

INFORME No.1 DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON BASE EN LOS RIPS

Período: Segundo Trimestre de 2012



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO – HUILA
NIT. 891.180.134 - 2**

Pitalito, 19 de Julio de 2012

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN.....	1
1. MARCO LEGAL Y CONCEPTUAL.....	2
2. PROCESOS INTERNOS PARA EL MANEJO DE LOS RIPS.....	4
3. ESTADÍSTICA DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS.....	8
4. GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS Y GASTOS EJECUTADOS	20

JUSTIFICACIÓN

Con el fin de dar cumplimiento al Plan de Gestión Institucional para el período 2012-2016 de la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, se presenta ante los Honorables Miembros de la Junta Directiva de la Entidad el documento denominado “Informe No.1 de la Prestación de Servicios de Salud Con Base en los RIPS, Período: Segundo Trimestre de 2012”.

El siguiente informe se realizó para dar cumplimiento a los compromisos establecidos en el Indicador No. 8 (ocho), del Área Financiera y Administrativa del Plan de Gestión. Para ello es necesario realizar un análisis de la prestación de los servicios de salud para el segundo trimestre de 2012; teniendo en cuenta la normatividad vigente (incluyendo la visión del Estado), el marco conceptual, los procesos asistenciales, los procesos administrativos, la estadística de la producción de servicios, las gestiones adelantadas por la Gerencia y su equipo de trabajo, así como el comportamiento de los gastos directos para la prestación de los servicios.

Por ser el primer informe sobre los RIPS, la Gerencia consideró importante dar a conocer a través de este documento la historia al interior del Hospital concerniente al tema objeto de estudio, en los procesos tecnológicos, los procedimientos asistenciales y administrativos, para llegar a la actualidad de los mismos y su proyección técnica, administrativa y normativa para su cumplimiento; así como la rendición de los diferentes informes en forma oportuna y con calidad ante los entes de inspección, control y vigilancia.

Los RIPS se constituyen en un componente esencial de los datos de la factura de venta de servicios que presenta el Hospital al pagador (EAPB) incluyendo: Todas las actividades, procedimientos o intervenciones de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten individualmente en forma ambulatoria, domiciliaria o intrahospitalaria, como parte de un plan de beneficios del SGSSS, ó por fuera de éste.

Por último se hace extensiva la invitación a los Honorables Miembros de Junta Directiva de nuestro Hospital, en seguir con el acompañamiento continuo y su apoyo incondicional, para lograr los objetivos Institucionales con éxito.

1. MARCO LEGAL Y CONCEPTUAL

El presente marco legal proporciona las bases sobre las cuales El Hospital, ha construido, determinado el alcance y naturaleza social en cumplimiento de la normatividad en materia de salud. La observancia de la normatividad relacionada ha permitido el diseño administrativo con eficiencia y eficacia de los recursos disponibles de la Institución. A continuación se relaciona la normatividad y conceptos específicos sobre el tema de estudio **Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS**.

- **Artículo 173 de la Ley 100 de 1993**, en sus numerales 3 y 7. Éste Artículo hace referencia a las funciones del Ministerio de Salud.

Numeral 3: *“Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud”.*

Numeral 7: *“El Ministerio de Salud reglamentará la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del Sistema de Seguridad Social de Salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio. La inobservancia de este reglamento será sancionada hasta con la revocatoria de las autorizaciones de funcionamiento”.*

- **Resolución No. 3374 de 27 de Diciembre de 2000**, *“Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados”*, expedida por el Ministerio de Salud.
- **Resolución No. 951 de 18 de Julio de 2002**, *“Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS”*, expedida por el Ministerio de Salud.
- **Ley 1438 de 19 de Enero de 2011**, *“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras Disposiciones”*. En especial los Artículos 12, 52, 107, 112, 113, 114, 116, 130 y 138.
- **Proyecto de Resolución No. XXX de XXX de 2012**, *“Por la cual se adoptan algunas medidas para mejorar la calidad, oportunidad y cobertura de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud, a cargo de Prestadores, EAPB y Entes Territoriales”*, será expedida por el Ministerio de Salud.

- CONCEPTOS:

- **Prestación individual de servicios de salud:** Todos los servicios de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten como parte de un plan de beneficios del SGSSS, ó por fuera de éste.

- **Entidades administradoras de planes de beneficios – EAPB-** : Son las entidades responsables de la prestación de servicios de salud a una población específica, en razón de un plan de aseguramiento o por disposición del SGSSS, tales como: las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las que se les asimilen, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo; las Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS-, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado; las direcciones departamentales, distritales y locales de salud para los servicios de salud cubiertos con recursos de oferta; las Compañías de Seguros para accidentes de tránsito, pólizas de hospitalización y cirugía o cualesquiera otra protección en salud; el Fondo de Solidaridad y Garantía de la Salud -FOSYGA- para accidentes de tránsito y eventos catastróficos y las administradoras de planes de beneficios en regímenes especiales de seguridad social.

- **Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS -**: Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la Resolución No. 3374 de 27 de Diciembre de 2000. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa.

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS- está conformado por tres clases de datos:

- De identificación
- Del servicio de salud propiamente dicho
- Del motivo que originó su prestación

Los datos de identificación son los de la entidad administradora del plan de beneficios, los del prestador del servicio y los de la transacción, reportados en una factura de venta de servicios.

Los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS -, son los relacionados con las consultas los procedimientos, el servicio de urgencia, de hospitalización y de medicamentos, las características de dichos datos y los valores para cada uno de ellos.

Los datos de consulta son aplicables a todo tipo de consulta, programada o de urgencia, médica general y especializada, odontológica general y especializada y las realizadas por otros profesionales de la salud.

Los datos de procedimientos son aplicables a todos ellos, trátense de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, de detección temprana o de protección específica. Los datos de hospitalización son los generados cuando haya lugar a ella, cualquiera sea el motivo que la origine, e incluye las consultas, procedimientos y estancias. La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.

Los datos correspondientes a la prestación individual de servicios de salud de urgencia, incluye las consultas, procedimientos y estancia en observación. La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.

Los datos de recién nacidos corresponden individualmente a los de las condiciones y características al nacer de uno o más niños o niñas. Los datos de medicamentos están relacionados con la denominación y forma farmacológica de éstos.

- **Epicrisis:** Es el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico de Resolución No. 3374 de 27 de Diciembre de 2000.

2. PROCESOS INTERNOS PARA EL MANEJO DE LOS RIPS

2.1 Procesos Históricos hasta el 2008.

a. Procesos Asistenciales:

- Con la entrada en vigencia de la Resolución No. 3374 de 2000, el Hospital ha venido dando cumplimiento al diligenciamiento para esa época y hasta el año 2008 en el diligenciamiento en forma manual de los RIPS, a través de formatos litográficos para cada servicio con original y dos copias (Ver Anexo No. 1), diseñados para ésta labor cuyo responsable directo es el Médico. Los formatos contenían información específica para cada uno de los servicios (Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa, Apoyo Diagnóstico, entre otros) e información general para la identificación del usuario y la información requerida por las EAPB.

b. Procesos Administrativos:

- **Proceso de Facturación:** Al momento de facturar, se requería la historia clínica, los respectivos soportes de los exámenes y procedimientos realizados, así como los RIPS, que se diligenciaban en cada uno de los servicios en donde era atendido el usuario; provocando de esta manera traumatismos al momento del cierre de la factura y falencias en los siguientes casos:

1. Excesos de papelería en RIPS y repetición de registros diligenciados (Información general).

2. Se extraviaban con frecuencia los RIPS, haciendo imposible el cobro de los servicios prestados. En algunas ocasiones era necesario esperar el turno del Médico, para repetir su diligenciamiento; situación que no todas las veces era efectiva.
3. Alto volumen de glosas por concepto de inconsistencias o ausencia de RIPS, frente a los servicios facturados.
4. Al ser un registro manual por parte de los Médicos, en ocasiones era ilegible.
5. Fallas al anexar los RIPS (Soportes trocados) al paquete de soportes de la cuenta para la imputación de la factura.
6. No existía oportunidad y calidad en la información para el Sistema de Información Hospitalaria (Confirmación oportuna de asistencia a las citas médicas y procedimientos).
7. Se disponía de un funcionario exclusivamente para digitar al software de la Institución la totalidad de los RIPS generados en forma mensual.

-Proceso de Generación de Archivos Planos: Una vez la información de los RIPS quedaba en el software de la Institución, el Ingeniero de Sistemas del Hospital, procedía a la generación de los archivos planos y guardar la información en un diskette con destino a las EAPB, como soporte de la facturación radicada del mes. Para ésta época no existía la validación de los RIPS.

-Procesos Estadísticos y Reporte de Información: El área de Estadística a través de una de las copias de los RIPS, se encargaba de registrar en hojas de Excel la información contenida en éstos formatos; para ser tabulada y analizada con destino a informes requeridos para: Secretaría de Salud Municipal, Secretaría de Salud Departamental, Ministerio de Salud y La Superintendencia Nacional de Salud. En este proceso estadístico se presentaban las siguientes falencias:

1. Errores humanos en la digitación de los campos.
2. Duplicidad de la información por diligenciamientos repetitivos de los RIPS.
3. Información no confiable y veraz en los informes generados, por los RIPS extraviados.
4. Pérdidas de tiempo por la ilegibilidad de los registros físicos.

2.2 Procesos Actuales:

a. Procesos Asistenciales:

- Con la exigencia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, en el Artículo No. 112 de la Ley No. 1438 de 19 de Enero de 2011, en lo relacionado con la obligatoriedad de la Historia Única Electrónica antes del 31 de diciembre de 2013. El Hospital, implementó pruebas a finales del 2007 aproximadamente a través del software Dinámica Gerencial, los primeros modelos de Historia Clínica Electrónica. Fue en la vigencia 2010 cuando se tomó la decisión gerencial que la historia clínica electrónica, fuera la fuente de información para la generación de los RIPS.

En la vigencia 2011 se adquirió el software Indigo Crystal, para mejorar el modelo de Historia Clínica que se tenía hasta esa fecha, obteniendo mejores aplicaciones, mayor número de módulos para integrar la información clínica en todos los servicios asistenciales, visualización en tiempo real de los resultados de las órdenes Médicas, puntos de control de la información registrada y generación de informes con diferentes variables, entre otros. En la actualidad, este nuevo software está en la fase de implementación y desarrollo de aplicativos para algunos servicios; tenemos para el Servicio de Urgencias un avance del 70%, en Hospitalización un 85% aproximadamente, y un 30% para el Servicio de Consulta Externa.

- Con base en lo anterior, el personal asistencial empezó a registrar en el sistema de información hospitalario (Dinámica Gerencial e Indigo Crystal), todos los datos que se requieren para emitir la Historia Clínica. Por consiguiente el proceso manual que se tenía de registro de los RIPS, no se volvió a realizar; debido a que a través del Sistema de Información hospitalario se pueden generar los archivos planos requeridos por las EPAB.

b. Procesos Administrativos:

- **Proceso de Facturación:** Los soportes al momento de facturar siguen siendo los mismos a excepción de los RIPS, que vienen en forma electrónica a través del Sistema de Información Hospitalario. Se debe aclarar que para efectos de expedir la factura por concepto de venta de servicios se hace a través del software Dinámica Gerencial, por cuanto es el software administrativo que integra los módulos de cartera, presupuesto, contabilidad, tesorería, almacén, entre otros. El Software Indigo Crystal, es exclusivamente para el manejo de la Historia Clínica Electrónica, con todos sus soportes. A pesar de haber superado las desventajas de los procesos manuales mencionados anteriormente, actualmente se está trabajando en contrarrestar las siguientes dificultades:

1. Debido a que no está implementado en un 100% en todos los servicios con el software Indigo Crystal, se deben consultar algunas tablas de datos simultáneamente con Dinámica Gerencial.

2. No fue posible conservar la base de datos histórica de todos los usuarios de Dinámica Gerencial, por consiguiente cada vez que un usuario requiera los servicios se debe ingresar y crear por una única vez en la base de datos de Indigo Crystal.

3. Debido a que los RIPS, se generan en forma electrónica, en algunos casos cuando se valida con la facturación se presentan inconsistencias de códigos, campos sin diligenciar y diferencias en valores; por consiguiente se requiere tiempo para hacer los ajustes necesarios para poder validar con éxito los archivos planos y radicar las cuentas de cobro.

-**Proceso de Generación de Archivos Planos:** Existe en el área de facturación una persona encargada de la generación de los archivos planos "RIPS", el cual se debe desarrollar en un tiempo no mayor a 10 días posteriores al cierre del mes, procesando un promedio mensual de 11.243 facturas y 108 cuentas de cobro; en resumen el proceso es el siguiente:

- Detectar y ajustar las inconsistencias internas con base en las facturas del mes para soportar las cuentas de cobro que se radican mensualmente para cada una de las EPAB.

- Validar en un software exclusivo diseñado para cada una de las siguientes EPS-S: Asmetsalud, Comfamiliar, Solsalud, Comfenalco, Nueva EPS, Coomeva, La Secretaría De Salud Departamental Del Huila (Vinculados, Subsidiados y Programas Especiales); para aquellas que no poseen validador propio se acogen al software del Ministerio de Salud y Protección Social. Se debe aclarar que cinco (5) de éstos validadores se hace a través de páginas web, presentando dificultades al momento de su diligenciamiento por congestión de la página ó ausencia del servicio de internet en la región.

- La validación con éxito se aplica a los siguientes 11 archivos que consolidan el RIP del mes, para cada una de las entidades a las que se le ha prestado los diferentes servicios en salud; su contenido es el siguiente:

Archivo Plano	Concepto
CT+No. Radicación	= Archivo de control
AF+No. Radicación	= Archivo de las transacciones
US+No. Radicación	= Archivo de usuarios de los servicios de salud
AD+No. Radicación	= Archivo de descripción agrupada de los servicios de salud prestados
AC+No. Radicación	= Archivo de consulta
AP+No. Radicación	= Archivo de procedimientos
AH+No. Radicación	= Archivo de hospitalización
AU+No. Radicación	= Archivo de urgencias
AN+No. Radicación	= Archivo de recién nacidos
AM+No. Radicación	= Archivo de medicamentos
AT+No. Radicación	= Archivo de otros servicios

- Los resultado de la validación anterior arrojan errores, los cuales deben ajustarse hasta lograr la validación con éxito; de lo contrario no es posible radicar la facturación del mes.

- Se procede a grabar la validación con éxito en un CD para unas entidades, otras se envía en a través de páginas web y correos electrónicos.

- Una vez cursado el proceso anterior se pasa el respectivo soporte (CD, Pantallazo Web, E-mail remitido) a facturación para armar la cuenta con todas las facturas, sus soportes y la respectiva cuenta de cobro del mes.

Como se puede ver y comparar con el antiguo proceso manual que no existía la validación para RIPS, debido a éste nuevo proceso, se está avanzando en la mejora continua de los cambios presentados y en cumplimiento de la Resolución No.3374 de 2000 en cuanto a:

- Mejorar el cargue y la calidad de los datos que comienza desde la atención médica.
- Asegurar el registro del 100% de los campos para obtener una facturación confiable.
- Actualización y parametrización de las diferentes variables que poseen los campos de los RIPS.
- Mejorar los tiempos en que incurre el área de Sistemas para recuperar los archivos de la información no reportada en los RIPS, debido a inconsistencias mencionadas anteriormente.

-Procesos Estadísticos y Reporte de Información: Para el caso del área de Estadística a través de unas “vistas” (Aplicativos del software Indigo Crystal y Dinámica Gerencial), con base en la Historia Clínica Electrónica, permite generar la información (en formato Excel) que se necesita y se le da el tratamiento de filtrar, tabular y consolidar la información con destino a los informes de los entes de inspección, control y vigilancia.

Estos cambios tecnológicos han permitido superar las falencias que se tenía con la metodología manual expuesta anteriormente. Sin embargo se está gestionando la mejora continua en los siguientes procesos:

- Optimizar los datos registrados en el servicio de hospitalización en cuanto a la totalidad de los servicios y procedimientos generados en ésta área; para ello la Gerencia autorizó la figura de Secretarios Clínicos, con el fin de mejorar la calidad de los datos y realizar un análisis permanente al Sistema de Costos Hospitalario.
- Asegurar la custodia de la Historia Clínica (Incluido sus soportes físicos), previo registro de estadístico para fines de generación de informes, y con controles administrativos para remitir físicamente toda la papelería a la Oficina de Archivo, quien debe foliar la documentación y archivarla de acuerdo a los manuales de procesos y procedimientos establecidos.
- Se espera que al terminar el 100% la implementación del software Indigo Crystal, se eliminen procesos de digitación manual en el área de Estadística.

3. ESTADÍSTICA DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

La información que se presenta a continuación es un consolidado del período de Abril a Junio de la actual vigencia, de toda la producción de servicios y procedimientos realizados en la Institución; la cual es el insumo para que el Ministerio de Salud y Protección Social, proceda al cálculo de la U.V.R. (Unidad de Valor Relativo), para la construcción del indicador número cinco (5) de la matriz de indicadores del Plan de Gestión. La base de datos con la cual se trabajó fueron los RIPS debidamente validados como se expuso el proceso anteriormente, y cruzado con las bases de datos de la Oficina de Estadística del Hospital; información consolidada y presentada en los términos de la normatividad ante la Secretaría de Salud Departamental, Ministerio de Salud y la Protección Social, y la Superintendencia Nacional de Salud.

3.1. PACIENTES ATENDIDOS: En las siguientes tablas de datos se da a conocer para el servicio de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización, el número de pacientes por grupos de edad, atendidos por las diferentes especialidades médicas ordenados en forma descendente:

SERVICIO DE URGENCIAS

ESPECIALIDAD	GRUPOS DE EDAD							TOTALES
	< 30 D	< 1 A	1 a 4	5 a 14	15 - 44	45-59	> 60	
MEDICINA GENERAL	18	736	850	1.165	3.114	997	1.261	8.141
GINECO-OBSTETRICIA	0	0	1	57	2.468	22	4	2.552
MEDICINA INTERNA	0	0	4	28	564	258	704	1.558
QUIRURGICAS	0	0	56	117	348	113	182	816
PEDIATRIA	16	260	298	208	0	0	0	782
ORTOPEDIA	0	3	31	132	354	120	101	741
NEUROLOGIA	0	4	5	14	87	30	40	180
UROLOGIA	0	0	2	1	23	10	24	60
PERINATOLOGIA	0	0	0	1	37	0	0	38
OFTALMOLOGIA	0	0	0	0	9	19	0	28
OTORRINOLARINGOLOGIA	0	0	0	0	1	0	0	1
CARDIOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	34	1.003	1.247	1.723	7.005	1.569	2.316	14.897

TOTAL CONSULTA MEDICINA GENERAL: 8.141
 TOTAL CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA: 6.756

SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

ESPECIALIDAD	GRUPOS DE EDAD							TOTALES
	< 30 D	< 1 A	1 a 4	5 a 14	15 - 44	45-59	> 60	
GINECO-OBSTETRICIA	0	0	2	34	2.728	514	62	3.340
MEDICINA INTERNA	0	0	0	5	617	563	360	1.545
ORTOPEDIA	0	21	78	177	647	318	210	1.451
OFTALMOLOGIA	0	20	59	103	488	389	378	1.437
QUIRURGICAS	0	0	15	59	668	417	217	1.376
PEDIATRIA	41	300	342	328	2	0	0	1.013
UROLOGIA	0	2	13	8	261	205	174	663
ANESTESIA	0	0	0	67	235	96	117	515
OTORRINOLARINGOLOGIA	0	2	26	59	212	124	54	477
NEUROCIRUGIA	0	0	4	3	75	39	34	155
PERINATOLOGIA	0	0	0	0	122	1	0	123
CARDIOLOGIA	0	0	0	0	20	27	30	77
GASTROENTEROLOGIA	0	0	0	0	27	29	7	63
PSICOLOGIA	0	0	0	10	14	4	8	36
MEDICINA GENERAL	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	41	345	535	840	6.116	2.726	1.651	12.235

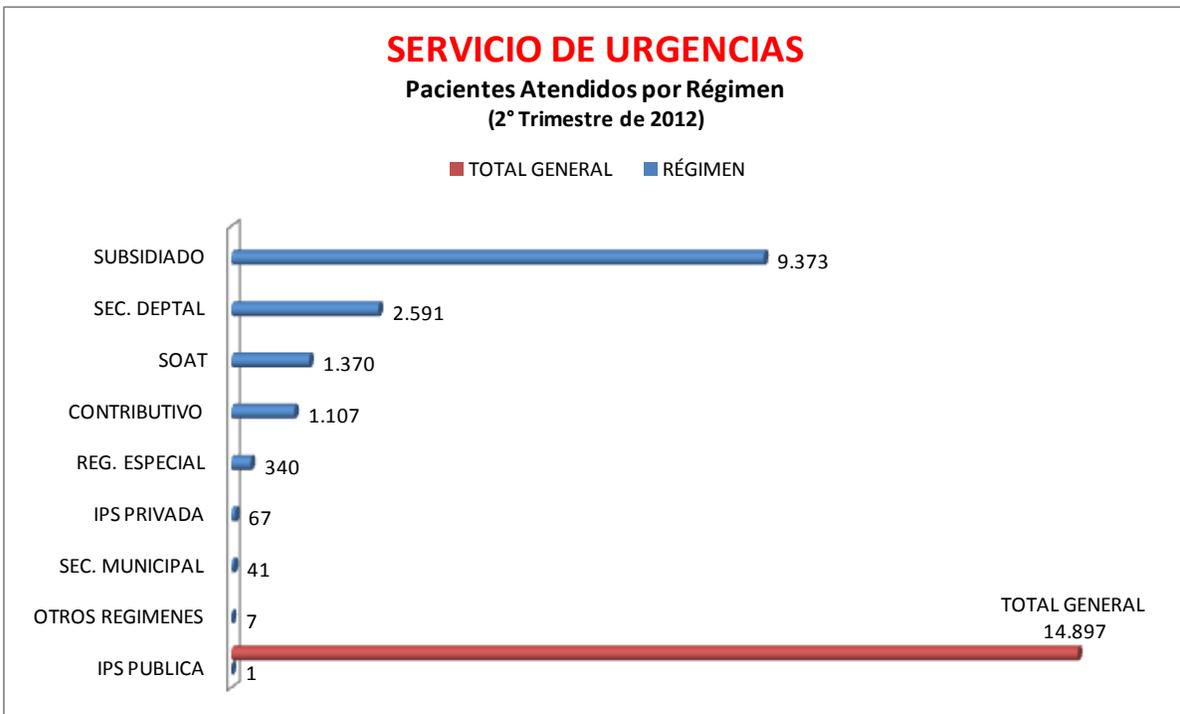
TOTAL CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA: 12.235

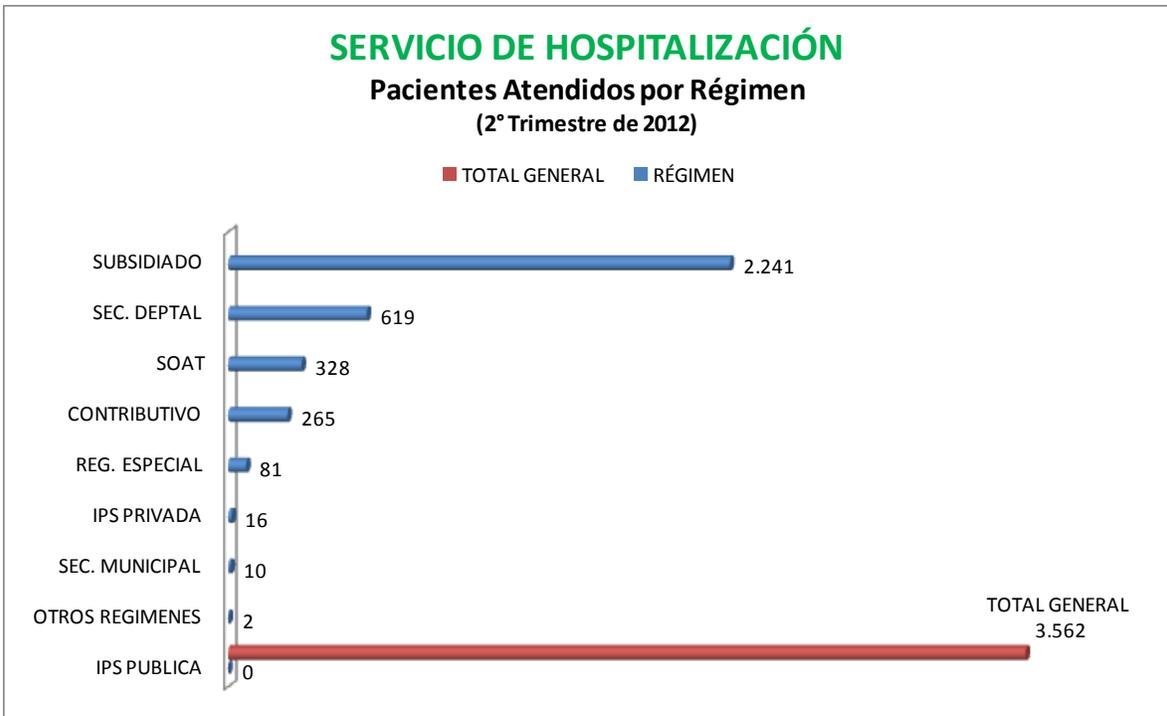
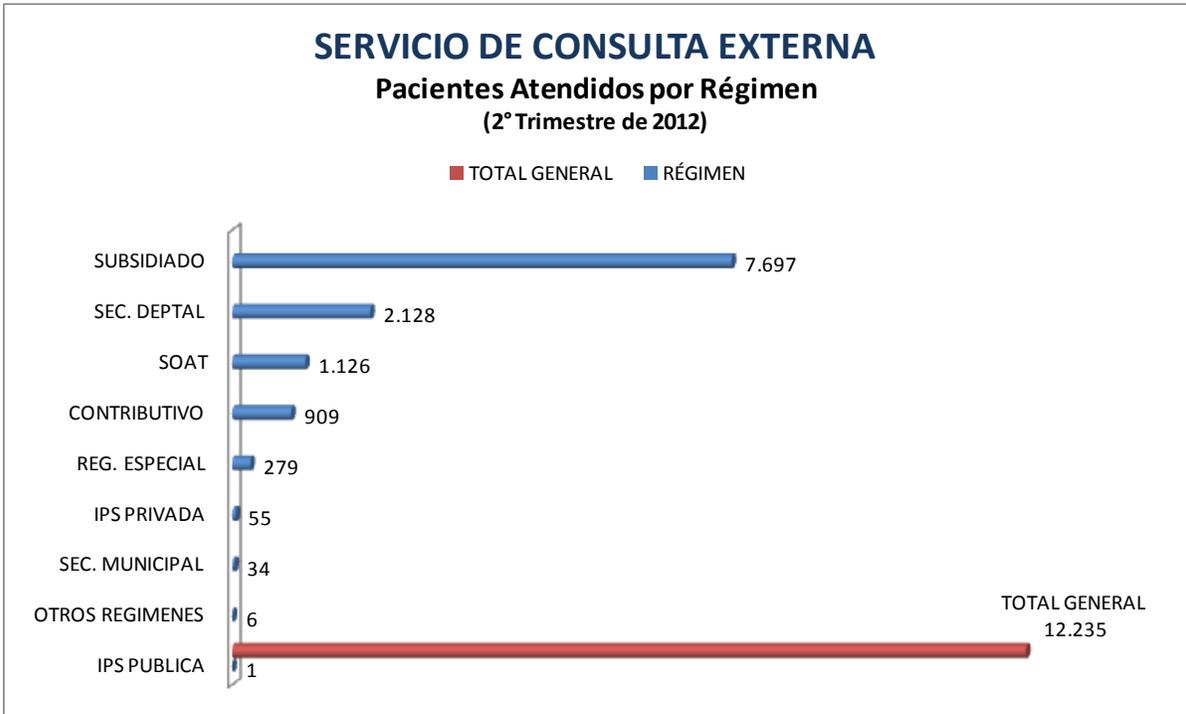
SERVICIO DE HOSPITALIZACION

ESPECIALIDAD	GRUPOS DE EDAD							TOTALES
	< 30 D	< 1 A	1 a 4	5 a 14	15 - 44	45-59	> 60	
GINECO-OBSTETRICIA	0	0	0	26	1.458	64	12	1.560
MEDICINA INTERNA	0	0	0	7	150	110	356	623
PEDIATRIA	3	145	201	154	0	0	0	503
QUIRURGICAS	0	0	2	18	153	50	66	289
NEONATOS	237	4	0	0	0	0	0	241
UCI INTENSIVOS	0	0	0	0	30	19	70	119
ORTOPEDIA	0	0	2	10	59	17	25	113
NEUROLOGIA	0	0	0	1	12	15	11	39
UCI INTERMEDIOS	0	0	0	0	16	3	17	36
UROLOGIA	0	0	0	0	12	14	9	35
PERINATOLOGIA	1	0	0	0	3	0	0	4
TOTAL	241	149	205	216	1.893	292	566	3.562

TOTAL PACIENTES EGRESADOS: 3.562

3.2. ATENCIÓN POR RÉGIMEN: Atención por Régimen para el servicio de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización.





A nivel general la atención para los tres servicios por Régimen está conformado en promedio por el 62% para el Régimen Subsidiado, el 17% de la Secretaría de Salud

Departamental, el 9% para el SOAT, el 5% para el Régimen Contributivo y el 7% restante distribuido para los demás tipos de Regímenes.

3.3. ESTADÍSTICAS VITALES: Las Estadísticas Vitales, comprenden los nacimientos y defunciones que se presentan intrahospitalariamente; éste reporte se presenta ante la página web del RUAF (Registro Único de Afiliación) del Ministerio de Salud y Protección Social. Con ésta estadística el DANE (Departamento Nacional de Estadística), procede a realizar el cálculo de las tasas de crecimiento de población y las tasas de mortalidad, para todo el territorio nacional.

Los datos estadísticos de las defunciones se presentarán más adelante con el Perfil Epidemiológico.

La siguiente es la información hospitalaria de las Estadísticas Vitales para el período del Segundo Trimestre de 2012, en la cual se observa una atención total de nacimientos de 989 (706 partos normales y 283 cesareas), donde el Régimen Subsidiado tiene la mayor participación con un promedio de 89%, destacándose en su orden descendente en primer lugar Comfamiliar del Huila (374), seguido de Asmetsalud (227) y por último Cafesalud (105).

Para los datos presentados se tuvo en cuenta las variables globales, debido a que en los RIPS, se contempla variables detalladas como: Población por género, Área de residencia, por edad de la materna, nivel de escolaridad, semanas de gestación, controles prenatales; entre otros.





3.4. INDICADORES DE EFICIENCIA TÉCNICA POR ESPECIALIDAD: La formulación de éstos indicadores están basados en la Circular Externa Única No. 047 de 30 de noviembre de 2007, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud; los cuales se reporta en forma oportuna de acuerdo a los términos de la citada norma. La finalidad de los indicadores es la monitoria de la calidad de la atención en salud en nuestro Hospital, en cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

a. Indicador Promedio Días de Estancia: Este indicador refleja la permanencia promedio de los pacientes en el hospital. Es un indicador de eficiencia de la prestación de servicios, así como el uso del recurso de cama. Puede indicar aplicación inadecuada de la capacidad resolutive cuando los días de estancia son demasiado cortos o demasiado largos, lo que hace especialmente útil a este indicador cuando se analiza por afección principal. Por ejemplo, una estancia muy corta en ciertos procedimientos (como las cesáreas) aumenta el riesgo de reingresos debido a complicaciones.

El cociente para calcular el promedio de días de estancia es el siguiente:

$$\text{Promedio de días de estancia} = \frac{\text{Número total de días de estancia en el hospital}}{\text{Total de egresos hospitalarios}}$$

Para efectos del cálculo promedio total, tenemos:

Total promedio de días estancia en el hospital: 15.810

Total egresos hospitalarios: 3.562

Resultado del indicador en promedio: 4,4 días de estancia. Es un resultado aceptable para hospitales de segundo nivel.

En la siguiente tabla se observa el comportamiento del indicador por especialidad para el mismo período de análisis:

DETALLE	ESPECIALIDAD											
	OBSTETRICIA	NEONATOS	PEDIATRIA	MEDICINA INTERNA	ORTOPEdia	CIRUGIA GENERAL	UROLOGIA	NEUROLOGIA	PERINATOLOGIA	UCI INTERMEDIOS	UCI INTENSIVOS	TOTAL GENERAL
PROMEDIO DIAS ESTANCIA	2,7	3,8	5,8	7,7	5,2	4,8	1,8	4,8	3,8	3,9	4,8	4,4

b. Porcentaje de Ocupación de Camas ó Índice Ocupacional: Es el número promedio de camas que estuvieron ocupadas diariamente durante un período, expresado en porcentaje.

Forma de cálculo:

$$\frac{\text{Total de días camas ocupados en un período dado}}{\text{Total de días camas disponibles o en trabajo del mismo período}} \times 100$$

El Porcentaje de ocupación de camas relaciona los datos de producción de servicios (días camas ocupado) con la capacidad potencial de producción (días camas disponibles). Puede calcularse para el total del establecimiento o por servicio clínico y para el período de tiempo que se requiera.

Este indicador refleja el aprovechamiento del recurso cama en un determinado período. Si el resultado del cálculo es muy alto, puede significar que en ciertos momentos se han rechazado pacientes. Un bajo porcentaje de ocupación podría indicar uso inadecuado del recurso. La Fuente de los datos es el Censo diario de camas.

Uso del Indicador: Permite ajustar la planificación y la utilización de las camas disponibles en el Hospital. Es útil para determinar la cantidad de pacientes que en promedio han sido atendidos en un período, lo cual es muy importante para el cálculo de raciones diarias alimenticias y otros insumos.

Para el período del Segundo Trimestre de la actual vigencia, el comportamiento del porcentaje de Ocupación de Camas es el siguiente:

DETALLE	ESPECIALIDAD											
	OBSTETRICIA	NEONATOS	PEDIATRIA	MEDICINA INTERNA	ORTOPEDIA	CIRUGIA GENERAL	UROLOGIA	NEUROLOGIA	PERINATOLOGIA	UCI INTERMEDIOS	UCI INTENSIVOS	TOTAL GENERAL
GRADO DE UTILIZACION (% DE OCUPACION)	99	106	97	103	94	93	97	100	100	91	68	96,8

El Índice Ocupacional promedio del Hospital para el segundo trimestre de la actual vigencia es del 96,8%, siendo un porcentaje alto, confirmando la necesidad de ampliación de habitaciones en hospitalización para poder atender la población con demanda insatisfecha por no poseer actualmente una mayor capacidad instalada de camas en las diferentes especialidades en el servicio de Hospitalización.

c. Giro de Cama ó Índice de Rotación: Es un indicador relacionado con la producción de servicios, mide el número de pacientes que en promedio pasan por una cama en un período determinado de tiempo.

Forma de cálculo:

Total de egresos en un período dado

Promedio de camas disponibles o en trabajo del mismo período

La Fuente de los datos es el Censo diario de camas.

Uso del Indicador: Permite conocer la intensidad de la utilización de una cama disponible durante un período dado. Es una medida de afluencia de pacientes, ya que aumenta a medida que ingresan y egresan pacientes al establecimiento. Orienta sobre el rendimiento de la cama y permite, por lo tanto, una mejor distribución de las mismas.

Para el Segundo Trimestre de la actual vigencia, el comportamiento del Giro Camas es el siguiente por especialidad y total promedio:

DETALLE	ESPECIALIDAD											
	OBSTETRICIA	NEONATOS	PEDIATRIA	MEDICINA INTERNA	ORTOPEDIA	CIRUGIA GENERAL	UROLOGIA	NEUROLOGIA	PERINATOLOGIA	UCI INTERMEDIOS	UCI INTENSIVOS	TOTAL GENERAL
GIRO CAMA	18,8	10,5	7,0	6,0	6,6	8,8	11,7	7,8	30,0	6,0	4,0	9,5

El giro cama en promedio del Hospital para el segundo trimestre de la actual vigencia es de 9,5 pacientes por cama por mes, siendo coherente con el índice ocupacional, explicado anteriormente.

3.5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO:

Nos muestra el análisis de las patologías presentadas con mayor incidencia entre los pacientes que han ingresado y egresado de la Institución (Del área de Influencia) para un período determinado; se tienen en cuenta las variables de frecuencia, grupos etareos, especialidades, y los respectivos diagnósticos; con la finalidad de identificar las diez (10) primeras causas de morbilidad y las causas de mortalidad intrahospitalaria.

La identificación del perfil epidemiológico de nuestro Hospital nos sirve para:

- Atender los problemas de la salud colectiva
- Gestionar en forma eficiente los recursos disponibles para la salud.
- Administrar y ejecutar programas específicos para ciertos problemas de salud.
- Analizar la efectividad de las guías de manejo clínico frente a la realidad de los procedimientos, diagnósticos, terapéuticos y acciones preventivas.
- A través de los Comités Institucionales plantear acciones de mejora y de contingencia frente a la morbilidad presente en la población.

Para el Segundo Trimestre de la actual vigencia, los resultados de la tabulación de las diez primeras causas de morbilidad por servicio y grupos etareos; así como las causas de mortalidad intrahospitalaria es el siguiente:

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD

Pacientes Atendidos
(2° Trimestre de 2012)

SERVICIO DE URGENCIAS

DIAGNOSTICO	CODIGO CIE_10	GRUPOS DE EDAD							TOTAL
		<30 DIAS	<1 AÑO	1 - 4	5 -14	15 - 44	45 - 59	>60 AÑOS	
FIEBRE NO ESPECIFICADA	R509	1	57	142	125	149	33	38	545
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	R104	1		18	64	239	66	48	436
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09X		27	95	55	112	31	28	348
CEFALEA	R51X				27	112	28	19	186
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	J00X	4	60	51	31	27	6	2	181
TRAUMATISMO DE LA CABEZA NO ESPECIFICADO	S099		7	15	36	82	17	18	175
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	N390		3	9	8	71	17	24	132
DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	R101			3	10	58	20	15	106
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358				1	104			105
DOLOR EN EL PECHO NO ESPECIFICADO	R074			1	5	38	26	32	102
TOTAL OTROS DIAGNÓSTICOS MINORITARIOS		37	190	498	685	3.220	656	539	5.825
TOTAL		43	344	832	1.047	4.212	900	763	8.141

SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

DIAGNOSTICO	CODIGO CIE_10	GRUPOS DE EDAD							TOTAL
		<30 DIAS	<1 AÑO	1 - 4	5 -14	15 - 44	45 - 59	>60 AÑOS	
PTERIGION	H110					274	238	67	579
SEGUIMIENTO POSTPARTO, DE RUTINA	Z392			1	7	389	1		398
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	N939				3	287	89	7	386
OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGIA	Z488			4	25	193	92	60	374
SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	Z358				3	311			314
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X					20	94	141	255
PAPILOMAVIRUS COMO CAUSA DE ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPITULOS	B977					197	40	1	238
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359			1	3	206	1		211
SUPERVISION DE EMBARAZO CON OTRO RIESGO EN LA HISTORIA OBSTETRICA O REPRODUCTIVA	Z352			1	3	206			210
CEFALEA	R51X			1	17	118	55	5	196
TOTAL OTROS DIAGNÓSTICOS MINORITARIOS		0	370	534	768	4.347	2.047	1.008	9.074
TOTAL		0	370	542	829	6.548	2.657	1.289	12.235

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD

Pacientes Atendidos
(2° Trimestre de 2012)

SERVICIO DE HOSPITALIZACION

DIAGNOSTICO	CODIGO CIE_10	GRUPOS DE EDAD							TOTAL
		<30 DIAS	<1 AÑO	1 - 4	5 -14	15 - 44	45 - 59	>60 AÑOS	
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO SIN OTRA ESPECIFICACION	Z359	9			16	712	3		740
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09X					89	75	22	186
PARTO UNICO ESPONTANEO PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	O800				1	171			172
ICTERICIA NEONATAL NO ESPECIFICADA	P599	139	2			1			142
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	R104			2	15	44	10	22	93
APENDICITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	K359			1	21	50	10	3	85
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA NO ESPECIFICADA	J441		1				8	72	81
FIEBRE NO ESPECIFICADA	R509		15	20	15	17	3	8	78
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL NO ESPECIFICADA	N939					45	18	3	66
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	N390		15	9	6	8	6	21	65
TOTAL OTROS DIAGNÓSTICOS MINORITARIOS		100	114	188	204	680	232	336	1.854
TOTAL		248	147	220	278	1.817	365	487	3.562

CAUSAS DE MORTALIDAD
Pacientes Atendidos
(2° Trimestre de 2012)

DIAGNOSTICO	CODIGO CIE_10	GRUPOS DE EDAD							TOTAL
		<30 DIAS	<1 AÑO	1 - 4	5 -14	15 - 44	45 - 59	>60 AÑOS	
SEPTICEMIA	A419		3				2	6	11
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	J960		1			1	2	6	10
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	I219							8	8
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	I500						1	4	5
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	J449							5	5
ENCEFALOPATIA HIPOXICA	G934							5	5
CHOQUE HIPOVOLEMICO	R571							4	4
PARO CARDIACO	I469				1			2	3
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	I64X							3	3
SHOCK HIPOVOLEMICO	R571							2	2
SHOCK CARDIOGENICO	R570							2	2
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	N171							2	2
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	I609							2	2
HEMORRAGIA INTRACRANEAL	I629							2	2
FIBRILACION VENTRICULAR	I490							2	2
FALLA RENAL CRONICA	N171							2	2
CANCER DE ESTOMAGO	D019							2	2
CANCER DE CUELLO UTERINO	D069						1	1	2
TUMOR MALIGNO DE AMPOLLA VASTER	C241							1	1
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO	I269							1	1
SHOCK CARDIOGENICO	R570							1	1
NEUMONIA	J189							1	1
MUERTE CARDIACA SUBITA	I461							1	1
MALFORMACION CONGENITA DEL ENCEFALO	Q049		1						1
HIPOXIA	I629							1	1
FIBROSIS PULMONAR	E840						1		1
EDEMA PULMONAR AGUDO	J81X							1	1
CIRROSIS HEPATICA	K745						1		1
CARCINOMA DE MAMA	D059						1		1
CANCER MEDIASINAL METASTASICO	D099							1	1
BRONCOASPIRACION	R090						1		1
ARRITMIA CARDIACA	I499							1	1
TOTAL		0	5	0	1	1	10	69	86

4. GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS Y GASTOS EJECUTADOS.

Para lograr las metas de producción de servicios de salud del Hospital durante la presente vigencia, la Gerencia ha puesto en ejecución las estrategias formuladas en el Plan de Gestión, como:

- Análisis de la demanda.
- Organización de agendas médicas adecuadas por servicio.
- La implementación de la organización, utilización del concepto de Gerencia de Servicios Quirúrgicos y de Salas de Parto.
- La funcionabilidad de los Comités Asistenciales, establecidos por norma.
- La Auditoría Concurrente en los diferentes servicios.
- Planes de Mejoramiento con controles de cumplimiento.
- Socialización de los resultados con el personal asistencial y administrativo.

En cuanto a las estrategias gerenciales desarrolladas con el personal administrativo se han socializado y puestas en desarrollo las formuladas en el Plan de Gestión, para las áreas de Presupuesto, Cartera, Facturación, Contabilidad, Compras, Glosas, Tesorería, entre otras áreas. Se ha manejado los recursos de la salud en cumplimiento de los principios presupuestales, y normatividad vigente. Para el período objeto de análisis (2° Trimestre de 2012), y para poder prestar los servicios ofrecidos en nuestro Hospital, el comportamiento de los gastos en salud fue el siguiente:

GASTOS EN SALUD PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS (Excluyendo programas especiales y proyectos de inversión)
EJECUCIÓN TRIMESTRAL CON CORTE A 30 DE JUNIO DE 2012
 (Cifras en Millones de Pesos)

No.	CONCEPTOS	APROBADO	COMPROMISOS			OBLIGACIONES			PAGOS			POR EJECUTAR	CXP
			trim 1	trim2	ACUMULADO	trim 1	trim2	ACUMULADO	trim 1	trim2	ACUMULADO		
1	Gastos Administrativos	5.317	1.805	1.665	3.470	1.275	952	2.227	853	1.232	2.085	1.847	142
1.1.	Gastos de Personal y Administrativos	3.636	1.274	1.465	2.739	872	737	1.609	649	921	1.570	897	38
1.3.	Gastos Generales	1.681	532	199	731	403	215	619	204	311	515	951	104
2	Gastos de Operación	21.507	9.610	5.734	15.344	5.059	5.375	10.434	2.851	6.251	9.101	6.163	1.333
2.1.	Gastos de Personal y Operacionales	14.758	6.290	5.203	11.493	3.422	4.432	7.854	2.208	4.688	6.896	3.266	958
2.3.	Gastos Generales	6.749	3.321	531	3.852	1.637	943	2.580	642	1.563	2.205	2.897	375
3	Gastos Operacionales, Comercialización y Prestación de Servicios	9.815	3.539	2.187	5.726	2.664	1.945	4.609	1.034	1.013	2.047	4.088	2.562
TOTAL GASTOS EN SALUD		36.639	14.955	9.586	24.541	8.998	8.273	17.271	4.738	8.495	13.233	12.099	4.038
Fuente: Ejecución de Gastos.		PARTICIP.	40,82%	26,16%	66,98%			70,38%			76,62%	33,02%	23,38%

4.1. CALIFICACIÓN DE LOS RIPS – AÑOS 2010 Y 2011 (Enero - Octubre)

La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, reporta en forma mensual la validación de los RIPS ante la Secretaría de Salud Departamental del Huila; ésta a su vez ha publicado a través de su página web la última calificación realizada de las 41 IPS Públicas del Departamento del Huila, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Calificación mensual midiendo la oportunidad de entrega y la calidad de la información.
- Para obtener el % de **Oportunidad** se tienen los siguientes parámetros de calificación:
 1. 100% para las IPS que reportan dentro de los 20 primeros días del siguiente mes.
 2. 80% para las IPS que reportan entre los 20 y 30 días del siguiente mes.
 3. 0% para las IPS que no reportan dentro del siguiente mes.
- Para obtener el % de **Calidad** se utiliza el validador del Ministerio de la Protección Social, que revisa la estructura de los archivos y la calidad del dato. El porcentaje resulta del número de registros errados .Vs. el número de registros reportados.

El siguiente cuadro detalla los porcentajes alcanzados por cada una de las IPS durante los años 2010 y 2011 (enero a octubre), ordenados alfabéticamente por Municipio:

No.	MUNICIPIO	INSTITUCION	AÑO 2010			Año 2011 (Enero - Octubre)		
			OPORTUNIDAD (%)	CALIDAD (%)	TOTAL (%)	OPORTUNIDAD (%)	CALIDAD (%)	TOTAL (%)
1	Acevedo	ESE Hospital San Francisco Javier	100	99,96	99,98	96	96,49	96,24
2	Agrado	ESE Hospital San Antonio	86,67	95,37	91,02	90	98,94	94,47
3	Aipe	ESE Hospital San Carlos	100	98,67	99,33	96	94,29	95,15
4	Algeciras	ESE Hospital municipal Algeciras	98,33	99,92	99,13	100	98,08	99,04
5	Altamira	ESE San Roque	55	82,04	68,52	50	73,39	61,7
6	Baraya	ESE Hospital Tulia Duran de Borrero	81,67	87,74	84,71	80	85,08	82,54
7	Campoalegre	ESE Hospital del Rosario	100	94,21	97,1	100	95,38	97,69
8	Colombia	ESE Ana Silvia Maldonado J.	98,33	99,94	99,14	98	82,96	90,48
9	Elias	ESE Hospital municipal San Francisco de A	96,67	78,5	87,58	80	93,09	86,54
10	Garzón	ESE María Auxiliadora	95	97,05	96,02	98	97,16	97,58

No.	MUNICIPIO	INSTITUCION	AÑO 2010			Año 2011 (Enero - Octubre)		
			OPORTUNIDAD (%)	CALIDAD (%)	TOTAL (%)	OPORTUNIDAD (%)	CALIDAD (%)	TOTAL (%)
11	Garzón	ESE Hospital San Vicente de Paul	95	97,9	96,45	98	98,44	98,22
12	Gigante	ESE Hospital San Antonio	91,67	99,79	95,73	84	99,95	91,98
13	Guadalupe	ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe	96,67	82,57	89,62	80	98,79	89,39
14	Hobo	ESE Hospital Municipal de Hobo	70	84,95	77,48	64	97,93	80,97
15	Iquira	ESE Hospital María Auxiliadora	68,33	83,42	75,87	70	89,9	79,95
16	Isnos	ESE San José de Isnos	100	99,86	99,93	100	99,58	99,79
17	La Argentina	ESE Juan Ramón Nuñez Palacios	95	99,95	97,48	90	99,05	94,53
18	La Plata	Hospital Departamental San Antonio	86,67	91,52	89,09	100	98,73	99,36
19	La Plata	ESE Municipal San Sebastián	95	69,32	82,16	94	99,01	96,5
20	Nátaga	ESE Hospital Luis Antonio Mojica	98,33	80,75	89,54	100	97,79	98,9
21	Neiva	ESE Hosp. Universitario Hernando Moncalvo	98,33	95,97	97,15	98	99,47	98,74
22	Neiva	ESE Carmen Emilia Ospina	86,67	99,96	93,31	84	83,95	83,98
23	Oporapa	ESE Municipal David Molina Muños	100	98,38	99,19	100	98,87	99,43
24	Paicol	ESE Santa Rosa de Lima	78,33	79,86	79,1	92	99,71	95,85
25	Palermo	ESE Hospital San Francisco de Asis	95	95,1	95,05	78	97,86	87,93
26	Palestina	ESE Camilo Trujillo Silva	65	99,52	82,26	72	98,84	85,42
27	Pital	ESE Municipal San Juan de Dios	60	69	64,5	82	95,26	88,63
28	Pitalito	ESE Hospital Departamental San Antonio	98,33	99,62	98,98	94	98,6	96,3
29	Pitalito	ESE Manuel Castro Tovar	85	97,77	91,39	78	97,17	87,58
30	Rivera	ESE Hospital Divino Niño	96,67	80,32	88,49	98	93,05	95,52
31	Saladoblanco	ESE Nuestra Señora de las Mercedes	83,33	98,36	90,84	70	87,39	78,69
32	San Agustín	ESE Hospital Arsenio Repizo Vanegas	85	85,54	85,27	100	70,59	85,3
33	Santa María	ESE Nuestra Señora del Carmen	86,67	78,03	82,35	100	99,36	99,68
34	Suaza	ESE Hospital Nuestra Señora de Fatima	91,67	98,19	94,93	98	99,3	98,65
35	Tarqui	ESE Hospital San Antonio	78,33	98,63	88,48	88	97,26	92,63
36	Tello	ESE Centro de Salud Miguel Barreto	85	99,94	92,47	84	98,52	91,26
37	Teruel	ESE Hospital San Roque	100	86,18	93,09	100	97,6	98,8
38	Tesalia	ESE Hospital Santa Teresa	91,67	89,04	90,36	86	98,33	92,16
39	Timaná	ESE Hospital San Antonio	91,67	85,29	88,48	84	94,1	89,05
40	Villavieja	ESE Hospital del Perpetuo Socorro	88,33	78,04	83,19	90	97,66	93,83
41	Yaguara	ESE Hospital Laura Perdomo de G.	93,33	88,8	91,06	96	98,39	97,2
TOTAL			88,9	90,9	89,9	88,8	95	91,9

La E.SE. se ubicó en el puesto siete (7) para la vigencia 2010 al lograr una calificación promedio del 98,98%, para el período de Enero a Octubre de 2011 alcanzó el puesto 14 al conseguir un promedio de calificación de 96,3%, por haber disminuido 4,33 puntos en la oportunidad y 1,02 puntos en Calidad comparados con la vigencia 2010. El equipo gerencial continúa trabajando en la solución a las dificultades presentadas ante los procesos de RIPS, así como en el análisis de la consecución ó desarrollo de un software propio para los procesos de validación.

4.2. VALIDADOR PARA RIPS INSTITUCIONAL:

Se hace necesario que el Hospital adquiera ó desarrolle un validador propio para subsanar las falencias en procesos descritas anteriormente, mejorando la oportunidad de la radicación de las cuentas de cobros (facturas), perfeccionando la calificación que realiza la Secretaría de Salud Departamental del Huila y que permita ajustar los procesos de las áreas involucradas; los aspectos a tener en cuenta son:

- Una capacidad igual ó mayor a 64 bits (En Excel tendría una vista mayor de 65.000 filas)
- Tenga el servicio de multiusuario para ser instalado en varios equipos de cómputo y poder trabajar en red.
- Contar con la interface de conectividad con los validadores exclusivos para cada una de las EAPB, para consolidar la base de datos.
- Alertas de las inconsistencias presentadas para los respectivos ajustes y validaciones posteriores.
- Que posea en forma automática: Tablas Independientes (Por servicios y especialidades), tabulación de los datos, Indicadores, y diferentes gráficos de la información consolidada para los diferentes períodos.
- Generación de informes estadísticos con diferentes períodos (mensual, trimestral, anual) y en forma consolidada.
- Poder filtrar y generar informes por fechas y número de radicaciones.

Espero con el presente informe haber dado a conocer frente al tema estudiado la normatividad vigente, y la visión del Estado, la descripción histórica y actual de los procesos asistenciales y administrativos, la puesta en marcha de los compromisos gerenciales para mi período; así como los obstáculos a vencer en compañía de los Honorables Miembros de la Junta Directiva y la familia hospitalaria, para seguir posicionando a la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Pitalito.

DIANA VICTORIA MUÑOZ MUÑOZ
Gerente