



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 - 2017

EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN

NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA
Gerente

GARZÓN - HUILA
ENERO - 2018



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. Jairo Antonio Rodríguez Rodríguez

Representante Decano Facultad de Salud

REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD Y GREMIOS

Sr. Henry Cediél Benavidez

Representante Gremios de la Producción

Sr. Juan Antonio Guerrero

Representante Asociación de Usuarios



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. Formulación Estratégica	6
1.2.2. Principios	7
1.2.3. Valores	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	15
2.2. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	24
2.2.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Financiera y Administrativa	24
2.3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	47
2.3.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Clínica o Asistencial	47
3. POBLACIÓN OBJETO Y USUARIOS BENEFICIARIOS	55
4. CONCLUSIONES	56
5. ANEXOS	58



PRESENTACIÓN

El informe de gestión consolidado a Diciembre 31 de 2017, 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 2017, cuya evaluación consolidada a Diciembre 31 de 2017, alcanzo un grado de cumplimiento del 94,5%

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 2017 del 99,9 % de lo programado en la vigencia, cuyas acciones se orientaron al desarrollo de los indicadores y metas inherentes con la Acreditacion 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 2017, 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 2017 del 86,3% 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 2017 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



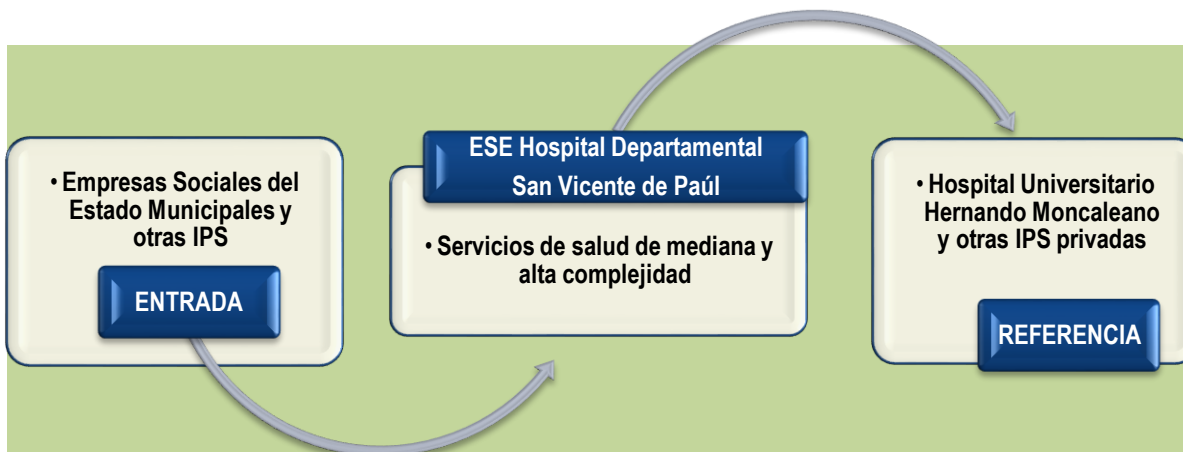
1. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA ESE

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 fue 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 1994, 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, internación general adultos y pediátrica, 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, Trabajo Social, Promoción y Prevención; así como los modernos servicios especializados de Endoscopia digestiva, Cardiología y diagnóstico cardiovascular, Gastroenterología, entre otros.

1.2. MARCO ESTRATÉGICO

La Alta Dirección y su equipo directivo, realizó la revisión, análisis y actualización del Marco Estratégico de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, el cual fue sometido a consideración de los miembros de la Junta Directiva en sesión del día 12 de Septiembre de 2017, quienes lo aprobaron mediante el Acta No. 210 del mismo día.

La planeación estratégica de la empresa, ha sido concebida como una herramienta de gestión que permita apoyar la toma de decisiones en la empresa alrededor del quehacer actual y del norte a seguir para adecuarse a los cambios y a las demandas impuestas por el entorno y lograr la mayor eficiencia, sostenibilidad y calidad en los servicios de salud que presta. Dicha planeación, se desarrolló de forma participativa con representación de todos los actores del sistema general de seguridad social en salud en Colombia (Usuarios y asociación de usuarios, Aseguradoras, Instituciones Prestadoras y Organismos Gubernamentales del sector salud del orden regional y local); cuyo resultado se evidencia a continuación:

1.2.1. Formulación de la Plataforma Estratégica





1.2.2. Principios

• Los colaboradores de la ESE se adhieren circunstancialmente a la causa de los otros. Cuando un colaborador de la ESE es solidario, mantiene una naturaleza social en el entorno en el que se desarrolla profesional y personalmente, con una preocupación constante por las personas que verdaderamente necesitan de su ayuda y servicio, el cual es ofrecido con generosidad y humanidad.

Solidaridad

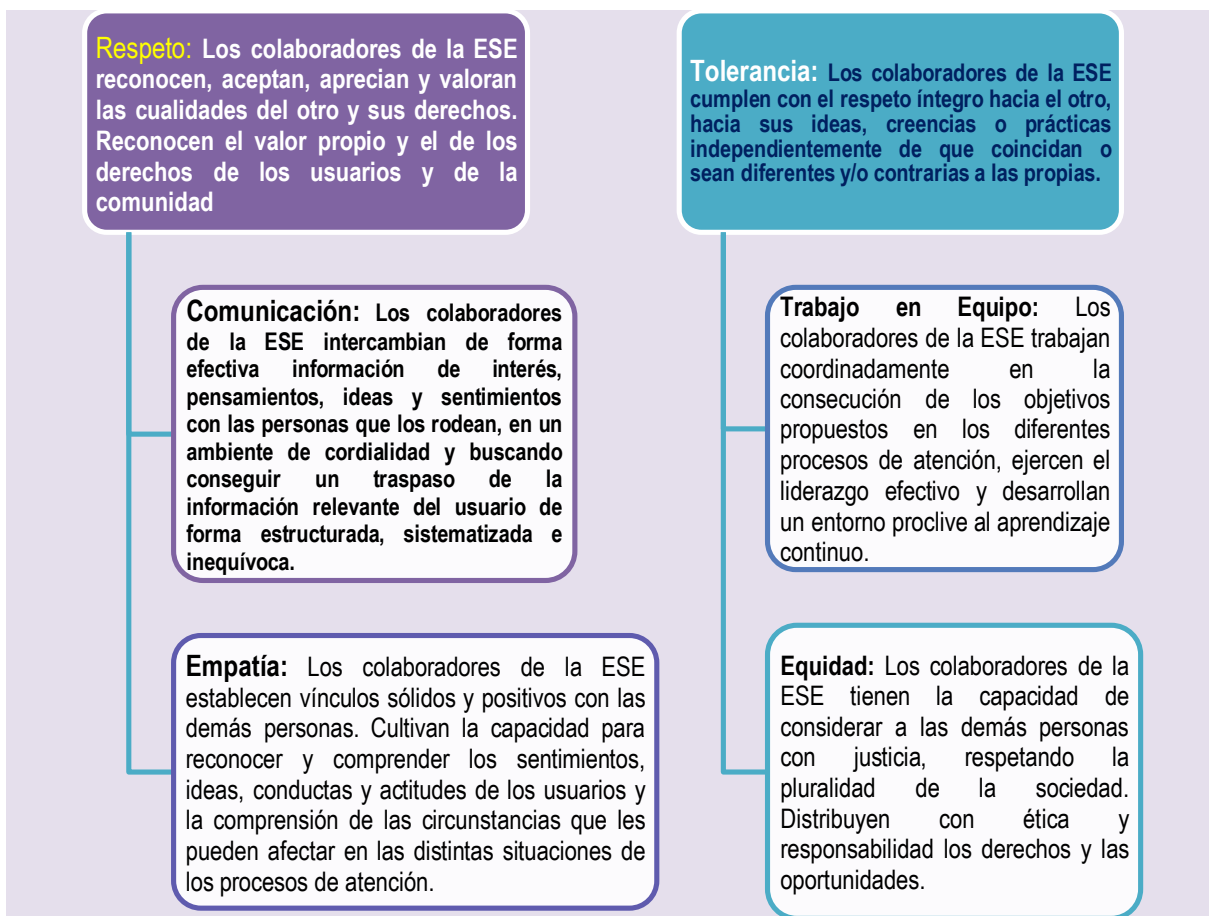
• Los colaboradores de la ESE ayudan permanentemente a las personas que lo requieren sin ningún interés adicional a la satisfacción por el servicio prestado y la responsabilidad de apoyo a la sociedad. Aportan activa y voluntariamente al mejoramiento de la comunidad en salud.

Compromiso Social

• Los colaboradores de la ESE manifiestan el amor en su servicio caracterizado por su capacidad para comprometerse y cooperar en la protección de la vida logrando una atención más humanizada y segura.

Amor a la Vida

1.2.3. Valores



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 2017, 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 2017.

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**; cuyos 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 2017, 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 se fijan fechas de cumplimiento. Se realiza el seguimiento mensual a las acciones definidas en el respectivo comité de calidad y seguimiento a riesgo el cual se encuentra conformado por integrantes del equipo autoevaluador que se encuentra integrado por equipo de calidad (líder mejora continua, gestora sistema único de habilitación, líder del programa de seguridad del paciente y gestora del sistema único de información), químico farmacéutico, ingeniero biomédico, gestora esterilización, coordinador de mantenimiento. Se realiza visita de campo para la verificación de acuerdo a lista de chequeo según resolución 2003 de 2017 y se registran las respectivas observaciones que se dan a conocer a personal del servicio auditado.



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 (36) 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 (10) 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 2019.

La empresa realizó novedades de apertura de servicio de neurocirugía para procedimientos quirúrgicos y consulta, el cual ha sido muy beneficioso para el municipio de Garzón y su área de influencia, teniendo en cuenta el alto índice de accidentalidad de tránsito con trauma craneoencefálico en población joven, mejorando el pronóstico de vida teniendo en cuenta que estos pacientes debían ser trasladados a la ciudad de Neiva. Se realizó cierre temporal de servicio de urología para procedimientos quirúrgicos y consulta, servicio que se reanudará al realizar la compra de los equipos biomédicos necesarios.

- 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). 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 (3) 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 2017 adoptado por la Resolución 026 de 2017 "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; al 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 entendido como 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, adicione 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 Acreditacion 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 beneficiara 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. 1137 de Septiembre 26 de 2015, mediante la cual, se compromete a implementar un conjunto de prácticas institucionales tendientes a aumentar los niveles de seguridad en la prestación del servicio, protegiendo con ello al paciente de riesgos evitables derivados de la atención en salud, desarrollando la cultura de seguridad para el usuario, fomentando en los colaboradores, en los pacientes y en sus familias el desarrollo de acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el proceso de atención. Las acciones se encaminan en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios y sus familias.

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 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 personas 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 además de capacitar permanente tanto a funcionarios como usuarios y sus familias en temas relacionados con seguridad del paciente.

La Gestión del Riesgo Asistencial, involucra todas las Estrategias Institucionales dirigidas al mejoramiento de la Seguridad del paciente, dentro del contexto de Análisis de problemas de seguridad de forma proactiva, que puede ser desarrollada mediante metodología 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:



- Reporte a la Superintendencia Nacional de Salud

CIRCULAR 030/2006 INDICADORES DE CALIDAD Y CIRCULAR 056/2009 CIRCULAR ÚNICA SISTEMA INDICADORES ALERTA TEMPRANA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (SUPERSALUD)		CONSOLIDADO AÑO 2016		CONSOLIDADO AÑO 2017	
INDICADOR DE CALIDAD AÑO 2016-2017	VARIABLES	DATOS	Índice	DATOS	Índice
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - MEDICINA INTERNA	1.1.2.1.Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas Medicina Interna	93.763	9,1	79.122	9,5
	1.1.2.1 No. de consultas de Medicina Interna asignadas por primera vez al usuario	10.355		8.372	
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - GINECOLOGÍA	Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas Ginecología	22.383	3,8	23.169	3,9
	No. de consultas de Ginecología asignadas por primera vez al usuario	5.825		5.985	
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA -OBSTETRICIA	Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas Obstetricia	12.364	3,9	9.416	3,8
	No. de consultas de Obstetricia asignadas por primera vez al usuario	3.176		2.482	
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - PEDIATRÍA	1.1.2.3. Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas pediátricas	21.620	4,4	18.356	4,2
	1.1.2.3. No. de consultas de pediatría asignadas por primera vez al usuario	4.943		4.379	
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - CIRUGÍA	1.1.2.4. Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas para cirugías	38.837	11,8	31.661	10,1
	1.1.2.4. No. de consultas de cirugía general asignadas por primera vez al usuario	3.304		3.129	
OPORTUNIDAD DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA Y DIAGNOSTICO GENERAL - RADIOLOGÍA SIMPLE	Total de días entre las solicitudes y atenciones en imagenología y Dx general	45.302	1,0	32.617	1,0
	No. de atenciones en servicios de imagenología y Dx general - Radiología Simple	45.302		32.617	
OPORTUNIDAD DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA Y DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO - (TOMOGRAFIAS-MAMOGRAFIAS)	Total de días entre las solicitudes y atenciones en imagenología y Dx Especializad	10.124	2,0	37.434	2,0
	No. atenciones en imagenología y Dx Especializado - Tomografías - Mamografías	5.062		18.717	
OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO	Total de días en toma de Muestra de Laboratorio Clínico Básico	234.555	1,0	277.621	1,0
	No. de Tomas de Muestra de Laboratorio Clínico Básico	234.555		277.621	
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS TRIAGE II	1.1.4.0 Total de minutos entre las solicitudes de urgencias y la atención por el médico gener	853.157	29,4	614.138	26,9
	1.1.4.0 No. de usuarios atendidos en consulta de urgencias	29.044		22.870	
OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA	1.1.7.0 Total de días entre las solicitudes y atenciones en Cirugías Programadas	36.753	15,2	51.770	23,6
	1.1.7.0 No. de cirugías programadas realizadas	2.421		2.194	
PROPORCIÓN GLOBAL CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA (causas Pacientes+ causas aseguradora + causas Institucionales)	1.1.3.0 No. de cirugías canceladas	156	6%	211	9%
	1.1.3.0 No. de cirugías programadas X100	2.577		2.405	



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	35	0,4%	16	0,2%
	I.2.1 No. de egresos vivos en el período		8.911		9.063	
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	75	8,2	104	11,3
	I.3.1 No. de pacientes hospitalizados		9.093		9.243	
TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA	I.3.2 No. de Infecciones asociadas al cuidado de la salud detectados X100	GERENCIA DEL RIESGO	117	1,3%	97	1,0%
	I.3.2 No. de pacientes hospitalizados		9.093		9.243	
PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	I.3.3 No. de eventos adversos detectados y gestionados	GERENCIA DEL RIESGO	25	100%	87	100%
	I.3.3 No. de eventos adversos detectados X100		25		87	
TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL	I.4.1 No. de pacientes satisfechos con los servicios prestados por la IPS	SATISFACCIÓN / LEALTAD	3.945	91,2%	4.739	90,9%
	I.4.1 No. de pacientes encuestados por la IPS X100		4.324		5.214	

Fuente: Sistema de Información de la ESE - Dinámica Gerencial comparativo 2017-2016

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.

- Reporte del Decreto 2193 de 2004 – Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo a la información de producción de servicios de la ESE consolidada a Diciembre 31 de 2017, 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 2017, comparativamente con la producción lograda en el mismo periodo del año 2016, Así:

Código	Concepto	PRODUCCIÓN		VARIACIÓN
		2016	2017	
338	Dosis de biológico aplicadas	4.518	1.324	-70,7%
340	Citologías cervicovaginales tomadas	787	562	-28,6%
342	Consultas de medicina general electivas realizadas	84	74	-11,9%
343	Consultas de medicina general urgentes realizadas	37.269	30.740	-17,5%
344	Consultas de medicina especializada electivas realizadas	59.647	62.134	4,2%
750	Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	5.559	5.855	5,3%
430	Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	5.052	5.886	16,5%



351	Partos vaginales	1.700	1.666	-2,0%
352	Partos por cesárea	738	757	2,6%
354	Total de egresos	13.112	12.908	-1,6%
355	Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	3.277	3.290	0,4%
356	Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	4.302	4.223	-1,8%
357	Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	5.533	5.395	-2,5%
358	Pacientes en Observación	11.380	11.785	3,6%
673	Pacientes en Cuidados Intermedios	774	834	7,8%
359	Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	559	640	14,5%
360	Total de días estancia de los egresos	28.760	28.185	-2,0%
361	Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	3.934	4.012	2,0%
362	Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin Incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	8.849	8.389	-5,2%
363	Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	15.977	15.784	-1,2%
364	Días estancia Cuidados Intermedios.	1.646	2.190	33,0%
365	Días estancia Cuidados Intensivos	1.877	2.003	6,7%
366	Total de días cama ocupados	31.491	30.951	-1,7%
367	Total de días cama disponibles	36.180	35.770	-1,1%
369	Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	8.863	9.146	3,2%
370	Cirugías grupos 2-6	4.371	4.643	6,2%
371	Cirugías grupos 7-10	3.766	3.719	-1,2%
372	Cirugías grupos 11-13	487	404	-17,0%
373	Cirugías grupos 20-23	239	380	59,0%
375	Exámenes de laboratorio	231.839	277.303	19,6%
376	Número de imágenes diagnósticas tomadas	51.562	52.511	1,8%
433	Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	20.983	23.386	11,5%
432	Número de sesiones de terapias físicas realizadas	46.465	45.982	-1,0%
431	Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	36.149	26.118	-27,7%

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

En términos generales la producción de servicios de la ESE durante el año de 2017 se incrementó el 4,5% frente a lo observado en el año 2016. Los servicios que muestran un crecimiento son los Exámenes de Laboratorio Clínico que se incrementan en el 19,6%, las Sesiones de Terapia respiratorias con el 11,5%, seguida por Otras consultas electivas con el 16,5%, la Consulta Médica Especializada con el 4,2%, Cirugías con el 3,2% entre otros, tal como se observa en la tabla anterior.

No obstante, se evidencia una reducción del (-27,7%) de las Sesiones de Otras Terapias, del (-17,5) en la Consulta de Medicina General Urgente, el (-2,0%) en Partos Vaginales, el (-1,0%) en las Sesiones de Terapias Físicas, entre otras.

Durante el año de 2017, de los **días estancia cuidados intermedios** reportados en los registros de producción anterior, el 67% corresponde a estancias de Neonatos y el 33% a estancias de Adultos. Ahora bien, de los **días**



estancia cuidados intensivos de los mismos registros de producción, el 60% corresponde a estancias de Adultos y el 40% a estancias de Neonatos.

Comportamiento similar a lo sucedido en el año de 2016, en donde en los cuidados intermedios el 71% correspondió a estancias de neonatos y el 29% a estancias de Adultos y los cuidados intensivos el 53% correspondieron a estancias de adultos y el 47% a estancias de neonatos.

Respecto de las imágenes diagnosticas se logró evidenciar que, en el año de 2017 el 53,4% fueron imágenes de Radiología, el 28,3% a Ecografías, el 10% a Tomografía computarizada, el 4% a cardiología y el 3% restantes a estudios de ecografías y Doppler. Similar comportamiento se evidencio en el año de 2016.

2.1.2. Gestión de ejecución del plan de gestión

El Plan de Desarrollo Institucional 2016 - 2020 se materializa en la ejecución del Plan Operativo o Plan de Acción 2017, el cual con corte a Diciembre 31 de 2017, alcanzo un cumplimiento consolidado del 94,5% 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 2017**.

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 2017	Meta 2017
	2017	2016		
Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.	3,1	3,05	1,0	≥1.25

Una vez, realizada la autoevaluación para la acreditación de los grupos de estándares relacionados con el Proceso de Atención al Cliente Asistencial y los de Apoyo Administrativo – Gerencial, el promedio de la calificación de la autoevaluación para la acreditación de la vigencia fiscal 2017, fue de **tres puntos uno (3.1)**, tal como se observa seguidamente, según el grupo de estándares de acreditación:

- Grupo de Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial.



ESTANDARES RES. 123 DEL 2012		
CALIFICACIÓN 2017 LINEA DE BASE 2018		
LIDER DE GRUPO: COORDINADO	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	3.8
	3.ACCESO	3.1
	4.REGISTRO E INGRESO	3.0
	5.EVALUACION DE LAS NECESIDADES AL INGRESO	3.0
	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	2.9
	12.MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3.3
PROMEDIO ESTANDAR DE ATENCION ASISTENCIAL		3.1

- Grupo de Estándares de Apoyo Administrativo – Gerencial.

ESTANDARES RES. 123 DEL 2012		
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	3.1
	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3.2
PROMEDIO ESTANDAR DE APOYO		3.1
PROMEDIO ESTANDAR GRUPO DE APOYO Y ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL		3.1

Como se observa en el consolidado anterior, la calificación promedio del grupo de estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial fue de tres puntos uno (3,1) y la calificación promedio del grupo de estándares de Apoyo Administrativo - Gerencial fue de tres puntos uno (3,1), para un promedio de calificación global para el año 2017 de tres puntos uno (3,1). Ahora bien, como la calificación promedio global para el año 2016, fue de tres puntos cero cinco (3,05), el indicador (Promedio de la calificación de la autoevaluación en la 2017/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia 2016) es igual a: $I = 3.1/3.05 = 1,0$ puntaje por debajo de la meta programada de ≥ 1.25 para el año 2017.

Por lo tanto, no se logra **cumplir** el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para este indicador (≥ 1.20) en la Resolución 710 de 2012 y la Resolución 743 de 2013. Sin embargo, para efectos de la calificación del



estándar respecto del Anexo 3 de la Resolución 743 de 2013 instructivo para la calificación, con este resultado obtendría una calificación de **uno (1)**.

Entre otras acciones se desarrollaron las siguientes:

- Se realizaron auditorías de procesos tales como lavandería, imágenes diagnósticas, historias clínicas en otras, a través de las cuales se generaron planes de mejora.
- Se gestionó y se realizaron seis (6) 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 realizaron las auditorías de adherencia de aplicación del manual de buenas prácticas de esterilización y se generaron los planes de mejora.
- Se realizó la difusión del programa de humanización mediante campañas, talleres y capacitaciones al personal de la ESE, así mismo, se realizó seguimiento y evaluación al mismo y se hizo medición de percepción de humanización.
- 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 2017, la oficina de atención al usuario aplicó 5.214 encuestas a los usuarios para medir su satisfacción frente a los servicios prestados, cuyo resultado final muestra un índice de satisfacción global del 90,6%.
- 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 27,5 minutos de espera. Se realizó el análisis mensual de los casos de mortalidad en urgencias, generando las acciones de mejora del servicio; así mismo, se realizaron eventos de capacitación al personal en las principales patologías de atención, soporte básico y se socializó el manual de referencia y contrarreferencia de la ESE. Igualmente se realizaron auditorías a los registros de la historia clínica, generando los planes de mejora correspondientes.
- Se realizaron eventos de socialización sobre procedimientos, guías y protocolos de atención en consulta externa y seguimiento a través de listas de chequeo.
- 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, así como de realizar el registro de los nacidos vivos, cuyos padres así lo requirieron.
- 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.



- En el servicio de Cirugía se realizó la socialización de protocolos y procedimientos de atención y se aplicó lista de chequeo de evaluación de adherencia a los mismos; así mismo, se realizó el análisis de casos de cirugías canceladas, generando planes de mejora.

- Se realizó auditoría trimestral de adherencia al Manual de Buenas Prácticas de Esterilización, generando las acciones de mejora para el mejoramiento continuo del subproceso.

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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2017	Meta 2017
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.	Ejecutadas	Programadas	1,0	≥0.95
	24	24		

Como se observa en el cuadro anterior, durante la vigencia fiscal de 2017 se programaron 24 acciones de mejoramiento derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría, de las cuales se ejecutaron 24 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 2017 la cual fue de ≥ 0.95 , es decir, estuvo diez (10) puntos porcentuales por encima del estándar del indicador (≥ 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.

- Se efectuaron los comités del 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 dio continuidad a la ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud PAMEC, según normatividad vigente

- 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.
- La oficina de control interno dio cumplimiento oportuno con el programa de auditoría interna a los procesos de Quirófanos, Ginecoobstetricia, Gestion financiera, contratación y almacén, epidemiología, Siau e información.
- Se realizó la evaluación independiente del Sistema de Control Interno y Sistema de Control Interno Contable, los cuales fueron enviado dentro 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 2016 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 diligencio de manera completa y oportuna a través del Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión-FURAG II del Departamento Administrativo de la Función Pública, DAFP, la medición de la gestión y el desempeño institucional de la ESE, que servirá como línea base para la implementación del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG V2, reporte que se realizó en los términos del Decreto N°. 1499 de 2017, en el mes de octubre de 2017. Los resultados de dicho reporte estarán disponibles a finales de 2017 o inicios de 2018 en la página de la Función Pública.
- 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 ejecuto el Plan de Mejoramiento institucional del Sistema Integrado de Gestión y Control 2017, con base en las debilidades generadas por la evaluación independiente del Sistema de Control Interno de la vigencia fiscal 2016.
 - Se preparó, formuló, adoptó y se ejecutó el Plan Operativo 2017, 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 2017, 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 2017, 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 2018, dando así cumplimiento con lo fijado por la Ley 1474 de 2011.
 - Se realizó el día 21 de Abril de 2017 la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a la ciudadanía de la gestión empresarial 2016, 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 2017, en concordancia con lo fijado por los anexos de la Resolución 0710 de 2012 y Resolución 743 de 2013.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Marco Estratégico de la empresa, a través de la redefinición de la Misión, Visión, principios, valores y políticas, así como también la formulación de los objetivos estratégicos de la ESE, aprobados por la Junta Directiva en Acta 210 de Septiembre 12 de 2017.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Modelo de Operación por Procesos, a través de la redefinición del Mapa de Procesos.

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:

- Se expidió la Resolución No. 0480 de Abril 24 de 2017 "Por la cual integra y se expide el reglamento interno del comité institucional de coordinación de control interno y se dictan otras disposiciones".
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Manual de Inducción y Reinducción de la ESE con sus respectivos anexos.
- Se expidió la Resolución No. 0626 de Junio 1º de 2017 "Por la cual se adoptan los cambios realizados al manual de inducción y reinducción de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl y se dictan otras disposiciones"
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Manual de Procedimientos Administrativo del Subproceso de Contabilidad, adoptado mediante resolución No. 0589 de Mayo 16 de 2017.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Manual de Procedimientos Administrativo del Subproceso de Cartera, adoptado mediante resolución No. 0958 de Agosto 25 de 2017.

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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2017	Meta 2017
Numero de metas del Plan Operativo anual cumplidas / Numero de metas del Plan Operativo anual programadas.	Metas cumplidas	Metas programadas	94,5	≥0.95
	147	155		

Como se observa en el resultado anterior, de las 155 metas programadas en el Plan Operativo de 2017, aproximadamente se ejecutaron en su totalidad 147 metas para un resultado final del 94,5% de ejecución del Plan Operativo, es decir, la gerencia 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 2017. Así mismo, se 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 durante la vigencia fiscal.

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

La gerencia en cumplimiento del Plan de Gestión 2016 – 2020 durante la vigencia fiscal 2017, formuló, presentó y gestionó tres proyectos de inversión los cuales fueron aprobados, lográndose se así arbitrar recursos de regalías Fondo



de Compensación por valor de **TRES MIL SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE MILLONES VEINTITRÉS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS (\$ 3.779.023.968) M/cte**, distribuidos así:

- Adquisición de un Equipo de Tomografía Computarizada \$1.658.764.800
- Dotación de quipos biomédicos para Diagnóstico y Cirugía 1.573.259.168
- Adquisición de equipos de Rayos X 547.000.000

Igualmente, se logró implementar en la ESE el servicio de Cirugía Neurológica y Neurocirugía Ambulatoria, según distintivos de habilitación para cirugía Neurológica No. DHS507628 Y Neurocirugía Ambulatoria No. DHS507629, con lo cual, se mejora sustancialmente la oferta de servicios de salud a la población objetivo.

Así mismo, se gestionaron dos (2) proyectos de inversión uno para la adquisición de equipos biomédicos para la sala de partos por valor de **\$237.060.100 M/cte** presentado a la Embajada de Japón y otro al Ministerio de Salud por valor de **\$185.200.000 M/cte** para la adquisición de una ambulancia de transporte asistencial básico (TAB).

En este mismo orden de idea, se le dio continuidad a la gestión del proyecto inherente a la creación en la ESE de la Unidad de Hemodiálisis, sin embargo, a la fecha no se ha logrado concretar el servicio pese a la gestión realizada con la empresa NIPRO y DAVITA.

Igualmente, durante el 2017 la ESE adquirió equipos biomédicos y otros, a través de los recursos propios de la empresa por valor de **\$388.531.255 M/cte**, así:

EQUIPOS	VALOR (\$)
MEDIREX	16.926.508
INSTRUMENTAL NEUROCIRUGÍA	74.874.657
TRANSDUCTOR DE PRESIÓN PT1	19.670.700
UPS	82.270.000
MONITOR DE OXIGENO	12.074.099
MONITOR DE GRADO MEDICO	38.892.551
RESPALDO VITAL	77.463.908
EDITORIAL	8.684.000
COMPRA DE AIRES ACONDICIONADOS	30.645.832
COMPRA DE AIRES ACONDICIONADOS	27.029.000

- 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, formuló, adoptó y se publicó el Plan Operativo o Plan de Acción 2017, el cual, tuvo una ejecución del 94,5% durante la vigencia fiscal de 2017; 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 2017.

- 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 2017 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 2017 del 99,1%.

b). Gestión de Defensa Judicial

Al cierre de Octubre 31 de 2017 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 SEIS MIL SESENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS DIEZ Y OCHO PESOS (\$16.067.685.418) M/cte.

c). Gestión del Sistema de Control Interno

Asesor de Control Interno de la ESE, diligenció el Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión: herramienta en línea de reporte de avances de la gestión, como insumo para el monitoreo, evaluación y control de los resultados institucionales del Modelo Estándar de Control Interno y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, cuyo envío y cierre se realizó el día 22 de Febrero de 2017.

Los componentes trabajados fueron: Direccionamiento y planeación, Gestión para el resultado, Evaluación, Talento Humano, Control Interno, Gestión del conocimiento, Articuladores y Modelo Estándar de Control Interno MECI. El resultado consolidado del MECI al cierre de Diciembre 31 de 2016 fue el siguiente:

FACTOR	PUNTAJE	NIVEL
Entorno de Control	3.37	INTERMEDIO
Información y Comunicación	4.33	SATISFACTORIO
Direccionamiento Estratégico	4.28	SATISFACTORIO
Administración del Riesgo	4.86	AVANZADO
Seguimiento	4.92	AVANZADO
Indicador de Madurez MECI	83.76	SATISFACTORIO

Por favor consultar el instructivo para la interpretación de las calificaciones por componente, las cuales explican las acciones de mejora para cada uno

[Ir a Instructivo](#)



- Estado General del Sistema de Control Interno 2017.

De acuerdo a los resultados de la Autoevaluación Institucional de Procesos adelantado a los procesos para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, para la vigencia 2017 el estado del Sistema de Control Interno en la entidad fue calificado en nivel SATISFACTORIO con un puntaje de 4.71.

La evaluación consistió en un examen autónomo e independiente al Sistema de Control Interno y de las acciones llevadas a cabo por la ESE para dar cumplimiento a los planes, programas y proyectos con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en el plan de Gestión en el periodo evaluado.

- Evaluación del Sistema de Control Interno Contable.

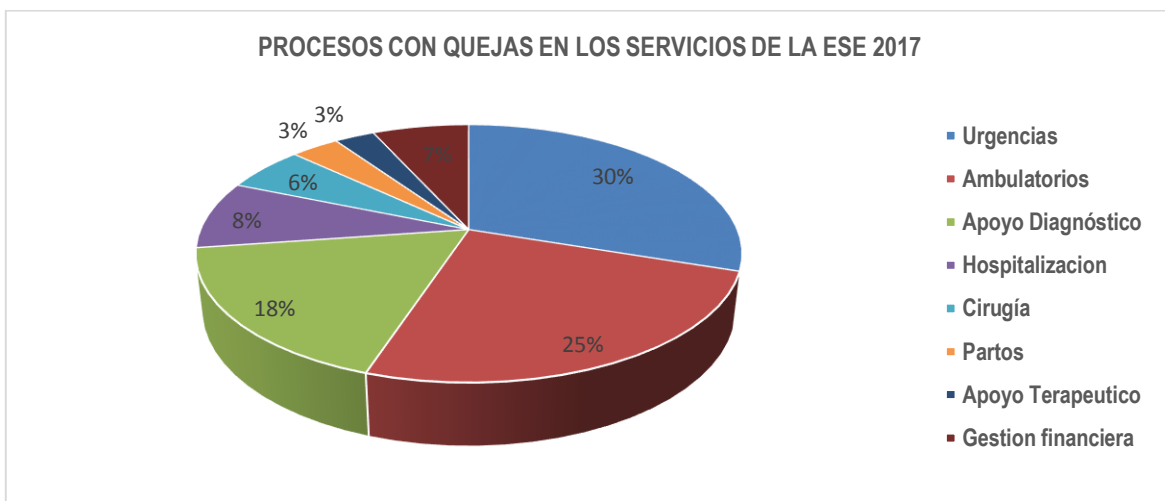
En atención a lo fijado por la Resolución No. 357 de 2008 " Por la cual se adopta el procedimiento de control interno contable y de reporte del informe anual de evaluación a la Contaduría General de la Nación" el responsable del Sistema de Control Interno conjuntamente con el responsable del subproceso 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 2016, cuyo resultado deja evidenciar que el Sistema de Control Interno Contable de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, la evaluación final arrojó una calificación en el rango de **EFICIENTE**, informe que fue enviado a través del CHIP de la Contaduría General de la Nación, el día 27 de Febrero de 2017.

d). Sistema de Atención a los Usuarios

Al cierre de Diciembre 31 de 2017 y según reporte de la circular única de la Superintendencia Nacional de Salud la satisfacción global promedio fue del 90.6%. No obstante, el Sistema de Información de Atención a los Usuarios de la ESE, informó que se presentaron un total de 176 quejas, 47 sugerencias y 180 felicitaciones. El 30% de las quejas fueron generadas por los servicios urgencias referente a la demora en la atención médica después de la clasificación del triage y quejas de actitud inadecuada de algunos funcionarios del servicio y falta de información en el suministro de medicamentos al paciente; el 25% en los servicios de gestión ambulatoria – central de citas, referente a la inconformidad sobre el cambio de horario de la cita asignada, por la actitud inadecuada de los funcionarios, demora en la atención y falta de información; el 18% en los servicios de apoyo diagnóstico con referencia a la actitud inadecuada de algunos funcionarios; el 8,5% en los servicios de hospitalización los cuales, hicieron referencia a la actitud inadecuada de algunos funcionarios y por las raciones pequeñas en la alimentación y el 12% restante en los servicios de cirugías, Partos, Apoyo Terapéutico, gestión financiera.

Las sugerencias se hacen en particular a los servicios de urgencias y ambulatorios para que se mejore la dotación de camillas, aires acondicionados, televisores y ampliación de áreas y en la sala de partos que se de mayor información a las familias de las usuarias hospitalizadas.

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, urgencias entre otros. A continuación, se observan las quejas por procesos:



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 2017	Meta 2017
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. 00001755 de Mayo 26 de 2017 "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Territorial para la vigencia fiscal 2017 y se dictan otras disposiciones", la cual, en el numeral 4.4 del artículo 4o se fija la Categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado para la vigencia fiscal de 2017, contenido en el Anexo Técnico 4 Hoja No. 21 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 puntos 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 2017 se desarrollaron las siguientes:

- El responsable de facturación informó que durante la vigencia fiscal de 2017, se logró radicar mensualmente en promedio el 95% 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 oportuna a las objeciones a la facturación, así como la retroalimentación con el personal de facturación, cuentas médicas y médicos, sobre los motivos de objeciones a la facturación.

- El responsable de contabilidad de la ESE, realizó la conciliación de la información contable con cartera, facturación, almacén, nómina 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 2017, fue **ESE Sin Riesgo**.

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

Formula	Variabes de calculo	Resultado 2017	Meta 2017
---------	---------------------	----------------	-----------



	2017	2016		
[(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)]	47.432.892.673 / 3.658.416,5 = \$12.965,42	44.032.902.421/ 3.464.713,8 = 12.708,96	1,02	<0.98

- Según la ejecución presupuestal a Diciembre 31 de 2017, la ESE registró compromisos por gastos de funcionamiento por la suma de \$38.336.466.025,74 M/cte y por gastos de operación comercial y prestación de servicios la suma de \$9.096.426.647 M/cte, para un total de gastos en la vigencia fiscal de 2017 de \$47.432.892.673 M/cte, y un valor acumulado de la producción en Unidades de Valor Relativo de 3.658.426,5 según cálculos realizados en la ESE 2017, para un costo promedio por unidad producida en el 2017 de **\$12.965,42**

- Ahora bien, 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, los cuales a valores constantes de 2017 (inflación 4%) ascendieron a la suma de \$45.794.218.518 y un valor acumulado de la producción en Unidades de Valor Relativo de 3.464.713,8 según ficha técnica de Minproteccion Social 2016, para un costo promedio por unidad producida en el 2016 de **\$12.708,96**

Por consiguiente, la **Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida** por la ESE en la vigencia fiscal de 2017, fue de 1,02 resultado de la fórmula **$\$12.965,42/\$12.708,96 = 1,02$** , por lo tanto no se logra cumplir con la meta fijada para el 2017 en el Plan de Gestión la cual fue de **<0.98** ni se alcanza 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)**, según el Anexo 3 Instructivo para la Calificación de la Resolución No. 000710 de 2012.

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 2017	Meta 2017
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.	Valor total compras conjuntas, cooperativas de ESEs o electrónicas \$0,0	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico \$5.142,503.607	0%	≥0.52

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 2017, 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 2017, la empresa realizó tres (3) 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, ni se usó del literal (c) compras a través de mecanismos electrónicos fijados en el indicador Ministerial.

Durante el año 2017, la empresa realizó compra de medicamentos y material médico quirúrgico por un valor de \$5.142.503.607 M/cte.

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 2017	Meta 2017
- 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) -	Deuda 2017	Deuda 2016 a precios constantes		
	0,00	0,00	0,00	Cero (0) o variación



(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)]				interanual negativa.
--	--	--	--	----------------------

Al cierre de la vigencia fiscal de 2017 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 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. Por lo tanto, el resultado de la fórmula es el siguiente $\$0,00 - \$0,00 = \$0,00$ M/cte, es decir, es una deuda de salarios y honorarios con variación interanual de cero por lo cual, se cumple con la meta programada en el Plan Operativo o Plan de Acción 2017 la cual, fue de deuda cero o variación interanual negativa.

Este indicador por registrar una deuda de cero (0) pesos M/cte da un puntaje de calificación de la gestión gerencial, de cinco (5) toda vez, que este resultado se debe calificar así (**Si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0), califique con cinco (5)**), 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 2017, 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 nómina 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 2017, desarrolló las siguientes actividades dentro del Plan Institucional de Capacitación (PIC):

En gerencia. Fortalecer y capacitar el talento humano en relaciones interpersonales y comunicaciones.

En la Subdirección Científica. Atención integral a víctimas de violencia sexual, diplomado de experto universitario en sexualidad humana y educación sexual, soporte vital básico, soporte vital avanzado, 8 simposio internacional de seguridad del paciente prácticas clínicas sin errores - pre simposio team stepps mejoramiento del trabajo en equipo y la comunidad, IV congreso regional de medicina interna capitulo alto magdalena, VIII encuentro de la red latinoamericana de cuidado al paciente crónico perspectivas en cuidado paliativo, encuentro nacional y actualización en medicina transfuncional, taller de producción de avances en neurocirugía, congreso regional de medicina interna, I



simposio latinoamericano de seguridad del paciente y novedades científicas, diplomado en sistema de gestión de calidad ISO 9001- 2015

La subdirección Administrativa. Seminario actualización gestión efectiva del presupuesto público, IX congreso nacional de presupuesto público, capacitación sobre facturación por ventas de servicios de salud y actualidad normativa dirigido a personal administrativo y financiero facturación y cartera.

En gestión humana. Seminario taller evaluación de desempeño bajo el nuevo modelo acuerdo 565 de 2016 de la Comisión Nacional del Servicio Civil, Congreso Nacional de gestión humana para el sector público, VI Congreso nacional de talento humano, novedades en seguridad social, resocialización del manual específico de funciones y de competencias labores para los empleados de planta de la ESE, capacitación para funcionarios pre pensionados, seminario de Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y calidad, campaña derechos y deberes, atención preferencial y buen trato.

En contabilidad. Modulo riesgo de corrupción y lavado de activos, seminario de actualización en tributaria, VI congreso nacional de gestión financiera pública.

En control interno. Se realizaron capacitaciones curso de auditores internos y II congreso nacional de derecho disciplinario.

En Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo. Gestión integral de residuos hospitalarios y similares, trabajo en equipo, trabajo seguro, 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, participación en el congreso de seguridad salud y ambiente y manejo de residuos hospitalarios y similares.

En el servicio 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. curso emergencias en ginecoobstetricia con énfasis en código rojo, socialización código de ética, proceso de formación institucional en monitoria de electrocardiograma y lectura e interpretación electrocardiográfica, capacitación tamizaje y reporte adecuado del antibiograma, capacitación de BLS, capacitación de código azul y BLS, resocialización guías medicas de ginecoobstetricia, socialización de guías de manejo post-aborto, socialización de guías medicas de reanimación cerebro cardio pulmonar, socialización del manual de referencia y contrareferencia, protocolo guía para el informe pericial sobre determinación clínica forense de embriaguez, socialización de guías medicas de reanimación cerebro cardio pulmonar e interacción medicamentosa, socialización de protocolo institucional de reanimación cerebro cardio pulmonar, interacción medicamentosa, socialización de las guías prácticas clínica de infecciones en obstetricia del ministerio de salud: atención del parto y complicaciones del embarazo (ruptura prematura de membranas , toxoplasmosis, VIH adolescentes y adultos, sífilis gestacional y congénita, socialización de la ruta de atención integral a víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas y el protocolo de atención de urgencias a víctimas de ataques con agentes químicos, procedimiento de traslado de paciente, clasificados de TRIAGE, humanización buen trato, derechos y deberes de los usuarios, reunión personal de vigilancia facturación admisión y orientador por evidencia de falla en la no atención de paciente que ingresa a urgencias, socializar protocolos y procedimientos de la institución - protocolo de inmovilización de paciente transporte asistencial, socialización y adherencia a la guía de emergencias toxicológicas publicadas por el ministerio salud, socializa norma técnica de interrupción voluntaria del embarazo y el procedimiento institucional de IVE, socialización del síndrome febril, manual



de procedimiento médicos, guías médicas y plan hospitalario de emergencias, socialización de código azul y soporte vital básica, lineamientos del ministerio de salud para el manejo integrado de la desnutrición aguda y monitoria e interpretación electrocardiográfica.

En la UCI Neonatal y UCI Adulto. 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 de la 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, buenas prácticas en esterilización en la unidad, socialización de temas de tr: 1.cuidados y precauciones en pacientes con ventilación mecánica invasiva 2. actualización de conceptos y definiciones manejados, control de socialización de procesos prioritario, socialización de protocolos de tr:1. protocolo de reanimación neonatal 2. protocolo de código azul, procesos prioritarios- socialización protocolo paso de sonda orogástrica, capacitación en signos vitales e historia clínica, capacitación en prevención de ivv asociado a catéter urinario mecanismos de prevención, socialización del kit de derrames, precauciones de aislamientos universal y hospitalarios, socialización kit de emergencia obstétrica, socialización protocolo gases medicinales atención de emergencia sistema de alarma, socializar el plan hospitalario de emergencias al personal de la uci adulto de la ese, reanimación cardio cerebro pulmonar, terapia transnacional.

En Banco de Sangre y Laboratorio. Fase pre analítica - toma de muestra, capacitación reforzar toma de muestra- enfatizar la importancia del trabajo en equipo, microbiología, equipo liasion, capacitación equipos hematología, capacitación pentra nexos, capacitación en toma de muestra de sangre el personal auxiliar de laboratorio, taller personalizado de bacteriólogas y auxiliares del laboratorio clínico, capacitación rutas de evacuación de desechos, reforzar conocimientos en realización de baciloscopia (extendido - coloración), reforzar montaje de TSH neonatal, calibración y controles, reforzar conocimientos y prácticas en realización de gota gruesa (extendido y coloración), reforzar toma de muestra enfatizar la importancia del trabajo en equipos tareas de cada auxiliar, aclarar recordar proceso siembra de muestras y procesos de identificación de microbiología, reforzar funcionamiento equipo descarga de protocolos buen uso consumibles y reactivos, capacitación equipo hematología.

En 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, I congreso internacional y XVII congreso nacional de enfermería intervención de la tecnología en el cuidado íntegra la persona con heridas y ostomías, taller en cuidado a personas con abdomen abierto, XXVI jornadas huilenses de pediatría, programa de medicación segura, socialización y capacitación de grupo terapéutico antibióticos, socialización de temas de tr:1. minuto de oro 2. técnica paso de surfactante, dar a conocer la importancia de la central de esterilización y sus procesos en los diferentes servicios de la institución, manejo de heridas, curaciones y terapia endovenosa, resocialización del lavado de manos antes del recibo de turno, uso de joyas y uñas pintadas, socialización protocolo de venopunción, taller minuto de oro.



En Epidemiología. Capacitación taller epidemiología confidencialidad de la información, vigilancia en salud y manejo de enfermedades dengue, chikunguña y Zika, actualización de lineamientos enfermedad por Zika, 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 Zika, 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, actualización impacto de la fase pre-analítica en la seguridad del paciente, capacitación política seguridad del paciente y reporte de evento adverso, capacitación política de seguridad del paciente, capacitación política de seguridad del paciente y autocuidado en salud, capacitación política de seguridad del paciente y fuga de paciente, socialización de identificación del usuario, socialización escala de riesgo, socialización seguimiento a riesgo.

Farmacia. Diplomado en regencia de farmacia, procesos con material de osteosíntesis en la farmacia satélite de cirugía, socialización procesos y protocolos del servicio farmacéutico, capacitación de analgésicos.

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 folklor opita, la reunión en favor del crecimiento espiritual y religioso de los empleados y su familia de tradición navideña en Colombia.

Durante el año 2017 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 2017 se aplicó 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 2017, el responsable de las acciones de salud laboral de la ESE, investigó y reportó dentro de los términos de ley 18 Accidentes de trabajo a la autoridad competente.

- Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Las actividades desarrolladas por el área fueron: Elaboración de la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos de la institución, caracterizaciones de las aguas residuales de la ESE a la entrada y salida de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales, actualización del Plan Hospitalario de Respuesta a Emergencias y Desastres,



capacitación de la brigada de emergencias, revisión y actualización del índice de seguridad hospitalaria para emergencias, reuniones mensuales del Comité Operativo de Emergencias y Desastres COE y del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST.

Así mismo, se realizaron investigación de 18 accidentes laborales ocurridos en la institución, capacitación al personal sobre Normas de Bioseguridad, mantenimiento preventivo rutinario de la planta de tratamiento de aguas residuales, monitoreo de las afiliaciones del personal que se encuentra contratado mediante la modalidad de contrato de 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.

Igualmente, se realizó la recarga y mantenimiento de los extintores de la institución, el simulacro de emergencias en la sede principal el segundo piso y en el Centro Integral de Terapias, capacitación al personal de enfermería en manejo de técnicas adecuadas para la movilización de pacientes, entrega diaria de dosímetros al personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes, realización de exámenes médicos ocupacionales al personal de planta y contrato, actualización de la matriz de requisitos legales de seguridad y salud en el trabajo, readecuación de los puestos de trabajo de las áreas de enfermería de urgencias, talento humano y seguridad y salud en el trabajo y se realizó la jornada de Seguridad y Salud en el Trabajo.

A la par, se socializó el Plan Hospitalario de Emergencias y Desastres, la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo y de los roles y responsabilidades de cada funcionario en cuanto al SG-SST, se realizaron eventos de capacitación en manejo de extintores a los funcionarios y en conceptos básicos de trabajo en alturas al personal de mantenimiento y mantenimiento de aires acondicionados y en pausas activas. A las agremiaciones, empresas contratistas y coordinadores en el SG-SST se capacitó en los requisitos legales del SG-SST, se realizó la actualización del Programa de Vigilancia Epidemiológica de Riesgo Biológico, el diligenciamiento de la Autoevaluación de Resolución 1111 del 2017 Estándares Mínimos y revisión y organización del Sistema de Vigilancia Epidemiológico de Riesgo Biomecánico.

En gestión ambiental, se organizaron jornadas de capacitación e inducción de sensibilización a los trabajadores, empleados, usuarios, pacientes, estudiantes que laboran en la institución sobre la importancia y el compromiso que debemos tener en la disposición, clasificación de los residuos que se producen en las diferentes actividades y ahorro y uso eficiente de agua y energía y consumo adecuado de papel.

Se coordinó la actividad de control de plagas, vectores y roedores en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, Centro Integral de Terapias y Consulta Externa, se realizó inspecciones, seguimiento a la generación, disposición de residuos peligrosos y no peligrosos, se actualizó el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y se adoptó mediante la Resolución No. 0960 del 28 de Agosto de 2.017.

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

Formula	Variables de calculo	Resultado 2017	Meta 2017
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	Informes Individuales de Prestación Registro de	4	4



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	Servicios presentados la Junta Directiva		
--	--	--	--

- Durante la vigencia fiscal de 2017 la ESE realizó el procesamiento de la información de los registros individuales de prestación de servicios RIPS correspondiente a los cuatro (4) Trimestre de 2017, comparativo con los mismos periodos de la vigencia fiscal de 2016, 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 2017.

- 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 2017
Segundo Informe II Trimestre	Abril 1° al 30 de Junio de 2017
Tercer Informe III Trimestre	Julio 1° al 30 de Septiembre de 2017
Cuarto Informe IV Trimestre	Octubre 1° al 31 de Diciembre de 2017



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 cuanto a la reingeniería de la red, se segmentó la red para optimizar el tráfico y crear de esta manera un broadcast para cada segmento, haciendo de esta manera más eficiente la comunicación en la red local y un mejor manejo del tráfico de datos que viaja por la misma

Respecto al Firewall, se implementó el Firewall que viene con el antivirus Kaspersky, en el cual se filtran las páginas o lista negra de sitios no autorizados, mitigando de esta manera los riesgos que conlleva la conectividad con la internet.

Indicador (9): Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

Formula	Variables de calculo		Resultado 2017	Meta 2017
	Ingresos Recaudados	Gastos comprometidos		
Valor de la Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos.	\$46.122.598.165,06	\$53.579.166.768,51	0,86	≥0.96

- Los ingresos totales recaudados entre el 1o de Enero al 31 de Diciembre 2017, ascienden a la suma de \$46.122.598.165,06 M/cte y los gastos totales comprometidos en el mismo periodo, fueron de \$53.579.166.767,51 M/cte, por lo tanto el resultado del indicador es el siguiente: $I = \frac{\$46.122.598.165,06}{\$53.579.166.767,51} = 0.86$. Por consiguiente, no se logra cumplir con la meta fijada para el 2017 en el Plan de Gestión la cual fue de ≥ 0.96 ni se 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)**, según el Anexo 3 Instructivo para la Calificación de la Resolución No. 000710 de 2012 y Resolución 743 de 2013.

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 \$86 pesos M/cte. Por consiguiente, la empresa debió 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 ejercicio 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 2017 ascendió a la suma de \$54.399,7 Millones de pesos M/cte, con unos reconocimientos de ingresos al 31 de Diciembre del 120% (\$65.248,5 Millones de pesos M/cte), dado en especial a la superación de las metas en ventas de servicios en (\$17.849,9) Millones M/cte) con un nivel de recaudo del 70,7% del total de los ingresos reconocidos del periodo de análisis, es decir, de \$46.122,5 Millones de pesos M/cte, El comportamiento de los ingresos comparativamente con el año 2016, es como se evidencia a continuación:

CONCEPTO DE INGRESOS	PERIODOS		VARIACIÓN (%)
	2016	2017	2016/2015
Ventas de Servicios de Salud (Excluye CXC)	47.249,4	49.387,0	4,5%
Población no cubierta con subsidios	1.361,8	-	-100,0%
Régimen Subsidiado	29.229,5	30.822,9	5,5%
Régimen Contributivo	10.237,3	11.541,9	12,7%
Otras Ventas de Servicios	6.420,8	7.022,2	9,4%
Aportes	350,0	1.089,5	211,3%
Otros Ingresos	1.511,9	4.377,8	189,6%
Cuentas por Cobrar	11.046,1	10.394,2	-5,9%
Total Ingresos Reconocidos	60.157,4	65.248,5	8,5%

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos 2017-2016

Como se observa en el cuadro anterior, los ingresos totales crecieron el 8,5% durante la vigencia fiscal de 2017, frente a lo logrado en el año 2016, producto del incremento de los ingresos del 12,7% del régimen contributivo, del 5,5% del régimen subsidiado y otros ingresos en los cuales se incluyen la disponibilidad inicial, recuperación de cartera mayor a 360 días y ventas de otros bienes y servicios.

Las ventas de servicios de salud a Diciembre 31 de 2017 representaron el 75,7% del total ingresos de la ESE, el 15,9% por las cuentas por cobrar y el 6,7% por otros ingresos y el 1,7% por Aportes, que en conjunto financian la actividad empresarial de la ESE. El recaudo por ventas de servicios de salud alcanzó tan solo el 60,6% en el periodo de análisis.

Las ventas de servicios de salud reconocidas en el año 2017, crecieron el 4,5% frente a las realizadas en el año 2016 pasando de \$47.249,4 Millones de pesos M/cte en el 2016 a \$49.387,0 Millones de pesos M/cte en el 2017; tal como observa a continuación:

CONCEPTO DE INGRESOS	PERIODOS		VARIACIÓN (%)
	2016	2017	2015/2014
Régimen Subsidiado	29.229,5	30.822,9	5,5%
Régimen Contributivo	10.237,3	11.541,9	12,7%



Subsidio a la Oferta (vinculados)	1.361,8	-	-100,0%
Otros ingresos asociados a la venta de servicios	6.420,9	7.022,2	9,4%
TOTAL INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS	47.249,5	49.387,0	4,5%

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos 2017-2016

- **Gestión de Gastos**

El comportamiento del presupuesto de gastos a Diciembre 31 de 2017, deja evidenciar que del total del presupuesto definitivo aforado en \$54.399,7 Millones de pesos M/cte, se causaron compromisos por valor de \$53.579,1 Millones de pesos M/cte, de los cuales, el 57% representan los gastos de personal de planta y por contrato, seguido en su orden con el 17% a gastos de operación comercial y prestación de servicios, el 14,3% de gastos generales, el 10,8% cuentas por pagar, el 0,2% a transferencias corrientes y el 0,01% a gastos de inversión.

El comportamiento de los gastos comparativos con el año 2016, es como se evidencia a continuación:

CONCEPTO DE GASTOS	PERIODOS		
	2016	2017	Variación (%)
Gastos de Funcionamiento	35.564,7	38.336,4	7,8%
Gastos de Personal Directo	7.669,4	8.581,9	11,9%
Servicios personales indirectos	20.833,8	21.973,9	5,5%
TOTAL GASTOS DE PERSONAL	28.503,2	30.555,8	7,2%
Gastos Generales	6.861,5	7.684,9	12,0%
Transferencias Corrientes	200,0	95,7	-52,2%
Gastos de Operación Comercial	8.468,2	9.096,4	7,4%
Gastos de Inversión	-	350,0	#¡DIV/0!
Deuda Publica	3.037,8	-	-100,0%
Cuentas por pagar vigencias anteriores	4.047,8	5.796,3	43,2%
TOTAL GASTOS COMPROMETIDOS	51.118,5	53.579,1	4,8%

Fuente: Ejecución presupuestal de Gastos 2017-2016

Como se observa en el cuadro anterior, los gastos totales comprometidos de 2017, crecieron el 4,8% frente a lo causado en el año de 2016, generado su incremento según su importancia por los gastos generales que crecieron el 12%, los gastos de operación comercial con el 7,4%, los gastos de personal con el 7,2% y las cuentas por pagar con el 43,2% frente a lo comprometido en el año 2016.

Del total de gastos comprometidos en el 2017, la ESE logró reconocer y pagar el 84,5% de sus obligaciones adquiridas, las cuales ascendieron a la suma de \$45.260,3 Millones de pesos M/cte. En gastos de personal se logró cumplir con el 88% de sus obligaciones adquiridas en la vigencia, en gastos generales con el 92%, en transferencias corrientes con el 100%, en gastos de operación comercial y prestación de servicios con el 70%.

- **Equilibrio de la Operación corriente**



CONCEPTO	FORMULA	PERIODOS	
		2016	2017
TOTAL INGRESOS RECONOCIDOS	a = b+c	60.157,4	65.248,5
Ingreso reconocido de recursos del convenio	b	-	-
Ingreso reconocido sin recursos del convenio	c	60.157,4	65.248,5
TOTAL GASTO COMPROMETIDO	d = e+f	51.118,5	53.579,1
Gasto comprometido de recursos del convenio	e	-	-
Gasto comprometido sin recursos del convenio	f	51.118,5	53.579,1
Relación reconocimiento/compromiso sin recursos del convenio	$g = c/f (\%)$	118%	122%
TOTAL INGRESO RECAUDADO	h = i+j	46.906,9	46.144,3
Ingresos recaudado de recursos del convenio	i	-	-
Ingresos recaudado sin recursos del convenio	j	46.906,9	46.122,6
Relación recaudo/compromiso sin recursos del convenio	$k = j/f (\%)$	92%	86%

Fuente: Ejecución presupuestal 2017-2016 ESE HDSVP

Como se observa en el cuadro anterior, la relación reconocimiento / compromiso durante las vigencias fiscales de 2016 y 2017 fue de 118% y 122% respectivamente. Es decir, se incrementa la relación reconocimiento/ compromiso pasando de 118% en el 2016 a 122% en el 2017.

Elo indica, que por cada \$100 pesos que comprometió la empresa en el año de 2017, se reconocieron \$122 pesos para atender las obligaciones adquiridas a Diciembre 31 de 2017.

La relación recaudo / compromiso durante el año 2017 fue de 86% y durante la vigencia fiscal de 2016 alcanzó el 92%. Lo anterior indica que por cada \$100 pesos que comprometió la Empresa en el 2017, logró recaudar \$86 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 2017, la cartera total de los diferentes pagadores por venta de servicios de salud, ascendió a la suma de **DIEZ Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTE MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SESENTA Y UN PESOS (\$19.420.869.561) M/cte**, lo cual representó un incremento del 16,2% frente a lo evidenciado en el año de 2016. Los deudores según régimen de seguridad social en salud, se encuentra distribuidos de la siguiente manera:

PAGADORES	ESTADO DE CARTERA			PARTICIPACIÓN (2017)
	2016	2017	Variación	
Régimen contributivo	4.046.448.373	6.519.245.265	61,1%	34%
Régimen subsidiado	8.578.051.145	10.742.893.547	25,2%	55,3%
SOAT Y ECAT	2.705.179.816	1.508.457.248	-44,2%	7,8%
IPS Privadas	378.895.349	171.485.124	-54,7%	0,9%
Regímenes especiales	653.660.878	253.033.625	-61,3%	1,3%
Otros Vinculados	217.512.225	153.341.733	-29,5%	0,8%
Otros deudores de Salud	133.344.693	72.413.019	-45,7%	0,4%
TOTAL CARTERA	16.713.092.478	19.420.869.561	16,2%	100,0%

Fuente: Estado de Cartera ESE HDSVP -2017-2016

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 55,3% del total de la ESE, seguidas por las del régimen contributivo con el 34% de la cartera morosa, seguida por las empresas del SOAT y ECAT con el 7,8% y otros deudores en salud con el 0,4%, esta cartera no se incluye el difícil cobro heredada de las EPS liquidadas como Saludcoop, Caprecom entre otras.

La cartera total se incrementó el 16,2% en el 2017 frente a lo observado en el 2016, 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.

A esto suma la cartera de difícil cobro, que al cierre de Diciembre 31 de 2017 ascendió a la suma de \$10.261,8 millones, de los cuales \$6.646,4 millones corresponde a deudas de Saludcoop y \$3.615,3 a deudas de Caprecom.

No obstante, 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 los mecanismos habitualmente utilizados para el cobro de cartera, están acuerdos de pago, contrato de transacción, compra de cartera, cobro jurídico, entre otros.

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 CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.764 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 Actividad Económica, Financiera y Social

La venta neta de servicios de salud por valor de \$49.634 millones se incrementa en un 7% con relación a la vigencia 2016 debido a la apertura del servicio de neurocirugía, afectando directamente la unidad de cuidado intensivo adulto, cirugía, procedimientos diagnósticos y laboratorio clínico, se regularon los servicios de salud a la EPS Medimás, entidad que ocupa el primer lugar en afiliados al régimen contributivo y el segundo lugar en afiliados del régimen subsidiado en el municipio de Garzón; el promedio de venta se mantuvo en \$4.136.millones.

Los costos de venta por valor total de \$36.761 millones se incrementaron en un 5%, primordialmente en generales, recursos humanos y materiales; no se presenta incremento en recurso humano asistencial ni en el suministro de medicamentos y material médico quirúrgico, sin embargo, el cumplimiento de estándares de calidad en la E.S.E. obligaron a la ejecución de actividades de mantenimiento y mejoramiento de infraestructura que aumentaron el valor de los costos indirectos.



Los ingresos no operacionales, relacionados con las transferencias o subvenciones y otros ingresos, se afectan significativamente con relación a la vigencia anterior, en un 74%, principalmente por la disminución en el valor de los convenios interadministrativos suscritos con el nivel nacional y departamental,

En lo referente a los gastos no operacionales, como gastos financieros se registra la pérdida en baja de cuentas por cobrar, es decir, las glosas no subsanables sobre la facturación de la vigencia en la suma de \$434 millones equivalentes a menos del 1% de la venta de servicios de salud de la vigencia, y glosas no subsanables de vigencias anteriores por valor de \$509 millones de las cuales se logró refacturar la suma de \$259 millones, es decir, el 51% de lo no subsanado. El incremento de los gastos no operacionales con relación a la vigencia 2016, se refleja principalmente en la reclasificación del reconocimiento de las glosas de vigencia ya que para el año anterior los lineamientos de la Contaduría General obligaban registro como descuento en venta de servicios

A continuación, se muestra la variación entre vigencias conforme al estado de resultados.

En millones						
CONCEPTO	A DICIEMBRE		Análisis Vertical		Análisis Horizontal 2017-2016	
	2016	2017	2016	2017	Var en \$	Var %
Venta de Servicios	46,462	49,634			3,172	7%
Menos: Costo de Ventas	34,935	36,761	75%	74%	1,826	5%
Utilidad Bruta	11,527	12,873	25%	26%	1,346	12%
Menos Gastos Administrativos	9,146	10,756	20%	22%	1,610	18%
Menos Deprec, Deterioro	1,018	1,884	2%	4%	866	85%
Utilidad de Operacional	1,363	233	3%	0%	-1,130	-83%
Mas: Transferencias Y Subvenciones	1,328	350	3%	1%	-978	-74%
Mas Otros Ingresos	1,642	1,761	4%	4%	119	7%
Menos: Gastos Financieros	158	441	0%	1%	283	179%
Menos: Otros Gastos Diversos	254	157	1%	0%	-97	-38%
Menos: Dev Reb y Dctos serv de salud	164	251	0%	1%	87	53%
Resultado Presente Ejercicio	3,757	1,495	8%	3%	-2,262	-60%

Al cierre del ejercicio el resultado por \$1.495 millones se afecta en un 60% con respecto a lo logrado en 2.016 como consecuencia de la disminución de las transferencias, el aumento en el cálculo de deterioro de las cuentas por cobrar y en el valor de las depreciaciones de los equipos médicos adquiridos en la vigencia anterior.

- Estado de Situación Financiera

Los bienes y derechos considerados como corrientes, presentan un incremento del 26% con relación a la vigencia anterior reflejada principalmente en partidas como cuentas por cobrar y los inventarios. En la porción considerada no corriente de los activos institucionales, se refleja el crecimiento de las cuentas por cobrar mayores a 360 días, conforme a la clasificación de las edades de morosidad.



CONCEPTO	DICIEMBRE		Análisis Vertical		Análisis Horizontal 2017 - 2016	
	2016	2017	2016	2017	En pesos	En var %
Activo						
Efectivo y Equivalentes al efectivo	874	696	5%	3%	-178	-20%
C X C Servicios de Salud	14,394	19,169	82%	86%	4,775	33%
Otras cuentas por cobrar	22	22	0%	0%	0	0%
Inventarios	2,008	2,278	11%	10%	270	13%
Gastos pag x antic y Dep entregados	324	27	2%	0%	-297	-92%
Subtotal Activo Corriente	17,622	22,192	38%	43%	4,570	26%
C X C Servicios de salud	1,201	4,241	4%	15%	3,040	253%
C X C Dificil cobro	12,482	10,262	43%	36%	-2,220	-18%
Deterioro para cuentas por cobrar	-4,458	-5,593	-15%	-19%	-1,135	25%
Propiedad Planta y Equipo	20,010	19,994	68%	69%	-16	0%
Subtotal Activo No Corriente	29,235	28,904	62%	57%	-331	-1%
Total Activo	46,857	51,096	100%	100%	4,239	9%

En cuanto al Pasivo Institucional se observa un crecimiento del 20% con relación a la vigencia 2016, debido principalmente a las obligaciones con proveedores, las provisiones para contingencias por litigios y demandas y otras cuentas por pagar.

Pasivos	DICIEMBRE		Análisis Vertical		Análisis Horizontal 2017 - 2016	
	2016	2017	2016	2017	En pesos	En var %
Pasivo corriente	9,433	9,163	97%	79%	-270	-3%
Adquisición de Bienes	3,010	3,763	32%	41%	753	25%
Subvenc, Recaudos y Dctos nomina	450	12	5%	0%	-438	-97%
Retención en la Fuente	188	248	2%	3%	60	32%
Cred Jud., contrib y depositos	103	76	1%	1%	-27	-26%
Otras cuentas por pagar	2,148	2,960	23%	32%	812	38%
Beneficios a los Empleados a corto plazo	3,534	2,104	37%	23%	-1,430	-40%
PASIVO NO CORRIENTE	262	2,450	3%	21%	2,188	835%
Beneficios a los Empleados a Largo Plazo	0	1,919	0%	78%	1,919	
Provision para Contingencias	262	531	100%	22%	269	103%
TOTAL PASIVO	9,695	11,613	100%	100%	1,918	20%

El pasivo representa el 23% del total de los activos y el 60% de las cuentas por cobrar clasificados como corrientes,

- Dictamen de los Estados Financieros (Revisor Fiscal)

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

En mi calidad de Revisor Fiscal he Examinado,



Los estados financieros bajo " bajo IFRS con corte a diciembre 31 de 2016 y 2017, mi opinión acerca del cumplimiento legal de la entidad respecto a las Normas Internacionales de Contabilidad e Información Financiera.

La Contaduría General de la Nación (CGN) dando continuidad a la estrategia de modernización de la regulación contable del sector público, en concordancia con los objetivos de la Ley 1314 de 2009, la cual propende por una política pública que mejore el perfil competitivo de las empresas de propiedad estatal a través de la incorporación de prácticas líderes de aceptación mundial y de un marco normativo acorde con la rápida evolución de los negocios, expidió la Resolución 414 del 8 de septiembre de 2014, la cual incorpora, al Régimen de Contabilidad Pública, el Marco Conceptual y las Normas para el Reconocimiento, Medición, Revelación y Presentación de los Hechos Económicos, de Empresas que No Cotizan en el Mercado de Valores, y que No Captan ni Administran Ahorro del Público. .

En la misma fecha, la CGN también expidió el Instructivo No. 002, con el fin de orientar la elaboración del Estado de Situación Financiera de Apertura, el cual deberá ser preparado antes del 1º de enero de 2015, la elaboración de los estados financieros del final del periodo de transición y la elaboración y presentación de los primeros estados financieros bajo el nuevo marco de regulación con corte a 31 de diciembre de 2016.

Lo anterior implica, que gerentes públicos, contadores, financieros, auditores internos y externos, revisores fiscales, órganos de control, así como los usuarios en general de la información contable pública, deben prepararse para entender, utilizar, auditar y administrar, según el caso, la información contable pública que se generará bajo este nuevo Marco Técnico Normativo. Por ende, que las Instituciones adopten el Manual de Políticas Contables bajo ese mismo marco normativo.

I. INFORME ACERCA DE LOS ESTADOS FINANCIEROS ELABORADOS BAJOS NORMAS INTERNACIONALES DE CONTABILIDAD E INFORMACIÓN FINANCIERA:

Al respecto informo a la Junta Directiva que:

He auditado los Estados Financieros, que comprenden el Estado de Situación Financiera de la E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON, con corte a 31 de Diciembre de 2017 y 2016 y los correspondientes Estado de Resultado, Estado de cambios en el Patrimonio, Estado de Flujo de Efectivo por los años terminados en esas fechas y las revelaciones hechas a través de las Notas que han sido preparadas como lo establece en la Doctrina contable Publica, el manual de procedimientos y el plan general de contabilidad pública de la Contaduría General de la Nación el cual forman con ello un todo indivisible .

Esto se refiere al cumplimiento, por parte de la Administración, de las Normas Internacionales de Contabilidad e Información Financiera entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre del mismo año, Periodo de Aplicación, de conformidad con la Ley 1314 de 2009, el Decreto 3022 de 2013 y el los Decretos Únicos Reglamentarios 2420 y 2496 de 2015; Contaduría General de la Nación (CGN) regulación contable del sector público, en concordancia con los objetivos de la Ley 1314 de 2009, la cual propende por una política pública que mejore el perfil competitivo de las empresas de propiedad estatal a través de la incorporación de prácticas líderes de aceptación mundial y de un marco normativo acorde con la rápida evolución de los negocios, expidió la Resolución 414 del 8 de septiembre de 2014, la cual incorpora, al Régimen de Contabilidad Pública, el Marco Conceptual y las Normas para el Reconocimiento, Medición, Revelación y Presentación de los Hechos Económicos, de Empresas que No Cotizan en el Mercado de Valores, y que No Captan ni Administran Ahorro del Público.



2. La administración es responsable de preparar Estados Financieros bajo Normas Internacionales de Contabilidad e Información Financiera (NIIF) a diciembre 31 de 2017 y 2016.

Esto se refiere al cumplimiento, por parte de la Administración, de las Normas Internacionales de Contabilidad e Información Financiera entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre del mismo año, Periodo de Aplicación, de conformidad con la Ley 1314 de 2009, el Decreto 3022 de 2013 y el los Decretos Únicos Reglamentarios 2420 y 2496 de 2015; Contaduría General de la Nación (CGN) regulación contable del sector público, en concordancia con los objetivos de la Ley 1314 de 2009, la cual propende por una política pública que mejore el perfil competitivo de las empresas de propiedad estatal a través de la incorporación de prácticas líderes de aceptación mundial y de un marco normativo acorde con la rápida evolución de los negocios, expidió la Resolución 414 del 8 de septiembre de 2014, la cual incorpora, al Régimen de Contabilidad Pública, el Marco Conceptual y las Normas para el Reconocimiento, Medición, Revelación y Presentación de los Hechos Económicos, de Empresas que No Cotizan en el Mercado de Valores, y que No Captan ni Administran Ahorro del Público.

Dichos Estados financieros fueron debidamente certificados por el representante legal y el Contador que los preparó, en los términos del artículo 37 de la Ley 222 de 1995, en concordancia con el artículo 57 del decreto 2649 de 1993.

Una de mis funciones es la de expresar una opinión sobre dichos estados financieros, comparativos con los del 31 de Diciembre de 2016 y 2015 basado en mi auditoría.

Obtuve las informaciones necesarias para cumplir con mis funciones y efectué mi examen de acuerdo con Normas Internacionales de Contabilidad e Información Financiera. Las citadas normas requieren que cumpla con requisitos éticos, que planifique y lleve a cabo mi auditoría para obtener seguridad razonable en cuanto a si los estados financieros están libres de errores materiales.

Una auditoría consiste en desarrollar procedimientos para obtener la evidencia de auditoría que respalden las cifras y las revelaciones en los estados financieros. Los procedimientos seleccionados dependen del juicio del auditor, incluyendo la evaluación del riesgo de errores materiales en los estados financieros. En relación con la evaluación del riesgo de fraudes, informo que es responsabilidad de la administración, su prevención y detección, para lo cual apliqué el procedimiento de la Carta de la Gerencia, evaluando los controles para detectar ese riesgo. En el proceso de evaluar estos riesgos, el auditor considera los controles internos relevantes para la preparación y presentación de los estados financieros, con el fin de diseñar procedimientos de auditoría que sean apropiados en las circunstancias. Así mismo, incluye una evaluación de las políticas contables adoptadas y de las estimaciones de importancia efectuadas por la Administración, así como de la presentación en su conjunto de los estados financieros. Considero que mi auditoría me proporciona una base razonable para emitir mi opinión.

En mi opinión, los Estados Financieros adjuntos, presentan razonablemente, en todos sus aspectos de importancia, la situación financiera de la entidad al 31 de diciembre de 2017, los resultados de sus operaciones y los flujos de efectivo por el año terminado en esa fecha, de conformidad con Normas Internacionales de Contabilidad e Información Financiera.

Además, fundamentado en el alcance de mi auditoría, no estoy enterado de situaciones indicativas de inobservancia en el cumplimiento de las siguientes obligaciones de la entidad:

- 1) Llevar los libros de actas, según las normas legales y la técnica contable;
- 2) Desarrollar las operaciones conforme a el estatuto y decisiones de la Junta Directiva;



- 3) Conservar la correspondencia y los comprobantes de las cuentas; y
- 4) Adoptar medidas de control interno y de conservación y custodia de los bienes de la entidad o de terceros en su poder
- 5) También se hicieron las verificaciones para asegurarse del cumplimiento de:
 - a. Lo ordenado en la Ley 603/2000 sobre derechos de autor, respecto a lo cual manifiesto que la administración está dando cumplimiento a su obligación de utilizar Software debidamente licenciado.
 - b. La obligación legal de liquidar y pagar los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones, el pago de salarios, prestaciones sociales y aportes parafiscales, en relación con los contratos suscritos. Al respecto, no se tiene evidencia de incumplimientos.
 - c. Lo estipulado en las normas locales en cuanto al recaudo de la retención en la fuente sobre los bienes y servicios recibidos, aplicando en forma adecuada las bases y tarifas vigentes y presentando de manera oportuna las declaraciones mensuales con pago, así como la información exógena o de medios magnéticos exigidos por la DIAN y por la Secretaría de Hacienda Municipal y Departamental. En relación estas obligaciones legales, manifiesto no tener evidencia de incumplimientos por parte de la administración.
 - d. Existe concordancia entre los estados financieros que se acompañan y la información contable incluida en el informe de gestión preparado por la Administración de la entidad, el cual incluye la constancia sobre la libre circulación de las facturas con endoso emitidas por los vendedores o proveedores.
 - e. Se han implementado los mecanismos para la prevención y control de lavado de activos y financiación del terrorismo "SARLAF", de acuerdo con lo establecido en la circular 009 emitida por la superintendencia nacional de Salud y demás normas sobre la materia.
 - f. Finalmente, en relación con la situación jurídica, informo que tengo conocimiento de las demandas en contra de la entidad (y considero que existen las debidas revelaciones al respecto en los estados financieros y que son razonables los valores estimados como provisiones.
- 6). Sistema de Control Interno. En cuanto a la evaluación del sistema de Control interno, se da cumplimiento a la ley 87 de 1993, circular 02 de 2.004, expedida por el consejo asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional y territorial.

El Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, adoptado mediante Decreto 1599 de 2.005, debidamente actualizado mediante Resolución de Gerencia No. 1331 de 2014; el cual determina las generalidades y la estructura necesaria para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Control Interno en las entidades y agentes obligados conforme al artículo 5º de la Ley 87 de 1993, según cumplimiento al Decreto No. 0943 de mayo 21 de 2014 expedido por la Función Pública, Ley 1474 en sus artículos 8 y 9.

Según su opinión conceptúa que la Oficina Asesora de Control Interno, y teniendo como evidencias las evaluaciones adelantadas frente al Control Interno Contable, la encuesta del Modelo Estándar de Control Interno ante el Departamento Administrativo de la Función Pública, el diagnóstico MECI, y las auditorías fiscales realizadas por la Contraloría Departamental del Huila podemos inferir que el Sistema de Control Interno en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl para la vigencia 2017 el estado del Sistema de Control Interno en la entidad fue calificado en nivel SATISFACTORIO con un puntaje de 4.71. 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



2016, cuyo resultado deja evidenciar que el Sistema de Control Interno Contable de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, la evaluación final arrojó una calificación en el rango de EFICIENTE, informe que fue enviado a través del CHIP de la Contaduría General de la Nación, el día 27 de Febrero de 2017.

Acerca del Control Interno bajo Estándares Internacionales, debo informar que: La Administración es responsable de diseñar, implementar y mantener el control interno relevante de acuerdo al Decreto 302 del 2015, según ISAE (International Standards on Assurance Engagements). El Control Interno debe ser independiente del Auditor Externo y ser la base para la extensión de las pruebas de auditoría para el año de aplicación para la vigencia 2017, fue satisfactorio.

7). Revisado el Informe de Gestión presentado por la Administración, correspondiente al ejercicio de 2017, en el cual recopila las diferentes acciones que ha venido ejecutando la E.S.E, conforme a lo fijado en el Plan de Gestión 2012 – 2016 y especial en el Plan de Acción 2017, cuya evaluación consolidada alcanzó un grado de cumplimiento del 94,5%. así mismo encontré que el mismo se ajusta a los requerimientos de Ley, contiene una exposición sobre la evolución de los negocios y la situación jurídica, económica y administrativa y opino que el mismo concuerda debidamente con los Estados Financieros preparados por la Administración para el mismo periodo.

CLAUDIA FERNANDA OLARTE CARDOZO
Revisora Fiscal
T.P. 88916-T.

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	Variabes de calculo	Resultado 2017	Meta 2017
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 2017. Por lo tanto, se **cumplió** con la meta propuesta para la vigencia fiscal de 2017 y con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013.

- Entre otras actividades se realizaron en el año 2017.



- 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.

INDICADOR No. 11: Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya

Formula	Variables de calculo	Resultado 2017	Meta 2017
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 2017. Por lo tanto, se **cumplió** con la meta propuesta para la vigencia fiscal de 2017 y con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013.

- Durante la vigencia fiscal de 2017, la ESE adquirió equipos de cómputo e impresoras para fortalecer el Sistema de Información.

- 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 2017, alcanzó un logro de desarrollo del 81%.

- Dentro de las gestiones del programa de Gestion documental, la ESE preparó y formuló el diagnóstico preliminar de la gestión documental, herramienta que servirá de base para iniciar los desarrollos del Sistema de Gestión Documental de la empresa, en concordancia con la normativa vigente sobre la materia.

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 2017	Meta 2017
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	94,4%	≥0.91
	120	127		

Durante la vigencia fiscal de 2017, 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 1° de Enero y el 30 de Junio de 2017, lográndose identificar 51 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 20 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 18 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 1° de Julio el 31 de Diciembre de 2017, lográndose identificar 49 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 11 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 las 11 historias clínicas se dio aplicación estricta a la Guía de Manejo para Hemorragias del III trimestre.

En síntesis, en la vigencia fiscal de 2017, se revisaron y analizaron 31 historias clínicas de usuarias con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre de las cuales una vez auditadas, se evidencia que, a 29 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: $I = 29/31 = 94,0\%$ lográndose **cumplir** la meta fijada en el Plan de Gestión 2017 la cual fue ≥ 0.91 y por ende se logra cumplir con el estándar ≥ 0.80 fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013.



(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 1° de Enero y el 30 de Junio de 2017, lográndose identificar 88 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 54 historias clínicas de usuarias con trastorno hipertensivo en el embarazo. Una vez, realizada la auditoría de las historias clínicas, se logró determinar que en 52 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 2017, lográndose identificar 98 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 42 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 39 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 2017, se revisaron y analizaron 96 historias clínicas de usuarias con trastornos Hipertensivos en el embarazo atendidas en la ESE, de las cuales una vez auditadas, se evidencia que, a 91 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: $I = 91/96 = 95,0\%$, lográndose **cumplir** la meta fijada en el Plan de Gestión para la vigencia fiscal de 2017 la cual fue ≥ 0.91 y por ende se logra el cumplimiento del estándar ≥ 0.80 fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013.

Recapitulando, durante la vigencia fiscal de 2017, se revisaron y analizaron por auditoría 127 historias clínicas de usuarias con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre y con trastornos Hipertensivos en el embarazo, de las cuales una vez auditadas, se evidencia que, a 120 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 $I = 120/127 = 94,4\%$ lográndose **cumplir** la meta fijada en el Plan de Gestión para la vigencia fiscal de 2017 la cual fue ≥ 0.91 y por ende se logra el cumplimiento del estándar ≥ 0.80 fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013.

Entre otras actividades se realizaron:



- La coordinación de urgencias 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 2017.

- Se realizó la auditoría a la adherencia a la Guía institucional de atención a pacientes con Diagnóstico de Trastornos Hipertensivos de la Gestación y se generaron los planes de mejora según hallazgos.

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 2017	Meta 2017
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	92,5%	≥0.95
	222	240		

Durante la vigencia fiscal de 2017, 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 120 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 108 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 2017, tomando como muestra aleatoria 120 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 114 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 2017, se revisaron y analizaron 240 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 222 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: $I = 222/240 = 92,5\%$, no lográndose **cumplir con** la meta fijada en el Plan de Gestión 2017 la cual fue ≥ 0.95 y, sin embargo, se logra el cumplimiento del estándar ≥ 0.80 fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013.

Entre otras acciones se realizaron:

- La auditoría concurrente realizó la 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 medicas 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		Resultad o 2017	Meta 2017
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	94,3%	≥ 0.92
	434	460		

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 Apendicetomía antes de 6 horas DX	Total de Apendicetomías realizadas	%
Primer	104	111	93,7%
Segundo	91	97	93,8%
Tercer	106	110	96,4%
Cuarto	133	142	93,7%
Total	434	460	94,3%

Como se observa en el cuadro anterior, durante la vigencia de 2017, se realizaron en la ESE un total de 460 Apendicetomía, de las cuales 434 Apendicetomía fueron intervenidas antes de 6 horas de diagnosticada la Apendicitis Aguda, obteniéndose como resultado del indicador el siguiente: $I = 434/460 = 94,3\%$, por lo tanto se **cumple** con la meta fijada para el 2017 en el Plan de Gestión la cual fue de ≥ 0.92 y por consiguiente con el estándar ≥ 0.90 definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013.

- El auditor médico y la coordinación de urgencias realizaron las auditorías de las historias clínicas para medir la oportunidad en la realización de Apendicetomía con seguimiento diario.



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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2017	Meta 2017
	2017	2016		
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	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario	Cero Casos	Cero (0) o variación negativa
	Cero casos	Cero Casos		

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 2017 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 2017 y el estándar **Cero o variación negativa** fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013.

- Se realizaron las auditorías de adherencia a la guía institucional de atención a pacientes pediátricos con diagnóstico de Neumonía Broncoaspirativa y se generaron los planes de mejora según hallazgos.

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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2017	Meta 2017
Número de pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de 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 de 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 de Miocardio en la vigencia.	95%	≥0.94
	133	140		

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 2017, se identificaron en la ESE un total de 140 pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio que ingresaron al servicio de urgencias, de los cuales 133 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: $I = 133/140 = 95\%$, por lo tanto se logra **cumplir** con la meta fijada para el 2017 en el Plan de Gestión la cual fue de ≥ 0.94 y por consiguiente se supera el estándar ≥ 0.90 definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013.

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 de Miocardio (IAM), en el servicio de urgencias del hospital.

INDICADOR No. 17: Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria

Formula	Variables de calculo		Resultado 2017	Meta 2017
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
	100	100		

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	24	24	1.00
Segundo	26	26	1.00
Tercer	16	16	1.00
Cuarto	34	34	1.00
Total	100	100	1.00

Como se evidencia en el cuadro anterior, durante la vigencia de 2017 se presentaron en la ESE un total de 100 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: $I = 100/100 = 1,0$ dándose así **cumplimiento** con la meta fijada para el 2017 en el Plan de Gestión la cual fue de = 1,0 y por consiguiente con el estándar ≥ 0.90 definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013.

- Durante la vigencia fiscal de 2017, se realizó la auditoria de historias clínicas y la unidad de análisis de los casos de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas de ingreso en comité de mortalidad. 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 realizó la búsqueda activa institucional semanal de eventos relacionados con mortalidad mayor a 48 horas de ingreso mediante revisión de registros de control y plataforma RUAF-ND.

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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2017	Meta 2017
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	4,2 días	≤ 4.5
	18.483	4.379		

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 2017, obteniéndose una sumatoria total de 18.483 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 4.379 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 2017 en el Hospital Departamental San Vicente de Paúl, fue de 4.2 días, así: $I = 18.483/4.379 = 4,2$ Días, por lo tanto se logra **cumplir** con la meta fijada para el 2017 en el Plan de Gestión la cual fue de ≤ 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 ≤ 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 Reposo como evidencia el reporte enviado a la Supersalud (circular única).



La ESE contó en el periodo, con cinco (5) 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 2017	Meta 2017
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 médicas Ginecoobstétricas	3,8 días	≤ 4.0
	32.573	8.467		

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 2017, obteniéndose una sumatoria total de 32.573 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 8.467 consultas médicas de Ginecoobstetricia realizadas. Aplicando la fórmula del indicador, se obtiene como resultado que la oportunidad en la atención Ginecoobstétrica para el año 2017 en el Hospital Departamental San Vicente de Paúl, fue de 3,8 días, así: $I = 32.573/8.467 = 3,8$ Días, lográndose cumplir cabalmente la meta fijada para el 2017 en el Plan de Gestión la cual fue de ≤ 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 ≤ 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 2017, la ESE contó con siete (7) 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 2017	Meta 2017
Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser	Sumatoria total de días calendarios	Número Total de consultas de		



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.		medicina Interna	9,5 días	≤ 11.0
	79.120	8.372		

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 2017, obteniéndose una sumatoria total de 79.120 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 8.372 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 9,5 días, así: $I = 79.120/8.372 = 9.5$ Días, por lo tanto, se logra **cumplir** con la meta fijada para el 2017 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 2017, la ESE contó con seis (6) 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 2017, el número de usuarios que asistieron a la ESE disminuyó el (-2,1%) frente a lo observado en el año de 2016, evidenciándose un total de 54.740 usuarios que asistieron por primera vez en el 2017, tal como se observa a continuación:

Municipio de residencia habitual	Cantidad		Variación	%
	2016	2017		
Agrado	1.966	1.452	-26,1%	2,7%
Altamira	890	1.011	13,6%	1,8%
Garzón	35.915	33.919	-5,6%	62,0%
Gigante	4.406	4.672	6,0%	8,5%
Guadalupe	3.414	3.642	6,7%	6,7%
Pital	1.982	2.260	14,0%	4,1%
Suaza	3.102	3.303	6,5%	6,0%
Tarqui	3.307	3.479	5,2%	6,4%



Otros Municipios	958	1.002	4,6%	1,8%
TOTAL	55.940	54.740	-2,1%	100,0%

Fuente: Sistema de Información de la ESE 2017

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 62%, seguidos por los habitantes de Gigante con el 8,5%, Guadalupe con el 6,7%, Tarqui con el 6,4%, Suaza con el 6% y Pital con el 4,1%, 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. 001755 de Mayo 26 de 2017 "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Territorial para la vigencia fiscal 2017 y se dictan otras disposiciones".

- La gerencia en cumplimiento del Plan de Gestion 2016 – 2020 durante la vigencia fiscal 2017, formuló, presentó y gestionó tres proyectos de inversión los cuales fueron aprobados, lográndose se así arbitrar recursos de regalías Fondo de Compensación por valor de **TRES MIL SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE MILLONES VEINTITRÉS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS (\$ 3.779.023.968) M/cte**, distribuidos así:

- Adquisición de un Equipo de Tomografía Computarizada \$1.658.764.800
- Dotación de quipos biomédicos para Diagnóstico y Cirugía 1.573.259.168
- Adquisición de equipos de Rayos X 547.000.000

- La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paul, ha logrado 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.

- La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl, en concordancia con el Decreto N°. 903 de 2014, "Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud", y la Resolución N°. 2082 de 2014, "Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud", emanadas del Ministerio de Salud y Protección Social, realizó la revisión, análisis y reformulación de su Plataforma Estratégica Institucional, la cual fue aprobada por la Junta Directiva según Acta 210 de Septiembre 12 de 2017 y cuyo objeto es institucionalizar la Planeación Estratégica en armonía con el Gobierno Nacional, Departamental y Municipal, de manera que le permita a la ESE identificar los resultados esperados en la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos, con miras a postularse al proceso de acreditación en el año 2019.



- 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 2017, 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 la evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes, evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de Egreso hospitalario, la oportunidad en la realización de Apendicectomía, seguimiento al número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual, medir la oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM), el 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 responsable de las áreas de servicio.



5. ANEXO

Anexo 3: Monitoreo, Seguimiento y Evaluación de la Ejecución a Diciembre 31 de 2017 del Pla Operativo o Plan de Acción 2017.