



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 PAUL  
GARZÓN HUILA**

**INFORME DE GESTIÓN Y RESULTADOS - 2016**

**EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN**

**NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA**  
Gerente

**GARZÓN - HUILA**  
**ENERO - 2017**



## **JUNTA DIRECTIVA**

### **REPRESENTANTES SECTOR POLÍTICO – ADMINISTRATIVO**

**Dr. Carlos Julio González Villa**

Gobernador del Huila

**Dra. Yanid Paola Montero García**

Secretario de Salud Departamental

**Dr. Edgar Bonilla Ramírez**

Alcalde de Garzón

### **REPRESENTANTES DEL SECTOR CIENTÍFICO**

**Dr. Miller Bautista Rico**

Representante Estamento Científico

**Dr. José Domingo Alarcón**

Representante Decano Facultad de Salud

### **REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD Y GREMIOS**

**Sr. Henry Cediél Benavidez**

Representante Gremios de la Producción



## TABLA DE CONTENIDO

	Página
PRESENTACIÓN	4
1. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICO DE LA ESE	5
1.1. NATURALEZA Y RESEÑA HISTÓRICA	5
1.2. MARCO ESTRATÉGICO	6
1.2.1. Misión	6
1.2.2. Visión	6
1.2.3. Principios Corporativos	6
1.2.4. Valores Institucionales	7
1.2.5. Políticas	7
2. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DIRECTIVA	8
2.1 DIRECCIÓN Y GERENCIA	8
2.1.1. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud	8
2.1.2. Gestión de ejecución del plan de gestión	16
2.2. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	25
2.2.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Financiera y Administrativa	25
2.3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	42
2.3.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Clínica o Asistencial	42
3. POBLACIÓN OBJETO Y USUARIOS BENEFICIARIOS	51
4. CONCLUSIONES	52
ANEXOS	53



## PRESENTACIÓN

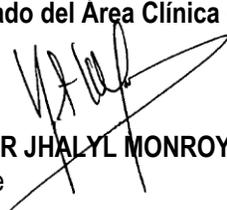
El informe de gestión consolidado a Diciembre 31 de 2016, recoge las diferentes acciones que ha venido ejecutando la ESE, conforme a lo fijado en el Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión 2016 – 2020 y especial en el Plan Operativo o Plan de Acción 2016, cuya evaluación consolidada a Diciembre 31 de 2016, alcanzo un grado de cumplimiento del 93,4%.

El informe se estructura, de tal forma que evidencia clara y concretamente las acciones desarrolladas por la ESE en cada una de las tres áreas básicas que integran el Plan de Gestión como es la de **Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y la Clínica o Asistencial**.

En el área de Dirección y Gerencia, se logró un cumplimiento de ejecución del Plan Operativo o Plan de Acción 2016 del 99,6% de lo programado en la vigencia, cuyas acciones se orientaron al desarrollo de los indicadores y metas inherentes con la Acreditación en salud, con el Programa de Mejoramiento de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, con el Sistema de Control Interno, el Sistema Integrado de Gestión y Control (SIGC) y la gestión de ejecución del Plan de Gestión 2016-2020, en especial a los indicadores y metas programados para la vigencia fiscal 2016, que se detallan en el literal **a) del punto 2.1.2. Indicadores y Metas de Resultado del Área de Dirección y Gerencia**, del presente informe.

En el área Financiera y Administrativa, se logró un cumplimiento de ejecución del Plan Operativo 2016 del 83,7% de lo programado en la vigencia, cuyas acciones se orientaron al desarrollo de los indicadores y metas relacionados con el desempeño de los subprocesos de presupuesto, Facturación, Cartera y Contabilidad, tendientes a mantener a la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl, en una posición privilegiada frente al potencial riesgo de entrar en un programa de saneamiento fiscal. Así mismo, se desarrollaron acciones tendientes mantener una racionalidad adecuada de la evolución de los gastos y de la ejecución presupuestal, a brindarle mayor celeridad a la gestión de cartera para lograr arbitrar recurso suficientes para cubrir las obligaciones salariales y prestaciones de los empleados de la ESE y el pago oportuno a los contratistas; a mantener informado en tiempo real a los miembros de Juna Directiva sobre el comportamiento de la productiva de la empresa y a dar cumplimiento efectivo y dentro de los términos de la Ley del envío de la información inherente con la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social, al igual que acciones orientada a fortalecer el Sistema Dinámica Gerencial soporte vital del Sistema de Información de la empresa, de tal manera que se garantice una información real y oportuna para la toma de decisiones, los que se detallan en el punto **2.2.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Financiera y Administrativa**, del presente informe.

En el rea Clínica o Asistencial, se logró un cumplimiento de ejecución del Plan Operativo 2016 del 100% de lo programado en la vigencia, cuyas acciones se orientaron al desarrollo de los indicadores y metas relacionados con el desempeño de los procesos y subprocesos asistenciales de la ESE, tendientes a lograr una mejor y oportuna atención de los servicios de salud a los usuarios, los que se detallan en el punto **2.3.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Clínica o Asistencial**, del presente informe.

  
**NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA**  
Gerente



## 1. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA ESE

### 1.1 NATURALEZA Y RESEÑA HISTÓRICA

En Agosto 19 de 1.893, 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 Ordenanzal 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.

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, cuenta con infraestructura propia ubicada en la calle 7 No 14 – 69 en el Municipio de Garzón; en la zona centro del departamento, integrada por los municipios de Garzón, Altamira, Gigante, Agrado, Tarqui, Suaza, Pital y Guadalupe, los cuales se constituyen en el área de influencia directa de la empresa y quienes remiten sus usuarios a servicios de mediana y alta complejidad que presta el hospital San Vicente de Paúl y de éste al de mayor complejidad Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y/o Instituciones privadas de prestación de servicios.



La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, es una institución de mediana complejidad y con servicios complementarios de mayor complejidad, dotado de una variedad de servicios que incluyen entre otros Urgencias y Observación, Médico-Quirúrgicos, Pediatría, Ginecoobstetricia, Hospitalización, Salas de Cirugía, Consulta Externa, Laboratorio Clínico, Fisioterapia, Nutrición y Dietética, Imágenes Diagnosticas,



con Radiología, Ecografía y Tomografía Axial Computarizada, Farmacia, Banco de Sangre, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Neonatal y Trabajo Social; así como los modernos servicios especializados de Endoscopia digestiva, entre otros.

## 1.2. MARCO ESTRATÉGICO

La Alta Dirección de la Empresa en cumplimiento de lo fijado por el Decreto Nacional 943 de Mayo 21 de 2014 " Por la cual se actualizó el Modelo Estándar de Control Interno MECI", realizó la revisión, análisis y actualización de los módulos, componentes y elementos del MECI. Dentro del Módulo de Control de Planeación y Gestión, la Alta Dirección realizó la revisión, análisis y actualización del Marco Estratégico de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, el cual fue adoptado mediante Resolución No. 1220 de Noviembre 26 de 2014, así:

### 1.2.1. Misión

Prestar servicios de salud con calidad, eficiencia, equidad y compromiso social a los usuarios, formador de talento humano de excelencia, basado en estándares superiores de seguridad y calidad; proporcionados por un capital humano autentico, justo, tolerante, afectivo, creativo y eficaz que trabaja en equipo, bajo criterios de mejoramiento continuo y tecnología de vanguardia, hacia una rentabilidad económica y social perdurable.

### 1.2.2. Visión

Ser líder en calidad e innovación en la prestación de servicios de salud del Sur Colombiano, en términos de satisfacción de las necesidades y expectativas de sus usuarios, comprometida con el mejoramiento continuo, la aplicación sistemática del conocimiento técnico científico y el desarrollo de su capital humano.

### 1.2.3. Principios Corporativos

- **Calidad:** La ESE proporciona una la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada y continua, de acuerdo con patrones fijos aceptados sobre procedimientos científico técnicos y administrativos, y mediante la utilización de tecnologías apropiadas, de acuerdo con las especificaciones de cada servicio y las normas vigentes sobre la materia.
- **Eficiencia:** La ESE realiza la mejor utilización de los recursos humanos, tecnológicos, materiales, y financieros con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población usuaria.
- **Equidad:** La ESE brinda la atención a los usuarios en la medida en que lo determinen sus necesidades particulares de salud, las disposiciones que rigen la seguridad social en salud y los recursos institucionales, sin que medien otros criterios que condicionen la atención o discriminen la población.
- **Compromiso social:** Es la firme disposición de la Empresa de contribuir al desarrollo integral de la población, colocando todo lo que esté a su alcance para responder a las necesidades sociales afines con su razón de ser.



#### 1.2.4. Valores Institucionales

- **Justicia:** Los servidores de la ESE se esfuerzan constantemente en conocer, respetar y hacer valer los derechos de los usuarios, dándoles un trato digno por igual, en condiciones de eficiencia, eficacia y calidad.
- **Tolerancia:** Los servidores de la ESE, trabajan en el reconocimiento de las diferencias individuales, en la capacidad para comprender y tolerar, para dialogar y llegar a acuerdos, para construir colectivamente, para enfrentar la adversidad y aprender de las derrotas y de los fracasos, tanto como de los aciertos y de los éxitos.
- **Creatividad:** Los servidores de la ESE, se desempeñan con originalidad, audacia, imaginación, reflexión, análisis e iniciativas para implementar nuevas formas de trabajar más eficientes, atractivas y novedosas de los procesos y demás actividades productivas de la empresa.
- **Profesionalidad:** Los Servidores de la ESE, se esforzaran en perfeccionarse a sí mismo, en lo humano, espiritual, profesional y económico, venciendo los obstáculos y dificultades que se les presenten, desarrollando la capacidad de realizar su trabajo con aplicación, seriedad, honradez y eficacia.
- **Amistad:** Entre los servidores de la ESE y sus usuarios prevalecerá una relación afectiva, donde exista el respeto, la humildad, la simpatía, el cariño, el compañerismo, la tolerancia y afinidad de pensamientos.
- **Autenticidad:** Los servidores de la ESE darán respuesta inmediata, directa, inteligente, sencilla, ante cada situación en la prestación de los servicios de salud, con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas de sus usuarios.

#### 1.2.5. Políticas

- **Calidad:** En la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl nos comprometemos a garantizar y mejorar permanentemente los niveles de calidad en cada uno de los procesos de prestación de los servicios de salud, en busca de los más altos estándares de satisfacción de nuestros usuarios, sus familias y comunidad en general, con enfoque en el mejoramiento de las competencias para obtener el mejor desempeño del talento humano. Además propenderemos por la innovación y la creatividad en cada una de las fases de la cadena de servicio, así como por el uso racional de los recursos disponibles.
- **Gestión:** El Gerente y su Equipo Directivo, se comprometen a destacarse por su competencia, integridad, transparencia y responsabilidad pública, actuando con objetividad, transparencia y profesionalidad en el ejercicio de su cargo, guiando las acciones de la ESE hacia el cumplimiento de su misión en el contexto de los fines sociales del Estado, formulando las políticas públicas o acciones estratégicas, y siendo responsables por su ejecución. Para ello se comprometen a orientar sus capacidades personales y profesionales hacia el cumplimiento efectivo de los fines misionales de la Empresa, a cumplir cabalmente con la normatividad vigente, al mantenimiento de la confidencialidad en la información que lo requiera, al



acatamiento de los procedimientos para el sistema de evaluación de desempeño, y al cumplimiento efectivo de la rendición de cuentas a la sociedad sobre su gestión y resultados.

- **Desarrollo del Talento Humano:** El Hospital Departamental San Vicente de Paúl ESE- Garzón Huila, se compromete con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de sus servidores públicos, determinando políticas y prácticas de gestión humana que deben incorporar los principios constitucionales de justicia, equidad, imparcialidad y transparencia al realizar los procesos de selección, inducción, formación, capacitación, promoción y evaluación del desempeño. En este sentido, la ESE propenderá por la vinculación de los más capaces e idóneos a la Administración, bien sea como servidores públicos o como contratistas.

## 2. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DIRECTIVA

En desarrollo del Plan de Gestión 2016 – 2020 y en cumplimiento de los indicadores y metas desplegados en el Plan Operativo o Plan de Acción 2016, se presentan los resultados de la gestión directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, con corte al 31 de Diciembre de 2016.

La gestión empresarial se orientó a fortalecer y consolidar las tres (3) áreas básicas de desarrollo de la ESE: **Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial;** cuyo resultados se evidencia a continuación:

### 2.1. DIRECCIÓN Y GERENCIA

La Dirección y Gerencia, se caracterizan porque a través de ellas se operacionaliza y se ejecuta directamente la misión institucional y se materializan con la planeación, ejecución y el seguimiento al desarrollo estratégico de la ESE, fijado en el Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión 2016 -2020 desplegado en el periodo de análisis en el Plan Operativo o Plan de Acción 2016, cuya especificidad se orienta 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) y a la Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión.

#### 2.1.1. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud

El Gobierno Nacional a través de la expedición del 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, 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 dichos usuarios.

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. Todos estos componentes los desarrolla la Empresa Social del Estado Hospital



Departamental San Vicente de Paúl, para garantizar a sus usuarios accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención en salud, así:

#### **a). Sistema Único de Habilitación en el Hospital**

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 Empresa Social del Estado hospital Departamental San Vicente de Paúl, cumple cabalmente con las condiciones del Sistema Único de Habilitación, señaladas previstas en la ley 715 del 21 de Diciembre de 2001, en el Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006, y de los estándares previstos en la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 del Ministerio de la Protección Social para los servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad declarados por la ESE, tal como lo Certifica la Gobernación del Huila - Secretaría de Salud Departamental, mediante la Resolución No. 2329 de 2015 "Por la cual se Certifica el cumplimiento de las Condiciones del Sistema Único de Habilitación y sistema de información y del PAMEC de un Prestador de Servicios de Salud. Anualmente se realiza la respectiva autoevaluación de habilitación con los coordinadores de cada uno de los servicios con el respectivo porcentaje de cumplimiento. Ante los hallazgos presentados se realiza el plan de mejora con los responsables y fechas de cumplimiento.

Así mismo dando cumplimiento a la nueva resolución No.2003 de 2014 se realiza el proceso de renovación de habilitación de servicios de salud de cincuenta y un (51) servicios habilitados con las tres (3) sedes habilitadas así:

**Empresa Social del Estado San Vicente de Paúl de Garzón** con código de habilitación No. 412980041901, dispone de treinta y cuatro (34) servicios habilitados.

**Centro Integral de Terapias** con código de habilitación No. 412980041902 dispone de cinco (5) servicios habilitados.

**Sede Ambulatorio** con código de habilitación No. 412980041903 dispone de doce (12) servicios habilitados, tal como se evidencia su registro en la plataforma del Ministerio de Salud y Protección Social en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSS). Se realizó el proceso de certificación de autoevaluación con vigencia de un (1) año, la cual vence el día 30 de Enero de 2017.

La empresa realizó novedades de apertura de salas de procedimientos, actualización de correo electrónico, cierre de servicio de detección cáncer de seno, apertura de protección específica atención del parto y protección específica atención de recién nacido.

#### **- Capacidad instalada**

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, Cuidados Intensivos Neonatal y Cuidados Intensivos Adultos; tres (3) salas de Cirugía y dos (2) salas para Partos.

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) camas. Observación obstétrica cuenta con un total de siete (7) camas y cinco (5) camas de trabajo de parto,

En materia de transporte para el traslado de usuarios de la ESE a otras instituciones prestadoras de servicios de salud de mayor complejidad, dispone de tres (2) ambulancias Medicalizadas y una (1) ambulancia de transporte básico asistencial.

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

De acuerdo a la Resolución 000123 de Enero 26 de 2012 "Por la cual se modifica el artículo 2º de la Resolución No. 1445 de 2006" y adopta el Manual de Estándares de Acreditación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se continuó el programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud vigencia 2013 - 2015 adoptado por la Resolución 0470 de 2013 "Por el cual se adopta el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) para la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl" cuyo objetivo es describir e implementar el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios en la ESE.

En desarrollo del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, la ESE se ha enfocado a la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios; a realizar la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual esta previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas y a la adopción de las medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

#### **c). Sistema Único de Acreditacion**

El Gobierno Nacional mediante la expedición del Decreto No. 903 de 2014" Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud", cuyo objeto es dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, así como definir reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales.

Sistema Único de Acreditación en Salud, es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2o del Decreto 903, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho sistema se regirá por lo dispuesto en el Decreto en cuestión y en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, así como por la reglamentación que para su desarrollo e implementación, expida el Ministerio de Salud y Protección Social.



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 importancia de este sistema radica, por una parte, en que constituye una oportunidad para que las instituciones sean competitivas en el plano internacional, con el fin de que puedan exportar servicios de salud y por otra, genera competencia entre las entidades por ofrecer mejores servicios, lo cual beneficiaría directamente a los usuarios de los servicios de salud así como su familia, quienes recibirán una atención de alta calidad, segura pertinente. Otros beneficiarios son las Entidades Promotoras de Salud EPS, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) y las Instituciones que tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad.

En esta materia, la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, ha tenido avances importantes, toda vez, que reorganizó internamente el equipo autoevaluador para la acreditación en salud, ha capacitado a los miembros del equipo autoevaluador y demás servidores de la empresa. Anualmente ha venido realizando la autoevaluación para cada uno de los estándares de acreditación, cuyo resultado se constituye en insumo fundamental para la mejora continua de los procesos de atención en salud.

#### - **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. 0471 de Junio 04 de 2013, 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.

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, así como también las estrategias para el fortalecimiento de la cultura de seguridad institucional.

La ESE cuenta con una imagen representativa del programa de Seguridad del Paciente, la cual, es un niño que simboliza, transparencia, lealtad y confianza. Lleva bata blanca con el logotipo o símbolo de la empresa, a través del cual se identifica ante la sociedad y los usuarios o clientes, los trabajadores y como el símbolo de la misión de



nuestra institución como prestadora de servicios de salud. El niño personifica a **San Vicentico como el “GUARDIÁN DE LA SEGURIDAD”** y se constituye en el despliegue de la política en la institución, por lo tanto cada vez que se encuentre a San Vicentico en alguna pancarta, folleto, cartelera, esto hará alusión a temas relacionados con la seguridad del paciente y es de interés de todo el personal de la institución tanto asistencial como administrativo, porque la Seguridad del Paciente es compromiso de todos.

La estrategia de gestores de seguridad, surge como respuesta al compromiso institucional plasmado en la política de seguridad del paciente para 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 persona encargadas de velar por el cumplimiento en cada uno de los servicios de todas aquellas actividades encaminadas a garantizar la seguridad del paciente en la empresa.

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 de Análisis de Modos de Fallas y Efectos (AMFE). El Análisis de Modos de fallas y sus Efectos (AMFE), es una herramienta para evaluar las distintas formas en que puede fallar la atención en salud.

#### d). El Sistema de Información para la Calidad

El Sistema de Información para la Calidad, tiene por objeto de 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.

La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, viene 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 Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social, tal como se observa a continuación respecto a la Circular Única:

CIRCULAR 030/2006 INDICADORES DE CALIDAD Y CIRCULAR 056/2009 CIRCULAR ÚNICA SISTEMA INDICADORES ALERTA TEMPRANA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (SUPERSALUD)				CONSOLIDADO 2015		CONSOLIDADO AÑO 2016	
Código	INDICADOR DE CALIDAD AÑO 2014 - 2015	VARIABLES		DATOS	Índice	DATOS	Índice
I.1.1.0	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICINA GENERAL	I.1.1.0 Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas médicas general	ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD	1.858	2,3	50	1,2
		I.1.1.0. No. de consultas médicas generales asignadas por primera vez al usuario		798		41	
I.1.2.1	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - MEDICINA INTERNA	I.1.2.1.Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas Medicina Interna	ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD	102.463	11,0	93.763	9,1
		I.1.2.1 No. de consultas de Medicina Interna asignadas por primera vez al usuario		9.352		10.355	



I.1.2.2	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - GINECOLOGÍA	Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas Ginecología	ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD	20.400	4,0	22.383	3,8
		No. de consultas de Ginecología asignadas por primera vez al usuario		5.109		5.825	
I.1.2.2	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA -OBSTETRICIA	Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas Obstetricia	ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD	13.928	3,9	12.364	3,9
		No. de consultas de Obstetricia asignadas por primera vez al usuario		3.586		3.176	
I.1.2.3	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - PEDIATRÍA	I.1.2.3. Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas pediátricas	ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD	20.115	4,5	21.620	4,4
		I.1.2.3. No. de consultas de pediatría asignadas por primera vez al usuario		4.488		4.943	
I.1.2.4	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - CIRUGÍA	I.1.2.4. Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas para cirugías	ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD	19.709	5,6	38.837	11,8
		I.1.2.4. No. de consultas de cirugía general asignadas por primera vez al usuario		3.495		3.304	
	OPORTUNIDAD DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA Y DIAGNOSTICO GENERAL - RADIOLOGÍA SIMPLE	Total de días entre las solicitudes y atenciones en imagenología y Dx general	ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD	43.123	1,0	45.302	1,0
		No. de atenciones en servicios de imagenología y Dx general - Radiología Simple		43.123		45.302	
	OPORTUNIDAD DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA Y DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO - (TOMOGRAFIAS-MAMOGRAFIAS)	Total de días entre las solicitudes y atenciones en imagenología y Dx Especializad	ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD	12.554	2,0	10.124	2,0
		No. atenciones en imagenología y Dx Especializado - Tomografías - Mamografías		6.277		5.062	
	OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO	Total de días en toma de Muestra de Laboratorio Clínico Básico	ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD	213.239	1,0	234.555	1,0
		No. de Tomas de Muestra de Laboratorio Clínico Básico		213.239		234.555	
I.1.4.0	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS TRIAGE II	I.1.4.0 Total de minutos entre las solicitudes de urgencias y la atención por el médico gener	ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD	924.666	30,6	853.157	29,4
		I.1.4.0 No. de usuarios atendidos en consulta de urgencias		30.194		29.044	
I.1.7.0	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA	I.1.7.0 Total de días entre las solicitudes y atenciones en Cirugías Programadas	ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD	47.423	14,7	36.753	15,2
		I.1.7.0 No. de cirugías programadas realizadas		3.229		2.421	
	PROPORCIÓN GLOBAL CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA (causas Pacientes+ causas aseguradora + causas Institucionales)	I.1.3.0 No. de cirugías canceladas	ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD	163	5%	156	6%
		I.1.3.0 No. de cirugías programadas X100		3.392		2.577	



I.2.1.0	PROPORCIÓN DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	I.2.1 No. de pacientes que reingresan a hospitalización antes de 20 días por la misma X100	CALIDAD TECNICA	1	0,0%	35	0,4%
		I.2.1 No. de egresos vivos en el periodo		8.939		8.911	
I.3.1.0	TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUÉS DE 48 HORAS	I.3.1 No. de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso X1000	GERENCIA DEL RIESGO	60	6,5	75	8,2
		I.3.1 No. de pacientes hospitalizados		9.238		9.093	
I.3.2.0	TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA	I.3.2 No. de Infecciones asociadas al cuidado de la salud detectados X100	GERENCIA DEL RIESGO	152	1,6%	117	1,3%
		I.3.2 No. de pacientes hospitalizados		9.238		9.093	
I.3.3.0	PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	I.3.3 No. de eventos adversos detectados y gestionados	GERENCIA DEL RIESGO	94	100%	25	100%
		I.3.3 No. de eventos adversos detectados X100		94		25	
I.4.1.0	TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL	I.4.1 No. de pacientes satisfechos con los servicios prestados por la IPS	SATISFACCIÓN / LEALTAD	3.169	92,8%	3.945	91,2%
		I.4.1 No. de pacientes encuestados por la IPS X100		3.415		4.324	

Fuente: Sistema de Información de la ESE - Dinámica Gerencial comparativo 2015-2016

Como se observa en el cuadro anterior, los indicadores oportunidad en la asignación de citas de Medicina Interna, Ginecoobstetricia, pediatría, cirugía general y atención del Triage II, están por debajo de los indicadores estándar definidos para este tipo de nivel complejidad en la atención en salud por el Ministerio de Salud y Protección Social, Esta información la ha reporta la ESE a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los términos ley.

De acuerdo a la información de producción de servicios de la ESE consolidada a Diciembre 31 de 2016, esta se ha reportado dentro de los termino de ley a la Secretaría Departamental de Salud del Huila, dando así cumplimiento efectivo con lo establecido por el Decreto 2193 de 2004.

Seguidamente se muestra el comportamiento de la producción de servicios de salud prestados por la ESE, durante la vigencia fiscal de 2016, comparativamente con la producción lograda en el mismo periodo del año 2015, Así:

Variable	PRODUCCIÓN		Variación (%)
	2015	2016	
Dosis de biológico aplicadas	4.612	4.518	-2,04%
Citologías cervicovaginales tomadas	91	787	764,84%
Consultas de medicina general electivas realizadas	90	84	-6,67%
Consultas de medicina general urgentes realizadas	45.031	37.269	-17,24%
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	64.893	59.647	-8,08%
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	5.888	5.559	-5,59%



Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	4.975	5.052	1,55%
Partos vaginales	1.708	1.700	-0,47%
Partos por cesárea	787	738	-6,23%
Total de egresos	14.167	13.112	-7,45%
...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	3.389	3.277	-3,30%
...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	4.599	4.302	-6,46%
...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	6.179	5.533	-10,45%
Pacientes en Observación	10.393	11.380	9,50%
Pacientes en Cuidados Intermedios	660	774	17,27%
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	654	559	-14,53%
Total de días estancia de los egresos	30.216	28.760	-4,82%
...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	4.096	3.934	-3,96%
...Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin Incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	8.405	8.849	5,28%
...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	17.715	15.977	-9,81%
Días estancia Cuidados Intermedios.	1.556	1.646	5,78%
Días estancia Cuidados Intensivos	2.165	1.877	-13,30%
Total de días cama ocupados	31.466	31.491	0,08%
Total de días cama disponibles	35.261	36.180	2,61%
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	8.606	8.863	2,99%
...Cirugías grupos 2-6	4.237	4.371	3,16%
...Cirugías grupos 7-10	3.639	3.766	3,49%
...Cirugías grupos 11-13	467	487	4,28%
...Cirugías grupos 20-23	263	239	-9,13%
Exámenes de laboratorio	211.310	231.839	9,72%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	49.771	51.562	3,60%
Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	24.379	20.983	-13,93%
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	49.977	46.465	-7,03%
Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	40.121	36.149	-9,90%

Fuente: Sistema de Información de la ESE - Dinámica Gerencial -Decreto 2193 de 2004

Como se observa en la tabla anterior, la producción de servicios de la ESE durante el año de 2016, deja evidenciar una leve disminución en los servicios del (-0,6%) frente a lo producido en el año 2015. Los servicios que muestran un crecimiento son los Exámenes de Laboratorio Clínico que se incrementan en el 9,7%, seguida por las Imágenes Diagnósticas con el 3,6% y las Cirugías con el 3%, frente a lo observado en el año de 2015.

No obstante, se observa una disminución del 17,2% en los servicios de Consulta General, seguido por las Consulta de Medicina Especializada con el 8,1%, los Partos por Cesárea que disminuyen el 6,3% entre otros servicios, frente a lo observado en la vigencia fiscal de 2015.



## 2.1.2. Gestión de ejecución del plan de gestión

El Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión 2016 - 2020 se materializa en la ejecución del Plan Operativo o Plan de Acción 2016, el cual con corte a Diciembre 31 de 2016, alcanzo un cumplimiento consolidado del 93,4% de los indicadores y metas programadas durante la vigencia fiscal, tal como se observa en el **Anexo 3: Monitoreo, Seguimiento y Evaluación de la Ejecución a Diciembre 31 de 2016.**

### a). Indicadores y Metas de Resultado del Área de Dirección y Gerencia

**Indicador (1):** Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

Formula	Variables de calculo		Resultado 2016	Meta 2016
Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.	2016	2015	1,22	≥1.25
	3,05	2,5		

Una vez, realizada la autoevaluación para la acreditación de los grupos de estándares relacionados con la Atención al Cliente Asistencial y los de Apoyo, el promedio de la calificación de la autoevaluación para la acreditación de la vigencia fiscal 2016, fue de tres punto cero cinco (3.05), tal como se observa seguidamente en el consolidado por grupo de estándares de atención al cliente asistencial y de apoyo:

ESTANDARES RES. 123 DEL 2012		
CALIFICACIÓN - PRIORIZACIÓN 2016 LINEA DE BASE 2017		
LIDER DE GRUPO:COORDINADOR GESTION DE CALIDAD	PROCESO: CALIDAD	REPRESENTANTE LEGAL: Dr. NESTOR JHALYL MONROY ATIA
GRUPO	ESTANDARES	CALIFICACION
GRUPO DE ESTANDARES DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL	1.DERECHOS DE LOS PACIENTES	2.9
	2.SEGURIDAD DEL PACIENTE	3.4
	3.ACCESO	3.1
	4.REGISTRO E INGRESO	3.0
	5.EVALUACION DE LAS NECESIDADES AL INGRESO	2.8
	6.PLANEACION DE LA ATENCION	3.0
	7.EJECUCION DEL TRATAMIENTO	2.9
	8. EVALUACION DE LA ATENCION	2.8
	9. SALIDA Y SEGUIMIENTO	3.1
	10.REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	3.2
	11.SEDES INTEGRADAS EN RED	2.8
	12.MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3.3
PROMEDIO ESTANDAR DE ATENCION ASISTENCIAL		3.03



ESTANDARES RES. 123 DEL 2012		
CALIFICACIÓN - PRIORIZACIÓN 2016 LINEA DE BASE 2017		
LIDER DE GRUPO: COORDINADOR GESTION DE CALIDAD	PROCESO: CALIDAD	REPRESENTANTE LEGAL: Dr. NESTOR JHALYL MONROY ATIA
GRUPO	ESTANDARES	CALIFICACION
GRUPO DE ESTANDARES DE APOYO	DIRECCIONAMIENTO	3.0
	GERENCIA	3.1
	GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	3.0
	GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	3.1
	GESTION DE LA TECNOLOGIA	3.0
	GERENCIA DE LA INFORMACION	3.2
	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3.2
PROMEDIO ESTANDAR DE APOYO		3.1
PROMEDIO ESTANDAR GRUPO DE APOYO Y ATENCION AL CLIENTE		3.06

Fuente: Autoevaluación para la Acreditación en Salud 2016.

Como se observa en el consolidado anterior, la calificación promedio del grupo de estándares de Atención al Cliente Asistencial fue de tres punto cero tres (3,03) y la calificación promedio del grupo de estándares de Apoyo fue de tres puntos cero seis (3.06), para un promedio de calificación global para el año 2016 de tres punto cero cinco (3.05). Ahora bien, como la calificación promedio global para el año 2015, fue de dos puntos cinco (2,5), el indicador (Promedio de la calificación de la autoevaluación en la 2016/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia 2015) es igual a:  $I = 3.05/2.5 = 1.22$  puntaje por debajo de la meta programada de  $\geq 1.25$  para el año 2016.

Sin embargo, se logra **cumplir** el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para este indicador ( $\geq 1.20$ ) en la Resolución 710 de 2012 y la Resolución 743 de 2013.

Entre otras acciones se desarrollaron las siguientes:

- Se elaboró y adoptó el Manual de procedimientos para auditorías de procesos con el fin de garantizar el mejoramiento continuo de los procesos de atención en salud en la ESE.
- Se gestionó y se realizaron cuatro (4) eventos de capacitación sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud con énfasis en acreditación en salud y se realizó seguimiento mensual al cumplimiento de la periodicidad de reunión de los comités intrahospitalarios.
- Se documentó, socializó e implementó la política de humanización en la atención hospitalaria y se realizaron doce (12) eventos de capacitación sobre la humanización en la atención hospitalaria.
- Se dio continuidad con el programa de seguridad del paciente, en los términos fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social y se educó a los usuarios en autocuidado de su salud.



- Durante la vigencia de 2016, la oficina de atención al usuario aplicó 4.232 encuestas a los usuarios para medir su satisfacción frente a los servicios prestados, cuyo resultado final muestra un índice de satisfacción global del 91%.
- En el servicio de urgencias se realizó el seguimiento mensual al triage II, generando las acciones de mejora correspondiente hasta lograr una oportunidad en la atención de consulta de urgencias de 29,4 minutos de espera. Así mismo, se realizó el análisis mensual de los casos de mortalidad en urgencias, generando las acciones de mejora del servicio.
- Se realizó el seguimiento mensual y se llevó el registro de inasistencia de pacientes a consulta externa, remitiendo informe a cada EPS, para mejorar el servicio a los usuarios.
- Se dio continuidad a la estrategia Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMI), realizando eventos de capacitación al personal de la ESE en los diez (10) pasos IAMI, capacitación a gestantes, puerperas, lactantes y redes de apoyo. Así mismo, dio continuidad con el Plan Ampliado de Inmunizaciones para todos los recién nacidos en la ESE.
- Se realizó jornadas educativas y de capacitación al personal de sala de partos, en cuidado crítico obstétrico, código rojo, humanización del servicio, actualización de manuales de procedimientos, Guías médicas y planes de cuidado, entre otras acciones en cada uno de los servicios de la ESE.

**Indicador (2): Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.**

Formula	Variables de calculo		Resultado 2016	Meta 2016
	Ejecutadas	Programadas		
Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría.	41	41	100%	≥0.95

Como se observa en el cuadro anterior, durante la vigencia fiscal de 2016 se programaron 41 acciones de mejoramiento derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría, de las cuales se ejecutaron 41 acciones de mejoramiento, lográndose un grado de cumplimiento del 100% de lo programado.

Dando así, **cumplimiento** con la meta programada para la vigencia fiscal de 2016 la cual fue de  $\geq 0.95$ , diez puntos porcentuales por encima del estándar del indicador ( $\geq 0.90$ ) fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y Resolución 743 de 2013.

Entre otras acciones se desarrollaron las siguientes:



- La ESE a través de Gestión de Calidad y Auditoría Médica, lideró y coordinó la realización del seguimiento de cumplimiento de cada una de las acciones de mejora, a cargo de los responsables de su ejecución cuyos resultados se discutieron en comité de calidad y auditoría, en los cuales se evaluaron los avances y se impartieron las directrices para el cumplimiento de las mismas, en los términos fijados por la coordinación.
- A través de las acciones auditorias concurrentes de historias clínicas de pacientes hospitalizados en los servicios de la ESE, se logró detectar las situaciones susceptibles de mejora, las fallas de calidad en la prestación de los servicios, incidentes, eventos adversos, los cuales fueron registrados y monitoreados en la plataforma de seguimiento a riesgo.
- Se efectuaron los comités de Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), con una periodicidad mensual, desde los cuales se realiza seguimiento a las acciones de mejora establecidas de acuerdo a la priorización de procesos, con sus respectivos responsables del cumplimiento.
- Se realizó auditoría trimestral de adherencia al Manual de Buenas Prácticas de Esterilización, generando las acciones de mejora para el mejoramiento continuo del subproceso.
- Se realizó el seguimiento y evaluación cuatrimestral del estado del Sistema de Control Interno de la ESE, los cuales fueron presentados oportunamente a la Gerencia y publicados en la página web de la ESE, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011.
- Se realizó el seguimiento y evaluación semestral del estado del Sistema de Atención a los Usuarios de la ESE, los cuales fueron presentados oportunamente a la gerencia y publicados en la página web de la ESE, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011; Así mismo, se realizó el seguimiento y evaluación trimestral de las acciones programadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la ESE, como también los informes de austeridad del gasto, los cuales fueron presentados oportunamente a la gerencia y publicados en la página web de la ESE, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011.
- Se realizó la evaluación independiente del Sistema de Control Interno y Sistema de Control Interno Contable, los cuales fueron enviados dentro de los términos de Ley, al Departamento Administrativo de la Función Pública y a la Contaduría General de la Nación; así como el diligenciamiento de la encuesta MECI 2015 directamente en la plataforma del Departamento Administrativo de la Función Pública y el informe ejecutivo del Sistema de Control Interno en la ESE; así como la preparación y envío del informe de control interno exigido por la Controlaría Departamental del Huila.
- Se le dio continuidad a la Estrategia de Gobierno en Línea, atendiendo los parámetros técnicos fijados por el Gobierno Nacional en la materia.
- Dentro de las actividades inherentes a la continuidad y Sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión y Control (SIGC), se desarrollaron las siguientes:
  - Se elaboró y ejecutó el Plan de Mejoramiento institucional del Sistema Integrado de Gestión y Control 2016, con base en las debilidades generadas por la evaluación independiente del Sistema de Control Interno de la vigencia fiscal 2015.



- Se preparó, formuló y adoptó el Plan Operativo 2016, el cual fue publicado en la página web de la ESE, dentro de los términos de Ley 1474 de 2011.
- Se preparó, formuló y adoptó la actualización del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2016, el cual fue publicado en la página web de la ESE, dentro de los términos de Ley 1474 de 2011.
- Se preparó y formuló el informe de gestión consolidado a Diciembre 31 de 2016, el cual será sometido a consideración de la Junta Directiva de la ESE, para la aprobación de la gestión gerencial. El informe de gestión fue publicado en la página web de la ESE antes del 31 de Enero de 2017, dando así cumplimiento con lo fijado por la Ley 1474 de 2011.
- Se realizó el día 22 de Abril de 2016 la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a la ciudadanía de la gestión empresarial 2015, dando cumplimiento con la Ley 1438 de 2011 y la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Se preparó y se diligenció la matriz de autoevaluación de la gestión del Gerente, conforme a los indicadores y metas anualizadas para el año 2016, en concordancia con lo fijado por los anexos de la Resolución 0710 de 2012 y Resolución 743 de 2013.

Dentro de las actividades desarrolladas sobre revisión, análisis y actualización de los manuales de procedimientos administrativos y asistenciales, conforme a la evolución normativa e institucional de la ESE, se logró lo siguiente:

- Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud PAMEC 2016-2017, adoptado por Resolución No. 0009 de Enero 4 de 2016.
- Modificaciones a los manuales de procedimientos administrativos y asistenciales medicos, referencia/contrarreferencia y procedimientos menores del servicio de urgencias, adoptados por la Resolución No. 0734 de Junio 3 de 2016.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Manual de Procedimientos Administrativo del Proceso Gestión Financiera - Subproceso Facturación, el cual fue adoptado por Resolución No. 0743 de Junio 09 de 2016.
- Manual de Auditoría Interna Institucional para garantizar el mejoramiento continuo de los procesos, adoptado mediante Resolución No. 0899 de Julio 22 de 2016.
- Política de priorización en la atención y apoyo a poblaciones especiales, adoptado por Resolución No. 0973 de Agosto 11 de 2016.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Modelo de Operación por Proceso, el Mapa de Procesos y la caracterización de los procesos, el cual fue adoptado mediante Resolución No. 1055 de Septiembre 1o de 2016.
- Actualización de la política y programa de atención humanizada, adoptada por la Resolución No. 1206 de Octubre 10 de 2016.
- Se preparó y formuló el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), para la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, el cual fue adoptado mediante Resolución No.1251 de Octubre 25 de 2016.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Manual de Gestion de Riesgos, el cual, fue adoptado mediante Resolución No. 1249 de Octubre 25 de 2016.

### **Indicador (3): Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional o Plan Operativo.**



Formula	Variables de calculo		Resultado 2016	Meta 2016
Numero de metas del Plan Operativo anual cumplidas / Numero de metas del Plan Operativo anual programadas.	Metas cumplidas	Metas programadas	93,4	≥0.95
	152	163		

Como se observa en el resultado anterior, de las 163 metas programadas en el Plan Operativo de 2016, se ejecutaron en su totalidad 152 metas para un resultado final del 93,4% de ejecución del Plan Operativo, es decir, la gerencia no logró dar cumplimiento con la meta programada en el Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión 2016 - 2020, en lo inherente con la meta fijada para la vigencia fiscal de 2016; Sin embargo, si logró dar cumplimiento con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, el cual debe estar por encima del 90% de ejecución y cumplimiento.

Entre los logros más importantes de resaltar, se hallan los siguientes:

Durante el año 2016, La ESE en su esfuerzo incansable por cumplir con el Plan de Desarrollo 2016-2020 realizó inversiones en mejoramiento de infraestructura, equipos biomédicos y dispositivos medicos y redes y sistemas por un valor aproximado a los \$920,3 Millones de pesos M/cte, tal como se evidencia a continuación:

Mejoramiento de Infraestructura	VALOR
Adecuación de cubierta del Centro de Terapias	6.000.000
Suministro instalación de hidrante	5.216.000
Adecuación en la Central de Citas y estación de Enfermería	41.831.224
Cerramiento área de consulta externa	15.758.133
Adecuación de la Central de Mezclas (Plan Bienal 2016-2017)	100.000.000
Puertas área de cirugía	6.683.000
Adecuación de consultorios de Cardiología, Endoscopia, sala de espera y recepción de pacientes del área de cirugía	150.528.041
<b>Subtotal</b>	<b>326.016.398</b>
<b>Equipos Biomédicos y Dispositivos</b>	
Adquisición de equipos biomédicos y dispositivos medicos	180.254.398
<b>Subtotal</b>	<b>180.254.398</b>
<b>Redes y Sistemas</b>	
Instalación timbres de llamado enfermería	271.218.616
Suministro e instalación de red (fibra óptica para conectar el centro de terapias y consulta externa con Dinámica Gerencial de la ESE)	11.683.870
Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas-RETIE- Consultoría	35.728.000
Instalación de cámaras de seguridad	79.262.800
Compra e instalación del software antivirus Karpesky	16.182.000
<b>Subtotal</b>	<b>414.075.286</b>
<b>TOTAL RECURSOS INVERTIDOS 2016</b>	<b>920.346.082</b>



Igualmente se halla en proceso de compra de equipos de rayos X por la suma de \$350.0 Millones de pesos M/cte, con recursos de cofinanciación del Gobierno Nacional Ministerio de Salud y Protección Social.

Así mismo, la gerencia a gestionó proyectos de inversión que han surtido trámite ante las diferentes instituciones y que por su correcta formulación están próximos a ser aprobados en las diferentes instancias evaluadoras y decisorias en materia de proyectos, tales como los siguientes:

<b>Proyecto:</b> ADQUISICIÓN DE UN EQUIPO DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA PARA LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL DE GARZÓN		
Estado del Proyecto	Valor	Fuente
PRESENTADO A OCAD	\$ 1.748.700.000	REGALÍAS- FONDO DE COMPENSACIÓN REGIONAL-FCR

<b>Proyecto:</b> DOTACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA DIAGNOSTICO Y CIRUGÍA PARA LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL DE GARZÓN		
Estado del Proyecto	Valor	Fuente
PRESENTADO A OCAD	\$ 2.602.921.992	REGALÍAS- FONDO DE COMPENSACIÓN REGIONAL-FCR

- Se realizó nuevamente la gestión ante la gobernación del Huila y la Secretaria Departamental de Salud, para la viabilización e implementación en la ESE de los servicios de Neurocirugía y Unidad Renal, servicios fundamentales para los usuarios del Centro y Sur del Departamento, toda vez, que es una sentida por la ciudadanía garzoleña, la cual fue expresada en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas realizada por la ESE el día 31 de Octubre de 2014.

- Se continuó con la gestión del proyecto Construcción de la Nueva Torre Operativa y Administrativa para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul de Garzón – Huila. El proyecto se radicó en el Ministerio de Salud y Protección Social para concepto técnico y consecución del recurso para su ejecución.

- Se preparó y formuló el Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestion 2016 - 2020, el cual fue presentado y socializado a la Junta Directiva de la ESE y aprobado por la Gerencia mediante Resolución No. 0599 de Mayo 3 de 2016.

- Se preparó, formuló, adoptó y se publicó el Plan Operativo o Plan de Acción 2016, el cual, tuvo una ejecución del 93,4% durante la vigencia fiscal de 2016; así mismo, se realizó el monitoreo, seguimiento y evaluación trimestral a la ejecución de las acciones, indicadores y metas programadas en el Plan Operativo o Plan de Acción 2016.

- Se realizó el seguimiento y evaluación a los indicadores y metas anualizadas del Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión 2016-2020, conforme a lo dispuesto por la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social; así como la autoevaluación de la gestión gerencial. Así mismo, se preparó el informe



anual de gestión 2016 que se remitió a los órganos de control y a los miembros de la Junta Directiva dentro de los términos de Ley.

- Se formuló y ejecutó el Programa de Mantenimiento Hospitalario en infraestructura física, equipos biomédicos, equipo de transporte, equipos de cómputo, muebles y enseres, red eléctrica entre otros, con una ejecución al cierre de la vigencia fiscal de 2016 del 97,6%.

#### b). Gestión de Defensa Judicial

Al cierre de Diciembre 31 de 2016 y según reporte de los defensores Judiciales de la ESE, se gestionaron dentro de los términos de ley 49 procesos judiciales en contra de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, cuyas pretensiones aproximadas alcanzan la suma de DIEZ Y OCHO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y UN MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS (\$18.271.511.785) M/cte. De estos procesos judiciales se han fallado a favor de la ESE cinco (5) procesos judiciales. (Ver anexo estado de los procesos judiciales 2016)

#### c). Gestión del Sistema de Control Interno

Asesor de Control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, diligenció la encuesta MECI 1000: 2005 y elaboró el Informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno, los cuales fueron enviados al Departamento Administrativo de la Función Pública, a través del aplicativo dispuesto para ello, cuyo radicado correspondió al número 662 con fecha de reporte 16/02/2016 03:38:36 pm.

Diligenciado por: PEDRO FERNÁNDEZ ZAMBRANO Fecha: 16/02/2016 12:07:33 p.m.

Enviado por: NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA Fecha: 16/02/2016 03:38:36 p.m.

#### - 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 2015, cuyo resultado deja evidenciar que el Sistema de Control Interno Contable de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, es **ADECUADO**, con un puntaje consolidado al cierre de Diciembre 31 de 2015 de 4.99.

#### d). Sistema de Atención a los Usuarios

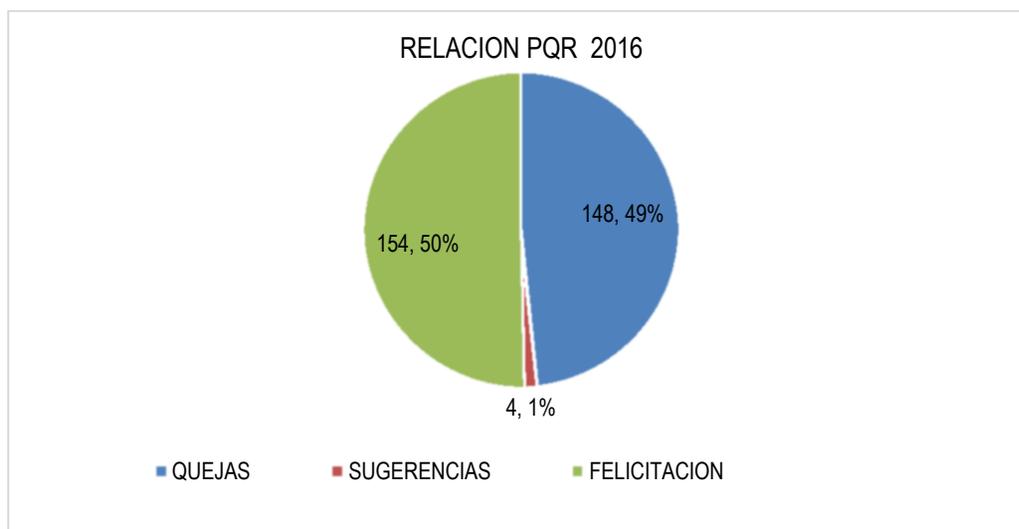
Al cierre de Diciembre 31 de 2016 y según reporte de la circular única de la Superintendencia Nacional de Salud la satisfacción global promedio fue del 91%. No obstante, el Sistema de Información de Atención a los Usuarios de la ESE, informó que se presentaron un total de 148 quejas, 4 sugerencias y 154 felicitaciones. El 26% de las quejas fueron generadas por los servicios urgencias referente a la demora en la atención medica después de la clasificación del triage y quejas de actitud de los funcionarios del servicio; el 24% por los servicios de apoyo diagnóstico



relacionados con demoras en la atención y actitud del personal; el 21% a los servicios ambulatorios con la no atención en las horas de las citas y en la central de citas por la demora en la atención telefónica; el 19% por los servicios de internación referente a la actitud de algunos médicos y enfermeras y el porcentaje restante con los servicios de Sala de Parto, Cirugía, Gestión Financiera, apoyo terapéutico y gestión logística.

Las sugerencias se hacen en particular al grupo de médicos y de enfermería en los servicios de urgencias y apoyo terapéutico para que se mejore la calidad en la atención y en el suministro de información.

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, quirófanos, entre otros, tal como se observa a continuación.



## 2.2. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

La gestión financiera y administrativa, se centra a la planeación, ejecución y seguimiento al conjunto de procesos orientados a la administración eficiente y eficaz de los diferentes recursos (financieros, humanos, técnicos, físicos, administrativos y de apoyo logístico), requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud a cargo de la ESE.

### 2.2.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Financiera y Administrativa

#### Indicador (4): Riesgos Fiscal y Financiero

Formula	Variables de calculo	Resultado 2016	Meta 2016
---------	----------------------	----------------	-----------



Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.	Información financiera y de producción reportada a Minsalud según el Decreto 2193 de 2004	Sin Riesgo	Categorizada Sin Riesgo
---	---	------------	-------------------------

El Índice de Riesgos Fiscal y Financiero de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, es el fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución No. 00002184 de Mayo 27 de 2016 "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Territorial para la vigencia fiscal 2016 y se dictan otras disposiciones", la cual, en el numeral 3.1 del artículo 3o se fija la Categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado para la vigencia fiscal de 2016, contenido en el Anexo Técnico 1 Hoja No. 14 de la norma en comento, indicando que la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila, se categoriza **SIN RIESGO**.

Por lo tanto este indicador no aplica a la ESE y en consecuencia la ponderación establecida para este indicador definida en el Anexo 4 de la Resolución No. 710 de 2012 y Resolución 743 de 2013, se distribuirá proporcionalmente con el peso de cada una de las ponderaciones de los indicadores restantes que hacen parte de la misma área de gestión, aplicable de acuerdo con el nivel de atención de la ESE, que el caso específico de la empresa en cuestión es el área de gestión Financiera y Administrativa.

En el Área de Gestión Financiera y Administrativa, se desarrollan ocho (8) indicadores incluido el de Riesgo Fiscal y Financiero, con una ponderación de cero punto cero cinco (0,05) para cada uno de los indicadores que integran el área de gestión. Por consiguiente para efectos de la calificación el 0,05 del indicador Riesgo Fiscal y Financiero, se debe distribuir entre los siete (7) indicadores restantes, correspondiéndole una calificación de (0,00714) para los primeros cinco (5) indicadores y de (0,00715) para los dos (2) indicadores restantes, cuya sumatoria es igual a 0,05.

Así mismo y en cumplimiento de las actividades programadas en el Plan Operativo 2016 se desarrollaron las siguientes:

- El responsable de facturación informó que durante la vigencia fiscal de 2016, se logro radicar mensualmente en promedio el 98% de la facturación de los servicios prestados a cada una de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), así como realizar la verificación oportuna a la parametrización y seguimiento a la ejecución de los contratos con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y la preparación y presentación oportuna de los informes de facturación a la Gerencia.
- Los responsables de Auditoría de Cuentas, realizaron la revisión, análisis y respuesta a las objeciones a la facturación, así como la retroalimentación con el personal de facturación, cuentas médicas y medicos, sobre los motivos de objeciones a la facturación.
- La responsable de contabilidad de la ESE, realizó la conciliación de la información contable con cartera, facturación, almacén, nomina y presupuesto, reportando a los mismos las inconsistencias de la información y realizando los ajustes que considero procedentes; así mismo, generó los estados financieros bajo el Régimen General de Contabilidad Pública, sus análisis para la toma de decisiones y realizó su envío a los órganos de control dentro de los términos de ley y realizó su publicación conforme a la ley.



- Se realizó la elaboración mensual, análisis y presentación a gerencia los informes de costos para la toma de decisiones.

- Se realizó la revisión, análisis y procesamiento de la información financiera de presupuesto, cartera y contabilidad, a través de la cual, se hizo el cálculo del Índice de Riesgos Fiscal y Financiero mensualmente, aplicando la metodología fijada para ello por el Ministerio de Salud y Protección Social, reportándose dichos informes a la Gerencia y Subdirección Administrativa para lo de su competencia. El resultado del seguimiento y evaluación del índice de riesgo durante los doce (12) meses de la vigencia fiscal 2016, fue **ESE Sin Riesgo**.

#### **Indicador (5): Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida**

Formula	Variables de calculo		Resultado 2016	Meta 2016
	2016	2015		
[(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)]	44.032.902.421/ 3.464.516,6 = 12.710	39.457.244.613/ 3.457.282,3 =12.069	1,05	<0.99

- Según la ejecución presupuestal a 31 de Diciembre de 2016, la ESE registró compromisos por gastos de funcionamiento por la suma de \$ 35.564.735.557 M/cte y por gastos de operación comercial y prestación de servicios la suma de \$ 8.468.166.864 M/cte, para un total de gastos en la vigencia fiscal de 2016 de \$ 44.032.902.421 M/cte, y un valor acumulado de la producción en Unidades de Valor Relativo de 3.464.516,61 para un costo promedio por unidad producida en el 2016 de \$12.710

- Según la ejecución presupuestal a 31 de Diciembre de 2015, la ESE registró compromisos por gastos de funcionamiento por la suma de \$ 32.012.464.662 M/cte y por gastos de operación comercial y prestación de servicios la suma de \$ 7.444.779.951 M/cte, para un total de gastos en la vigencia fiscal de 2015 de \$ 39.457.244.613 M/cte, y un valor acumulado de la producción en Unidades de Valor Relativo de 3.457.282,3 para un costo promedio por unidad producida en el 2015 de \$12.069

Por lo tanto, la Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida por la ESE en la vigencia fiscal de 2016, fue de 1,05 resultado de la fórmula  $12.710/11.069 = 1.05$ , por lo tanto no se logra cumplir con la meta fijada para el 2016 en el Plan de Gestión la cual fue de <0.99 y por consiguiente no alcanza a superar el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 que es igual a <0.90, pero si queda dentro **rango de calificación** del estándar entre 1,0 y 1,10, que equivale a una **calificación de uno (1)**.

Entre otras actividades la ESE realizó las siguientes:



- Se realizó seguimiento a los registros de producción registrados en el sistema, comparados con los registros manuales de las áreas, realizándose los ajustes correspondientes en los registros de producción.

- Se realizó monitoreo, seguimiento y evaluación trimestral al indicador la Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida, con el fin de vigilar el comportamiento de la producción total de la ESE y los gastos comprometido en la prestación de los servicios de salud a cargo de la ESE, informes que fueron remitidos a la Gerencia y la Subdirección Administrativa para la toma de decisiones, sobre el particular.

**Indicador (6): Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas; b) compras a través de cooperativas de ESE y c) compras a través de mecanismos electrónicos**

Formula	Variables de calculo	Resultado 2016	Meta 2016
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.	Se realizaron invitaciones a cooperativas de ESE a cotizar en los procesos de selección abreviada, pero no se obtuvo respuesta alguna, es decir, no cotizaron para la ESE.	0%	≥0.32

Respecto del presente indicador, la ESE, no logró dar cumplimiento con lo fijado por la Resolución 710 de 30 de Marzo 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" – **Anexo 2 Indicadores y Estándares por Área de Gestión**, toda vez, que durante la vigencia fiscal de 2016, se presentaron circunstancias institucionales que no hicieron factible, implementar dicho indicador, tales como:

- La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, realiza las compras de medicamentos y material médico quirúrgico siguiendo las normas internas fijadas en el Estatuto de Contratación, adoptado por la Junta Directiva mediante el Acuerdo 004 de Junio 04 de 2014. En los numerales 12 y 13 del artículo 9° del Acuerdo 004, se establece que cuando se requiera la compra de equipos biomédicos y sus repuestos y los medicamentos, insumos medico quirúrgicos y dispositivos biomédicos, siempre que se realicen directamente con el fabricante o su distribuidor exclusivos, se hará mediante contratación directa o de lo contrario por selección simplificada.

- Durante la vigencia fiscal de 2016, la empresa realizó dos (2) procesos de selección simplificada para la compra de medicamentos y material médico quirúrgico, procesos que fueron publicados en la página web de la ESE, para que los proponentes concurrieran a presentar propuestas. Sin embargo, una vez finalizado el tiempo para presentar propuestas no se presentaron las cooperativas de empresas sociales del estado al proceso de selección simplificada.



**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.**

Formula	Variables de calculo		Resultado 2016	Meta 2016
- 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)]	Deuda 2016	Deuda 2015 a precios constantes	-59.289.688	Cero (0) o variación interanual negativa.
	0	\$59.289.688		

Al cierre de la vigencia fiscal de 2016 la ESE no generó deuda mayor a treinta (30) días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, es decir, la deuda fue de Cero (0) pesos M//cte.

Al cierre de la vigencia fiscal de 2015, la deuda de la ESE por honorarios y servicios alcanzo la suma de \$56.066.067 M/cte, los cuales a precios constantes de 2016 (índice inflación 2016 = 5,75%) ascienden a la suma de \$59.289.688 M/cte. Por lo tanto, el resultado de la formula es el siguiente **\$0,00 - \$59.289.688 = - \$59.289.688 M/cte**, es decir, es una deuda de salarios y honorarios con variación interanual negativa, por lo cual, se cumple con la meta programada en el Plan Operativo o Plan de Acción 2016 la cual, fue de deuda cero o variación interanual negativa.

Este indicador por tener deuda con variación interanual negativa, da un puntaje de calificación de la gestión gerencial, de tres (3) toda vez, que este resultado se debe calificar así (**Si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es negativa**), **califique con tres (3)**, criterio del indicador fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y Resolución 743 de 2013.

Entre otras actividades desarrolladas en la vigencia fiscal de 2016, se identifican las siguientes:

- La Gerencia con el apoyo de los responsables facturación, cartera y auditoría de cuentas realizaron las gestiones necesarias, ante las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio y de demás pagadores, alcanzando recaudar importantes recursos económicos, con los cuales, logró realizar el pago oportuno de los salarios y prestaciones sociales a los empleados, así como de garantizar el pago oportuno a los servidores por contrato de la ESE.

- Se realizó la liquidación integral y oportuna de la nomina de los funcionarios de planta de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl, la cual fue cancelada oportunamente.



- El Hospital Departamental San Vicente de Paúl, mediante el programa de humanización en salud, desarrolló una serie de actividades de orientación y capacitación con el personal asistencial y administrativo, que apunta al mejoramiento continuo de sus procesos, centrado en el usuario y su familia.

#### - Plan Institucional de Capacitación

La ESE durante la vigencia fiscal de 2016, desarrolló las siguientes actividades dentro del Plan Institucional de Capacitación (PIC):

- **En la gerencia.** Fortalecer y capacitar el talento humano en relaciones interpersonales, comunicaciones y congreso nacional de finanzas públicas.
- **En el área Subdirección Científica.** Soporte vital cardiovascular avanzado soporte vital básico para médicos y enfermeras, simposio internacional de seguridad del paciente prácticas clínicas sin errores, atención integral a víctimas de violencia sexual, congreso nacional de ginecología obstetricia, curso de prevención y manejo de accidentes causados por animales venenosos arañas, escorpión, insectos y serpientes, formación de auditores internos sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.
- **La subdirección Administrativa.** Congreso Nacional de gestión financiera pública.
- **En gestión humana.** Congreso Nacional de gestión humana para el sector público, VI Congreso nacional de talento humano.
- **En el área de contabilidad.** Congreso nacional de finanzas públicas, congreso nacional de gestión financiera pública y diplomatura de estudio de administración de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, reforma tributaria 2016.
- **En control interno.** Se realizaron capacitaciones en congreso nacional de control interno.
- **En el área de almacén.** Se participó en el seminario nacional de supervisión e inventario de contrato estatales, seminario de actualización de inventarios,
- **En el área de cartera.** Se participó en el seminario contratación, facturación y cartera en salud.
- **En el área de salud ocupacional.** Se realizaron la socialización del plan de emergencias, capacitación a la brigada de emergencias, capacitación en riesgo biológico, capacitación en riesgo biomecánica, capacitación en ahorro eficiente del agua, capacitación en ahorro en energía eléctrica, capacitación en residuos hospitalarios y participo en el congreso de seguridad salud y ambiente, congreso internacional ARLSURA educación para el cuidado 2016.
- **El área de urgencias.** Se participó en el curso de prevención y manejo de accidentes causados por animales venenosos arañas, escorpión, insectos y serpientes, Manejo de equipos biomédicos.



- **En la Uci Neonatal.** Se realizaron las siguientes capacitaciones, ingreso del recién nacido desde urgencias, consulta externa y referencia a Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), ingreso del recién nacido desde alojamiento conjunto a ACIN, egreso hospitalario del UCIN por mejoría clínica, administración de medicamentos y productos biológicos, control líquidos administrados y eliminados, toma de signos vitales, paso o inserción de sonda oro gástrica, toma de muestra de laboratorio, toma de glucosas capilar, nutrición enteral, cuidado postural, higiene general del recién nacido, control térmico del recién nacido, lavado de incubadora y elementos, cuidado del recién nacido en fototerapia, protocolo de reanimación neonatal, protocolo de código azul, protocolo de chequeo y verificación del carro de paro, control de visitas, administración de nutrición parenteral, protocolo de arreglo de cadáver en UCIN, traslado de usuario a procedimientos especiales, protocolo de transporte del recién nacido remisión, conferencia del banco de leche.
- **Área del Banco de Sangre.** Se participó del Simposio de medicina transfusional y hematología, congreso colombiano iberoamericano de bancos de sangre, entrenamiento en dispositivo medico DSX, procesamiento de pruebas técnicas de Elisa, validación de control débil positiva en DSX, lavador Columbus sunrise, normas de bioseguridad en el banco de sangre, entrenamiento en inmunohematología y servicio transfusional, transporte de componentes sanguíneos – cadena de frío, seguridad en el paciente, gestión del riesgo en banco de sangre
- **Área de coordinación de enfermería.** Capacitación en atención de violencia sexual toma de muestra laboratorio y humanización hospitalaria, manejo de residuos y estrategia IAMI, higiene postural administración segura de medicamentos vía subcutánea antibiótico, capacitación administración segura de medicamentos, capacitación guía para atención clínica integral del paciente con dengue, capacitación los 10 pasos IAMI.
- **Área Epidemiología.** Capacitación vigilancia en salud y manejo de enfermedades dengue, chikunguña y zica, actualización de lineamientos enfermedad por zica, procedimientos de limpieza y desinfección, uso adecuado de antibiótico, manejo de ventiladores y manejo de pacientes con TCE, morbilidad materna extrema subproceso 1, higiene de manos, enfoque de paciente con cáncer y zica, guía por la atención clínica integral del paciente con dengue para enfermería.
- **Coordinación de Gestión de la Calidad.** Capacitación en el sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud y sistema único de acreditación, seguridad en el paciente, socialización procedimiento reporte no conformidad.

El Comité de Bienestar Social realizó la preparación y formulación del programa de Bienestar Social de los funcionarios de planta de la ESE, programa que fue ejecutado en el 100% de acuerdo a las actividades priorizadas en él. Entre las actividades desarrolladas están las dirigidas al esparcimiento, rescate y fortalecimiento del folclor opita, la reunión en favor del crecimiento espiritual y religioso de los empleados y su familia de tradición navideña en Colombia.



Durante el año 2016 los responsables de realizar las actividades de inducción y re inducción al personal que ingresa a la institución, cumplieron con sus responsabilidades en la materia. Las evidencias son los registros de las actividades y las actas de reuniones, que reposan en el archivo del Comité en la oficina de talento humano

En reuniones de Comisión de personal se expone los avances y ejecución del proceso de la evaluación del desempeño de los funcionarios de carrera administrativa. Para el año 2016 se adopta el Sistema Tipo de la Evaluación del Desempeño Laboral y se definen los factores que servirán para calificar a los servidores públicos de la ESE Hospital San Vicente de Paúl, conforme a lo fijado por el Acuerdo 565 de Enero 25 de 2016 "Por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los empleados públicos de Carrera Administrativa y en periodo de prueba. Al respecto se dio cumplimiento con lo fijado por la Ley 909 de 2004, en la realización de la evaluación de desempeño semestral y anual de todos los empleados de carrera de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl.

#### **- Salud Laboral.**

- Durante la vigencia fiscal 2016, el responsable de las acciones de salud laboral de la ESE, investigó y reportó dentro de los términos de ley los Accidentes de trabajo a la autoridad competente.

#### **- Salud ocupacional (2016)**

Se realizaron las reuniones mensuales del Comité Operativo de Emergencias y Desastres COE y del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST. Igualmente se realizaron las investigaciones de accidentes laborales y su respectivo reporte, igualmente se realizó el monitoreo de las afiliaciones del personal que se encuentra contratado mediante la prestación de servicios para determinar si se encuentra afiliado a la ARP Sura y el personal que ya no labora en la institución y no se ha realizado el retiro oportuno de la ARP Sura.

Se realizó el contrato de servicios de toma y lectura de dosimetrías personales, se dio continuidad a las reuniones mensuales del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria y la inspección a los diferentes servicio para la aplicación de la lista de chequeo sobre normas de bioseguridad, así como se realizó la capacitación en el manejo adecuado de Residuos Sólidos Hospitalarios al personal de enfermería.

Se hizo entrega de Recipientes de 30 litros para la segregación de Residuos Hospitalarios para los diferentes servicios de la Institución, así mismo se organizó y participó de la jornada de recolección de inservibles por todas las áreas del hospital.

Se realizó el mantenimiento preventivo rutinario de la planta de tratamiento de aguas residuales y diligenciamiento de los formatos de registros de mantenimientos diarios, semanales y mensuales, al igual que la supervisión del manejo y salida del material reciclable (cartón, papel de archivo, plástico) de la institución.

Se hizo entrega mensual de la carpeta con el formato RH1, recolección interna y externa de residuos sólidos hospitalarios y limpieza y desinfección de los depósitos centrales de residuos sólidos peligrosos y no peligrosos y la respectiva tabulación de la producción mensual de residuos sólidos hospitalarios.



Igualmente se realizó la tabulación del registro mensual de consumos de energía, gas y acueducto y alcantarillado y se realizó la fumigación y/o control de Plagas en las diferentes áreas de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl.

Se realizó la adquisición e instalación de camillas en las áreas de centro de terapias, consulta externa, hospitalización, pediatría, pasillo de farmacia, pasillo de talento humano, urgencias y botiquines para emergencias en centro de terapias y la instalación de modulo piso techo con cuatro puestos de trabajo y aire acondicionado en el área de central de citas.

Igualmente se realizó la titulación de anticuerpos HB y la inmunización contra HB aproximadamente al 73% del personal de la ESE y el mantenimiento y recarga del 100% de los extinguidores ubicados en la empresa.

#### **Indicador (8): Utilización de información del Registro Individual de Prestaciones - RIPS**

Formula	Variabes de calculo	Resultado 2016	Meta 2016
Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	Informes Registro Individuales de Prestación de Servicios presentados la Junta Directiva	4	4

- Durante la vigencia fiscal de 2016 la ESE realizó el procesamiento de la información de los registros individuales de prestación de servicios RIPS correspondiente a los cuatro (4) Trimestre de 2016, comparativo con los mismos periodos de la vigencia fiscal de 2015, preparándose los informes comparativos correspondientes, los cuales fueron remitidos a la gerencia para su suscripción y envío oportuno a cada uno de los miembros de la Junta Directiva de la ESE, dando así **cumplimiento** con lo fijado en el Plan de Gestión y Plan Operativo 2016.

- A través, de los informes generados a partir de los registros individuales de prestación de servicios RIPS, se muestra el comportamiento de la productividad de los diferentes servicios que presta la ESE a sus usuarios, así como de otras variables de importancia para la toma de decisiones gerenciales, que fueron dispuestas oportunamente a la Gerencia y a todos los miembros de la Junta Directiva de la ESE.

- Según la Resolución 3374 de 2000 expedida por el Ministerio de la Protección Social, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) se definen como: "El conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control". Estos datos mínimos identifican una a una las actividades de salud que realizan las IPS o profesionales independientes de salud a las personas; constituyéndose así, en una de las fuentes principales del Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social (SGSS). En general el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) sirve para:



- Formular políticas de salud.
- Realizar la programación de oferta de servicios de salud.
- Evaluar coberturas de servicios.
- Asignar recursos financieros, humanos y técnicos.
- Validar el pago de servicios de salud.
- Fundamentar la definición de protocolos y estándares de manejo clínico.
- Ajustar la Unidad de Pago por Capitación.
- Establecer mecanismos de regulación y uso de los servicios de salud.
- Controlar el gasto en salud.
- Ajustar los contenidos de los planes de beneficios en salud
- Conocer el perfil de morbilidad y mortalidad

La ESE, preparó y formulo cuatro (4) informes generados a partir de los registros individuales de prestación de servicios para los periodos de evaluación así:

INFORMES	PERIODO DE EVALUACIÓN
Primer Informe I Trimestre	Enero 1° al 31 de Marzo de 2016
Segundo Informe II Trimestre	Abril 1° al 30 de Junio de 2016
Tercer Informe III Trimestre	Julio 1° al 30 de Septiembre de 2016
Cuarto Informe IV Trimestre	Octubre 1° al 31 de Diciembre de 2016

Dichos informes fueron revisados, analizados y ajustados por la Alta Dirección de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, los cuales fueron sometidos en su oportunidad a consideración de cada uno de los miembros de la Junta Directiva, para su conocimiento y fines pertinentes.

Los informes RIPS, en su contenido evidencian el comportamiento de las variables más representativas de los mismos, tales como el perfil de los usuarios atendidos por la ESE, el análisis de la facturación de servicios, la morbilidad por consulta de las 100 primeras causas del CIE10 durante en el periodo de análisis, los procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico y procedimientos quirúrgicos, el comportamiento de los recién nacidos, porcentaje ocupacional, el comportamiento de la venta y aplicación de los medicamentos en la prestación de los servicios y la morbilidad observada en los servicios de hospitalización y urgencias, entre otros.

Así mismo, la coordinación del Sistema de Información realizó la generación y validación de los RIPS como soporte de las cuentas de cobro ante las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB).

En materia de mejoramiento del sistema de información la ESE realizó la conectividad de Fibra óptica multimodo con Consulta externa, conectividad de Fibra óptica monomodo con el Centro de Terapias y la instalación de la red LAN en el centro de Terapias (16 Puntos) con cableado categoría 7a.

#### **Indicador (9): Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo**

Formula	Variables de calculo		Resultado 2016	Meta 2016
Valor de la Ejecución de ingresos totales	Ingresos	Gastos		



recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos.	Recaudados	comprometidos	0,90	≥0.96
	\$45.906.952.703	\$51.118.508,038		

- Los ingresos totales recaudados entre el 1o de Enero al 31 de Diciembre 2016, ascienden a la suma de \$45.906.952.703 M/cte y los gastos totales comprometidos en el mismo periodo, fueron de \$51.118.508.038 M/cte, por lo tanto el resultado del indicador es el siguiente:  $I = \frac{45.906.952.703}{51.118.508.038} = 0.90$ . Por lo tanto no se logra cumplir con la meta fijada para el 2016 en el Plan de Gestión la cual fue de  $\geq 0.96$  y por consiguiente no alcanza a superar el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 que es igual a  $\geq 1,0$  pero si queda dentro **rango de calificación** del estándar entre 0.80 y 0.90, que equivale a una **calificación de uno (1)**.

El anterior resultado, quiere decir que la ESE por cada \$100 que comprometió en la operación normal de la misma, logro recaudar la suma de \$90 pesos M/cte. Por consiguiente la empresa debe recurrir a los recursos de cuentas por cobrar de otras vigencias y otros ingresos, para reconocer y pagar la totalidad de sus obligaciones empresariales y generar utilidad al final del ejerció fiscal.

Entre otras acciones la ESE realizó las siguientes:

#### - Gestión Presupuestal

- **Gestión de Ingresos**

El presupuesto definitivo de la ESE para la vigencia fiscal de 2016 ascendió a la suma de \$53.013,2 Millones de pesos M/cte, con unos reconocimientos de ingresos al 31 de Diciembre del 113,5% (\$60.157,6 Millones de pesos M/cte), dado en especial a la superación de las metas en ventas de servicios en (\$11.115,4) Millones M/cte) con un nivel de recaudo del 76,3% del total de los ingresos reconocidos del periodo de análisis, es decir, de \$45,906,9 Millones de pesos M/cte, El comportamiento de los ingresos comparativamente con el año 2015, es como se evidencia a continuación:

CONCEPTO DE INGRESOS	PERIODOS		VARIACIÓN (%)
	2015	2016	2016/2015
<b>Ventas de Servicios de Salud (Excluye CXC)</b>	<b>46.638,3</b>	<b>47.249,4</b>	<b>1,3%</b>
Población no cubierta con subsidios	1.547,3	1.361,8	-12,0%
Régimen Subsidiado	28.809,8	29.229,5	1,5%
Régimen Contributivo	10.199,9	10.237,3	0,4%
Otras Ventas de Servicios	6.081,3	6.420,8	5,6%
Aportes	1.800,0	350,0	-80,6%
Otros Ingresos	3.607,9	1.511,9	-58,1%
Cuentas por Cobrar	13.695,0	11.046,3	-19,3%
<b>Total Ingresos Reconocidos</b>	<b>65.741,2</b>	<b>60.157,6</b>	<b>-8,5%</b>

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos 2016-2015



Como se observa en el cuadro anterior, los ingresos totales decrecieron el 8,5% durante la vigencia fiscal de 2016, frente a lo logrado en el año 2015, como consecuencia de la caída del 80,6% de los ingresos provenientes de aportes, el 58% de otros ingresos, el 19,3% de las cuentas por cobrar y el 12% de la población no cubierta con subsidios a la demanda.

Las ventas de servicios de salud a Diciembre 31 de 2016 representaron el 78,5% del total ingresos de la ESE, el 18,4% por las cuentas por cobrar y el 2,5% por otros ingresos y el 0,6% por Aportes, que en conjunto financian la actividad empresarial de la ESE. El recaudo por ventas de servicios de salud alcanzó tan solo el 69,8% en el periodo de análisis.

Las ventas de servicios de salud reconocidas en el 2016, crecieron el 1,3% frente a las realizadas en el año 2015 pasando de \$46.638,3 Millones de pesos M/cte en el 2015 a \$47.249,4 Millones de pesos M/cte en el 2016.

Dado su importancia para las finanzas de la ESE y tal como se evidencia en el cuadro anterior, las ventas de servicios de la ESE en el 2016, fueron jalonadas por el Régimen subsidiado que creció el 1,5%, seguido por régimen contributivo 0,4% y otras ventas de servicios de salud con el 5,6% frente a lo logrado en el año de 2015.

- **Gestión de Gastos**

El comportamiento del presupuesto de gastos a Diciembre 31 de 2016, deja evidenciar que del total del presupuesto definitivo aforado en \$53.013,2 Millones de pesos M/cte, se causaron compromisos por valor de \$51.118,5 Millones de pesos M/cte, de los cuales, el 55,8% representan los gastos de personal de planta y por contrato, seguido en su orden con el 16,6% a gastos de operación comercial y prestación de servicios, el 13,4% de gastos generales, el 7,9% cuentas por pagar, el 5,9% al servicio de la deuda y el 0,4% a transferencias corrientes.

El comportamiento de los gastos comparativos con el año 2015, es como se evidencia a continuación:

CONCEPTO DE GASTOS	PERIODOS		
	2015	2016	Variación (%)
<b>Gastos de Funcionamiento</b>	<b>32.012,4</b>	<b>35.564,7</b>	11,10%
Gastos de Personal Directo	7.312,8	7.669,4	4,88%
Servicios personales indirectos	18.917,8	20.833,8	10,13%
<b>TOTAL GASTOS DE PERSONAL</b>	<b>26.230,6</b>	<b>28.503,2</b>	<b>8,66%</b>
Gastos Generales	5.642,0	6.861,5	21,61%
Transferencias Corrientes	139,8	200,0	43,06%
Gastos de Operación Comercial	7.444,8	8.468,2	13,75%
Gastos de Inversión	1.800,0	-	-100,00%
Deuda Publica	123,6	3.037,8	2357,77%
Cuentas por pagar vigencias anteriores	7.200,4	4.047,8	-43,78%
<b>TOTAL GASTOS COMPROMETIDOS</b>	<b>48.581,2</b>	<b>51.118,5</b>	<b>5,22%</b>

Fuente: Ejecución presupuestal de Gastos 2016-2015

Como se observa en el cuadro anterior, los gastos totales comprometidos de 2016, crecieron el 5,2% frente a lo causado en el año de 2015, generado su incremento según su importancia por los gastos de personal que crecieron el 8,7%, los gastos generales que se incrementaron en un 21,6%, los gastos de operación comercial con el 13,7%, el



servicio de la deuda y las transferencias corrientes, que igualmente crecieron frente a lo comprometido en el año 2015. No obstante, la ESE logró una disminución importante de las cuentas por pagar del 43,7%.

Del total de gastos comprometidos en el 2016, la ESE logró reconocer y pagar el 88.6% de sus obligaciones adquiridas, las cuales ascendieron a la suma de \$45.317,0 Millones de pesos M/cte. En gastos de personal se logró cumplir con el 92% de sus obligaciones adquiridas en la vigencia, en gastos generales con el 94%, en transferencias corrientes con el 100%, en gastos de operación comercial y prestación de servicios con el 74%.

- **Equilibrio de la Operación corriente**

CONCEPTO	FORMULA	PERIODOS	
		2015	2016
<b>TOTAL INGRESOS RECONOCIDOS</b>	<b>a = b+c</b>	<b>65.741,5</b>	<b>60.157,6</b>
Ingreso reconocido de recursos del convenio	b	-	-
Ingreso reconocido sin recursos del convenio	c	65.741,5	60.157,6
<b>TOTAL GASTO COMPROMETIDO</b>	<b>d = e+f</b>	<b>48.581,3</b>	<b>51.118,5</b>
Gasto comprometido de recursos del convenio	e	-	-
Gasto comprometido sin recursos del convenio	f	48.581,3	51.118,5
Relación reconocimiento/compromiso sin recursos del convenio	$g = c/f$ (%)	135%	118%
<b>TOTAL INGRESO RECAUDADO</b>	<b>h = i+j</b>	<b>46.295,3</b>	<b>46.906,9</b>
Ingresos recaudado de recursos del convenio	i	-	-
Ingresos recaudado sin recursos del convenio	j	46.295,3	46.906,9
Relación recaudo/compromiso sin recursos del convenio	$k = j/f$ (%)	95%	92%

Fuente: Ejecución presupuestal 2016-2015 ESE HDSVP

Como se observa en el cuadro anterior, la relación reconocimiento / compromiso durante las vigencias fiscales de 2015 y 2016 fue de 135% y 118% respectivamente. Es decir, decrece significativamente la relación reconocimiento/compromiso pasando de 135% en el 2015 a 118% en el 2016.

Ello indica, que por cada \$100 pesos que comprometió la empresa en el año de 2016, se reconocieron \$118 pesos para atender las obligaciones adquiridas a Diciembre 31 de 2016.

La relación recaudo / compromiso durante el año 2015 fue de 95% y durante la vigencia fiscal de 2016 alcanzó el 92%. Lo anterior indica que por cada \$100 pesos que comprometió la Empresa en el 2016, logró recaudar \$92 pesos M/cte, para pagar las obligaciones con sus proveedores de servicios.

Lo anterior, significa que mientras las administradoras de planes de beneficio no paguen oportunamente la totalidad de los servicios prestados por la empresa, ella tendrá que recurrir a los recursos de vigencias anteriores, a recursos del crédito y otros ingresos, para cubrir sus obligaciones adquiridas dentro de la vigencia y las dejadas de pagar de otras vigencias fiscales.

Entre otras actividades se desarrollaron las siguientes:



- Se realizó la gestión y control a la ejecución presupuestal, generando mensualmente los indicadores presupuestales, así como el seguimiento permanente a la misma y la presentación de los informes al ordenador del gasto sobre la ejecución del presupuesto.

- Se realizó mensualmente la conciliación de la información presupuestal con los responsables de los subprocesos de Contabilidad, Cartera y Facturación.

- Se preparan y formulan los informes de ejecución presupuestal y se realizó su envío dentro de los términos de Ley a los órganos de Inspección, Vigilancia y Control.

- **Gestión Cartera**

A 31 de Diciembre de 2016, la cartera total de los diferentes pagadores por venta de servicios de salud, ascendió a la suma de **TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS DIEZ Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS (\$31.219.644.382) M/cte**, lo cual representó un incremento del 4,96% frente a lo evidenciado en el año de 2015. Los deudores según régimen de seguridad social en salud, se encuentra distribuidos de la siguiente manera:

PAGADORES	ESTADO DE CARTERA			PARTICIPACIÓN (2016)
	2015	2016	Variación	
Régimen contributivo	2.953.854.225	4.046.448.373	37,0%	13,0%
Régimen subsidiado	6.126.333.716	8.578.051.145	40,0%	27,5%
SOAT Y ECAT	2.363.456.893	2.705.179.816	14,5%	8,7%
IPS Privadas	728.464.754	378.895.349	-48,0%	1,2%
Regímenes especiales	671.187.596	653.660.878	-2,6%	2,1%
Otros Vinculados	158.653.415	217.512.225	37,1%	0,7%
Otros deudores de Salud	127.811.705	133.344.693	4,3%	0,4%
Difícil Recaudo	16.615.270.773	14.506.551.904	-12,7%	46,5%
<b>TOTAL CARTERA</b>	<b>29.745.033.077</b>	<b>31.219.644.382</b>	<b>4,96%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Estado de Cartera ESE HDSVP -2016-2015

Como se observa en el cuadro anterior, los mayores deudores del ESE son las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio del régimen subsidiado con una cartera que representa el 27,5% del total de la ESE, seguidas por las del régimen contributivo con el 13% de la cartera morosa, seguida por las empresas del SOAT y ECAT con el 8,7% y otros deudores con el 4,4%. No obstante, se evidencia una cartera de difícil recaudo que asciende a la suma de \$14.506, 5 Millones de pesos M/cte, la cual representa el 46,5% del total de la cartera de la ESE al cierre de la vigencia fiscal de 2016 y que corresponden a las EPS que se halla en proceso de liquidación.

La cartera total se incremento el 4,96% en el 2016 frente a lo observado en el 2015, es decir, las EPS continúan reteniendo y demorando los recursos con destino salud y la ESE endeudándose cada vez más, para lograr responder con la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Como se indicó anteriormente, la cartera de difícil recaudo asciende a la suma de **Catorce mil quinientos seis millones quinientos cincuenta y un mil novecientos cuatro pesos (\$14.506.551,904) M/cte**; siendo las mayores



deudoras Saludcoop EPS con el 52,4% de la deuda y Caprecom EPS con el 44,2% de la misma, tal como se observa a continuación:

ENTIDAD PAGADORA	DEUDA	%
Instituto Departamental de Salud del Caquetá	31.926.237	0,22%
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario	6.335.048	0,04%
Saludcoop EPS en liquidación	7.599.787.177	52,39%
Calisalud EPSs en liquidación	7.436.047	0,05%
Instituto Penitenciario y Carcelario de Garzón	71.857.952	0,50%
EPS Salud Cóndor S.A. en liquidación	1.070.363	0,01%
Humanavivir en liquidación	110.299.307	0,76%
Selvasalud EPS en liquidación	253.391.726	1,75%
Comfaca EPS en liquidación	585.578	0,00%
Caprecom EPS-s en liquidación	6.406.116.866	44,16%
Golden Group S.A. EPS en liquidación	17.745.603	0,12%
<b>TOTAL CARTERA DE DIFÍCIL RECAUDO</b>	<b>14.506.551.904</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Estado de Cartera ESE HDSVP - 2016

Ante este panorama, la ESE ha realizado todas las gestiones ante las instancias competentes en el asunto, tal como la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaría Departamental de Salud del Huila y ante los responsables de los procesos de liquidación de estas EPS, cumpliendo cabalmente con el lleno de los requisitos exigidos por estos, para el cobro de estos recursos adeudados. Sin embargo, a la fecha no existe un pronunciamiento favorable a las gestiones y pretensiones de la ESE.

Entre otras acciones en cartera se realizaron:

- La Gerencia y los responsables de la cartera, realizaron la gestión permanente ante las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, el pago oportuno y/o dentro de los términos de ley de los servicios prestados a los usuarios, lográndose arbitrar importantes recursos para cubrir en forma oportuna las obligaciones a cargo de la empresa.

La depuración de cartera se realiza continuamente con las entidades; queda pendiente sanear la cartera con aquellas facturas que las entidades pagadoras no reconocen, que por lo tanto, deberán ser sometidas a consideración del Comité de Saneamiento de la ESE.

- Se realiza seguimiento permanente a la Compañía Consultores AAA, sobre las gestiones realizadas por esta, ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), recibiendo de ellos, los informes sobre logros alcanzados en materia de cobro de cartera.

- En relación con seguimiento al pago de las conciliaciones suscritas con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y al pago por concepto de respuestas a objeciones, los responsables de cartera envían mensualmente oficios y correos electrónicos cobrando dichas conciliaciones, así como envío oportuno de la notificación de deuda, cobrándolas con el resto de la cartera.



- Se realizó gestión de compra de cartera con la Nueva EPS y contratos de transacción con Cafesalud, Nueva EPS y Emcosalud por un valor aproximado de SIETE MIL MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS (\$7.763 Millones).

- Los responsables de cartera realizó seguimiento a los procesos de acción jurídica, a través de informes y revisión de la página de la Rama judicial para ver el estado de los procesos

- Aunque la empresa realiza seguimiento permanente sobre el proceso de liquidación de contratos con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) de vigencias anteriores, no se ha logrado la liquidación total de los contratos de vigencias anteriores

- Se preparan y formulan los informes del estado de la Cartera de la ESE y se realiza su envío dentro de los términos de Ley a los órganos de Inspección, Vigilancia y Control.

#### - Resultados de la Gestión Financiera

- Estado de la Actividad Económica, Social y Ambiental.

CONCEPTO	PERIODOS		Variación
	2015	2016	16/15
<b>Venta de Servicios</b>	45.756,80	46.758,30	2,19%
Menos: Costo de Ventas	33.495,50	34.541,80	3,12%
<b>Utilidad Bruta</b>	<b>12.261,30</b>	<b>12.216,50</b>	<b>-0,37%</b>
Mas: Transferencias	1.800,0	350,0	-80,56%
Menos Gastos Administrativos	8.359,80	9.013,10	7,81%
Menos Deprec, Provisión y Otros	3.064,70	1.689,50	-44,87%
Menos: Gastos Financieros	7,5	158,3	2010,67%
Menos: Otros Gastos ordinarios	1.420,30	821,1	-42,19%
Menos: Gastos Extraordinarios	231,7	1,4	-99,40%
Mas Otros Ingresos	3.350,30	1.583,80	-52,73%
<b>Utilidad de Operacional</b>	<b>4.327,60</b>	<b>2.466,90</b>	<b>-43,00%</b>
Ajustes de Ejercicios Anteriores	-451,1	-93,7	-79,23%
<b>Resultado Presente Ejercicio</b>	<b>3.876,50</b>	<b>2.373,20</b>	<b>-38,78%</b>

Fuente: Estados Financieros de la ESE HDSVP - Vigencia fiscal 2016 -2015

Como se evidencia en el cuadro anterior, contablemente las ventas de servicios en salud en el año 2016, crecieron el 2,2% frente a lo observado en el año 2015, como consecuencia de un incremento del 4,0% en las tarifas fijadas por la ESE para los servicios de salud a su cargo.

Los Costos de Ventas se incrementaron en el 2016 en un 3,1%, generando al cierre del ejercicio una utilidad neta por \$2.373,2 Millones M/cte, lo cual representa una disminución del 38,7% con respecto a lo logrado en 2015, como consecuencia del aumento de los gastos administrativos en el 7,8% y los gastos financieros.

- Activos, Pasivos y Patrimonio



CUENTAS	PERIODO DE ANÁLISIS		VARIACIÓN (%)
	2015	2016	16/15
Activo corriente	20.785,90	16.667,5	-19,81%
Activo no corriente	26.228,40	32.533,3	24,04%
<b>Total Activo</b>	<b>47.014,30</b>	<b>49.200,8</b>	<b>4,65%</b>
Pasivo corriente	9.648,40	9.425,8	-2,31%
Total Pasivo	<b>9.648,40</b>	<b>9.425,8</b>	<b>-2,31%</b>
Patrimonio institucional	37.365,90	37.775,0	1,09%
<b>Total Pasivo y Patrimonio</b>	<b>47.014,30</b>	<b>47.200,8</b>	<b>0,40%</b>

Fuente: Estados Financieros de la ESE HDSVP - Vigencia fiscal 2016 -2015

Como se observa en el cuadro anterior, los activos totales crecieron el 4,7% en el 2016, frente a lo evidenciado en el año de 2015, jalonados por el incremento de los activos no corrientes en un 24%. De estos activos el 38,6% están representados en efectivo, cuentas por cobrar, inventarios y cargos diferidos que se pueden hacer exigibles en un tiempo inferior a un año y el otro 61,4% representan la propiedad, planta y equipo y otros activos.

El pasivo institucional de la ESE, decreció en el 2016 el 2,3% frente a lo evidenciado en el 2015 y el patrimonio institucional en el mismo periodo de análisis se incremento en el 1,0%. En síntesis el activo total de la ESE al cierre del ejercicio de 2016, ascendió a la suma de \$47.200,8 Millones M/cte.

**INDICADOR No. 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**

Formula	Variables de calculo	Resultado 2016	Meta 2016
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Reporte enviado a la Superintendencia Nacional de Salud.	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno

- La ESE realizó el envío oportuno de la información solicitada por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud durante la vigencia fiscal de 2016. Por lo tanto se **cumplió** con la meta propuesta para la vigencia fiscal de 2015 y con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013.

- La ESE realizó el mantenimiento preventivo y correctivo del software y hardware y demás componentes del Sistema de Información, así mismo, se brindó asesoría y acompañamiento profesional de soporte técnico a todos los usuarios del Sistema de información, para el buen uso y aprovechamiento del mismo.

- La coordinación del sistema realizó interfaces de historias clínicas se implementó por demanda de acuerdo a las necesidades de cada especialidad.

**INDICADOR No. 11: Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2.004 o la norma que la sustituya**



Formula	Variables de calculo	Resultado 2016	Meta 2016
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Reporte realizado trimestralmente a la Secretaría de Salud Departamental	Reporte Oportuno	Reporte Oportuno

- La ESE realizó el envío oportuno en forma trimestral y anual de la información inherente al cumplimiento de lo fijado por el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud y Protección Social, durante la vigencia fiscal de 2016. Por lo tanto se **cumplió** con la meta propuesta para la vigencia fiscal de 2016 y con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013.

- Se realizó seguimiento a los registros de producción registrados en el sistema, comparados con los registros manuales de las áreas, generando los ajustes correspondientes. Así mismo, en mejoramiento del sistema de información se adquirieron router con antenas más robustas para el fortalecimiento de la red inalámbrica (cinco (5) 3Bumen y un (1) Ubiquiti), se adquirió e instaló software antivirus Karspersky.

- Se dio continuidad a la implementación de la Política Editorial y actualización de contenidos de la página web de la ESE, dentro del desarrollo e implementación de la Estrategia de Gobierno en Línea, la cual, al cierre de Diciembre 31 de 2015, alcanzó un logro de desarrollo del 81%.

## 2.3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

La gestión asistencial o clínica, se enfoca a la planeación, ejecución y seguimiento al conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios tales como: Gestión urgencias, gestión ambulatorios, hospitalización, Sala de Partos y Quirófanos y los servicios de apoyo de diagnóstico y terapéuticos y demás servicios conexos a la salud.

### 2.3.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Clínica o Asistencial

**Indicador No. 12: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes**

Formula	Variables de calculo		Resultado 2016	Meta 2016
Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación/Total 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.	# Historias clínicas auditadas con aplicación estricta de la Guía	Total Historias clínica auditadas	93,8	≥0.91
	61	65		



Durante la vigencia fiscal de 2016, la ESE realizó la Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes, en forma semestral.

### **(1) Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre**

En el **Primer Semestre** la auditoría medica responsable de evaluación de la guía en cuestión, con apoyo de la coordinación del Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalario, realizó la identificación a través de los códigos CIE-10 de los casos inherentes a los eventos de Hemorragias del III trimestre sucedidos entre el 1º de Enero y el 30 de Junio de 2016, lográndose identificar 36 casos de usuarias con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con dicho diagnóstico. Seguidamente la auditoría medica mediante el instrumento de muestreo aleatorio simple adoptado por la Auditoría de la Contraloría General de la República, determino la muestra optima de las historias clínicas a ser auditadas, que para el caso que nos ocupa fue de 15 historias clínicas de usuarias con el diagnostico de hemorragia del III trimestre. Una vez, realizada la auditoría de las historias clínicas, se logró determinar que en 13 de las historias clínicas se dio aplicación estricta a la Guía de Manejo para Hemorragias del III trimestre.

En el **Segundo Semestre** la auditoría medica responsable de evaluación de la guía en cuestión, con apoyo de la coordinación del Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalario, realizó la identificación a través de los códigos CIE-10 de los casos inherentes a los eventos de Hemorragias del III trimestre sucedidos entre el 1º de Julio el 31 de Diciembre de 2016, lográndose identificar 21 casos de usuarias con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con dicho diagnóstico. Seguidamente la auditoría medica mediante el instrumento de muestreo aleatorio simple adoptado por la Auditoría de la Contraloría General de la República, determino la muestra optima de las historias clínicas a ser auditadas, que para el caso que nos ocupa fue de 9 historias clínicas de usuarias con el diagnostico de hemorragia del III trimestre. Una vez, realizada la auditoría de las historias clínicas, se logró determinar que en 9 de las historias clínicas se dio aplicación estricta a la Guía de Manejo para Hemorragias del III trimestre.

En síntesis, en la vigencia fiscal de 2016, se revisaron y analizaron 24 historias clínicas de usuarias con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnostico de hemorragia del III trimestre de las cuales una vez auditadas, se evidencia que a 22 usuarias en su atención, se les realizó la aplicación estricta a la Guía de Manejo para Hemorragias del III trimestre.

En consecuencia el resultado del indicador es el siguiente:  $I = 22/24 = 91,7\%$  lográndose **cumplir** la meta fijada en el Plan de Gestión la cual fue  $\geq 0.91$  y por ende se lograr cumplir con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 el cual igual a  $\geq 0.80$ .

### **(2) Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para trastornos Hipertensivos gestantes.**

En el **Primer Semestre** la auditoría medica responsable de evaluación de la guía en cuestión, con apoyo de la coordinación del Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalario, realizó la identificación a través de los códigos CIE-10 de los casos inherentes a los eventos de trastornos hipertensivos en el embarazo sucedidos entre el 1º de Enero y el 30 de Junio de 2016, lográndose identificar 76 casos de usuarias con trastorno hipertensivo en el embarazo atendidas en la ESE. Seguidamente la auditoría medica mediante el instrumento de muestreo aleatorio simple adoptado por la Auditoría de la Contraloría General de la República, determino la muestra optima de las



historias clínicas a ser auditadas, que para el caso que nos ocupa fue de 17 historias clínicas de usuarias con trastorno hipertensivo en el embarazo. Una vez, realizada la auditoría de las historias clínicas, se logró determinar que en 16 de las historias clínicas se dio aplicación estricta a la Guía de Manejo específica para trastornos Hipertensivos gestantes.

En el **Segundo Semestre** la auditoría medica responsable de evaluación de la guía en cuestión, con apoyo de la coordinación del Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalario, realizó la identificación a través de los códigos CIE-10 de los casos inherentes a los eventos de trastornos hipertensivos en el embarazo sucedidos entre el 1° de Julio el 31 de Diciembre de 2016, lográndose identificar 77 casos de usuarias con trastorno hipertensivo en el embarazo atendidas en la ESE con dicho diagnóstico. Seguidamente la auditoría medica mediante el instrumento de muestreo aleatorio simple adoptado por la Auditoría de la Contraloría General de la República, determino la muestra optima de las historias clínicas a ser auditadas, que para el caso que nos ocupa fue de 24 historias clínicas de usuarias con el diagnostico de trastornos hipertensivos en el embarazo. Una vez, realizada la auditoría de las historias clínicas, se logró determinar que en 23 de las historias clínicas se dio aplicación estricta a la Guía de Manejo específica para trastornos Hipertensivos gestantes.

En síntesis, en la vigencia fiscal de 2016, se revisaron y analizaron 41 historias clínicas de usuarias con trastornos Hipertensivos en el embarazo atendidas en la ESE, de las cuales una vez auditadas, se evidencia que a 39 usuarias en su atención, se les realizó la aplicación estricta a la Guía de Manejo para trastornos hipertensivos gestantes.

En consecuencia el resultado del indicador es el siguiente:  $I = 39/41 = 95,1\%$ , lográndose **cumplir** la meta fijada en el Plan de Gestión para la vigencia fiscal de 2016 la cual fue  $\geq 0.91$  y por ende se lograr cumplir con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 el cual igual a  $\geq 0.80$ .

Recapitulando, durante la vigencia fiscal de 2016, se revisaron y analizaron por auditoría 65 historias clínicas de usuarias con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnostico de hemorragia del III trimestre y con trastornos Hipertensivos en el embarazo, de las cuales una vez auditadas, se evidencia que a 61 usuarias en su atención, se les realizó la aplicación estricta a la Guía de Manejo para Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos gestantes. El resultado del indicador consolidado es igual  $I = 61/65 = 93,8\%$  lográndose **cumplir** la meta fijada en el Plan de Gestión para la vigencia fiscal de 2016 la cual fue  $\geq 0.91$  y por ende se lograr cumplir con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 el cual igual a  $\geq 0.80$

Entre otras actividades se realizaron:

- Se realizó la socializó de la Guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre y Trastornos Hipertensivos de la gestación, con el personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul, dando cumplimiento a lo programado en el Plan de Acción 2016.
- La coordinación médica realizó la evaluación de conocimiento de la Guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre y Trastornos Hipertensivos de la gestación, al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul, conforme a lo programado en el Plan de Acción 2016.



- Se realizó semestralmente la evaluación de adherencia de la Guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre y Trastornos Hipertensivos de la gestación, al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul.

**INDICADOR No. 13: Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario o de morbilidad atendida.**

Formula	Variables de calculo		Resultado 2016	Meta 2016
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/Total 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	# Historias clínicas con aplicación estricta de Guía	Total de Historias clínicas auditadas	<b>94,7</b>	≥0.95
	54	57		

Durante la vigencia fiscal de 2016, la ESE realizó la **Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario o de morbilidad atendida**, en forma semestral, que para el caso específico del Hospital Departamental San Vicente de Paúl, la primera causa de egreso hospitalario es la de Atención del Parto Normal.

En el **Primer Semestre** la auditoría medica responsable de evaluación de la guía en cuestión, tomó una muestra aleatoria de 24 historias clínicas de usuarias con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida, de las cuales, una vez auditadas se logró determinar que hubo un total de 23 usuarias a quienes se les realizó la aplicación estricta de la Guía de Manejo en cuestión. Igual procedimiento realizó la auditoría médica en el segundo semestre de 2016, tomando como muestra aleatoria 33 historias clínicas de usuarias con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida, de las cuales una vez auditadas, se logró determinar que hubo un total de 31 usuarias a quienes se les aplicó estrictamente la Guía de Manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

En síntesis, en la vigencia fiscal de 2016, se revisaron y analizaron 57 historias clínicas de usuarias con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida, diagnósticos identificados a través de los códigos CIE-10, de las cuales una vez auditadas, se evidencia que a 54 usuarias en su atención, se les realizó la aplicación estricta de la Guía de Manejo de la primera causa de egreso hospitalario.

En consecuencia el resultado del indicador es el siguiente:  $I = 54/57 = 94,7\%$ , lográndose **cumplir por aproximación** la meta fijada en el Plan de Gestión la cual fue  $\geq 0.95$  y por ende se lograr cumplir con el estándar



fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 el cual igual a  $\geq 0.80$ .

Entre otras acciones se realizaron:

- La coordinación de urgencias, realizó la socializó la Guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida (Atención del Parto Normal) con el personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul, dando cumplimiento a lo programado en el Plan de gestión 2016.
- La coordinación de urgencias realizó la evaluación de conocimientos de Guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida (Atención del Parto Normal) del Ministerio de la Protección Social al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul.
- Se realizó evaluación semestral de adherencia de la Guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida (Atención del Parto Normal) al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul, mediante las auditorías médicas realizadas a las historias clínicas de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.

#### **INDICADOR No. 14: Oportunidad en la realización de Apendicectomía**

Formula	Variables de calculo		Resultado 2016	Meta 2016
Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico/Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	Realización de la Apendicetomía antes de 6 horas	Total de Apendicetomías realizadas	95,4	$\geq 0.92$
	412	432		

Este indicador fue monitoreado, analizado y evaluado trimestralmente por la auditoría médica de la ESE, con el fin de disponer información real y acertada sobre el comportamiento del mismo, tal como se observa a continuación:

Trimestre	Realización de la Apendicetomía antes de 6 horas	Total de Apendicetomías realizadas	Variación
Primer	80	83	96,4%
Segundo	104	106	98,1%
Tercer	117	126	92,9%
Cuarto	111	117	94,9%
<b>Total</b>	<b>412</b>	<b>432</b>	<b>95,4%</b>

Como se observa en el cuadro anterior, durante la vigencia de 2016, se realizaron en la ESE un total de 432 Apendicectomía, de las cuales 412 Apendicetomía fueron intervenidas antes de 6 horas de diagnosticada la Apendicitis Aguda, obteniéndose como resultado del indicador el siguiente:  $I = 412/432 = 95,4\%$ , por lo tanto se



**cumple** con la meta fijada para el 2016 en el Plan de Gestión la cual fue de  $\geq 0.92$  y por consiguiente con el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 que es exactamente igual a  $\geq 0.90$ .

- La coordinación médica la realizó la socialización de la Guía de Apendicitis Aguda con el personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul, dando cumplimiento así a lo programado en el Plan operativo o plan de Acción 2016.

- La coordinación médica realizó la evaluación de conocimiento de la Guía de Apendicitis Aguda al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul.

**INDICADOR No. 15: Número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.**

Formula	Variables de calculo		Resultado 2016	Meta 2016
	2016	2015		
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.	Pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario <b>Cero casos</b>	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario <b>Cero Casos</b>	Cero Casos	Cero (0) o variación negativa

Este indicador al igual que el anterior, fue monitoreado, analizado y evaluado trimestralmente por la auditoría médica de la ESE, con el fin de disponer información real y acertada sobre el comportamiento del mismo; evidenciándose que durante los cuatro trimestres del año 2016 no se identificaron Pacientes Pediátricos con diagnóstico de Neumonías Broncoaspirativa de Origen Intrahospitalario, por lo tanto el resultado del indicador es igual a **CERO CASOS** de esta patología, **cumpléndose** así la meta programada para el 2015 y el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 que es igual a **Cero o variación negativa**.

- La coordinación médica realizó la socialización de la guía de Neumonía Broncoaspirativa en paciente pediátrico con el personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul, así como la evaluación de conocimiento de la guía de Neumonía Broncoaspirativa en paciente pediátrico.

- Así mismo se realizó trimestralmente la búsqueda activa de pacientes pediátricos con Neumonía Broncoaspirativa de los usuarios que asistieron a la ESE.

**INDICADOR No. 16: Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM).**



Formula	Variables de calculo		Resultado 2016	Meta 2016
Número de pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/Total de pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia.	Pacientes a quienes se les inició la terapia específica dentro de la primera hora del diagnóstico	Total de pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia.	95	≥0.94
	135	142		

Este indicador también es monitoreado, analizado y evaluado trimestralmente por la auditoría médica de la ESE, con el fin de disponer información real y acertada sobre el comportamiento del mismo; evidenciándose que durante los cuatro trimestres del año 2016, se identificaron en la ESE un total de 142 pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio que ingresaron al servicio de urgencias, de los cuales 135 pacientes se les inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico, obteniéndose como resultado del indicador el siguiente:  $I = 135/142 = 95\%$ , por lo tanto se logra **cumplir** con la meta fijada para el 2016 en el Plan de Gestión la cual fue de  $\geq 0.94$  y por consiguiente se supera el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 que es igual a  $\geq 0.90$ .

Entre otras acciones realizadas por la ESE sobre el particular se tienen:

- La coordinación médica de urgencias realizó la socialización de la guía de Infarto Agudo de Miocardio con el personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul.
- Igualmente la Coordinación médica de urgencias realizó evaluación de conocimiento de la guía de Infarto Agudo de Miocardio al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul.
- Se realizó trimestralmente la auditoría de historias clínicas para medir la oportunidad en la atención en el manejo del Infarto Agudo del Miocardio (IAM), en el servicio de urgencias del hospital.

#### **INDICADOR No. 17: Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria**

Formula	Variables de calculo		Resultado 2016	Meta 2016
Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo.	Casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas	Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas	1,0	1.0
	75	75		



Este indicador fue monitoreado, analizado y evaluado trimestralmente por la auditoría médica de la ESE, con el fin de disponer información real y acertada sobre el comportamiento del mismo, tal como se observa a continuación:

Trimestre	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisadas en Comité	Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas	Variación
Primer	15	15	1.00
Segundo	20	20	1.00
Tercer	18	18	1.00
Cuarto	22	22	1.00
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>1.00</b>

Como se evidencia en el cuadro anterior, durante la vigencia de 2016 se presentaron en la ESE un total de 75 de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas, las cuales en su totalidad fueron llevadas al Comité de análisis de Mortalidad mayor a 48 horas de la ESE, quienes una vez, realizadas las unidades de análisis de los casos en cuestión, determinaron que no se presentaron fallas en la atención de salud de los fallecidos, si no que su deceso se produjo por la severidad de su estado patológico.

Por lo tanto, el resultado del indicador el siguiente:  $I = 75/75 = 1,00$  dándose así **cumplimiento** con la meta fijada para el 2016 en el Plan de Gestión la cual fue de = 1,0 y por consiguiente con el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 que es exactamente igual a  $\geq 0.90$ .

- Se realizó comité de análisis de mortalidad intrahospitalaria mensual de Enero a Diciembre de 2016, cuyas unidades de análisis de la mortalidad ocurrida en la ESE, se registran las actas del respectivo comité, las cuales reposan en los archivos de la oficina de epidemiología en sus respectivas carpetas de comité de mortalidad intrahospitalaria.

Se registraron un total de 75 defunciones mayores a 48 horas, las cuales fueron revisadas y analizadas en su totalidad en el respectivo comité.

#### **INDICADOR No. 18: Oportunidad en la atención de consulta de Pediatría**

Formula	Variables de calculo		Resultado 2016	Meta 2016
Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas pediátricas.	Sumatoria total de días calendarios	Total de consulta medicas pediátricas	4.4 días	$\leq 4.5$
	21.620	4.943		



Para efectos del cálculo del indicador, se tomó como fuente primaria de información de la Circular Única enviado a la superintendencia Nacional de Salud, del periodo comprendido entre Enero 1o y 31 de Diciembre de 2016, obteniéndose una sumatoria total de 21.620 días transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita de primera vez (no se tienen en cuenta las citas de control) por la especialidad de pediatría y un total anual de 4.943 consultas médicas pediátricas realizadas.

Aplicando la fórmula del indicador, se obtiene como resultado que la oportunidad en la atención de consulta de pediatría para el año 2016 en el Hospital Departamental San Vicente de Paúl, fue de 4.4 días, así:  $I = 21.620/4.943 = 4.4$  Días, por lo tanto se logra **cumplir** con la meta fijada para el 2016 en el Plan de Gestión la cual fue de  $\leq 4.5$  días y por consiguiente el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 que es igual a  $\leq 5.0$

- Se realiza con una periodicidad mensual la medición de la oportunidad en la asignación de citas para consulta de primera vez con la especialidad de pediatría, garantizando las horas por el especialista con el fin de dar cumplimiento acorde con la demanda del servicio Reposa como evidencia el reporte enviado a la Supersalud (circular única).

La ESE contó en el periodo, con cinco médicos especialistas en pediatría, con los cuales se dio cumplimiento cabal al indicador.

#### **INDICADOR No. 19: Oportunidad en la atención Gineco-obstétrica**

Formula	Variables de calculo		Resultado 2016	Meta 2016
Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica Gineco-Obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas Gineco-Obstétricas asignadas en la institución.	Sumatoria total de días calendarios	Número Total de consultas medicas Ginecoobstétricas	3,9 días	$\leq 4.0$
	30.514	7.887		

Para efectos de realizar el cálculo del indicador, se tomó como fuente primaria la información de la Circular Única enviada a la superintendencia Nacional de Salud del periodo comprendido entre el 1o de Enero al 31 de Diciembre de 2016, obteniéndose una sumatoria total de 30.514 días transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita de primera vez (no se tiene en cuenta consultas de control) por la especialidad de Ginecoobstetricia y un total anual de 7.887 consultas médicas de Ginecoobstetricia realizadas. Aplicando la fórmula del indicador, se obtiene como resultado que la oportunidad en la atención Ginecoobstétrica para el año 2016 en el Hospital Departamental San Vicente de Paúl, fue de 3,9 días, así:  $I = 30.514/7.887 = 3,9$  Días, lográndose cumplir cabalmente la meta fijada para el 2016 en el Plan de Gestión la cual fue de  $\leq 4.0$  días y se logra **cumplir** el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 que es igual a  $\leq 8$  días.



- Se realiza con una periodicidad mensual la medición de la oportunidad en la asignación de citas para consulta de primera vez con la especialidad de Ginecoobstetricia, garantizando las horas por el especialista con el fin de dar cumplimiento acorde con la demanda. Reposa como evidencia el reporte enviado a la Supersalud (circular única).

- Durante el año de 2016, la ESE contó con seis (6) medicos especialistas en Ginecoobstetricia para atender la demanda de los servicios de salud y con los cuales dio cumplimiento efectivo al indicador en cuestión.

### **INDICADOR No. 20: Oportunidad en la atención de Medicina Interna**

Formula	Variables de calculo		Resultado 2016	Meta 2016
Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta de Medicina Interna y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas de Medicina Interna asignadas en la institución.	Sumatoria total de días calendarios	Número Total de consultas de medicina Interna	9,1 días	≤ 11.0
	93.763	10.355		

Para efectos del cálculo del indicador, se tomó como fuente primaria la información de la circular única enviada a la superintendencia Nacional de Salud, del periodo comprendido entre el 1o de Enero al 31 de Diciembre de 2016, obteniéndose una sumatoria total de 93.763 días transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita de primera vez por la especialidad de Medicina Interna y un total anual de 10.355 consultas médicas de Medicina Interna realizadas. Aplicando la fórmula del indicador, se obtiene como resultado que la oportunidad en la atención de Medicina Interna en el Hospital Departamental San Vicente de Paúl, fue de 9.1 días, así:  $I = 93.763/10.355 = 9.1$  **Días**, por lo tanto se logra **cumplir** con la meta fijada para el 2016 en el Plan de Gestión la cual fue de ≤ 11.0 días y por consiguiente el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 que es igual a ≤ 15 días.

- Se realiza con una periodicidad mensual la medición de la oportunidad en la asignación de citas para consulta de primera vez con la especialidad de Medicina Interna, garantizando las horas por el especialista con el fin de dar cumplimiento acorde con la demanda del servicio. Reposa como evidencia el reporte enviado a la Supersalud (circular única).

- En la vigencia fiscal de 2016, la ESE contó con cinco (5) especialistas en Medicina Interna para atender la demanda de los servicios a cargo de la empresa y con los cuales dio cumplimiento cabal con el indicador.

### **3. 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 2016, el número de usuarios que asistieron a la ESE disminuyó el 7,4% frente a lo observado en el año de 2015, evidenciándose un total de 55.940 usuarios que asistieron por primera vez en el 2016, tal como se observa a continuación:

Municipio de residencia habitual	Cantidad		Total	Variación	%
	2015	2016			
Agrado	2.085	1.966	4.051	-5,7%	3,5%
Altamira	892	890	1.782	-0,2%	1,5%
Garzón	38.923	35.915	74.838	-7,7%	64,3%
Gigante	4.084	4.406	8.490	7,9%	7,3%
Guadalupe	3.141	3.414	6.555	8,7%	5,6%
Pital	2.046	1.982	4.028	-3,1%	3,5%
Suaza	2.801	3.102	5.903	10,7%	5,1%
Tarqui	3.018	3.307	6.325	9,6%	5,4%
Otros Municipios	3.446	958	4.404	-72,2%	3,8%
<b>TOTAL</b>	<b>60.436</b>	<b>55.940</b>	<b>116.376</b>	<b>-7,4%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Sistema de Información de la ESE 2016

Como se observa en el cuadro anterior, la mayoría de moradores que se benefician de los servicios de salud que presta la ESE, son los habitantes del municipio de Garzón, los cuales representan el 64.3%, seguidos por los habitantes de Gigante con el 7,3%, Guadalupe con el 5,6%, Tarqui con el 5.4%, Suaza con el 5.1% y Pital con el 3,5%, entre otros.

#### 4. CONCLUSIONES

- La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, se logra consolidar como la institución líder en la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad de la región centro del Departamento del Huila, categorizada **Sin Riesgo Fiscal y Financiero** por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución No. 00002184 de Mayo 27 de 2016 "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Territorial para la vigencia fiscal 2016 y se dictan otras disposiciones".

- La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul, ha logrando avances importantes en el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención Salud, toda vez, que ha venido dando cumplimiento adecuado a las exigencias normativas del Sistema de Habilitación, así como en la acreditación en salud, donde se han realizado las autoevaluaciones anuales de los estándares para la acreditación, lo cual ha generado los insumos fundamentales para el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad. Así mismo, en materia del Sistema de Información de Salud, la empresa ha venido realizando el envío oportuno de la información exigidos por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud y el Decreto 2193 de 2004 al Ministerio de Salud y Protección Social.

- En materia financiera, la empresa viene mostrando indicadores positivos, pese a la alta cartera que se observa al cierre de la vigencia fiscal de 2016, la cual ascendió a la suma de \$31.219,6 Millones de pesos M/cte, siendo los mayores deudores las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, las de difícil cobro o que se hallan en proceso de liquidación con una deuda que representa el 46,5% de la cartera total de la ESE (\$15.506,5) millones de



pesos M/cte, seguidos por las Régimen Subsidiado con el 27,5% de la cartera, las empresas del régimen Contributivo con el 13%, el Soat con el 8,7% y los otros deudores con el 4,4%.

- A nivel asistencial o clínica la empresa, logro dar cumplimiento con los indicadores y metas fijadas en el Plan de Gestión 2016- 2020, especialmente con lo programado para la vigencia fiscal 2016, superando inclusive los estándares fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013, los cuales involucran el seguimiento y evaluación de adherencia de las guías de manejo en la atención de las embarazadas o primera causa de egreso hospitalario, la oportunidad de atención en Apendicectomía, en el Infarto Agudo del Miocardio, en el seguimiento a pacientes con neumonía Broncoaspirativas, al análisis de la mortalidad intrahospitalaria y al seguimiento de la oportunidad de la consulta médica especializada en Pediatría, Ginecoobstetricia y Medicina Interna.

Preparó: Cicerón Cuchimba Patío.

Profesional de Apoyo a la Gestión

Servidores públicos de la ESE responsables de las aéreas de servicio.



## ANEXO

Anexo 3: Monitoreo, Seguimiento y Evaluación de la Ejecución a Diciembre 31 de 2016 del Pla Operativo o Plan de Acción 2016.