



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZON HUILA
NIT: 891.180.026-5

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL



PLAN DE GESTIÓN

16 MAYO DE 2020 AL 31 DE MARZO 2024

JORGE HUMBERTO GONZALEZ BAHAMÓN
GERENTE

GARZÓN HUILA
JUNIO - 2020



JUNTA DIRECTIVA E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

LUIS ENRIQUE DUSSAN LOPEZ

Presidente Junta Directiva

CESAR ALBERTO POLANIA SILVA

Secretario de Salud Departamental

LEONARDO VALENZUELA RAMIREZ

Alcalde Municipal

JULIO CESAR QUINTERO VIEDA

Decano Facultad de Salud Universidad Surcolombiana

MILLER BAUTISTA RICO

Representante del Sector Científico

HENRY CEDIEL BENAVIDEZ

Representante de los Gremios de la Producción

MARIA DELIA QUIROGA BUSTOS

Representante Asociación de Usuarios



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZON HUILA
NIT: 891.180.026-5

CUERPO DIRECTIVO E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

JORGE HUMBERTO GONZALEZ BAHAMON
Gerente

YANETH GUTIÉRREZ MARTÍNEZ
Asesor de Control Interno

DIEGO LOSADA FLORIANO
Subdirector Científico

ESPERANZA FIERRO VANEGAS
Subdirector Administrativo

LUIS FERNANDO CASTRO MAJE
Asesor Jurídico Externo



TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. PRESENTACIÓN	6
2. MARCO LEGAL	7
3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	8
4. MARCO ESTRATÉGICO	12
4.1. MISIÓN	12
4.2. VISIÓN	12
4.3. PRINCIPIOS CORPORATIVOS	12
4.4. VALORES INSTITUCIONALES	12
4.5. OBJETIVOS ESTRATEGICOS	13
4.6. POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	13
5. METODOLOGIA	15
6. FASES DEL PLAN DE GESTIÓN	16
1. FASE DE PREPARACIÓN	17
2. FASE DE FORMULACIÓN	49
2.1 ARTICULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA ESE, CON EL PLAN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL DE DESARROLLO	49
2.2 INDICADORES POR AREAS DE GESTIÓN (DIAGNÓSTICO)	50
2.3. INDICADORES Y METAS ANUALIZADAS	
2.4. FINANCIACIÓN DEL PLAN DE GESTION	66
2.5. PROYECTOS DE INVERSIÓN	67
3. FASE DE APROBACIÓN	68
4. FASE DE EJECUCIÓN	68
5. FASE DE EVALUACIÓN	68
7. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN AL PLAN DE GESTIÓN E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL	69



ANEXO N° 1 CONDICIONES Y METODOLOGÍA PARA LA PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN	69
ANEXO N° 2 INDICADORES Y ESTANDARES POR AREAS DE GESTION	70
ANEXO N° 3 INSTRUCTIVO PARA LA CALIFICACIÓN	77
ANEXO N° 4 MATRIZ DE CALIFICACIÓN	81
ANEXO N° 5 ESCALA DE RESULTADOS	84



1. PRESENTACION

El Plan de Gestión presentado, está proyectado para ser ejecutado durante el período comprendido del 16 de mayo de 2020 al 31 de marzo de 2024, según lo establecido por el Ministerio de Salud y de Protección Social, en la Ley N°1438 de 2011 Artículos 73 y 74; Por medio de la cual se definen el procedimiento para la aprobación y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes o Directores de Empresas Sociales del Estado- ESE del orden territorial, la Resolución N°0000710 de 2012, por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del Plan de Gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones, la Resolución N°0000743 de 2013, por la cual se modifica la Resolución N°0000710 de 2012 y se dictan otras disposiciones, la Resolución N°0000408 de 2018, por la cual se modifica la Resolución N°0000710 de 2012, modificada por la Resolución N°0000743 de 2013 y se dictan otras disposiciones y la Resolución N°0001097 de 2018, por medio de la cual se corrige la Resolución N°0000408 de 2018.

La formulación del Plan de Gestión, permite establecer a la Gerencia la carta de navegación de la ESE, mediante la identificación de aquellas prioridades para el desarrollo de la institución, las cuales tendrán un impacto directo sobre el cliente interno, el cliente externo, los procesos, la infraestructura y las principales variables de calidad, administrativas, económicas y financieras, que se encuentran directamente relacionadas con la prestación de los servicios.

La ejecución del Plan de Gestión, traerá beneficios relevantes en el direccionamiento estratégico de la ESE, permitiendo el seguimiento permanente, por medio de indicadores, los cuales orientan los esfuerzos para alcanzar el mejoramiento continuo; alineados con los planes de acción y los planes operativos que se desarrollan por cada una de las áreas, donde se podrá identificar, necesidades, responsables, recursos necesarios y estimación de tiempos para su efectivo cumplimiento.

JORGE HUMBERTO GONZALEZ BAJHAMON

Gerente



2. MARCO LEGAL

- LEY 1438 DE 2011. Por medio de la cual se reforma Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

CAPÍTULO III INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS Y EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

Artículo 72°. Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales. La junta directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el director o gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado.

Artículo 73°. Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las empresas sociales del estado del orden territorial.

Artículo 74°. Evaluación del plan de gestión del director o gerente de empresas sociales del estado del orden territorial.

- RESOLUCIÓN N°0000710 DE 2012. Por medio del cual se adoptan las condiciones y metodologías para la elaboración del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del Orden territorial, su evaluación por parte de las juntas directivas, y se dictan otras disposiciones.
- RESOLUCIÓN N°0000743 DE 2013. Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.
- DECRETO N°780 DE 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
- RESOLUCIÓN N°0000408 DE 2018. Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.
- RESOLUCIÓN N°0001097 DE 2018. Por medio de la cual se corrige la Resolución 408 de 2018.



3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

3.1 Naturaleza y reseña histórica de la Empresa.

En Agosto 19 de 1893, nació la Sociedad San Vicente de Paúl, para ayudar a los pobres necesitados y enfermos. El 7 de Octubre de 1.895, se cristaliza como hospital de Beneficencia según escritura pública 177 de la Notaría de Garzón, cuya misión era la de ofrecer protección a los ancianos e indigentes, siendo un asilo para ellos, además se prestaba el servicio de curaciones. En 1971 se concedió Personería Jurídica y la entidad tomó el nombre de Hospital Integrado San Vicente de Paúl. El 1 de Noviembre de 1973 quedó como Hospital San Vicente de Paúl, hasta el 11 de Enero de 1978 cuando tomó el nombre de Hospital Regional San Vicente de Paúl.

En Agosto 1º de 1.994, mediante Decreto Ordenanza No. 730, se transforma en Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl del Municipio de Garzón, como entidad pública de categoría especial, descentralizada del orden Departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Título II, Libro Segundo de la Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993 y por el Decreto 1876 de 1994, por el derecho privado en lo que se refiere a contratación, y por lo fijado en sus Estatutos.

3.2 Estructura de Procesos.

El modelo de Operación, se constituye en elemento de control, que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la empresa, armonizando con visión sistémica, la misión y visión institucional con sus componentes corporativos, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa – efecto, garantizan su ejecución eficiente y el cumplimiento de los objetivos organizacionales de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl.

El objetivo es armonizar con enfoque sistémico la función, la misión y la visión de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, con los componentes corporativos que la integran, a fin de garantizarle el cumplimiento eficiente y eficaz de los planes y programas adoptados.

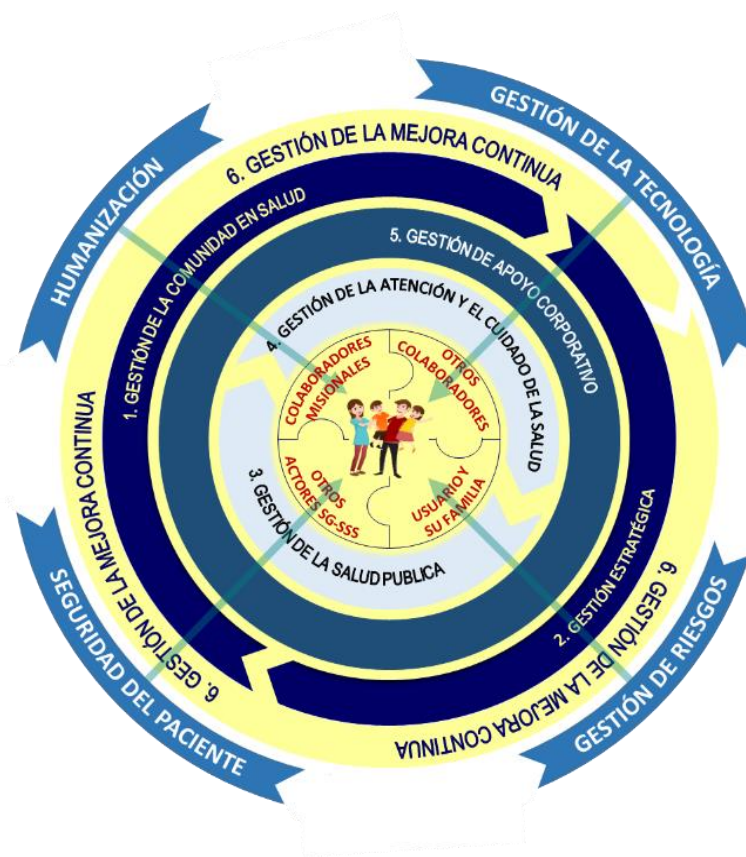
- **Mapa de Procesos**

En la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, los procesos están representados gráficamente en el Mapa de Procesos, el cual ilustra los cuatro niveles de



ordenamiento de procesos, según lo fija el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 a saber: Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación, tal como se evidencia a continuación:

Grafico No. 3: Mapa de procesos



- **Procesos Estratégicos (A):** Son aquellos procesos orientados al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la Dirección de la Empresa. Para la ESE estos son: Gestión de la Comunidad en Salud (A1) y Gestión Estratégica (A2)

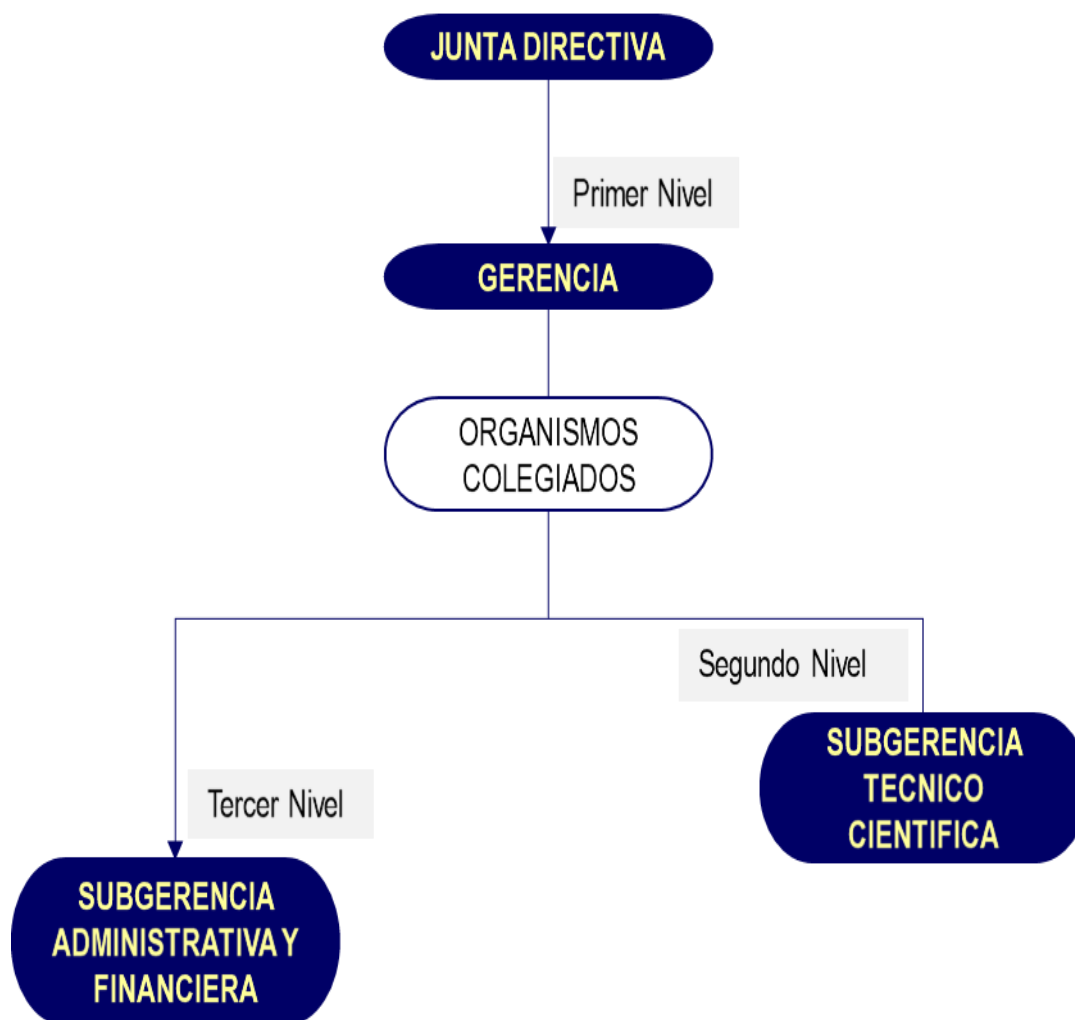
- **Procesos Misionales (B):** Son todos aquellos procesos que proporcionan el resultado previsto por la Empresa Social del Estado, en el cumplimiento del objeto social o razón de ser. Para la ESE estos son: Gestión de la Salud Pública (B1) y Gestión de la Atención y el Cuidado de la Salud (B2).

- **Proceso de Apoyo (C):** Es el que provee los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos, estratégicos, misionales y los de evaluación, denominado Gestión de Apoyo Corporativo (C1)



- **Proceso de Evaluación y Mejoramiento (D):** Es el proceso necesario para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y mejora de la eficacia y de la eficiencia y son una parte integral de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, el cual se denomina Gestión de la Mejora Continua (D1).

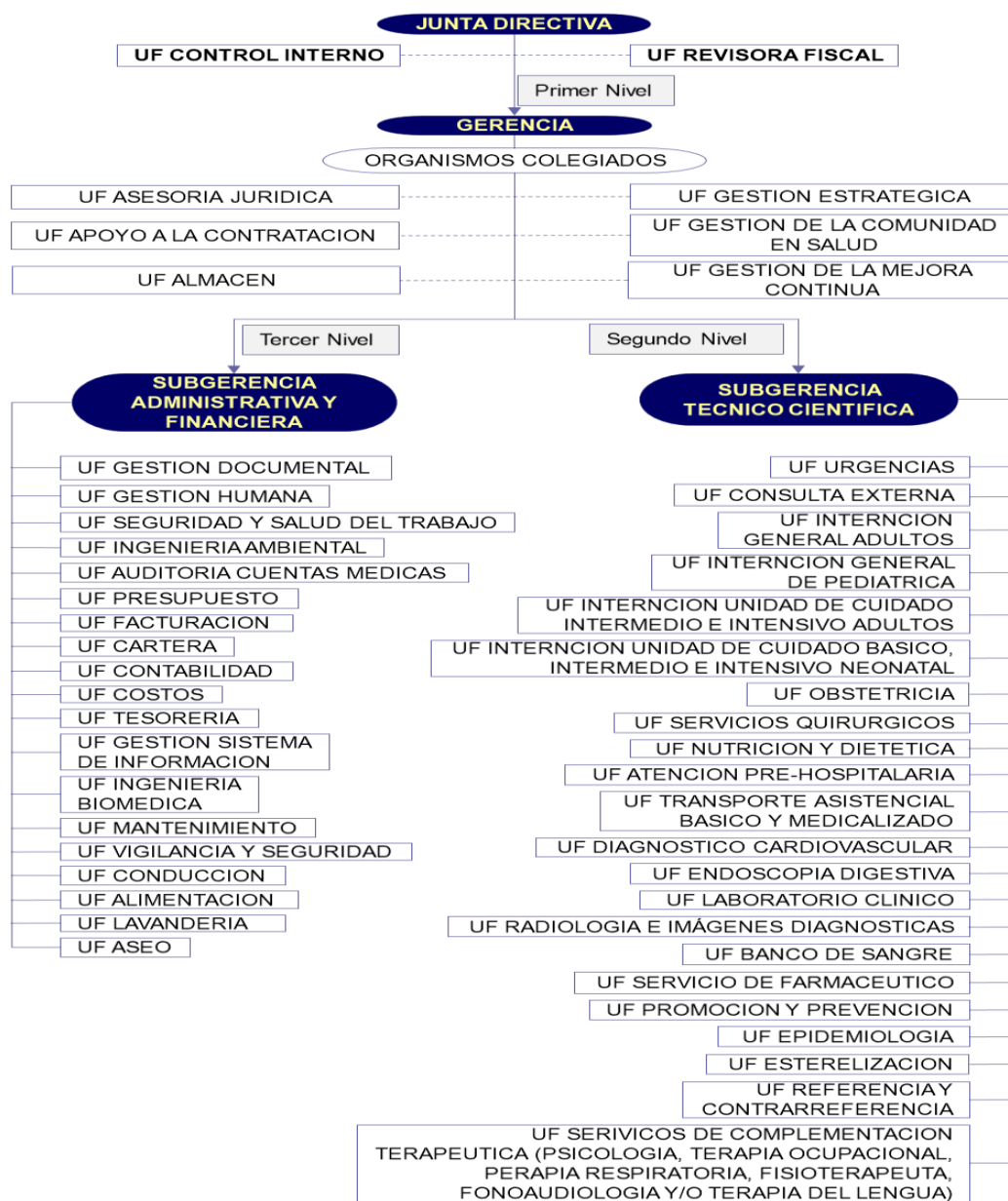
- **Estructura Orgánica**



El sustento normativo de la Estructura Orgánica es el Acuerdo No. 008 de Junio 18 de 2003.



- Estructura Orgánica Funcional



El sustento normativo es el Acta de Junta Directiva No. 229 de Febrero 26 de 2019.



4. MARCO ESTRATÉGICO

4.1. MISIÓN

"Garantizamos servicios de salud de calidad sostenible, humanizados y seguros; con un talento humano valorado que aporta gestión del conocimiento al mejoramiento continuo de la calidad de vida y salud de la población".

4.2. VISIÓN

"Brindaremos satisfacción mientras generamos los mejores resultados en salud."

4.3. PRINCIPIOS

- **Solidaridad:** Los colaboradores de la ESE se adhieren circunstancialmente a la causa de los otros. Cuando un colaborador de la ESE es solidario, mantiene una naturaleza social en el entorno en el que se desarrolla profesional y personalmente, con una preocupación constante por las personas que verdaderamente necesitan de su ayuda y servicio, el cual es ofrecido con generosidad y humanidad
- **Compromiso Social:** Los colaboradores de la ESE ayudan permanentemente a las personas que lo requieren sin ningún interés adicional a la satisfacción por el servicio prestado y la responsabilidad de apoyo a la sociedad. Aportan activa y voluntariamente al mejoramiento de la comunidad en salud.
- **Amor a la Vida:** Los colaboradores de la ESE manifiestan el amor en su servicio caracterizado por su capacidad para comprometerse y cooperar en la protección de la vida logrando una atención más humanizada y segura.

4.4. VALORES

- **Respeto:** Los colaboradores de la ESE reconocen, aceptan, aprecian y valoran las cualidades del otro y sus derechos. Reconocen el valor propio y el de los derechos de los usuarios y de la comunidad.
- **Tolerancia:** Los colaboradores de la ESE cumplen con el respeto íntegro hacia el otro, hacia sus ideas, creencias o prácticas independientemente de que coincidan o sean diferentes y/o contrarias a las propias.



- **Equidad:** Los colaboradores de la ESE tienen la capacidad de considerar a las demás personas con justicia, respetando la pluralidad de la sociedad. Distribuyen con ética y responsabilidad los derechos y las oportunidades.

- **Empatía:** Los colaboradores de la ESE establecen vínculos sólidos y positivos con las demás personas. Cultivan la capacidad para reconocer y comprender los sentimientos, ideas, conductas y actitudes de los usuarios y la comprensión de las circunstancias que les pueden afectar en las distintas situaciones de los procesos de atención.

- **Comunicación:** Los colaboradores de la ESE intercambian de forma efectiva información de interés, pensamientos, ideas y sentimientos con las personas que los rodean, en un ambiente de cordialidad y buscando conseguir un traspaso de la información relevante del usuario de forma estructurada, sistematizada e inequívoca.

- **Trabajo en Equipo:** Los colaboradores de la ESE trabajan coordinadamente en la consecución de los objetivos propuestos en los diferentes procesos de atención, ejercen el liderazgo efectivo y desarrollan un entorno proclive al aprendizaje continuo.

4.5. OBJETIVOS ESTRATEGICOS

- Asegurar estándares superiores de calidad sostenibles en la institución.
- Lograr la sostenibilidad financiera y rentabilidad social de la institución.
- Garantizar el modelo integrado, humano y seguro en la prestación de servicios que responda a las necesidades en salud de la población.

4.6 POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud, la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de San Vicente de Paul, viene desarrollando la Política de Seguridad del Paciente adoptada por la Resolución No. 1137 de Septiembre 26 de 2015, mediante la cual, se compromete a implementar un conjunto de prácticas institucionales tendientes a aumentar los niveles de seguridad en la prestación del servicio, protegiendo con ello al paciente de riesgos evitables derivados de la atención en salud, desarrollando la cultura de seguridad para el usuario, fomentando en los colaboradores, en los pacientes y en sus familias el desarrollo de acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención. Las acciones se encaminan en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios y sus familias.

La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul implementa un programa de seguridad del paciente en el cual se encuentran las herramientas para la detección, reporte y análisis de los eventos adversos e incidentes registrados en plataforma institucional SISAR (Sistema de



información y seguimiento a riesgo – E-calidad), así como también las estrategias para el fortalecimiento de la cultura de seguridad institucional.

Para la institución ha sido muy importante la estrategia de gestores de seguridad porque ha permitido fortalecer la cultura del reporte de eventos adversos, brindar las herramientas necesarias en materia de seguridad del paciente y conllevar a que estas sean realizadas efectivamente en cada uno de los servicios. Las gestoras de seguridad del paciente son las personas encargadas de apoyar y orientar al personal asistencial en los diferentes servicios para el cumplimiento de todas aquellas actividades encaminadas a garantizar la seguridad del paciente en la empresa, igualmente realizan búsqueda activa de incidentes y eventos a clasificar. Se consideran un apoyo importante porque igualmente realizan capacitaciones permanentes tanto a funcionarios como usuarios y sus familias en temas relacionados con seguridad del paciente.

La Gestión del Riesgo Asistencial, involucra todas las Estrategias Institucionales dirigidas al mejoramiento de la Seguridad del paciente, dentro del contexto de Análisis de problemas de seguridad de forma proactiva, que puede ser desarrollada mediante metodología institucional identificación de riesgos de procesos asistenciales, identificación de la probabilidad e impacto denotando la valoración y zona de riesgo.



5. METODOLOGIA

La Gerencia de la E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paul, junto con su equipo de colaboradores, adoptaron las condiciones y metodología para la elaboración y presentación de Planes de Gestión, establecida por la Resolución N°0000710 de 2012 Anexo N°1 y N°5, Resolución N°0000743 de 2013, modificada por la Resolución N°0000408 de 2018 y Resolución N°0001097 de 2018, Anexos N°2, N°3 y N°4; las cuales comprendieron un proceso de recopilación, revisión y análisis de datos e indicadores de gestión, financieros, administrativos, productividad, calidad, entre otros; además se realizó la revisión de programas, procesos y procedimientos para el desarrollo organizacional que permitirán establecer los aspectos estratégicos, tácticos y operativos inherentes a la planificación.

De acuerdo a lo establecido y según condiciones metodológicas, se busca alinear los planes de acción y los planes operativos a desarrollar por cada una de las áreas, con las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial.

Es así, que el Plan de Gestión de la E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paul, contendrá en forma ordenada y acorde:

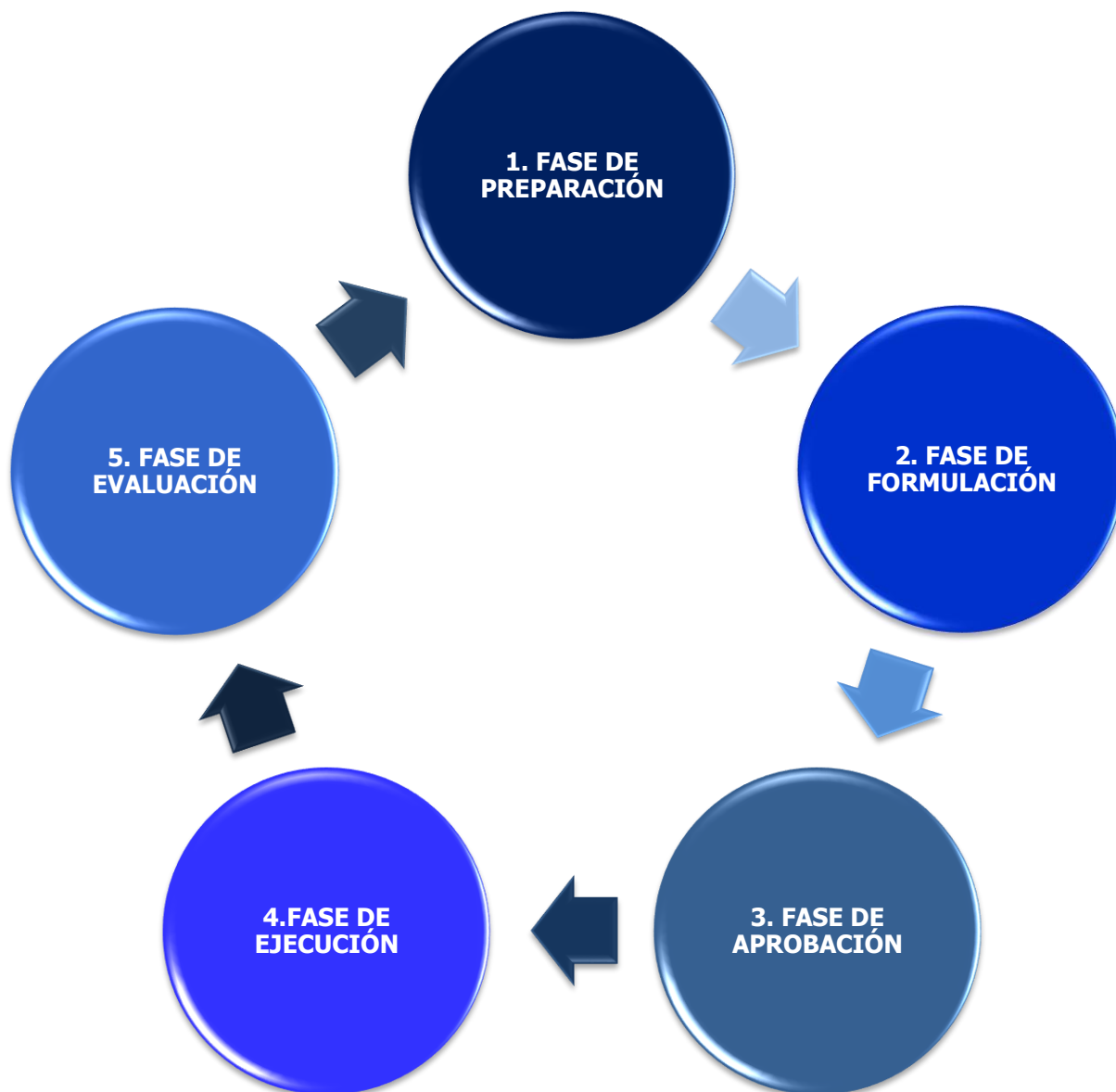
- ✓ Metas de gestión y resultados teniendo en cuenta los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión, contenidas en el anexo técnico N°2 de la Resolución N°0000408 de 2018, corregida por la Resolución N°0001097 de 2018.
- ✓ Diagnóstico inicial o línea base para cada indicador.
- ✓ Establecimientos de logros o compromisos de gestión por cada año.

El Plan de Gestión, se desarrollará en **CINCO FASES**, en forma sucesiva a manera de ciclo continuo, dando cumplimiento a la normatividad vigente.

1. Fase de Preparación
2. Fase de Formulación
3. Fase de Aprobación
4. Fase de Ejecución
5. Fase de Evaluación



6. FASES DEL PLAN DE GESTIÓN





1. FASE DE PREPARACIÓN

En esta primera fase, inicialmente se realizó la identificación de las fuentes de información para establecer la Línea Base, insumo fundamental para la formulación del Plan de Gestión 2020 – 2024. La línea base es entendida, como el estudio de la situación actual de la E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paúl, para cada uno de los indicadores y estándares establecidos en las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial; es así, que se construye a partir del Informe de Gestión consolidado 2019 presentado por la Gerencia anterior a la Junta Directiva, además se tiene en cuenta la información reportada por la E.S.E en la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social SIHO - Sistema de Información Hospitalaria de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social; Informes reportados a la Supersalud, Registro Especial de Prestadores -REPS del Ministerio de Salud y Protección Social, informes de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, entre otros.

1.1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

1.1.1. Dirección y Gerencia

Los indicadores y estándares establecidos para el área de Dirección y Gerencia, se orientan a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud, en sus diferentes componentes (Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información para la Calidad); además de la Planeación Estratégica Institucional.

- Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud

El Decreto 1011 de Abril 3 de 2006 , estableció en Colombia el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, normatividad que fue compilada en el decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud, está estructurado en cuatro (4) componentes así: a). El Sistema Único de Habilitación, b). La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, c). El Sistema Único de Acreditación y d). El Sistema de Información para la Calidad.



a). Sistema Único de Habilitación

Entendido como el conjunto 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 los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB).

La Secretaría de Salud Departamental del Huila, es la entidad que tiene a cargo dichas competencias, y es quien define el plan de visitas y realiza al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, cada cuatro (4) años.

Según informe de visita de verificación del cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación N° IVH 236-2019 de fecha 28 de septiembre de 2019 emitido por la Secretaría de Salud Departamental del Huila, se estableció que el prestador (ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl), No Cumple con las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de habilitación, evidenciándose incumplimiento en los estándares de la Resolución 2003 de 2014.

Se evidencia que la Sede N°1, no cumple con los estándares de talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos y dispositivos, procesos prioritarios, historias clínicas y registros asistenciales.

Además en ésta Sede, se evidencia acta de imposición de medida sanitaria de seguridad N°236-2019, de fecha septiembre 2019, donde la Secretaría de Salud Departamental del Huila, ordena al prestador Suspensión Temporal Total del Servicio de Endoscopia Digestiva y la prohibición de la toma de imágenes diagnósticas por parte de dos funcionarios de planta que no cumplan con la formación académica correspondiente, expedida por una institución legalmente reconocida por el Estado.

La Sede N°3, no cumple con infraestructura, dotación, procesos prioritarios, historias clínicas y registros asistenciales.

Por lo cual la comisión técnica de la SSDH, dió traslado en debida forma de todas y cada una de las actuaciones administrativas adelantadas en la visita, a la oficina Jurídica de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, para la correspondiente investigación administrativa de carácter sancionatorio, por los incumplimientos al Sistema Único de Habilitación.

La institución cuenta con un total de cincuenta (50) servicios inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS- Minsalud los cuales se encuentran divididos en tres (3) sedes así:



Sede 1 (Sede Principal de la Empresa Social del Estado San Vicente de Paúl de Garzón)
con código de habilitación No. 412980041901, dispone de treinta y siete (37) inscritos en el REPS,
así:

Código Sede Prestador	Sede	Servicio	Distintivo
4129800419	1	101 -GENERAL ADULTOS	DHS182285
4129800419	1	102 -GENERAL PEDIÁTRICA	DHS182286
4129800419	1	105 -CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	DHS182287
4129800419	1	107 -CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	DHS182288
4129800419	1	108 -CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	DHS182289
4129800419	1	110 -CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	DHS182290
4129800419	1	112 -OBSTETRICIA	DHS182291
4129800419	1	120 -CUIDADO BÁSICO NEONATAL	DHS175500
4129800419	1	203 -CIRUGÍA GENERAL	DHS182292
4129800419	1	204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA	DHS182293
4129800419	1	206 -CIRUGÍA NEUROLÓGICA	DHS507628
4129800419	1	207 -CIRUGÍA ORTOPÉDICA	DHS182294
4129800419	1	208 -CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	DHS182295
4129800419	1	209 -CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	DHS182296
4129800419	1	302 -CARDIOLOGÍA	DHS340321
4129800419	1	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHS182299
4129800419	1	335 -OFTALMOLOGÍA	DHS182300
4129800419	1	387 -NEUROCIRUGÍA	DHS507629
4129800419	1	501 -SERVICIO DE URGENCIAS	DHS182302
4129800419	1	601 -TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	DHS182303
4129800419	1	602 -TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	DHS182304
4129800419	1	701 -DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR	DHS182305
4129800419	1	703 -ENDOSCOPIA DIGESTIVA	DHS182306
4129800419	1	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHS182307
4129800419	1	710 -RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	DHS182308
4129800419	1	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHS182309
4129800419	1	713 -TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	DHS182310
4129800419	1	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHS182311
4129800419	1	719 -ULTRASONIDO	DHS182312
4129800419	1	729 -TERAPIA RESPIRATORIA	DHS175501
4129800419	1	732 -ECOCARDIOGRAFÍA	DHS182313
4129800419	1	741 -TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	
4129800419	1	818 -ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	DHS714059
4129800419	1	907 -PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO	DHS266992



4129800419	1	908 -PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO	DHS266993
4129800419	1	916 -PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN	DHS175502
4129800419	1	950 -PROCESO ESTERILIZACIÓN	DHS182314

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS- Minsalud

Es importante resaltar que de los treinta y siete (37) servicios inscritos en la sede 1, solo siete (7) servicios se encuentran debidamente habilitados según informe de visita de verificación del cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación N° IVH 236-2019 de fecha 28 de septiembre de 2019. Los demás servicios no cuentan con resolución de habilitación por incumplir los estándares de talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos y dispositivos, procesos prioritarios, historias clínicas y registros asistenciales.

Sede 2 (Centro Integral de Terapias) con código de habilitación No. 412980041902 dispone de cinco (5) servicios inscritos en el REPS, así:

Código Sede Prestador	Sede	Servicio	Distintivo
4129800419	2	344 -PSICOLOGÍA	DHS182315
4129800419	2	728 -TERAPIA OCUPACIONAL	DHS175503
4129800419	2	729 -TERAPIA RESPIRATORIA	DHS175504
4129800419	2	739 -FISIOTERAPIA	DHS175505
4129800419	2	740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	DHS175506

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS- Minsalud

La Sede 2, según Resolución N°1751 de fecha 30 julio de 2019, Cumple con las condiciones del Sistema Único de habilitación, por tanto mantiene debidamente habilitados los cinco (5) servicios inscritos.

Sede 3 (Sede Ambulatoria) con código de habilitación No. 412980041903 dispone de ocho (8) servicios inscritos en el REPS, así:

Código Sede Prestador	Sede	Servicio	Distintivo
4129800419	3	301 -ANESTESIA	DHS182316
4129800419	3	304 -CIRUGÍA GENERAL	DHS182317
4129800419	3	320 -GINECOBISTETRICIA	DHS182318
4129800419	3	328 -MEDICINA GENERAL	DHS182319
4129800419	3	329 -MEDICINA INTERNA	DHS182320
4129800419	3	339 -ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	DHS182321
4129800419	3	340 -OTORRINOLARINGOLOGÍA	DHS182322

Página 20/86



4129800419	3	342 -PEDIATRÍA	DHS182323
------------	---	----------------	-----------

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS- Minsalud

En la Sede 3, la totalidad de los servicios no se encuentran habilitados según informe de visita de verificación del cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación N° IVH 236-2019 de fecha 28 de septiembre de 2019 emitido por la Secretaría de Salud Departamental del Huila. Esta sede no cumple con infraestructura, dotación, procesos prioritarios, historias clínicas y registros asistenciales.

b). Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en el Hospital

El programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud vigencia 2019 fue adoptado mediante Resolución 0061 de 2019, cuyo objetivo era implementar estrategias que conllevaran a garantizar el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de salud en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila.

El enfoque del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es la preparación para la acreditación. Anualmente se realiza la autoevaluación de estándares de acreditación de acuerdo a la Resolución 0005095 de Noviembre 19 de 2018 "Por la cual se adopta el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1" expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En desarrollo del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, la ESE se ha orientado a la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios; de acuerdo a la evaluación de estándares de acreditación según resolución 0005095 de Noviembre 19 de 2018, al realizar la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada y a través de la realización de auditorías internas y la medición de indicadores con su respectivo análisis. Se desarrolla la ruta crítica en cada una de sus fases con la finalidad de lograr la estandarización de procesos asistenciales, corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Según reporte de la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud – Supersalud, vigencia 2019, la Empresa Social del Estado San Vicente de Paúl de Garzón con NIT 891180026, cumplió en un 100% con la efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad.

c). Sistema Único de Acreditación

El Sistema Único de Acreditación en Salud, se orienta por los siguientes principios:



- **Gradualidad.** El nivel de exigencia del cumplimiento de los estándares de los manuales del Sistema Único de Acreditación en Salud aprobados, será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

- **Manejo de información.** La información que se genere en el proceso de acreditación se sujetará a las condiciones establecidas entre la entidad acreditadora y las entidades que adelanten el proceso de acreditación.

- **Integralidad:** La acreditación sólo podrá obtenerse cuando en todos los procesos de la entidad interesada se apliquen los estándares de acreditación que les corresponda, dado el ámbito institucional de dicha acreditación.

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, tiene establecido un equipo autoevaluador para la acreditación en salud conformado de acuerdo a resolución 0061 de 21 de enero de 2019, el cual ha sido capacitado para la respectiva evaluación por estándares y grupos de estándares. Anualmente ha venido realizando la autoevaluación de los estándares de acreditación, cuyo resultado se constituye en insumo fundamental para la mejora continua de los procesos de atención en salud.

Teniendo en cuenta que para la evaluación del área de dirección y gerencia se encuentra el indicador de mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior de acuerdo a resolución 408 de 2018, dicha evaluación se ha adelantado por el equipo institucional de autoevaluación y de mejoramiento sistémico, no obstante surge la necesidad de contar con evaluadores externos (idóneos y con experiencia en evaluación del sistema Único de Acreditación), que determinen la coincidencia de la evaluación del desempeño organizacional con el desempeño planteado en los estándares del Manual de acreditación en salud ambulatorio y Hospitalario en Colombia Versión 3.1; estableciendo un diagnóstico como parte de los procesos de evaluación interna en la ESE.

El comportamiento de la calificación en las autoevaluaciones de acreditación en salud 2016-2019, es como se evidencian seguidamente:

CONSOLIDADO CALIFICACIÓN POR AÑO					
RESOLUCIÓN No. 5095 DE 2018					
GRUPO	ESTÁNDARES	2016	2017	2018	2019
ESTÁNDARES DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	DERECHOS DE LOS PACIENTES	2,9	2,9	2,9	2,9
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	3,4	3,8	3,8	3,8
	ACCESO	3,1	3,1	3,1	3,1
	REGISTRO E INGRESO	3	3	3,1	3,1
	EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES AL INGRESO	3	3	3,1	3,1
	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	3	3	3,1	3,1
	EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	2,9	2,9	2,9	2,9
	EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	2,8	2,8	3	3
	SALIDA Y SEGUIMIENTO	3,1	3,1	3,1	3,1



	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	3,2	3,2	3,4	3,4
	SEDES INTEGRADAS EN RED	2,9	2,9	2,9	2,9
	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3,3	3,3	3,5	3,5
PROMEDIO ESTÁNDARES ASISTENCIALES		3,05	3,1	3,2	3,2
GRUPO	ESTÁNDARES	2016	2017	2018	2019
ESTÁNDARES DE APOYO	DIRECCIONAMIENTO	3	3	3,1	3,1
	GERENCIA	3,1	3,1	3,1	3,1
	GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	3	3	3,1	3,1
	GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	3,1	3,1	3,2	3,2
	GESTION DE LA TECNOLOGÍA	3	3	3	3
	GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	3	3,1	3,1	3,1
	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3,2	3,2	3,5	3,5
PROMEDIO ESTÁNDARES DE APOYO		3,1	3,1	3,2	3,2
PROMEDIO GLOBAL		3,1	3,1	3,2	3,2
INDICADOR RESOLUCIÓN 408 DE 2018		1,22	1,01	1,03	1,0

Fuente: Autoevaluaciones de Acreditación 2016-2019 ESE HDSVP.

d). El Sistema de Información para la Calidad

El Sistema de Información para la Calidad, tiene por objeto estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es importante tener en cuenta que no se puede mejorar lo que no se puede medir y de acuerdo a lo mencionado la medición de indicadores permiten conocer el comportamiento de los diferentes procesos institucionales con el fin de establecer brechas o desviaciones que requieran intervención para su mejoramiento. Los indicadores les permiten a los directivos contar con la información de manera oportuna, eficaz y veraz para la toma de decisiones.

La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, dió cumpliendo cabalmente con los objetivos y principios del Sistema de Información para la calidad, reportando dentro de los términos de ley, la información requerida por la Resolución 256 de 2016 y el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social, tal como se observa a continuación:

- Reporte SIHO Ministerio de Salud y Protección Social- Ficha Técnica 2016-2019

CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016)				
Variable	2016	2017	2018	2019
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	4,022	5,12	4,96	6,231



Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	0,008	0,009	0,033	0,018
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,486	2,135	1,345	2,443
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,005	0,021	0,013	0,024
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,72	-	-	-
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	8,767	9,451	10,847	9,619
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	5,888	4,192	4,402	4,459
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	6,618	3,871	3,987	4,39
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	5,621	3,794	3,98	4
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	11,438	10,119	8,858	5,746
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	29,563	26,853	28,685	28,428
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	97,4%	97,6%	94,1%	98,7%

Fuente: SIHO Ministerio de Salud y Protección Social- Ficha Técnica 2016-2019

- Productividad según Ficha Técnica- Reporte del Decreto 2193 de 2004 – Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo a la información de producción de servicios consolidada anual 2016-2019, extractada de la ficha técnica del Ministerio de Salud y Protección Social, el comportamiento de la producción de servicios de salud de la ESE, ha sido el siguiente:

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS				
Variable	2016	2017	2018	2019
Camas de hospitalización	100	100	100	100
Total de egresos	13.112	12.908	22.133	10.569
Porcentaje Ocupacional	87,04	86,53	85,05	88,14
Promedio Días Estancia	2,19	2,18	1,32	3,3
Giro Cama	131,12	129,08	221,33	105,69
Consultas Electivas	59.731	62.208	70.385	49.785
Consultas de medicina general urgentes realizadas	37.269	30.740	31.308	28.344
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	5.559	5.855	5.995	23.589



Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	8.863	9.146	8.746	8.935
Número de partos	2.438	2.423	2.274	2.257
% Partos por cesárea	30,27	31,24	31,09	31,06
Exámenes de laboratorio	231.839	277.303	263.630	292.036
Número de imágenes diagnósticas tomadas	51.562	52.511	49.554	54.124
Dosis de biológico aplicadas	4.518	2.507	4.534	4.593
Citologías cervicovaginales tomadas	787	562	53	91
Producción Equivalente UVR	3.464.713,80	3.658.597,38	3.563.449,01	3.933.984,69

Fuente: Decreto 2193 de 2004- SIHO- Ministerio de Salud y Protección Social 2016-2019

Como se evidencia en la tabla anterior, la producción de servicios de la ESE entre el 2016 y el 2019 se incrementan el 0,8% los procedimientos quirúrgicos, el 26% los exámenes de laboratorio clínico, el 5% las imágenes diagnósticas tomadas y el 1,7% la dosis de biológicos aplicados, sin embargo, los egresos, la consulta electiva, la consulta de medicina general urgente y el número partos, decrecen en el periodo de análisis.

- Capacidad instalada según Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS

Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Placa	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON	AMBULANCIAS	Básica	1	OET410	TERRESTRE	2015	10009411297
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON	AMBULANCIAS	Básica	1	OET427	TERRESTRE	2018	10016150317
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	OET423	TERRESTRE	2017	10013658113
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	OLN413	TERRESTRE	2019	10017510534
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	OWI618	TERRESTRE	2014	10006090003
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON	AMBULANCIAS	Medicalizada	1	OXB183	TERRESTRE	2012	10003040953
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON	CAMAS	Pediátrica	16				
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON	CAMAS	Adultos	41				



		PAUL DE GARZÓN							
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN	CAMAS	Obstetricia	20				
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN	CAMAS	Cuidado Intermedio Neonatal	6				
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN	CAMAS	Cuidado Intensivo Neonatal	5				
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN	CAMAS	Cuidado Intermedio Adulto	1				
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN	CAMAS	Cuidado Intensivo Adulto	8				
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN	CAMAS	Cuidado básico neonatal	3				
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN	SALAS	Quirófano	3				
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN	SALAS	Partos	2				
4129800419	1	E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN	SALAS	Procedimientos	1				
4129800419	3	SEDE AMBULATORIA	SALAS	Procedimientos	2				

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS- Minsalud

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, dispone de una capacidad instalada registrada en el Ministerio de Salud y Protección Social, de cien (100) camas para los servicios de hospitalización Adultos, Obstetricia, Pediatría, Cuidado Básico, Intermedio e Intensivo Neonatal y Cuidado Intermedio e Intensivo Adultos; tres (3) salas de Cirugía, dos (2) salas para Partos, una (1) sala de procedimientos en la sede principal y dos (2) Salas de procedimientos en la sede ambulatoria.

El área de observación y urgencias cuenta con un total de camas así: diecinueve (19) camillas de urgencias; observación cuenta con nueve (9) cubículos mujeres, doce (12) cubículos hombres, cinco (5) cubículos niños para un total de veintiséis (26). Observación obstétrica cuenta con un total de siete (7) camas y cinco (5) camas de trabajo de parto.

El parque automotor para el traslado de usuarios de la ESE a otras instituciones prestadoras de servicios de salud de mayor complejidad, está compuesto por seis (6) ambulancias, de las cuales cuatro (4) son ambulancias transporte asistencial medicalizadas y dos (2) ambulancias de transporte asistencial básico.



Según los reportes que se generan a través del sistema Dinámica Gerencial respecto del porcentaje ocupacional en los servicios de la ESE, se logra evidenciar que el servicio de hospitalización al cierre de Diciembre 31 de 2019, alcanzó los siguientes porcentajes ocupacionales:

SERVICIOS		CAMAS	DÍAS CAMAS OCUPADAS	DÍAS CAMAS DISPONIBLES	% OCUPACIONAL
HOSPITALIZACIÓN H1		21	1.797	1.840	97,7%
HOSPITALIZACIÓN H2		20	1.801	1.840	97,9%
HOSPITALIZACIÓN H3		20	1.897	1.932	98,2%
HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA		16	1.232	1.472	83,7%
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	INTERMEDIO	1	614	828	74,2%
	INTENSIVO	8			
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	BÁSICO	4	738	1.288	57,3%
	INTERMEDIO	6			
	INTENSIVO	4			
TOTAL		100	8.079	9.200	87,8%

Fuente: Información Sistema Dinámica Gerencial Cuarto Trimestre 2019

El porcentaje ocupacional en hospitalización en adultos 1,2 y 3 alcanza en promedio un 97.9% de ocupación, el servicio de hospitalización de Pediatría alcanza un porcentaje ocupacional del 83.7%, internación de cuidado intermedio e intensivo adultos del 74,2% y cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal un 57,3% de ocupación.

1.1.2. Financiero y Administrativo

- Categorización del Riesgo:

La E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paúl, según la última categorización del Riesgo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra sin riesgo; ésta categorización se realizó según Resolución N°1342 del 29 de mayo de 2019 (con información cierre año 2018), es importante resaltar que el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, preceptúa que el Ministerio de Salud y Protección Social "(...) determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud (...).

Variable	Calificación
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Sin riesgo
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Sin riesgo



Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Sin riesgo
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Sin riesgo
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Riesgo bajo
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Riesgo bajo
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Riesgo bajo

Fuente: Ficha Técnica Ministerio de Salud y Protección Social 2012-2019

Por lo anterior, se hace claridad que el Ministerio de Salud y Protección Social, según Resolución N°0000856 del 29 de mayo de 2020, artículo N°6, realizó suspensión del plazo para la determinación del riesgo de la Empresas Sociales del Estado, con evaluación de la vigencia fiscal 2019, debido a la emergencia sanitaria por causa de la pandemia de COVID-19.

- Planta de Personal o servidores:

El Plan de Cargos de la ESE al cierre de Diciembre 31 de 2019 fue de 132 cargos, de los cuales el 79% corresponden a cargos del nivel asistencial u operativos y el 21% a cargos del nivel administrativo, es decir, 104 cargos que se desempeñan en el área de gestión clínica o asistencial y 28 cargos que se desempeñan en las áreas de Dirección y Gerencia y Financiero y Administrativa.

- Planta de Personal o servidores

NIVEL JERÁRQUICO/PERIODOS	AÑOS				
	2016	2017	2018	2019	2020
Directivo	4	4	4	4	4
Asesor	1	1	1	1	1
Profesional	17	17	17	17	17
Técnico	4	4	4	4	4
Asistencial	73	73	73	73	73
Otros	33	33	33	33	33
TOTAL	132	132	132	132	132

Fuente: Oficina de Talento Humano ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul.

Se observa diferencia, en la cantidad de cargos reportados en Planta de personal por la Oficina de Talento Humano ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul y el reporte realizado en el Sistema de Información Hospitalaria de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social –SIHO.



PLANTA DE PERSONAL				
Variable	2016	2017	2018	2019
Total Cargos Planta de Personal (Provistos)	111	110	110	108
Empleados Públicos	95	94	94	92
Trabajadores Oficiales	6	6	6	6
Libre Nombramiento y Periodo Fijo	10	10	10	10
Planta Temporal	0	0	0	0

Fuente: SIHO- Ministerio de Salud y Protección Social 2016-2019

En cuanto al personal de planta reportado por la ESE en el SIHO -Sistema de Información Hospitalaria de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social; se evidenciaron ciento ocho (108) cargos de planta; Noventa y dos (92) Empleados Públicos, seis (6) Trabajadores Oficiales y diez (10) de Libre Nombramiento y Periodo Fijo.

El costo total de la planta de personal según la ejecución presupuestal a Diciembre 31 de 2019, fue de \$8.866,7 Millones de pesos M/cte, y el costo del personal indirecto fue de \$25.774,9 Millones de pesos M/cte, para un costo total de planta de personal de \$34.641,6 Millones de pesos M/cte, Tal como se observa a continuación:

COSTO DE PERSONAL/PERIODOS	DESPACHO DEL GERENTE			
	2016	2017	2018	2019
Gastos de Personal de Planta	7.669.434,9	8.581.901,4	8.440.601,5	8.866.672,4
Servicios de Personal Indirectos	20.833.781,8	21.973.979,1	24.592.581,4	25.774.893,2
TOTAL GASTOS DE PERSONAL	28.503.216,7	30.555.880,5	33.033.182,9	34.641.565,6

Fuente: Ficha Técnica Minsalud 2016-2019

- Gestión Económica

• Comportamiento de los Ingresos

INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)					
Variable	2016	2017	2018	2019	Variación 2019 Vs 2018
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	49.111.298,32	51.298.183,70	57.762.486,66	63.728.814,74	10,33%
Total Venta de Servicios	47.249.521,32	48.509.136,48	50.521.593,30	60.471.979,86	19,70%



.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	1.509.248,70	0	168.556,31	137.989,18	-18,13%
.....Régimen Subsidiado	29.229.531,70	30.822.866,81	31.302.840,25	38.146.355,81	21,86%
.....Régimen Contributivo	10.237.349,19	11.541.856,79	11.813.484,22	13.965.915,71	18,22%
Otras ventas de servicios	6.273.391,74	6.144.412,88	7.236.712,52	8.221.719,16	13,61%
Aportes	350.000	1.089.461,73	4.414.001,23	1.089.461,73	-75,32%
Otros Ingresos	1.511.777	1.699.585,49	2.826.892,13	2.167.373,15	-23,33%
Cuentas por cobrar Otras vigencias	11.046.154,91	13.950.269,09	16.868.940,58	19.639.892,78	16,43%
Ingreso Total Reconocido	60.157.453,23	65.248.452,79	74.631.427,23	83.368.707,52	11,71%

Fuente: Ficha Técnica SIHO-Ministerio de Salud y Protección Social 2016-2019.

Como se observa en el cuadro anterior, los ingresos totales reconocidos en la ESE, crecieron en el 11,71% entre el 2018 al 2019. Se incrementaron las ventas de servicios en un 19,70%, jalonadas por la venta del régimen subsidiado que creció el 21,86%, seguida el régimen contributivo con el 18,22% y otras ventas de servicios con el 13,61%. Así mismo, en el año 2019 crecieron las cuentas por cobrar de otras vigencias en un 16,43% frente al año 2018.

INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)				
Variable	2016	2017	2018	2019
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	34.860.797,80	32.194.029,74	37.591.909	36.973.282,97
Total Venta de Servicios	32.999.020,79	29.404.982,53	31.310.941,54	33.716.448,10
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	1.413.790,61	0	63.636,31	26.485,35
.....Régimen Subsidiado	21.147.252,21	19.490.398,74	18.879.477,74	20.752.569,43
.....Régimen Contributivo	6.508.620,53	5.752.228,42	7.931.591,40	7.927.942,78
Otras ventas de servicios	3.929.357,44	4.162.355,36	4.436.236,09	5.009.450,53
Aportes	350.000	1.089.461,73	4.414.001,23	1.089.461,73
Otros Ingresos	1.511.777	1.699.585,49	1.866.966,24	2.167.373,15
Cuentas por cobrar Otras vigencias	11.046.154,91	13.950.269,09	16.868.940,58	19.639.892,78
Ingreso Total Recaudado	45.906.952,70	46.144.298,83	54.460.849,58	56.613.175,75

Fuente: Ficha Técnica SIHO-Ministerio de Salud y Protección Social 2016-2019.

RECAUDADOS / RECONOCIMIENTOS				
Variable	2016	2017	2018	2019
Ventas Servicios de Salud	47.249.521,32	48.509.136,48	50.521.593,30	60.471.979,86
% de recaudos en ventas	69,84	60,62	61,98	55,76
Total ingresos reconocidos	60.157.453,23	65.248.452,79	74.631.427,23	83.368.707,52
% de recaudos / reconocimientos	70,98	62,76	65,08	58,02

Fuente: Ficha Técnica SIHO-Ministerio de Salud y Protección Social 2016-2019.

El porcentaje de recaudos en ventas son aún más preocupante toda vez, que en el año 2019 no alcanzó sino el 55,76%.

El porcentaje de recaudos / reconocimientos ha venido disminuyendo; en la vigencia 2019 no alcanzó sino el 58,2%.



- Comportamiento de la Cartera

CARTERA DEUDORES (miles de pesos corrientes)					%
Variable	2016	2017	2018	2019	
Total Cartera	28.712.190,15	29.704.578,17	31.671.023,66	38.268.606,09	100,0%
< 60 días	5.050.990,39	2.730.035,09	4.352.616,91	5.116.109,47	
61 a 360 días	6.792.886,96	12.490.824,61	10.523.905,38	16.942.568,59	
> 360 días	16.868.312,81	14.483.718,47	16.794.501,38	16.209.928,03	
Régimen Subsidiado	14.522.437,35	14.706.209,12	15.641.954,73	18.109.823,27	47,3%
< 60 días	3.588.284,76	1.981.435,47	2.804.211,82	3.178.479,91	
61 a 360 días	3.380.565,59	6.904.596,55	7.109.245,50	10.851.248,49	
> 360 días	7.553.587,01	5.820.177,10	5.728.497,42	4.080.094,87	
Población Pobre No Asegurada	215.600,46	153.341,73	168.941,72	429.715,99	1,1%
< 60 días	28.185,18	10.209,38	15.810,51	96.764,32	
61 a 360 días	65.361,14	65.430,70	63.393,94	201.665,64	
> 360 días	122.054,14	77.701,65	89.737,27	109.336,50	
Régimen Contributivo	10.475.994,76	12.817.715,39	12.785.596,63	15.030.827,52	39,3%
< 60 días	895.002,11	353.961,93	1.015.037,01	1.178.588,62	
61 a 360 días	1.957.982,07	4.669.558,34	1.769.505,63	3.766.564,99	
> 360 días	7.623.010,59	7.794.195,13	10.001.054	10.085.673,91	
SOAT ECAT	2.317.144,72	1.508.457,25	2.140.797,13	3.309.915,52	8,6%
< 60 días	202.718,96	205.470,90	217.838,62	282.778,04	
61 a 360 días	745.252,42	579.075,94	1.152.556,13	1.272.904,54	
> 360 días	1.369.173,34	723.910,41	770.402,38	1.754.232,95	
Otros Deudores	1.181.012,86	518.854,67	933.733,45	1.366.295,38	3,6%
< 60 días	336.799,38	178.957,41	299.718,96	379.498,58	
61 a 360 días	643.725,74	272.163,08	429.204,18	806.206,99	
> 360 días	200.487,73	67.734,19	204.810,31	180.589,81	

Fuente: Ficha Técnica SIHO-Ministerio de Salud y Protección Social 2016-2019.

Como se evidencia en el cuadro anterior, la cartera total al cierre de Diciembre 31 de 2019 en la ESE ascendió a la suma de \$38.268.606,09 Millones de pesos, de los cuales el 47,3% corresponde a la deuda de las empresas pagadoras del régimen subsidiado, el 39,3% a las del régimen contributivo, el 8,6% a las del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito SOAT ECAT, el 3,6% a otros deudores de salud y el 1,1% a población no asegurada.

De esta cartera el 13,4% es deuda menor a 60 días, el 44,3% es deuda entre 61 a 360 días y el 42,4% son deudas mayores a 360 días, lo cual, explica el bajo nivel de recaudo.

- Comportamiento de los Gastos

Concepto/Vigencia	2016	2017	2018	2019	Variación 2019 Vs 2018	Participación (%)
2. Gastos totales	51.118.508,0	53.579.166,7	63.886.530,5	65.989.403,0	3,3%	100,0%
2.1. Gastos de Funcionamiento	35.564.735,6	38.336.466,0	40.688.836,6	42.300.667,8	4,0%	64,1%
2.1.1. Gastos de Personal	28.503.216,7	30.555.880,5	33.033.182,9	34.641.565,6	4,9%	52,5%



2.1.2. Gastos Generales	6.861.465,8	7.684.922,0	7.190.869,1	7.501.087,4	4,3%	11,4%
2.1.3. Transferencias Corrientes	200.053,1	95.663,5	464.784,6	158.014,8	-66,0%	0,2%
2.2. Gastos de operación Comercial y Prestación de Servicios	8.468.166,8	9.096.426,6	10.822.147,4	12.234.126,9	13,0%	18,5%
2.3. Gastos de Inversión	-	350.000,0	4.896.524,4	1.992.069,7	-59,3%	3,0%
2.4. Deuda Pública	3.037.812,5	-	76.287,4	377.280,5	394,6%	0,6%
2.5. Cuentas por pagar (vigencias anteriores)	4.047.793,1	5.796.274,1	7.402.734,7	9.085.258,1	22,7%	13,8%

Fuente: **SIHO Ministerio de Salud y Protección Social 2016 -2019.**

Como se evidencia en el cuadro anterior, los gastos totales muestran un comportamiento creciente pasando de \$51.118,5 Millones en el año 2016 a \$65.989,4 Millones en el 2019, crecimiento acorde con el nivel de crecimiento de las ventas de servicios para el mismo periodo de análisis. Los gastos totales al cierre de 2019 crecieron el 3,3% frente a lo observado en el 2018, donde el mayor repunte se observa en los gastos de cuentas por pagar que crecieron el 22,7%, la deuda pública con el 394%, los gastos de operación comercial con el 13%, los gastos de personal con el 4,9% y los gastos generales con el 4,3%.

Según la composición de los gastos, estos están representados en un 64% en los gastos de funcionamiento que incluye los gastos de personal con el 52,5%, gastos generales con el 11,4% y las transferencias corrientes con el 0.2%; los gastos de operación comercial con el 18,5%, las cuentas por pagar con el 13,8%, los gastos de inversión con el 3% y los gastos de deuda pública con el 0.6%.

• Equilibrio Presupuestal 2016-2019

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA				
Variable	2016	2017	2018	2019
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,18	1,22	1,17	1,26
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,9	0,86	0,85	0,86
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,04	1,07	1,02	1,12
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,74	0,67	0,67	0,65
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	13.637,35	13.258,94	14.177,72	15.371,69
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	12.708,96	12.964,78	14.455,37	13.862,48
Gasto de personal por UVR (\$)	8.226,72	8.351,8	9.270	8.805,72

Fuente: **Ficha Técnica SIHO-Ministerio de Salud y Protección Social 2016-2019.**

Como se observa en el cuadro anterior, el indicador de Resultado de Equilibrio Presupuestal con Recaudo (Recaudos del periodo/ compromisos del periodo) No se cumplió en la vigencia 2019, el



resultado fue de 0.86 (la meta estándar establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución N°0000408 de 2018 es un valor mayor o igual a 1.00)

El indicador de Evaluación del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida, no se cumplió en la vigencia 2019; El resultado alcanzado fue $13.862,48 / 14.455,37 = 0.96$ la meta estándar establecida por Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución N°0000408 de 2018, es igual o menor a 0.90

- **Situación de Resultados Financieros**

- Estado de Actividad.

Concepto	PERIODOS			
	2016	2017	2018	2019
Ingresos Operacionales	46.758.325,6	49.199.491,5	51.549.663,8	62.303.953,1
Costo de Ventas	34.541.861,5	36.760.997,9	41.162.474,3	44.021.143,6
Gastos de Operación	10.702.620,6	12.639.886,7	11.313.505,6	16.348.959,7
Resultado Operacional	1.513.843,5	(201.393,1)	(926.316,1)	1.933.849,8
Transferencias y Subvenciones	350.000,0	350.100,0	3.526.647,1	
Otros Ingresos	1.611.536,2	1.761.153,1	1.103.194,2	295.620,6
Otros Gastos	1.102.262,6	414.602,5	655.949,2	624.013,9
Resultado no Operacional	2.373.117,1	1.495.257,5	3.047.576,0	1.605.456,4

Fuente: Estado de Actividad SIHO-Ministerio de Salud y Protección Social 2016-2019.

Como se observa en el cuadro anterior, la ESE muestra una tendencia decreciente en las utilidades netas generadas. En el 2019 las utilidades netas se disminuyen en el -47% frente al año 2018. En el año 2018 la ESE recibió transferencias y subvenciones por de \$3.526,6 Millones de pesos y en el año 2019 la ESE no tuvo este tipo de recursos.

- **Comportamiento de los activos, pasivos y patrimonio institucional.**

CONCEPTO	PERIODOS			
	2016	2017	2018	2019
Activo Total	49.200.847,6	51.095.897,8	56.278.504,0	61.339.753,6
Corriente	16.667.557,8	22.212.743,6	22.420.357,6	30.079.374,4
No Corriente	32.533.289,8	28.883.154,2	33.858.146	31.260.379,2
Pasivo Total	9.425.849,7	11.612.894,1	12.751.646,5	15.427.353,5
Corriente	9.425.849,7	9.693.970,0	12.751.646,5	15.427.353,5
No Corriente	-	1.918.924,1	-	-
Patrimonio	39.774.997,9	39.483.003,7	43.526.857,5	45.912.400,1

Fuente: Balance General SIHO-Ministerio de Salud y Protección Social 2016-2019.

Como se evidencia en la tabla anterior, los activos se incrementaron en el año 2019 en un 9%. Así mismo, el pasivo total se incrementó en un 21% entre el año 2018 y 2019. El patrimonio institucional muestra una tendencia de similar de crecimiento entre el año 2018 y 2019 el patrimonio creció el 5.5%, pasando de \$43.526.8 Millones de pesos a \$45.912,4 Millones de pesos M/cte respectivamente.



- Procesos Judiciales.

Al cierre de Diciembre 31 de 2019 y según reporte de los defensores Judiciales de la ESE, se gestionaron dentro de los términos de ley 58 procesos judiciales en contra de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, cuyas pretensiones aproximadas alcanzan la suma de **VEINTIDÓS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SIETE PESOS (\$22.250.567.707) M/cte.** Estas son las pretensiones originadas en actos procesales de terceros contra el Ente Público, que se adelantan en la Procuraduría Regional, en el Tribunal Contencioso Administrativo o en el Juzgado Laboral, con la previa advertencia de que los mismos ya se encuentran debidamente notificados.

- Sistema de Control Interno

La Oficina Asesora de Control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, durante cada vigencia fiscal, ejerció la evaluación independiente del Sistema de Control Interno de la ESE, prestando asesoría y acompañamiento profesional a las Directivas y demás servidores públicos de la empresa, así como la realización, rendición y publicación en los términos de ley los informes pormenorizados de Control Interno, los de seguimiento semestral del Sistema de Atención a los usuarios, los informes de seguimiento a la austeridad del gasto y Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, al igual que las Auditorías internas de procesos y el seguimiento a los planes de mejoramiento institucionales y los suscritos con los órganos de inspección, vigilancia y control.

En concepto de la Oficina Asesora de Control Interno, y teniendo como evidencias las evaluaciones adelantadas frente al Control Interno Contable 2019, la encuesta del Modelo Estándar de Control Interno 2019 en el aplicativo FURAG del Departamento Administrativo de la Función Pública, el diagnóstico MECI 2019, y las auditorías fiscales realizadas por la Contraloría Departamental del Huila, se infiere que el Sistema de Control Interno en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl para la vigencia 2019 presenta un nivel **ADECUADO** de implementación y desarrollo permitiendo el logro de los objetivos institucionales, su Misión y Visión.

- Evaluación del Sistema de Control Interno Contable.

En atención a lo fijado por la Resolución No. 357 de 2008 " Por la cual se adopta el procedimiento de control interno contable y de reporte del informe anual de evaluación a la Contaduría General de la Nación" el responsable del Sistema de Control Interno conjuntamente con el responsable del subproceso contable de la ESE, realizaron la evaluación del Sistema de Control Interno Contable de la ESE, del periodo comprendió entre el 1o de Enero al 31 de Diciembre de 2019, cuyo resultado deja evidenciar que el Sistema de Control Interno Contable de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, en su evaluación final arrojó una calificación en el rango de **EFICIENTE**, informe que fue enviado a través del CHIP de la



Contaduría General de la Nación, el día 11 de Febrero de 2020. Su valoración cuantitativa es la siguiente:

CONCEPTO	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES
VALORACIÓN CUALITATIVA		
FORTALEZAS	SI	Se puede evidenciar que se cuenta con un personal idóneo en las áreas de contabilidad, presupuesto, cartera, pagaduría y facturación en la ejecución de su trabajo. Permitiendo que la información se encuentre actualizada en tiempo real y que se presente de manera oportuna y con el cumplimiento de los requisitos normativos la información contable a los órganos de control y vigilancia; la Unidad Funcional de Contabilidad emite de manera oportuna información permanente de los resultados de medición de indicadores financieros a la alta dirección de la ESE.
DEBILIDADES	SI	El área contable se encuentra trabajando en el proceso de implementación de conciliaciones de operación recíprocas de la ESE. Las únicas entidades que entregan información es el BATALLÓN, SENA Y ICBF, falta mejorar este proceso.
AVANCES Y MEJORAS DEL PROCESO DE CONTROL INTERNO CONTABLE	SI	Se cuenta con actualizaciones permanentes por parte del personal
RECOMENDACIONES	SI	Seguir trabajando en la conciliación de operaciones recíprocas

- Los Usuarios

Los usuarios del Hospital, son todas aquellas personas sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica, acceden a los servicios que oferta la empresa, según capacidad resolutive como institución de mediana complejidad y con servicios complementarios de mayor complejidad.

De una manera creciente, el hospital está ampliando el alcance de los servicios que brinda a los usuarios, tanto desde la perspectiva médica, como de las nuevas necesidades relacionadas con una mejor calidad en la atención, una modernización en las formas de comunicación y una mejor accesibilidad. Asimismo, el hospital busca favorecer la integración de los clientes con necesidades especiales o en situaciones de fragilidad social, y trabaja para una mejor incorporación de los nuevos usuarios, como es el caso de la población vulnerable, discapacitados y desplazados.

• La orientación al ciudadano

El hospital está realizando un importante esfuerzo en orientar sus servicios al ciudadano, a través de la cual se ofrecen los siguientes servicios: Trabajo Social, Información y atención personalizada, Recepción, análisis y seguimiento de Quejas, Reclamos y Sugerencias, Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios frente a la prestación de nuestros servicios, Apoyo en el planteamiento e implementación de actividades de mejoramiento acordes a los resultados de las evaluaciones Institucionales y de las diferentes Entidades Promotoras de Servicios de Salud, Capacitaciones a



los usuarios sobre los Derechos y los Deberes, el Triage, Portafolio de Servicios, Promoción y Prevención y Código de Integridad y Buen Gobierno, Implementación y promoción de estrategias de participación ciudadana (Asociación de Usuarios), entre otros.

- **Opinión de los usuarios**

Respecto al Sistema de Atención a los Usuarios, al cierre de Diciembre 31 de 2019 y según reporte de indicadores de calidad, la satisfacción global promedio fue del 98,7%. No obstante, el Sistema de Información de Atención a los Usuarios de la ESE, informó que se presentaron un total de 215 quejas, 15 sugerencias y 88 felicitaciones. El 24% de las quejas fueron generadas por los servicios urgencias referente a la demora en la atención médica después de la clasificación del Triage y quejas de actitud inadecuada de algunos funcionarios del servicio, demoras en pasar los pacientes al servicio de hospitalización y demora en la toma de exámenes; el 40% en los servicios de gestión ambulatoria – central de citas, referente a la inconformidad demora en la atención, documentos entregados al especialista equivocado, falta de información, no contestan los teléfonos para asignar citas y también han manifestado inconformidad por asignación errónea de las citas.; el 7% en los servicios de apoyo diagnóstico con referencia a la actitud inadecuada de algunos funcionarios; el 9% en los servicios de hospitalización los cuales, hicieron referencia a la actitud inadecuada de algunos funcionarios y por la atención recibida, el 1% en el servicio de Cirugía las que hacen referencia a la actitud inadecuada de la auxiliar que programa las cirugías y por la demora en programar los procedimientos quirúrgicos, el 9% en el servicio de gestión financiera, las cuales hacen referencia a la actitud inadecuada por parte de las auxiliares administrativas que atienden y por la demora en el proceso del digiturno y el 10% restante en los servicios de Apoyo Terapéutico, Apoyo Logístico y gestión logística, tal como se evidencia a continuación:

PROCESOS	TOTAL AÑO 2019			PARTICIPACIÓN (%)		
	Q	S	F	Q	S	F
Direccionamiento Estratégico	0	0	0	0	0	0
Gestión Jurídica	0	0	0	0	0	0
Contratación y Almacén	0	0	0	0	0	0
Gestión Comercial	0	0	1	0%	0%	1%
Gestión urgencias	51	3	9	24%	20%	10%
Gestión Ambulatorio	87	2	6	40%	13%	7%
Gestión Hospitalización	19	7	27	9%	47%	31%
Sala de Partos	6	0	25	3%	0%	28%
Quirófanos	3	2	15	1%	13%	17%
Atención al Usuario	0	0	1	0%	0%	1%
Apoyo Diagnostico	16	0	0	7%	0%	0%
Apoyo Terapéutico	9	1	3	4%	7%	3%
Gestión Logística	3	0	0	1%	0%	0%
Gestión Talento Humano	0	0	0	0%	0%	0%
Gestión Financiera	19	0	0	9%	0%	0%
Gestión Sistemas de Información	0	0	1	0%	0%	1%
Infraestructura y Tecnología Biomédica	0	0	0	0%	0%	0%
Apoyo Logístico	2	0	0	1%	0%	0%
Control Interno	0	0	0	0%	0%	0%
Gestión de Calidad	0	0	0	0%	0%	0%
TOTAL	215	15	88	100%	100%	100%



Las sugerencias de gestión ambulatorio se refieren a la falta de ventiladores, sillas y televisor, en gestión urgencias a la falta de personal (médicos y auxiliares de enfermería) y la falta de ventiladores, en Quirófanos se refieren a la falta de sillas en la sala de espera y la falta de fumigación en dicha área ya que hay presencia de zancudos, en Sala de Parto hace referencia a la falta de sillas en sala de espera y el acompañamiento por parte de familiares en el momento del parto. Frente a estas sugerencias la ESE realizó las acciones de mejora correspondiente.

Las felicitaciones hacen referencia a la gratitud de los pacientes y familiares con el personal médico, enfermeras y auxiliares, por la buena atención, excelente servicio y amabilidad en los servicios de hospitalización, ambulatorios, quirófanos, urgencias, sala de partos, apoyo terapéutico, entre otros.

- POBLACIÓN OBJETO Y USUARIOS BENEFICIARIOS.

La población objeto de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente Paul, son los habitantes de las zonas urbanas y rurales de los municipios que integran el área de influencia de la empresa, como son Garzón, Gigante, Agrado, Pital, Guadalupe, Tarqui, Suaza y Altamira y pobladores de otras regiones del Departamento del Huila y del País.

Durante la vigencia fiscal de 2019, el número de usuarios que asistieron a la ESE decreció en el (-0,41%) frente a lo observado en el año de 2018, evidenciándose un total de 54.943 usuarios que asistieron por primera vez al Hospital Departamental San Vicente de Paúl, tal como se observa a continuación:

Municipio de Residencia	Cantidad		Variación 2018 Vs 2019	% Usuarios
	2018	2019		
Agrado	1.811	2.139	18,1%	3,9%
Altamira	1.028	979	-4,8%	1,8%
Garzón	33.419	31.737	-5,0%	57,8%
Gigante	4.784	5.294	10,7%	9,6%
Guadalupe	3.816	3.891	2,0%	7,1%
Pital	2.627	2.332	-11,2%	4,2%
Suaza	3.111	3.261	4,8%	5,9%
Tarqui	3.164	3.313	4,7%	6,0%
Otros Municipios	1.408	1.997	41,8%	3,6%
TOTAL	55.168	54.943	-0,41%	100,0%

Fuente: Sistema de Información de la ESE 2019

Como se observa en el cuadro anterior, la mayoría de usuarios que se benefician de los servicios de salud que presta la ESE, son los habitantes del municipio de Garzón, los cuales representan el 57,8%, seguidos por los habitantes de Gigante con el 9,6%, Guadalupe con el 7,1%, Tarqui con el 6%, Suaza con el 5,9%, Pital con el 4,2%, entre otros.

- Aseguramiento de la población

De la población total de la zona centro (184.853 habitantes, CENSO DANE 2018 – Proyecciones 2020), el 65,4% se hallan afiliadas al régimen subsidiado, el 11,8% al régimen contributivo, el



22,5% a otros regímenes y el 0,4% es población no asegurada o la denominada vinculados, tal como se evidencia en la tabla siguiente:

Municipios	Régimen Subsidiado	Régimen Contributivo	Otros Regímenes	Vinculados según ADRES	Total Población	Participación (%)
AGRADO	7.184	779	1.225	35	9.223	4,23%
ALTAMIRA	2.150	290	2.088	10	4.538	2,08%
GARZON	56.256	17.026	20.602	335	94.219	43,22%
GIGANTE	17.774	3.660	13.449	69	34.952	16,03%
GUADALUPE	16.195	1.262	4.933	77	22.467	10,31%
PITAL	10.712	613	2.531	95	13.951	6,40%
SUAZA	18.026	1.020	1.418	94	20.558	9,43%
TARQUI	14.179	979	2.887	51	18.096	8,30%
TOTAL	142.476	25.629	49.133	766	218.004	100,00%
%	65,4%	11,8%	22,5%	0,4%	100,00%	

Fuente: Secretaría de Salud Departamental - 2019

- Compromiso con el Medio Ambiente

El Hospital, viene haciendo esfuerzos permanentes en materia de gestión ambiental, reduciendo al máximo las posibles emisiones contaminantes que la operación de la empresa pueda generar, dentro de tales acciones se dispone de planta de tratamiento para el manejo adecuado de las aguas residuales, los residuos sólidos se incineran técnicamente, las zonas verdes se les hace mantenimiento permanente, la recolección de desechos y de ropa contaminada se realiza mediante recipientes especiales, los cadáveres se manejan con Medicina Legal.

Así mismo, se orienta continuamente al personal de la empresa, sobre la necesidad de acatar las políticas y directrices relacionadas con el mejoramiento del medio ambiente de la empresa y su contribución a la reducción del calentamiento global del planeta tierra.

Igualmente, y coordinación con la Corporación del Alto Magdalena (CAM), se viene realizando acciones de control para minimizar a la contaminación ambiental.

1.1.3. Gestión Clínica o Asistencial

- Perfil Epidemiológico

- Indicadores demográficos

- **Índices demográficos:**



Según los registros de población de la Secretaría Departamental de Salud del Huila a 2018, la población total del Departamento del Huila ascendía a 1.009.548 habitantes (CENSO DANE 2018), de los cuales el 50,2% son de sexo masculino y el 49,8% de sexo femenino y según lugar de residencia el 59,8% reside en la zona urbana y el 40,2% en la zona rural.

La población total del área de influencia de la ESE, es de 184.853 habitantes de los cuales el 52% son hombres y el 48% son mujeres y representan el 28,2% de la población total del Departamento del Huila, tal como se evidencia a continuación:

MUNICIPIOS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Agrado	4.773	4.450	9.223
Altamira	2.232	2.306	4.538
Garzón	49.341	44.878	94.219
Gigante	17.719	17.233	34.952
Guadalupe	11.734	10.733	22.467
Pital	7.314	6.637	13.951
Suaza	10.805	9.753	20.558
Tarqui	9.388	8.708	18.096
TOTAL	113.305	104.699	218.004
%	52,0%	48,0%	100,0%

Según grupo de edades la población del área de influencia de la ESE, es la que se observa a continuación:

EDADES	Agrado	Altamira	Garzón	Gigante	Guadalupe	Pital	Suaza	Tarqui	Total	%
0-4	1.095	513	10.983	4.047	2.776	1.613	2.528	2.332	25.887	12%
5-9	1.108	532	11.222	3.845	2.667	1.622	2.431	2.301	25.728	12%
10-14	1.116	545	11.042	3.865	2.655	1.662	2.426	2.128	25.440	12%
15-19	988	497	10.530	3.863	2.496	1.499	2.280	1.884	24.037	11%
20-24	720	404	9.497	2.730	1.923	1.194	1.769	1.505	19.743	9%
25-29	572	331	6.939	2.197	1.588	957	1.456	1.255	15.295	7%
30-34	540	311	5.678	2.208	1.426	907	1.315	1.188	13.573	6%
35-39	515	275	4.894	1.919	1.367	838	1.259	1.069	12.136	6%
40-44	495	261	4.682	2.028	1.203	777	1.109	1.005	11.561	5%
45-49	427	224	4.228	1.866	1.027	704	941	835	10.253	5%
50-54	396	177	3.704	1.545	858	551	784	646	8.662	4%
55-59	306	133	2.903	1.286	635	444	580	524	6.812	3%
60-64	258	96	2.361	1.047	518	322	474	397	5.474	3%
65-69	206	75	1.774	769	433	267	397	346	4.267	2%
70-74	175	63	1.577	709	335	232	304	286	3.680	2%
75-79	128	41	1.079	508	244	160	219	202	2.581	1%
80 Y MÁS	178	56	1.126	520	315	200	287	193	2.875	1%
TOTAL	9.223	4.538	94.219	34.952	22.467	13.951	20.558	18.096	218.004	100%

Como se evidencia en el cuadro anterior, el 46,4% de la población total del área de influencia de la empresa es menor de 19 años, dentro de los cuales, el 36% son niños entre edades de 0 a 14



años y el 11% son jóvenes entre edades de 14 a 19 años; el 27,9% son adultos en edades entre 20 a 39 años; el 17,1% es población en edades entre 40 a 59 años y el 8,7% son pobladores mayores a 60 años.

- **Perfil Demográfico de la ESE**
- **Población Objeto y Usuarios Beneficiarios.**

La población objeto de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente Paul, son los habitantes de las zonas urbanas y rurales de los municipios que integran el área de influencia de la empresa, como son Garzón, Gigante, Agrado, Pital, Guadalupe, Tarqui, Suaza y Altamira y pobladores de otras regiones del Departamento del Huila y del País.

Durante la vigencia fiscal de 2019, el número de usuarios que asistieron a la ESE decreció en el (-0,41%) frente a lo observado en el año de 2018, evidenciándose un total de 54.943 usuarios que asistieron por primera vez al Hospital Departamental San Vicente de Paúl, tal como se observa a continuación:

Municipio de residencia habitual	Cantidad		Variación	%
	2018	2019		
Agrado	1.811	2.139	18,1%	3,9%
Altamira	1.028	979	-4,8%	1,8%
Garzón	33.419	31.737	-5,0%	57,8%
Gigante	4.784	5.294	10,7%	9,6%
Guadalupe	3.816	3.891	2,0%	7,1%
Pital	2.627	2.332	-11,2%	4,2%
Suaza	3.111	3.261	4,8%	5,9%
Tarqui	3.164	3.313	4,7%	6,0%
Otros Municipios	1.408	1.997	41,8%	3,6%
TOTAL	55.168	54.943	-0,41%	100,0%

Fuente: Sistema de Información de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul 2019

Como se observa en el cuadro anterior, la mayoría de las poblaciones que se benefician de los servicios de salud que presta la ESE, son los habitantes del municipio de Garzón, los cuales representan el 57,8%, seguidos por los habitantes de Gigante con el 9,6%, Guadalupe con el 7,1%, Tarqui con el 6%, Suaza con el 5,9%, Pital con el 4,2%, entre otros.

- Perfil Epidemiológico

Con relación a la morbilidad general, esta es clasificada de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades CIE10, cuyos códigos de identificación no permiten evidenciar realmente la morbilidad institucional, toda vez, que una misma patología puede ser clasificada de dos más formas, según códigos del CIE10.



Para efectos del análisis comparativo entre lo ocurrido en el periodo del 2020 frente a lo observado en el mismo periodo del 2019, se toman las 10 primeras causas de los eventos patológicos atendidos en el hospital. Así:

A. Eventos de Morbilidad General (10 primeras causas) SIVIGILA

Dx CIE10	Descripción	PERIODO DE ANÁLISIS	
		2019	2020
I10X	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	3.712	3.559
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	758	2.866
Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	1.216	1.702
N390	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1.711	1.547
E660	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORÍAS	1.163	1.139
R104	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	1.098	1.079
Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRÚRGICOS ESPECIFICADOS	1.493	909
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	713	800
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	888	777
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	530	677

Fuente: RIPS del 1º de Enero al 31 de Marzo años 2019-2020— Proceso Gestión Sistemas de Información

Como se observa en la tabla anterior, la morbilidad general (100 primeras causas) SIVIGILA) en el I Trimestre de 2020 muestra un incremento en los eventos de motivo de consulta como la Fiebre no Especificada, Supervisión del Embarazo de Alto Riesgo, Diabetes Mellitus y la Obesidad no Especificada en el I trimestre de 2020, frente a lo observado en el mismo periodo del año 2019, con excepción de los eventos patológicos inherentes con la Hipertensión Esencial, Infección de Vías, Obesidad con Exceso de Calorías, Otros dolores Abdominales y los no Especificados, entre otras que presentan una disminución frente a lo evidenciado en el mismo periodo del año 2019.

B. Eventos de Morbilidad/Consulta (10 primeras causas)

DX CIE10	DESCRIPCIÓN	PERIODO DE ANÁLISIS	
		2019	2020
I10X	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	3.357	3.231
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	603	2.236
Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	1.048	1.541
N390	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1.382	1.329
E660	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORÍAS	1.084	1.071
R104	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	911	925
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	651	746
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	804	716
Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRÚRGICOS ESPECIFICADOS	955	680
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	485	622

Fuente: RIPS del 1º de Enero al 31 de Marzo años 2019-2020 – Proceso Gestión Sistemas de Información

La morbilidad por consulta de las 10 primeras causas del CIE10 durante en el primer trimestre de 2020 muestra un incremento significativo de los eventos de morbilidad tales como la Fiebre no Especificada, Supervisión del Embarazo de Alto Riesgo, Otros Dolores Abdominales y los no



Especificados, Diabetes Mellitus y Obesidad no Especificada frente a lo observado en el primer trimestre de 2019, excepto los eventos como la Hipertensión Esencial, Infecciones Urinarias, Obesidad debido a exceso de Calorías, Hipotiroidismo no Especificado entre otras, las cuales evidencian una disminución de los casos atendidos en el primer trimestre de 2020, frente a lo sucedido durante el I Trimestre de 2019.

C. Eventos de Morbilidad/Hospitalización (10 primeras causas)

Dx CIE10	Descripción	PERIODO DE ANÁLISIS	
		2019	2020
O800	PARTO ÚNICO ESPONTANEO, PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VÉRTICE	513	395
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	111	288
Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRÚRGICOS ESPECIFICADOS	498	203
Z392	SEGUIMIENTO POSTPARTO, DE RUTINA	166	184
I10X	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	189	180
N390	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	271	177
Z359	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	168	161
O829	PARTO POR CESÁREA, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	101	137
R104	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	86	101
O809	PARTO ÚNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	46	67

Fuente: RIPS del 1º de Enero al 31 de Marzo años 2019-2020 – Proceso Gestión Sistemas de Información

Como se observa en la tabla anterior, los Eventos de Morbilidad / Hospitalización [100 primeras causas], deja evidenciar que algunos motivos de consulta se incrementaron frente a lo observado en el mismo periodo del año 2019, tales como Fiebre no Especificada, Seguimiento Posparto de Rutina, Parto por Cesárea sin otra Especificación, entre otras. Excepto las causas de morbilidad tales como el Parto Único Espontaneo, Otros estados Posquirúrgicos, Hipertensión Esencial, Infección de Vías Urinarias, entre otras que disminuyen frente a lo evidenciado en el mismo periodo del año 2019.

D. Eventos de Morbilidad/Urgencias (10 primeras causas)

Dx CIE10	Descripción	PERIODO DE ANÁLISIS	
		2019	2020
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	44	342
I10X	HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	166	148
R104	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	101	53
N390	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	58	41
R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	28	33
N23X	CÓLICO RENAL, NO ESPECIFICADO	14	26
Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRÚRGICOS ESPECIFICADOS	40	26
R51X	CEFALEA	26	25
E660	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORÍAS	27	24
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	15	24

Fuente: RIPS del 1º de Enero al 31 de Marzo años 2019 - 2020 – Proceso Gestión Sistemas de Información



Como se observa en la tabla anterior, los Eventos de Morbilidad / Urgencias [10 primeras causas], deja evidenciar que los eventos de morbilidad que demandaron los usuarios por consulta de Medicina General urgente, estuvieron relacionados con Fiebre no Especificada, Dolor Abdominal localizado en parte superior, Cólico y la Obesidad a Exceso de Calorías y la no Especificada las cuales, se incrementaron en el I trimestre de 2020, frente a los mismos eventos registrados en el I Trimestre de 2019, excepto la Hipertensión Esencial, Otros Dolores Abdominales, Infección de Vías Urinarias, Otros estados Posquirúrgicos, entre otras, que disminuyen levemente frente a lo evidenciado en el mismo periodo del año 2019.

1.2. EL ENTORNO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

1.2.1. Entorno Mundial.

Según el último informe de Naciones Unidas al cierre de 2019, nuestro planeta alberga alrededor de siete mil setecientos millones de habitantes. Las perspectivas de desarrollo macroeconómico mundial, son las que a continuación se evidencian:

Hace falta adoptar urgentemente medidas políticas concretas para reducir los riesgos para la economía mundial y sentar las bases de un crecimiento económico estable y sostenible. Para poder alcanzar los ambiciosos objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la economía mundial debe ser dinámica e inclusiva. Los responsables de la formulación de políticas deben hacer lo posible por contener los riesgos a corto plazo derivados de las vulnerabilidades financieras y la escalada de las controversias comerciales, y al mismo tiempo promover una estrategia de desarrollo a más largo plazo para alcanzar los objetivos económicos, sociales y ambientales. Las medidas de políticas decisivas se basan en la aplicación de un enfoque multilateral, cooperativo y a largo plazo en la formulación de políticas mundiales en esferas clave, como la lucha contra el cambio climático, la financiación sostenible, la producción y el consumo sostenibles y la eliminación de la desigualdad. Para ello también es necesario avanzar hacia un sistema multilateral más inclusivo, flexible y receptivo. *(Tomado del informe de Department of Economic and Social Affairs Economic Analysis– Naciones Unidas - Situación y perspectivas de la economía mundial en 2019: Resumen ejecutivo, pagina web).*

En Salud expresan las Naciones Unidas de la aparición de una pandemia global inminente, el cambio climático, el conflicto que impide controlar los brotes, los mitos de la vacunación, la resistencia a los antibióticos, y los productos alimenticios nocivos son sólo algunos de los obstáculos para prevenir millones de muertes en esta década que comienza. Eliminar muchos de ellos no es una cuestión médica sino política.

La Organización Mundial de la Salud publicó una lista de 13 desafíos que amenazan la sanidad en el planeta para la nueva década, tal como se evidencia a continuación:



- **Los 13 Desafíos de la Salud Mundial en esta Década.**

DESAFÍOS	CONSECUENCIA
1. Colocar la Salud en Medio del Debate Climático	La contaminación del aire mata a aproximadamente 7 millones de personas cada año, mientras que el cambio climático provoca desastres naturales más extremos, exacerba la desnutrición y alimenta la propagación de enfermedades infecciosas como la malaria. Las mismas emisiones que causan el calentamiento global son responsables de más de una cuarta parte de las muertes por ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, cánceres de pulmón y enfermedades respiratorias crónicas
2. Que la salud alcance lugares en conflictos y crisis.	En 2019, la mayoría de los brotes de enfermedades que requieren el nivel más alto de respuesta se produjeron en países con conflictos prolongados. Además, los trabajadores de la salud y las instalaciones continúan siendo a menudo el objetivo de ataques: el año pasado, la Organización Mundial de la Salud registró 978 atentados contra infraestructura y operaciones de salud en 11 países, que resultaron en 193 muertes.
3. Hacer que la atención médica sea más justa.	Las brechas socioeconómicas persistentes y crecientes resultan en grandes discrepancias en la calidad de la salud de las personas. Mientras tanto, el aumento global de las enfermedades no transmisibles, como el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes tienen una carga desproporcionadamente grande en los países de bajos y medianos ingresos y puede agotar rápidamente los recursos de los hogares más pobres.
4. Ampliar el Acceso a los medicamentos	Alrededor de un tercio de las personas del mundo carecen de acceso a medicamentos, vacunas, herramientas de diagnóstico y otros productos de salud esenciales. El bajo acceso a productos de salud puede poner en peligro a los pacientes y aumentar la resistencia a los antibióticos.
5. Detener las Enfermedades Infecciosas	Las dolencias infecciosas como el VIH, la tuberculosis, la hepatitis viral, la malaria, las enfermedades tropicales desatendidas y las infecciones de transmisión sexual matarán a unos 4 millones de personas en 2020, en su mayoría pobres. Al mismo tiempo, las enfermedades que pueden ser prevenidas mediante la vacunación continúan matando, como el sarampión, polio y otras.
6. Una Pandemia Inevitable	Cada año, el mundo gasta mucho más en responder a brotes de enfermedades, desastres naturales y otras emergencias de salud que en prepararse para afrontarlos y prevenirlos. Una pandemia de un nuevo virus altamente infeccioso en el aire, muy probablemente una cepa de gripe, a la que la mayoría de las personas carece de inmunidad, es inevitable.
7. Asegurar alimentos y productos saludables para todos	La falta de alimentos, los alimentos inseguros y las dietas poco saludables son responsables de casi un tercio de la carga actual mundial de enfermedades. El hambre y la inseguridad alimentaria siguen afectando a millones, y la escasez de alimentos se explota perniciosamente como arma de guerra.
8. Invertir en las personas que defienden nuestra salud.	La subinversión crónica en la educación y el empleo de los trabajadores de la salud, junto con la falta de un salario digno, ha provocado la escasez de trabajadores de la salud en todo el mundo. Esto pone en peligro los servicios de salud y asistencia social y los sistemas de salud sostenibles. El mundo necesitará 18 millones de trabajadores de salud adicionales para 2030, principalmente en países de bajos y medianos ingresos, incluidos 9 millones de enfermeras y parteras.
9. Proteger a los Adolescentes	Más de un millón de adolescentes de entre 10 y 19 años mueren cada año. Las principales causas de muerte en este grupo de edad son las lesiones en la carretera, el VIH, el suicidio, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la violencia interpersonal. El uso nocivo



	del alcohol, el tabaco y las drogas, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición previa al maltrato infantil aumentan el riesgo.
10. Ganarse la Confianza Pública	La confianza ayuda a determinar si es probable que los pacientes dependan de los servicios de salud y sigan los consejos de un trabajador sanitario en torno a las vacunas, tomar medicamentos o usar condones. La salud pública se ve comprometida por la difusión incontrolada de información errónea en las redes sociales, así como por la erosión de la confianza en las instituciones públicas.
11. Uso Positivo de las nuevas Tecnologías	Las nuevas tecnologías están revolucionando nuestra capacidad para prevenir, diagnosticar y tratar muchas enfermedades. La edición del genoma, la biología sintética y las tecnologías de salud digital, como la inteligencia artificial, pueden resolver muchos problemas, pero también plantean nuevas preguntas y desafíos para el monitoreo y la regulación.
12. Proteger los medicamentos que nos protegen	La resistencia antimicrobiana amenaza con enviar la medicina moderna a décadas anteriores a la era en la que no se habían descubierto antibióticos, cuando incluso las cirugías de rutina eran peligrosas.
13. Mantener la atención médica limpia	Aproximadamente uno de cada cuatro establecimientos de salud en todo el mundo carece de servicios básicos de agua. Los servicios de agua, saneamiento e higiene son críticos para un sistema de salud en funcionamiento. La falta de estos elementos básicos conduce a una atención de baja calidad y una mayor probabilidad de infección para pacientes y trabajadores de la salud.

Fuente: Organización Mundial de la Salud 2019.

• Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):

El 25 de septiembre de 2015, los líderes mundiales adoptaron un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Cada objetivo tiene metas específicas que deben alcanzarse en los próximos 15 años.

Los ODS son:

1. Erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2. Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible.
3. **Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades.**
4. Garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa, y promover las oportunidades de aprendizaje permanente para todos.
5. Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.
6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.
7. Asegurar el acceso a energías asequibles, fiables, sostenibles y modernas para todos.
8. Fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todos.
9. Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación.
10. Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos.



OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



11. Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Garantizar las pautas de consumo y de producción sostenibles.
13. Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.
14. Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, mares y recursos marinos para lograr el desarrollo sostenible.
15. Proteger, restaurar y promover la utilización sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de manera sostenible los bosques, combatir la desertificación y detener y revertir la degradación de la tierra, y frenar la pérdida de diversidad biológica.
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
17. Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.

Fuente: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

1.2.2. Entorno Nacional

Según el informe de Consultorsalud del mes de Enero de 2020, estos son los cinco (5) retos del Sistema de Salud colombiano:

- Retos del Sistema de Salud Colombiano en el 2020



FACTORES	REQUERIMIENTOS
1. Avanzar en la implementación del Acuerdo Punto Final.	Deberá ser prioridad para el Ministerio de Salud, ya que es una de las apuestas más importantes del Gobierno Nacional y persigue el saneamiento de las deudas que el sistema de salud ha adquirido por décadas con ocasión del suministro de tecnologías NO PBS (hoy protección individual), y que mantienen al sistema de salud y sus actores en riesgo permanente.
2. Aplicar lo reglamentado en la Ley de Residentes (Ley 1917 de 2018)	Aplicar la Resolución 1872 que regula la "Ley de Residentes", por medio de la cual se busca crear el Sistema Nacional de Residencias Médicas en Colombia, que permita garantizar las condiciones adecuadas para la formación académica y práctica de los profesionales de la medicina en el país en programas de especialización médico quirúrgicas, buscando garantías en sus condiciones de trabajo con el apoyo de un sostenimiento educativo mensual no menor a 3 SMLV.
3. Efectiva ejecución del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)	Se espera que este modelo fortalezca la autoridad sanitaria y se descentralice la ejecución de las políticas que promulga y promueve el Minsalud, por estas razones es uno de los más importantes retos a realizar.
4. Trabajar en herramientas como telemedicina e integralidad de las redes contratadas por las EPS.	Con la llegada de nuevas tecnologías surge la necesidad de prestar servicios de salud a través de medios como la telesalud abarcando componentes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
5. Tener por primera vez un manual de acreditación de calidad para las IPS.	Con este reto se busca fortalecer el proceso de acreditación de niveles superiores de calidad en IPS de baja complejidad; la importancia del reto radica en que muchas de las clínicas y hospitales de bajo nivel no cumplen los criterios mínimos para la prestación de servicios de salud, y es precisamente este nivel de atención, el que constituye la puerta de entrada al sistema.

Fuente: Informe Consultor Salud – Enero de 2020.

1.3.3. Desafíos del Sector Salud en el Huila.

El programa de gobierno en salud "HUILA CRECE EN SALUD", motiva desde la rectoría y gobernanza la descentralización del territorio para la implementación de acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales que promuevan la salud de la población huilense y orienten a la administración departamental a fortalecer el aseguramiento con base en la gestión integral del riesgo en salud, lo que con seguridad conlleva a ejecutar intervenciones colectivas efectivas, así como coordinar la articulación de las acciones de salud pública con las actividades individuales realizadas por todos los agentes del sistema articulado con el plan nacional de desarrollo "Pacto por Colombia. Pacto por la equidad" en el cual la **estrategia es «Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos»** que pretende los siguientes objetivos: Consolidar la rectoría y la gobernanza del sistema de salud, definir prioridades en salud pública e implementar las intervenciones correspondientes, articular los agentes del sistema en torno a la calidad, incrementar y mejorar la infraestructura y dotación en salud, como soporte al acceso efectivo y la calidad, mejorar la formación y empleo de calidad para los trabajadores de la salud y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos del sector y generar nuevos con el aporte de todos.

1.2.4. Desafíos del Hospital.



La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, desde 1994 viene en un proceso de reacomodamiento estructural y funcional, a través del cual, ha logrado grandes avances en materia de prestación de servicios tales como nuevas tecnologías y nuevos servicios mejorando sustancialmente su portafolio y por ende su actividad operacional. Sin embargo, siguen existiendo retos en materia **mejoramiento de infraestructura, dotación de equipamiento, Sistemas de Información, nuevos servicios de salud, mejoramiento de procesos, Acreditación en Salud**, entre otros.

En general, existe cada vez mayor exigencia de que el hospital se adapte con rapidez a la innovación, entendida ésta como la capacidad de producir, asimilar y utilizar con éxito una novedad, del entorno económico, político, social, tecnológico, ambiental e institucional de forma que aporte soluciones únicas a los problemas y le permita así responder a las necesidades de los usuarios y de la sociedad.

- **Emergencia sanitaria por la introducción del SARS CoV-2 (COVID-19):**

El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró el brote de COVID-19 como pandemia y desde entonces, la emergencia sanitaria ha evolucionado progresiva y rápidamente en morbilidad y mortalidad, causando un impacto profundo tanto para la salud como para la economía, a nivel internacional y de manera particular en muchos países en donde hay transmisión comunitaria. Dada la reciente descripción de la enfermedad (COVID-19) y su agente causal (SARS CoV-2), aún no se conocen evidencias concluyentes sobre muchos tópicos de interés, fundamentalmente en patogénesis, prevención, diagnóstico y tratamiento específico.

A la par del desarrollo de investigaciones para conocer al virus, la forma en que afecta al ser humano y para dar respuesta integral a la emergencia, muchos países incluyendo a Colombia, han implementado intervenciones no farmacológicas sin precedentes, incluido el aislamiento de los casos y sus contactos en el domicilio, el cierre de establecimientos educativos, la prohibición de reuniones y aglomeraciones masivas de público y, más recientemente, el distanciamiento social a gran escala, incluidas las cuarentenas preventivas obligatorias del orden nacional y local.

Desde su inicio, la emergencia está evolucionando progresiva y rápidamente dada la capacidad de infección rápida y amplia de su agente causal, el número de casos y de muertes aumenta día tras día, y el impacto global, nacional y regional ha sido profundo, tanto para la salud como para la economía, convirtiéndose en la amenaza para la salud pública más seria desde la pandemia de influenza H1N1 de 1918. A la fecha 30 de junio de 2020 a nivel mundial se han confirmado 10.273.001 casos, 505.295 muertes y 5.292.383 recuperados. En Colombia, se han confirmado 97.846 casos, 3.334 muertes y 52.279 recuperados. En el departamento del Huila, por su parte, se han confirmado 340 casos en 22 municipios y 14 muertes. En el municipio de Garzón, se han confirmado 12 casos.



Esta “nueva realidad” para la atención en salud comporta un panorama incierto para el talento humano en salud y la prestación del servicio hospitalario. La ESE como los demás centros hospitalarios en el país, han acatado las normas establecidas por el Gobierno Nacional en cuanto a la preparación para esta pandemia. Se ha realizado el alistamiento y preparación con celeridad lo cual ha significado incremento en costos y gastos representados fundamentalmente en medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dotación y talento humano en salud. Además se cerraron inicialmente los servicios ambulatorios, aplazando procedimientos quirúrgicos electivos que generan importantes ingresos, y por todos estos motivos, la ocupación en general cayó a rangos de insostenibilidad financiera.

Pese a que la organización está adelantando las gestiones pertinentes para la reapertura gradual de los servicios ambulatorios, el comportamiento incierto de la pandemia representa un riesgo y una demanda de liquidez urgente para enfrentar la o las crisis ocasionada por el COVID-19 en nuestro municipio de Garzón y el área de influencia.

Por lo anterior, se considera que el “PLAN DE CONTINGENCIA REGIONAL MUNICIPIO DE GARZÓN Y ZONA CENTRO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA PARA LA GESTIÓN DE LA RESPUESTA A LA EMERGENCIA SANITARIA POR LA INTRODUCCIÓN DEL SARS CoV-2 (COVID-19) A COLOMBIA” en su versión vigente, será anexo de este plan de gestión durante el tiempo que dure la declaratoria de emergencia.

- Análisis Interno y Externo de la ESE.

DOFA	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	(F)	(D)
	1. Talento humano con experiencia y trayectoria en el sector salud.	1. Escaso personal de planta y proliferación de personal por contrato.
	2. Amplia oferta de servicios acorde a las necesidades de los usuarios.	2. Infraestructura física insuficiente para la presentación de servicios.
	3. Disposición de tecnología biomédica de punta en los servicios de salud.	3. Iliquidez permanente para cubrir sus obligaciones empresariales.
	4. Parque automotor de transporte de pacientes renovado y adecuado	4. Proliferación de procesos judiciales en contra de la ESE.
	5. Imagen corporativa acredita en la región.	5. Alta cartera de los pagadores de servicios de salud
OPORTUNIDADES	6. Continuidad en los procesos de capacitación y formación del talento humano en salud.	6. Falta de compromiso y sentido de pertenencia en algunos servidores públicos.
	ESTRATEGIAS (FO)	ESTRATEGIAS (DO)
	Uso de Fortalezas para aprovechar Oportunidades	Vencer debilidades, aprovechando Oportunidades
1 Excelentes relaciones institucionales con los Gobierno Departamental y Municipal.	1. Gestionar ante el gobierno Departamental la viabilidad de implementar nuevos servicios de alta complejidad, en la ESE.	1. Concretar la ejecución del proyecto del nuevo hospital para la región centro del Departamento.



2. Variada oferta de mecanismos de cofinanciación para la financiación de proyectos de inversión	2. Preparar, formular, presentar, gestionar y ejecutar proyectos de Inversión.	2. Concretar en el ensanchamiento de la planta de personal.
3. Los avances tecnológicos en prestación de servicios y telecomunicaciones	3. Adquisición y puesta en funcionamiento de nuevos equipos biomédicos.	3. Prioridad a la política de humanización, seguridad al paciente, gestión de riesgos e integridad.
4 El cambio permanente de las expectativas y necesidades de los usuarios.	4. Desarrollar la Atención Primaria en Salud de mediana y alta complejidad	4. Prioridad a la política de Defensa Jurídica de la ESE.
5. Universidades para la investigación y la formación en salud.	5. Realizar alianzas estratégicas con las universidades.	5. Mantener excelentes relaciones comerciales con los pagadores de servicios de salud.
6. Cooperación Internacional comprometida con los servicios de salud.	6. Contratar los servicios de salud por evento, en especial los de cirugía.	6. Enfatizar permanentemente en la ejecución de acciones de clima laboral.
AMENAZAS (A)	ESTRATEGIAS (FA) Usar Fortalezas para evitar Amenazas.	ESTRATEGIAS (DA) Reducir a un mínimo las debilidades y evitar las Amenazas
1. Liquidación permanente de empresas pagadoras de servicios de salud.	1. Gestionar oportunamente la cartera de las entidades en liquidación.	1. Aprovechar el máximo el mecanismo de compra de cartera fijado por Minsalud.
2. Cambios constantes de la normatividad en salud.	2. Racionamiento del Gasto Público.	2. Mayor énfasis a la capacitación y formación de los servidores públicos en la evolución normativa en salud.
3. Falta de una Política de tarifas de servicios de salud a nivel Nacional.	3. Liderar la formulación y establecimiento de una política nacional en materia de tarifas de los servicios de salud.	3. Darle mayor énfasis a los costos hospitalarios, como base fundamental en la negociación de tarifas con las entidades pagadoras.
4. Proliferación de nuevas enfermedades en la población	4. Prioridad a la política de humanización y seguridad al paciente.	4. Fortalecer los programas de promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.
5. Alto porcentaje de objeciones a la facturación de servicios.	5. Capacitar y retroalimentar el personal médico y de facturación, sobre motivos de objeciones.	5. Darle mayor énfasis a la auditoría de cuentas médicas, para fortalecer procesos de facturación.
6. Demoras permanentes de pago de las empresas pagadoras de los servicios de salud.	6. Gestión permanente de la cartera con los pagadores de servicios de salud.	6. Aprovechar al máximo los mecanismos de cobro jurídico de cartera, previo análisis de beneficio costo para la ESE.



2. FASE DE FORMULACIÓN

Se realizó un diagnóstico inicial de cada uno de los indicadores reflejados en la línea base de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, el cual permitió identificar con evidencias suficientes, las condiciones en las cuales se encuentra cada indicador, tanto cuantitativa como cualitativamente de tal manera que se identificó de donde se está partiendo y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la empresa, mediante los compromisos, acciones generales y las metas que se plantean más adelante.

2.1 ARTICULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA ESE, CON EL PLAN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL DE DESARROLLO





2.2 INDICADORES POR AREAS DE GESTIÓN (DIAGNÓSTICO)

2.2.1 Indicadores y Línea Base Área de Dirección y Gerencia

El resultado de la evaluación de los indicadores y metas del área de Dirección y Gerencia, al cierre de la vigencia fiscal 2019, se constituyen en la línea base para la formulación del Plan de Gestión 2020- 2024, tal como se evidencia a continuación:

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA LÍNEA BASE	LÍNEA BASE 2019	OBSERVACIONES
DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%)	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades acreditadas	Indicador nominal	- Mantener la Acreditación- Autoevaluación en la vigencia evaluada ≥ 3.5	- Certificación de Acreditación- Documento de Autoevaluación	NA	NA
		Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/ Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.	≥ 1.20	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior	1.0	Promedio de la calificación de autoevaluación para la acreditación de 2019 frente a lo registrado en la autoevaluación 2018
				Postulación para la acreditación, formalizada con contrato	Contrato de postulación	NA	NA
				Acreditación en la vigencia evaluada	Certificación de Acreditación	NA	NA
		Mejoramiento continuo de la calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	Indicador nominal	Autoevaluación completa en la vigencia evaluada	Documento de autoevaluación	NA	NA
				Postulación para la acreditación, formalizada con contrato	Contrato de postulación	NA	NA
				Acreditación en la vigencia evaluada	Certificación de Acreditación	NA	NA
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento	≥ 0.90	Superintendencia Nacional de Salud	1.0	Reporte de indicadores ese Resolución 408 de 2018 Superintendencia Nacional de Salud Superintendencia Delegada para la



			programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC				Supervisión Institucional
3	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	≥0.90	Informe del responsable de planeación de la ESE, de lo contrario informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: El listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo Aprobado, programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y el cálculo del indicador.	0.98,5	Informe de Gestión 2019	

Fuente: Informe de Evaluación Gestión Gerencial 2019.

2.2.2 Indicadores y Línea Base Área Financiera y Administrativa

Se tomó como línea base el resultado de los indicadores y metas del área Financiera y Administrativa vigencia 2019, exceptuando la línea base del indicador N°10, debido a que en el informe de evaluación de la gerencia anterior se estipuló que se cumplió en la Oportunidad de la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional, situación que no es cierta ya que No se cumplió como lo estableció el Reporte de indicadores de la Superintendencia Nacional de Salud Superintendencia Delegada para la Supervisión.



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZON HUILA
NIT: 891.180.026-5**

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA LÍNEA BASE	LÍNEA BASE 2019	OBSERVACIONES
Financiera y Administrativa (40%)	4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizadas con riesgo medio o alto	Categorizada Sin Riesgo	Resolución 1342 de Mayo 29 de 2019 Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2019
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Numero de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / Numero UVR producidas en la vigencia anterior)]	<0.90	Ficha Técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	0.96	Ficha Técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas, (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico.	≥0.70	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compras a), b) y c); 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros	0,00	Certificado expedido por el Revisor Fiscal de la ESE



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZÓN HUILA
NIT: 891.180.026-5

					mecanismos de compras. 3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la fórmula del indicador.		
7	Monto de la deuda superior a (30) días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	- Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de evaluación. - [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]	Cero (0) o variación negativa		Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con el Revisor Fiscal, suscrita por el Contador de la ESE que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del Indicador.	0,0	Certificada por la Contadora y la Revisora Fiscal de la ESE a Diciembre 31 de 2019
8	Utilización de la información del Registro de Prestaciones - RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	4		Informe del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las Actas de sesión de Junta Directiva, que como mínimo contenga: Fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.	4	Certificado por el gestor de la Unidad Funcional de Planeación



9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudado	Valor de la Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	≥ 1	Ficha Técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	0,86	Ficha Técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud	NO Cumple	Reporte de indicadores ese Resolución 408 de 2018 Superintendencia Nacional de Salud Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social	Reporte Oportuno	Ministerio de Salud y Protección Social

Fuente: Informe de Evaluación Gestión Gerencial 2019 y Reporte de indicadores ese Resolución 408 de 2018 Superintendencia Nacional de Salud

2.2.3 Indicadores y Línea base área Clínico o Asistencial

El resultado de la evaluación de los indicadores y metas del área Clínica o Asistencial al cierre de la vigencia fiscal 2019, se constituyen en la línea base para la formulación del Plan de Gestión 2020-2024, tal como se evidencia a continuación:



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZON HUILA
NIT: 891.180.026-5

ÁREA DE GESTIÓN	No .	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LA LÍNEA BASE	LÍNEA BASE 2019	OBSERVACIONES
CLÍNICA O ASISTENCIA L (40%)	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación/Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.8	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE, que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4).	0.96,6	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE a Diciembre 31 de 2019
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación/Total Historias Clínicas	≥ 0.8	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE, que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)	0.93	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE a Diciembre 31 de 2019



			auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación				
14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación/Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.9	Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces, que como mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.	0.94,5	Informe del Subdirector Científico de la ESE a Diciembre 31 de 2019	
15	Número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario o y variación interanual	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. - (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de	Cero (0) o variación negativa	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.	Cero (0) casos La ESE No registro eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario	Informe del referente Institucional para la gestión de seguridad del paciente (3), con corte a Diciembre 31 de 2019	



		evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario de la vigencia anterior)				
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0.9	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador (4).	1.0	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE a Diciembre 31 de 2019
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalar ia	Número de muertes intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada por el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación/Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.9	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalari a mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador,	1.0	Informe del referente Institucional para la gestión de seguridad del paciente (3), con corte a Diciembre 31 de 2019



18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	≤ 5	Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	4.459 días	Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	≤ 8	Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	4.0 días	Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	≤ 15	Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)	9,619 días	Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)

Fuente: Informe de Evaluación Gestión Gerencial 2019.



2.1. FORMULACIÓN DE LOGROS O COMPROMISOS A ALCANZAR POR ÁREA DE GESTIÓN

2.1.1 Compromisos Área de Dirección Y Gerencia

AREA DE GESTION	INDICADOR	COMPROMISOS	ACCIONES PROYECTADAS
		16/05/2020 - 31/03/2024	
DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%)	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Realizar Autoevaluación de Estándares de Acreditación en cada vigencia, para determinar el grado de avance en la institución.	Capacitación del personal asistencial y administrativo en lo referente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud-S.O.G.C.S Capacitación al personal, en lo referente a la metodología que se debe implementar para efectuar la autoevaluación de los estándares de Acreditación. Conformación de los equipos por áreas para la realización de la autoevaluación de Estándares de Acreditación en cumplimiento de la Resolución 5095 de 2018. Autoevaluación anual de Estándares de acreditación en salud en cumplimiento a la Resolución 5095 de 2018 Implementación de Planes de Mejoramiento, como resultado del proceso de autoevaluación de los estándares de Acreditación. Fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria y conformación de la red, con el fin de brindar oportunidad y accesibilidad en la prestación de los servicios de salud al paciente y su familia. Mejoramiento del equipamiento biomédico, con el fin de brindar seguridad en la prestación de los servicios de salud a los usuarios.
	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Desarrollar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad- PAMEC con ruta crítica anual	Elaboración del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC 2020-2024 a desarrollar en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul. Adopción del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad- PAMEC mediante acto administrativo. Desarrollo de la ruta crítica anual definida en el Programa de Auditoria, para sostener el ciclo de mejora continua. Implementación del cronograma de auditorías internas. Seguimiento y Análisis de las peticiones, quejas y reclamos del usuario y su familia que conllevan al mejoramiento de la institución Seguimiento a los Comités Institucionales establecidos por Resolución. Seguimiento a los indicadores de calidad establecidos en el Sistema de Información en cumplimiento de la Resolución 256 de 2016.



DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%)	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Fortalecer la Planeación Estratégica en la E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paul	Seguimiento al cumplimiento de las actividades de los planes de acción por áreas y/o dependencias.
			Seguimiento al cumplimiento de las metas de los planes operativos anuales con relación a los programadas.
			Evaluación del cumplimiento del plan de gestión, con relación a la meta estándar definida.

2.1.2 Compromisos Área Financiera y Administrativa

AREA DE GESTION	INDICADOR	COMPROMISOS	ACCIONES PROYECTADAS
		16/05/2020 - 31/03/2024	
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	Riesgo Fiscal y Financiero	Fortalecer el proceso de gestión financiera, tendiente a mantener y sostener la rentabilidad económica y social de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul	Seguimiento y evaluación periódica a la Gestión Presupuestal.
			Seguimiento y evaluación permanente a la facturación de los servicios prestados por la ESE.
			Auditoría de cuentas implementado el mejoramiento continuo de los procesos inherentes a la gestión administrativa y financiera.
			Seguimiento y evaluación a la gestión de cartera.
	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	Fortalecer la eficiencia en el manejo del Gasto frente a la producción	Seguimiento a la producción de los servicios en comparación con los gastos de cada periodo.
			Seguimiento mensual a las UVR (Unidades de Valor Relativos) producidas por cada una de las áreas asistenciales.
			Seguimiento a las metas de productividad establecidas en cada una de las áreas.
			Implementación de nuevos servicios complementarios al portafolio actual.
	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de ESE, c) compras a través de	Fortalecer las compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a la entidad con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.	Implementación de estrategias de negociación y de convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos mediante diferentes mecanismos.
			Revisión, ajuste y actualización de los procedimientos de compras en la ESE.
			Seguimiento permanente al plan anual de adquisiciones.



FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)	mecanismos electrónicos / valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico – quirúrgico.		Operativización del comité de compras de la ESE.
	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Gestionar el pago oportuno de los salarios del personal de planta y la remuneración de los contratistas de servicios.	Seguimiento permanente al proceso de facturación.
			Disminución del porcentaje de glosas y devoluciones ante las diferentes EAPB.
			Seguimiento periódico a la realización de las conciliaciones con las diferentes EAPB.
			Cumplimiento en el pago oportuno al personal de planta y contrato.
	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Informar a la Junta Directiva de la ESE sobre el análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.	Elaboración de informes trimestrales del análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.
			Presentación de informes trimestrales del análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS a la junta Directiva.
	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Realizar seguimiento permanente por parte del Área Financiera a la ejecución de Ingresos y Gastos	Racionalización del gasto de acuerdo a los Ingresos.
			Asistencia a las mesas de conciliación de cartera con las EAPB.
	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional o la norma que la sustituya.	Realizar seguimiento al reporte de la información a la Superintendencia Nacional de Salud, dando cumplimiento a las fechas establecidas.	Elaboración y socialización del cronograma de informes institucionales a presentar a los diferente Entes, donde se establezcan las fechas de vencimiento y los responsables.
			Validación y cargue oportuno de la información correspondiente a la Circular Única.
	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3 Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y	Presentar oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social o la norma que la sustituya	Seguimiento y revisión de la información objeto de cargue en la plataforma SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento al Decreto 2193 de 2004
			Validación y cargue oportuno de la información trimestral, semestral y anual en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.



	Protección Social, o la norma que la sustituya		Presentación y sustentación periódica ante la SSDH de la información trimestral, semestral y anual en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004
--	--	--	---

2.1.3 Compromisos Área Clínica o Asistencial

AREA DE GESTION	INDICADOR	COMPROMISOS	ACCIONES PROYECTADAS
		16/05/2020 - 31/03/2024	
CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	Realizar evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	Adopción e implementación de las guías de práctica clínica – GPC, donde se incluya la guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes Definición de la metodología y frecuencia de las auditorías para la evaluación de la adherencia a la guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes. Capacitación al personal asistencial sobre las guías y protocolos maternos perinatales en la ESE Evaluación de la adherencia a las guías y protocolos maternos perinatales en la ESE. Cumplimiento de la Ruta Materno Perinatal por parte del personal de la Institución. Cumplimiento en los estándares de habilitación, según Resolución 3100 de 2019 Implementación de la Estrategia IAMII - Institución Amiga de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral
	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Evaluar periódicamente la adherencia en la aplicación de guía de manejo de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Definición de la metodología y frecuencia de las auditorías para la evaluación de la adherencia a la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida Capacitación al personal asistencial sobre las guías de manejo de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la ESE Auditoria y Evaluación de la adherencia a las guías de manejo de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la ESE.
	Oportunidad en la realización de apendicectomía	Realizar seguimiento a la oportunidad en la realización de apendicectomía	Adopción e implementación de las guías de práctica clínica – GPC. Donde se incluya la guía de apendicitis. Seguimiento a pacientes con diagnóstico de Apendicitis a quienes se realiza la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico. Retroalimentación al personal asistencial de los resultados obtenidos en la evaluación de la adherencia a la guía.



CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)			Implementación de planes de mejora para las desviaciones detectadas en la evaluación de la Guía de Apendicitis.
	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Realizar seguimiento Institucional para la gestión de seguridad del paciente donde se realice la identificación de los pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario.	Definición de la metodología y frecuencia de las auditorías de seguimiento Institucional para la gestión de seguridad del paciente. Informe del referente Institucional para la gestión de seguridad del paciente sobre la identificación de los pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario. Seguimiento, análisis y planes de mejora por parte del comité de seguridad del paciente.
	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	Realizar seguimiento a la Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	Adopción e implementación de las guías de práctica clínica – GPC. Donde se incluya la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio Evaluación de la adherencia a la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio donde se garantice la atención dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico. Retroalimentación al personal asistencial de los resultados obtenidos en la evaluación de la adherencia a la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio Socialización del seguimiento de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM) en el comité de historias clínicas
	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Realizar periódicamente análisis de Mortalidad Intrahospitalaria en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul.	Análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul. Presentación en el comité de seguridad del paciente, de los resultados del seguimiento realizado a los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas.
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	Seguimiento al tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría. Seguimiento al registro demanda insatisfecha en la atención de pediatría. Implementación de planes de mejora en caso de superar la meta estándar permitida
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.	Seguimiento al tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia. Seguimiento al registro demanda insatisfecha en la atención de obstetricia. Implementación de planes de mejora en caso de superar la meta estándar permitida
	Tiempo promedio de espera para la	Tiempo promedio de espera para la asignación	Seguimiento al tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.



	asignación de cita de medicina interna	de cita de medicina interna	Seguimiento al registro demanda insatisfecha en la atención de medicina interna.
			Implementación de planes de mejora en caso de superar la meta estándar permitida

2.3. INDICADORES Y METAS ANUALIZADAS

2.3.1. Indicadores y Metas Área de Dirección y Gerencia

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META PLANTEADA PARA LA VIGENCIA			
			16/05/2020 A 31/12/2020	01/01/2021 A 31/12/2021	01/01/2022 A 31/12/2022	01/01/2023 A 31/12/2023
Área de Dirección y Gerencia (20%)	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	≥ 1.20	≥ 1.20	≥ 1.20	≥ 1.20
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad en Salud	≥ 0.90	≥ 0.91	≥ 0.92	≥ 0.93
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥ 0.90	≥ 0.91	≥ 0.92	≥ 0.93

2.3.2. Indicadores y Metas Área Financiera y Administrativa

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META PLANTEADA PARA LA VIGENCIA			
			16/05/2020 A 31/12/2020	01/01/2021 A 31/12/2021	01/01/2022 A 31/12/2022	01/01/2023 A 31/12/2023
	4	Riesgo fiscal y financiero	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	≤ 0.90	≤ 0.90	≤ 0.90	≤ 0.90
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	≥ 0.70	≥ 0.70	≥ 0.70	≥ 0.70



Financiera y Administrativa (40%)	7	Monto de la deuda superior a (30) días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero (0)	Cero (0)	Cero (0)	Cero (0)
	8	Utilización de información del Registro Individual de Prestaciones - RIPS	4	4	4	4
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento dentro del término previsto	Cumplimiento dentro del término previsto	Cumplimiento dentro del término previsto	Cumplimiento dentro del término previsto
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro del término previsto	Cumplimiento dentro del término previsto	Cumplimiento dentro del término previsto	Cumplimiento dentro del término previsto

2.3.3. Indicadores y Metas Área Clínica o Asistencial

ÁREA DE GESTIÓN	No.	INDICADOR	META PLANTEADA PARA LA VIGENCIA			
			16/05/2020 A 31/12/2020	01/01/2021 A 31/12/2021	01/01/2022 A 31/12/2022	01/01/2023 A 31/12/2023
CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%)	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	≥ 0.93	≥ 0.94	≥ 0.95	≥ 0.96
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥ 0.93	≥ 0.94	≥ 0.95	≥ 0.96
	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	≥ 0.94	≥ 0.95	≥ 0.96	≥ 0.97
	15	Número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	≥ 0.96	≥ 0.97	≥ 0.98	≥ 0.99
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	≥ 1.0	≥ 1.0	≥ 1.0	≥ 1.0



18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.	≤ 8	≤ 8	≤ 8	≤ 8
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤ 15	≤ 15	≤ 15	≤ 15

2.4. FINANCIACIÓN DEL PLAN DE GESTION

Los ingresos totales que se esperan alcanzar durante el periodo de gobierno del 16 de Mayo de 2020 al 31 de Marzo de 2024, ascienden a una suma aproximada de TRESCIENTOS VEINTE MIL MILLONES SETECIENTOS DIEZ Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS (\$320.719,155,0) M/cte.

Concepto/Vigencia	2020	2021	2022	2023	2024
1. Ingresos totales	70.804.210,2	73.524.152,1	76.380.091,1	79.378.827,1	82.527.499,8
Disponibilidad Inicial	-	-	-	-	-
1.1. Ingresos corrientes	70.804.210,2	73.524.152,1	76.380.091,1	79.378.827,1	82.527.499,8
1.1.1. Venta de Servicios	54.398.838,2	57.118.780,1	59.974.719,1	62.973.455,1	66.122.127,8
1.1.2. Aportes	-	-	-	-	-
1.1.3. Otros ingresos corrientes	-	-	-	-	-
1.2. Ingresos de Capital	-	-	-	-	-
1.3. Otros ingresos	-	-	-	-	-
1.4. Cuentas por Cobrar otras vigencias	16.405.372,0	16.405.372,0	16.405.372,0	16.405.372,0	16.405.372,0

Fuente: Proyección de ingresos ESE HDSVP

Como se observa en el cuadro anterior, los ingresos por venta de servicios de salud proyectados, solo alcanzan para cubrir los costos y gastos operacionales de la empresa, sin la posibilidad de generar recursos para inversión; toda vez, que los recursos generados por la utilidad de cada uno de los ejercicios fiscales, quedan en cuentas por cobrar a las entidades pagadoras de los servicios de salud.

Con estos recursos la ESE, financiara los gastos de funcionamiento y los gastos de operación comercial los cuales, ascienden a una suma aproximada de TRESCIENTOS VEINTE MIL MILLONES SETECIENTOS DIEZ Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS (\$320.719, 155,0) M/cte.

Concepto/Vigencia	2020	2021	2022	2023	2024
2. Gastos totales	70.804.210,2	73.524.152,1	76.380.091,1	79.378.827,1	82.527.499,8
2.1. Gastos de Funcionamiento	47.078.970,3	48.962.129,1	50.920.614,3	52.957.438,8	55.075.736,4
2.1.1. Gastos de Personal	37.592.622,2	39.096.327,1	40.660.180,2	42.286.587,4	43.978.050,9
2.1.2. Gastos Generales	8.661.565,4	9.008.028,0	9.368.349,1	9.743.083,1	10.132.806,4



2.1.3. Transferencias Corrientes	824.782,7	857.774,0	892.085,0	927.768,4	964.879,1
2.2. Gastos de operación Comercial y Prestación de Servicios	13.459.075,0	13.997.438,0	14.557.335,5	15.139.628,9	15.745.214,1
2.3. Gastos de Inversión	580.000,0	518.420,1	800.000,0	900.000,0	900.000,0
2.4. Deuda Pública	686.164,9	686.164,9	367.741,3	257.983,3	277.822,3
2.5. Cuentas por pagar (vigencias anteriores)	9.000.000,0	9.360.000,0	9.734.400,0	10.123.776,0	10.528.727,0

Fuente: Proyección de Gastos ESE HDSVP

2.5. PROYECTOS DE INVERSIÓN.

Los proyectos inscritos ante el Plan Bienal para el periodo 2020-2021 y presentados por la Gerencia de la ESE ante la Secretaria de Salud Departamental del Huila, son los siguientes:

Sede	Proyecto	Tipo de Obra	Área Infraestructura	Valor Infraestructura	Valor Dotación
E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON	Construcción de la Nueva E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl del municipio de Garzón Huila	1.Obra nueva	14.812	49.446.529	0
E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON	Construcción de la fase II de la Nueva E.S.E. Hospital Departamental San Vicente de Paúl del municipio de Garzón Huila.	1.Obra nueva	7.808	26.909.456	0
E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON	DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LA NUEVA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL DEL MUNICIPIO DE GARZÓN HUILA		0	0	14.297.750
E.S.E. SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON	DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA EL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL DEL MUNICIPIO DE GARZÓN HUILA		0	0	731.000

Fuente: Proyectos Plan Bienal - Período 2020-2021

La gerencia realizara la gestión pertinente ante el Ministerio de Salud y Protección Social, Gobernación del Huila y Secretaria de Salud Departamental, buscando viabilizar e implementar nuevos servicios requeridos para garantizar una nueva atención a los usuarios del Centro y Sur del Departamento del Huila.

Además se dará continuidad a los servicios de Prevención y Detección Temprana de Cáncer de Seno, a través de la ejecución del Proyecto Unidad Móvil, de que dispone ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila y que actualmente se halla en convenio con la Unidad Oncológica Surcolombiana.



Se realizará la gestión de recursos financieros ante los gobiernos Nacional y Departamental, para la modernización y fortalecimiento del Sistema de Información y del Archivo Central de la ESE.

3. FASE DE APROBACIÓN

La Gerencia de la E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paul, presentará el proyecto del Plan de Gestión a la Junta Directiva, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la posesión en el cargo, el cual debe ser aprobado mediante Acuerdo de Junta Directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado dicho plan.

La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado deberá aprobar el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación. En caso de que la Junta Directiva no apruebe el Plan de Gestión, durante el término establecido por la Ley 1438 de 2011, este se entenderá como aprobado.

4. FASE DE EJECUCIÓN

Una vez aprobado el Plan de Gestión 2020 - 2024, este debe ser ejecutado por la Gerencia de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila, lo cual comprende:

1. El despliegue del mismo a las Unidades Funcionales, en forma de planes de acción, donde se especificarán las acciones a desarrollar, tiempos, recursos y los responsables.
2. El seguimiento, evaluación y reporte trimestral de la ejecución de las acciones de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
3. Preparación anual del Informe de Evaluación de la Gestión Anual.
4. Presentación a la Junta Directiva del Informe de Evaluación de la Gestión Anual.

5. FASE DE EVALUACIÓN

El Gerente presentará a la Junta Directiva de la E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paul, un informe anual sobre el cumplimiento de las metas, compromisos o logros establecidos en el Plan de Gestión de la vigencia anterior con corte al 31 de diciembre. Este se dará a conocer a más tardar el 01 de abril de cada año.

Si el gerente no se desempeñó en la totalidad de la vigencia, no se realizará evaluación del plan de gestión respecto de dicha vigencia.



Los miembros de Junta Directiva harán constar en un acuerdo de Junta Directiva debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es Satisfactoria o Insatisfactoria.

El acuerdo se notificará al Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, en los términos del artículo 74 de la Ley N°1438 de 2011.

Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados del Gerente, podrá designarse secretario ad hoc, en el caso en que el secretario sea el Gerente de la ESE.

7. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN AL PLAN DE GESTIÓN E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

Anexo N° 1: Condiciones y Metodología.

Anexo N° 2: Indicadores y Estándares por áreas de Gestión.

Anexo N° 3: Instructivo para la calificación.

Anexo N° 4: Matriz de calificación.

Anexo N° 5: Escala de Resultados.

ANEXO N° 1

CONDICIONES Y METODOLOGÍA PARA LA PRESENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN





ANEXO N° 2

INDICADORES Y ESTANDARES POR AREAS DE GESTION

AREA DE GESTION	N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
a	B	c	D	E	f	g
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I,II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	≥ 1.20	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior
	2	Nivel I,II y III	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad en Salud	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	≥ 0.90	Superintendencia Nacional de Salud
	3	Nivel I,II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.90	Informe del responsable de planeación en la ESE, de lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SÍ/NO); y el cálculo del indicador



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZÓN HUILA
NIT: 891.180.026-5**

Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I,II y III	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero para las ESE categorizados en riesgo medio o alto
	5	Nivel I,II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)]	< 0.90	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
	6	Nivel I,II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: Compras conjuntas Compras a través de cooperativas de empresas sociales del Estado Compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	≥ 0.7	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b) y c); 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra 3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada 4. Aplicación de la fórmula del indicador
	7	Nivel I,II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el contador, que como mínimo



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZÓN HUILA
NIT: 891.180.026-5

Financiera y Administrativa 40%			contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación/ (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)		contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador
	8	Nivel I,II y III	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta directiva con base en los RIPS en la Vigencia. En el caso de las instituciones de primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	Informe del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de junta directiva en las que se presentó el informe
	9	Nivel I,II y III	Resultado de Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)	≥ 1	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
	10	Nivel I,II y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZON HUILA
NIT: 891.180.026-5

Gestión Clínica o Asistencial 40%			Nacional de Salud o la norma que la sustituya			
	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social
	12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.80	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)
	13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total	≥ 0.80	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)



			historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación		
14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de la apendicectomía	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.90	Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que como mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador
15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador
16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de	≥ 0.90	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador (4)



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZÓN HUILA
NIT: 891.180.026-5

			infarto agudo de miocardio en la vigencia objeto de evaluación		
17	Nivel II y III	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	Sumatoria de la diferencia de días Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.90	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador
18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 5	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 8	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 15	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZON HUILA
NIT: 891.180.026-5

- (1) La cuantificación de las unidades de valor relativo (UVR) se realizará de acuerdo con la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- (2) Sistema de Información de Hospitales - SIHO. Información reportada por las IPS públicas, validada y presentada por las Direcciones Territoriales de Salud al Ministerio de Salud y Protección Social en virtud del Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. "
- (3) Referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente, asignado por el representante legal. Resolución 2003 de 2014 estándar procesos prioritarios para todos los servicios, o la norma que la sustituya.
- (4) En todo caso se deberá garantizar la confidencialidad de la información contenida en la historia clínica de acuerdo con lo establecido en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y la Resolución 1995 de 1999



ANEXO N° 3

INSTRUCTIVO PARA LA CALIFICACIÓN

AREA DE GESTION	DE	Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	CALIFICACION DEL RESULTADO O VARIACIÓN OBSERVADA EN EL PERIODO EVALUADO			
a	b	c	d	h				
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I,II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Califique con Cero (0) -obtuvo calificación inferior a la vigencia anterior (indicador menor de 1.0) - La ESE no realizo autoevaluación en la vigencia evaluada de todos los estándares de acreditación que aplican	Califique con Uno (1) si el resultado de la comparación está entre 1.0 y 1.10	Califique con Tres (3) si el resultado de la comparación está entre 1.11 y 1.19	Califique con Uno (5) si el resultado de la comparación es mayor o igual a 1.2	
	2	Nivel I,II y III	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad en Salud	Califique con Cero (0) si el resultado de la comparación arrojó un valor menor o igual a 0.50, ó si la ESE no ha iniciado la aplicación de metodologías de Mejoramiento Continuo	Califique con Uno (1) si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0.51 y 0.70	Califique con Tres (3) si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0.71 y 0.89	Califique con Uno (5) si el resultado de la comparación arrojó un valor mayor o igual 0.90	
	3	Nivel I,II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Califique con Cero (0) si el resultado de la comparación arrojó un valor menor o igual a 0.50, ó si la ESE no cuenta con Plan Operativo Anual	Califique con Uno (1) si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0.51 y 0.70	Califique con Tres (3) si el resultado de la comparación arrojó un valor entre 0.71 y 0.89	Califique con Uno (5) si el resultado de la comparación arrojó un valor mayor o igual 0.90	
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I,II y III	Riesgo fiscal y financiero	Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en Riesgo medio o alto y adoptó el programa de saneamiento Fiscal y Financiero			Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en Riesgo medio o alto y adoptó el programa de saneamiento Fiscal y Financiero en los términos	



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZÓN HUILA
NIT: 891.180.026-5**

							previstos en la normatividad vigente.
	5	Nivel I,II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	Califique con Cero (0) si el indicador arroja un valor mayor de 1.10	Califique con Uno (1) si el indicador arroja un valor entre 1.0 y 1.10	Califique con Tres (3) si el indicador arroja un valor entre de 0.90 y 0.99	Califique con Cinco (5) si el indicador arroja un valor menor de 0.90
	6	Nivel I,II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: Compras conjuntas Compras a través de cooperativas de empresas sociales del Estado Compras a través de mecanismos electrónicos	Califique con Cero (0) si el indicador arroja un valor menor de 0.30	Califique con Uno (1) si el indicador arroja un valor entre 0.30 y 0.50	Califique con Tres (3) si el indicador arroja un valor entre de 0.51 y 0.69	Califique con Cinco (5) si el indicador arroja un valor mayor de 0.70
	7	Nivel I,II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es positiva	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual arroja un valor Cero (0)	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es negativa	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda Cero (0)
	8	Nivel I,II y III	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó un (1) informe de análisis de la Prestación de Servicios de salud por parte de la Entidad con base en el RIPS a la Junta Directiva de la entidad	Califique con Uno (1), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad, dos (2) informes de análisis de la Prestación de Servicios de la Entidad con base en el RIPS	Califique con Tres (3), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad, tres (3) informes de análisis de la Prestación de Servicios de la Entidad con base en el RIPS	Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la entidad, (4) informes de análisis de la Prestación de Servicios de la Entidad con base en el RIPS
	9	Nivel I,II y III	Resultado de Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Califique con Cero (0) si el indicador arroja un valor menor de 0.80	Califique con Uno (1) si el indicador arroja un valor entre 0.80 y 0.90	Califique con Tres (3) si el indicador arroja un valor entre 0.91 y 0.99	Califique con Cinco (5) si el indicador arroja un valor mayor o igual a 1.00



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZON HUILA
NIT: 891.180.026-5**

Gestión Clínica o Asistencial 40%	10	Nivel I,II y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Califique con Cero (0), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE NO presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la Norma que la sustituya			Califique con Cinco (5), si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE SI presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la Norma que la sustituya
	11	Nivel I,II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya	Califique con Cero (0), Si de la vigencia evaluada el Gerente de la ESE NO presentó oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya			Califique con Cinco (5), Si de la vigencia evaluada el gerente de la ESE presentó oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social o la norma que la sustituya
	12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	Califique con Cero (0), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30	Califique con Uno (1), Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,30 y 0,55	Califique con Tres (3), Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79	Califique con Cinco (5), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,80
	13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Califique con Cero (0), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30	Califique con Uno (1), Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,30 y 0,55	Califique con Tres (3), Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79	Califique con Cinco (5), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,80



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZÓN HUILA
NIT: 891.180.026-5**

	14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de apendicectomía	Califique con Cero (0), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51	Califique con Uno (1), Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70	Califique con Tres (3), Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89	Califique con Cinco (5), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90
	15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Califique con Cero (0), Si en la vigencia evaluada la ESE registró eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la variación interanual es positiva	Califique con Uno (1), Si en la vigencia evaluada la ESE registró eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la variación interanual arroja valor cero (0)	Califique con Tres (3), Si en la vigencia evaluada la ESE registró eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos y la variación interanual es negativa	Califique con Cinco (5), Si en la vigencia evaluada la ESE NO registró eventos de neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos
	16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	Califique con Cero (0), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51	Califique con Uno (1), Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70	Califique con Tres (3), Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89	Califique con Cinco (5), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90
	17	Nivel II y III	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	Califique con Cero (0), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,51	Califique con Uno (1), Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,51 y 0,70	Califique con Tres (3), Si en la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89	Califique con Cinco (5), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90
	18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Califique con Cero (0), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 10 días	Califique con Uno (1), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 8 y 9 días	Califique con Tres (3), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 6 y 7 días	Califique con Cinco (5), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 5 días
	19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Califique con Cero (0), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 16 días	Califique con Uno (1), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 11 y 15 días	Califique con Tres (3), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 9 y 10 días	Califique con Cinco (5), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 8 días
	20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Califique con Cero (0), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 30 días	Califique con Uno (1), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 23 y 29 días	Califique con Tres (3), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 16 y 22 días	Califique con Cinco (5), Si en la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 15 días



ANEXO N° 4

MATRIZ DE CALIFICACIÓN

AREA DE GESTION	N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	LINEA DE BASE	RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO	CALIFICACION	PONDERACION	RESULTADO PONDERADO
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*l
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I,II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior				0.05	
	2	Nivel I,II y III	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad en Salud				0.05	
	3	Nivel I,II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional				0.10	
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I,II y III	Riesgo fiscal y financiero				0.05	
	5	Nivel I,II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)				0.05	
	6	Nivel I,II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: Compras conjuntas Compras a través de cooperativas de empresas sociales del Estado				0.05	



			Compras a través de mecanismos electrónicos					
	7	Nivel I,II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior				0.05	
	8	Nivel I,II y III	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS				0.05	
	9	Nivel I,II y III	Resultado de Equilibrio Presupuestal con Recaudo				0.05	
	10	Nivel I,II y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya				0.05	
	11	Nivel I,II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya				0.05	
	12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes				0.07	



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL
GARZÓN HUILA
NIT: 891.180.026-5

Gestión Clínica o Asistencial 40%	13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida				0.05	
	14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de apendicectomía				0.05	
	15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual				0.05	
	16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)				0.05	
	17	Nivel II y III	Análisis de mortalidad intrahospitalaria				0.05	
	18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría				0.03	
	19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia				0.03	
	20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna				0.02	



ANEXO N° 5

ESCALA DE RESULTADOS

RANGO DE CALIFICACION	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN
Puntaje total entre 0.0 y 3.49	Insatisfactoria	Menor al 70%
Puntaje total entre 3.50 y 5.0	Satisfactoria	Igual o Superior al 70%

JORGE HUMBERTO GONZALEZ BAHAMÓN
Gerente