramientas tecnológicas para optimización del talento humano especialista en cuidado crítico	Se fortaleció la prestación de los servicios de salud, a través de las modalidades de Telesalud: Telexperticia y telemedicina en las Unidades de Cuidados Intensivos, lo que permitió contar apoyo de personal especializado para la atención de pacientes en estas unidades.
Uso eficiente de las salas de cirugía, con gestión de la listas de espera derivadas de la restricción normativa de la Pandemia por COVID-19	Priorización de pacientes de acuerdo a listas de espera por especialidades y grupos quirúrgicos, con fortalecimiento del talento humano y uso eficiente de quirófanos	Indicadores de Oportunidad de cirugía y porcentaje de cancelación con resultados de cumplimiento frente a los valores esperados.
Mejoramiento continuo de la Calidad en la prestación de los servicios a través de la mitigación de las	Adopción de estrategias que impactan en la adherencia a los	Resultados del indicador que lo ubica en la escala de cumplimiento del valor máximo

ENFOQUE	IMPLEMENTACIÓN	RESULTADOS
Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - IAAS	protocolos y guías institucionales para el uso adecuado de antibióticos y prevención en la ocurrencia de IAAS	permitido para la vigencia dentro del Plan de Acción Institucional, resaltando la marcada diferencia entre el resultado obtenido y la meta propuesta.

PRINCIPALES DIFICULTADES

Mantenimiento de los niveles de producción en el marco de la Pandemia, con normativas que restringieron la prestación de los servicios especialmente en lo que respecta a cirugía electiva y ocupación hospitalaria en las Unidades destinadas a la atención de Pacientes con diagnóstico COVID-19.

La consecución y mantenimiento del talento humano en los servicios hospitalarios, tanto a nivel de especialistas como nivel técnico, generando alta rotación del personal y mayor esfuerzo en entrenamientos.

Desabastecimiento nacional de insumos y medicamentos por sobredemanda secundaria a los picos presentados en la Pandemia durante la vigencia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

Institucionalmente se dio respuesta a las necesidades en salud y a la demanda de servicios por parte del proceso.

A pesar de las dificultades en la vigencia 2021, se observa una curva de incremento en la producción de los diferentes servicios, con una adaptación que permitió impactar los resultados obtenidos; en el curso de estas lecciones aprendidas se busca incrementar gradualmente los niveles de producción.

Recomendaciones: Seguimiento más cercano del monitoreo que se realiza al comportamiento epidemiológico de la pandemia para obtener una mejor velocidad de respuesta ante las necesidades de la demanda ocupacional.

Monitorización permanente de la producción por grupo quirúrgico con seguimiento al cumplimiento de la promesa de servicio con las EAPB contratadas.

Oportunidades de mejora: Mejorar la articulación y comunicación con otras Direcciones para la gestión oportuna de las necesidades del paciente y el traslado entre servicios.

Énfasis en las capacitaciones de humanización al personal del Proceso de Gestión Clínica Hospitalaria.

4.3 GESTIÓN CLÍNICA AMBULATORIA

La Gestión Clínica Ambulatoria busca una atención integral a los usuarios que acuden a los servicios de la Subred Sur Occidente, con el fin de identificar y satisfacer las necesidades en salud del usuario y su familia con criterios de oportunidad, accesibilidad, pertinencia y seguridad, en el marco de una atención humanizada con información clara, educación sobre su estado de salud y una óptima utilización de recursos.

Por lo anterior, y para lograr impactar de forma positiva en la salud de nuestra población objeto, nuestros procesos ambulatorios cuentan, a su vez, con dos servicios definidos que son:

4.3.1 MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA

PRODUCCION MEDICINA GENERAL

Tabla N° 21 Producción Medicina General 2020-2021

CONSULTAS	ENE-DIC 2020	ENE-DIC 2021	VARIACION RELATIVA 2020-2021	VARIACION ABSOLUTA 2020-2021
N° CONSULTAS PYD	81.149	83.610	2.9%	2.461
N° CONSULTAS RESOLUTIVAS	279.286	322.742	27.2%	104.647
N° CONSULTA PRIORITARIA	23.498	12.804	-45.5%	-10.694
TOTAL CONSULTA MEDICINA GENERAL	383.933	419.156	8.4%	35.223

Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Para la vigencia año 2021 se realizó un total de 419.169 consultas de Medicina General distribuidas de la siguiente manera: el 77% corresponde a consulta resolutiva, el 20% a consulta de P y D y el 3% restante a consulta prioritaria.

Para el actual periodo se observa una variación positiva del 8,4% (n=35.236 consultas), comparado con la vigencia 2020; cuyo resultado se da a expensas del incremento alcanzado en consulta resolutiva, porque para lo cual se ha mantenido el control de agendas por parte de los líderes para la optimización del talento humano, y se mantiene la atención por telesalud para garantizar la continuidad de la atención de manera no presencial, dada la necesidad del usuario; de igual manera, el retorno gradual a la presencialidad del personal que estaba realizando sus actividades en modalidad de trabajo ha contribuido a mejorar la producción en medicina general.

El comportamiento observado en la consulta de P y D permite evidenciar un incremento del 2,2% (n=1.805) con relación a la vigencia 2020, cuyo resultado es atribuible a las diferentes estrategias implementadas y mantenidas para el fortalecimiento de la RIA de Promoción y mantenimiento de la salud como son:

reserva de agendas para P y D, Jornadas, viernes de P y D, UBA móvil exclusiva para atención de P y D; entre otras.

PRODUCCION MEDICINA ESPECIALIZADA

Tabla N° 22 Producción Medicina especializada 2020-2021

COMPARATIVO PRODUCCION MEDICINA ESPECIALIZADA 2020-2021				
CONSULTAS	ENE-DIC 2020	ENE-DIC 2021	VARIACION ABSOLUTA 2020-2021	VARIACION RELATIVA 2020-2021
TOTAL	182.162	186.881	4.719	2.6%

Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Durante la vigencia del año 2021 se realizó un total de 186.881 consultas de medicina especializada, de este total el 31% (n=58.726) corresponde especialidades básicas (pediatría, medicina interna, ginecobstetricia y ginecología) y el 69% (n=128.155) restante a otras especialidades y supra especialidades.

Con relación a la vigencia 2020, se observa una variación positiva del 2.6% (n=4.719) en la producción, resultado atribuible a las estrategias adoptadas para optimizar horas de talento humano y la restauración gradual de servicios

OPORTUNIDAD SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA

Tabla N°23 Oportunidad Medicina General 2020-2021

Oportunidad Medicina General año 2020-2021	
2020	2021
2.68	2.92

Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Tabla N°24 Oportunidad De Especialidades Básicas 2020-2021

Oportunidad Especialidades Básicas año 2020-2021		
ESPECIALIDAD	2020	2021
PEDIATRIA	4,3	4,8
GINECOLOGIA	4,7	5,4
OBSTETRICIA	4,4	5,0
MEDICIAN INTERNA	5,8	6,6

Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Durante la vigencia 2021 se cumple con el estándar de oportunidad para Medicina general y especialidades básicas.

Se cumple con los estándares establecidos para Medicina General, Medicina Especializada básica (Ginecobstetricia, Pediatría y Medicina Interna), Psiquiatría, estos resultados obedecen a las diferentes estrategias implementadas y mantenidas

durante el periodo evaluado, entre las que podemos mencionar: seguimiento permanente a las agendas con revisión de manera prospectiva a la oportunidad identificando la cita más cercana para oferta al usuario, identificación de cupos disponibles, e implementación de la línea única para cancelación de citas que no pueden ser cumplidas con el objetivo de dar la oportunidad a otro usuario, entre otras.

4.3.2 ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA

PRODUCCION ODONTOLOGIA GENERAL

Tabla N°25 Producción Odontología General 2020-2021

Producción Odontología General 2020-2021	
2020	135.352
2021	234.439

Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

La producción de Salud Oral de la Subred en la vigencia 2021 alcanzó un incremento del 70% (n=128.296 consultas) con relación a la vigencia 2020, relacionado con la restauración de los servicios que en 2020 se suspendieron en cumplimiento a lineamientos de MPS y SDS a causa de la emergencia sanitaria por COVID 19.

La reorganización y reactivación de los servicios de salud oral se ha dado en concordancia con los lineamientos nacionales y distritales con la siguiente cronología: Entre Abril y septiembre de 2020 solo se ofertó atención de urgencias odontológicas, a partir de mayo de 2020 se implementó la tele educación, a partir de octubre se dio inicio a la restauración gradual de las atenciones y a partir de julio de 2021 se retornó a la presencialidad.

PRODUCTIVIDAD ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

Tabla N°26 Producción Odontología Especializada 2020-2021

Producción Odontología Especializada 2020-2021	
2020	20.542
2021	37.285

Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Para la vigencia 2021, frente a la consulta especializada, se puede evidenciar un incremento del 52% (n=3.353 consultas) con relación al mismo periodo del 2020 cuyo resultado obedece al avance en la restauración de cirugía maxilofacial en consulta externa.

OPORTUNIDAD ODONTOLOGIA

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Tabla N°27 Oportunidad Odontología 2020-2021

Oportunidad Odontología 2020-2021	
2020	2,2
2021	3,6
Estándar	3

Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Para la vigencia 2021, se presenta desviación del indicador, comparado con el año anterior, frente a lo cual se intensifican las medidas de seguimiento al control de las agendas.

PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS TERMINADOS QUE CUMPLIERON EL OBJETIVO

Tabla N°28 Porcentaje de Tratamientos Terminados que Cumplieron el Objetivo 2020-2021

% Tratamientos Terminados 2020-2021	
2020	94%
2021	97%
Estándar	90%

Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Para esta vigencia el indicador de porcentaje de tratamientos terminados que cumplieron el objetivo cumple con la meta institucional con un 97%, comparado con 2020 se observa un aumento del 5%, cuyo aumento se debe a las diferentes estrategias educativas implementadas en la Subred Sur Occidente, entre otras estrategias.

PORCENTAJE DE DEMANDA INSATISFECHA DEL SERVICIO DE SALUD ORAL

Tabla N°29 Porcentaje de Demanda Insatisfecha del Servicio de Salud Oral 2020-2021

% Porcentaje de Demanda Insatisfecha 2020-2021	
2020	0.3%
2021	0.4%
Estándar	3%

Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Este indicador mide la percepción de la satisfacción de los usuarios que asisten a los servicios de consulta externa, se realiza a través de una encuesta la cual contempla los criterios de accesibilidad, oportunidad, humanización, derechos y deberes, satisfacción global y experiencia del servicio; para la vigencia 2021 este

indicador se saca de la satisfacción general incluyendo todas las preguntas de la encuesta y no solo por la pregunta de satisfacción global, el resultado para esta vigencia es del 0.4%, cumpliendo con el estándar de la Subred Sur Occidente, lo que se debe en mayor proporción, en la intensificación de la educación que se le brinda al paciente y a su familia.

PORCENTAJE DE COMPLICACIONES QUIRURGICAS EN ODONTOLOGIA

Tabla N°30 Porcentaje de Complicaciones Quirúrgicas en Odontología 2020-2021

% De Complicaciones Quirúrgicas 2020-2021	
2020	0,00%
2021	0,01%
Estándar	4%

Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Para la vigencia 2021, el indicador se muestra dentro del estándar institucional, y, comparado con la vigencia 2020 este se mantiene.

4.3.3 OTROS SERVICIOS

PRODUCCION SERVICIOS DE REHABILITACION

Los servicios de rehabilitación y terapias se ofertan, en 3 de las 4 localidades de la zona de influencia de la subred, distribuidos de la siguiente manera:

Terapia Física: USS Centro Día, CAPS Zona Franca, USS Estación y CAPS Bosa

Terapia de Lenguaje: CAPS Zona Franca y USS Estación

Terapia ocupacional: USS Estación Y USS Delicias

Tabla No 31. Producción Servicio de Rehabilitación 2019-2020- 2021

PRODUCCIÓN REHABILITACIÓN 2020-2021				
Servicio	ENE-DIC 2020	ENE-DIC 2021	VARIACION ABSOLUTA 2020-2021	VARIACION RELATIVA 2020-2021
Terapia Física	38.537	44.983	6.446	14.3%
Terapia de lenguaje	10.217	14.175	3.958	27.9%
Terapia ocupacional	9.890	10.532	642	6.09%
Total Subred	58.644	69.690	11.046	15.85%

Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

En la vigencia 2021 se alcanzó una variación positiva para los tres servicios de terapias ambulatorias; atribuibles al incremento en horas de talento humano en la unidad de zona franca, logrando aumentar la cobertura frente a la demanda del

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

servicio y a la optimización del talento humano disponible; en comparación con la vigencia del año anterior.

En cumplimiento a lineamientos frente a la emergencia por COVID, para los servicios de terapia durante la vigencia se mantuvo la medida de 3 pacientes hora en citas de control garantizando medidas de aislamiento.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE PSICOLOGÍA

Tabla No 32. Producción de Servicios de Psicología 2020- 2021

PRODUCCION PSICOLOGIA 2020/2021					
CONSULTAS	ENE- DIC 2019	ENE-DIC 2020	ENE-DIC 2021	VARIACION ABSOLUTA 2020-2021	VARIACION RELATIVA 2020-2021
TOTAL	33.382	31.645	34.064	2.419	7.10%

Fuente: Gerencia de la información Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Durante la vigencia 2021, se observa una variación positiva del 7.10% (n=2.419) respecto a 2020, cuyo resultado está relacionado con el fortalecimiento de la prestación del servicio bajo la modalidad de la tele medicina, para garantizar la continuidad en la atención en salud, fortalecimiento de acciones orientadas a consolidar la RIA de salud mental y mejorar las coberturas con programa hospital día, así como el control de agendas para la optimización del talento humano.

PRINCIPALES LOGROS

- Incremento en la oferta de todos los servicios de consulta externa en respuesta a las necesidades de los usuarios y en concordancia con los lineamientos frente a la emergencia por COVID 19
- Fortalecimiento en la implementación de tele salud en sus componentes de Tele medicina y Tele educación. Durante la vigencia 2021 se realizaron 163.922 consultas; de las cuales 133.754 consultas se realizaron por telemedicina, y 29.265 por Tele orientación. Cumpliendo de esta manera con el objetivo garantizar la gestión integral de la respuesta en la atención de consulta externa ante la emergencia por el nuevo virus respiratorio COVID 19.
- Implementación de servicios de Salud ocupacional en 2 unidades de servicios de salud de la subred (USS Alcalá Muzú y CAPS Zona Franca) en respuesta a necesidades de la población y a través de los cuales se generan otras fuentes de facturación para la organización.
- Ampliación de los servicios integrales de atención para la mujer en el CAPS Porvenir y otras unidades de servicios a través de la implementación de la atención en IVE en el marco del fortalecimiento de la RIA materno perinatal.
- De igual manera se avanzó en el proceso de gestión para la implementación de 2 unidades ANCLA (CDC porvenir y CDC Bella Vista)para la prestación de

servicios de atención integral a la mujer en articulación con Integración Social y Secretaria Distrital de salud

- Renovación tecnológica en los servicios de salud oral: 10 unidades odontológicas, ,10 compresores, 49 piezas de alta, 49 lámparas de fotocurado.

PRINCIPALES DIFICULTADES

Las diferentes barreras de acceso identificadas en nuestra población objeto, dentro de las que se pueden mencionar, en mayor proporción las siguientes:

- Barreras administrativas, como afiliación a EPS y portabilidad.
- Barreras económicas, teniendo en cuenta que estas imposibilitan al cumplimiento de las citas médicas.
- Y barreras geográficas, las cuales impactan aquella población que no cuenta con medios para asistir a las citas.
- Los lineamientos de MPS y SDS a causa de la emergencia sanitaria por COVID 19, lo que impacto de forma negativa al cumplimiento de las citas médicas por parte de nuestros usuarios.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO.

Para la vigencia del año 2021 en la prestación de servicios ambulatorios en general, se mostró una mejoría y una mayor adherencia de la población, pese a la situación pandémica del país; lo que permitió reestructurar, plantear e innovar estrategias que permitieron avanzar en la atención de calidad a nuestros usuarios, reflejando con ello mediante los indicadores un aumento en la atención, cumplimiento en la productividad de medicina especializada, medicina general y de odontología.

Así mismo, gracias a la intensificación y seguimiento permanente de las estrategias que apuntaban a la mejora de la oportunidad de nuestros servicios, se logró mantener el cumplimiento en la oportunidad.

Estas se centraban en revisar las agendas de manera prospectiva para control de la oportunidad, la identificación de las citas más cercanas para ofertar al usuario, identificación de cupos disponibles, e implementación de la línea única para cancelación de citas que no pueden ser cumplidas con el objetivo de dar la oportunidad a otro usuario, entre otras.

La capacidad de respuesta de los colaboradores en los servicios de salud oral en los dos últimos en el contexto de la contingencia por pandemia de Covid 19, refleja la

resiliencia y el compromiso que forman parte de la Cultura institucional y el ejemplo de los líderes en todos los niveles de la organización.

4.4 GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

La Dirección de gestión del riesgo hace parte del proceso misional de la Subred, tiene como propósito realizar intervenciones individuales y/o colectivas de Salud Pública para contribuir al cumplimiento de las metas priorizadas y definidas en el Plan Nacional de Salud Pública así como las propias del Plan de Desarrollo del Distrito y Plan Territorial de Salud mediante la promoción de la autonomía, prevención - control de riesgos, daños en salud y restitución de derechos, propiciando la participación social para la afectación positiva de los determinantes sociales encaminados al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y Salud.

Para lograr lo anterior tuvimos intervención en el desarrollo y ejecución del Piloto del Modelo de Atención en Salud para Bogotá, de los resultados obtenidos en el mismo la Secretaría de Salud implemento el modelo de Salud a mi Barrio y Salud a mi Vereda el cual busca identificar las necesidades, expectativas de la comunidad y dar soluciones más cercanas, oportunas, dignas y pertinentes para el bienestar de la población con mayor vulnerabilidad.

4.4.1 PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, complementario al Plan Obligatorio de Salud, tiene como propósito incidir positivamente en los riesgos colectivos e individuales generados por las condiciones de vida de la población, en el contexto urbano y rural, para prevenir y controlar la enfermedad y contribuir al mantenimiento de la salud.

Desde la gestión de riesgo colectivo se desplegaron las acciones por los entornos hogar- institucional, comunitario, educativo, laboral y los componentes transversales de gestión de políticas, vigilancia en salud pública, vigilancia ambiental y gestión de programas y acciones de interés en salud pública, para alcanzar el cumplimiento de las acciones planteadas para el año 2021. Para ello el subproceso contó con un talento humano de 1464.5 perfiles distribuidos de la siguiente manera:

ENTORNO Y COMPONENTE TRANSVERSAL	CONTRATADO
GESTIÓN OPERATIVA DE LA INFORMACIÓN - COORDINACIÓN PSPIC	25
ENTORNO HOGAR	191
ENTORNO INSTITUCIONAL	28
ENTORNO EDUCATIVO	48
ENTORNO COMUNITARIO	170.5

ENTORNO Y COMPONENTE TRANSVERSAL	CONTRATADO
ENTORNO LABORAL	52
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	387
Seguimiento ESPII COVID 19 (Técnico)	55
Seguimiento ESPII COVID 19_ Especializado	15
Seguimiento ESPII COVID 19_ Universitario	115
VIGILANCIA EN SALUD AMBIENTAL	226
GESTION DE POLITICAS	42
PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERES	295
TOTAL TALENTO HUMANO	1464.5

Fuente: Base de talento humano PSPIC - 2021

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote COVID-19 como una emergencia de Salud Pública de importancia internacional (ESPII) y el 11 de marzo del mismo año, esa organización la elevó a categoría de pandemia global, situación que continuó durante todo el 2021. Con el fin de dar respuesta al posible impacto por el COVID – 19, la subred integrada de servicios de salud suroccidente, se sumó a las estrategias del distrito capital.

Desde la vigilancia en salud pública se continuó en el 2021 con la revisión del comportamiento y la circulación del virus en las diferentes localidades para determinar aquellas donde hubiera mayor presencia.

GESTION DE LAS POLITICAS PARA LA SALUD Y LA VIDA EN LA CONSTRUCCIÓN DE UNA NUEVA GOBERNANZA

El proceso orientado a la construcción de una nueva gobernanza, a través de la gestión de políticas, se fundamenta en la actuación sectorial, intersectorial y comunitaria de las políticas, planes, programas, proyectos e intervenciones en los diferentes espacios de coordinación, decisión y participación ciudadana; teniendo en cuenta el reconocimiento de la historia, las experiencias, los conocimientos y competencias que los diferentes actores del sector salud, otros sectores y comunidad, han tenido en torno a las respuestas sociales de acuerdo con las necesidades y problemáticas de la población.

ACCIÓN INTEGRADA ANÁLISIS DE CONDICIONES CALIDAD DE VIDA SALUD Y ENFERMEDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES

La Acción Integrada 2, Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad (ACCVSYE) para la toma de decisiones, se constituye en pieza fundamental de la gobernanza puesto que “permite la generación de conocimiento sobre las condiciones y calidad de vida, así como las relaciones de estas con los eventos o situaciones en salud y enfermedad de las poblaciones en los diferentes

territorios, buscando aportar elementos técnicos y gerenciales para la planeación y toma de decisiones en el nivel táctico y estratégico.

El equipo de ACCVSYE ha logrado posicionarse al interior de la Subred, así como en espacios locales donde se utiliza la información que el equipo produce, transforma y analiza.

Estrategias de la acción integrada

Gestión de la información geográfica

Se realiza a través de dos componentes principales: la recopilación de la información, el fortalecimiento en la generación de la información geográfica y la evaluación del dato espacial.

Matriz de indicadores de interés en salud pública

Durante el año 2021, se realizó la entrega de doce archivos de Excel que contienen las matrices con información COVID-19, adicionalmente se incluyen indicadores de eventos trazadores como Bajo peso al nacer, Fecundidad en adolescente, mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad infantil, mortalidad en menores de 5 años, mortalidad por IRA y neumonía en menores de 5 años, ya que se integra al producto de sala de crisis. De acuerdo a la semaforización de los indicadores de interés en salud pública, se observa que para el 2021, se cuenta con 6 indicadores que no cumplen con la meta establecida: mortalidad materna, mortalidad perinatal, bajo peso al nacer, mortalidad en menor de 5 años, mortalidad por desnutrición y sífilis congénita, éste último mejoró con respecto a las cifras obtenidas en el año anterior, no obstante, sigue permaneciendo por debajo de la meta esperada.

META 2020-2024	ENE-DIC 2019		ENE-DIC 2020		ENE-DIC 2021		%VARIACIÓN 2020-2021	
	CASOS	INDICADOR	CASOS	INDICADOR	CASOS	INDICADOR		
RUTA MATERNO PERINATAL								
MORTALIDAD MATERNA META: 18,88 POR 100.000 NV	8	29,9	6	24,2	19	91,0	276%	
MORTALIDAD PERINATAL META: 13,14 POR 1.000 NV+ FETALES	307	11,4	316	12,6	292	13,8	10%	
SÍFILIS CONGÉNITA META: 1,04 POR 1.000 NV+ FETALES	51	1,9	85	3,4	39	1,8	-46%	
BAJO PESO AL NACER LB: 13,2% EN NV	3662	13,7	3275	13,2	3068	14,7	11%	
RUTA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD - PRIMERA INFANCIA								
MORTALIDAD INFANTIL META: 8,37 POR 1.000 NV	236	8,8	190	7,7	156	7,5	-2%	
MORTALIDAD MENOR DE 5 AÑOS LB: 8,86 POR 1.000 NV	272	10,2	217	8,8	189	9,1	3%	
MORTALIDAD POR NEUMONÍA META: 6,5 POR 100.000 MENORES 5 AÑOS	12	7,8	6	4,0	3	2,1	-48%	
MORTALIDAD POR IRA	9	5,8	4	2,6	1	0,7	-74%	

LB: 0,96 POR 100.000 MENORES 5 AÑOS								
MORTALIDAD POR EDA LB: TASA 0,0 POR 100.000 MENORES 5 AÑOS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0%	
MORTALIDAD DESNUTRICIÓN META: 0 MUERTES POR 100.000 MENORES 5 AÑOS	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0%	
RUTA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD - ADOLESCENCIA								
FECUNDIDAD EN MUJERES DE 10 A 14 AÑOS META: DISMINUIR LA TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD EN MUJERES A 0,54	52	0,7	53	0,3	36	0,2	-31%	
FECUNDIDAD EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS META: DISMINUIR LA TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD EN MUJERES A 25,6	2918	32,6	2604	14,8	1913	11,1	-25%	

Fuente: elaboración propia a partir de aplicación de instrumentos y mesas de trabajo con actores de la Subred. 2021

Sala de crisis COVID 19

Sala de Crisis, es un espacio en el cual se analiza información de diferentes fuentes, con el propósito de coordinar la respuesta sectorial e intersectorial frente a una situación problemática relacionada con la actual coyuntura de COVID-19, en cada uno de los territorios.

Para ello, la sala cuenta con 3 momentos:

1. Preparación: identificación de una situación partiendo de la emergencia Covid-19 en donde se dan cuenta de fuentes, bases de datos, procesamiento, cartografía y análisis espaciales que puedan ser insumo y aporten al ejercicio de la sala.
2. Análisis y concertación: debe tener unos mínimos dentro de ellos la presentación de la situación Covid-19 por localidad, la situación problemática, la metodología de análisis, propuestas de intervención y seguimiento de las mismas.
3. Decisiones: construcción y concertación de las propuestas o estrategias de intervención con la participación de los actores involucrados. Este debe contener las acciones, responsables y programación.

Problemas, eventos y temáticas locales identificadas por procesos, espacios o subsistemas de la Subred Sur Occidente E.S.E.

PROCESO, O SUBSISTEMA A LA QUE PERTENECE	BOSA	KENNEDY	FONTIBÓN	PUENTE ARANDA
SSR - SMI	Razón de mortalidad materna 10 a 54 años	Razón de mortalidad materna 10 a 54 años	Razón de prevalencia de sífilis gestacional	Razón de prevalencia de sífilis gestacional
SIVISTRA	Inadecuadas prácticas seguras en el desarrollo de las actividades laborales de alto riesgo	Incremento de población migrante con prácticas en el desarrollo de la actividad laboral	Incremento de población migrante con prácticas en el desarrollo de la actividad laboral	Economía informal desarrollando actividades industriales y manufactura expuestos a riesgos mecánicos
VSP SISVAN	Exceso de peso en adultos	Exceso de peso	Desnutrición aguda	Desnutrición aguda
SUBSISTEMA DE CRÓNICOS	Demoras en el acceso al tratamiento de las usuarias con cáncer de mama y cuello uterino	Demoras en el acceso del inicio de tratamiento de las usuarias con diagnóstico con cáncer de mama y cáncer de cuello uterino	Demoras en el acceso al inicio de tratamiento de las usuarias con cáncer de mama y cuello uterino	Demoras en el inicio de tratamiento para las usuarias con cáncer de mama y cuello uterino

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA DISCAPACIDAD	Barreras de tipo Intermedias en lo referente a la prestación del servicio en salud, de acceso de tipo geográfico, económico, oportunidad en los servicios, además de la insatisfacción en la calidad prestada.	Barreras de tipo Intermedias en lo referente a la prestación del servicio en salud, de acceso de tipo geográfico, económico, oportunidad en los servicios, además de la insatisfacción en la calidad prestada.	Barreras de tipo Intermedias en lo referente a la prestación del servicio en salud, de acceso de tipo geográfico, económico, oportunidad en los servicios, además de la insatisfacción en la calidad prestada.	Barreras de tipo Intermedias en lo referente a la prestación del servicio en salud, de acceso de tipo geográfico, económico, oportunidad en los servicios, además de la insatisfacción en la calidad prestada.
VIGILANCIA COMUNITARIA DE LA SALUD PÚBLICA	Manipulación inadecuada de residuos sólidos 25%	Manipulación inadecuada de residuos sólidos 19%	Infraestructura vial con Riesgo de accidentalidad del 18%	Manipulación inadecuada de residuos sólidos 27%
SALUD MENTAL	Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes menores de 12-17 años	Conducta suicida	Accidentes domésticos	Conducta suicida

Fuente: elaboración propia a partir de aplicación de instrumentos y mesas de trabajo con actores de la Subred. 2021

Generación del conocimiento

Para el año 2021, el equipo elaboro planes de trabajo que fueron concertados y aprobados por SDS para la realización de las diferentes actividades programadas en este periodo. Se inició la construcción de los Diagnósticos locales, capítulo 1 caracterización territorial y demográfica, y avances del capítulo 2 donde se realizado reporte de la morbilidad debida a IRAG por virus nuevo, SARS-COV2/COVID 19, por cada una de las localidades de la subred

ACCIÓN INTEGRADA DE INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Durante la vigencia de enero a diciembre del año 2021, la Acción Integrada 3 realizó diversas acciones encaminadas a informar, educar y comunicar a la comunidad de Bosa, Fontibón, Kennedy y Puente Aranda, con el fin de mejorar la salud pública y la calidad de vida de estos habitantes. Para lograr dicho propósito, se diseñaron 1080 piezas comunicativas, se participó en 28 programas radiales alternativos, se publicó 2051 contenidos en las redes sociales de la Subred Sur Occidente (Facebook, Instagram y Twitter), se organizaron 15 Facebook Live, se llevaron a cabo 12 mesas mensuales de comunicaciones y 6 fortalecimientos técnicos a los profesionales del Entorno Hogar y 12 fortalecimientos de capacidades en inteligencia emocional a los grupos de líderes y lideresas de los parches de barras futboleras del entorno comunitario.

Durante esta vigencia se realizó la edición de la sexta y séptima edición del boletín informativo de PIC News donde se presentaron los principales avances, retos y resultados de las acciones desarrolladas por parte de los entornos, componentes y políticas durante la vigencia 2021.

La acción integrada de IEC aportó en el posicionamiento de los programas y acciones en Salud Pública desde los entornos, experiencias exitosas y retos durante la pandemia por Covid 19 , logrando movilizar las fechas conmemorativas con los referentes de políticas públicas, Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública a través de la construcción de piezas de convocatoria, difusión de piezas informativas con mensajes de educación o con el desarrollo de eventos virtuales (programas radiales, Facebook live, YouTube o retransmisiones de

plataformas zoom o Teams, permitiendo brindar información, educación y comunicación a la comunidad respecto a la oferta de la Subred Sur Occidente, las estrategias que se implementan en la comunidad con el fin de disminuir los riesgos en salud.

ENTORNO HOGAR

ABORDAJE TERRITORIAL:

USUARIOS CAPTADOS EN ABORDAJE TERRITORIAL 2021										
TRIMESTRE	USUARIOS CON SEGUIMIENTO EN RIESGO AMBIENTAL	%	USUARIOS CRONICOS CAPTADOS Y CON VALORACION	%	MENORES DE 5 AÑOS CAPTADOS Y CON VALORACION	%	USUARIOS CON ALERTA EN SALUD MENTAL	%	GESTANTES CAPTADAS CON VALORACION	%
Primer Trimestre	726	100%	4359	100%	4294	100%	174	100%	196	100%
Segundo Trimestre	155	100%	1644	100%	1792	100%	16	100%	106	100%
Tercer Trimestre	610	100%	4825	100%	3250	100%	32	100%	202	100%
Cuarto Trimestre	866	100%	4488	100%	3974	100%	46	100%	303	100%

Fuente: Sistemas de información del PSPIC

Durante el 2021 se realizaron seguimientos a UPZ priorizadas desde Secretaria de Salud, enfatizando acciones en menores de 5 años, crónicos y gestantes, con quienes se logró además de las intervenciones PIC realizar articulación con los programas y servicios de PyD, especialmente en la Subred Suroccidente, lo que permitió ampliar la cobertura y suplir las necesidades en salud de los usuarios.

Durante el 2021 se caracterizaron 13.310 niños y niñas menores de 5 años, adicionalmente se caracterizaron 15.316 usuarios con alguna patología crónica.

ACCIONES FAMILIARES:

A través de las acciones de seguimientos realizados por el componente de gestión del riesgo para la salud familiar, se da continuidad con el plan familiar de las familias implementadas en cada uno de los trimestres del año 2021, generando acciones de seguimiento telefónicos y presenciales, tal y como se muestra en el cuadro a continuación.

TABLA DE COBERTURAS COMPONENTE DE GESTION DEL RIESGO PARA LA SALUD FAMILIAR (GRFS) 2021												
TRIMESTRE	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE		
EVENTO	NOTIFICADOS	EFFECTIVOS	PORCENTAJE	NOTIFICADOS	EFFECTIVOS	PORCENTAJE	NOTIFICADOS	EFFECTIVOS	PORCENTAJE	NOTIFICADOS	EFFECTIVOS	PORCENTAJE

TABLA DE COBERTURAS COMPONENTE DE GESTION DEL RIESGO PARA LA SALUD FAMILIAR (GRFS) 2021												
TRIMESTRE	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE		
EVENTO	NOTIFICADOS	EFFECTIVOS	PORCENTAJE	NOTIFICADOS	EFFECTIVOS	PORCENTAJE	NOTIFICADOS	EFFECTIVOS	PORCENTAJE	NOTIFICADOS	EFFECTIVOS	PORCENTAJE
BAJO PESO AL NACER												
ERA												
MME	109	76	69	134	76	56	97	59	60	78	51	65
DNT AGUDA MODERADA Y SEVERA												
GESTANTE BAJO PESO												
MNE- MALFORMACIONES CONGENITAS	6	5	83	27	18	66	19	9	47	0	0	0
CONDUCTA SUICIDA												
SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA	64	51	79	79	51	64	92	69	75	89	43	48
GESTANTES VIH	1	1	1	2	1	0.5	3	3	3	2	2	2
GESTANTES HB	10	10	10	8	8	8	1	1	1	1	1	1
VIOLENCIA REITERADA												
VILENCIA EN GESTANTES												
TOTAL	190	143	242	250	154	194	212	141	186	170	97	116

Fuente: Base VSP 2021

Dentro del entorno vivienda, se cuenta con la estrategia de ángeles guardianes que hace parte de la gestión del riesgo para la salud familiar, en donde se realiza abordaje a los casos reportados por las USS de Kennedy, Fontibón y Bosa a usuarias con criterio de MME ya sea de preeclampsia severa, choque séptico, choque hipovolémico o TEP, a través de acciones de IEC encaminadas a la disminución de la morbimortalidad materno perinatal, lo anterior se realizó a través de 262 seguimientos realizados durante el año.

Frente a los casos de desnutrición se identifica que se realizó abordaje de 712 casos, respecto a los casos de bajo peso se logró cobertura del 76%, los seguimientos se realizaron de forma telefónica, y se brindó educación frente a la importancia de lactancia materna exclusiva y adherencia a los programas de promoción y prevención.

En el primer trimestre de 2021 se logró una intervención desde el seguimiento a cohortes de gestión del riesgo para la salud familiar, se realiza el abordaje de los eventos de interés en salud pública reportados por las diferentes instancias de notificación, identificando que se ha podido impactar positivamente en la disminución de evento de enfermedad respiratoria aguda, frente a las enfermedades prevalentes de la infancia, en las intervenciones se realizaron acciones educativas para la disminución del riesgo de ocurrencia de otras enfermedades.

FAMILIAS ÉTNICAS:

EVENTO								
PERIODO	CRONICOS	%	GESTANTES	%	MENORES DE CINCO AÑOS	%	OTROS CASOS PRIORIZADOS	TOTAL
III TRIMESTRE	69	100%	9	100%	80	100%	90	248
IV TRIMESTRE	126	100%	12	100%	72	100%	70	280

Fuente: Base equipos étnicos espacio Vivienda Sub Red Sur Occidente.

Para el segundo semestre del año 2021 el equipo de interacción integral e integrada de la estrategia abordaje étnico diferencial de la Subred Suroccidente realiza el diálogo, concertación y acercamiento con autoridades, líderes u organizaciones. De común acuerdo se establecen como criterios de priorización gestantes, menores de 5 años, crónicos, personas en condición de discapacidad y otros eventos priorizados por la comunidad con lo cual se da una cobertura a 528 familias y usuarios durante el año 2021.

Búsqueda activa comunitaria a través de la toma de muestras para COVID_19.

a. Descripción del proceso de priorización y selección de conglomerados.

Para La acción integrada “Cuidado para la Salud Familiar” en la actividad 4 de Muestreo. Para la selección de los conglomerados se identificó la existencia o no de circulación viral en las UPZ y/o cuadrantes de cada una de las localidades, mediante análisis geoespacial y el análisis de la notificación de casos; al igual se tuvo en cuenta conglomerados por actividades económicas, ocupación, alta movilidad, determinantes que no permitían garantizar las medidas de bioseguridad, distanciamiento social requerido y que pudiesen transmitir inadvertidamente el SARS-CoA-2.

Durante los meses de enero a diciembre de 2021 se realizaron 276.491 pruebas moleculares RT-PCR, en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda

LOCALIDAD	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	TOTAL GENERAL
BOSA	14.068	16.066	16.271	7.762	54.167
FONTIBON	17.268	24.319	19.780	11.736	73.103
KENNEDY	20.599	25.737	23.136	11.606	81.078
PUENTE ARANDA	16.897	24.356	18.300	8.590	68.143
Total general	68.832	90.478	77.487	39.694	276.491

Fuente: Base Seguimiento Muestras COVID 19- Subred Sur Occidente. 2021

A continuación, se relacionan los resultados de laboratorio (casos positivos) por localidad:

LOCALIDAD	TOTAL DE PRUEBAS	TOTAL PRUEBAS RESULTADO	% POSITIVIDAD
-----------	------------------	-------------------------	---------------

	REALIZADAS	POSITIVO	
BOSA	54.167	11.513	21,254638
FONTIBON	73.103	14.653	20,044321
KENNEDY	81.078	16.837	20,766422
PUENTE ARANDA	68.143	14.137	20,746078
Total general	276.491	57.140	20,666134

Fuente: Base Seguimiento Muestras COVID 19- Subred Sur Occidente. 2021

En la anterior tabla se evidencia que el porcentaje mayor de positividad se dio en las localidades de Bosa y Kennedy, posiblemente asociadas a actividades económicas, de ocupación y alta movilidad, sobre todo en zonas comerciales.

a. Tipos de conglomerados por localidad

ETIQUETAS DE FILA	CONGLOMERADO POBLACIONES Y GRUPOS SELECTOS	CONGLOMERADO TALENTO HUMANO EN SALUD	ZONAS DE CIRCULACIÓN CONOCIDA O TRANSMISIÓN CRECIENTE RECIENTE.	ZONAS O CONGLOMERADOS SILENCIOSOS	TOTAL GENERAL
BOSA	2.669	245	34.033	17.220	54.167
FONTIBON	1.341	260	46.145	25.357	73.103
KENNEDY	3.710	205	43.192	33.971	81.078
PUENTE ARANDA	1.854	102	41.542	24.645	68.143
Total general	9.574	812	164.912	101.193	276.491

Fuente: Base Seguimiento Muestras COVID 19- Subred Sur Occidente. 2021

De las **276.491** pruebas realizadas durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2021, se evidencia mayor proporción en los conglomerados de zonas de circulación conocida creciente y reciente o alta transmisibilidad (164.912 muestras), lo anterior sustentado por el ejercicio realizado en conjunto con Políticas para la selección y priorización en donde se tienen en cuenta los indicadores de transmisibilidad y positividad, la tasa y tendencia de casos activos y nuevos semanales por UPZ y la tasa de casos de COVID-19 por 100.000 habitantes de las UPZ.

INSTITUCIONES:

INSTITUCION DE PERSONA MAYOR – IMP

EVENTO					
PERIODO	ADULTOS MAYORES	%	CRONICOS	%	ABORDAJES PRESENCIALES
ENE- OCT 2021	2869	100	2153	75	1100
NOV – DIC 2021	842	100	96	11,4	93
TOTAL	3711	100	2249	60	1193

Fuente: Sistemas de información del PSPIC

Durante el año 2021 desde el entorno hogar e institucional, para los meses de enero a octubre de 2021 se realizó acompañamiento a 72 IPM localizadas en las cuatro localidades de la Subred Suroccidente, teniendo como principal objetivo el mantenimiento de la salud de las personas mayores institucionalizadas, alcanzando estándares de calidad para la atención integral de esta población. Con un énfasis especial en las medidas de bioseguridad que se deben adoptar para el cuidado de la población mayor, por ser altamente vulnerable ante la pandemia por Covid19.

Para la vigencia noviembre – diciembre de 2021, se establece un nuevo convenio y se realiza el acompañamiento a 33 IPM ubicados en las 4 localidades de la Subred. Durante todo el año 2021 se llevaron a cabo 1193 abordajes presenciales en los IPM. Se logra la identificación de 3711 personas mayores, de las cuales el 60% corresponde a población crónica.

ENTORNO COMUNITARIO

En las actividades desarrolladas en el año 2021 en el entorno comunitario, se realiza sensibilización de 322450 personas, en temas relacionados a:

- ✓ Educación sexual y reproductiva
- ✓ Salud mental
- ✓ Intervención en pacientes crónicos no transmisibles
- ✓ Personas en condición de discapacidad
- ✓ fortalecimiento étnico (Muisca Y Población RROM)
- ✓ Cartografía social
- ✓ Identificación consumo sustancias psicoactivas
- ✓ Educación ambiental
- ✓ Educación y autocuidado de la salud con el enfoque del arte como instrumento de divulgación
- ✓ Fortalecimiento y atención integral en salud sicosocial a las Mujeres.
- ✓ Fortalecimiento de población diferencial LGBTI, Habitanza en Calle.

Las acciones anteriormente descritas se realizan en las localidades donde opera la Subred Suroccidente (Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda), lo que garantiza una apropiación y adherencia en conceptos como prevención de la enfermedad y promoción de la salud, relacionando criterios de autocuidado y mejoramiento de la calidad de vida, lo que contribuye a fortalecer su entorno ambiental y social.

Por último, se promueve acciones enfocadas a la prevención del contagio del virus pandémico COVID-19 en la población.

Población intervenida entorno comunitario año 2021

ENTORNO COMUNITARIO					
ESTRATEGIA	RESULTADOS TRIMESTRE-2021				TOTAL POBLACION INTERVENIDA POR ESTRATEGIA-AÑO 2021
	I	II	III	IV	
ACCIONES ARTISTICAS	37223	44613	36067	27813	145716

CUIDATE Y SE FELIZ	4677	5402	4806	4966	19851
LINEA PSICOACTIVA	850	927	975	1075	3827
SERVICIOS DE ACOGIDA JUVENIL	0	274	900	906	2080
SERVICIOS DE ACOGIDA	663	702	630	930	2925
SALUD AMBIENTAL-TCREAS	7845	11000	9410	3971	32226
RBC SALUD MENTAL	373	684	763	793	2613
RBC SOPORTE SOCIAL	875	1115	1306	950	4246
BARRISMO SOCIAL	1638	1525	2378	1721	7262
CENTRO DE ESCUCHA HABITANTE DE CALLE	0	293	1092	821	2206
CENTRO DE ESCUCHA LGBTI	0	244	693	748	1685
CARACTERIZACION BARRIAL-GESTION DEL CUIDADO COMUNITARIO	42628	10559	23233	7890	84300
FORTALECIMIENTO COMUNITARIO	1502	2360	3466	2771	10099
CENTRO DE ESCUCHA MUJER	472	836	854	871	3033
CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO FISICO Y SALUD MENTAL	0	128	503	472	1103
ACCIONES COMUNITARIAS POBLACION MUISCA	0	0	1096	1767	2863
ACCIONES COMUNITARIAS POBLACION RROM	0	0	0	42	42
JORNADAS	0	0	200	0	200
TOTAL POBLACION INTERVENIDA ENTORNO COMUNITARIO AÑO 2021	322450				

Fuente: Tableros de cobertura poblacional, subred integrada de servicios de salud sur occidente, entorno comunitario, año 2021.

ENTORNO LABORAL

El entorno laboral en 2021 realiza acciones de movilización y prevención a partir de la información en salud con abordaje en seguridad y salud en el trabajo, reconociendo las medidas preventivas establecidas para el desarrollo de las actividades propias de la ocupación y la actividad económica; enfocando y dando respuesta a las estrategias nacionales establecidas en el marco del COVID 19. La implementación de las acciones se realiza a través de las dos acciones integradas del espacio:

ACCIÓN INTEGRADA DESVINCULACIÓN PROGRESIVA DE LOS NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES DEL TRABAJO INFANTIL.

PRODUCTO	NNA ABORDADOS				
	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	TOTAL
Niños, Niñas trabajadores el trabajo infantil	443	502	630	250	1825
Adolescentes trabajadores	98	82	120	76	376
Seguimiento a la desvinculación de las peores formas de trabajo	260	280	200	295	1035

Fuente: Tableros de cobertura poblacional, subred integrada de servicios de salud sur occidente, entorno laboral, año 2021.

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Indicadores de resultado:

- Proporción de niños, niñas y adolescentes (NNA) desvinculados de las peores formas de trabajo infantil.

2663 niños, niñas y adolescentes trabajadores- desvinculados de las PFTI / 3236 niños, niñas y adolescentes trabajadores identificados *100=82%

ACCIÓN INTEGRADA PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO Y GESTIÓN DEL RIESGO EN LOS TRABAJADORES DE LAS UNIDADES DE TRABAJO INFORMAL

PRODUCTO	UTIS ABORDADAS POR SUBRED				
	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	TOTAL
Implementación de la estrategia de entornos de trabajo saludables	565	1130	768	804	3267
Acompañamiento en la validación de registro de actividades económicas	3648	2618	3315	3784	13365

Fuente: Tableros de cobertura poblacional, subred integrada de servicios de salud sur occidente, entorno laboral, año 2021.

INDICADORES DE RESULTADO:

- Proporción de Unidades de Trabajo Informal - UTIS altas/medias que logran la implementación la estrategia de entornos laborales saludables

3124 UTIS lograron cambios a partir de la implementación de la estrategia de entornos laborales saludables/ 3267 UTIS caracterizadas *100=95%.

ENTORNO EDUCATIVO

El entorno educativo para el año 2021 realiza acciones orientadas a incidir en la cultura del cuidado de la salud, la convivencia y el bienestar de la comunidad educativa, favoreciendo prácticas y estilos de vida saludable, a través de intervenciones integrales de información, educación y comunicación para la salud con enfoque poblacional, diferencial y de género que favorezcan el pensamiento crítico. Se realiza acompañamiento a la reapertura y regreso a la presencialidad de las instituciones educativas (Colegios oficiales y privados, Jardines infantiles, instituciones de educación para el trabajo y universidades)

Dichas acciones están enfocadas a la apropiación de prácticas saludables en la comunidad educativa favoreciendo hábitos y estilos de vida en saludable, aportando a la construcción de un entorno educativo saludable a través de la implementación de la estrategia Sintonizarte.

ACCIÓN INTEGRADA SINTONIZARTE

PRODUCTO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	POBLACIÓN ABORDADA
Fortalecimiento de capacidades para la formulación e implementación de los proyectos ambientales escolares (PRAES)	4	20	130	30	1593 niños, padres y docentes
Familias protectoras de la salud	136	1124	990	330	2580 Familias abordadas
Gestión de eventos prioritarios en salud mental en población escolar	448	1914	1486	1314	5162 Escolares
Gestión en la atención de gestantes y lactantes en población escolarizada.	111	451	362	516	1440 Gestantes y lactantes
Promoción de prácticas en salud oral a escolares	172	504	504	168	1348 escolares
Gestión para la apertura gradual, progresiva y segura de los establecimientos educativos en el 2021.	76	390	378	332	1176 visitas a un total de 605 instituciones educativas
Vacaciones Saludables	11	0	0	76	1011 Escolares
Cursos de escolares con acciones de promoción de prácticas saludables de salud bucal	0	64	48	16	127 cursos con 3301 escolares
Sesiones para la promoción de hábitos de vida saludable en escolares	0	2225	2191	611	19435 Estudiantes
Establecimientos educativos caracterizados para la transformación escolar	73	5	28	50	156
Grupos de docentes con información para la detección temprana de riesgos en salud mental	0	48	40	8	96 grupos con 192 docentes
Grupos de docentes con información frene al abordaje de temáticas de salud sexual y reproductiva en escolares	2	4	5	1	12 grupos con 72 docentes
Seguimientos a escolares con esquemas de vacunación incompletos y acceso a programas de crecimiento y desarrollo	60	416	360	118	954 seguimientos
Seguimiento a la operación técnica y administrativa del entorno educativo	1	1	1	1	4

Fuente. Plan operativo entorno Educativo 2021

4.4.2 VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

La principal actividad del subsistema SIVIGILA, es velar por la oportunidad de la notificación de todos los Eventos de Interés en Salud Pública (Semanal o inmediato) y registro de la información con calidad del dato. Esto con el fin de desplegar acciones en los tiempos estipulados según cada subsistema, para poder tener una intervención oportuna, para la contención de los eventos.

Se realiza verificación y cumplimiento del proceso a las Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD), semanalmente y diario, por medio de la evaluación de la notificación semanal e inmediata. Y se realiza auditoria del proceso por medio de los siguientes productos: asistencia técnica a UPGD, asistencia técnica a Unidad, ampliaciones de la red de operadores del aplicativo SIVIGILA y planes de Mejora

Para el año 2021, se realizan las asistencias técnicas a UPGD o a UI, seguimiento a planes de mejora UPGD, ampliación de la red de operadores de notificación SIVIGILA como están en plan operativo.

Tabla 33. Asistencias Técnicas realizadas 3 o más de 4 Subsistemas a UPGD. Subred Sur Occidente ESE

PRODUCTO	TOTAL
ASISTENCIAS TECNICAS MENOS DE 3 SUBSISTEMAS	295
ASISTENCIAS TECNICAS MAS DE 4 SUBSISTEMAS	236
TOTAL	531

Fuente: Sistemas de información del PSPIC

Tabla 34. Asistencias técnicas realizadas a Unidades Informadoras Subred Sur Occidente 2021.

PRODUCTO	TOTAL
ASISTENCIAS TECNICAS A UNIDADES INFORMADORAS	559
TOTAL	559

Fuente: Sistemas de información del PSPIC

Tabla 35. Ampliación de la red SIVIGILA realizadas Subred Sur Occidente 2021.

PRODUCTO	TOTAL
AMPLIACION DE LA RED	219
TOTAL	219

Fuente: Sistemas de información del PSPIC

Tabla 36. Monitoreo de las Acciones de Mejora realizadas Subred Sur Occidente 2021

PRODUCTO	TOTAL
MONITOREO A PLANES DE MEJORA	131
TOTAL	131

Fuente: Sistemas de información del PSPIC

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Tabla 37. Casos notificados por localidad año 2021 corte a semana 53 Subred Sur Occidente ESE.

CASOS NOTIFICADOS 2021	
KENNEDY - PUENTE ARANDA	BOSA- FONTIBON
337.390	176.790

Fuente: Sistemas de información del PSPIC

COVID19:

Tabla 38. Casos notificados por año 2021 corte a semana 53 Subred Sur Occidente ESE. Según ocurrencia y residencia.

CASOS NOTIFICADOS 2021	
SIVIGILA OCURRENCIA	RESIDENCIA
392. 282	460.923

Fuente: Sistemas de información SIVIGILA y bases POSITIVOS

Para el fortalecimiento de los procesos prácticos de la subred de acuerdo a la notificación realizo la implementación de asistencias técnicas a las UPGD, en respuesta a la pandemia por Covid-19, el fortalecimiento de la capacidad organizativa con análisis y recomendaciones a la población, con identificación a las problemáticas, las cuales dan origen a los determinantes sociales que impactan las condiciones de salud de las personas y de la comunidad general.

Seguimiento a pacientes COVID19:

A partir de los seguimientos realizados en las Investigaciones Epidemiológicas de Campo durante el año 2021 se realizaron en total de 2.642.964 seguimientos telefónicos a casos índices y contactos estrechos.

Durante el periodo la localidad de Kennedy fue la de mayor número de casos abordados con el 43,3%, seguida de la localidad de Bosa con el 24,7%, Localidad de Fontibón con el 18,7% y Puente Aranda con un 13,3%.

Búsqueda Activa Comunitaria BAC:

Esta estrategia inicia en el mes de septiembre por solicitud de Secretaria Distrital de Salud y durante el período de septiembre a diciembre 2021 se realizó la encuesta a 18719 casos identificados por la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, de los cuáles se identifican un 5,5% (n=5058) casos probables,

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

logrando toma de muestra al 27 % de los casos captados teniendo en cuenta presencia de síntomas, contacto estrecho o de forma preventiva.

Tabla 39. Indicadores de Búsqueda Activa Comunitaria BAC COVID19 de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Suroccidente. Septiembre -diciembre 2021

INDICADOR	BOSA	FONTIBON	KENNEDY	PUENTE ARANDA	TOTAL GENERAL
Total, Casos probables identificados	5733	3650	5563	3773	18719
Total, casos encuestados	5733	3650	5563	3773	18719
% de casos probables identificados	100	100	100	100	100
Total, Casos probables identificados con toma de muestra	629	1457	2145	827	5058
Total, Casos probables identificados	5733	3650	5563	3773	18719
% efectividad canalización toma de muestra	10,97	39,92	38,56	21,92	27,02
Total, casos positivos	39	117	72	52	280
Total, Casos probables identificados	5733	3650	5563	3773	18719
% positividad	0,7	3,2	1,3	1,4	1,5

Fuente: BAC Sub Red Integrada de Servicios de Salud Suroccidente. Septiembre -diciembre 2021.

Seguimiento a vacunación:

Esta estrategia inicia en el mes de septiembre en donde se realiza seguimiento a 17.806 personas, con una efectividad del 84,3% casos, así mismo durante el periodo evaluado octubre a diciembre del 2021 se han realizado 69.561 seguimientos vacunados 53.915 y no presentan vacunación 4.545 y esquemas incompletos 20.443, reporte enviado los días lunes a Secretaria Distrital de Salud.

Seguimiento a Paciente Hospitalizado:

En el periodo de enero a diciembre de 2021 se realizó seguimiento a 169 pacientes de los cuales el 25,1 (n=45) corresponden a egresos, el 8,9% (n=16) fallecimientos, hospitalizados el 49,7% (n=89), por otra parte, no se presentaron remitidos durante el periodo evaluado.

Tabla 40. Frecuencia de casos instituciones que generan reporte de pacientes hospitalizados y en salas UCI, en la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente durante el periodo enero a diciembre 2021

LOCALIDAD	EGRESOS	FALLECIDOS	REMISION	SEGUIMIENTO	TOTAL
BOSA	180	49	0	2	231
KENNEDY	2559	1084	0	11	3654

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

FONTIBON	438	249	0	2	689
PUENTE ARANDA	625	86	0	0	711
TOTAL	3802	1468	0	15	5285

Fuente: Base de Seguimiento a pacientes hospitalizados Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. Octubre a diciembre 2021

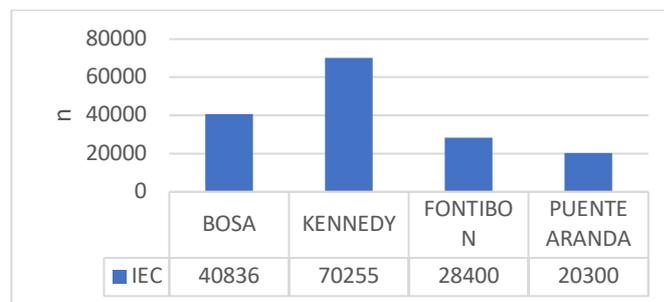
Seguimiento a notificación de evento 346:

En el aplicativo SIVIGILA, se realiza revisión de base enviada por el equipo SIVIGILA de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, se evidencia para la Subred se notificaron 392. 282 casos en el aplicativo SIVIGILA local y se evidencian 45.142 ajustes pendientes en dicho aplicativo, dada la situación se crean estrategias para dar cumplimiento.

Intervenciones Epidemiológicas de Campo:

Durante el año 2021 el perfil profesional ha realizado 159.791 Intervenciones Epidemiológicas de Campo donde se abordan principalmente los casos priorizados dependiendo el comportamiento de la epidemiológico COVID19.

Gráfica 26. Distribución de Intervenciones Epidemiológicas de Campo IEC COVID 19 por localidad realizada por profesionales, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. Enero -diciembre 2021.



Fuente: Base de IEC, Anual 2021, subred Sur Occidente

• Información Educación y Comunicación:

Esta estrategia fue solicitada por Secretaria Distrital de Salud en el mes de septiembre, durante el periodo de septiembre a diciembre del 2021, se realizaron en total 312 actividades en la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, de los cuáles se realizó un abordaje a 8.707 personas.

Tabla 41. Información Educación y Comunicación COVID19 realizadas en la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Suroccidente. Periodo septiembre diciembre del 2021

LOCALIDAD	No DE ACTIVIDADES	POBLACIÓN ABORDADA
BOSA	50	2415
KENNEDY	73	1997
FONTIBÓN	107	2015
PUENTE ARANDA	82	2280

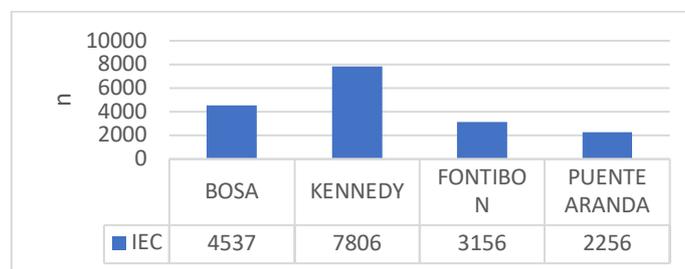
Fuente: IEC realizadas Sub Red Integrada de Servicios de Salud Suroccidente. Septiembre -diciembre 2021.

Seguimiento a población pobre no afiliada PPNA: Se realizan Intervenciones Epidemiológicas de Campo IEC de los casos identificados y se realiza su respectivo seguimiento a 1744 seguimientos durante el periodo de enero a diciembre con realización de canalización de manera semanal a gestión del riesgo, actividad a desarrollar de manera diaria desde el mes de para el mes de septiembre a la fecha.

Salas de crisis semanales: Se realizan de manera semanal en las diferentes localidades, con la finalidad de mostrar situación actual de COVID19.

Intervenciones epidemiológicas de campo: Durante el año 2021 el perfil profesional ha realizado 17,755 Intervenciones Epidemiológicas de Campo realizadas por Profesional Especializado donde se abordan principalmente los casos priorizados dependiendo el comportamiento de la epidemiológico COVID19.

Distribución de Intervenciones Epidemiológicas de Campo IEC COVID 19 por localidad realizada por profesionales, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. Enero - diciembre 2021.



Fuente: Base de IEC, Anual 2021, Subred Sur Occidente.

Boletín Epidemiológico: Se realiza de manera semestral con la finalidad de mostrar el comportamiento del evento COVID19 y las diferentes acciones realizadas al mismo.

Informes trimestrales: Se plasma las diferentes acciones realizadas por la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Suroccidente y el comportamiento según las diferentes variables de importancia para el evento.

Informes de Vigencia: Se reportan las acciones realizada por la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Suroccidente y el comportamiento del evento en las diferentes localidades.

VIGILANCIA EN SALUD AMBIENTAL

El componente durante lo corrido del año ha realizado 68191 visitas a establecimientos abiertos al público en las cuatro localidades que comprenden la subred, se han tomado un total de 24192 medidas sanitarias, se han inspeccionado 4103 vehículos transportadores entre las líneas de alimentos y medicamentos, adicionalmente se han aplicado 3279 encuestas de temáticas priorizadas como ruido, calidad de sueño entre otros. Esto con el fin de evitar impactos en la salud de la población derivados del consumo de productos y servicios ofrecidos en el día a día.

GESTION DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA

Desde acciones de interés en salud pública durante el año 2021 se realizaron asistencias técnicas a IPS Públicas y privadas con el fin de fortalecer las competencias y habilidades del talento humano en temas de infancia, Salud Sexual y Reproductiva, Condiciones Crónicas, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral (IAMII), seguridad alimentaria y nutricional, salud mental y salud oral

ACCIÓN / LOCALIDAD	BOSA	KENNEDY	FONTIBON	PUENTE ARANDA	TOTAL
SSR	11	6	4	3	24
CONDICIONES CRONICAS	11	11	5	3	30
INFANCIA	11	11	3	1	26
IAMII	3	6	0	3	12
SALUD ORAL	3	5	4	3	15
SEGUIRDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIPONAL	4	12	4	1	21
SALUD MENTAL	21	29	13	3	66
TOTAL	64	80	33	17	194

Fuente: Sistemas de información del PSPIC

Se realiza seguimiento a casos desde el programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores, en el cual se garantiza el tratamiento y se brinda educación. A continuación, se relacionan los casos que fueron notificados en la Subred:

ETV/LOCALIDAD	BOSA	KENNEDY	FONTIBÓN	PUENTE ARANDA	TOTAL
Malaria	4	10	1	10	25
Leishmaniasis	3	7	3	98	111
Chagas	0	0	0	1	1
Chagas en Gestantes	0	1	0	1	2
Dengue signos de alarma	0	3	1	3	7
Chincungunya	0	1	0	0	1
TOTAL	7	22	5	113	147

Fuente: Sistemas de información del PSPIC

A continuación, se muestra los seguimientos realizados a los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis:

BOSA	KENNEDY	FONTIBON	PUENTE ARANDA	TOTAL
56	191	47	65	359

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Fuente: Sistemas de información del PSPIC

CANALIZACIONES

El principal objetivo del proceso de canalizaciones es mejorar el acceso a servicios de salud a las personas en quienes se ha identificado un factor de riesgo o un evento que afecte su salud o de la comunidad. Así mismo, mejorar la oportunidad en la atención disminuyendo las barreras de acceso en salud.

Para el año 2021 se realizaron 53627 canalizaciones al sector salud, las cuales se presentan a continuación:

LOCALIDAD	ACCESO EFECTIVO	PENDIENTE GESTIÓN	PERSONA, FAMILIA O COMUNIDAD SIN ACCESO	RECHAZADO	SIN RESPUESTA	TOTAL GENERAL
Bosa	15783	16	2094	30	1373	19296
Fontibón	6179	4	752	14	328	7277
Kennedy	17231	8	2261	25	1315	20840
Puente Aranda	5158	5	672	7	372	6214
Total general	44351	33	5779	76	3388	53627

Fuente: Sistemas de información del PSPIC

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN

Con el PAI se espera el fortalecimiento de estrategias que permitan garantizar las coberturas útiles de vacunación para la población residente en la Subred Suroccidente.

Estrategias y tácticas

Durante el año 2021 se tiene el avance por tácticas por localidad de la siguiente manera: estrategia casa a casa, estrategia concentración, estrategia seguimientos, estrategia domiciliaria, jornada rutinaria de intensificación de vacunación.

Para la vigencia 2021 se realizaron un total de 115455 entre seguimientos confirmados y no confirmados por todas las localidades. En relación a al indicador de cumplimiento los confirmados efectivos tuvieron un porcentaje 69.9% frente a los no confirmados efectivos el cual obtuvo un porcentaje de 65.3%.

Por otro lado, se contó con la aplicación de influenza y sarampión, esto teniendo en cuenta que para sarampión específicamente se venían adelantando acciones desde el mes de abril 2021.

Monitoreo, seguimiento y evaluación

Cumplimiento Coberturas Trazador Terceras Dosis de Pentavalente
Comparativo Enero a Diciembre – 2020 - 2021 por Localidad y Subred

LOCALIDAD	META	META MENSUAL	ACUMULADO DOSIS APLICADAS 2020	ACUMULADO COBERTURA 2020	ACUMULADO DOSIS APLICADAS 2021	ACUMULADO COBERTURA 2021
Bosa	8680	723	7253	83,6	6115	70,4
Kennedy	11964	997	9355	78,2	7961	66,5
Fontibón	3954	330	3263	82,5	2771	70,1
Puente Aranda	4999	417	2958	59,2	2619	52,4
Subred	29597	2466	22829	77,1	19466	65,8

Fuente: Tablero de Control PAI Subred 2021

Cumplimiento Coberturas Trazador Triple Viral del Año
Comparativo Enero a diciembre- 2020 - 2021 por Localidad y Subred

LOCALIDAD	META	META MENSUAL	ACUMULADO DOSIS APLICADAS 2020	ACUMULADO COBERTURA 2020	ACUMULADO DOSIS APLICADAS 2021	ACUMULADO COBERTURA 2021
Bosa	9657	805	8317	86,1	7273	75,3
Kennedy	12643	1054	10511	83,1	8847	70,0
Fontibón	4252	354	3809	89,6	3293	77,4
Puente Aranda	4514	376	2948	65,3	2661	58,9
Subred	31066	2589	25585	82,4	22074	71,1

Fuente: Tablero de Control PAI Subred 2021

Cumplimiento Coberturas Trazador Triple Viral de Cinco Años
Comparativo enero a diciembre - 2020 - 2021 por localidad y subred

LOCALIDAD	META	META MENSUAL	ACUMULADO DOSIS APLICADAS 2020	ACUMULADO COBERTURA 2020	ACUMULADO DOSIS APLICADAS 2021	ACUMULADO COBERTURA 2021
Bosa	9390	783	9002	95,9	8258	87,9
Kennedy	13265	1105	12459	93,9	12332	93,0
Fontibón	4178	348	4372	104,6	4048	96,9
Puente Aranda	4897	408	4162	85,0	3979	81,3
Subred	31730	2644	29995	94,5	28617	90,2

Fuente: Tablero de Control PAI Subred 2021

La subred Integrada en servicios de Salud Suroccidente, en comparativo -2020-2021 refleja una disminución en el total de dosis administradas situación que se ha venido presentado en el marco de la pandemia biológico aplicado respecto al año inmediatamente anterior, en los siguientes indicadores trazadores se puede evidenciar la cobertura alcanzada durante el periodo 2020 en menores de año

terceras dosis de pentavalente, se tiene un total de dosis para año 2020 de dosis aplicadas 22829, en cobertura de 77,1%, comparado con año 2021, se tiene dosis aplicadas de 19466 con cobertura 65,8%, siendo este último bajo dejando de vacunar un total de 10.131 dosis.

Para el periodo 2020 en indicador triple viral de año, se tiene dosis aplicadas 25585 con una cobertura de 82,4%, comparado con año 2021 se aplicaron un total de 22074 con una cobertura 71,1%. Siendo este último bajo, donde se deja de aplicar un total de 8.992 dosis

Para el periodo 2020 en indicador triple viral de cinco años, se tiene dosis aplicadas 29995 con una cobertura de 94,5%, comparado con año 2021 se aplicaron un total de 28617 con una cobertura 90,2%. Siendo este último bajo dejando de aplicar 3.113.

FINANCIERA

A continuación, se describe el comportamiento ejecución del contrato PSPIC para los primeros meses del año 2021:

Análisis de ejecución financiera por proceso transversal y espacio de vida con corte enero-marzo 16 2021 Contrato Interadministrativo CO1.PCCNTR1584504

OBSERVACION	PERIODO (EJECUCIÓN AÑO 2020)	PROYECCION PPTAL	FACTURACIÓN	% EJECUCIÓN	TH CONTRATADO	OBSERVACION
Contrato CO1.PCCNTR1584504	ENERO	6.225.348.124	6.162.203.724	99,0%	1.549	
Contrato CO1.PCCNTR1584504	FEBRERO	7.601.461.595	6.211.982.026	81,7%	1.619	
Contrato CO1.PCCNTR1584504	MARZO (1-15)	1.441.896.992	1.356.520.992	94,1%	1619	SE OPERA LA MITAD DEL TIEMPO 15 DIAS POR TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Fuente: aplicativo SDS dash board corte 16/03/2021-proyección financiera PIC

Se analiza como en los meses de enero, febrero, marzo la ejecución está entre el 94%-99%; Sin embargo, al verificar la ejecución total del contrato, ésta corresponde al 97% siendo favorable al considerar que la cantidad de recurso asignado en su media y superior a la de otros contratos.

TOTAL CONTRATADO	58.841.566.955	% ejecución
EJECUTADO	56.891.865.107	97%

Fuente: aplicativo SDS corte 15/06/21-proyección financiera PIC

Es de tener en cuenta que, para el componente de vigilancia epidemiológica, los recursos distribuidos para la operación de dicho contrato influyen en la ejecución final, pues para cumplir con los productos contratados se hace necesario contratar mayor cantidad de perfiles, que pese al esfuerzo de la subred para contar con dichos

perfiles no se logra cumplir con la totalidad de productos requeridos lo que influye en la subejecución para dicho contrato.

A partir del 16 de marzo de 2021 la operación del PSPIC plan de salud pública e intervenciones colectivas se realiza bajo convenios interadministrativos así:

Análisis de ejecución financiera por proceso transversal y espacio de vida con corte marzo 16- junio 30 2021 Convenio Interadministrativo CO1.PCCNTR2353705

PERIODO	PROGRAMACION	INFORME EJECUCION	% EJECUCION
2021-3 (16-31)	5.457.153.561	5.148.816.976	94,30%
2021-04	7.223.803.809	6.696.150.608	92,70%
2021-05	8.571.367.548	7.171.979.998	83,70%
2021-06	8.378.130.626	6.849.640.485	81,80%
TOTAL	29.630.455.544	25.866.588.067	87,30%

Fuente: aplicativo SDS corte 15/06/21-proyección financiera PIC

A partir del 16 de marzo se inicia la operación con el convenio interadministrativo CO1.PCCNTR2353705 cuya meta y cumplimiento de productos programados son mayor al contrato anterior. La tabla anterior muestra el comportamiento presupuestal de PSPIC desde el mes de marzo de 2021 hasta el mes de junio del mismo año. Se evidencia que la ejecución total es del 87.3% que al ser comparada con las ejecuciones de otros contratos puede ser inferior. Para el caso se debe tener en cuenta que al inicio del convenio se debía garantizar la totalidad de los perfiles requeridos para cumplimiento de las metas y productos, situación que no se logra a pesar de que la Subred realizó todas las gestiones y genera estrategias a fin de garantizar el talento humano requerido, aclarando que en su momento aspectos como perfiles de alta rotación y perfiles de difícil consecución figuran como parte de los aspectos que dificultaron la labor. El porcentaje de glosa equivalente a los 445 millones sobre el total ejecutado es del 1.72% igualmente afectado por aspectos relacionados con el talento humano.

Análisis de ejecución financiera por proceso transversal y espacio de vida con corte Julio 1- octubre 31 2021 Convenio Interadministrativo CO1.PCCNTR2629053

CONTRATO-CONVENIO	PERIODO	PROGRAMACION	INFORME EJECUCION	% EJECUCION
CONVENIO 2629053	2021-07	6.880.141.939	6.666.741.101	96,9%
CONVENIO 2629053	2021-08	7.514.977.033	7.364.823.173	98,0%
CONVENIO 2629053	2021-09	7.485.538.562	7.230.331.567	96,6%
CONVENIO 2629053	2021-10	7.777.310.196	7.383.757.999	94,9%
TOTAL		29.657.967.729	28.645.653.841	96,6%

Fuente: aplicativo SDS corte 12/12/21-proyección financiera PIC

El convenio 262953, inicia su operación a partir del mes de julio de 2021 y hasta el mes de octubre. Al evaluar el comportamiento de dicho convenio se evidencia que el recurso asignado para la operación es similar al del convenio anterior; sin embargo la ejecución para dicho convenio mejora significativamente frente al anterior, pues se tiene una ejecución del 96.6% la cual es mayor. Igualmente se aclara que para dicho período la subred enfoca sus esfuerzos en garantizar la completitud del talento humano que es la variable que afecta directamente la ejecución de cada convenio logrando con un mayor esfuerzo y estrategias mejorar la ejecución tal como se evidencia en la tabla anterior, no sin dejar de lado aspectos que continúan influyendo en el comportamiento general entre ellos rotación de personal y perfiles de difícil consecución.

Análisis de ejecución financiera por proceso transversal y espacio de vida con corte noviembre 1- diciembre 31 2021 Convenio Interadministrativo CO1.PCCNTR2985808

CONTRATO-CONVENIO	PERIODO	PROGRAMACION	INFORME EJECUCION	% EJECUCION
CONVENIO 2985808	2021-07	6.791.196.693	6.311.057.909	92,9%
CONVENIO 2985808	2021-08	6.354.986.760	5.830.510.710	91,7%
TOTAL		13.146.183.453	12.141.568.619	92,4%

Fuente: aplicativo SDS corte 25/01/21-proyección financiera PIC

El tercer convenio suscrito inicia el 01 de noviembre de 2021 hasta el 30 de abril de 2022. Para este caso se tiene una ejecución acumulada para los dos meses de análisis correspondiente al 92.4% la cual es favorable; sin embargo, presenta una disminución comparativa frente al convenio anterior. Es de aclarar que para dicho convenio se retoma el ejercicio de declaración de recursos que la subred no pueda ejecutar, dicha solicitud se realiza desde nivel central a fin de poder apalancar la operación de los meses de marzo-junio de 2022, medida que favorece el indicador de ejecución al final del convenio. Se continúa con estrategias por parte de la subred con el área de talento humano a fin de poder garantizar la totalidad de los perfiles requeridos.

4.4.3 RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD

En el desarrollo de las actividades en lo relacionado al Riesgo en Salud, se desarrollaron acciones enmarcadas en la Rutas de Atención en salud – RIAS, establecidas como procesos y procedimientos estandarizados para abordar los riesgos más importantes que tiene la población, así las cosas como son una herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial para promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias, se desarrollaron atenciones

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión: 1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación: 23/01/2017	
		Código: 01-01-FO-0006	

individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y como acciones de cuidado.

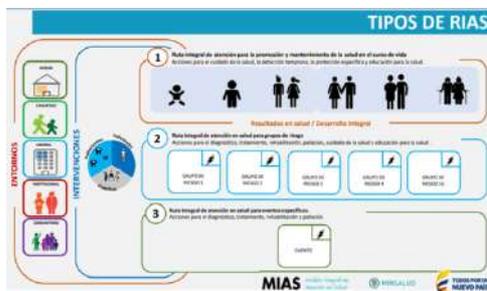
Las rutas de atención en salud son procesos y procedimientos estandarizados bajo los cuales todos los agentes del sistema deben interactuar para abordar los riesgos más importantes que tiene la población (Minsalud –Rías Boletín electrónico 2016). Esta rutas fueron creadas con el objetivo de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades, como sujetos de derechos y responsables del cumplimiento de deberes que les permite mantener su salud y potenciar su desarrollo, apoyados dentro de la normatividad de la política de Atención Integral en salud, la ley estatutaria y Modelo de Atención integral en Salud (MIAS).

Actualmente las RIAS están constituidas por tres tramos:

1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.

2. Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.

3. Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.



Con este enfoque, el Ministerio ha desarrollado 16 Rutas Integrales de Atención, durante la vigencia 2020, en la subred sur occidente se trabajó en la implementación de 5 Rutas de Atención Integrales las cuales se describen acciones a continuación.

RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

En el proceso de las actividades de la RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud se tienen en cuenta los ordenadores por momentos del Curso de vida, los cuales permiten abordar a las personas en los diferentes momentos del ciclo vital como son primera infancia. Infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez, los grupos de riesgo y los destinatarios de las atenciones en cada momento de vida personas, familias y comunidades y finalmente los entornos donde se materializan las atenciones: hogar, educativo, laboral, comunitario e institucional.

Durante el 2021 de acuerdo a documento técnico del Ministerio se da continuidad al fortalecimiento de atenciones en salud por tele consulta y tele orientación a la población la cual durante el periodo contaba con restricciones de movilidad en el marco de la emergencia por la pandemia (COVID-19).



**SÚBETE A LA RUTA DE
PROMOCIÓN DE LA SALUD**
Subred Sur Occidente E.S.E.

La Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, contemplada en la Resolución 3280 de 2018, dando cumplimiento al plan de acción, se realizan una serie de actividades propuestas por cada uno de los perfiles con la intención de promover una cultura de autocuidado en la población.

Como parte de las actividades descritas en la resolución 3280, la ruta de promoción y mantenimiento de la salud debe priorizar la

educación, la formación y la transferencia de conocimiento a los usuarios en los aspectos generales de la ruta de promoción y mantenimiento potencializando la eficacia de la intervención médica, lo cual se ve reflejado en la mejora de la calidad de vida del paciente y su condición clínica.



En el proceso de adscripción a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud a corte Diciembre 2021 contamos con un 81.31% (n= 203900), de un total de 250.769 del total de la población que se encuentra geo referenciada por lugar de residencia, sin embargo es importante aclarar que la base a corte julio de asignados por la EAPB – Capital Salud tiene un total de 257.619 de los cuales 6.850 usuarios se encuentran geo codificados en otras subredes.

ADSCRIPCION RUTA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

CAPS	POBLACION ADSCRITA	POBLACION ASIGNADA	%
ZONA FRANCA	20810	23058	90%
TRINIDAD GALAN	17283	21282	81%
PATIOS	26150	38944	67%
TINTAL	2151	3138	69%
BOMBEROS	32885	39894	82%
KENNEDY	13857	17920	77%
PABLO VI	20847	23027	91%
BOSA CENTRO	20121	24965	81%
CABAÑAS	30867	38941	79%
PORVENIR	18929	19600	97%
TOTAL	203900	250769	81,31%

Según asignación de la EAPB para el mes de diciembre 2021 se evidencia un total de 273111 usuarios en los seis momentos de vida con una disminución de 1452 a comparación del mes anterior. Con los usuarios nuevos se tiene un aumento de 495 usuarios con un total de asignados nuevos de 4696. En el mes a reportar se evidencia 5067 usuarios retirados a la EAPB Capital Salud.

ASIGNACION POBLACION GENERAL

POBLACION GENERAL	MES	ASIGNADOS	PERMANECEN	INGRESAN NUEVOS	RETIRADOS
	ENERO	282185	276714	5471	4277
	FEBRERO	281549	278203	3346	3982
	MARZO	282991	276248	6743	5301
	ABRIL	274655	262577	12078	20414
	MAYO	276213	269948	6265	4707
	JUNIO	277470	270572	6898	5641
	JULIO	276265	272305	3959	5165
	AGOSTO	274805	269605	5201	6660
	SEPTIEMBRE	274489	270010	4479	4795
	OCTUBRE	273431	269103	4328	5386
	NOVIEMBRE	274563	275236	4201	5023
	DICIEMBRE	273111	268383	4696	5067

Fuente: Base de datos capitados EAPB Capital Salud Diciembre 2021

PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Las atenciones integrales para los niños, niñas y adolescentes estuvieron dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo y la enfermedad, y promover una cultura de cuidado (Resolución 3280 de 2018).

En el marco de la Ruta y de la emergencia sanitaria por COVID 19 se continua con el fortalecimiento en la teleeducación de igual forma se da continuidad con la estrategia la herramienta de monitoreo de los momentos de vida a través de agendamiento previo, se citan los niños y niñas para consulta de valoración integral, odontología y vacunación para aquellos que tienen vacunas pendientes. Se resalta

que previo al agendamiento se verifica si el niño (a) cumple con los criterios para la asistencia presencial.

ATENCIONES PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

CORTE DICIEMBRE 2021		
MOMENTO DE VIDA	VALORACION INTEGRAL	CONSULTA EDUCATIVA
P. INFANCIA	9799	7421
INFANCIA	3303	1996
ADOLESCENCIA	2373	1752

Fuente: BD de producción enero a diciembre 2021 – Gerencia de la información

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER

En marco de la Promoción de la salud y la Prevención de la enfermedad, dando respuesta al modelo actual de atención en salud y sustentado en la Res. 3280/2018 para la Detección Temprana De Cáncer De Cérvix, Mama y Detección Temprana De Alteraciones del Adulto, en la atención que se articula con la oferta de las consultas médicas generales y consulta especializada las cuales generan la identificación de riesgo y/o patologías presentes, que permiten la activación de ruta para la atención en salud en detección Temprana de Cáncer de mama, cérvix próstata y colon.

Para la realización del tamizaje la Subred cuenta con 31 unidades Habilitadas que ofertan el servicio de toma de CCU en población de riesgo identificada: <de 25 años con identificación de riesgo y de 25 a 69 año como población objeto. En la actualidad se está realizando procedimiento en la USS José María Carbonell; toda usuaria de población objeto 50 a 69 años se realiza tamizaje bianual. Con el manejo de lo estipulado en la pandemia es el tamizaje de mayor impacto debido a dicha población

Para la vigencia 2021 y con el fin de garantizar oportunidad de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a los pacientes en riesgo con presencia de cáncer se fortalecieron las intervenciones que dan respuesta a los hitos establecidos para la RIA. Los cánceres priorizados son aquellos que cuentan con una prueba de tamizaje, que nos permite establecer la población en riesgo e identificar las barreras de acceso que se evidencian en el sistema para garantizar atención pertinente y oportuna. Sin embargo, es importante aclarar que los usuarios identificados con otros tipos de cáncer son canalizados para la lectura de la patología y remisión a tratamiento especializado.

El modelo de atención en salud es el hilo conductor de la RIA; las acciones promocionales incluyeron capacitación del talento humano en factores de riesgo y factores protectores para cáncer, esta acción afecta la educación en salud que recibe nuestra población y puede modificar estilos de vida. La meta es una población empoderada que valora la detección temprana y tiene adherencia a los esquemas de tamizaje.

De igual manera es importante resaltar el aporte de los especialistas a la RIA con un enfoque en riesgo. El respaldo técnico nos permite agilizar los tiempos administrativos que afectan directamente el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

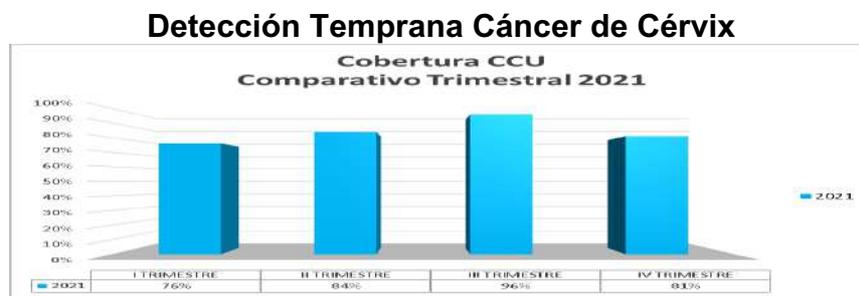
Durante el año 2021 los usuarios que habitan nuestras localidades fueron sensibilizados en factores de riesgo y factores protectores para cáncer de forma intra y extramural a través de las acciones desarrolladas por los entornos y componentes. La población asignada a la Subred fue canalizada a las pruebas de tamizaje según momento de vida y frecuencia.

La población que presentó un tamizaje anormal fue canalizada para diagnóstico y tratamiento oportuno.

Las Rutas que por perfil de morbilidad y trayectoria muestran mayor avance son Cáncer de cérvix y Cáncer de mama. La ruta de atención para pacientes en riesgo o presencia de cáncer de próstata y cáncer de colon se vienen fortaleciendo conforme los hitos e intervenciones establecidas en el modelo de atención en salud.

INDICADORES DE GESTIÓN

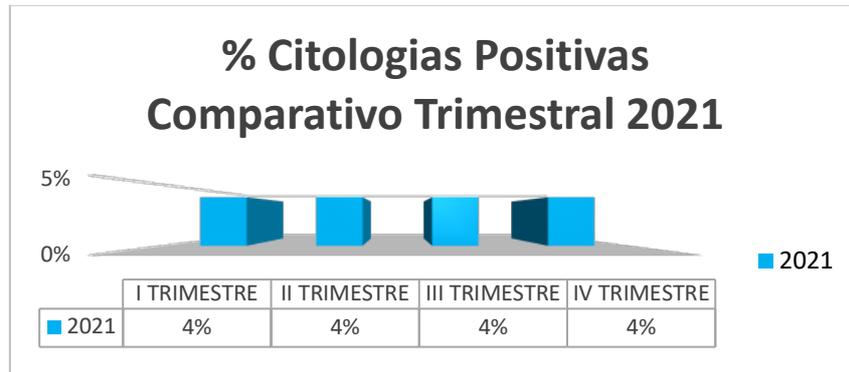
Ruta de Atención Integral para la población en riesgo o presencia de cáncer de cérvix



Fuente: Historias Clínicas, RIPS y Bases de datos Cito centro.

Con respecto a los indicadores de gestión; la cobertura en toma de citología se consolidó para el año 2021 en 84%. El trimestre con mayor ejecución de la meta fue el tercer trimestre con un 96%, el trimestre de menor cumplimiento fue el primero con 76%. El tamizaje para cáncer cervicouterino se viene fortaleciendo con la implementación de la prueba de ADN VPH, disponible para la población asignada a la Subred Suroccidente. Durante el año 2021 se fortalecieron las estrategias establecidas para la demanda inducida, desde la ruta de Promoción y mantenimiento de la salud para el logro y mantenimiento de las coberturas. La articulación con los entornos y componentes es permanente para así posicionar la detección temprana de cáncer de cérvix y mejorar la expectativa y calidad de vida de nuestras mujeres.

Porcentaje Citologías Positivas



Fuente: Historias Clínicas, RIPS y Bases de datos Cito centro.

El porcentaje de citologías positivas se mantuvo en el año 2021 en el 4%. Este indicador refleja la adherencia a los factores protectores y la oportuna detección del riesgo para cáncer de cérvix en la población intervenida por la Subred Suroccidente. La población identificada ingresa a un seguimiento permanente para garantizar un diagnóstico oportuno.

Colposcopias a 30 días



Fuente: Historias Clínicas, RIPS y Bases de datos Cito centro.

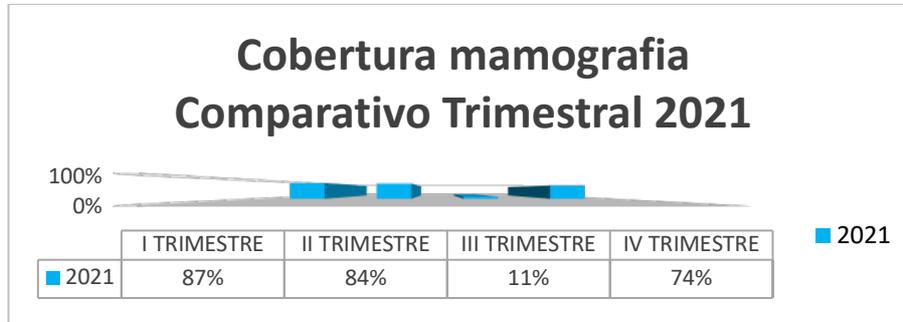
Con relación a la toma de colposcopia en un tiempo no mayor a 30 días para el año 2021 se consolidó en el 81%. Los trimestres con mayor ejecución son el primero y el segundo con el 85% de cumplimiento. El trimestre con menor cumplimiento es el cuarto con 71%. El 100% de las usuarias con resultado anormal fueron intervenidas para lograr un diagnóstico temprano. Las usuarias son reagendadas sin ninguna barrera de acceso para lograr la realización del diagnóstico. Sin embargo, es evidente la falta de corresponsabilidad de las usuarias con su autocuidado; se fortalece la educación en salud y se realiza el correspondiente reporte a la EAPB para fortalecer deberes y derechos.

Las usuarias con diagnóstico positivo para lesiones preneoplásicas son canalizadas a la realización del tratamiento; en caso de ser institucional (conización o tipificación) el trámite administrativo es interno, lo cual ha mejorado la adherencia al tratamiento. Las usuarias que requieren valoración por oncología son remitidas de forma prioritaria a EAPB, trámite que se realiza a través de las articulaciones con Capital Salud. Este trámite disminuye barreras de acceso administrativas y le garantiza a la usuaria atención especializada oportuna.

Ruta de Atención Integral para la población en riesgo o presencia de cáncer de Mama

Con relación a la RIA de Mama las acciones están siendo orientadas a la fortalecer la identificación del riesgo y la canalización oportuna a la toma de exámenes complementarios para definir conducta y seguimiento.

Cobertura de Mama



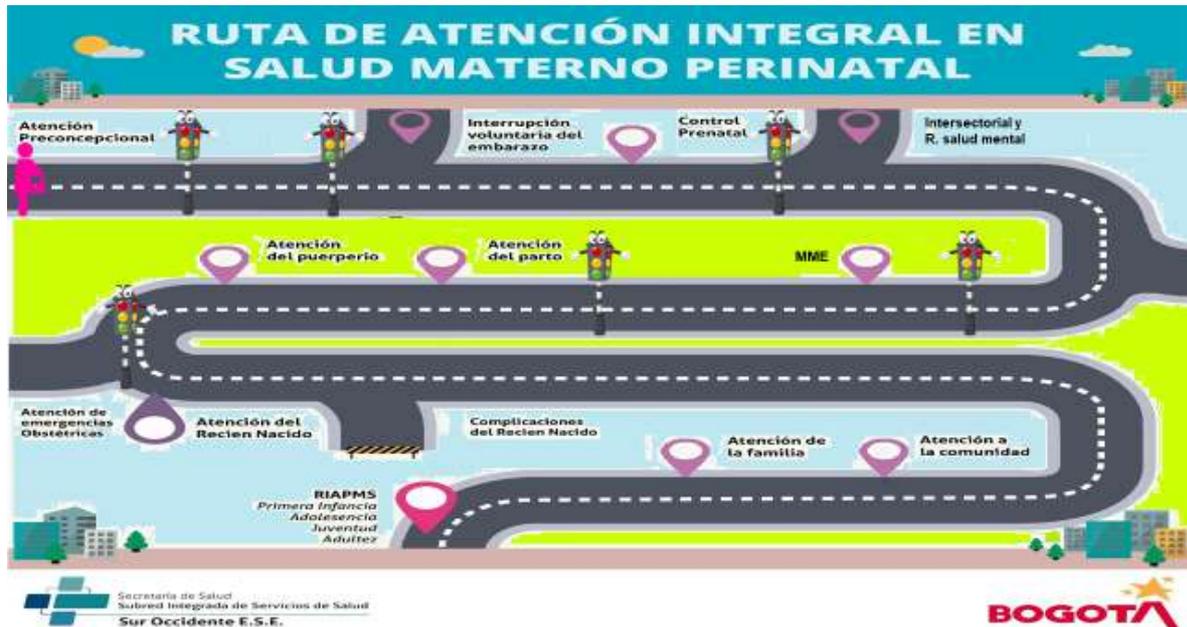
Fuente: Base de mamografía SSO 2020.

Se cuenta con el respaldo de la Coordinación de Ginecología de la Subred en articulación con la Coordinación de Cirugía general; para poder enfrentar los desafíos que propone esta ruta y el cumplimiento de los indicadores.

Para el año el año 2021 se articula la toma de mamografías como prueba de tamizaje y ecografía mamaria como opción diagnóstica en mujeres menores de 50 años. La población identificada en riesgo fue canalizada a la realización del diagnóstico, a través de la biopsia (trucut- institucional o estereotáxica-extraintitucional) y de acuerdo con el resultado patológico se canalizo a seguimiento o tratamiento oportuno.

RUTA MATERNO PERINATAL

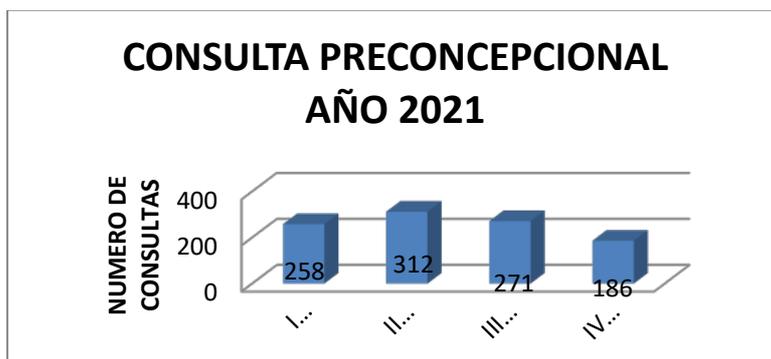
Esta ruta tiene dentro de sus consideraciones el reconocimiento de las mujeres en edad fértil como sujetos de la atención en salud, en el marco de la garantía de los derechos consagrados en los tratados internacionales de los derechos humanos, prestar servicios de salud a la mujer en etapas del ciclo reproductivo sin incurrir en conductas que configuren violencia contra la mujer, organizar la gestión y la prestación de los servicios en una lógica centrada en las gestantes y sus familias, conformar una red de prestación de servicios completa y suficiente que garantice la entrega de las intervenciones de la ruta, desarrollar en el plan integral de cuidado primario como instrumento que concreta las diferentes intervenciones en salud requeridas por las gestantes y sus familias de acuerdo con sus necesidades y los hallazgos relacionados por el equipo multidisciplinario de salud.



En la Subred, conforme al diagrama anterior, la RIAS Materno Perinatal abarca desde la atención preconcepcional, pasando por la asesoría en interrupción voluntaria del embarazo, control prenatal, identificación de morbilidad materna extrema, atención del parto, atención del puerperio, atención de emergencias obstétricas, atención del recién nacido, complicaciones del recién nacido, atención de la familia y comunidad y finalmente la inclusión de la madre y el menor a la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud para la realización de actividades conforme al curso de vida. Teniendo en cuenta que la población objeto de la RIAS Materno Perinatal es una de las poblaciones priorizadas en la Subred se han implementado estrategias que permitan la identificación oportuna de las gestantes en articulación con las diferentes áreas y servicios, identificación e intervención oportuna de los riesgos en salud y el fortalecimiento en el seguimiento de la población para minimizar el riesgo de morbi mortalidad materna y/o perinatal.

El monitoreo de los indicadores trazadores de la ruta se encuentra enfocados en la captación temprana de las gestantes antes de la semana 12 de gestación, la adherencia a control prenatal, seguimiento a gestantes activas, administración de método de regulación de fecundidad post evento obstétrico. A continuación se relacionan los resultados de los indicadores trazadores de la RIA para la vigencia 2021.

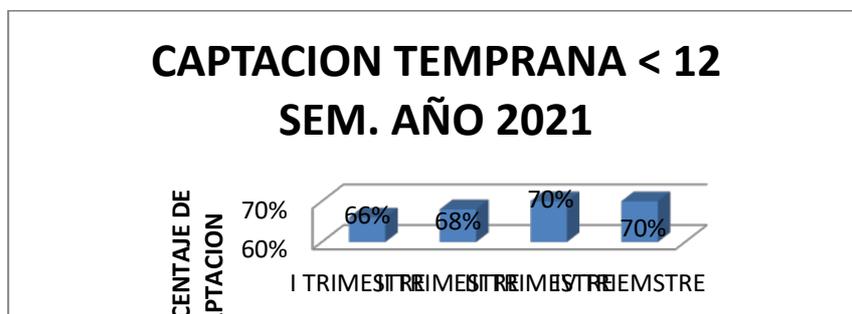
Comportamiento Consulta Preconcepcional. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, periodo enero a diciembre 2021



Fuente: Dinámica Gerencial. Enero a Diciembre Año 2021. Subred Sur Occidente ESE

En el año 2020 se realizó la inclusión en la variable de intención reproductiva a corto plazo en los formatos de Historia Clínica de PyD con el fin de realizar demanda inducida a la consulta preconcepcional desde gestión del riesgo, por ende se tiene un aumento en la consulta de igual manera se ha venido fortaleciendo a través de la demanda inducida del equipo intramural y del Plan de Intervenciones Colectivas lo cual ha permitido impactar respecto a la captación temprana de la gestante y la intervención oportuna de los riesgos en salud previo al embarazo.

Comportamiento Captación Temprana de Gestantes < Semana 12 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, periodo enero a diciembre 2021



Fuente: Base de Datos Gestantes 2021. Subred Sur Occidente ESE.

El indicador para el año 2021 se logró mantener por encima del 65%, mostrando una mejora continua en los diferentes trimestres evaluados, comparado con el año 2020 que presentó un promedio de 65% este año se logró aumentar 4 puntos porcentuales alcanzando un promedio en la captación de 69%; es importante resaltar que durante los últimos dos trimestres se mantuvo la captación en un 70%.

Comportamiento Adherencia a Control Prenatal, Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, periodo Enero a Diciembre 2021



Fuente: Base de Datos Gestantes Año 2021. Subred Sur Occidente ESE

El indicador de adherencia a control prenatal para la vigencia 2021 durante los últimos tres trimestres, alcanzo la meta institucional del 95%. Comparado con el año 2020 que obtuvo un promedio en el cumplimiento del 91% para esta vigencia el indicador aumento 4 puntos porcentuales obteniendo un promedio del 95% mejorando notablemente el indicador.

Dentro de las estrategias implementadas en el 2021 se encuentran:

- ✓ Envío de informe semanal de seguimiento a aplicativo de gestantes a las auxiliares de la Unidades de Servicios de Salud.
- ✓ Articulación con las EAPB para trámite de autorizaciones para dar continuidad a las actividades de la RIAS Materno Perinatal
- ✓ Notificación mediante oficio de las gestantes no adherentes a las EAPB para el seguimiento en conjunto.
- ✓ Auditorías de autocontrol que permiten evaluar el funcionamiento del grupo de control prenatal de la Unidad de Servicios de Salud a partir de la captación de la gestante.
- ✓ Visitas de asistencia técnica al grupo de control prenatal de las Unidades de Servicios de Salud con el fin de verificar la implementación de la ruta.

Seguimiento a Gestantes por Auxiliar de RIAS Materno Perinatal. Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, periodo Diciembre 2021



Fuente: Dinámica Gerencial. Enero a Diciembre 2021. Subred Sur Occidente ESE

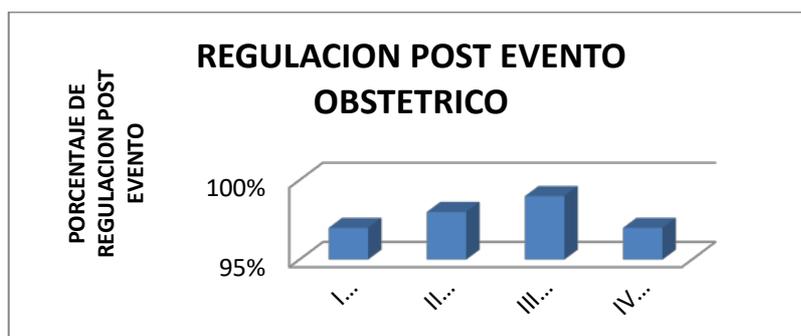
El seguimiento a las gestantes se ha venido fortaleciendo con la puesta en marcha del aplicativo, el cual permite realizar seguimiento y monitoreo a todo el proceso de

atención de la RIAS Materno Perinatal desde su captación a control prenatal en las unidades de primer nivel de atención, hasta el parto, atención del recién nacido, método de regulación de fecundidad posterior al evento obstétrico y atención de posparto y del recién nacido en consulta externa.

En el año 2021 se evidencia un comportamiento irregular en el número de seguimientos realizados por parte de la Auxiliar de RIAS Materno Perinatal, siendo el segundo y tercer trimestre los que presentaron el más alto número de seguimientos en el año, impactando en el seguimiento a la adherencia de las usuarias en el control prenatal. Se realizaron mejoras al aplicativo con el fin de identificar alertas que permitan la priorización del seguimiento de las usuarias activas en la RIAS Materno Perinatal dentro de ellas se mencionan: Variable de ETS, Infección de Vías Urinarias en el embarazo, como puntos de autocontrol se realizan auditorías internas y entrega de semáforo de aplicativo a los líderes de las Unidades de Servicios de Salud con el fin de controlar la gestión de la auxiliar, indicador que se monitorea en los espacios de comité de gestión del riesgo con el fin de fortalecer el proceso de seguimiento.

Estos seguimientos han impactado positivamente en el comportamiento de la adherencia al control prenatal y a su vez ha permitido la identificación del riesgo biopsicosocial de las gestantes activas en la Ruta de Atención Integral en Salud Materno Perinatal.

Provisión de Método de Regulación de Fecundidad Post Evento Obstétrico, Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, periodo enero a Diciembre 2021



Fuente: Base de datos Regulación de la Fecundidad. Enero a Diciembre 2021

De acuerdo a la gráfica anterior, se evidencia que para el año 2021 el indicador supero el 95%, es importante mencionar que se han venido fortaleciendo las asistencias técnicas con el equipo de ginecología y enfermería de la dirección de hospitalarios que realizan atención en el servicio de maternidad con el fin de realizar seguimiento a la provisión del método de regulación de fecundidad previo al egreso hospitalario.

ESTRATEGIAS

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

En el año 2021 se realizaron estrategias implementadas con el objetivo de aumentar la cobertura de los Programas de Promoción y Prevención y fortalecer la implementación de la RIAS Materno Perinatal, entre estas estrategias encontramos:

- ✓ Articulación con el equipo de Salud Urbana con el objetivo de mejorar coberturas en PyD y la adherencia de los usuarios a los programas de PyD.
- ✓ Estrategia Gravindex: Orientada a fortalecer la captación temprana de gestantes a Control prenatal y canalización al Programa de Regulación de la Fecundidad.
- ✓ Aplicativo de seguimiento a gestantes el cual semaforiza las alertas para que la auxiliar de enfermería de la RIA Materno Perinatal realiza priorización de los seguimientos.
- ✓ Seguimiento semanal a metas de PyD por sede y profesional
- ✓ Ajuste a la operación de los programas de promoción y prevención por Subred, articulados con las rutas integrales de atención en salud.
- ✓ Fortalecimiento técnico al personal de la subred que realiza atención materno perinatal, en espacios de fortalecimiento de competencias como la Red Materno Perinatal y reuniones de academia.
- ✓ Seguimiento y demanda inducida telefónica: A través de las Auxiliares de enfermería de programas, se realiza canalización Telefónica a población que se encuentre inscrita a programas de PYP que aún NO ha asistido a todas las actividades a las cuales tiene derecho.
- ✓ Demanda inducida presencial: Por parte de todos los colaboradores de las diferentes USS.
- ✓ Creación aplicativo APOLO para las gestantes con ITS, para así realizar un seguimiento oportuno y efectivo en cuanto a la aplicación del tratamiento y seguimiento trimestral con la prueba no treponémica

RUTA CARDIO CEREBRO VASCULAR Y METABÓLICA

Las enfermedades cardiovasculares y metabólicas se han identificado como una de las principales causas de muerte e incapacidad en los últimos años, dada a la peligrosa combinación de obesidad, glucosa alterada, colesterol alto, triglicéridos y presión elevada. Por tal razón este es uno de los fundamentos para el estudio de la demanda de servicios de salud, como parte de la identificación de problemáticas en salud de dicha población, con el fin de motivar la optimización de los elementos existentes e impulsar la integración interinstitucional e intersectorial para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por esta problemática.

La Ruta de atención Integral Cardio Cerebro Vascular y Metabólica, impacta de manera positiva, en el sistema integrado de salud, ya que permite el mejoramiento de las condiciones de salud de los usuarios, así mismo es precursora para otras enfermedades catastróficas y de alto costo, logrando así cambios en los hábitos de vida saludable, con el fin de mejorar su calidad de vida, la atención y el manejo entre individuo, familia y comunidad.

En el presente informe se relacionan algunos resultados de los indicadores trazadores, así como el despliegue de la ruta y el enfoque implementado.

Comportamiento de población inscrita a la RCCVM, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente 2021



Fuente: Base CAC RCCVM Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, periodo enero a Diciembre 2021

El comportamiento de población crónica (HTA- DM) inscrita en la RCCVM para el año 2021 es de 38935, aumento que obedece a una mejor captación de pacientes desde las diferentes entradas entre estas la ruta de Promoción y mantenimiento, así como las canalizaciones desde los diferentes espacios de Gestión del riesgo colectivo, entornos de vida cotidiana como hogar, laboral, comunitario, escolar y los servicios de hospitalización, urgencias y laboratorio clínico (laboratorios críticos), así como la importante articulación con la EAPB, para el cumplimiento de metas sobre la población asignada y participación en mesas de trabajo para crear estrategias de captación.

Población por evento Ruta Cardio cerebro vascular y metabólica Subred sur occidente periodo 2021

CATEGORÍAS	2021							
	I TRIM	%	II TRIM	%	III TRIM	%	IV TRIM	%
Total pacientes con Dx HTA	24.339	74	26.541	73	28.560	74	28.474	73
Total pacientes con Dx DM	3.988	10	4.313	12	4.734	12	4.824	12
Total, pacientes con Dx Mixto (HTA-DM)	4.636	14	5.703	16	5.414	14	5.637	14
Total pacientes inscritos RCCVM	32.963	100	36.557	100	38.708	100	38.935	100

Fuente: Base CAC RCCVM, Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente trimestral ruta RCCVM 2021

Para el evento de hipertensión arterial se observa un peso porcentual mantenido sobre el 73 % de la población total de la ruta. Para diabetes mellitus se obtiene un 12% del peso porcentual. Con diagnósticos mixtos se presenta un 14% del peso porcentual del total de la población. Se concluye que la mayor proporción de la población presenta diagnóstico de aumento de presión arterial que la enfermedad de adecuado manejo y absorción de glucosa, con todas las implicaciones y efectos que estas manifestaciones orgánicas representan en el organismo.

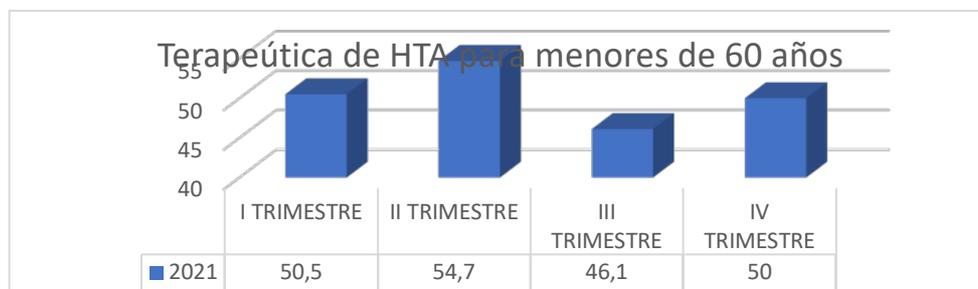
Clasificación del Riesgo Cardiovascular, Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, periodo 2021

CLASIFICACIÓN EL RIESGO								
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	I TRIM		II TRIM		III TRIM		IV TRIM	
	POBLACIÓN	%	POBLACIÓN	%	POBLACIÓN	%	POBLACIÓN	%
Riesgo Muy Alto	1091	3,4	1940	5,5	2.047	5,6	1.235	3,2
Riesgo Alto	3.329	10,3	4.247	12,8	4.615	12,6	2.858	7,3
Riesgo Moderado	6.296	19,4	9.816	28,9	10.557	28,9	12.595	32,3
Riesgo Bajo	4063	12,5	5073	14,6	5.073	13,9	8.261	21,2
Sin Clasificar	18.184	56,1	13.206	38,1	14.287	39,1	13.986	35,9
Total	32963	102	34282	100,0	36.579	100,0	38.935	100,0

Fuente: Base CAC RCCVM y EPOC, Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, periodo 2021

La clasificación del riesgo cardiovascular se realiza a la población activa de la RIA CCVM (HTA Y DM); en la Subred Sur Occidente bajo parámetros de factores de riesgo y clasificación de Framingham. Del total de la población activa de la RCCVM el 35,9% de la población está sin clasificar dado que de manera progresiva la población asiste de manera presencial en la consulta así entonces los profesionales pueden actualizar datos de tensión arterial, peso talla y circunferencia abdominal así como los resultados de laboratorios clínicos. El 21% en riesgo bajo, el 32,3% en riesgo moderado, el 7,3 en alto y el 3,2% en riesgo muy alto.

Terapéutica de Hipertensión arterial en personas menores de 60 años, Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, periodo 2021

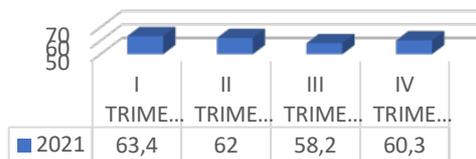


Fuente: Base CAC RCCVM Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, periodo 2021

Para monitorear el control de la enfermedad (hipertensión arterial) en personas menores de 60 años se tiene como meta 50 %. El comportamiento en el año 2021 fue sostenido en el cumplimiento de la meta, aunque se presentó un aumento máximo del 54 % en el segundo trimestre se cierra el año con un 50 %. Se analiza que se presenta un fenómeno dado por el escenario de la pandemia en que las personas están llegando a la presencialidad de manera progresiva pero no tienen su enfermedad controlada dado a que no han tenido una buena adherencia en el plan de manejo farmacológico y no farmacológico. Esto basado en el estudio de la adherencia a nivel subred por parte de los profesionales en la consulta y de la aplicación de encuestas que dejaron ver esta dificultad.

Terapéutica de Hipertensión arterial en personas mayores de 60 años, Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, periodo 2021

Terapéutica de HTA en mayores de 60 años

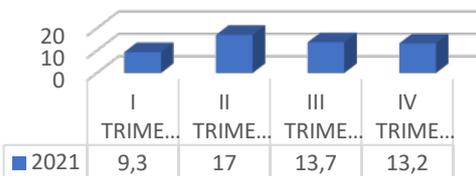


Fuente: Base CAC RCCVM Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, periodo 2021

Para monitorear el control de la enfermedad (hipertensión arterial) en personas mayores de 60 años se tiene como meta 50 %. El comportamiento en el año 2021 fue sostenido en el cumplimiento de la meta, aunque se presentó un aumento máximo del 63,4 % en el primer trimestre. Se cierra el año con un 60,3 %. Se analiza que se presenta un fenómeno dado por el escenario de la pandemia en que las personas están llegando a la presencialidad de manera progresiva pero no tienen su enfermedad controlada dado a que no han tenido una buena adherencia en el plan de manejo farmacológico y no farmacológico. Esto basado en el estudio de la adherencia a nivel subred por parte de los profesionales en la consulta y de la aplicación de encuestas que dejaron ver esta dificultad.

Terapéutica de Diabetes mellitus en personas menores de 60 años, Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, periodo 2021

Terapéutica DM menores de 60 años



Fuente: Base CAC RCCVM, Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente 2021

Para monitorear el control de la enfermedad (diabetes mellitus) en personas menores de 60 años se tiene como meta 50 %. El comportamiento en el año 2021 fue sostenido en el cumplimiento de la meta, aunque se presentó un aumento máximo del 17 % en el segundo trimestre se cierra el año con un 13,2 %.

Fue necesario durante el año mantener dos estrategias Puntos para tu cuidado y plan rescate como medidas de acceso sin barreras para que los pacientes diabéticos lograran tener un control frecuente según el estado de su enfermedad frente a la hemoglobina glicosilada, siempre cumpliendo las medidas de bioseguridad y control para darle confianza a la población de acudir a los servicios.

La progresividad en la cobertura de vacunación también influyó de manera favorable para crear un ambiente de confianza. Sin embargo, analiza que se presenta un fenómeno dado por el escenario de la pandemia en que las personas están llegando a la presencialidad de manera progresiva pero no tienen su enfermedad controlada dado a que no han tenido una buena adherencia en el plan de manejo farmacológico

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

y no farmacológico. Esto basado en el estudio de la adherencia a nivel subred por parte de los profesionales en la consulta y de la aplicación de encuestas que dejaron ver esta dificultad.

Terapéutica de Diabetes mellitus en personas menores de 60 años, Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, periodo 2021



Fuente: Base CAC RCCVM, Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente 2021

Frente al control de la enfermedad (diabetes mellitus) en personas mayores de 60 años se tiene como meta 50 %. El comportamiento en el año 2021 fue sostenido en el cumplimiento de la meta, aunque se presentó un aumento máximo del 29,2% en el segundo trimestre se cierra el año con un 24,7 %.

Como se describió en el apartado anterior, en el año 2021 hubo la necesidad de mantener dos estrategias: Puntos para tu cuidado y plan rescate como medidas de acceso sin barreras para que los pacientes diabéticos logran tener un control frecuente según el estado de su enfermedad frente a la hemoglobina glicosilada, siempre cumpliendo las medidas de bioseguridad y control para darle confianza a la población de acudir a los servicios.

La progresividad en la cobertura de vacunación también influyó de manera favorable para crear un ambiente de confianza. Sin embargo, analiza que se presenta un fenómeno dado por el escenario de la pandemia en que las personas están llegando a la presencialidad de manera progresiva pero no tienen su enfermedad controlada dado a que no han tenido una buena adherencia en el plan de manejo farmacológico y no farmacológico. Esto basado en el estudio de la adherencia a nivel subred pro parte de los profesionales en la consulta y de la aplicación de encuestas que dejaron ver esta dificultad.

Actividades de IEC en ruta cardio cerebro vascular y metabólica Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, periodo 2021

Actividades de Información,
comunicación y educación en la ruta
CCVM



Fuente: Base CAC RCCVM, Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente 2021

El objetivo del tratamiento cardiovascular es reducir la morbimortalidad cardiovascular asociada a las cifras elevadas de presión arterial (PA) y al control de la glicemia. Para alcanzarlo, es preciso aplicar una serie de medidas encaminadas a reducir y minimizar el impacto de otros posibles factores de riesgo cardiovascular asociados.

La educación del paciente hipertenso y diabético es el elemento primordial para el adecuado control de la enfermedad, pues le permite comprender mejor el proceso y las consecuencias, lo que le facilita una adecuada adherencia al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida. Así mismo, es importante que el paciente y su familia comprendan que, el aumento prolongado de la tensión arterial y la afectación microvascular de la glucosa daña los vasos sanguíneos de todo el cuerpo, sobre todo de los órganos diana como son el corazón, los riñones, el cerebro y los ojos.

La debida percepción del riesgo que significa padecer de HTA y / o diabetes obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación dirigidas al control de la enfermedad frente a los factores de riesgo modificables asociados. La educación se basa fundamentalmente en la práctica del ejercicio físico, consumo de frutas y verduras, cesación de tabaco, disminución de ingesta de sal, disminución de alcohol, disminución del peso corporal y control de lípidos en sangre.

Frente a las actividades IEC (información, educación y comunicación) generado en el programa de corazón a corazón, se busca empoderar a las personas frente al control, enseñándoles a conocerla y a cargar la enfermedad de manera saludable. Se realiza entrega de medicamentos y planes caseros para actividad física, así como control de signos vitales y medidas antropométricas con educación específica sobre el riesgo cardiovascular detectado.

En el año 2021 en los primeros trimestres se dio continuidad a los Facebook live y talleres virtuales. En los dos últimos trimestres dado al aumento de la presencialidad se retoman los talleres presenciales en las 33 unidades de atención ambulatoria, logrando una participación de un n 3299 personas del total de la población de la ruta n=38935.

El objetivo es lograr la reactivación de usuarios que estaban activos antes del escenario de la pandemia y aumentar el porcentaje acercándose paulatinamente a la meta institucional es el 10 % del total de personas inscritas en la ruta.

Ahora bien, desde la atención individual en las consultas médicas, estos profesionales brindan educación sobre el manejo de la enfermedad y basados en metas terapéuticas motivan al paciente a retomar el control de la enfermedad. De igual modo las actividades IEC aplicadas desde los diferentes entornos de vida apuntan al cambio de comportamiento de las comunidades que en último se ve reflejado en el estado de salud e las personas.

RUTA INTEGRAL DE ATENCION ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRONICAS

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica está catalogada entre las enfermedades crónicas respiratorias que tiene gran impacto en la morbimortalidad de la población mayor de 40 años. Factores de riesgo identificados como tabaquismo activo, pasivo y exfumador mayor a 10 años, exposición al humo de leña mayor a 10 años, exposición a gases laborales, polvos y vapores tóxicos, contaminantes ambientales y presencia de antecedentes de Tuberculosis Pulmonar se convierten en un riesgo para la incidencia de la enfermedad que se caracteriza por disnea, producción de esputo y disminución de ruidos respiratorios que de manera progresiva degenerativa puede llegar a ser potencialmente mortal.

El objetivo de la Ruta Integral de atención Enfermedades Respiratorias Crónicas, está en identificar oportunamente los usuarios con esta patología, confirmar su diagnóstico, clasificarlo y dar el manejo oportuno para evitar exacerbaciones, sobreinfecciones aumento de la disnea y por ende disminución de la calidad de vida de los usuarios.

Total, Usuarios en RIAS EPOC Enero - Diciembre 2021.



Fuente: Línea base de EPOC Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

Para la vigencia del IV trimestre del año 2021 se cuentan con 8.153 usuarios inscritos en la ruta con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; lo cual se identifica un aumento en el proceso de captación y gestión de la población con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en la Subred. La gradualidad en la cantidad de usuarios inscritos se debe a la estructuración, socialización y conocimiento de los profesionales para la canalización a la RIA e identificación del riesgo; búsqueda activa desde las atenciones en el ámbito hospitalario y ambulatorio. El seguimiento e identificación de los usuarios se realiza a través de la aplicación del tamizaje cuestionario breve de Enfermedad Pulmonar Obstructiva

Crónica EPOC la cual tiene como objetivo población con alto riesgo de desarrollar EPOC. Su aplicación se realiza a usuarios mayores de 40 años con presencia de factores de riesgo relacionados a la patología en consulta ambulatoria; además, se realiza la articulación con la Ruta Cardio cerebro vascular y Metabólica realizando la aplicación del cuestionario breve en Puntos Satélite y acciones de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud.

PORCENTAJE DE USUARIOS OXIGENO REQUIRIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

El tratamiento con oxígeno está indicado para mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los usuarios y debe prescribirse en pacientes clínicamente estables, tras abandonar el tabaco y con tratamiento médico optimizado.

Porcentaje de Usuarios Oxígeno Requirientes en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Enero – Diciembre 2021.



Fuente: Base EPOC, Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

A corte del IV trimestre del año 2021 se identificaron 1.723 usuarios con requerimiento de oxígeno suplementario en la ruta, lo cual representa un 21% del total de pacientes inscritos y activos en la RIAS (n=8.153). Se realiza gestión al proceso de entrega del oxígeno en casa, disminuyendo así barreras administrativas que ocasionen cuadros de complicaciones y exacerbaciones de la enfermedad para los usuarios oxígeno requirientes de la ruta.

Desde las acciones de la Ruta se realiza el monitoreo y seguimiento del proceso administrativo de entrega del oxígeno al usuario y se acompaña con actividades educativas e informativas sobre el uso adecuado y manejo de oxígeno en casa.

Además, se realiza la articulación con la EAPB Capital Salud con referente de oxigenoterapia con el objetivo de realizar cruce de bases de datos de usuarios oxígeno requirientes para realizar seguimiento a la formulación de oxígeno por los profesionales de salud y la veracidad del tratamiento instaurado.

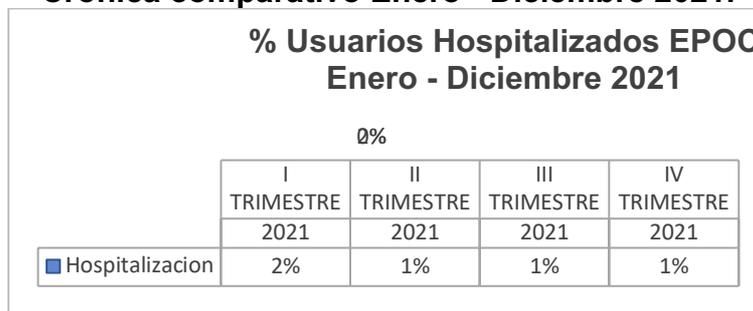
PORCENTAJE DE USUARIOS HOSPITALIZADOS POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Durante la evolución de la enfermedad, aparecen episodios de empeoramiento agudo, conocidos como exacerbaciones. Cuando la enfermedad está avanzada, estas exacerbaciones requieren, a menudo, ingreso hospitalario, sobre todo en el

grupo de pacientes mayores, en los que además es más frecuente la presencia de enfermedades asociadas.

Las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se consideran episodios de inestabilidad que favorecen la progresión de la enfermedad, disminuyen la calidad de vida del paciente, aumentan el riesgo de defunción y son la causa de un consumo significativo de recursos sanitarios. Estas exacerbaciones se deben a infecciones bacterianas y virales, y a factores estresantes medioambientales.

Porcentaje de usuarios hospitalizados por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica comparativo Enero - Diciembre 2021.



Fuente: Base EPOC, Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Para la vigencia del IV trimestre del año 2021 se registran en total 37 usuarios hospitalizados a causa de EPOC que corresponden al 0.45%, del total de usuarios inscritos en la Ruta con diagnóstico de EPOC (n=8.153). Frente a la identificación del Riesgo a los usuarios hospitalizados una vez tienen egreso se realiza seguimiento y activación en la RIA.

MORTALIDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

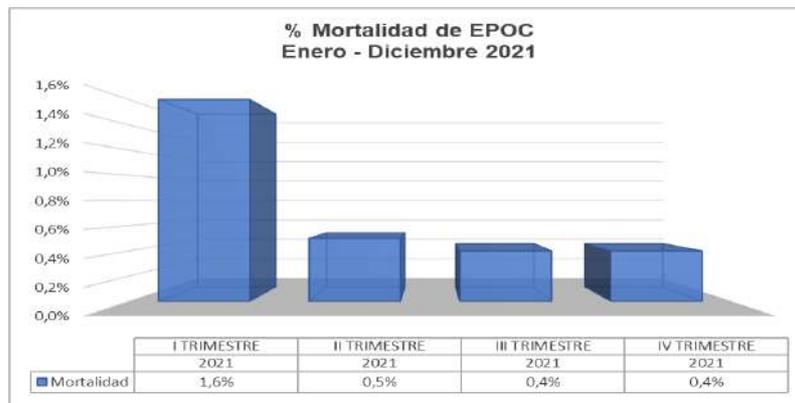
Según las estimaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) 65 millones de personas tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave. Más de 3 millones de personas murieron de EPOC en 2005, lo que corresponde al 5 % de todas las muertes a nivel mundial. Se estima que 3,17 millones de muertes fueron causadas por la enfermedad en 2015 a nivel mundial (5 % de todas las muertes a nivel mundial en ese año de acuerdo con los datos de la OMS). El estudio de Prevalencia de la EPOC en Colombia -PREPOCOL (2005) realizado por la Fundación Neumológica Colombiana, determinó que a nivel nacional 9 de cada 100 personas mayores de 40 años tenían EPOC, porcentaje que se distribuyó en 8.5% en Bogotá, 6.2% en Barranquilla, 7.9% en Bucaramanga, 8.5% en Cali y 13.5% en Medellín. Las diferencias de prevalencia entre las ciudades se relacionan directamente con el porcentaje de sujetos fumadores en cada ciudad, que varió entre el 14% en Barranquilla hasta el 29% en Medellín y su porcentaje va en aumento, principalmente en escolares jóvenes.

Según cifras de mortalidad presentadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, en 2010, del total de muertes ocurridas en Colombia, cerca

de 4500 fueron por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores atribuidas al consumo de tabaco, incluido la EPOC.

La exposición al tabaquismo, a biomasa, exposición ambiental orgánica y urbana, así como las infecciones respiratorias recurrentes son factores de riesgo que favorecen a la aparición de la enfermedad. El mal control clínico de la patología, las exacerbaciones, las sobreinfecciones, el aumento de la gravedad de los síntomas favorecen la mortalidad de los usuarios.

Mortalidad Por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Enero – Diciembre 2021.



Fuente: Base EPOC.
Subred integrada de
Servicios de Salud
Sur Occidente

A corte de IV trimestre del año 2021, se presenta un aumento del 0,36% (n=30) casos de mortalidad por EPOC del total de inscritos (n=8.153). La mortalidad atribuible a esta causa se basa en la exacerbación de la enfermedad y cuadro de complicaciones por neumonías, insuficiencia respiratoria y choque sépticos de tipo pulmonar.

RUTA TRASTORNOS MENTALES

Desde la ruta de salud mental se identifican eventos relacionados con el diagnóstico de problemas y trastornos mentales, dentro de las diferentes estrategias para la identificación del riesgo se realiza la aplicación de Tamizajes, desde el plan de intervenciones colectivas o a través del gestor adscrito a la RIA, Este instrumento permite identificar aquellas personas que por su condición de salud mental deben ser ingresadas a la Ruta. Donde se inicia el seguimiento para garantizar la atención integral en salud mental por parte del perfil de Trabajo Social quien realiza psicólogo educación comprobación de derechos y agenda miento de aquellos pacientes que desean la atención.



Dentro de las actividades de la RIA de Trastornos mentales para la vigencia 2021 se realizó fortalecimiento de las capacitaciones a 3.646 personas en los siguientes espacios de capacitación: en cursos de salud mental 26 personas; 996 en autocuidado en salud mental, 421 en identificación del riesgo en salud mental a través de los instrumento de tamizaje, 118 en manejo del paciente agitado, 6 se brinda educación en tips de salud mental, 153 en herramientas en salud mental en etapa de aislamiento, 619 personas en la importancia de la adherencia al tratamiento, 407 en escala Person-Sad para identificación de riesgo de conducta suicida, 51 en curso de MHGAP.

Así mismo se realizó articulación con Plan de Intervenciones Colectivas y POS, con el objetivo de garantizar mayores probabilidades de éxito en los procesos de detección temprana de riesgo en la Ruta de trastornos y problemas mentales, para el año 2021 se actualizo el portafolio de servicios de las diferentes acciones que en la actualidad se están implementando en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en su Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, a fin de conocer e identificar posibles fuentes de información y puertas de entrada que aportaran a la ruta desde lo individual, colectivo y comunitario.

Con respecto a la socialización de la Ruta se posiciona la misma a través de la capacitación a 2.886 personas

En cuanto a la identificación de población con problemas y trastornos mentales, en los meses de enero a diciembre se realizaron 7.407 tamizajes por parte del plan de intervenciones colectivas y de la RIA de salud mental, del total de tamizajes 938 son positivos es decir el 13%.

**Tamizajes Realizados
Comparativo I, II, III y IV Trimestre
2021**

	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
RQC	829	1057	1395	176
SQR	204	63	96	587

Fuente: Base de tamizajes RIA Trastornos Mentales

De igual manera se contó con la base de Canalizaciones de 2021, con un total 2.317 usuarios, Lográndose agendar al 34% (282 personas), entre las puertas de entrada se observa que la mayoría son del SIRC con 42% (965), las unidades de atención a través del formato de demanda inducida han reportado un total de 414 casos representando el 18% de los casos.

**Puertas de Entrada Canalizaciones
Comparativo I, II, III y IV Trimestre 2021**

	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
INTERSECTORIAL	131	89	10	21
OTRAS RIAS	13	12	1	
RIPS	14	9	55	6
SALUD PUBLICA	80	73	30	11
SIRC	142	401	323	99
TAMIZAJES POSITIVOS	69	132	115	67
UNIDADES DE ATENCION	16	99	136	163
Total general	465	815	670	367

Fuente: Base de Canalizaciones RIA Trastornos Mentales

Con respecto al seguimiento a las canalizaciones se observa que al mes de diciembre se encuentran en trámite de seguimiento 100 casos representando el 4% de los casos, mientras que el 57% fue atendido de manera efectiva, un 19% no se logra contacto por falta de datos en la canalización o por datos errados de teléfono.

**Seguimiento a Canalizaciones
Comparativo I, II, III y IV Trimestre 2021**

	I TRIM	II TRIM	III TRIM
ATENCION	252	84	8
ADMINISTRACION	49	11	42
NOPT	23	87	11
Total general	465	815	670

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Fuente: Base de Canalizaciones RIA Trastornos Mentales

Es importante mencionar que los datos suministrados para el año 2021 está pendiente el reporte por parte de Nuevo Modelo (Salud a su Barrio los tamizajes realizados desde octubre a diciembre y de diciembre los tamizajes realizados desde el plan de intervenciones colectivas por lo que el dato es preliminar, observándose una disminución en tamizajes pasado de 10.132 a 7417 es decir 12 puntos porcentuales

La adherencia terapéutica se observa que para el año 2021 las personas con diagnóstico de problema o trastorno mental recibieron más de 3 atenciones por psicología o psiquiatría, lo cual puede deberse al aumento de la demanda de servicios de salud mental luego de los periodos de aislamiento

Las atenciones por urgencias se evidencian un aumento en la demanda de este servicio pasando de 4% al 5% en el 2021, lo cual implica que las personas que no fueron atendidas o que no están controladas presentaron episodios agudos que requirieron servicios de urgencias en salud mental

Con respecto al indicador el cual está relacionado con el anterior pues dado que las personas que presentan episodios agudos por lo general requieren hospitalización para estabilizar las crisis, se observa también de manera consistente un mayor número de personas hospitalizadas en el año 2021 en comparación a los anteriores.

PRINCIPALES LOGROS

1. Se articulan acciones con varios actores que permite la canalización de casos a la RIA
2. La realización de Asistencias Técnicas en Unidades de salud ha permitido la cuantificación del nivel de posicionamiento de la Ruta, articulando espacios con los líderes de las unidades para el fortalecimiento de aquellos procesos que requieren fortalecerse.
3. Articulación con la Unidad de Salud Mental de Floralia que permite la aplicación del instrumento de adherencia a los usuarios pos egresos de hospitalización.
4. Implementación de matrices formuladas ha permitido contar con datos más confiables.

PRINCIPALES DIFICULTADES

1. Rotación permanente del talento humano generando retraso en los procesos.
2. Limitación en aforo por la Pandemia de COVID ha restringido los fortalecimientos al talento humano tanto en PIC como en lo intramural.

RUTA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La ruta de trastornos del comportamiento asociado al consumo de SPA realiza procesos de posicionamiento de la misma en diferentes espacios sectoriales o

intersectoriales a fin de empoderar a los profesionales de la salud y la comunidad en la importancia de acceder a los servicios cuando se identifica un riesgo moderado o severo en el consumo de sustancias psicoactivas, dentro del proceso de articulación con el plan de intervenciones colectivas se consolida y puntúan aquellos Tamizajes con riesgo moderado o severo de consumo de drogas lícitas e ilícitas.



Finalizando la vigencia 2021 se continuo proceso de fortalecimiento capacidades: logrando captar a 2547 colaboradores en los siguientes espacios de capacitación en los siguientes aspectos MHGAP, patología dual, psicoeducación, socialización de la RIA entre otros.

En la Articulación el Plan de intervenciones colectivas y POS; para el año 2021 se actualizo el portafolio de servicios, a fin de conocer e identificar posibles fuentes de información y puertas de entrada que aportaran a la ruta desde lo individual, colectivo y comunitario, como parte del seguimiento y monitoreo de los usuarios con problemáticas asociadas al uso de sustancias psicoactivas

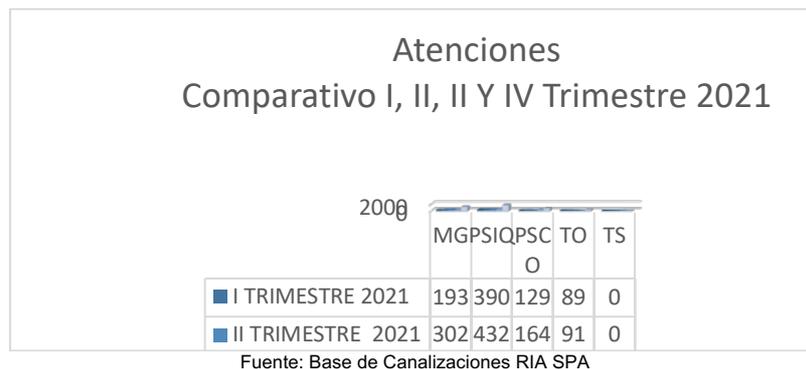
Con respecto a la articulación con el plan de intervenciones colectivas se realizan las siguientes articulaciones: con gobernanza a fin de generar acuerdos frente al proceso de canalización de usuarios a la RIA SPA, VSP a fin de generar acuerdos frente al proceso de canalización de usuarios de las líneas de VESPA la LINEA PIENSALO.

En cuanto a la identificación de población con problemas y trastornos mentales asociados al uso de sustancias psicoactivas, en los meses de enero a diciembre de 2021 se realizaron 4.024 por parte de la RIA, de los cuales 1.496 puntuaron con un riesgo moderado representando el 48% (1946) de la población tamizada, seguido de

30% leve (1202) y en tercer lugar el 19% (772) de las personas tamizadas puntuaron con un riesgo severo.



Con respecto a la atención integral se observa que se canalizaron a la RIA un total de 4.935 casos, de los cuales fueron atendidos por psiquiatría el 34%, seguido de medicina General con un 24%, en tercer lugar se ubican las atenciones por psicología con el 15%, finalmente el 3% de los casos fueron atendidos por trabajo social).



INDICADORES

La identificación del riesgo en pacientes con diagnóstico de consumo de SPA se observa para el año 2021 se presenta un aumento en el número de tamizajes realizados en comparación al año 2020, donde por pandemia esta actividad se dejó de realizar en algunos meses, evidenciándose más personas tamizadas que no pudieron acceder a los servicios de atención en salud.

Pacientes en tratamiento se evidencia que para el año 2021 se presenta una disminución de 21 puntos porcentuales, pasando de 69% a 41%, lo cual pudo deberse al aumento de la demanda en los diferentes servicios, sin embargo, no se aumenta la capacidad instalada para la atención de estos pacientes para el año 2021, debido a la dificultad en la contratación de psiquiatras en el distrito.

La identificación de usuarios de acuerdo a su nivel de riesgo se observa que la mayoría 1.889 presentan riesgo severo, lo cual implica realizar procesos de atención por psiquiatría y psicología a fin de evitar un consumo problemáticos a futuro.

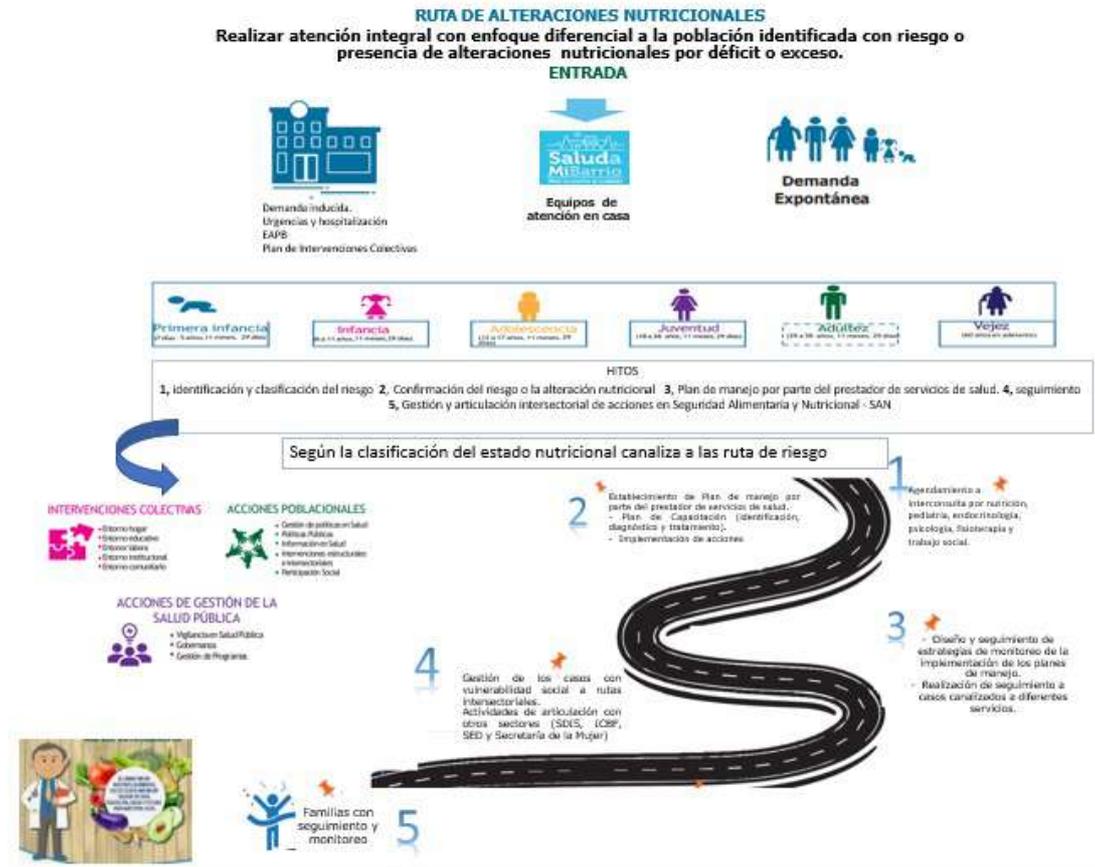
Los seguimientos a los usuarios canalizados a la RIA de SPA es importante mencionar que se presentó un aumento entre el año 2021 lo cual pudo deberse a la permanencia de la trabajadora social quien cuenta con diferentes capacitaciones para la intervención breve y estrategias de enganche a los usuarios referenciados a la RIA, articulado con el proceso de atención por este perfil apoyando los casos que ingresan en la Unidad de Delicias

PRINCIPALES LOGROS

1. Se articulan acciones con el Sistema de Responsabilidad Penal en Adolescentes que a través del permite el seguimiento de estos casos de manera prioritaria para la atención
2. La realización de Asistencias Técnicas en Unidades de salud ha permitido la cuantificación del nivel de posicionamiento de la Ruta, articulando espacios con los líderes de las unidades para el fortalecimiento de aquellos procesos que requieren fortalecerse
3. Atención priorizada por parte de los perfiles de psicología y trabajo social que permite el acceso a los servicios de aquellos usuarios que presentaban barreras de acceso por falta de agenda
4. Articulación con la Unidad de Salud Mental de Floralia que permite el inicio de Grupos de Apoyo con personas hospitalizadas y sus familias, incidiendo en la percepción que se tiene frente al consumo y su manejo en un espacio de dialogo y de escucha activa entre los participantes permitiendo compartir experiencias y vivencias mutuas

3.2.7. RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ALTERACIONES NUTRICIONALES

La Ruta de Alteraciones Nutricionales inicia acciones en enero de 2021, con el objetivo de identificar la población que presenta alteraciones nutricionales, y de esta manera generar acciones en pro de la atención integral con enfoque diferencial de la población identificada con presencia de alteraciones nutricionales por déficit o exceso. El alcance de la ruta va desde la identificación de la población asignada con alteraciones nutricionales, hasta garantizar el acceso a los servicios de salud contratados por la subred suroccidente para la atención oportuna y de calidad de las alteraciones nutricionales.



Durante el primer semestre del 2021, la Ruta de Alteraciones Nutricionales, parte de un proceso de caracterización de los usuarios de la subred por grupos poblacionales de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2465 de 2016, en esta etapa se definen los indicadores de caracterización e identificación a partir de septiembre del 2021 se establecen nuevos indicadores de implementación y de gestión, esta construcción se realiza de manera conjunta con el equipo técnico de SISVAN y Dirección de provisión de servicios de secretaria de salud, con el ánimo de no duplicar la información y establecer las estrategias de atención orientadas en seguridad alimentaria y nutricional, optimizando recursos a través de la implementación de acciones de promoción, prevención y tratamiento.

Dado lo anterior y de acuerdo a la consolidación y construcción de bases de datos para el análisis de la información, se han obtenido los siguientes resultados, pertenecientes al 2021.

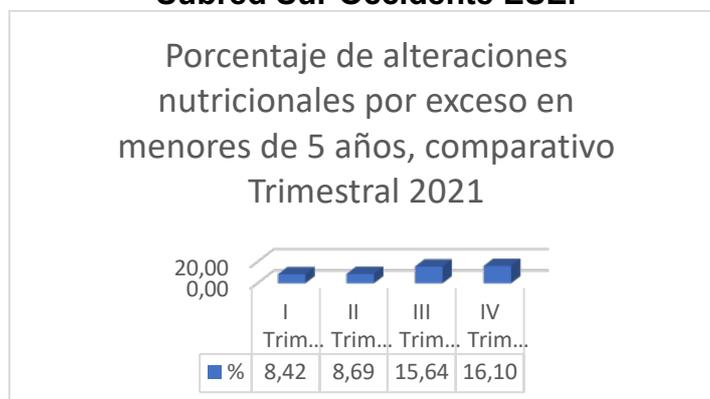
Porcentaje de desnutrición aguda en menores de 5 años. Comparativo enero a diciembre 2021



Fuente: elaboración propia de la ruta de alteraciones nutricionales Subred Sur Occidente 2021

El comportamiento de la desnutrición aguda en menores de 5 años presenta una disminución importante en el número de casos identificados, en el año 2021, pasando de un 3,75% (n=115) del total de personas atendidas 3064 en el primer trimestre a un 2,1% (n=108) de un total de 6488 personas atendidas, para el cuarto trimestre, dato favorable, dado que la meta distrital se encuentra en 4,1%. Estos datos son el resultante del análisis de peso y talla de las bases obtenidas de los RIPS o base de producción. Sin embargo los anteriores resultados, se pueden ver afectados por la dificultad evidenciada en el análisis de las bases de datos insumo (base de producción), toda vez que al depurar la información no se cuenta con la totalidad de criterios necesarios, dado que las historias clínicas no se encuentran diligenciadas al 100% o algunos datos de peso y talla son inconsistentes con la edad del paciente, por tanto desde la ruta se evidencia la necesidad de realizar seguimiento a las alteraciones por déficit, (riesgo de desnutrición y desnutrición aguda) en lo que respecta a la adherencia a la resolución 2350 de 2020, prueba de apetito e identificación y reporte inmediato de casos confirmados para el evento 113 (desnutrición aguda).

Porcentaje de alteraciones nutricionales por exceso en menores de 5 años. Subred Sur Occidente ESE.

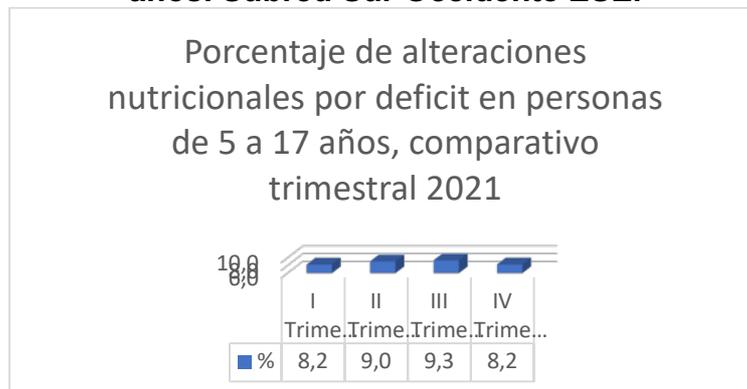


Fuente: Elaboración propia de la ruta de alteraciones nutricionales Subred Sur Occidente 2021

Con relación al exceso de peso en menores de 5 años se observa un aumento significativo en el número de casos, pasando de un 8,4% (n=258) de un total de 3064 personas atendidas en el primer trimestre, a un 16,1 % (n=1047) de un total de 6488 personas atendidas, para el cuarto trimestre, este aumento se debe al

fortalecimiento técnico que se viene adelantando desde la ruta en el proceso de identificación, reporte y canalización oportuna de estas alteraciones. Es de resaltar que para este análisis se tuvo en cuenta los casos de riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad a solicitud de línea técnica recibida por secretaria de Salud, Este análisis permitió evidenciar la continua necesidad de realizar seguimiento a las alteraciones nutricionales por exceso dado que la problemática se encuentra distribuida de manera similar en las 4 localidades de la Subred, obteniendo un porcentaje por encima de la meta distrital que es de 6,3%.

Porcentaje de alteraciones nutricionales por déficit en personas de 5 a 17 años. Subred Sur Occidente ESE.

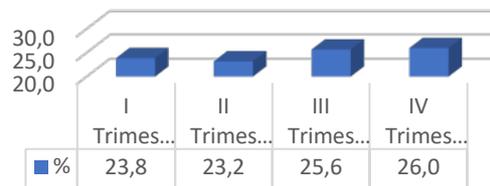


Fuente: elaboración propia de la ruta de alteraciones nutricionales Subred Sur Occidente 2021

En este grupo poblacional se observa que durante el primer trimestre del año, se identificaron (n=519) casos de usuarios con alteraciones nutricionales por déficit, de un total de 6312 personas atendidas, equivalente al 8,2%, para el segundo trimestre se evidencia un leve aumento en el número de casos frente a la población atendida, (n=653) correspondiente a un 9,0%, sin embargo el total de personas atendidas también aumenta a 7216, para el tercer trimestre (n=671) 9,3% y para el cuarto trimestre (n=608) se observa una leve disminución en el número de casos y en el total de personas atendidas arrojando porcentajes de 8,2% respectivamente, sin embargo es de aclarar que la población atendida en las diferentes unidades de atención de la subred, también presenta un aumento significativo respecto a los bimestres anteriores. Este comportamiento es atribuible a que desde el tercer bimestre se viene adelantando la identificación oportuna de los casos por déficit (bajo peso) en las atenciones de salud de las diferentes unidades de la subred dados los fortalecimientos en el reporte y acompañamientos técnicos desde la RIA.

Porcentaje de alteraciones nutricionales por exceso en personas de 5 a 17 años. Subred Sur Occidente ESE.

Porcentaje de alteraciones nutricionales por exceso en personas de 5 a 17 años, comparativo trimestral

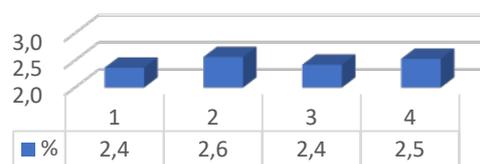


Fuente: elaboración propia de la ruta de alteraciones nutricionales Subred Sur Occidente 2021

Las alteraciones nutricionales por exceso en personas de 5 a 17 años, presentan un aumento importante desde el primer trimestre del año, la principal causa de este comportamiento es la identificación de los casos en las consultas de medicina general y familiar, pasando de un 23,8% (n=497) casos, a un 23,2%, para el segundo trimestre (n=1351), para el tercer trimestre (n=1827) 25,6% y finalmente se observa para el cuarto trimestre (n=1932) 26% de un total de 7444 personas atendidas, se evidencia un aumento leve tanto en el número de casos identificados como en la población atendida. Este comportamiento es atribuible a la notificación y reporte oportuno de las atenciones, gracias a los fortalecimientos técnicos realizados desde la ruta. Estos resultados refuerzan la necesidad de fortalecer las estrategias para mitigar la problemática de exceso de peso ya que se observa que va en aumento con respecto a la edad.

Porcentaje de alteraciones nutricionales por déficit en personas de 18 a 64 años. Subred Sur Occidente ESE.

Porcentaje de alteraciones nutricionales por déficit en personas de 18 a 64 años, comparativo trimestral 2021

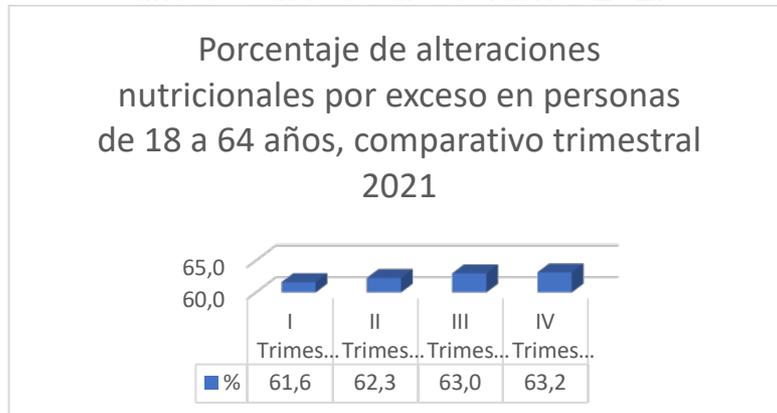


Fuente: elaboración propia de la ruta de alteraciones nutricionales Subred Sur Occidente 2021

Con relación a las alteraciones nutricionales por déficit en personas de 18 a 64 años, se observa un aumento significativo en el porcentaje de pacientes identificados, pasando de (n=902) de 38131, es decir un 2,4% para el primer trimestre, a una cifra de (n=886) de 35052 del total de personas atendidas con un 2,5%, para el cuarto trimestre del 2021, este aumento está relacionado con el total de personas atendidas en los bimestres comparados, se hace necesario fortalecer a los

profesionales de la salud en canalizar a los servicios especializados para el tratamiento y no dar recomendaciones generales de alimentación.

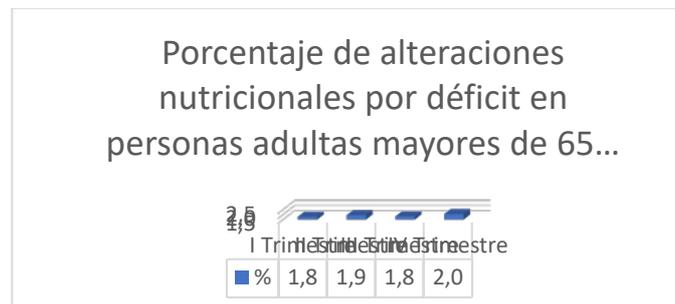
Porcentaje de alteraciones nutricionales por exceso en personas de 18 a 64 años. Subred Sur Occidente ESE.



Fuente: elaboración propia de la ruta de alteraciones nutricionales Subred Sur Occidente 2021

El porcentaje distrital de alteraciones nutricionales por exceso (sobrepeso y obesidad) en personas de 18 a 64 años es de 44%, la subred presenta una cifra del 61,6% (n=20138) usuarios del total de personas atendidas 32686 para el primer trimestre, a un 62,3% (n=18481) de un total de 29677 personas atendidas en el segundo trimestre, se observan porcentajes muy similares en el tercero (n=21590) 63,0%, y cuarto trimestre (n=22022) 63,2%, de un total de 34867 personas atendidas, evidenciando un aumento importante en el número de casos identificados, este comportamiento es atribuido a las estrategias de fortalecimiento que se vienen adelantando desde la ruta, en los procesos identificación y remisión oportuna.

Porcentaje de alteraciones nutricionales por déficit en personas adultas mayores de 65 años. Subred Sur Occidente ESE.

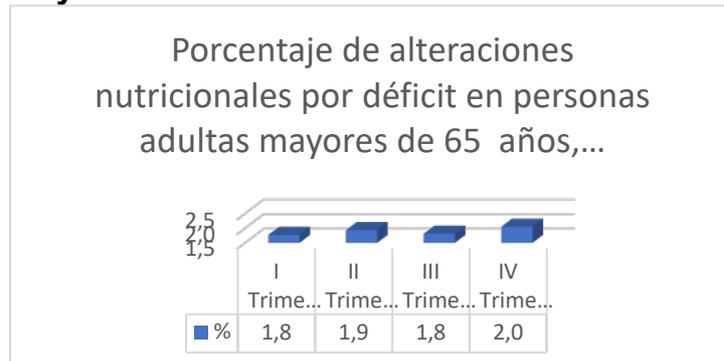


Fuente: elaboración propia de la ruta de alteraciones nutricionales Subred Sur Occidente 2021

De la misma manera que se comporta el porcentaje de déficit en los otros grupos poblacionales, para este grupo de personas mayores de 65 años, se evidencia un aumento importante en el porcentaje de pacientes que cursan estas alteraciones nutricionales entre el primer trimestre 1,8% (n=369) del total de usuarios atendidos 20830, el segundo trimestre 1,9% (n=322) de un total de usuarios 16664 atendidos, el tercer trimestre 1,8% (n=277) de un total de 15320 de personas atendidas y finalmente para el cuarto trimestre se observan 15857 personas atendidas, con (n=325) casos identificados con alteraciones nutricionales por déficit, es decir un

2,0% por encima de la meta distrital que es de 1,4 %. Este comportamiento refleja la necesidad de continuar con el fortalecimiento técnico a los profesionales que realizan atención a población con alteraciones nutricionales en este grupo poblacional, y de esta manera fortalecer la identificación y atención oportuna y dar ingreso a la ruta de alteraciones nutricionales.

Porcentaje de alteraciones nutricionales por exceso en personas adultas mayores de 65 años. Subred Sur Occidente ESE.



Fuente: elaboración propia de la ruta de alteraciones nutricionales Subred Sur Occidente 2021

En la población mayor de 65 años, se observa que la alteración nutricional más relevante en los adultos mayores es por exceso de peso; sobrepeso y Obesidad con un 60,3% (n=10299) del total de usuarios atendidos 17082 para el primer trimestre, comportamiento similar observado en los bimestres siguientes, segundo (=9786) 62,3% y el tercer trimestre con 61,1% (n=9210) y para el cuarto trimestre 61,8% (n=9551) de un total de 15453 personas atendidas.

Si bien es cierto que durante el momento de vida vejez, se produce una redistribución normal de la masa muscular, incurriendo en depleción del musculo y acumulación de masa grasa, la proporción de adultos mayores con diagnóstico de exceso de peso es de más del 50%, por tanto, se hace necesario fortalecer acciones en pro de mejorar los hábitos de alimentación y estilos de vida saludable.

Seguimiento casos de enero a diciembre de 2021

TIPO DE ALTERACIÓN	IDENTIFICADOS	CASOS SEGUIMIENTO EFECTIVO	CON % EFECTIVIDAD
Desnutrición en Menores de 5 años	246	203	82,5
Alteraciones Nutricionales por Exceso	12067	2398	19,9

Fuente: elaboración propia de la ruta de alteraciones nutricionales Subred Sur Occidente 2021

De acuerdo al reporte del SIVIGILA para el evento 113 (Desnutrición Aguda Moderada y/o Severa) de enero a diciembre de 2021, se evidencia que de los 246 casos identificados y notificados con desnutrición aguda moderada o severa, se ha realizado canalización, atención, seguimiento y cierre efectivo al 82,5% (n= 203), el

17,5% (n=43) casos se encuentran pendiente de cierre por adjudicación de citas de nutrición y pediatría, esto ocurre por factores como poca adherencia al tratamiento, incumplimiento a las citas programadas por parte de los usuarios o por falta de agenda de perfiles como nutrición principalmente.

Para las alteraciones nutricionales por exceso, del total de casos identificados en lo corrido del año (n=78214) tanto de riesgos de sobrepeso y sobrepeso como de obesidad en los diferentes grupos poblacionales, se priorizan únicamente los casos de obesidad (n=31293) y se realiza seguimiento telefónico, donde se indaga sobre adherencia al tratamiento y se canalizan a los servicios de atención, los casos que ameriten seguimiento o control. Esta priorización obedece al número de profesionales con que cuenta la ruta y que no es suficiente para dar respuesta al total de la población.

Dentro de los avances de la implementación de la ruta se encuentra la elaboración de la guía de sobrepeso y obesidad para niños y niñas de 6 a 17 años y el diagrama de la ruta de estas Alteraciones Nutricionales, toda vez que a nivel Distrital solo se cuenta con la guía de Desnutrición y de las demás patologías de exceso no se encontraban avances.

De otra parte, se trabajaron varias piezas comunicativas, llegando a la consolidación de la carpeta para los pacientes que ingresan a la ruta, y se diseñaron otras, tales como habladores digitales para ser proyectados en las salas de espera, con mensajes alusivos a la alimentación saludable, reducción de sodio y azúcar y alimentos ricos en hierro, Para la siguiente vigencia, dichas piezas se pesaron para ser reproducidas en los consultorios para realizar educación alimentaria y nutricional por parte de los profesionales, que se encuentran en proceso de aprobación por parte de secretaria de salud.

EQUIPOS DE ATENCION EN CASA - MODELO TERRITORIAL EN SALUD

Frente a las acciones realizadas por los equipos de atención en casa durante el año 2021 se contaron con 50 equipos territoriales en el Piloto al Ajuste del Modelo Territorial en Salud realizado durante los meses de enero a marzo de 2021.

Durante los meses de junio a agosto se contó con 14 equipos territoriales, y finalizando el año 2021 se cuenta con 20 equipos de atención en casa.

En total se realizan 8.771 visitas efectivas por los Equipos de atención en casa en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda, en las 13 UPZ priorizadas durante el mes de enero a diciembre de 2021

Las siguientes son las Unidades de Planeamiento Zonal priorizadas:

UPZ Priorizadas

LOCALIDAD	UPZ

Bosa	85. Bosa Central 86. Porvenir 84. Bosa occidental 87. Tintal Sur
Kennedy	79. Calandaima 82. Patio Bonito 45 Carvajal 80. Corabastos 81 Gran Britalia
Fontibón	75. Fontibón Central 76. Fontibón San Pablo
Puente Aranda	108. Zona Industrial 111. Puente Aranda

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Consolidado de Tipos de visita – Equipos de Atención en Casa

CLASIFICACIÓN VISITA	BOSA	KENNEDY	FONTIBÓN	PUENTE ARANDA	TOTAL
Efectiva	3.450	3.517	1.227	577	8.771
TOTAL	3.450	3.517	1.227	577	8.771

Fuente: Base de datos Caracterización familiar enero a diciembre 2021

Frente al abordaje población se cuenta con un total de 17.380 personas atendidas por los equipos de atención en casa, 129 usuarios han sido identificados como sujetos a afiliación por oficio.

Del total de población identificada 17.380, el 57% (9.891) se encuentran afiliados a otras EAPB, el 28% (4.930) son afiliados capital salud y el 15% (2.559) no cuentan con afiliación, población a la cual se realiza educación frente al proceso de afiliación y acceso a urgencias.

De los 17.380 usuarios identificados, se realizó el abordaje a 151 gestantes, 3.372 usuarios crónicos, 800 con riesgo en salud mental, 375 con discapacidad y 292 cuidadores a los cuales de acuerdo a los riesgos identificados se realizaron acciones de información, educación y comunicación en salud.

PROYECTOS COMPLEMENTARIOS A LAS ACCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS

Con el fin de fortalecer la respuesta a las necesidades de los habitantes de las localidades de Fontibón, Kennedy, Puente Aranda y Bosa, y de impactar de manera positiva los indicadores en salud, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente pone a disposición recursos técnicos, humanos y financieros a través de la suscripción de Convenios Interadministrativos con los Fondos de Desarrollo Local y otras instituciones. A través de procesos de gestión, planeación y ejecución se desarrollan propuesta de intervención, se revisan de manera conjunta con Secretaría de Salud y Fondos de Desarrollo Local y se ejecutan las acciones y productos conforme a los criterios establecidos en lineamientos. Dichos convenios se

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

desarrollan con un equipo de profesionales y técnicos los cuales presentan las competencias, conocimientos y experiencia necesarios llevar a cabo su adecuada ejecución.

Entrega Dispositivos de Asistencia Personal

Los dispositivos de asistencia personal -ayudas técnicas deben constituirse como herramientas facilitadoras de procesos de Inclusión social, a partir del uso responsable de los recursos y el aprovechamiento de redes de apoyo conformada por las personas con discapacidad de Bogotá, D.C. y sus familias.

El alcance y la naturaleza del convenio es facilitar la accesibilidad e inclusión de las personas con limitaciones físicas, visuales y cognitivas a través de la entrega de dispositivos de asistencia personal -ayudas técnicas cuando estas no cuentan con los recursos para su compra y no se encuentran dentro de las ofertadas en el Plan de Beneficios en Salud. A continuación, se presentan los aspectos más relevantes de cada convenio:

Kennedy Convenio Interadministrativo CIA 368-2020

Nº CONVENIO	OBJETO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	APORTE FDL	APORTE SUBRED	TOTAL
CIA 368-2020	"Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre el fondo de desarrollo local de Kennedy y la subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E para brindar atención a personas con discapacidad y sus familias y/o cuidadores de la localidad de Kennedy" de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico y estudios previos.	24/02/2021	23/11/2021			\$ 1.060.095.600
			Prorroga N.º 1 23 Enero 2022	\$ 955.654.600	\$ 104.441.000	Adición N.º 1 \$ 525.387.802
			Prorroga N.º 2 23 Junio 2022	Adición N.º 1 \$ 477.648.802	Adición N.º 1 \$ 47.739.000	Total: \$ 1.585.483.402

Fuente: Convenios Subred Sur Occidente- Gestión del Riesgo

Para el convenio 368-2020, a la fecha se han beneficiado **379** personas en condición de discapacidad quienes luego de aplicada la metodología para caracterizar la situación y requerimientos individuales, se les realizó entrega del dispositivo de ayuda personal - ayuda técnica requerida. Para un total de **1707** Ayudas otorgadas en la localidad de Kennedy a la fecha.

Se cuenta con dos componentes adicionales, un componente de Estrategia de Funcionalidad en Independencia en actividades básicas cotidianas (ABC), que formó a **102 cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad de la localidad de Kennedy** a quienes se les aplicó una sesión, sobre la elaboración y el uso adecuado de un aditamento de baja complejidad (Toalla para restregó corporal). Se realizó entrega de los insumos (toalla, cordón, hilo, aguja) a cada uno de los participantes y un Kit de Juegos Didácticos (antiestrés) por su participación.

Y un componente de asesoría integral de cuidado y manejo de piel, que a la fecha ha realizado un proceso de identificación de vulnerabilidad en el Cuidado y Manejo de Piel a **70 beneficiarios que presentan lesiones en piel o son propensas a presentarlas**, por estar tiempo prolongado en una misma posición y a quienes se les entrego un Kit conformado por vaselina, guantes, esparadrapo y nistatina.

Puente Aranda Convenio Interadministrativo CIA 248-2020

N° CONVENIO	OBJETO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	APORTE FDL	APORTE SUBRED	TOTAL
248/2020	"Aunar esfuerzos Técnicos, Administrativos y Financieros entre el Fondo de Desarrollo Local de Puente Aranda y la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, con el fin de llevar a cabo el proceso para el otorgamiento de ayudas técnicas o dispositivos de asistencia personal, no incluidas o no cubiertas en el plan de beneficios en salud, como acción que facilita el mejoramiento de la calidad de vida y la promoción del bienestar para las personas con discapacidad. Residentes en la localidad de Puente Aranda, vigencia 2020, en desarrollo de la política pública Distrital y demás normas afines"	01/10/2020	30/06/2021	\$257,099,970	\$23,709,500	\$280.809.470

Fuente: Convenios Subred Sur Occidente- Gestión del Riesgo

Con relación al convenio 248-2020, se beneficiaron **100** personas en condición de discapacidad quienes luego de realizar la visita de vulnerabilidad y realizar la prescripción de los dispositivos teniendo en cuenta la situación y requerimientos individuales, se les hizo entrega del dispositivo de ayuda personal - la ayuda técnica requerida. Para un total de **180** Ayudas otorgadas en la localidad de Puente Aranda, con una proyección de **90** dispositivos de asistencia personal.

Fontibón Convenio Interadministrativo CIA 246-2020

N° CONVENIO	OBJETO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	APORTE FDL	APORTE SUBRED	TOTAL
-------------	--------	-----------------	-----------------------	------------	---------------	-------

246/2020	“Aunar esfuerzos para realizar las actividades tendientes a la selección de beneficiarios a por lo menos 200 beneficiarios, suministro, entrega y entrenamiento para el uso, manejo, cuidado y garantía de los dispositivos de asistencia personal-ayudas técnicas, no incluidas o no cubiertas en el plan obligatorio de salud -POS- del “1453-fontibón incluyente, digno y feliz para personas mayores y en condición de discapacidad” de acuerdo con el anexo técnico, estudios previos y pliego de condiciones”	25/02/2021	09/12/2021	\$531.917.688	\$34.152.000	\$566.069.688
----------	---	------------	------------	---------------	--------------	---------------

Para el convenio 246-2020, se beneficiaron **201** personas en condición de discapacidad quienes luego de realizar el proceso condiciones de vulnerabilidad y realizar la prescripción de los dispositivos teniendo en cuenta la situación y requerimientos individuales, se les hizo entrega del dispositivo de ayuda personal - la ayuda técnica requerida. Para un total de **355** Ayudas otorgadas en la localidad de Fontibón, con una proyección de **200** dispositivos de asistencia personal.

COMPRA Y ENTREGA DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD (KITS) PARA ESTABLECIMIENTOS, MICROEMPRESAS, LOCALES COMERCIALES, SUS TRABAJADORES Y VENDEDORES INFORMALES DE LAS LOCALIDADES DE FONTIBÓN, PUENTE ARANDA Y BOSA

Los Elementos de Bioseguridad (Kits) se otorgaron con el fin de disminuir el riesgo de contagio del COVID 19 durante el proceso de Adaptación y Reactivación Económica del Eje Adaptación y Transformación Productiva, en cada una de las localidades. A continuación, se presentan los aspectos más relevantes de cada contrato:

N° CONTRAO	OBJETO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	APORTE FDL	APORTE SUBRED	TOTAL
156/2020	“El presente contrato incluye la entrega de elementos de bioseguridad relacionados en la “Guía operativa Programa Cumplimiento de protocolos de Bioseguridad para la Adaptación y Reactivación económica” que se adopte, con el propósito de contribuir al cumplimiento de los protocolos de bioseguridad para la reactivación económica de 3 localidades de Bogotá, en este caso Bosa, Fontibón y Puente Aranda, a través de la acciones de Información, Educación y Comunicación en Salud – EIC, enfocadas en orientar a los trabajadores respecto al uso	14/10/2020	30/06/2021	\$338.654.690	No Aplica	\$338.654.690

	<p>adecuado de los elementos de bioseguridad contenidos en los kits de elementos de bioseguridad a microempresas. Establecimientos, locales comerciales y vendedores informales; en el marco del programa de Cumplimiento de Protocolos de Bioseguridad para la Adaptación y Reactivación Económica del Eje Adaptación y Transformación Productiva de la Estrategia de Reactivación Económica – EMRE LOCAL”.</p>					
230/2020	<p>“El presente contrato incluye la entrega de elementos de bioseguridad relacionados en la “Guía operativa Programa Cumplimiento de protocolos de Bioseguridad para la Adaptación y Reactivación económica” que se adopte, con el propósito de contribuir al cumplimiento de los protocolos de bioseguridad para la reactivación económica de 3 localidades de Bogotá, en este caso Bosa, Fontibón y Puente Aranda, a través de la acciones de Información, Educación y Comunicación en Salud – EIC, enfocadas en orientar a los trabajadores respecto al uso adecuado de los elementos de bioseguridad contenidos en los kits de elementos de bioseguridad a microempresas. Establecimientos, locales comerciales y vendedores informales; en el marco del programa de Cumplimiento de Protocolos de Bioseguridad para la Adaptación y Reactivación Económica del Eje Adaptación y Transformación Productiva de la Estrategia de Reactivación Económica – EMRE LOCAL”.</p>	14/10/2020	30/06/2021	\$420.000.000	No Aplica	\$420.000.000
246/2020	<p>“El presente contrato incluye la entrega de elementos de bioseguridad relacionados en la “Guía operativa Programa Cumplimiento de protocolos de Bioseguridad para la Adaptación y Reactivación económica” que se adopte, con el propósito de contribuir al cumplimiento de los protocolos de bioseguridad para la reactivación económica de 3 localidades de Bogotá, en este caso Bosa, Fontibón y Puente Aranda, a través de la acciones de Información, Educación y Comunicación en Salud – EIC, enfocadas en orientar a los trabajadores respecto al uso adecuado de los elementos de bioseguridad contenidos en los kits de elementos de bioseguridad a microempresas. Establecimientos, locales comerciales y vendedores informales; en el marco del programa de Cumplimiento de Protocolos de Bioseguridad para la Adaptación y Reactivación Económica del Eje Adaptación y Transformación Productiva de la Estrategia de</p>	14/10/2020	30/06/2021	\$753.879.829	No Aplica	\$753.879.829

	Reactivación Económica – EMRE LOCAL”.					
--	---------------------------------------	--	--	--	--	--

Fuente: Convenios Subred Sur Occidente- Gestión del Riesgo

En la localidad de Fontibón en marco del Contrato 025-4-2020 específicamente el **CI156-2020** se hace entrega de un total de **4860** Elementos de Bioseguridad (Kits).

La meta programada para la compra y entrega de **4860** Elementos de Bioseguridad (Kits) se cumple el 100%; así mismo se cumple la ejecución del 100% del gasto administrativo que se ve reflejado durante la ejecución contrato.

Es de aclarar que el valor total programado para la ejecución del contrato es de **\$338.654.690** y el valor ejecutado es de **\$ 264.000.799** quedando una diferencia de **\$74.653.891** que se liberaran en la liquidación.

En la localidad de Puente Aranda en marco del Contrato 025-4-2020 específicamente el **CI230-2020** se hace entrega de un total de **5920** Elementos de Bioseguridad (Kits).

La meta programada para la compra y entrega de **5920** Elementos de Bioseguridad (Kits) se cumple el 100%; así mismo se cumple la ejecución del 100% del gasto administrativo que se ve reflejado durante la ejecución contrato.

Es de aclarar que el valor total programado para la ejecución del contrato es de **\$420.000.000** y el valor ejecutado es de **\$319.260.090** quedando una diferencia de **\$100.739.910** que se liberaran en la liquidación.

En la localidad de Bosa en marco del Contrato 025-4-2020 específicamente el **CI246-2020** se hace entrega de un total de **10660** Elementos de Bioseguridad (Kits).

La meta programada para la compra y entrega de **10660** Elementos de Bioseguridad (Kits) se cumple el 100%; así mismo se cumple la ejecución del 100% del gasto administrativo que se ve reflejado durante la ejecución contrato.

Es de aclarar que el valor total programado para la ejecución del contrato es de **\$753.879.829** y el valor ejecutado es de **\$ 578.724.643** quedando una diferencia de **\$175.155.186** que se liberaran en la liquidación.

Convenio Interadministrativo de asociación N° 2200763

Suscrito entre el la Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial- ENTerritorio y la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., cuyo

objeto es: “aunar esfuerzos técnicos, humanos, económicos y logísticos para implementar el modelo de promoción y prevención y de acceso al diagnóstico de VIH con enfoque comunitario en población clave (HSH, TRANS y TS) de la ciudad de Bogotá – zonas sur y sur occidente, para el logro de los objetivos del proyecto ampliación de la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en Colombia, en el marco del acuerdo de subvención no. COL-H-ENTerritorio 1840 (CONVENIO NO. 219139).

Durante el año 2021, se consolidó un equipo de trabajo conformado por: auxiliares de enfermería, gestores comunitarios, psicólogo, técnico en sistemas, técnico administrativo y coordinador, quienes desarrollaron acciones administrativas y de gestión como actividades extramurales y promoción y prevención en las que el talento humano realizó pruebas tamiz y entrega de paquetes de prevención a la población clave (HSH, TRANS, TS) del convenio teniendo en cuenta las metas mensuales y la meta anual para la vigencia, la meta alcanzada fue la siguiente:

	PRUEBAS		
	HSH	TRANS	TS
META	4853	57	154
ALCANCE	4853	57	154
PENDEINTES	0	0	0
CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%
	PAQUETES		
	HSH	TRANS	TS
META	6244	53	177
ALCANCE	6244	53	177
PENDEINTES	0	0	0
CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%

ACTIVIDAD	META PROYECTADA	META ALCANZADA	% EJECUCIÓN
ENTREGA PAQUETES	6474	6474	100%
APLICACIÓN DE PRUEBAS	5064	5064	100%

Fuente: Reporte de Metas Enterritorio 2021

PRINCIPALES LOGROS

- Dar cumplimiento al 100% de la meta estipulada para la compra de los Elementos de Bioseguridad (kits) en las localidades de Fontibón, Puente Aranda y Bosa.
- Realizar el proceso de Educación, Información y Capacitación a los trabajadores de locales comerciales, microempresas y a vendedores informales de las localidades de Fontibón, Puente Aranda y Bosa quienes recibieron los Elementos de Bioseguridad (Kits).
- La articulación con el equipo de espacio de trabajo de la Subred Sur Occidente, ya que mediante sus acciones se canalizó la población objeto a beneficiar con los Contratos Interadministrativos de las localidades de Fontibón, Puente Aranda y Bosa.

- Se evidencia que el otorgamiento de las ayudas técnicas no solo beneficia a la persona con discapacidad, sino también a sus cuidadores y/o familia, encontrado así beneficiarios indirectos dentro del convenio.
- Fortalecimiento de acciones en la restitución de su autonomía social y funciona, con el fin de trabajar en su inclusión social y mejoramiento en la calidad de vida tanto de la persona con Discapacidad como de su familia.
- La participación y el acompañamiento de los veedores de los convenios en las actividades propias de los mismos son la evidencia del impacto de la entrega de los dispositivos a la comunidad beneficiaria los cuales aportan al mejoramiento de su calidad de vida.

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI – COVID -19

La subred en respuesta al plan nacional de vacunación COVID 19, dio inicio a la jornada el 18 del mes de febrero del 2021, en la UMHE Kennedy donde se dispuso de la logística para dar cumplimiento de la administración de la vacuna al total del talento humano agendado. De igual manera a medida que se han ampliado los rangos de edad de la población general se ha contado con puntos de vacunación de talento humano en salud y población general como USS Trinidad Galán, USS Patio Bonito Tintal, USS Bosa, USS Fontibón, UHMES Occidente de Kennedy, actualmente siguiendo las recomendaciones de Secretaría Distrital de Salud en cuanto a evitar el cruce de pacientes sanos se dio cierre a los puntos ubicados en las Unidades de Servicios de Salud y con la estrategia de expansión de puntos de vacunación se dio apertura a los puntos de vacunación de Coliseo Cayetano cañizares, parque La Palestina y Vive Digital, de igual manera se realiza vacunación a población Habitante de calle, población privada de la libertad, colegios, plazas de mercado, central de abastos, clínicas de cuidado crítico entre otros.

Se relaciona el avance de dosis administradas en el año 2021.

Total, dosis administradas por grupo etéreo:

GRUPO ETAREO	1ras dosis	2das dosis	Dosis Única	3ra dosis	Total
>80 AÑOS	6556	6139	82	2863	15640
79 - 75 AÑOS	5537	5632	111	2376	13656
74 - 70 AÑOS	8540	8168	227	3066	20001
69 - 65 AÑOS	11021	10150	463	2564	24198
64 - 60 AÑOS	13634	12503	933	2511	29581
59 - 55 AÑOS	13225	12962	1884	2162	30233
54 - 50 AÑOS	13911	13739	2932	1899	32481
49 - 45 AÑOS	16182	13580	4683	1059	35504
44 - 40 AÑOS	15908	11225	7837	1177	36147
39 - 35 AÑOS	18661	11750	6894	1320	38625
34 - 30 AÑOS	21814	12493	5307	1401	41015
29 - 25 AÑOS	22991	11083	6399	1407	41880
24 - 20 AÑOS	19626	8259	5644	721	34250
19 - 15 AÑOS	24761	6103	1589	45	32498

14 - 12 AÑOS	20088	2719	1	3	22811
11 - 03 AÑOS	19391	4052	1		23444
Total	251846	150557	44987	24574	471964

Fuente plantilla SDS- SIS 151 febrero- diciembre 2021

De acuerdo al desarrollo del Plan Nacional de Vacunación de Covid 19, la Subred Suroccidente se logró aplicar en el año 2021, 471.964 dosis por los diferentes grupos etéreos, de acuerdo al avance de las fases y etapas a nivel Distrital.

Dosis administradas – por Biológico

TOTAL VACUNADO POR BIOLÓGICO						
TIPO DE BIOLÓGICO	TIPO DE BIOLÓGICO RECIBIDO	1RAS	2DAS	3RA DOSIS	UNICAS APLICADAS	TOTAL
Sinovac	128039	70547	53076	4016		127639
AstraZeneca	94418	60708	28215	6319		95242
Pfizer	125736	71044	50385	1386		122815
Moderna	88218	49547	18881	12682		81110
Janssen	46150			171	44987	45158
TOTAL	482561	251846	150557	24574	44987	471964

Fuente plantilla SDS- SIS 151 febrero- diciembre 2021

Con respecto a la disponibilidad del biológico, de acuerdo a las entregas realizadas por la Secretaría Distrital de Salud a la Subred suroccidente en el año 2021, se contó con mayor disponibilidad de vacuna de Sinovac con 128.039 dosis administradas, seguido de AstraZeneca con 94.418, Pfizer 125.736, Moderna 88.218 y Janssen 46.150, es importante aclarar que la disponibilidad de la vacuna en los puntos de Vacunación depende los despachos realizados por la Secretaría Distrital de Salud.

Vacunación de gestantes

Dosis administradas en gestantes

TOTAL GESTANTES RUTA MATERNO PERINATAL	TOTAL VACUNADAS	% CUMP	TOTAL VACUNADAS OTRAS EAPB	TOTAL GESTANTES VACUNADAS
1280	1277	99,8	1122	2399

Fuente plantilla SDS- SIS 151 febrero – diciembre 2021

Con el fin de fortalecer la vacunación en las mujeres gestantes, se realiza articulación con la líder de ruta materno perinatal y los líderes de las unidades asistenciales para aumentar la demanda inducida hacia los puntos de vacunación de Covid 19, en el de igual manera se realiza seguimiento telefónico a las gestantes que pertenecen a la población de Capital Salud, en el año 2021 de las 1280 gestantes que están asignadas a la Subred se lograron vacunar 1277 con un cumplimiento del 99.8% y de otras EAPB se vacunaron 1122 para un total de 2399 gestantes vacunadas.

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

CONCLUSIONES DEL PROCESO

- El sistema de información generado desde PSPIC, se constituye en pieza fundamental puesto que “aporta a procesos de generación de conocimiento que sintetiza las relaciones entre las condiciones, la calidad de vida, la salud y la enfermedad de la población en los territorios, para orientar la toma de decisiones, la planeación distrital, local e institucional, con la participación de los diferentes actores, igualmente para gestión de políticas y las diferentes formas de participación.
- Desde la respuesta intersectorial se observa un gran avance frente a los temas de emergencia sanitaria por parte del sector salud hacia los demás sectores, el tema es de primer grado de importancia en los espacios de decisión local como los CLG o las UAT, así mismo en los PMU y salas situacionales se observa gran protagonismo del sector salud liderado por los representantes de este, en cabeza de profesionales de Gestión de Políticas – Gobernanza. Se observa un liderazgo y aceptación en temas como acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, hospitalización, rehabilitación, seguimiento, toma de pruebas y vacunación frente a la Pandemia Covid-19.
- Se cuenta con Talento Humano altamente competente, con experiencia y comprometido con el abordaje integral de las diferentes acciones realizadas desde el plan de salud pública de intervenciones colectivas. Lo que permite reconocimiento de la comunidad, las instituciones y los diferentes actores.
- Realizar una atención resolutoria de los equipos de atención en casa, canalización a Rutas Integrales de Atención en Salud y abordar necesidades en salud de forma oportuna e integral los riesgos identificados, entrega de medicamentos y toma de laboratorios en casa a población priorizada que no puede desplazarse a recibir atención.
- Afectar de forma positiva los determinantes en salud y así contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de las localidades de incidencia de la subred.

Reto

- Mantener un Modelo de Atención integral que permita prestar una atención centrada a los usuarios.

4.5 GESTION SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

El proceso de Gestión de Servicios Complementarios es un proceso Misional de la Subred Integrada de Servicios de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E, el cual está conformado por 6 subprocesos y cuyo objetivo es “Prestar servicios de salud de apoyo diagnóstico y terapéutico a los servicios misionales de manera oportuna, eficiente y confiable para complementar y evaluar el tratamiento de una situación en salud”

Para la vigencia del año 2021 desde el proceso de Gestión de Servicios Complementarios se aportó al cumplimiento del Plan de Acción Anual Institucional

con la perspectiva salud al objetivo estratégico de Consolidar un modelo de atención en salud de la ciudad de Bogotá en la Subred a través implementar una estrategia de entrega de medicamentos a domicilio priorizando a los adultos mayores y personas en condición de discapacidad, la cual se materializa teniendo en cuenta lo definido en el Acuerdo 761 del 11 de Junio de 2020 por medio del cual se adopta el Plan Distrital de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas y el Plan Plurianual de Inversiones para Bogotá D. C. para el período 2020-2024 “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del siglo XXI”

En aras de dar cumplimiento a las Metas definidas y probar un nuevo esquema de abordaje de la atención y del territorio basado en Atención Primaria en Salud (APS) que brinde insumos para ajustar el modelo de salud que hoy tiene la Ciudad, la Secretaría Distrital de Salud y la Subred Integrada de Salud Sur Occidente E.S.E. unieron esfuerzos diseñando y poner en marcha un proyecto Piloto que permita identificar en campo las potencialidades y dificultades de esta nueva propuesta. La implementación de este Piloto arrojó buenas prácticas y aspectos por mejorar, que se incorporarán a la metodología para el ajuste definitivo del Modelo y su posterior despliegue en el resto de las localidades de la ciudad.

El proyecto piloto se desarrolló a partir de varios momentos uno de ellos que corresponde directamente a Servicios complementarios es el alcance de la estrategia de entrega de medicamentos a domicilio priorizando a los adultos mayores y personas en condición de discapacidad, buscando facilitar la accesibilidad al sistema de salud de la población y brindar una respuesta oportuna según la identificación de necesidades, con un portafolio de servicios que contribuya a una adecuada operación, al fortalecimiento de la participación social, a la gestión intersectorial y a la integralidad de los servicios individuales y colectivos.

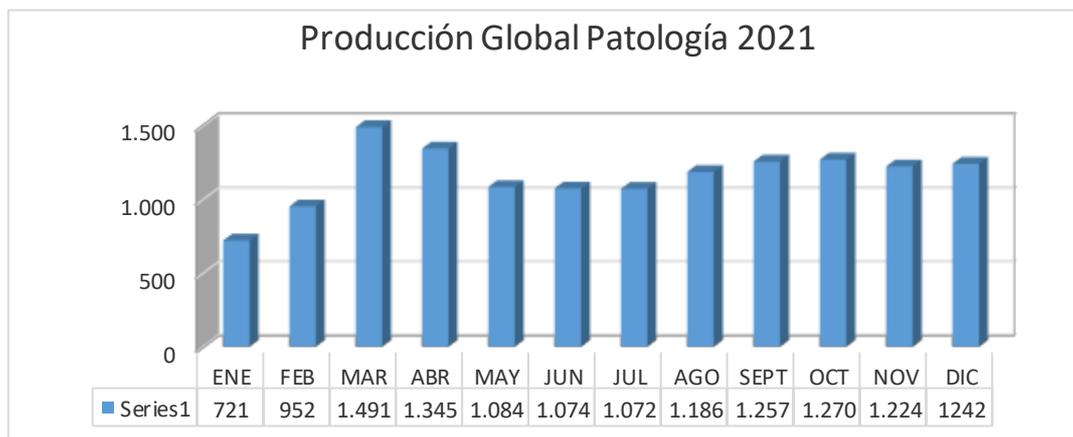
El Modelo de Salud Territorial ha realizado ajuste a la estrategia de entrega de medicamentos a domicilio, que contempla desde su pilotaje la caracterización del hogar y el diagnóstico inicial de las necesidades en salud de los miembros que residen en cada hogar, lo que incluye el abordaje de aspectos ambientales, existencia y manejo de mascotas, evaluación y educación nutricional, valoración de riesgos de salud mental y diagnóstico de necesidades de atención en salud (urgencias, interconsulta, medicamentos y/o pruebas diagnósticas), entre otros aspectos. Desde el servicio farmacéutico intramural se realiza el alistamiento y entrega en el domicilio de las solicitudes de medicamentos de las personas priorizadas (adultos mayores y personas en condición de discapacidad) que realiza el médico del equipo de APS.

4.5.1 SUBPROCESO PATOLOGIA

El subproceso de Patología tiene como objetivo generar los informes diagnósticos de Patología partiendo de la radicación de las muestras (biopsias, especímenes, líquidos y Bacaf, Biopsias por congelación) con la finalidad de dar apoyo en la

definición del diagnóstico y tratamiento del paciente. Se presentará la producción e indicadores.

Gráfico 1: Producción Global Patología 2021 - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.



Fuente: Estadística Servicio de Patología, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Durante la vigencia del año 2021 se presentó una producción global de 13.918 casos, cifra en la que se tiene en cuenta los números de radicación de patología y líquidos (no se tienen en cuenta el número de muestras) y el número de casos equivalentes por autopsias (24 casos por autopsia). Los meses de enero y febrero fueron los meses con la producción más baja durante el año 2021, seguidos por los meses de mayo, junio y julio, siendo explicada por las consecuencias de las restricciones establecidas en los servicios de salud, relacionados con el manejo del Covid 19 por las alertas naranja y roja decretadas para el control de la Pandemia Covid-19 durante estos meses, a partir de marzo la producción comienza gradualmente a incrementarse.

Tabla No. 42: Casos procesados generados por unidad (espécimen, biopsias, líquidos, sin incluir autopsias) año 2021 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

USS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
KENNEDY	378	473	714	515	549	522	627	738	630	530	489	507
BOSA	122	148	238	179	171	152	149	222	240	235	247	211
FONTIBON	125	163	251	195	124	112	152	202	267	265	296	284
TOTAL	625	784	1.203	889	844	786	928	1.162	1.137	1.030	1.032	1.002

Fuente: Estadística Servicio de Patología, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

La producción de casos procesados (no de muestras) generados por Unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente incluyen la producción de Líquidos, especímenes y biopsias y no las autopsias, para la vigencia 2021 en la Unidad de Kennedy fueron 6.165 casos seguida de la USS Fontibón con 2.152 casos y de ultimo la USS Bosa con 2.103 casos. El laboratorio de Patología de la

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Subred Sur Occidente dispone sólo de una sede, la cual está centralizada en la USS Kennedy (de Alta complejidad).

Antes de la pandemia Covid-19, la unidad de Fontibón mostraba una producción ligeramente mayor que la de la Unidad de Bosa, sin embargo, durante el año 2020, la producción de la USS Fontibón disminuye siendo menor a la de Bosa, debido a que esta unidad se concentró en el manejo de casos Covid-19, con la restricción de otros servicios no relacionados con la atención del Covid-19. A partir de septiembre del 2021, ya la producción proveniente de la unidad de Fontibón muestra un comportamiento similar al presentado antes de la pandemia Covid-19, lo cual se explicaría por el incremento de consultas de especialidades como Dermatología y Gastroenterología, servicios que junto con el de Ginecología, son los que generan una mayor proporción de muestras para su análisis en el Laboratorio de Patología.

Tabla No. 43: Producción por espécimen - Servicio de Patología- año 2021 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

PRODUCTO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	2021
Espécimen-biopsias	598	745	1.142	853	818	746	903	1.120	1.091	985	987	970	10.958
Líquidos-BACAF	27	39	61	36	26	40	25	42	46	45	45	32	464
Autopsias por casos (1 aut= 24 casos)	96	168	288	456	240	288	144	24	120	240	192	240	2.496
TOTAL	721	952	1.491	1.345	1.084	1.074	1.072	1.186	1.257	1.270	1.224	1.242	13.918

Fuente: Estadística Servicio de Patología, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

La producción por especímenes durante el período de enero a diciembre del año se evidencia 10.958 casos y para los líquidos y BACAF de 464 casos, y el mes mayor producción para ambos fue el mes de marzo del 2021. Con relación a la producción de las necropsias, durante el período del año 2021 se realizaron 104 autopsias. En el período de enero-diciembre del 2021, la gran mayoría de las autopsias realizadas procedían de entidades fuera de la Red con el 40,38% (42 autopsias de las 104 realizadas), seguidas por las autopsias procedente de la Red Centro Oriente con el 23,08% (24 necropsias). El mes de abril del 2021, fue el mes con mayor producción de autopsias de los últimos 3 años, cuando la gran mayoría de las necropsias se realizaron en fallecidos mayores de 80 años cuya muerte se produjo dentro del primer mes seguido a la aplicación de la vacuna Covid-19.

El principal pagador en el período enero-diciembre 2021 el principal pagador fue Capital Salud.

INDICADOR SUBPROCESO PATOLOGIA

Indicador de oportunidad del Informe de Patología (especímenes- biopsias y líquidos), - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

ESPECÍMENES- BIOPSIAS			LÍQUIDOS		
CONCEPTO	AÑO	RESULTADO	CONCEPTO	AÑO	RESULTADO

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Antes de 10 días calendario	2021	99,26%	Antes de 8 días calendario.	2021	100,00%
De 11 a 17 días calendario	2021	0,73%	De 8 a 15 días calendario	2021	0,00%
Más de 17 días calendario	2021	0,01%	Más de 15 días calendario.	2021	0,00%

Fuente: Estadística Servicio de Patología, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

En cuanto al indicador de oportunidad tanto para el informe de especímenes, biopsias como de líquidos se ha cumplido con las metas propuestas en ambos indicadores de eficacia del Laboratorio de Patología, en donde el resultado de oportunidad supera el 99% para los casos de especímenes y biopsias, el informe se generó antes de los 10 primeros días calendario, así como para los líquidos el resultado de oportunidad alcanzó el 100%, la totalidad de líquidos su informe se entrega el antes de los 8 días a partir de su solicitud en el servicio. Desde el año 2014, cuando se contrató un médico patólogo bajo la modalidad de pago por evento exclusivo para la realización de las autopsias, además de contar de manera continua con el talento humano requerido para el funcionamiento rutinario del Laboratorio, ha permitido el alcance sostenido de los indicadores de eficacia del Laboratorio de Patología a lo largo de estos años. Contribuye además el tener el suministro regular de los insumos requeridos para el procesamiento de las muestras recibidas.

4.5.1 SUBPROCESO NUTRICIÓN

El subproceso de Nutrición da pautas a seguir en cada una de las actividades de preparación, servido y distribución de comidas, ofreciendo una alimentación segura y que cubra los requerimientos nutricionales de los pacientes hospitalizados de la Subred, adicional la consulta nutricional que se realiza en el servicio ambulatorio, el soporte nutricional e interconsultas que se da para los pacientes de los servicios de urgencias y hospitalización que por solicitud médica lo requieren y el banco de leche el cual es único en el Distrito Capital, se encuentra ubicado en la UHMES Kennedy y tiene como objetivo proteger la supervivencia neonatal e infantil, que mediante la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y el procesamiento, control de calidad y suministro de la leche humana a los neonatos hospitalizados, garantizan la seguridad alimentaria y nutricional del prematuro, contribuyendo así a la reducción de la desnutrición y de la mortalidad neonatal e infantil.

PRODUCCIÓN SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

Dietas suministradas por unidad -Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	FONTIBON BOSTON	USS FONTIBON	BOSA	PABLO VI	GALAN	KENNEDY
ENERO	1.919	3.082	5.568	735	413	32.424
FEBRERO	1.099	2.246	4.512	637	341	28.986
MARZO	1.968	3.136	5.001	944	397	34.307

ABRIL	1.724	3.343	7.402	770	551	35.220
MAYO	2.236	4.408	7.748	1.525	1.127	34.303
JUNIO	2.730	4.080	8.064	1.378	1.148	36.446
JULIO	1.782	2.810	7.419	710	753	37.192
AGOSTO	1.357	3.185	6.695	708	494	38.262
SEPTIEMBRE	1.184	3.367	5.816	825	640	37.717
OCTUBRE	1.494	4.129	7.476	669	691	38.557
NOVIEMBRE	1.681	4.603	6.813	677	653	37.218
DICIEMBRE	1.907	4.480	6.800	474	620	50.029
TOTAL	21.081	42.869	79.314	10.052	7.828	440.661

Fuente: Base de Datos Servicio de Nutrición- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

En la Subred integrada de Servicios de Salud durante el año 2021 se suministraron 601.805 las dietas, donde se distribuyen la gran mayoría fue Kennedy y Fontibón. Es importante mencionar que el año 2021 se mantuvo la pandemia y los pacientes por su condición en salud se les disminuyó la vía oral y se les suministro mayor soporte nutricional, también se redujo las cirugías programadas entre otros.

Las dietas de todas las unidades son preparadas por el servicio de alimentación de la subred ubicado en la UMHES Kennedy y distribuidas para los pacientes hospitalizados y de urgencias en todas las unidades de la subred donde se presta el servicio.

De las dietas distribuidas durante el año 2021 corresponden al 73,22% las distribuidas en la unidad de Kennedy, el 13,18% corresponden a la Unidad de Bosa, el 7,12% a Fontibón, el 3,50% a Fontibón Boston, la USS Pablo VI con 1,67% y por último la USS Galán con 1,30%.

Pacientes valorados por soporte nutricional 2021 - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	PACIENTES CON SOPORTE NUTRICIONAL
ENERO	2.492
FEBRERO	1.515
MARZO	1.212
ABRIL	2.048
MAYO	2.889
JUNIO	2.404
JULIO	2.041
AGOSTO	300
SEPTIEMBRE	941
OCTUBRE	994

NOVIEMBRE	940
DICIEMBRE	1.044
TOTAL	18.820

Fuente: Base de Datos Servicio de Nutrición- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

La producción global en cuanto a los pacientes valorados con soporte nutricional durante el periodo de enero a diciembre del 2021 corresponde a 18.820, entendiendo que las valoraciones de soporte nutricional son mayores en el primer semestre tiempo en el que hubo aumento de los casos de COVID y el manejo para estos pacientes se dio con soporte nutricional enteral por sus condiciones críticas y donde los meses con mayor valoración se presentaron en los meses de enero, mayo y junio del año 2021 estos dos últimos coinciden con la alerta amarilla y naranja que se instauraron por el aumento en la ocupación de las unidades de cuidados intensivos.

Pacientes atendidos por consulta nutricional - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	PACIENTES CONSULTA NUTRICIONAL
ENERO	1.152
FEBRERO	1.004
MARZO	1.030
ABRIL	1.193
MAYO	1.087
JUNIO	671
JULIO	588
AGOSTO	512
SEPTIEMBRE	596
OCTUBRE	642
NOVIEMBRE	593
DICIEMBRE	433
TOTAL	9.501

Fuente: Base de Datos Servicio de Nutrición- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Durante el año 2021 se atendieron 9.501 pacientes por consulta nutricional, la consulta Nutricional fue uno de los servicios que continuo con la presencialidad a pesar de la pandemia, pero hubo disminución en las horas programadas para la consulta, debido a que las unidades de Kennedy y Fontibón sus áreas ambulatorias fueron asignadas para la atención de pacientes COVID situación que inicio en el año 2020 con la pandemia otra situación por la cual se vio afectada la consulta en el mes de julio fue por inatenciones no se cumplieron la

totalidad de horas programadas; lo anterior por el retiro de dos profesionales de Nutrición en las unidades de Tintal y Pablo VI.

Interconsultas por nutrición - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	INTERCONSULTAS
ENERO	218
FEBRERO	240
MARZO	231
ABRIL	295
MAYO	282
JUNIO	226
JULIO	253
AGOSTO	193
SEPTIEMBRE	209
OCTUBRE	184
NOVIEMBRE	211
DICIEMBRE	209
TOTAL	2.751

Fuente: Base de Datos Servicio de Nutrición- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Para el año 2021 se realizaron 2.751 interconsultas, actividad que se viene incremento desde el inicio de la pandemia en el año 2020, teniendo en cuenta que son solicitadas desde los servicios en hospitalización y de urgencias y dado el comportamiento de dichos servicios en relación a casos de COVID u otras atenciones esta son solicitadas.

PRODUCCIÓN DEL SERVICIO DE BANCO DE LECHE HUMANA:

Mililitros (mls) de leche humana donada, Donantes de Leche Humana Inscritas y Mililitros (mls) de leche humana recolectada en sala de extracción- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	Leche Humana Donada recolectada	Donantes de Leche Humana Inscritas	Leche Materna recolectada en Sala de Extracción
ENERO	94.850	49	42.884
FEBRERO	101.970	45	56.305
MARZO	79.160	40	74.246
ABRIL	96.130	41	55.307
MAYO	78.200	41	50.834
JUNIO	114.950	53	43.112
JULIO	112.638	57	46.966
AGOSTO	80.230	68	55.036

SEPTIEMBRE	41.150	78	71.234
OCTUBRE	73.320	90	53.376
NOVIEMBRE	31.310	90	66.620
DICIEMBRE	26.870	98	54.928

Fuente: Base de Datos Servicio de Nutrición- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Para la vigencia del año 2021 en el banco de leche se recolecto 930.778 mls de leche humana donada, se alcanzó la inscripción de 750 Donantes de Leche Humana Inscritas y 670.848 mls de leche humana recolectada en sala de extracción cuya recolección se vio afectada por restricciones de ingreso de las madres lactantes a la unidad neonatal.

Mililitros (mls) de leche materna (LM) y leche humana pasteurizada (LHP) entregada en la unidad de recién nacidos- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	PRODUCTO	AÑO 2021
ENERO	LM	27.380
	LHP	35.710
FEBRERO	LM	38.516
	LHP	28.896
MARZO	LM	50.888
	LHP	41.187
ABRIL	LM	34.945
	LHP	36.982
MAYO	LM	36.665
	LHP	38.622
JUNIO	LM	28.558
	LHP	56.926
JULIO	LM	28.625
	LHP	41.072
AGOSTO	LM	28.814
	LHP	33.022
SEPTIEMBRE	LM	38.925
	LHP	25.582
OCTUBRE	LM	39.812
	LHP	37.704
NOVIEMBRE	LM	40.247
	LHP	30.115
DICIEMBRE	LM	34.041
	LHP	10.926
TOTAL	LM	427.416
	LHP	416.744

Fuente: Base de Datos Servicio de Nutrición- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Para la vigencia del año 2021 se entregaron a la unidad de recién nacidos 427.416 mls de leche materna homologa (LM leche de su propia madre) y 416.744 mls leche pasteurizada, es importante tener en cuenta que la entrega de leche materna en la unidad de recién nacidos está sujeta a las necesidades de los neonatos hospitalizados y del compromiso de las madres lactantes que tienen sus hijos hospitalizados para su extracción.

Pacientes que recibieron leche humana pasteurizada, No. de Pacientes que recibieron consejería en lactancia materna, Educaciones grupales realizadas e Interconsultas de Banco de Leche realizadas 2021 - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	No. De Pacientes que recibieron Leche Humana Pasteurizada	Consejería en Lactancia Materna	Educación Grupal	Interconsultas de Banco de Leche
ENERO	68	78	45	70
FEBRERO	71	141	42	65
MARZO	74	170	45	74
ABRIL	82	119	35	83
MAYO	92	114	46	81
JUNIO	98	104	25	68
JULIO	102	115	35	85
AGOSTO	99	133	33	88
SEPTIEMBRE	101	152	30	74
OCTUBRE	98	115	45	69
NOVIEMBRE	95	114	40	67
DICIEMBRE	76	140	33	67
TOTAL	1.056	1.495	454	891

Fuente: Base de Datos Servicio de Nutrición- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Durante la vigencia del año 2021 se beneficiaron 1.056 neonatos al recibir leche materna pasteurizada contribuyendo a su recuperación y por ende la estancia hospitalaria, en cuanto a la consejería en lactancia materna para el mismo periodo se realizaron 1.495, cumpliendo con uno de los objetivos del Banco de Leche Humana “promoción, protección y apoyo a la Lactancia Materna”, por lo cual se realiza la consejería en lactancia y facilita la resolución de problemas de este. Por otro lado como es importante involucrar a la familia lactante en este proceso el Banco de Leche realiza actividades grupales donde para el 2021 que conto 454 participantes cifra que para el periodo evaluado se vio afectada por restricciones de la pandemia y por último se realizaron 891 interconsultas al banco de leche y cuya ejecución depende de la solicitud por el médico tratante y de las necesidades de los pacientes.

INDICADOR DE EFICACIA

Indicador de Proporción de Pacientes atendidos en consulta nutricional – año 2021 - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	PACIENTES ATENDIDOS	PACIENTES PROGRAMADOS	% DE CUMPLIMIENTO
FEBRERO	1.004	1.268	79,2
MARZO	1.030	1.313	78,4
ABRIL	1.193	1.808	66
MAYO	1.087	1.396	77,9
JUNIO	891	1.151	77,4
JULIO	588	830	70,8
AGOSTO	588	830	70,8
SEPTIEMBRE	596	811	73,5
OCTUBRE	642	839	76,5
NOVIEMBRE	593	797	74,4
DICIEMBRE	433	590	73,3
TOTAL	8.645	11.633	74,3

Fuente: Base de Datos Servicio de Nutrición- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Del Número de pacientes agendados para consulta nutricional durante el año del 2021 se atendieron el 74,3%, no alcanzándose la meta establecida que era de mayor o igual al 80%, lo cual es lo evidenciado durante el presente año.

4.5.2 SUBPROCESO UNIDAD RENAL

La Unidad Renal se encuentra ubicada en la USS Kennedy, presta servicio a pacientes que requieren procedimientos de hemodiálisis y diálisis peritoneal, cuenta con 40 máquinas de diálisis, lo que garantiza una atención digna para los pacientes con enfermedades renales, que también cuentan con el servicio de transporte puerta a puerta, con el que se busca garantizar la continuidad del tratamiento y la asistencia de los usuarios a las citas de control y seguimiento.

PRODUCCIÓN DEL SERVICIO

Tabla No. 43: Total de sesiones de hemodiálisis realizadas por el servicio de unidad renal- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

AÑO /MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
2021	2.689	2.604	2.815	2.670	2.206	2.580	2.655	2.536	2.573	2.609	2.738	2.756	31.431

Fuente: Estadística de la Unidad Renal Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Durante el año 2021 la producción de sesiones de hemodiálisis fue de 31.341 sesiones, y cuya disminución presentada en algunos meses del año 2021, se relacionan al fallecimiento de pacientes y al no ingreso de nuevos usuarios al programa de hemodiálisis. La producción de sesiones de hemodiálisis en el año 2021 en su mayoría proviene de la sala de hemodiálisis de la unidad renal con un 97,8%(N=29.162), del servicio de hospitalización de 4,1% (N=1.286), para el servicio de UCI el 3,1(N=983).

Tabla No. 44: Total Pacientes atendidos por pagador en el servicio de unidad renal 2021- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	CAPITAL SALUD	FFD	TOTAL
ENERO	208	2	210
FEBRERO	207	1	208
MARZO	205	2	207
ABRIL	205	1	206
MAYO	204	2	206
JUNIO	204	1	205
JULIO	206	1	207
AGOSTO	208	0	208
SEPTIEMBRE	208	0	208
OCTUBRE	206	0	206
NOVIEMBRE	215	1	216
DICIEMBRE	212	0	212

Fuente: Estadística de la Unidad Renal Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Durante la vigencia del año 2021 la EPS Capital Salud se evidencia como principal pagador, para el pagador el FFD conto hasta dos pacientes en el año 2021 y hasta llegar a cero en la mayoría de los meses del año.

Tabla No.45: Procedimientos Unidad Renal año 2021 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	CATETER PERMANENTE	CATETER TEMPORAL	CATETER PERITONEAL	RETIRO DE CATETER	CONSTRUCCION DE FAV
ENERO	0	1	0	1	0
FEBRERO	1	0	1	1	0
MARZO	6	2	0	0	2

ABRIL	4	0	0	0	1
MAYO	3	0	0	1	1
JUNIO	1	0	0	0	2
JULIO	7	0	0	2	2
AGOSTO	7	0	3	7	1
SEPTIEMBRE	5	0	3	4	3
OCTUBRE	6	2	1	5	0
NOVIEMBRE	3	2	0	3	4
DICIEMBRE	0	7	1	1	1
TOTAL	43	14	9	25	17

Fuente: Estadística de la Unidad Renal Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Durante el año 2021 se realizaron dentro de los procedimientos de la unidad renal 43 catéter permanente, 14 catéter temporal, 9 catéter peritoneal, retiraron 25 retiro de catéter y se construyeron 17 fistula arteriovenosa en la cual se han presentado dificultades en la construcción de FAV sin lograr realizarse las fistulas arteriovenosa esperadas, debido a la cancelación de cirugía ambulatoria por la pandemia por la COVID-19.

INDICADORES

Tabla No.46: Inasistencias a sesiones de diálisis Unidad Renal año 2021-- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	TOTAL SESIONES PROGRAMADAS	TOTAL SESIONES REALIZADAS DEL PROGRAMA	INASISTENCIAS	%
ENERO	2.631	2.438	193	7,3
FEBRERO	2.501	2.417	84	3,4
MARZO	2.691	2.608	83	3,1
ABRIL	2.640	2.452	188	7,1
MAYO	2.321	2.206	115	5
JUNIO	2.470	2.334	136	5,5
JULIO	2.583	2.467	116	4,5
AGOSTO	2.498	2.382	116	4,6
SEPTIEMBRE	2.488	2.368	120	4,8
OCTUBRE	2.560	2.442	118	4,6
NOVIEMBRE	2.706	2.570	136	5,03
DICIEMBRE	2.756	2.616	140	5,08
TOTAL	30.845	29.300	1.545	5,27

Fuente: Estadística de la Unidad Renal Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Durante la vigencia del año 2021 fueron realizadas 29.300 sesiones de hemodiálisis de las 30.845 sesiones de hemodiálisis programadas presentándose 1.545 inasistencias a las sesiones programadas en la Unidad Renal de Subred Sur Occidente E.S.E lo cual corresponde para el periodo evaluado un 5,27% no cumpliendo la meta establecida que es que las inasistencias a las sesiones de diálisis sean $\leq 5\%$. El monitorizar este indicador con la detección y determinación de los motivos por la cual se presenta inasistencia por parte de los pacientes a las sesiones de diálisis permite medir el impacto que genera la no asistencia a la terapia en la adherencia al tratamiento establecido para mejorar el estado de salud del paciente y evitar complicaciones que generen el deterioro de su salud. Al igual que permite impactar en la eficiencia del servicio en la utilización de su capacidad instalada y fortalecer las estrategias que se tiene de traslado de usuarios de su domicilio a la unidad entre otros aspectos.

Tabla No. 47: Porcentaje de Pacientes prevalentes en Hemodiálisis con Catéter en la Unidad Renal año 2021 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	TOTAL DE PACIENTES	PACIENTES CON ACCESO VASCULAR CATETER	% CON CATÉTER
ENERO	210	137	65,2
FEBRERO	208	130	62,5
MARZO	207	134	64,7
ABRIL	206	134	65
MAYO	206	134	65
JUNIO	205	133	64,9
JULIO	207	128	61,8
AGOSTO	205	133	64,9
SEPTIEMBRE	201	131	65,2
OCTUBRE	200	114	57
NOVIEMBRE	209	121	58
DICIEMBRE	205	126	61

Fuente: Estadística de la Unidad Renal Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Durante el año el año 2021 el indicador del porcentaje de pacientes prevalentes en hemodiálisis que cuentan como acceso vascular catéter, no se cumplió la meta establecida que es que “< 10% de los pacientes de la Unidad Renal de la Subred Sur Occidente E.S.E. se dialicen con acceso vascular de catéter”, Lo cual se debe que durante la pandemia por COVID 19 no se ha logrado aumentar el número de fístulas Arterio-Venosas (FAV) requeridas, por las medidas establecidas entre las que están la priorización de los procedimientos de cirugía requeridos. Es importante precisar que la FAV es el acceso vascular óptimo para la diálisis ya que impacta en la disminución de las infecciones en los pacientes.

Tabla No. 48: Porcentaje de Pacientes en Hemodiálisis, con $Kt/V \geq 1,2$ y Porcentaje de Pacientes en Diálisis Peritoneal con indicador de $Kt/V \geq 1,7$ 2021 en la Unidad Renal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	TOTAL DE PACIENTES HEMODIALISIS	%	TOTAL DE PACIENTES PERITONEAL	%
ENERO	210	93,81	3	100
FEBRERO	208	93,75	4	100
MARZO	204	84,31	3	100
ABRIL	206	94,66	4	100
MAYO	206	97,09	4	100
JUNIO	205	95,12	4	100
JULIO	207	96,14	4	100
AGOSTO	205	95,12	3	100
SEPTIEMBRE	201	95,52	7	100
OCTUBRE	200	90	6	100
NOVIEMBRE	209	94,7	7	100
DICIEMBRE	205	88,7	7	100

Fuente: Estadística de la Unidad Renal Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Durante la vigencia del año 2021, el indicador del “Porcentaje de pacientes en hemodiálisis con $Kt/V \geq 1,2$ ”, presenta cumplimiento de la meta a alcanzar de “Aumentar a más de 80% el porcentaje de pacientes que tienen un indicador Kt/V en Hemodiálisis $\geq 1,2$ ”. En lo referente al indicador de “Porcentaje de pacientes en Diálisis peritoneal con $Kt/V \geq 1,7$ ” se observa que durante el año 2021 en el 100% de los pacientes se cumplió con la meta a alcanzar de “Aumentar a más de 80% el porcentaje de pacientes que tienen un indicador en Diálisis peritoneal de $Kt/V \geq 1,7$ ”. El monitoreo de estos indicadores de calidad permite orientar la dosis de diálisis que se le está brindando a los pacientes como la diálisis adecuada para cada paciente en terapia de reemplazo renal.

Tabla No. 49: Porcentaje de Pacientes en Hemodiálisis y Diálisis peritoneal con Fósforo < 6.0 g/dl y Hemoglobina > 10 g/dl año 2021 en la Unidad Renal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	TOTAL DE PACIENTES EN HEMODIALISIS	% de pacientes en Hemodiálisis con Fósforo < 6.0 g/dl	% de pacientes en Hemodiálisis con Hemoglobina > 10 g/dl	TOTAL DE PACIENTES PERITONEAL	% de pacientes en Diálisis peritoneal con Fósforo < 6.0 g/dl	% de pacientes en Diálisis peritoneal con Hemoglobina > 10 g/dl
ENERO	210	60,95	67,62	3	67	100
FEBRERO	208	69,71	68,27	4	100	100
MARZO	204	80,39	79,9	3	67	100
ABRIL	206	64,08	64,08	4	75	75
MAYO	206	72,82	77,67	4	100	75
JUNIO	205	86,83	72,2	4	75	75
JULIO	207	63,29	74,88	4	100	100

AGOSTO	205	89,27	74,15	3	67	100
SEPTIEMBRE	201	83,58	82,09	7	71	85,71
OCTUBRE	200	79,5	80,5	6	83	83,33
NOVIEMBRE	209	87,08	75,6	7	71,4	85,7
DICIEMBRE	205	92,2	79,5	7	85,7	71,4

Fuente: Estadística de la Unidad Renal Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.

Durante la vigencia del año 2021 el indicador de *Porcentaje de pacientes de la Unidad Renal de la Subred Sur Occidente E.S.E en Hemodiálisis con fósforo < a 6.0 g/dl*". Del total de pacientes en hemodiálisis se evidencia cumplimiento en la mayoría de meses del año a la meta de "Aumentar a más de 80% el porcentaje de pacientes en Hemodiálisis que tienen niveles de fósforo < a 6.0 g/dl", en cuanto al indicador de *Porcentaje de pacientes en Hemodiálisis en la Unidad Renal de la Subred Sur Occidente E.S.E con Hemoglobina > de 10 g/dl.*" para el periodo evaluado se evidencia cumplimiento de la meta la cual es "Aumentar a más de 60% el porcentaje de pacientes en hemodiálisis que tienen niveles de Hemoglobina > de 10 g/dl,

Para el indicador para el año 2021 el *Porcentaje de pacientes de la Unidad Renal de la Subred Sur Occidente E.S.E en Diálisis Peritoneal con fósforo < a 6.0 g/dl*" presentó cumplimiento de la meta la cual es "Aumentar a más de 80% el porcentaje de pacientes en diálisis peritoneal que tienen niveles de fósforo < a 6.0 g/dl" y en relación al *Porcentaje de pacientes en Diálisis Peritoneal en la Unidad Renal de la Subred Sur Occidente E.S.E, con Hemoglobina > de 10 g/dl*" se cumplió igualmente la meta que es "Aumentar a más de 60% el porcentaje de pacientes en diálisis peritoneal que tienen niveles de Hemoglobina > de 10 g/dl.

Estos indicadores se obtienen mensualmente y es de suma importancia el seguimiento del fosforo ya que guarda relación con el deterioro del paciente y como elemento emergente asociado con la mortalidad, así como la hemoglobina en los pacientes renales está relacionado con la calidad de vida de los pacientes y el aumento de la morbimortalidad.

4.5.3 SUBPROCESO LABORATORIO CLINICO

El Subproceso del Laboratorio Clínico tiene como objetivo "establecer las actividades secuenciales para el agendamiento, recepción, toma de muestra, procesamiento, análisis y entrega de resultados a los usuarios del servicio de laboratorio clínico, tomas de muestra y servicio de gestión pretransfusional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, a fin de garantizar la prestación del servicio en el laboratorio Clínico de manera organizada, a través de tareas definidas, asignando responsables, para emitir resultados confiables, seguros y oportunos. A continuación se revisarán datos de producción del servicio de indicador de oportunidad para emitir resultados en los servicios consulta externa, urgencias y hospitalización.

PRODUCCION

Tabla No. 50: Exámenes realizados por Unidad año 2021 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	KENNEDY	FONTIBÓN	TINTAL	BOSA	SUR	PABLO VI	TOTAL
ENERO	57.857	25.111	3.387	14.560	60.511	2.478	163.904
FEBRERO	51.227	15.462	2.949	12.790	65.766	2.162	150.356
MARZO	53.895	15.181	3.269	14.157	74.522	2.871	163.895
ABRIL	61.130	22.422	2.886	14.035	63.448	3.348	167.269
MAYO	63.868	31.657	3.721	17.980	72.591	3.749	193.566
JUNIO	70.331	28.550	3.708	17.107	80.255	3.074	203.025
JULIO	59.096	22.037	4.246	16.491	80.406	2.598	184.874
AGOSTO	53.504	11.593	4.244	12.104	78.337	2.783	162.565
SEPTIEMBRE	51.354	10.454	4.228	11.965	87.840	3.477	169.318
OCTUBRE	53.013	12.237	3.863	12.680	79.699	2.764	164.256
NOVIEMBRE	49.184	14.746	3.908	12.600	82.806	2.651	165.895
DICIEMBRE	48.003	14.000	3.396	12.035	79.247	2.210	158.891
TOTAL	672.462	223.450	43.805	168.504	905.428	34.165	2.047.814

Fuente: Sistema de información Laboratorio Clínico (Enterprise).

Durante el año 2021 de la producción total de exámenes realizado por unidad en las unidades que presentan mayor porcentaje de exámenes realizados son la USS Sur donde se encuentra ubicado el laboratorio centralizado con un 44,2% (N=905.428) del total de pruebas realizadas para el periodo seguido por el laboratorio de la UMHES Kennedy con un 32,8%(N=672.462) sede donde se encuentra la central de procesamiento de microbiología de la Subred.

Tabla No. 51: Exámenes Realizados por servicio 2021 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	CONSULTA EXTERNA	URGENCIAS	HOSPITALIZACIÓN
ENERO	62.681	43.338	57.885
FEBRERO	68.167	38.751	43.438
MARZO	76.598	42.884	44.413
ABRIL	64.446	49.697	53.126
MAYO	72.029	53.349	68.188
JUNIO	82.742	53.628	66.655
JULIO	80.248	47.420	57.206
AGOSTO	78.575	41.247	42.743

SEPTIEMBRE	88.082	42.718	38.518
OCTUBRE	80.227	43.528	40.501
NOVIEMBRE	83.289	44.629	37.977
DICIEMBRE	79.727	40.364	38.800
TOTAL	916.811	541.553	589.450

Fuente: Sistema de información Laboratorio Clínico (Enterprise).

En la vigencia del año 2021 la producción global de exámenes realizados por servicio corresponde a 2.047.814, evidenciándose que el servicio de consulta externa presenta el mayor porcentaje de exámenes realizados con 44,8% teniendo en cuenta que la Subred tiene 19 puntos de toma de muestras distribuidos en el cuadro localidades que cubre, seguido por hospitalización con 28,8% y por último el servicio de urgencias con 26,4%.

Tabla No. 52: Pacientes atendidos por unidad año 2021 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	KENNEDY	FONTIBÓN	TINTAL	BOSA	SUR	PABLO VI
ENERO	11.648	9.883	1.116	4.862	4.575	4.010
FEBRERO	10.743	4.496	978	4.384	6.071	4.583
MARZO	11.815	4.712	1.127	4.440	7.038	4.583
ABRIL	12.125	6.487	1.066	3.969	8.887	4.414
MAYO	12.425	8.243	1.280	4.612	9.124	5.348
JUNIO	11.887	7.880	1.522	5.269	8.793	5.928
JULIO	11.779	5.963	1.416	4.800	8.843	5.866
AGOSTO	11.557	4.031	1.487	4.134	6.490	5.897
SEPTIEMBRE	11.624	3.865	1.532	4.044	6.413	6.802
OCTUBRE	11.725	3.950	1.401	4.216	6.051	6.120
NOVIEMBRE	11.158	5.005	1.397	4.190	6.455	6.111
DICIEMBRE	11.226	4.791	1.361	4.085	6.450	5.350
TOTAL	139.712	69.306	15.683	53.005	85.190	65.012

Fuente: Sistema de información Laboratorio Clínico (Enterprise).

Durante el año 2021 en al Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. se atendieron en el laboratorio clínico 427.908 pacientes en las diferentes unidades donde se presta el servicio, siendo la USS de Kennedy la que se presentó el mayor porcentaje de atendidos con el 30% , seguido de los laboratorios ubicados de la USS del Sur con un 20% , Fontibon con un 16% , Pablo VI con un 15% , Bosa con 12% y por último el Tintal con un 4% entendiendo que esta USS solo atiende las solicitudes de urgencias y hospitalización y el resto cuenta con toma de muestras de ordenes de servicio de consulta externa.

INDICADOR LABORATORIO CLINICO

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Tabla No. 53: Oportunidad en el procesamiento de muestras por Servicio año 2021 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	URGENCIAS	HOSPITALIZACIÓN	CONSULTA EXTERNA
ENERO	1:46	2:00	7:01
FEBRERO	1:48	1:52	6:57
MARZO	1:36	2:01	8:55
ABRIL	1:47	2:12	9:27
MAYO	1:29	1:55	9:26
JUNIO	1:43	2:10	8:45
JULIO	2:01	2:17	8:33
AGOSTO	1:32	1:48	8:45
SEPTIEMBRE	1:33	2:00	7:47
OCTUBRE	1:45	2:12	7:47
NOVIEMBRE	1:40	2:03	7:39
DICIEMBRE	1:47	2:12	8:27

Fuente: Sistema de información Laboratorio Clínico (Enterprise)

Durante el año 2021 la oportunidad en procesamiento de muestras por servicio del año se observa cumplimiento en el estándar establecido como subred a nivel ambulatorio donde los resultados deben ser entregados en 48 horas y durante el periodo evaluado los tiempos registrados están por debajo de 10 horas y en hospitalario y urgencias de 2 horas evidenciando cumplimiento en la mayoría de meses y en los que no se cumple la desviación no es mayor a diecisiete minutos de desviación razón por la que al interior del subproceso se identifican las causas de la desviación y se gestionan para mejorar y manejar los tiempos dentro del estándar institucional que nos permita aportar a la atención excelente y segura de los pacientes.

4.5.4 SUBPROCESO FARMACIA

En el subproceso de farmacia se realiza la dispensación de los medicamentos cumpliendo con las condiciones de calidad y seguridad, según la normatividad vigente y promocionando el uso adecuado de los medicamentos aplicando las normas de buenas prácticas de dispensación, el procedimiento inicia con la recepción de la Fórmula médica en los servicios Ambulatorio, Hospitalario, de Urgencias y de Programas Especiales pertenecientes a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, hasta la entrega de los medicamentos en los servicios que lo requieren.

PRODUCCION DEL SUBPROCESO

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Tabla No. 54: No. de Formulas Entregadas por Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	FÓRMULAS MEDICAS
ENERO	102.536
FEBRERO	103.179
MARZO	105.650
ABRIL	108.814
MAYO	122.795
JUNIO	127.785
JULIO	111.290
AGOSTO	109.445
SEPTIEMBRE	106.615
OCTUBRE	109.395
NOVIEMBRE	117.182
DICIEMBRE	105.263
TOTAL	1.329.949

Fuente: Base de Datos Servicio Farmacéutico unidades

Durante el año 2021 se entregaron 1.329.949 formulas en los diferentes servicios asistenciales, evidenciando que los meses de mayo, junio son los meses con mayor entrega de fórmulas, situación que coincide con las alertas amarilla y naranja decretadas por la emergencia sanitaria dada por la pandemia COVID y en soporte al apoyo terapéutico que desde las farmacias a los servicios misionales.

Tabla No. 55: Entrega de Medicamentos por Programa Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

PROGRAMA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
CERCA A CASA	5.556	6472	7.825	7480	7.861	7809	8.275	8.631	6.863	7.298	7.173	5.957	87.200
A SU CASA	3004	3073	3283	3158	3484	3723	3498	3564	5.310	3.464	3.392	3049	42.002
TALLERES	245	830	346	211	210	850	465	386	318	318	390	328	4.897
TOTAL	8.805	10.375	11.454	10.849	11.555	12.382	12.238	12.581	12.491	11.080	10.955	9.334	134.099

Fuente: Base de Datos Servicio Farmacéutico unidades

Durante la vigencia del año 2021 se realizaron 134.099 entrega de medicamentos a través de los programas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E desagregados así cerca a casa con 87.200 lo cual representa un 65,03% del total de las entregas en el que se realiza la entrega de medicamentos en la unidad de servicios de salud más cercana a su domicilio y así evitar traslados

largos e innecesarios a los usuarios que en su mayoría son personas mayores. A su casa con 42.002 que corresponde a un 31,23% el cual consiste en el transporte de medicamentos en moto , los colaboradores un conductor y una auxiliar del servicio farmacéutico realiza desplazamiento desde la farmacia de consulta externa hasta el domicilio del usuario para recibir los medicamentos prescritos en la atención en especial a pacientes con comorbilidades que pueden afectar su condición de salud, paciente con cualquier tipo de discapacidad, adultos mayores de 60 años, entrega de insulinas en condiciones adecuadas de refrigeración y entregas pendientes. Por último talleres con 4.897 entregas con un 3,65%, evidenciando que los programas se fortalecieron para el periodo evaluado para contribuir con la adherencia a los tratamientos de los usuarios crónicos atendidos en la Subred, facilitándoles la obtención de los medicamentos prescritos por los profesionales sin necesidad de otros desplazamientos , ni aglomeraciones de usuarios en las sedes medida que aporta al aislamiento y distanciamientos para evitar contagios por el COVID.

Tabla No.56: Reempaque y reenvase de Sólidos orales- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES	NÚMERO
ENERO	88.127
FEBRERO	107.540
MARZO	82.727
ABRIL	82.930
MAYO	87.830
JUNIO	85.711
JULIO	83.921
AGOSTO	81.728
SEPTIEMBRE	117.170
OCTUBRE	90.394
NOVIEMBRE	93.022
DICIEMBRE	93.303
TOTAL	1.094.403

Fuente: Base de Datos Servicio Farmacéutico unidades

La producción global de reempaque y reenvase de sólidos orales realizado en la central de mezclas que se encuentra ubicada en la Unidad de Kennedy de 1.094.403 todo esto en apoyo terapéutico para los pacientes hospitalizados y de urgencias especialmente durante el tiempo de pandemia que se ha incrementado.

INDICADOR

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Tabla No. 57: Formulas Entregadas de Manera Completa -Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2021	99,20%	99,10%	99,30%	98,48%	96,00%	97,01%	97,69%	97,02%	94,58%	95,79%	96,6%	97,0%

Fuente: Base de Datos Servicio Farmacéutico unidades

Durante el año 2021 la eficacia del indicador de fórmulas médicas despachadas de manera completa evidencia en cada uno de los meses del año cumplimiento de la meta de este indicador cuyo estándar establecido como subred “es la entrega de fórmulas completas para el 95% de las fórmulas despachadas”.

Tabla No. 58: Formulas Entregadas oportunamente (en Menos de 48 horas) - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2021	98,30%	99,01%	98,10%	97,54%	95,98%	94,81%	97,45%	95,26%	90,20%	94,77%	94,2%	94,5%

Fuente: Base de Datos Servicio Farmacéutico unidades

En relación al a eficacia del indicador de las fórmulas que fueron entregadas oportunamente (en Menos de 48 horas) durante el año 2021 y más específicamente en los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre el indicador de fórmulas entregadas oportunamente evidencia incumplimiento de la meta definida como Subred acerca que “el 95% de las fórmulas despachadas sean entregados oportunamente (en Menos de 48 horas)”, situación que se presentó debido a desabastecimientos de medicamentos, exclusión de medicamentos de algunos contratos sin inclusión de los mismos de manera oportuna en otros procesos de contratación. Así como la no entrega oportuna de proveedores por trámites administrativos a nivel contractual por la cual se generaron estrategias de seguimientos de contratos semanal para la entrega de medicamentos por parte de los proveedores, fortalecer la entrega de medicamentos a su casa teniendo en cuenta los pacientes que les quedaban pendiente entrega de medicamentos.

3.1.SUBPROCESO IMAGENOLOGIA

En el subproceso de Imagenología es donde se realizan las acciones secuenciales para la toma de imágenes radiológicas y entrega de los informes diagnósticos a los usuarios del servicio de Imagenología de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.

PRODUCCIÓN DEL SUBPROCESO

Tabla No. 59: Estudios realizados por tipo de estudio 2021 - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

ESTUDIOS REALIZADOS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
RAYOS (ESPECIALES MEDIO DE CONTRASTE) X	28	20	14	17	0	0	0	0	0	0	0	0
RAYOS CONVENCIONAL X	7.656	6.101	9.056	6.893	9.989	7.775	7.306	7.482	7.240	9.230	8.060	7.684
RAYOS PORTATILES X	2.469	7.243	1.307	2.546	2.481	1.973	2.476	1.266	992	1.040	1.296	1.299
TOMOGRAFIA	930	2.904	2.077	1.455	1.704	1.634	1.650	1.767	1.767	1.744	1.652	1.748
ECOGRAFIA CONVENCIONAL	2.259	3.919	2.939	2.482	2.695	2.698	2.696	2.781	2.187	2.531	3.359	2.516
ECOGRAFIA GINECOLÓGICA	1.352	2.969	2.109	1.966	1.962	1.863	1.930	1.658	2.118	2.138	1.757	1.897
DUPLEX	464	984	643	463	476	598	478	545	636	581	569	520
MAMOGRAFIA	447	523	539	490	535	484	484	0	0	307	530	487
TOMOGRFÍA TINTAL	563	210	360	183	452	266	299	341	328	255	226	265
TOTAL	16.168	24.873	19.044	16.495	20.294	17.291	17.319	15.840	15.268	17.826	17.449	16.416

Fuente: Base de Datos Imágenes Diagnósticas Unidades - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Durante el año 2021 en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E se realizaron 214.283 estudios de imágenes diagnosticas, se evidencia un incremento de todos los estudios a excepción Rx convencional, las ecografías ginecológicas y mamografías que disminuyeron levemente. En los porcentajes por estudios la más alta demanda es para los Rx convencional con un 48,03% de los estudios. Durante los meses de agosto a septiembre del 2021 el equipo mamógrafo ubicado en la USS Carbonell presento daño en la tarjeta por lo tanto se vio afectada la prestación del servicio en dichos meses.

INDICADOR

Tabla No. 60: Oportunidad para la entrega de resultados de Imagenología por unidad. en los Servicios Urgencias y Hospitalización 2021 --Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

MES/UNIDAD	KENNEDY	TINTAL	BOSA	FONTIBON	SUBRED
ENERO	1:44:17	1:15:41	2:01:16	0:59:18	1:30:08
FEBRERO	1:46:50	1:36:28	0:33:25	0:51:44	1:12:07
MARZO	1:55:09	1:28:39	2:10:00	1:04:51	1:39:40
ABRIL	1:58:10	1:45:01	1:27:05	1:49:05	1:44:50
MAYO	1:59:25	1:53:18	2:01:35	1:55:47	1:57:31
JUNIO	1:45:20	1:55:26	1:58:20	1:49:33	1:52:10
JULIO	1:39:27	1:58:12	1:57:30	1:47:37	1:50:41
AGOSTO	1:45:36	1:49:16	1:59:26	1:44:58	1:49:49
SEPTIEMBRE	1:31:00	1:21:10	1:11:34	1:08:31	1:18:04
OCTUBRE	1:43:27	1:37:47	1:59:30	1:49:36	1:47:35

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

NOVIEMBRE	1:55:37	1:45:58	1:50:36	1:50:26	1:50:39
DICIEMBRE	1:59:16	1:48:36	1:55:45	1:49:38	1:53:19

Fuente: Base de Datos Imágenes Diagnósticas Unidades - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Durante el mes del año 2021 se dio cumplimiento en la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente, al estándar de oportunidad en la entrega de los resultados de lectura de las Imágenes Diagnósticas para el servicio de Urgencias y hospitalización, lo cual se mantiene desde el año 2019. El estándar es que: “Las Imágenes Diagnósticas provenientes del servicio de urgencias deben ser entregadas dentro de las 6 horas siguientes a su toma”; observándose resultados satisfactorios en la oportunidad, ya que se están entregando a menos de 2 horas después de la toma en todas las unidades de la subred.

PRINCIPALES LOGROS

- ✓ Actualización los procedimientos e instructivos del servicio de acuerdo a normatividad vigente de habilitación Resolución 3100 de 2019, los cuales se encuentran publicados en el aplicativo Almera para su consulta con su respectiva socialización a los colaboradores.
- ✓ Fortalecer de capacidades de los colaboradores de cada uno de los subprocesos en temas como manejo de cadáveres y de cadena de custodia, promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en el Banco de Leche Humana, el manejo de máquinas de hemodiálisis y terapia lenta, el manejo de Tomografía Axial Computarizada en las unidades que conforman la Subred.
- ✓ Mantener en el servicio de patología la prestación del servicio con la oportunidad sobre el 99% y la calidad requerida, cumpliendo con las metas establecidas en los indicadores de oportunidad.
- ✓ Garantizar la materia prima necesaria para la preparación de las dietas terapéuticas de todos los pacientes hospitalizados y de urgencias de la Subred que requieren el aporte nutricional de acuerdo a su estado de salud.
- ✓ Aumentar el porcentaje de entrega de fórmulas completas y oportunas por encima del 90%, logrando para el mes de diciembre tener esta entre 95% a 99%, fortaleciendo los programas de entrega de medicamentos a pacientes lo que contribuye a la asistencia de pacientes en la comunidad, aumentando la entrega de medicamentos en casa de los pacientes, contribuyendo con esto a la seguridad y aislamientos preventivos para evitar contagio por COVID-19 en pacientes con comorbilidades.
- ✓ Aumentar de producción en la central de mezclas, resaltando la apertura de nuevos servicios de adecuación de antibióticos como fue a pacientes de la sede Tintal y preparación de nutriciones parenterales para dar inicio en caso de urgencias a neonatos.

- ✓ Centralizar la programación de la agenda para citas de laboratorio clínico, para las unidades ambulatorias (Cabañas, San Bernardino, Porvenir y Pablo VI...), pasando este último de apertura de agenda cada 8 días a agenda diaria, brindando mayor accesibilidad a los usuarios. La apertura de la agenda se estandariza a las 7:00 am, todos los días, desde la central de procesamiento Galán.
- ✓ Dar cumplimiento a la oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio Clínico en los servicios de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización dentro del estándar institucional de dos horas para urgencias y hospitalización y 48 horas para consulta externa.
- ✓ Avanzar en la obtención de tiempos medibles del ciclo de atención del laboratorio clínico, en el ámbito ambulatorio, urgencias y Hospitalario, detección de fallas y generación de acciones de mejora que permita armonizar la interacción de los sistemas de información del laboratorio clínico (Enterprise) e Historia Clínica (Dinámica).
- ✓ Avanzar en el licenciamiento de equipos de radiaciones ionizantes de practica medica bajo la Resolución 482 de 2018, que permitirá la apertura de radiología convencional en la Unidad Zona franca y renovar las licencias de USS Fontibón y Carbonell.
- ✓ Mantener la oportunidad en la lectura de las imágenes diagnósticas para los servicios de urgencias y hospitalización dentro del estándar institucional de dos horas.
- ✓ Reponer equipos como los micrótomos de rotación del Laboratorio de Patología el cual había sido dado de baja por su obsolescencia y que esa de suma importancia porque permiten la preparación de muestras para su observación en el microscopio.

PRINCIPALES DIFICULTADES

- Daños de equipos de dotación requeridos para los diferentes servicios; patología (micrótomos de rotación), Laboratorio (mantenimientos de equipos generando remisión de muestras), Servicio de Imagenología como el fluoroscopio, mamógrafo, los Rx portátiles y tubos de equipo de Rx fijo de dos unidades, afectando la prestación del servicio en las diferentes unidades.
- Errores continuos en la facturación de las muestras de patología, por la asignación inadecuada de los códigos CUPS, para el caso de imágenes diagnosticas se presentó agendamiento inadecuado, debido a que no se utiliza la máxima capacidad ofertada por parte de Imagenología para las

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

distintas modalidades, generando listas de espera, pérdida de citas a los pacientes por no cumplir con los requisitos necesarios para cada estudio, lo que genera un alto un alto porcentaje en la inoportunidad de atención.

- En infraestructura principalmente en el servicio de alimentación de la unidad de Kennedy, lactario en Tintal y Cocinetas, Farmacias de las diferentes unidades de la subred de acuerdo con el cumplimiento de los requisitos establecidos por la norma, dificulta con el mantenimiento en la infraestructura donde se presta servicios a los pacientes en la Unidad renal y servicio de Imágenes diagnosticas.
- Negociación con las diferentes EPS, venta de servicios para nuevos programas y proyectos en la Subred contenidos en el Plan Obligatorio de Salud y particulares (ejemplo: ingreso de nuevos pacientes al programa de diálisis).
- Aumento de precios y desabastecimientos de medicamentos, exclusión de medicamentos de algunos contratos sin inclusión de los mismos de manera oportuna en otros procesos de contratación.
- Alta rotación de Talento Humano con demoras en el proceso de selección y contratación para adquirir nuevos colaboradores que den continuidad a las actividades propias de los Servicios.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

El proceso de Gestión de Servicios Complementarios durante la gestión del 2021 en cumplimiento de su objetivo en prestar servicios de salud de apoyo diagnóstico y terapéutico desde cada uno de los subprocesos que la conforman a los servicios ambulatorio, urgencias y hospitalización, mantuvo la oportunidad en la entrega de informe de patología y de líquidos, resultados de laboratorio clínico y lectura de imágenes diagnosticas dentro del estándar institucional y que al verse afectado los indicadores de oportunidad y completitud en la entrega de medicamentos por desabastecimientos, entrega no oportuna de proveedores entre otros motivos, se generaron estrategias de articulación y comunicación con la parte misional para que se diera alternativas de acuerdo a guías para el tratamiento para el manejo terapéutico de los paciente de manera segura.

Recomendaciones

- Intervenir la infraestructura de los subprocesos de la Dirección de Gestión de Servicios complementarios que presentan fallas y que advierten incumplimiento de acuerdo a lo normatividad vigente, principalmente en los

servicios de Nutrición, Unidad renal, imágenes Diagnosticas, farmacias de las diferentes sedes.

- Adquisición de equipos nuevos o mantenimientos preventivos y correctivos de los diferentes equipos biomédicos para que se dé continuidad a la prestación de los servicios de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa con la oportunidad requerida y coadyubando a las decisiones medicas evitando demoras en la atención.

5 GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE APOYO

5.1 GESTION DE LA CONTRATACION

La Dirección de Contratación pertenece a uno de los procesos de apoyo de la Subgerencia Corporativa, teniendo a cargo adelantar los procesos de contratación en las etapas precontractual, contractual y pos contractual.

En la vigencia 2021 la gestión de la Dirección fue enmarcada en la medición de cinco (5) indicadores definidos dentro del Plan de Acción Anual de la siguiente manera:

INDICADOR	META	CUMPLIMIENTO META	CUMPLIMIENTO INDICADOR
PAA 18 46. Capacitación Supervisión Contractual Subred Sur Occidente E.S.E	80%	100%	100%
PAA 18 47. Apropiación del Conocimiento Capacitación Supervisión Contractual Subred Sur Occidente E.S.E	80%	100%	100%
PAA 18 48. Publicación procesos contractuales Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	100%
PAA 18 49. Adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico mediante la EGAT y/o mecanismos electrónicos Subred Sur Occidente ESE	70%	99.51%	100%
PAAI 18 15. Liquidación de contratos de Bienes y Servicios Subred Sur Occidente ESE	100%	100%	100%

5.1.1 GESTIÓN PRECONTRACTUAL

En la vigencia 2021 se continúan desarrollando los procesos precontractuales de bienes y/o servicios desde la plataforma SECOP II.

- **INDICADOR PUBLICACIÓN**

INDICADOR PAA	META	CUMPLIMIENTO META	CUMPLIMIENTO INDICADOR
PAA 18 48. Publicación procesos contractuales Subred Sur Occidente ESE	100.00%	100.00%	100.00%

Medición:

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión: 1	
		Fecha de aprobación: 23/01/2017	
		Código: 01-01-FO-0006	

$$\frac{\text{Número de procesos contractuales publicados}}{\text{Número total de solicitudes recibidas para publicación de los procesos contractuales}} * 100$$

$$\frac{526}{526} * 100 = 100\%$$

Para la vigencia 2021, se publicaron quinientos veintiséis (526) procesos de bienes y/o servicios para atender las diferentes necesidades de la Subred. Al cierre de la vigencia se suscribieron cuatrocientos catorce (414) contratos.

El proceso inicia desde la publicación de la necesidad y realización de estudio de mercado hasta el perfeccionamiento del contrato y demás modificaciones que se susciten de él (adiciones, prórrogas, modificaciones, liquidación, etc.).

Para el cumplimiento del 100% del indicador la Dirección de Contratación tuvo en cuenta que todas las necesidades de bienes y/o servicios radicadas fueran debidamente publicadas en la plataforma SECOP II, garantizando así los principios de la Contratación Pública de publicidad y transparencia, entre otros.



- **ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO**

El 100% de los procesos contractuales de medicamentos y material médico quirúrgico de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., se adelantaron por la plataforma electrónica SECOP II. Se continúa trabajando con la EGAT, Entidad de Gestión Administrativa y Técnica, para proveer las cuatro Subredes. El resultado del Indicador para la vigencia es del 100%, teniendo en cuenta que se debía adquirir como mínimo el 70% a través de negociaciones

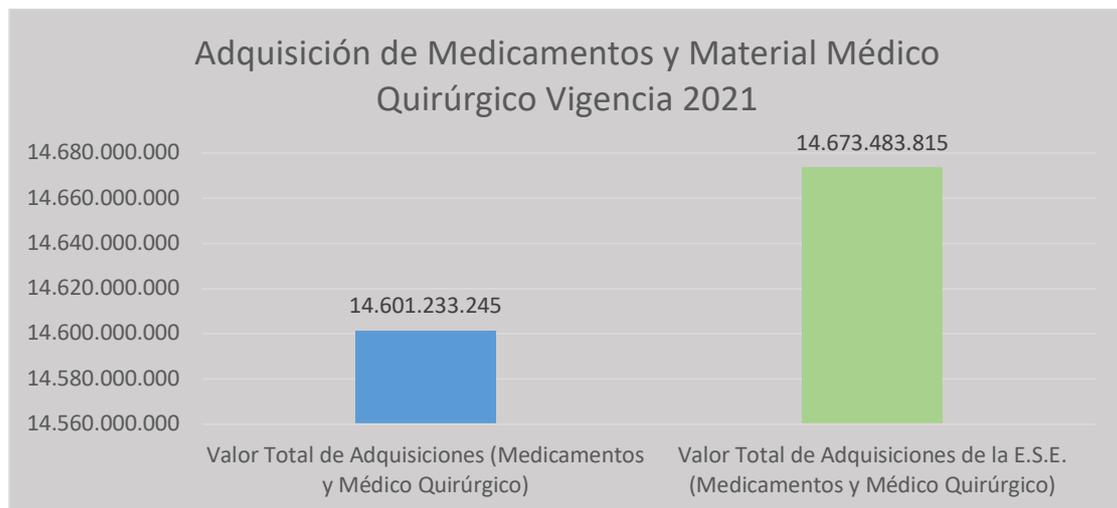
	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

conjuntas y medios electrónicos. Para el segundo semestre de la vigencia el resultado es el siguiente:

$$\frac{\text{Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante la EGAT y/o mecanismos electrónicos}}{\text{Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada}} * 100$$

$$\frac{14.601.233.245}{14.673.483.815} * 100 = 99,51\%$$

Gráficamente:

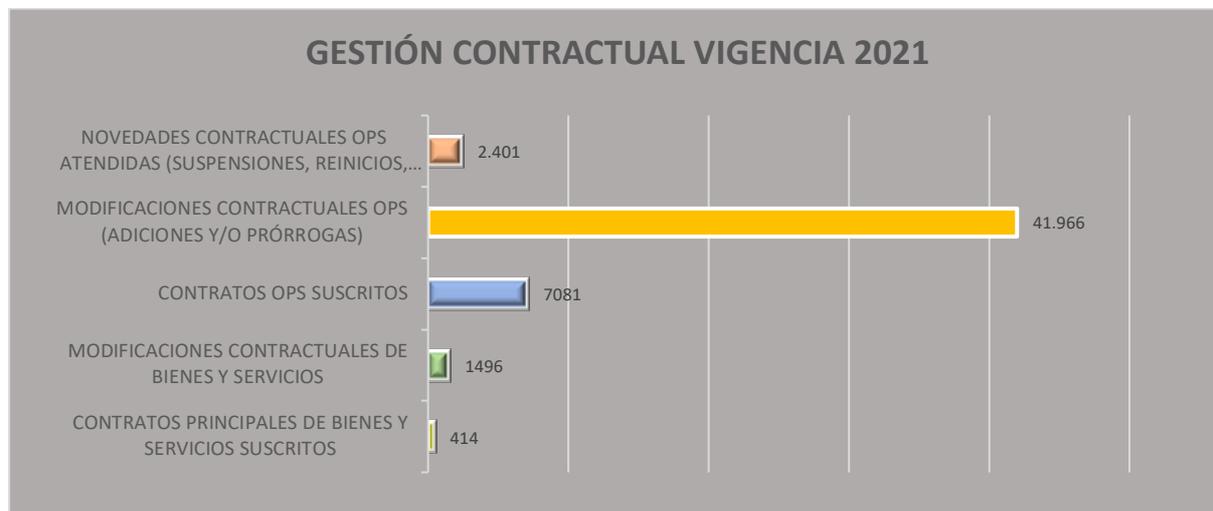


5.1.2 GESTIÓN CONTRACTUAL:

La siguiente fue la gestión contractual adelantada en la vigencia 2021:

CONTRATOS PRINCIPALES DE BIENES Y SERVICIOS	MODIFICACIONES CONTRACTUALES DE BIENES Y SERVICIOS	CONTRATOS OPS SUSCRITOS	MODIFICACIONES CONTRACTUALES OPS (ADICIONES Y/O PRÓRROGAS)	NOVEDADES CONTRACTUALES OPS ATENDIDAS (SUSPENSIONES, REINICIOS, TERMINACIONES, ETC)
414	1496	7081	41.966	2.401

Para dar cumplimiento a la gestión contractual de OPS fue necesario realizar treinta y un (31) contingencias en la vigencia. Se contó con el talento humano de la Dirección.



Además, en la vigencia 2021 se realizó gestión del 100% en el trámite tendiente a aprobar las pólizas constituidas por los proveedores.

Se debe aclarar que se refiere a pólizas bajo el entendido de ser un contrato de seguro ligado al contrato principal, por tanto, no se incluyen las modificaciones que surjan de las pólizas en razón a adiciones y/o prórrogas, dado a que las modificaciones contractuales tienen un efecto de variación en el tiempo y/o valor de la póliza.

5.1.3 SUPERVISIÓN CONTRACTUAL

Durante la vigencia 2021 se realizaron capacitaciones en las que participaron doscientos veinte (220) colaboradores, obteniendo una mejora frente al manejo del conocimiento de la supervisión contractual. Con ello se consigue mitigar el riesgo de daño antijurídico como consecuencia del inadecuado ejercicio de la supervisión.

Además, no sólo se realizó acompañamiento a los colaboradores designados como supervisores de contratos de bienes y servicios, sino que se orientó permanentemente a los supervisores de contratos de prestación de servicios.

Las capacitaciones fueron impartidas por la Dirección de Contratación y se contó con la asistencia de supervisores designados y apoyos administrativos, socializando temas como:

- a) Aspectos Generales de Contratación
- b) Normatividad (Estatuto, Manual de Contratación, Manual de Supervisión, etc.)
- c) SECOP II
- d) Diligenciamiento de Formatos
- e) Entrega de Solicitudes
- f) Liquidaciones
- g) Otros (estructuración de procesos contractuales, etc.)

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

RESULTADO DE LA VIGENCIA

$$\frac{\text{Número de supervisores y evaluadores capacitados}}{\text{Total, Número de supervisores y evaluadores designados}} * 100$$

$$\frac{220}{220} * 100 = 100\%$$

5.1.4 APROPIACIÓN DE CONOCIMIENTO A LAS CAPACITACIONES EN SUPERVISIÓN.

Durante la vigencia se realizaron evaluaciones de aprehensión del conocimiento a los supervisores delegados, obteniendo una mejora con el avance de las capacitaciones frente al manejo del conocimiento del ejercicio de la supervisión. Se evidenció mayor disposición en aprender y participar en las capacitaciones y evaluaciones realizadas.

El resultado del Indicador para la vigencia es del 100%, teniendo en cuenta que se debía lograr el 80% de apropiación en el conocimiento por parte de los colaboradores capacitados. Las evidencias se encuentran debidamente publicadas en el aplicativo Almera.

RESULTADO DE LA VIGENCIA

$$\frac{\text{Número de evaluaciones aprobadas}}{\text{Número de evaluaciones realizadas}} * 100$$

$$\frac{79}{79} * 100 = 100\%$$

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

5.2 GESTIÓN POS CONTRACTUAL:

Una vez depurada la información de las matrices contractuales de vigencias anteriores se cumplió en su totalidad con el indicador propuesto a través de Actos Administrativos y Actas de Liquidación.

Durante la vigencia 2021 se realizaron balances financieros a través de Actos Administrativos (Resoluciones), Actas Bilaterales y Unilaterales de liquidación de contratos, obteniendo la depuración de los contratos identificados de vigencias anteriores generando un eficiente uso de los recursos presupuestales, dando cumplimiento al 100% del indicador. Las evidencias se encuentran debidamente publicadas en el aplicativo Almera.

Dentro de la gestión del uso eficiente de los recursos presupuestales, la Dirección de Contratación adelanta de manera mensual la depuración de saldos comprometidos no ejecutados de los contratos de prestación de servicios personales, lo cual igualmente, apalanca las necesidades de contratación de personal.

Como consecuencia de la gestión adelantada se realizaron reintegros presupuestales por la suma de QUINCE MIL CUATROCIENTOS TREINTA MILLONES CIENTO OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS (\$15.430.187.635) M/CTE.¹, correspondientes a los saldos de contratos de bienes y/o servicios de vigencias anteriores identificados en la matriz propuesta al inicio de la vigencia, liquidaciones adicionales y saldos comprometidos no ejecutados de contratos de prestación de servicios.

RESULTADO DE LA VIGENCIA LIQUIDACIÓN BIENES Y/O SERVICIOS

$$\frac{\text{Número de contratos liquidados}}{\text{Número de contratos identificados de vigencias anteriores}} * 100$$

$$\frac{180}{180} * 100 = 100\%$$

PRINCIPALES LOGROS

- a) A pesar de que la Emergencia Sanitaria por la propagación del COVID-19 continuó en la vigencia 2021, se logró garantizar tanto los elementos de

¹ Información aportada por el Área de Presupuesto de la Subred

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

protección personal para los colaboradores de la Subred como los medicamentos e insumos necesarios para la prestación del servicio.

- b) Se realizaron reintegros de recursos presupuestales que aportan a la depuración de la información presupuestal y permite realizar uso eficiente del presupuesto tanto de vigencias anteriores como vigencia actual.
- c) Se continúa con la contratación electrónica a través de la plataforma SECOP II, como lo ordena la Circular Única Externa de Colombia Compra Eficiente, lo cual permite eficiencia en la publicidad de los procesos de contratación, evitando una actividad adicional de publicación. Esta actividad permite el cumplimiento a los principios de transparencia y selección objetiva de todos los procesos contractuales que la Subred adelanta. De igual manera, la implementación de la contratación electrónica ha logrado contribuir a la Política Distrital de “cero papeles”.

PRINCIPALES DIFICULTADES

- a) La dinámica presupuestal no permite la planeación de la contratación para toda la vigencia.
- b) La falta de confianza legítima en las Instituciones Públicas por parte de los proveedores que cada vez realizan exigencias adicionales para la participación de los procesos de selección y celebración de los contratos.
- c) Pese a los esfuerzos en las capacitaciones y acompañamientos, todavía se encuentra una brecha asociada a la falta de disposición de los colaboradores designados como supervisores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

- a) Durante la vigencia 2021 la gestión contractual mejoró notablemente tanto en eficiencia como en la calidad, planeación y organización de cada subproceso, pese a ello se seguirá trabajando en las oportunidades de mejora encontradas.
- b) Se requiere seguir trabajando en la cultura de la radicación oportuna de las solicitudes de modificaciones contractuales y de las necesidades, lo cual permite realizar los procesos con el tiempo suficiente que evite el riesgo de la afectación de la prestación de los servicios tanto asistenciales como administrativos.
- c) Así mismo, es necesario fortalecer los mecanismos de cambio de la cultura de los supervisores y evaluadores a efectos de procurar mejorar la disciplina y responsabilidad en las tareas encomendadas para la labor contractual.
- d) Se está apuntando a continuar con los procesos electrónicos a fin de eliminar de manera total el uso de papel, llegar a obtener un porcentaje importante de

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

eficiencia en los trámites contractuales y coadyuvar en la protección del medio ambiente.

6 MACROPROCESO DE EVALUACION

6.1 PROCESO DE CONTROL INTERNO

La Oficina de Control Interno desde su enfoque de evaluación independiente y asesoría a la gestión institucional, formula anualmente un Plan Anual de Auditorías basado en riesgos, el cual es aprobado por el Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno, donde se establecen las actividades que se ejecutarán durante cada vigencia, dando cumplimiento a los roles definidos para esta Oficina a través de auditorías internas de gestión, seguimientos o cumplimientos de ley, asesorías, entre otros. Las actividades mencionadas anteriormente han permitido determinar si se han definido, puesto en marcha y aplicado los controles establecidos por la entidad de manera efectiva, contribuyendo al fortalecimiento del desempeño institucional y el mantenimiento y mejora continua del sistema de control interno.

Para la vigencia 2021 se tenían planeadas un total de 10 auditorías, 47 informes normativos, consultorías y otros informes o seguimientos, las cuales tuvieron un cumplimiento en la ejecución del 97%.

RESULTADO DE INDICADORES

El proceso de Control Interno, por su alcance y enfoque, no cuenta en la actualidad con subprocesos y su gestión se enmarca en la ejecución del Plan Anual de Auditorías de cada vigencia, y para evaluar este plan se establecieron dos indicadores: el primero relacionado con la ejecución de auditorías y el segundo asociado al cumplimiento en la entrega de informes de ley, seguimientos y evaluaciones.

Para el primer indicador *“PAA 17 65. Auditorías, ejecutadas del Plan Anual de Auditorías, de la Oficina de Control Interno Subred Occidente ESE”*, se establecieron un total de 10 auditorías, de las cuales se entregaron con informe final 8, una se entregó con informe preliminar y una auditoría no se ejecutó. Con base en lo anterior, el cumplimiento acumulado de este indicador fue del 94.44%, teniendo en cuenta que la meta planteada era del 90%, se evidencia cumplimiento del 100%. Estas auditorías permitieron establecer planes de mejora y determinar la efectividad de los controles en los procesos auditados, así como el establecimiento recomendaciones para mejorar las brechas identificadas en estos procesos

Para el segundo indicador *“PAA 17 66. Cumplimiento de entrega Informes de ley, seguimientos y evaluaciones Subred Sur occidente ESE”*, se estableció la entrega de 47 informes normativos y de seguimiento, de los cuales se entregaron 47

cumpliendo así la meta planteada en un 100%. Estos informes permitieron identificar oportunidades de mejora y establecer recomendaciones a la Entidad para mejorar o fortalecer los controles en sus procesos y dar respuesta oportuna a los entes de control, disminuyendo el riesgo de sanciones por inoportunidad en la entrega de los informes requeridos.

PRINCIPALES LOGROS

La Oficina de Control Interno estableció el Plan Anual de Auditorías para la vigencia 2021 con un enfoque en riesgos, mediante la priorización establecida en la Guía de auditoría interna para entidades públicas y las normas internacionales de auditoría, como también, lo indicado en el procedimiento interno de auditoría interna. En cumplimiento a este plan se llevaron a cabo las auditorías internas, los seguimientos y evaluaciones establecidos alcanzando un nivel de cumplimiento general del 99.9%. Como resultado de la ejecución del PAA, se entregaron informes de auditoría interna, informes de cumplimiento o normativos e informes de seguimiento, a través de los cuales se identificaron oportunidades de mejora y se generaron las respectivas recomendaciones para mejorar los controles en los procesos, y de esta manera contribuir a la mejora institucional.

PRINCIPALES DIFICULTADES

Durante la ejecución del Plan Anual de Auditorías de la vigencia 2021, se identificaron principalmente las siguientes dificultades:

- Limitaciones en el acceso a las sedes asistenciales (sede física) en ocasión de la pandemia.
- Demora en la entrega de la información por las áreas, requerida como insumo para la realización de la auditoría interna o elaboración del informe de cumplimiento o de ley.
- Casos positivos de COVID en los auditores de la Oficina de Control Interno, que requirieron reposo y aislamiento preventivo.
- Cancelación de reuniones virtuales o presenciales programadas con antelación, las cuales eran necesarias para obtención y/o verificación de información, como también aclaración de dudas e inquietudes.
- Retrasos en los tiempos de entrega de las observaciones que los responsables del proceso o actividad auditada pudieran presentar con ocasión de los resultados de la auditoría al proceso o actividad, y que podrían generar ajustes en el contenido del informe final de la auditoría.
- Cancelación de reuniones de apertura o de cierre de las auditorías internas, que impactaron la ejecución del cronograma establecido para llevar a cabo la auditoría.
- Entrega de información incompleta o que no cumplía las características requeridas, por ejemplo: documentos electrónicos poco legibles, datos registrados en el documento de forma incompleta, entre otros.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

En la vigencia 2021, el proceso de Control Interno cumplió con las metas propuestas en su Plan Anual de Auditorías, y generó los informes de auditoría y de cumplimiento que sirvieron de insumo para la mejora institucional.

Desde este proceso se hacen las siguientes recomendaciones, con el fin de mejorar la efectividad de las actividades del mismo:

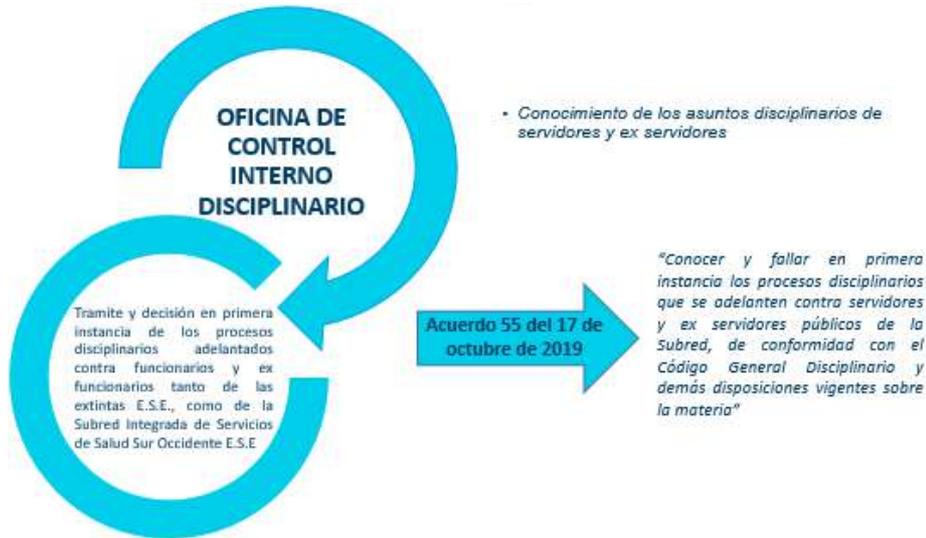
- Entrega de la información por parte de las áreas con la calidad, completitud y oportunidad requerida.
- Procurar que se cumplan las fechas y horarios acordados con los responsables (consensuados previamente) para los seguimientos, atención de actividades en el marco de las auditorías internas, tales como: reuniones de apertura y cierre, entre otras.
- Cumplir con los tiempos establecidos en el procedimiento de auditoría interna, para entregar las observaciones y/o comentarios sobre los resultados de las auditorías que se comunican mediante los informes preliminares.

6.2 CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

El objetivo del proceso es determinar y establecer la responsabilidad disciplinaria de servidores y ex servidores públicos de la entidad, por el posible incumplimiento de deberes, omisión de funciones e incursión en prohibiciones establecidas en la Constitución y en la ley.

Con el fin de garantizar los principios de eficacia, eficiencia, moralidad pública excelencia y transparencia en el ejercicio de sus funciones

Desde la implementación del **Plan Anual de Acción (PAA)**, la Oficina se ha propuesto implementar y ejecutar políticas de prevención (acciones preventivas) con el fin de sensibilizar a los funcionarios de la entidad, respecto de la incursión en conductas con presunta incidencia disciplinaria



6. 1 ANÁLISIS CONSOLIDADO VIGENCIA 2021

Por tal motivo durante la vigencia 2021, se fijó como meta A 2024 lograr el 100 % de implementación del Plan Preventivo Disciplinario– ¡La Oficina de Control Interno Disciplinario Te lo Cuenta!, y como objetivos:

- Adelantar estrategias tendientes a la implementación del Plan Preventivo Disciplinario– ¡La Oficina de Control Interno Disciplinario Te lo Cuenta!
- Lograr el 100% de adherencia de los funcionarios y colaboradores al Plan Preventivo Disciplinario – ¡La Oficina de Control Interno Disciplinario Te lo Cuenta!

En ese orden de ideas, es de resaltar que al concluir el periodo objeto de análisis, el Despacho cumplió con las metas propuestas en un 100%.

6.1.1 Estrategias adelantadas para la Implementación del Plan Preventivo Disciplinario. ¡La Oficina de Control Interno Disciplinario Te lo Cuenta!

De conformidad a la información recopilada durante el curso del primer semestre, se inició una recopilación de información respecto de la política a implementar, esto a través de reuniones, capacitaciones entre otros; y depurar la información recopilada y proceder así con la consolidación de la misma para así dar inicio a la elaboración del documento final, Se cuenta con la formalización del Plan Preventivo disciplinario código 16-00-PL-0001, con un cumplimiento al 100%.

Ficha técnica	
Código	16-00-PL-0001
Origen	Interno
Emisor	Sub Red Sur Occidente
Clase	Plan
Fecha	2021-12-14
Palabras clave	16-00-PL-0001 Plan preventivo disciplinario
Archivos (2)	 16-00-PL-0001 Plan preventivo disciplinario.pdf 887.15 KB
Estado	Vigente: 1.0

Ahora bien, para continuar con las metas trazadas así como con el éxito de la política de prevención, para focalizar y lograr la efectividad del Plan Preventivo Disciplinario, se determinarán los comportamientos con presunta incidencia disciplinaria más recurrentes durante la vigencia 2021, para abordarlos y lograr una efectiva reducción en los mismos y así sucesivamente hasta 2024, esto en articulación con los lineamientos trazados en el PIPE.

6.1.2 Adherencia al plan preventivo disciplinario ¡la oficina de control interno disciplinario te lo cuenta ¡ por parte de colaboradores y funcionarios de la entidad.

En atención a la entrada en vigencia de la Ley 1952 de 2019, a las modificaciones efectuadas por la 2094 de 2021, así como a la óptima aplicación de conocimientos por parte de los profesionales de la OCID, se dispuso la asistencia de todos los abogados del Despacho al V Congreso Nacional de Derecho Disciplinario de la Personería de Bogotá D.C.

Se determinó que previo a la implementación del documento Plan Preventivo Disciplinario se desarrollen estrategias para la comunicación y divulgación de “tips” como mecanismo auxiliar para la divulgación y socialización de las temáticas a implementar.

Cabe desatacar que la medición a la adherencia al Plan Preventivo Disciplinario 22.se llevó a cabo en el último trimestre, específicamente en diciembre, por cuanto para ese instante se tuvo legalizada la iniciativa, es así como realizó la divulgación, y/o evaluación de los conceptos impartidos.

Ahora bien, en lo atinente a la Adherencia de la política de prevención, para garantizar un alcance efectivo, eficaz y real del Plan Preventivo Disciplinario se implementaron los TIPS Disciplinarios, como mecanismos auxiliares y complementarios del citado cometido.



La divulgación fue de la siguiente manera:

FECHA	TEMA	MEDIO DE ENVÍO
23-sep-21	Tips Control Interno Disciplinario	Grupos WhatsApp
24-sep-21	Tips Control Interno Disciplinario	Grupos WhatsApp
28-sep-21	Tips Control Interno Disciplinario	Grupos WhatsApp
29-sep-21	Tips Control Interno Disciplinario	Grupos WhatsApp
15-sep-21	Tips Control Interno Disciplinario	Temas del Día
23-sep-21	Tips Control Interno Disciplinario	Temas del Día
29-sep-21	Tips Control Interno Disciplinario	Temas del Día

Aunado a esto se tiene que paralelo al Plan Preventivo Disciplinario se logró la normalización del documento Protocolo Para el Tratamiento de Quejas y Denuncias, mecanismo que hace parte del PPD.

Frente a la adherencia al Plan Preventivo Disciplinario a través de la Oficina Asesora de Comunicaciones se hizo la publicación de dicha información en el Banner de la página web de la Entidad, así como un artículo de la política preventiva.

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	



[Inicio](#)
[Entidad](#)
[Documentación](#)
[Bases de Datos](#)
[Manuales](#)
[Surocciso Informa](#)
[Correo](#)



[Inicio](#)
[Entidad](#)
[Documentación](#)
[Bases de Datos](#)
[Manuales](#)
[Surocciso Informa](#)
[Correo](#)

Conoce el Plan Preventivo Disciplinario

La Oficina de Control Interno implementó el Plan Preventivo con el objetivo de minimizar el riesgo de incurrir en conductas de orden disciplinario, que conlleven al incumplimiento de deberes o extralimitaciones en el ejercicio de sus funciones;

el objetivo es informar a los servidores públicos para prevenir hechos contrarios a la normatividad de la Subred Sur Occidente.

Es importante tener presente este Plan Preventivo Disciplinario para no incurrir en faltas que puedan entorpecer la buena marcha de la función pública de la Subred, teniendo claras las definiciones y conceptos de acciones disciplinarias y faltas disciplinarias, como: indagación preliminar e investigación disciplinaria, quejas, reservas, sanciones etc., podemos estar informados y evitar incidir en acciones desfavorables para nosotros y nuestra entidad.

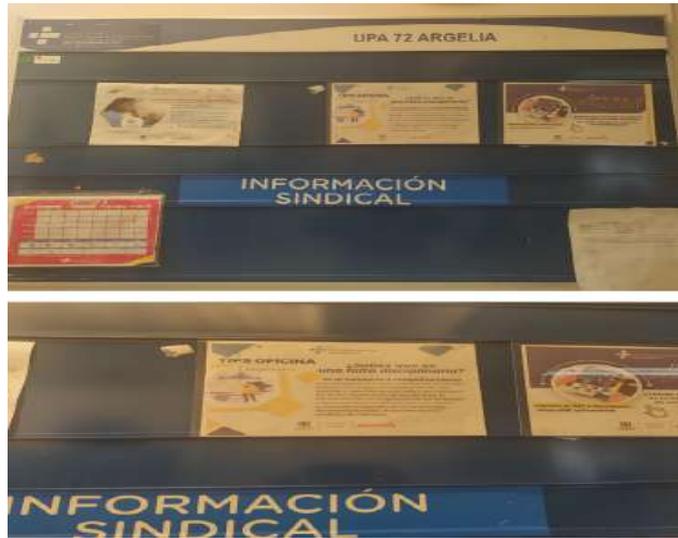
Conoce las medidas con enfoque preventivo, que nos llevan a promover un ambiente de respeto, aplicando mecanismos de control de trabajo y seguimiento equitativo, cumpliendo con diligencia y eficiencia los servicios encomendados.

Consulta el Plan Preventivo Disciplinario en el siguiente enlace <https://bit.ly/32krm7>

Verifica tus conocimientos en este importante tema a través de la siguiente encuesta <https://bit.ly/3f4i0H7B>

-  **NUEVO CORREO**
de correo
-  **BOGOTÁ**
Salud (SIS) -
Proyecto Social e Integración
-  **CONTRATACIÓN**
API
-  **INFORMACIÓN**
OTI
-  **ORFEO**
-  **MESA DE**
AYUDA
-  **SAFARI**
SISTEMAS
-  **GUIAS DE**
Manejo de Crisis

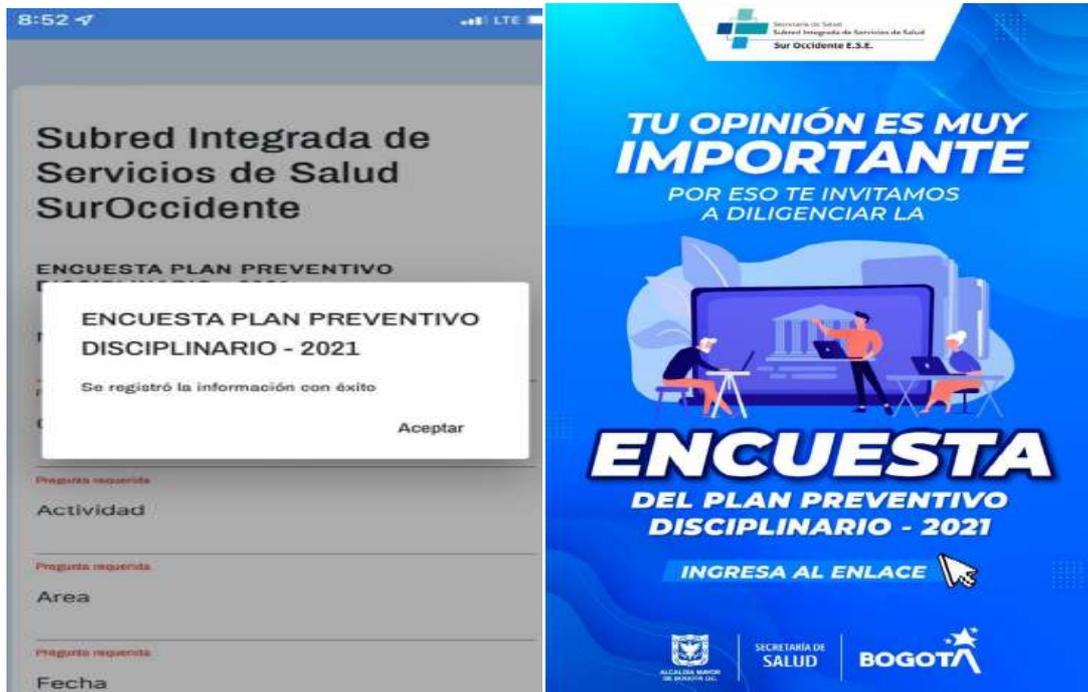
En ese sentido es de resaltar que una de las sedes apadrinadas por la Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario (UPA Argelia), se publicaron parte de los TIPS Disciplinarios en la cartelera informativa.



Circunstancias que permiten colegir el cumplimiento del primer cometido del Despacho, el cual consistió básicamente en lograr una amplia difusión del mecanismo implementado, con el fin de que tan siquiera sumariamente funcionarios y colaboradores de la entidad, tuvieran identificada la existencia de la política preventiva.

Ahora bien, mediante campañas de difusión, se remitieron a funcionarios y colaboradores (i) Folleto Informativo (ii) imagen alusiva a la encuesta de medición de conocimientos y (iii) la encuesta de adherencia.





En atención a la difusión efectuada Por la Oficina Asesora de Comunicaciones, se llevaron a cabo **480 TEST Y/O ENCUESTAS PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL PLAN PREVENTIVO DISCIPLINARIO**, hasta el 07 de enero de 2022, de los cuales 471 corresponden a la vigencia 2021 y 9 a 2022.

En ese orden de ideas, se tiene que para el periodo objeto de **análisis se practicaron 471 encuestas y/o mediciones de adherencia al Plan preventivo Disciplinario con los siguientes resultados:**

1. Iguales o superiores al 80: 395

Las cuales se dividen así:

- Resultados del 100: 213
- Resultados del 90: 101
- Resultados del 80: 81

2. Inferiores al 80: 76

Las cuales se dividen así:

- Resultados del 70: 24
- Resultados del 60: 15
- Resultados del 50: 7

- Resultados del 40: 9
- Resultados del 30: 21

De los resultados obtenidos, se tiene que de los 471 test practicados, 395 obtuvieron calificaciones iguales o superiores a 80, mientras que solo 76 resultados inferiores a dicha cifra.

Es decir que las calificaciones superiores a 80, equivalen a un 83.87% del total de la muestra.

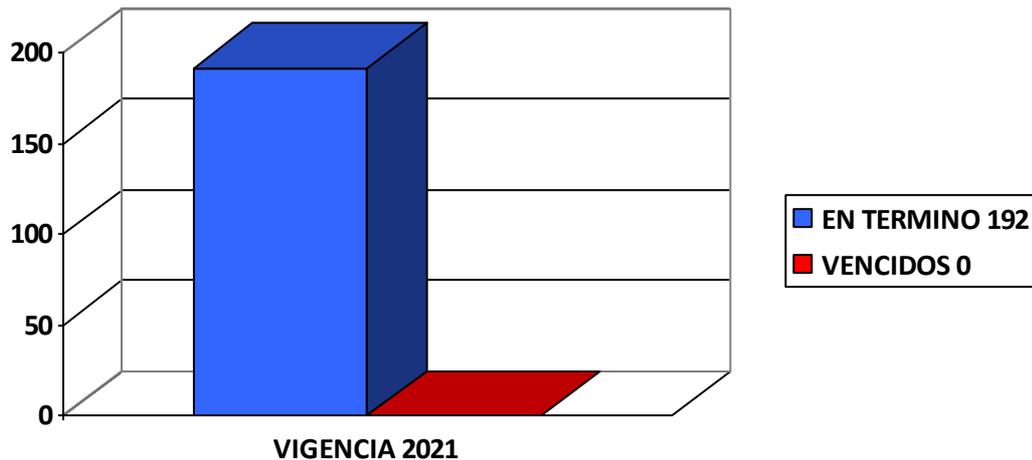
Lo cual puede verse reflejado en las mediciones de los indicadores del proceso



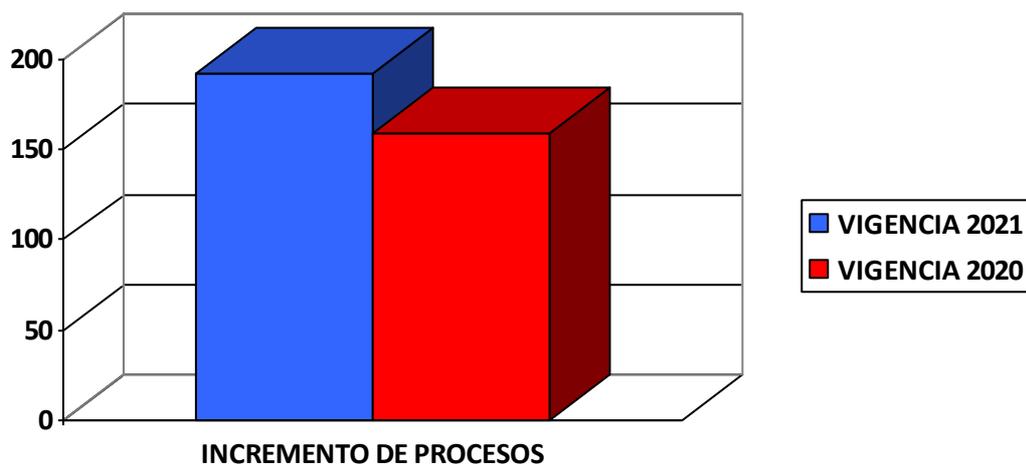
En ese orden de ideas, solo un 16.13% de los resultados obtenidos fue inferior a 80. De los datos obtenidos, es dable concluir que con las estrategias implementadas se logró una adherencia al plan preventivo disciplinario equivalente al 83.37% respecto de la totalidad de test aplicados.

ESTADO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO A DICIEMBRE 2021:

A diciembre 31, la Oficina de Control Interno Disciplinario reportó un total de 192 actuaciones disciplinarias, sin vencimiento de términos.

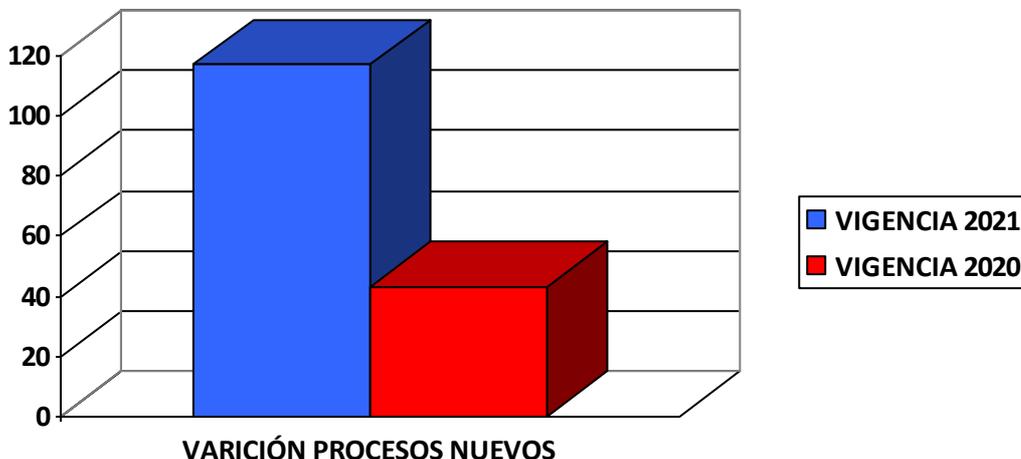


Cabe destacar que entre la vigencia 2020 a 2021, se incrementó el número de procesos disciplinarios en 33, incluso con diligencias terminadas y archivadas o con fallo bien sea sancionatorio o absolutorio.



Ahora bien, entre el 1 de enero al 31 de diciembre se tramitaron **117** nuevos procesos, los cuales tuvieron su génesis en quejas, querellas, denuncias, informes, actuaciones de oficio, medios de comunicación, compulsación de copias, llamadas telefónicas, correos electrónicos, páginas web, anónimos entre otros.

A diferencia del mismo periodo pero en la vigencia inmediatamente anterior, que se tramitaron **43²**



Ahora bien, las conductas con presunta incidencia disciplinaria más recurrentes durante lo corrido del periodo 2021 son:

- Irregularidades en contratación estatal
- Tratos irrespetuosos
- Acoso laboral

Conviene precisar que en lo relativo a la conducta Tratos Irrespetuosos, estos se predicen tanto entre compañeros de trabajo como hacia los usuarios, en ese orden de ideas En ese orden de ideas el numeral 6° del artículo 34 de la Ley 734 de 2002, dispone como deber a cargo de todo servidor público (...) *Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón del servicio. (...)*, es decir que a la luz de la codificación disciplinaria, el agente que omita el cumplimiento de dicho deber podrá ser sancionado disciplinariamente, siempre y cuando se compruebe su responsabilidad.

Ahora bien, en lo concerniente a las conductas que posiblemente sean constitutivas de **Acoso Laboral**, el artículo 12, de la Ley 1010 de 2010 “*Por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo*” dispuso:

ARTÍCULO 12. COMPETENCIA. *Corresponde a los jueces de trabajo con jurisdicción en el lugar de los hechos adoptar las medidas sancionatorias que prevé el artículo 10 de la presente Ley, cuando las víctimas del acoso sean trabajadores o empleados particulares.*

² Durante el periodo comprendido entre el 24 de marzo al 7 de septiembre se dispuso la suspensión de términos procesales por la contingencia del Covid 19 CORONAVIRUS y durante el 6 de octubre al 28 de diciembre de la misma anualidad, se procedió en igual manera ante las obras de adecuación del Despacho.

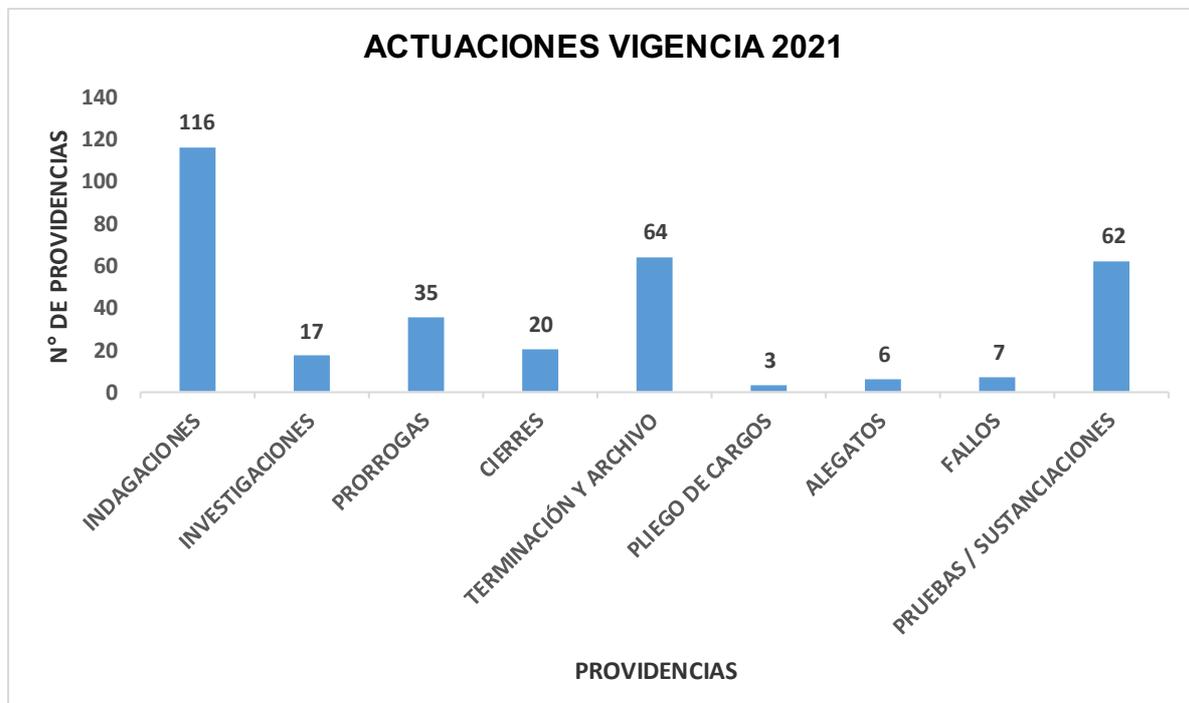
Cuando la víctima del acoso laboral sea un servidor público, la competencia para conocer de la falta disciplinaria corresponde al Ministerio Público o a las Salas Jurisdiccional Disciplinaria de los Consejos Superior y Seccionales de la Judicatura, conforme a las competencias que señala la ley.

Por lo cual toda queja, denuncia o informe, en los que los que se pongan en conocimiento comportamientos con presunta incidencia disciplinaria, relativos a hechos constitutivos de **Acoso Laboral** son remitidos, directamente al Comité de Convivencia Laboral de la entidad, como primera instancia para dirimir los conflictos suscitados y/o buscar mecanismos dentro de la órbita de sus funciones, para mitigar o contrarrestar los comportamientos nocivos.

Por otra parte, en el curso enero a diciembre se profirieron **410** Autos y **1.231** oficios para su cumplimiento



Entre las actuaciones más importantes se resaltan:



PRINCIPALES LOGROS

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

- Modernización del despacho
- Creación – implementación sala de audiencias
- Normalización Plan Preventivo Disciplinario PPD
- Implementación del Plan Preventivo Disciplinario PPD
- Adherencia al Plan Preventivo Disciplinario PPD
- Tips disciplinarios
- Protocolo para el tratamiento de Quejas y Denuncias
- Visitas Plan Padrino
- Gestiones capacitaciones Ley 1952 de 2020 y Ley 2094 de 2021
- Implementación virtualidad (audiencias, diligencias y notificaciones)
- Capacitaciones Ley 1952 de 2020 y Ley 2094 de 2021
- Sin materialización de riesgos
- Cumplimiento Plan Anual de Acción 100%
- Archivo independiente OCID

PRINCIPALES DIFICULTADES

- Entrada en vigencia Ley 1952 de 2020, modificada por la Ley 2094 de 2021
- Reestructuración del Despacho de conformidad a la Ley 1952 de 2020, modificada por la Ley 2094 de 2021
- División de etapas de instrucción y juzgamiento. (Garantía de principios de imparcialidad y jurisdiccionalidad)
- Jornadas de capacitación al personal (Jefe y Contratistas)
- Equipos ofimáticos

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL PROCESO

La Oficina de Control Interno Disciplinario se ha caracterizado por mantener el 100% en el cumplimiento de las metas del entonces Plan Operativo Anual y a su vez con el naciente Plan de Acción Anual (PAA), así mismo es de resaltar la diligencia en cuanto al trámite y sustanciación de los procesos disciplinarios a cargo, ya que no se evidenciaron vencimientos de términos.

Es notorio el avance respecto a las políticas de prevención y sensibilización que el Despacho se propuso, entre estas el Plan Preventivo Disciplinario, ya que en tal solo una vigencia dicho instrumento logró ser materializado y evaluado, con una gran participación de los funcionarios y colaboradores de la Entidad. Aunado a esto, se desarrolló el Protocolo para el tratamiento de quejas y denuncias.

No obstante lo anterior, se espera que para la vigencia 2022, se dé continuidad con las metas propuestas y con el desarrollo de las mismas.

De cara a la entrada en vigencia de la Ley 1952 de 2019, modificada por la Ley 2054 de 2021, el Despacho cuenta con el espacio Sala de Audiencias, para la implementación de la oralidad en las actuaciones disciplinarias.

	INFORME DE GESTIÓN AÑO 2021	Versión:	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	23/01/2017	
		Código:	01-01-FO-0006	

Ahora bien, es necesario e imperioso definir y establecer la reestructuración de la Despacho, de conformidad a lo dispuesto en la Ley 1952 de 2019, modificada por la 2054 de 2021, esto en procura de los principios de imparcialidad y jurisdiccionalidad (división de roles instrucción y juzgamiento).

En ese orden de ideas, se requiere adelantar espacios para la capacitación e instrucción del personal que conforma la Oficina, con ocasión a las modificaciones sustanciales y procesales implementadas por la normatividad en cita, de conformidad a las disposiciones nacionales y distritales impartidas por las correspondientes autoridades administrativas (Procuraduría General, Personería Distrital, Secretaría Jurídica Distrital, Dirección Distrital de Asuntos Disciplinarios y Secretaría Distrital de Salud).