



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 - 2019**

**EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN**

**NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA**  
Gerente

**GARZON – HUILA**

**MARZO - 2020**



## **JUNTA DIRECTIVA**

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

**Dr. Luis Enrique Dussan López**  
Gobernador del Huila

**Dra. Claudia Elena Ruiz Jaramillo**  
Secretario de Salud Departamental

**Dr. Leonardo Valenzuela Ramírez**  
Alcalde de Garzón

### **REPRESENTANTES DEL SECTOR CIENTÍFICO**

**Dr. Miller Bautista Rico**  
Representante Estamento Científico

**Dr. Julio Cesar Quintero Vieda**  
Representante Decano Facultad de Salud

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

**Sr. Henry Cediél Benavidez**  
Representante Gremios de la Producción

**Sra. María Delia Quiroga Bustos**  
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
2. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DIRECTIVA	7
2.1 DIRECCIÓN Y GERENCIA	7
2.1.1. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud	7
2.1.2. Gestión de ejecución del plan Operativo o Plan de Acción	15
2.2. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	29
2.2.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Financiera y Administrativa	29
. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	57
2.3.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Clínica o Asistencial	57
3. POBLACIÓN OBJETO Y USUARIOS BENEFICIARIOS	65
4. CONCLUSIONES	66
5. ANEXOS	68



## PRESENTACIÓN

El informe de gestión consolidado a Diciembre 31 de 2019, 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 en especial en el Plan de Acción o Táctico 2019, cuya evaluación consolidada a Diciembre 31 de 2019, alcanzó un grado de cumplimiento del 98,5%

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 de Acción o Táctico 2019 del 97% de lo programado en la vigencia, cuyas acciones se orientaron al desarrollo de los indicadores y metas inherentes con la Acreditación en salud, 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 2019, 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 de Acción o Táctico 2019 del 98,3% 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 a 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 y las acciones desarrolladas en gestión documental, 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 de Acción o Táctico 2019 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



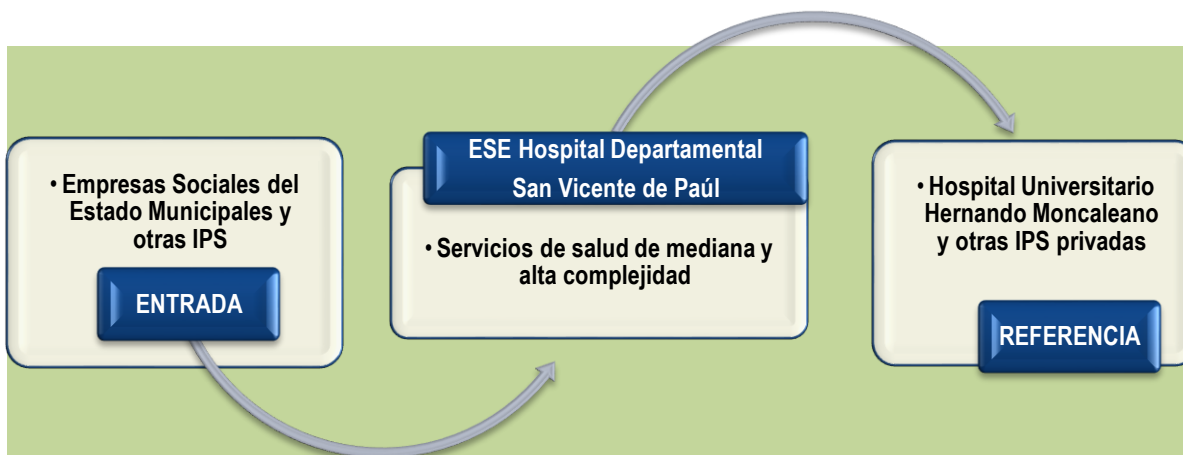
## 1. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA ESE

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

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, Tarquí, 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 debidamente habilitados tales como: Internación (General Adultos y Pediátrica, Cuidados Intermedios Adultos y Neonatal, Cuidados Intensivos Adultos y Neonatal, Obstetricia y Cuidado Básico Neonatal), Cirugía (General, Ginecológica, Neurológica, Ortopédica, Oftalmológica, Otorrinolaringología), servicios de Cardiología, Gastroenterología, Nutrición y Dietética, Oftalmología, Urología, Neurocirugía, Urgencias, Transporte Asistencial básico y medicalizado, Diagnóstico Cardiovascular,



Endoscopia Digestiva, Laboratorio Clínico, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Transfusión Sanguínea, servicio farmacéutico, Ultrasonido, Terapia Respiratoria, Ecocardiografía, Protección Específica (Atención del Parto, Recién Nacido y Vacunación), Esterilización, 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





## 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 de Acción o Táctico 2019 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 2019.

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 de Acción o Táctico 2019, 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, normatividad que fue compilada en el decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el cual tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de 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 son desarrollados por 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, decreto 780 de 2016, 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".

El 25 de noviembre de 2019 fue expedida la resolución 3100 del Ministerio de Salud y Protección Social en la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud. Teniendo en cuenta lo anterior la institución elabora instrumento para la realización de autoevaluación con nueva resolución de habilitación.

Durante el año 2019 se conforma el equipo auditor interno de la institución integrado por líder de mejora continua, gestora sistema único de habilitación, líder del programa de seguridad del paciente, gestora del sistema único de información, ingeniero de procesos, auditora de calidad, jefe coordinadora del departamento de enfermería y gestora de central de esterilización, quienes realizan auditoria interna de acuerdo al cronograma establecido para la vigencia. En el primer semestre se realiza auditoria de los procesos de los servicios habilitados y verificación de condiciones de habilitación de acuerdo a la respectiva resolución 2003 de 2014, resolución 4445 de 1996 y de acuerdo a las observaciones de calidad se establecen los respectivos planes de mejoramiento; en el segundo semestre se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento generados de la auditoria interna. Es importante tener cuenta que las observaciones, resultado de la verificación de condiciones de habilitación, no corresponden a incumplimientos, sino que están enfocados en el mejoramiento de procesos, mantenimiento de infraestructura y renovación de tecnología. Ante las observaciones presentadas, se realiza el seguimiento mensual en el respectivo comité de calidad y seguimiento a riesgo.

Teniendo en cuenta el cambio de normatividad para el sistema único de habilitación (res 3100 de 2019) no se puede realizar el proceso de renovación de servicios habilitados teniendo en cuenta lo siguiente:

**“Artículo 26. Transitoriedad.** *Se establecen como reglas transitorias las siguientes: El Ministerio de Salud y Protección Social pondrá a disposición el REPS actualizado en un plazo máximo de doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente acto administrativo, momento a partir del cual, los prestadores de servicios de salud que se encuentren inscritos en el REPS con servicios habilitados, contarán con seis (6) meses para actualizar por una única vez el portafolio de servicios y realizar la autoevaluación de las condiciones de habilitación definidas en la presente resolución”.*

*“La actualización del REPS estará publicada en la página web de cada secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, ingresando el prestador al enlace de novedades del prestador. Posteriormente, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, deberá autorizar la expedición de los nuevos distintivos.”*

*“Una vez realizada la autoevaluación de las condiciones de habilitación esta tendrá una vigencia de un año. La siguiente autoevaluación deberá realizarse antes del vencimiento de dicho periodo, tal y como se dispone en el numeral 5.3 del artículo 5 de la presente resolución”*

*“Desde la entrada en vigencia de la presente norma hasta la actualización del REPS prevista en el numeral 26.1 del presente artículo, los prestadores de servicios de salud no requerirán realizar la autoevaluación que debían presentar por el vencimiento de su inscripción”.*





La institución cuenta con un total de cincuenta (52) servicios habilitados en 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 seis (37) 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).

#### **- 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 (4) ambulancias Medicalizadas y dos (2) ambulancias de transporte básico asistencial.

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

El programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud vigencia 2019 adoptado por la Resolución 0061 de 2019 “Por el cual se adopta y reglamenta 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 Implementar estrategias que conlleven a garantizar el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de salud en la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón Huila.

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

En desarrollo del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, la ESE se ha orientado a la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios; de acuerdo a la evaluación de estándares de acreditación según resolución 0005095 de Noviembre 19 de 2018, al realizar la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada y a través de la realización de auditorías internas y la medición de indicadores con su respectivo análisis. Se desarrolla la ruta crítica en cada una



de sus fases con la finalidad de lograr la estandarización de procesos asistenciales, corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

### c). Sistema Único de Acreditación

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 y la Resolución 0005095 de Noviembre 19 de 2018 "Por la cual se adopta el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1" expedido por el Ministerio de Salud y Protección.

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, adicionen o sustituyan, así como por la reglamentación que, para su desarrollo e implementación, expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

- **Gradualidad.** El nivel de exigencia del cumplimiento de los estándares de los manuales del Sistema Único de Acreditación en Salud aprobados, será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.
- **Manejo de información.** La información que se genere en el proceso de acreditación se sujetará a las condiciones establecidas entre la entidad acreditadora y las entidades que adelanten el proceso de acreditación.
- **Integralidad:** La acreditación sólo podrá obtenerse cuando en todos los procesos de la entidad interesada se apliquen los estándares de acreditación que les corresponda, dado el ámbito institucional de dicha acreditación.

La importancia de este sistema radica, por una parte, en que constituye una oportunidad para que las instituciones sean competitivas en el plano internacional, con el fin de que puedan exportar servicios de salud y por otra, genera competencia entre las entidades por ofrecer mejores servicios, lo cual 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 se encuentra realizando avances importantes que permiten a la institución prepararse para la acreditación. Se tiene establecido un equipo autoevaluador para la acreditación en salud conformado de acuerdo a resolución 0061 DE 21 de enero de 2019, el cual ha sido capacitado para la respectiva evaluación por estándares y grupos de estándares. Anualmente se ha venido realizando la autoevaluación de los estándares de acreditación, cuyo resultado se constituye en insumo



fundamental para la mejora continua de los procesos de atención en salud. Es importante y fundamental el constante seguimiento con el fin de evitar interrupción en los procesos estandarizados.

Teniendo en cuenta que para la evaluación del área de dirección y gerencia se encuentra el indicador de mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior de acuerdo a resolución 408 de 2018, dicha evaluación se ha adelantado por el equipo institucional de autoevaluación y de mejoramiento sistémico, no obstante surge la necesidad de contar con evaluadores externos (idóneos y con experiencia en evaluación del sistema Único de Acreditación), que determinen la coincidencia de la evaluación del desempeño organizacional con el desempeño planteado en los estándares del Manual de acreditación en salud ambulatorio y Hospitalario en Colombia Versión 3.1; estableciendo un diagnóstico como parte de los procesos de evaluación interna en la ESE. Por lo anterior se proyectará para la vigencia 2020 la solicitud de evaluación externa para la acreditación 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.

La ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul implementa un programa de seguridad del paciente en el cual se encuentran las herramientas para la detección, reporte y análisis de los eventos adversos e incidentes registrados en plataforma institucional SISAR (Sistema de información y seguimiento a riesgo – E-calidad), así como también las estrategias para el fortalecimiento de la cultura de seguridad institucional.

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

La Gestión del Riesgo Asistencial, involucra todas las Estrategias Institucionales dirigidas al mejoramiento de la Seguridad del paciente, dentro del contexto de Análisis de problemas de seguridad de forma proactiva, que puede ser desarrollada mediante metodología institucional identificación de riesgos de procesos asistenciales i identificación la probabilidad e impacto denotando la valoración y zona de riesgo. En el 2020 se formulara línea base para establecer metas a cumplir durante la vigencia 2020 y de esta manera poder establecer estrategias que mitiguen la presencia de eventos adversos dentro de los procesos de atención al ser identificados los riesgos previamente.

#### **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.

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

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

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - REPORTE DE INFORMACIÓN		CONSOLIDADO AÑO 2018		CONSOLIDADO AÑO 2019	
NOMBRE INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIÓN				
TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICINA INTERNA	1.1.2.1.Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas Medicina Interna	95.821	10,8	87.548	9,6
	1.1.2.1 No. de consultas de Medicina Interna asignadas por primera vez al usuario	8.834		9.102	
TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA GINECO-OBSTETRICIA	1.1.2.2.Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas ginecoobstétrici	34.602	4,0	37.917	4,2
	1.1.2.2. No. de consultas de ginecoobstetricia asignadas por primera vez al usuario	8.684		8.960	
TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA GINECOLOGÍA	Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas Ginecología	20.212	4,0	23.398	4,4
	No. de consultas de Ginecología asignadas por primera vez al usuario	5.069		5.330	
TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA OBSTETRICIA	Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas Obstetricia	14.389	4,0	14.519	4,0
	No. de consultas de Obstetricia asignadas por primera vez al usuario	3.615		3.630	
TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA PEDIATRÍA	1.1.2.3. Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas pediátricas	20.991	4,4	22.792	4,5
	1.1.2.3. No. de consultas de pediatría asignadas por primera vez al usuario	4.768		5.111	
TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA CIRUGÍA GENERAL	1.1.2.4. Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas para cirugías	50.108	9,7	23.549	5,75
	1.1.2.4. No. de consultas de cirugía general asignadas por primera vez al usuario	5.161		4.098	
PROPORCIÓN CANCELACIÓN CIRUGÍAS PROGRAMADAS	1.1.3.0 No. de cirugías canceladas Global	161	6%	85	4%
	1.1.3.0 No. de cirugías programadas	2.900		2.019	
TIEMPO DE ESPERA CONSULTA DE URGENCIAS TRIAGE II	1.1.4.0 Total de minutos entre las solicitudes de urgencias y la atención por el médico gener	822.233	28,7	777.505	28,4



	I.1.4.0 No. de usuarios atendidos en consulta de urgencias	28.664		27.350	
OPORTUNIDAD GLOBAL IMAGENOLOGÍA	I.1.5.0 Total de días entre las solicitudes y atenciones en imagenología	62.878	1,4	70.925	1,3
	I.1.5.0 No. de atenciones en servicios de imagenología	45.829		52.839	
OPORTUNIDAD RADIOLOGÍA SIMPLE	Total de días entre las solicitudes y atenciones en imagenología y Dx general	28.780	1,0	34.753	1,0
	No. de atenciones en servicios de imagenología y Dx general - Radiología Simple	28.780		34.753	
OPORTUNIDAD IMAGENOLOGIA ESPECIALIZADA (Tomografía -Mamografía)	Total de días entre las solicitudes y atenciones en imagenología y Dx Especializad	34.098	2,0	36.172	2,0
	No. atenciones en imagenología y Dx Especializado - Tomografías - Mamografías	17.049		18.086	
OPORTUNIDAD TOMA DE MUESTRA LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO	Total de días en toma de Muestra de Laboratorio Clínico Básico	243.043	1,0	291.625	1,0
	No. de Tomas de Muestra de Laboratorio Clínico Básico	243.043		291.625	
TIEMPO DE ESPERA EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL PROGRAMADA	I.1.7.0 Total de días entre las solicitudes y atenciones en Cirugías Programadas	98.807	36,3	58.230	30,1
	I.1.7.0 No. de cirugías programadas realizadas	2.723		1.934	
PROPORCIÓN DE REINGRESOS HOSPITALIZACIÓN MENOR A 20 DÍAS	I.2.1 No. de pacientes que reingresan a hospitalización antes de 20 días por la misma	20	0,2%	32	0,3%
	I.2.1 No. de egresos vivos en el período	8.226		9.379	
TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA MAYOR A 48 HORAS * 1000	I.3.1 No. de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso	86	9,9	92	8,82
	I.3.1 No. de pacientes hospitalizados	8.720		10.433	
TASA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD	I.3.2 No. de Infecciones asociadas al cuidado de la salud detectados	104	1,2%	95	0,9%
	I.3.2 No. de pacientes hospitalizados	8.720		10.433	
PROPORCIÓN EVENTOS ADVERSOS GESTIONADOS	I.3.3 No. de eventos adversos detectados y gestionados	180	100%	225	100%
	I.3.3 No. de eventos adversos detectados	180		225	
TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL	I.4.1 No. de pacientes satisfechos con los servicios prestados por la IPS	4.628	94,0%	5.806	93,7%
	I.4.1 No. de pacientes encuestados por la IPS	4.923		6.198	

Fuente: Sistema de Información de la ESE - Dinámica Gerencial comparativo 2019-2018

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 reportado 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 2019, 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 2019, comparativamente con la producción lograda en el mismo periodo del año 2018, Así:



Seguidamente se muestra el comportamiento de la producción de servicios de salud prestados por la ESE, durante la vigencia fiscal de 2019, comparativamente con la producción lograda en el mismo periodo del año 2018, Así:

Código	Concepto	PERIODOS		VARIACIÓN (%)
		2018	2019	
338	Dosis de biológico aplicadas	4.534	4.366	-3,7%
340	Citologías cervicovaginales tomadas	53	78	47,2%
342	Consultas de medicina general electivas realizadas	60	77	28,3%
343	Consultas de medicina general urgentes realizadas	31.308	28.195	-9,9%
344	Consultas de medicina especializada electivas realizadas	70.325	69.103	-1,7%
750	Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	19.764	23.497	18,9%
430	Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	7.986	6.129	-23,3%
351	Partos vaginales	1.567	1.554	-0,8%
352	Partos por cesárea	707	699	-1,1%
354	Total de egresos	22.133	10.276	-53,6%
355	...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	3.310	2.347	-29,1%
356	...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	6.500	2.555	-60,7%
357	...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	12.323	5.374	-56,4%
358	Pacientes en Observación	12.975	14.088	8,6%
673	Pacientes en Cuidados Intermedios	1.069	825	-22,8%
359	Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	828	723	-12,7%
360	Total de días estancia de los egresos	29.167	33.059	13,3%
361	...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	3.596	4.277	18,9%
362	...Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin Incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	8.033	7.687	-4,3%
363	...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	17.538	21.095	20,3%
364	Días estancia Cuidados Intermedios.	2.148	2.207	2,7%
365	Días estancia Cuidados Intensivos	1.986	2.763	39,1%
366	Total de días cama ocupados	30.535	32.170	5,4%
367	Total de días cama disponibles	35.901	36.300	1,1%
369	Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	8.746	8.935	2,2%
370	...Cirugías grupos 2-6	4.118	4.170	1,3%
371	...Cirugías grupos 7-10	3.689	3.925	6,4%
372	...Cirugías grupos 11-13	469	429	-8,5%
373	...Cirugías grupos 20-23	470	411	-12,6%
375	Exámenes de laboratorio	263.630	294.428	11,7%
376	Número de imágenes diagnósticas tomadas	49.554	54.020	9,0%
433	Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	24.383	29.218	19,8%
432	Número de sesiones de terapias físicas realizadas	39.984	40.721	1,8%
431	Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	33.115	29.537	-10,8%

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



Como se evidencia en la tabla anterior, en términos generales la producción de servicios de la ESE durante el año de 2019 se incrementó el 7,8% frente a lo observado en el año 2018. Entre los servicios que se incrementan están los de consultas de medicina especializada electiva y urgente con el 2,8%, cirugías realizadas con el 2,2%, los exámenes de laboratorio clínico con el 11,7%, Imágenes de diagnósticas tomadas con el 9%, sesiones de terapia respiratoria con el 9,8%, entre otros.

No obstante, se evidencia una reducción del (-9,9%) de las consultas de medicina general, Otras consultas con el (-23,3%), los partos vaginales con el (-0,8), los partos por cesárea con el (-1,1%), entre otras, frente a lo evidenciado en el mismo periodo del año 2018.

Como se evidencia en la tabla anterior, en términos generales la producción de servicios de la ESE durante el año de 2019 se incrementó el 9,3% frente a lo observado en el año 2018. Entre los servicios que se incrementan están los de consultas de medicina especializada electiva y urgente con el 9%, cirugías realizadas con el 9%, los exámenes de laboratorio clínico con el 21%, Imágenes de diagnósticas tomadas con el 14%, sesiones de terapia física con el 43%, entre otros.

No obstante, se evidencia una reducción del (-5%) de las consultas de medicina general, Otras consultas con el (-15%), los partos vaginales con el (-5%), los partos por cesárea con el (-4%), entre otras, frente a lo evidenciado en el mismo periodo del año 2018.

Durante el año de 2019, 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 61% corresponde a estancias de Adultos y el 39% a estancias de Neonatos. Similar comportamiento se evidencio en el año 2018.

Respecto de las imágenes diagnosticas se logró evidenciar que, en el año de 2019 el 54% fueron imágenes de Radiología, el 26% a Ecografías, el 14% a Tomografía computarizada, el 3% a cardiología, el 3% a estudios de ecografías y Doppler y el 1% a Mamografías. Similar comportamiento se evidencio en el año de 2018.

## 2.1.2. Gestión de Ejecución del Plan de Acción o Plan Operativo de 2019

El Plan de Desarrollo Institucional 2016 - 2020 se materializa en la ejecución del Plan de Acción o Táctico 2019, el cual con corte a Diciembre 31 de 2019, alcanzo un cumplimiento consolidado del 98,5% de los indicadores y metas programadas durante la vigencia fiscal, tal como se observa en el **Anexo 3: Seguimiento y Evaluación Plan Acción o Táctico 2019**.

### 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 2019	Meta 2019
	2019	2018		



Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.(1)	3.2	3,2	3.2	≥1.0
--	-----	-----	-----	------

Nota: La meta del Indicador fue modificada por la Resolución No. 0759 de Junio 18 de 2019.

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 2019, fue de tres puntos dos (3.2), tal como se observa seguidamente, según el grupo de estándares de acreditación:

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

ESTÁNDARES RES. RESOLUCIÓN No. 5095 DEL 2018*		
CALIFICACIÓN 2019 LÍNEA DE BASE 2020		
LÍDER DE GRUPO: COORDINADOR GESTIÓN DE CALIDAD	PROCESO: CALIDAD	REPRESENTANTE LEGAL: Dr. NESTOR JHALYL MONROY ATIA
GRUPO	ESTÁNDARES	CALIFICACIÓN
GRUPO DE ESTÁNDARES DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	1.DERECHOS DE LOS PACIENTES	2,9
	2.SEGURIDAD DEL PACIENTE	3,8
	3.ACCESO	3,1
	4.REGISTRO E INGRESO	3,1
	5.EVALUACION DE LAS NECESIDADES AL INGRESO	3,1
	6.PLANEACION DE LA ATENCIÓN	3,1
	7.EJECUCION DEL TRATAMIENTO	2,9
	8. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	3,0
	9. SALIDA Y SEGUIMIENTO	3,1
	10.REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	3,4
	11.SEDES INTEGRADAS EN RED	2,9
	12.MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3,5
PROMEDIO ESTÁNDAR DE ATENCIÓN ASISTENCIAL		3,2

**- Grupo de Estándares de Apoyo Administrativo – Gerencial.**

ESTÁNDARES RESOLUCIÓN No. 5095 DE 2018		
LÍDER DE GRUPO: COORDINADOR GESTIÓN DE CALIDAD	PROCESO: CALIDAD	REPRESENTANTE LEGAL: Dr. NESTOR JHALYL MONROY ATIA
GRUPO	ESTÁNDARES	CALIFICACIÓN
GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO	DIRECCIONAMIENTO	3,1
	GERENCIA	3,1
	GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	3,1
	GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	3,2
	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	3,0
	GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	3,1





MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	3,5
PROMEDIO ESTÁNDAR DE APOYO	3,2
PROMEDIO ESTÁNDAR GRUPO DE APOYO Y ATENCIÓN AL CLIENTE	3,2

Fuente: Calificación de Estándares de Atención Asistencial y de Apoyo Administrativo – Gerencial. 2019

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 dos (3.2) y la calificación promedio del grupo de estándares de Apoyo Administrativo - Gerencial fue de tres puntos dos (3,2), para un promedio de calificación global para el año 2019 de tres puntos dos (3.2). Ahora bien, como la calificación promedio global para el año 2018, fue de tres puntos dos (3,2), el indicador (Promedio de la calificación de la autoevaluación en la 2019/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia 2018) es igual a:  $I = 3.2/3.2 = 1.0$  puntaje igual a la meta programada de  $\geq 1.0$  para el año 2019.

Por lo tanto, no se logra **cumplir** el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para este indicador ( $\geq 1.20$ ) en la Resolución 0408 de 2018. Sin embargo, para efectos de la calificación del estándar respecto del Anexo 3 de la Resolución 0408 de 2018 instructivo para la calificación, con este resultado obtendría una calificación de **uno (1)**.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019, se observan las autoevaluaciones de cada uno de los estándares para la acreditación en salud 2019 -2018 (Ver documento de Autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior anexo).

Entre otras acciones se desarrollaron las siguientes:

- Se realizaron auditorías de calidad en los servicios de Hospitalización, Imágenes Diagnósticas, Centro de Terapias, Sistema de Atención al Usuario, Urgencias, Referencia y Contrareferencia, Vacunación, Quirúrgicos, Historia Clínica, Cuidados Intensivo Neonatal, Cuidado Intensivo Adultos, Farmacia, Traslado asistencial, Gastroenterología, entre otros, a través de las cuales se generaron y ejecutaron los planes de mejora correspondientes.
- Se gestionó y se realizaron cuatro (4) eventos de capacitación sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud con énfasis en acreditación en salud y se hizo seguimiento mensual a la realización de los comités intrahospitalarios de obligatorio cumplimiento.
- Se realizó la difusión mensual 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, se educó a los usuarios en autocuidado de su salud, se realizó la gestión y análisis de los eventos adversos, se realizó la recopilación y registro de los riesgos por servicios y se generaron y se ejecutaron los planes de mejora.
- Durante la vigencia de 2019, la oficina de atención al usuario aplicó 6.198 encuestas a los usuarios para medir su satisfacción frente a los servicios prestados, cuyo resultado final muestra un índice de satisfacción global del 93,7%, se dio respuesta dentro de los términos de Ley al 100% de las quejas, reclamos y demás solicitudes de los usuarios, igualmente se realizó la evaluación de adherencia al procedimiento de atención al usuario en la ventanilla preferencial



y el de atención a madres gestantes, así mismos se realizaron eventos de capacitación a los usuarios y se promocionó activamente el portafolio de servicios de la ESE.

- 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 28,4 minutos de espera. Se evaluó la notificación a la Secretaría de Salud, Crue Huila y las EPS responsable del paciente, 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 al personal responsable del traslado de pacientes. Igualmente se realizaron auditorías a los registros de la historia clínica, generando y ejecutando 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; así mismo, se diligencio el registro mensual en la base de datos de patologías tomadas y patologías alteradas y se llevó el control correspondiente de las mismas.

- Se dio continuidad a la estrategia Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMÍ), realizando eventos de capacitación al personal de la ESE en los diez (10) pasos IAMÍ, 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 y se aplicó lista de chequeo mensual para la evaluación de adherencia al procedimiento de terapia ambulatoria, generando y ejecutando las acciones de mejora correspondientes.

- Se realizó jornadas educativas y de capacitación al personal de sala de partos, en cuidado crítico obstétrico, código rojo, humanización del servicio, socialización de protocolos asistenciales básicos de sala de partos y la socialización de los planes de cuidados al personal de enfermería del área y se aplicó lista de chequeo mensual para la evaluación de adherencia a los procedimientos de enfermería.

- 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 y ejecutando los planes de mejora correspondientes.

- En el servicio de hospitalización se realizó el entrenamiento al personal de enfermería sobre soporte básico y/o avanzado, socialización y aplicación de lista de chequeo para la evaluación de adherencia a manuales de procedimientos de enfermería, administración de medicamentos y lavado de manos, medición de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos y protocolo de lavado de manos generando y ejecutando los planes de mejora correspondientes, así mismo se realizó la aplicación de lista de chequeo para la evaluación de los protocolos de enfermería y terapia respiratoria en los servicios de Cuidado Intensivo adultos y Neonatal.

- En los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico se capacitó a los funcionarios en protocolos, guías y procedimientos del servicio farmacéutico y seguridad alimentaria en nutrición, se socializó el Manual de Buenas Prácticas de elaboración y manufactura; se realizó la medición de oportunidad en la entrega de resultados del servicio de imagenología y diagnóstico general (Tomografía, Radiología y Mamografía) y especializado (Tomografía en urgencias) y se actualizó el manual de procedimientos de Laboratorio Clínico y se realizaron eventos de capacitación al personal del área.



- En el servicio de esterilización se realizaron los eventos de capacitación al personal del área en buenas prácticas de esterilización y se realizó la aplicación de la lista de chequeo para medir la adherencia al proceso de buenas prácticas de esterilización en los diferentes servicios de la ESE.

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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2019	Meta 2019
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		
	20	20	1,0	≥0.95

Como se observa en el cuadro anterior, durante la vigencia fiscal de 2019 se programaron 20 acciones de mejoramiento derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría, de las cuales se ejecutaron 20 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 2019 la cual fue de  $\geq 0.95$ , es decir, estuvo diez (10) puntos porcentuales por encima del estándar del indicador ( $\geq 0.90$ ) fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019, se observa la programación de las acciones de mejora con énfasis en acreditación, el seguimiento realizado y cumplimiento de la ejecución (Ver reporte de la Superintendencia Nacional de Salud anexo).

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 y evaluación de cumplimiento de cada una de las acciones de mejora programadas, 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 estándares de acreditación en salud, 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, a los planes de mejoramiento suscritos con los órganos de control, 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. Igualmente, dentro de la ejecución del plan de acción de control interno realizó el reporte a la Dirección Nacional de Derechos de autor lo inherente con el uso de software de la ESE.

- La oficina de control interno dio cumplimiento oportuno con el programa de auditoría interna en los procesos **Gestión de Apoyo Corporativo (C1)** Unidades Funcionales de: Gestión Humana, Gestión Sistema de Información, Ingeniería Ambiental, Seguridad y Salud del Trabajo y **Gestión de la Atención y el Cuidado de la Salud (B2)** Unidades Funcionales: Urgencias, Internación Unidad de Cuidado Básico, Intermedio e Intensivo Neonatal y Servicio Farmacéutico, para un total siete (7) eventos de auditorías Internas.

- Se le dio continuidad a la Estrategia de Gobierno en Línea, atendiendo los parámetros técnicos fijados por el Gobierno Nacional en la materia con nivel avance del 90%.

- Dentro de las actividades inherentes a la continuidad y Sostenibilidad del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se desarrollaron las siguientes:

- Se preparó y formuló el informe de gestión consolidado a Diciembre 31 de 2018, el cual fue sometido en el mes de Marzo de 2019 a consideración de la Junta Directiva de la ESE, para la evaluación y aprobación de la gestión gerencial. La evaluación de la gestión gerencial del año 2018 fue satisfactoria y se realizó el respectivo reporte en la plataforma del Ministerio de Salud y Protección Social según lo fijado por el Decreto 2193 de 2004.
- Se elaboró y ejecuto el Plan de Mejoramiento institucional del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2019, con base en el informe de gestión y desempeño institucional según reporte Furag II de la vigencia fiscal 2018 y los autodiagnósticos realizados en cada una de las dimensiones.
- Se preparó, formuló, adoptó y se ejecutó el Plan de Acción Táctico 2019, 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 2019, 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 2019, 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 2020, dando así cumplimiento con lo fijado por la Ley 1474 de 2011.
- Se realizó el día 26 de Abril de 2019 la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a la ciudadanía de la gestión empresarial 2018, 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 2019, en concordancia con lo fijado por los anexos de la Resolución 0408 de 2018.



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 aprobó el Plan de Acción del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, según Acta 001 de Mayo 22 de 2019 del Comité Institucional de Control Interno.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Modelo de Operación por Procesos, a través de la redefinición del Mapa de Procesos, el cual fue adoptado mediante Resolución No. 0239 de Febrero 27 de 2019.
- Se elaboraron y socializaron los documentos denominados Registro de Activos de Información y el Índice de Información Clasificada y Reservada, los cuales fueron adoptados mediante Resolución No. 0893 de Julio 30 de 2019.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Manual de Gestión Documental, el cual fue adoptado mediante Resolución No.1250 de Octubre 15 de 2019.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Reglamento Interno de Archivo de la ESE, el cual fue adoptado mediante Resolución No. 1415 de Noviembre 28 de 2019.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Manual de Cartera el cual fue adoptado mediante Resolución No. 1142 de Septiembre 23 de 2019.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Reglamento Interno de Recaudo de Cartera el cual fue adoptado mediante Resolución No. 1283 de Octubre 24 de 2019.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Manual de Imagen Corporativa de la ESE, el cual fue adoptado mediante Resolución No. 1292 de Octubre 28 de 2019.
- Se realizó la revisión, análisis, complementación y ajustes al Manual de Políticas Institucionales, el cual fue adoptado mediante Acuerdo No.013 de Diciembre 19 de 2019.

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

<b>Formula</b>	<b>Variables de calculo</b>		<b>Resultado 2019</b>	<b>Meta 2019</b>
Numero de metas del Plan Operativo anual cumplidas / Numero de metas del Plan Operativo anual programadas.	Metas cumplidas	Metas programadas	98,5%	≥0.95
	132	134		

Como se observa en el resultado anterior, de las 134 metas programadas en el Plan Operativo de 2019, aproximadamente se ejecutaron en su totalidad 132 metas para un resultado final del 98,5% de ejecución del Plan de Acción o Táctico, 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 2019. Así mismo, se logró dar cumplimiento con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018 el cual debe estar por encima del 90% de ejecución y cumplimiento durante la vigencia fiscal evaluada.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019, se observa la evaluación de la ejecución a Diciembre 31 del Plan de Acción o Táctico 2019 (Informe del responsable de Planeación de la ESE de lo contrario informe de Control Interno de la entidad, elaborado en los termino fijados por la Resolución 0408 de 2018 y su anexo (Anexo 3: Seguimiento y evaluación de la Ejecución del Plan de Acción o Táctico a Diciembre 31 de 2019).

Entre los logros más importantes en el último año de resaltar, se hallan los siguientes:



- Durante la vigencia fiscal de 2019, la Gerencia realizó inversiones con recursos propios por la suma de **\$342.595.468 M/cte** en equipos de cómputo (antivirus, cargadores, baterías, impresoras, cte); en suministro e instalación de tuberías redes de oxígeno, aires acondicionados y tanque de almacenamiento de agua por la suma de **\$81.258.728 M/cte**; compra de equipos biomédicos y repuestos por la suma de **\$631.951.621 M/cte**; adquisición de una ambulancia de transporte asistencial medicalizada por la suma de **\$225.000.000 M/cte** (cofinanciada con el Ministerio de Salud y Protección Social), para un total de recursos propios de **\$1.188.205.817 M/cte** y del Ministerio de Salud por valor de **\$92.600.000 M/cte**.

- En proyectos de inversión la gerencia gestionó el proyecto **Dotación de equipos biomédicos para la UCI Adultos de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl del municipio de garzón-Huila**, el cual esta viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social por la suma de **\$1.842.803.683 M/cte**.

Así mismo, se gestionó el proyecto **Adquisición de una ambulancia de transporte asistencial Medicalizada-TAM para la ESE Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Garzón Huila**, ante la Gobernación del Huila por la suma de \$232.800.000 M/cte

- Igualmente, la Gerencia continuó con la gestión del proyecto **Construcción Nueva ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón**, el cual a la fecha dispone de los Estudios de Capacidad Instalada y el programa médico arquitectónico aprobados y los diseños arquitectónicos por servicios en ajustes y los diseños y redes (Red Hidráulica- Alcantarillado- Energía, Red contra-incendios- Red de gases- Red de sistemas- Etc) se hallan en estudios. El costo total del proyecto es por el valor de **\$49.446.529.039 M/cte**.

- Se le dio continuidad al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, con el desarrollo de actividades tales como la actualización del aplicativo del SIVIGILA, búsqueda activa diaria de los eventos de interés de salud pública, notificación oportuna semanal de los eventos de salud pública, entre otras.

- Se preparó, formuló, adoptó y se publicó el Plan de Acción o Táctico 2019, el cual, tuvo una ejecución del 98,5% durante la vigencia fiscal de 2019; así mismo, se realizó el monitoreo, seguimiento y evaluación trimestral a la ejecución de las acciones, indicadores y metas programadas en el Plan de Acción 2019.

- 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 0408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social; así como la autoevaluación de la gestión gerencial. Así mismo, se preparó el informe anual de gestión 2019 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 2019 del 82%.

#### **a). Plan Anual de Adquisiciones**

En concordancia con lo fijado por el Decreto 612 de 2018, la ESE elaboró, socializó y publicó en la página web de la ESE el Plan Anual de Adquisiciones y realizó su ejecución, evaluación y ajuste según requerimientos de recursos de los diferentes servicios.



El principal objetivo del Plan Anual de Adquisiciones, es permitir que la entidad estatal aumente la probabilidad de lograr mejores condiciones de competencia a través de la participación de un mayor número de operadores económicos interesados en los procesos de selección que se van a adelantar durante el año fiscal, y que el Estado cuente con información suficiente para realizar compras coordinadas.

El Plan Anual de Adquisiciones es un documento de naturaleza informativa y las adquisiciones incluidas en el mismo pueden ser canceladas, revisadas o modificadas. Esta información no representa compromiso u obligación alguna por parte de la entidad estatal ni la compromete a adquirir los bienes, obras y servicios en él señalados.

Durante la vigencia fiscal 2019, se realizó la proyección anual por cada uno de los responsables de las áreas misionales y de apoyo de sus requerimientos para la vigencia en insumos, equipos, bienes y prestación de servicios, documento que reposa en la plataforma de SECOP II, de Colombia Compra Eficiente.

#### **b). Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.**

En concordancia con lo fijado por el Decreto 612 de 2018, la ESE actualizó, socializó y publicó en la página web de la ESE el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y realizó su ejecución y evaluación según lo programado para la vigencia fiscal de 2019, así mismo, el Asesor de Control Interno realizó el seguimiento a la ejecución del Plan. Entre sus acciones importantes ejecutadas durante la vigencia fiscal 2019, se evidencian:

Se realizaron los reportes mensuales relacionados con el Sistema de Administración de Riesgos, Lavado de Activos y financiación del terrorismo -SARLAFT, se actualizó el “diagnóstico de trámites y servicios que los usuarios realizan ante la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón”; así mismo, en cumplimiento de la Ley 489 de 1998, se realizó la Audiencia pública de rendición de cuentas a la ciudadanía correspondiente a la gestión gerencial de la vigencia fiscal de 2018, actividad llevada a cabo en las instalaciones de COOFISAM de Garzón el día 26 de Abril de 2019, cuyo resultados fueron publicados en la página web de la ESE y enviado el reporte a la Superintendencia Nacional de Salud; se realizaron eventos de capacitación a los usuarios, se dio trámite dentro de los términos de ley de las solicitudes, quejas y reclamos, se realizó una guía de la política institucional de integridad, transparencia acceso y participación ciudadana en la gestión pública y lucha contra la corrupción, entre otras.

Respecto al Sistema de Atención a los Usuarios, al cierre de Diciembre 31 de 2019 y según reporte de la circular única de la Superintendencia Nacional de Salud la satisfacción global promedio fue del 93.7%. No obstante, el Sistema de Información de Atención a los Usuarios de la ESE, informó que se presentaron un total de 215 quejas, 15 sugerencias y 88 felicitaciones. El 24% de las quejas fueron generadas por los servicios urgencias referente a la demora en la atención medica después de la clasificación del triage y quejas de actitud inadecuada de algunos funcionarios del servicio, demoras en pasar los pacientes al servicio de hospitalización y demora en la toma de exámenes; el 40% en los servicios de gestión ambulatoria – central de citas, referente a la inconformidad demora en la atención, documentos entregados al especialista equivocado, falta de información, no contestan los teléfonos para asignar citas y también han manifestado inconformidad por asignación errónea de las citas.; el 7% en los servicios de apoyo diagnóstico con referencia a la actitud inadecuada de algunos funcionarios; el 9% en los servicios de hospitalización los cuales, hicieron referencia a la actitud inadecuada de algunos funcionarios y por la atención recibida, el 1% en el servicio de Cirugía las que hacen referencia a la actitud inadecuada de la auxiliar que programa las cirugías y por la demora en programar los procedimientos quirúrgicos, el 9% en el servicio de gestión financiera, las cuales hacen referencia a la actitud inadecuada por parte de las auxiliares administrativas que atienden y por la demora en el proceso del digiturno y el 10% restante en los servicios de Apoyo Terapéutico, Apoyo Logístico y gestión logística, tal como se evidencia a continuación:



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

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

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

#### c). Gestión de Defensa Judicial

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

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





**Acuerdos, compromisos y protocolos éticos:** Mediante la expedición Resolución No. 1261 del 25 de septiembre de 2018, “Por la cual se adopta las modificaciones al Código de ética y código de buen gobierno los cuales se integran en un código tipo denominado Código de Integridad y Buen Gobierno en su versión 04 y se dictan otras disposiciones. El Código de Integridad fue socializado en el 08 y 09 de octubre de 2018 y publicado para consulta de todos los servidores de la entidad en la página web de la ESE.

**Diseño y efectividad de los controles:** La verificación de dichos controles se ha realizado mediante los ejercicios de auditoría interna, seguimiento y evaluación de los riesgos identificados en el Mapa de Riesgos Institucional y el seguimiento a los planes de mejoramiento.

Se realizaron Informe De Seguimiento a Las Estrategias Del Plan Anticorrupción y Atención Al Ciudadano en el periodo del informe a los siguientes temas:

TEMA	UNIDAD FUNCIONAL	FECHA
<i>Seguimiento a Las Estrategias Del Plan Anticorrupción Y Atención Al Ciudadano</i>	Gerencia	10 de mayo de 2019
<i>Seguimiento a Las Estrategias Del Plan Anticorrupción Y Atención Al Ciudadano</i>	Gerencia	31 de agosto de 2019
<i>Seguimiento a Las Estrategias Del Plan Anticorrupción Y Atención Al Ciudadano</i>	Gerencia	31 de diciembre de 2019
<i>Seguimiento a La Ley de Transparencia y Acceso a la Información</i>	Subdirección Administrativa y Planeación	30 de junio de 2019
<i>Seguimiento a La Ley de Transparencia y Acceso a la Información</i>	Subdirección Administrativa y Planeación	31 de diciembre de 2019

**Esquema operativo de la entidad:** Debido a la actualización de la estructura funcional institucional, que se aprobó mediante Acta No. 229 del 26 de febrero de 2019 de Junta Directiva, se realizó el contrato No. 0281 del 11 de junio de 2019 celebrando con el Dr. Rubén Darío Rivera Sulez, cuyo objeto es consultoría para el acompañamiento técnico en el proceso de reestructuración y modernización administrativa de la ESE que contenga estudio técnico de reorganización, estudio de carga de trabajo, definiciones de perfiles y actualización del manual de funciones de la ESE, así como la recomendaciones técnicas financieras para aplicar definitiva o temporalmente la planta de cargos de las dependencias o cargos de la entidad, siguiendo la metodología del Departamento Administrativo de la Función pública.

**Plan Anual de Auditoría:** Con la ejecución del Plan Anual de Auditoría de la vigencia 2019 a la fecha de 31 de diciembre de 2019, se realizaron 5 auditorías en las unidades funcionales:



PROCESO	SUBPROCESO	NUMERO DE HALLAZGOS	NUMERO DE HALLAZGOS CUMPLIDOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2019
Gestion Apoyo Terapeutico	Terapias	9	9
Infraestructura y Tecnologia Biomedica	Biomedicos	7	7
Gestion Apoyo Diagnostico	Consulta Externa	18	18
Gestion Apoyo Diagnostico	Laboratorio Clinico	28	28
Gestion Apoyo Diagnostico	Imagenologia	5	5
Gestion Logistica	Referencia y Contrareferencia	13	13
Gestion Apoyo Diagnostico	Banco de Sangre	2	2

**Plan de Mejoramiento Interno:** Dentro de los planes de mejoramiento con corte a 31 de diciembre de 2019, se encuentra en 100% su cumplimiento.

**Administración del Riesgo. Evaluación de controles y acciones:** La oficina de Control Interno realizó la evaluación del Mapa de Riesgos de Corrupción con corte a 31 de diciembre de 2019 y publicó el resultado en la página web el día 11 de enero 2020.

**Actividades de Control:** En cumplimiento de la Resolución No. 256 de 2016 "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud", la Unidad Funcional de Calidad mensualmente realiza seguimiento mensual a los 33 indicadores de la Superintendencia Nacional de Salud. Además, que cada una de las unidades funcionales realizan el autocontrol logrando la consecución de los objetivos de la ESE. Se evalúan los indicadores de atención efectividad, seguridad del paciente y experiencia de la atención frente a los usuarios, se realiza seguimiento mensual en comité de gestión clínica definiendo planes de mejoramiento a las desviaciones encontradas y esta información se reporta mensualmente a EAPB y semestralmente a la Superintendencia Nacional de Salud.

El Plan de Acción formulado para la vigencia 2019 cuenta con 3 indicadores definidos por Gestión de la Gerencia, 08 indicadores de Gestión Financiera y Administrativa y 09 indicadores de Gestión Clínica y Asistencial. Este plan de acción se encuentra aprobado y publicado en la página web de la ESE.

**Información y Comunicación:** Es una dimensión articuladora de las demás, puesto que permite a las entidades vincularse con su entorno y facilitar la ejecución de sus operaciones a través de todo el ciclo de gestión. En el periodo se desarrollaron las siguientes actividades relacionadas:

La ESE cuenta con la Unidad Funcional de Atención al Usuario, creada mediante Resolución No. 1045 de 2000, a través, de la cual se realiza la gestión de acercamiento del ciudadano a la ESE, donde se puede obtener información de trámites y servicios.

La ESE cuenta con el correo electrónico institucional, el cual permite una comunicación interna y externa segura y garantizando el cumplimiento de la política de transparencia de la información pública de la ESE. Por medio del correo institucional se envía informes, circulares, información institucional y todo lo relacionado con una buena comunicación de la ESE.



Igualmente, la ESE cuenta con la página web que les permite a los ciudadanos consultar información relacionada con la ESE, realizar trámites de servicios que se prestan en la institución, al igual que las redes sociales como Facebook, administradas por la unidad funcional de gestión de sistemas de información en las cuales permanentemente se publica información sobre la gestión y las actividades ejecutadas por las diferentes unidades funcionales

En cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 "Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones. Logrando un avance significativo del 80% según la última calificación realizada por la Procuraduría General de la Nación.

**Actividades de Monitoreo: Plan Anual de Auditoría 2019.** El Plan Anual de Auditoría de la vigencia 2019 fue presentado y aprobado por el Comité de Coordinación Institucional de Control Interno el día 22 de mayo de 2019, basado en la priorización de los temas críticos de la gestión de riesgos de la E.S.E.

**Plan de mejoramiento interno:** Control Interno realizó seguimiento semestral a las acciones definidas en el plan de mejoramiento interno.

**Seguimiento a requerimientos de entes de control:** Control Interno realiza seguimiento trimestral a los planes de mejoramiento de la ESE suscritos con la Superintendencia Nacional de Salud, el día El día 09 de abril de 2019 se presentó el seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con la Unidad Funcional del Sistema de Atención a los Usuarios (SIAU) quedando con el radicado numero No.1- 2019-196201

**Seguimiento al proceso de empalme.** Dando cumplimiento a la Guía para Cierre Éxito de Gobiernos Territoriales emitida por Departamento Administrativo de la Función Pública y circular 009 del 08 de julio de 2019 emitida por la Procuraduría General de la Nación, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL adopto la resolución No. 1129 del 19 de septiembre de 2019, por el cual se integra el equipo del empalme y designa el líder del equipo de empalme del periodo del gobierno 2012- 2020, el día 08 de octubre de 2019, se llevó acabo la primera reunión con equipo de empalme para dar a conocer la resolución y cronograma de trabajo.

#### **Recomendaciones:**

- Realizar seguimiento mensual a la Guía para Cierre Éxito de Gobiernos Territoriales emitida por Departamento Administrativo de la Función Pública y la Circular 009 del 08 de julio de 2019 emitida por la Procuraduría General de la Nación
- Realizar la gestión para lograr implementar en la ESE la ventanilla única según lo estipula el acuerdo 060 de 2001, y demás normas reglamentarias
- Dar prioridad al cumplimiento de la Circular 003 del 24 de mayo de 2018 emitida por la Superintendencia de Nacional de Salud, como se pudo evidenciar el día 12 de junio de 2018 la subdirección administrativa envió cronograma a las diferentes unidades funcionales donde se establece las fechas para dar de cumplimiento a la circular, se solicita que se realice un seguimiento trimestral a este cronograma establecido por la ESE.

#### **- Evaluación del Sistema de Control Interno Contable.**

En atención a lo fijado por la Resolución No. 357 de 2008 " Por la cual se adopta el procedimiento de control interno contable y de reporte del informe anual de evaluación a la Contaduría General de la Nación" el responsable del Sistema



de Control Interno conjuntamente con el responsable del subproceso contable de la ESE, realizaron la evaluación del Sistema de Control Interno Contable de la ESE, del periodo comprendió entre el 1o de Enero al 31 de Diciembre de 2019, cuyo resultado deja evidenciar que el Sistema de Control Interno Contable de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, en su evaluación final arrojó una calificación en el rango de **EFICIENTE**, informe que fue enviado a través del CHIP de la Contaduría General de la Nación, el día 11 de Febrero de 2020. Su valoración cuantitativa es la siguiente:

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



## 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 2019	Meta 2019
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. 00001342 de Mayo 29 de 2019 "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Territorial para la vigencia fiscal 2019 y se dictan otras disposiciones", la cual, en el numeral 3.2 del artículo 3o se fija la Categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado para la vigencia fiscal de 2019, contenido en el Anexo Técnico 2 Hoja No. 16 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. 0408 de 2018, 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 concordancia con lo fijado por el artículo 3 de la Resolución 743 de 2013.

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 proporción 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.

Por consiguiente, para efectos de la calificación de estos indicadores la ponderación será la siguiente:

No.	Indicador	Lina de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)				0,05714	
6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos				0,05714	



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				0,05714	
8	Utilización de información del Registro Individual de Prestaciones - RIPS				0,05714	
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo				0,05714	
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				0,05715	
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.				0,05715	

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver copia de la Hoja 1 y 16 de la Resolución No. 00001342 de Mayo 29 de 2019).

Así mismo y en cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Acción o Táctico 2019, se desarrollaron las siguientes:

- Durante el año 2019 el gestor de la Unidad Funcional de Facturación incrementó la facturación en el 13% frente a lo logrado en el año 2018, de la cual logró radicar mensualmente en promedio el 97,8% de la facturación de los servicios prestados a cada una de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), presentando oportunamente los informes a la gerencia, Sin embargo, no logró reducir los costos y gastos de la unidad funcional por debajo del 4%, como lo había programado, habiéndolos incrementados por encima del 10%..

- Los responsables de Auditoría de Cuentas, lograron una oportunidad de envío de respuestas a objeciones ante las empresas pagadoras superior al 94%, en respuestas a devoluciones la oportunidad fue del 85% y en la realización de las conciliaciones con las empresas pagadoras la oportunidad fue del 94%.

- 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. Así mismo 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 2019, fue **ESE Sin Riesgo**.

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

Formula	Variables de calculo		Resultado o 2019	Meta 2019
	2019	2018		



[(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)]	54.534.794.774/ 3.968.538,24 = 13.741,78	51.510.983.990 / 3.563.449,01= 14.455,37	<0.95	<0.96
---	--	--	-------	-------

- Según la ejecución presupuestal a Diciembre 31 de 2019, la ESE registró compromisos corrientes por gastos de funcionamiento por valor de \$42.300.667.898M/cte y por gastos de operación comercial y prestación de servicios la suma de \$12.234.126.876 M/cte, para un total de gastos en la vigencia fiscal de 2019 de \$54.534.794.774 M/cte, y un valor acumulado de la producción en Unidades de Valor Relativo de 3.968.538,24 según cálculos de producción a través de la metodología de Minsalud, para un costo promedio por unidad producida en el 2019 de **\$13.741,78**

- Ahora bien, ejecución presupuestal a Diciembre 31 de 2018, la ESE registró compromisos corrientes por gastos de funcionamiento por valor de \$40.688.836.600 M/cte y por gastos de operación comercial y prestación de servicios la suma de \$10.822.147.390 M/cte, para un total de gastos en la vigencia fiscal de 2018 de \$51.510.983.990 M/cte, y un valor acumulado de la producción en Unidades de Valor Relativo de 3.563.449,01 según ficha técnica de Minproteccion Social 2018, para un costo promedio por unidad producida en el 2018 de **\$14.455,37**

Por consiguiente, la **Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida** por la ESE en la vigencia fiscal de 2019, fue de 0,95 resultado de la fórmula  **$\$13.741,78/\$14.455,37 = 0,95$** , por lo tanto, no se logra cumplir con la meta fijada para el 2019 en el Plan de Gestión la cual fue de **<0.96** ni se alcanza superar el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 00408 de 2018 que es igual a **<0.90**. Este indicador queda dentro **rango de calificación** del estándar si el indicador arroja un valor entre 0.90 y 0,99 que equivale a una **calificación de tres (3)**, según el Anexo 3 Instructivo para la Calificación de la Resolución No. 00408 de 2018.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social).

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 2019	Meta 2019
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 \$7.008.640.355	0%	≥0.70

Respecto del presente indicador, la ESE, no logró dar cumplimiento con lo fijado por la Resolución 0408 de Febrero 15 de 2018 "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones" – **Anexo 2 Indicadores y Estándares por Área de Gestión**, toda vez, que, durante la vigencia fiscal de 2019, 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 2019, 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 (a) Compras Conjuntas ni el literal (c) compras a través de mecanismos electrónicos fijados en el indicador Ministerial, es decir, las compras a través de estos tres (3) mecanismos fue de cero (0) pesos.

Durante el año 2019, la empresa realizó compras de medicamentos y material médico quirúrgico por otro mecanismo de compra las cuales, ascendieron a la suma de \$7.008.640.355 M/cte.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver Certificación suscrita por el Revisor Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de control interno de la ESE, expedida en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018)

**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 2019	Meta 2019
- 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.	Deuda 2019	Deuda 2018 a precios constantes		





- [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - ( Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]	0,00	0,00	0,0	Cero (0) o variación interanual negativa.
---	------	------	-----	---

Al cierre de la vigencia fiscal de 2019 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 2018, 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  $I = \$0,00 - \$0,00 = \$0,00$  M/cte, es decir, es una deuda de salarios y honorarios igual a cero (0) pesos M/cte, por lo cual, se cumple con la meta programada en el Plan Acción o Táctico 2019 cuya meta fue de **deuda cero (0) 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 0408 de 2018.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con el Revisor Fiscal, suscrita por el Contador de la ESE, expedida en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018).

Entre otras actividades desarrolladas en la vigencia fiscal de 2019, 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.

#### a). Plan Estratégico de Talento Humano

Durante la vigencia fiscal de 2019, la ESE elaboró, adoptó, socializó y publicó en su página de web el Plan Estratégico de Talento Humano, en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018 y se realizó la ejecución de las actividades programadas para la vigencia fiscal 2019, inherentes con la realización de los eventos de capacitación, evaluación de desempeño, aducción y reinducción, administración de personal, bienestar social, entre otros.

- El Comité de Bienestar Social realizó la preparación y formulación del programa de Bienestar Social de los funcionarios de planta de la ESE, programa que fue ejecutado en el 100% de acuerdo a las actividades priorizadas en



él. Entre las actividades desarrolladas están las dirigidas al esparcimiento, rescate y fortalecimiento del folclor opita, la reunión en favor del crecimiento espiritual y religioso de los empleados y su familia de tradición navideña en Colombia.

#### **b). Plan de Incentivos Institucionales.**

Durante la vigencia fiscal de 2019, la ESE no ejecutó acciones inherentes con el Plan de Incentivos Institucionales, toda vez, que las acciones se orientaron al cumplimiento del programa de bienestar social.

#### **c). Plan Institucional de Capacitación**

La ESE durante la vigencia fiscal de 2019, desarrolló las siguientes actividades dentro del Plan Institucional de Capacitación (PIC):

**En gerencia.** Fortalecer y capacitar el talento humano.

**En la Subdirección Científica.** Nuevo sistema tipo de evaluación del desempeño laboral acuerdo 617 de 2018, III simposio de seguridad de la atención y humanización de los servicios de salud, Seminario de actualización nuevo código general disciplinario- ley 1952 de 2019 y XVI encuentro científico el cual será realizada por el Instituto Nacional de Salud.

**La subdirección Administrativa.** Nuevo sistema tipo de evaluación del desempeño laboral acuerdo 617 de 2018, nuevo código general disciplinario ley 1952 de 2019, XI congreso nacional de presupuesto público, taller claves para un adecuado cierre presupuestal 2019, XII congreso nacional de finanzas públicas.

**En gestión humana.** Pautas para el manejo de las situaciones administrativas, las causales de retiro servicio y novedades en salarios y prestaciones sociales, organización de archivo de gestión, capacitación de pre-pensionados y prima media, acoso laboral y comités de convivencia y socialización del nuevo sistema tipo evaluación del desempeño laboral.

**En contabilidad.** Congreso Nacional de gestión financiera, Congreso Nacional de Finanzas públicas, Retención en la fuente y facturación electrónica para el sector público.

**Nutrición.** Buenas prácticas de manipulación de alimentos, Curso manejo sanitario de alimentos, Seguridad del paciente, Derechos y deberes de los usuarios, Gestión del riesgo.

**En control interno.** Se realizaron capacitaciones curso de auditores internos y X congreso nacional de control interno.

**En Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo.** política seguridad del paciente, evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.

**Quirófanos.** Retroalimentación de realización de lista de chequeo, manejo de pacientes en UCPA, código rojo y transfusión sanguínea, reanimación y adaptación al recién nacido, cateterismo vesical, cuidado y control de drenajes quirúrgico, código azul, traslado de pacientes, buenas prácticas de esterilización, solicitud y toma de muestra de laboratorio e información al usuario.



**Consulta externa.** limpieza y desinfección de consultorios, capacitación de curaciones y retiro de puntos, socialización a los especialistas sobre la importancia de dejar consignadas las recomendaciones en la historia clínica, lavado de manos, garantizar el conocimiento del personal para el manejo de la custodia de pertenencia de los usuarios, pre y pos citas médicas especializadas y verificación de usuarios, capacitación de material en consulta externa, toma de signos vitales, víctimas de violencia sexual, ingreso desde consulta externa a urgencias, observación sala de parto y hospitalización, colonoscopias y biopsias, toma de electrocardiogramas, infiltraciones y cambio de yeso, limpieza y desinfección del consultorio diaria y aseo terminal, toma de citologías, manual de normas y procedimientos de bioseguridad y su adherencia, manual manejo ropa hospitalaria, monitoria fetal, capacitación de signos vitales.

**Farmacia.** Socialización de procesos del servicio farmacéutico, Socialización de procesos del servicio farmacéutico al personal de ambulancia, Conservación de recursos naturales, Gases medicinales, tecno vigilancia, documentación del servicio, manejo y cuidado del equipo biomédico, Cumplimiento del plan de acción uf farmacia.

**Urgencia.** ACROSS T2D, GPC Síndrome coronario agudo, guía dengue y líneas de intervención de humanización (trabajo en equipo y liderazgo, comunicación asertiva, buen trato y actitud de servicio), Socialización de eventos adversos, Socialización de protocolo de lavado de manos, socialización de protocolo de limpieza y desinfección, socialización de protocolo de administración de medicamentos, exponer problemática de urgencias, Hacer énfasis en el uso de al menos dos identificadores, Accidente ofídico y escorpionico, Reacción transfusionales, Humanización - Síndrome Coronario, Dengue - Camillaje, Código Rojo - Abordaje inicial de paciente ambulancia, humanización - Abuso sexual, Desnutrición aguda moderada y severa, Estrategia IAMI, Guía de transfusión sanguínea, Síndrome febril, GPC Recién nacido con trastorno respiratorio y comunicación en salud, GPC Recién nacido con sepsis neonatal temprana y manejo de vía aérea, GPC Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital y reacciones transfusionales, GPC De diabetes gestacional, intoxicación con inhibidores de acetilcolinesterasa y paraquat, auditoría interna y reingresos al servicio de urgencias.

**UCI Adulto.** Transfusión y componentes sanguíneos, código rojo, Capacitación-taller limpieza y desinfección de unidades y equipos biomédicos UCI ADULTO, Unificar criterios con el fin de minimizar los tiempos de espera evitando demoras en la atención, Unificar criterios con las medidas de aislamientos hospitalarios con el fin de prevenir infecciones cruzadas, Principales cuidados de enfermería en criterios de ingreso a UCI-A, socialización de electrolitos, socialización de prevención de úlceras por presión, socialización de parámetros de glicemia, Exposición terapia VAC, conocer todos los aspectos relacionados con la terapia vac para el manejo de heridas de tejidos blandos, Capacitación en nutrición enteral y parental, Capacitación monitores y ventilador.

**UCI Neonatal.** Protocolo de asepsia y antisepsia en la unidad de cuidado intensivo neonatal, plan de mejora control térmico, socialización del protocolo aislamiento hospitalario, recibo y entrega turno, protocolo de cuidado postural, herramientas para la prevención de IAAS y costos de las mismas, promoción del neurodesarrollo del recién nacido con base en el cuidado y manejo del ambiente en la unidad de cuidado intensivo neonatal, socialización de estimulación kinestésica RN, incentivando la cultura del respeto mediante el conocimiento y puesto en practica de los valores institucionales, control signos vitales, socialización del protocolo del recién nacido en fototerapia,

**Gestión de Calidad.** Capacitación Sistema Obligatorio de la Garantía y Calidad en Salud.

**En Banco de Sangre y Laboratorio.** Charla virtual sobre higiene de manos, interferentes en los ensayos de diagnóstico invitro, capacitación en proceso LCL, correcta identificación de muestras clínicas, taller de control de calidad, taller de hematología, capacitación entrenamiento de laboratorio clínico, toma de muestra microbiológica, socialización de manual de procedimiento de equipo biomédico, vigilancia epidemiológica, eventos de interés en salud,



capacitación de reforzamiento política de humanización, evaluación de control externo de laboratorio, socialización del manual de toma de muestra y procedimiento.

**Epidemiología.** Capacitación en limpieza y desinfección hospitalaria, limpieza y desinfección hospitalaria, prevención de infecciones asociadas a la atención en salud en el marco del paquete instruccional, Socialización reporte de casos de Dengue en el proceso, Asistencia técnica para dengue, Educación e información al paciente y su familia durante el proceso de atención por eventos de interés en salud pública, Programa de inducción y reinducción: Higiene de manos para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, Socialización circular externa 024 de 2019, Socializar circular 31 prevención atención integral y control de dengue, socializar circular 32 recomendaciones relacionadas al uso de sistema electrónico de uso nicotina "Casos de tosferina", Socialización IAAS-Eventos de interés en salud pública, Campaña de prevención de cáncer de mamá y de cérvix, Retroalimentación de IAAS de Enero - Agosto 2019 y programa de reinducción, Socialización IAAS- Enero agosto 2019- Programa de reinducción, Programa de inducción y reinducción, Programa institución de inducción y reinducción del programa de prevención, vigilancia epidemiología y control de las infecciones asociadas a la atención en salud, Capacitación virtual de limpieza y desinfección hospitalaria.

**Esterilización y Cirugía.** Ingreso pausa de seguridad inicial y final, correcto diligenciamiento de lista de chequeo para procedimiento quirúrgico, socialización del manual de limpieza de desinfección, capacitación habilidades de atención al cliente integrando control de las emociones, características de un buen empleados, limpieza y desinfección de acuerdo con el paquete instruccional 15 epidemiología, terapia para tratamiento de vías en tejidos blandos, abordaje de malas noticias y programa de seguridad del paciente, asepsia y abstinencia de región operaria.

**Referencia y Contrarreferencia.** Se realizaron las siguientes capacitaciones: Soporte vital básico, triage, Manual de referencia y contrarreferencia, procedimiento de referencia y contrarreferencia, manual de misión médica y atención humanizada y buen trato.

**Humanización.** Atención de manera integral humanización, humanización de la asistencia en salud, campaña lineamientos de humanización, taller equipo de trabajo, Participación feria de los servicios, trabajo en equipo y comunicación.

**IAMI.** Política institucional, retroalimentación de los 10 pasos, Importancia del Registro Civil de nacimiento y forma de acceder a este en la institución, Socialización de lineamientos PAI 2019, manejo de residuos hospitalarios y similares, Estrategia IAMI-10 Pasos IAMI, Plan ampliado de inmunización (cadena de frio), registro de temperatura- Plan de contingencia cadena de frio, Lactancia materna, Importancia del Registro Civil de nacimiento y forma de acceder a este en la institución, Socialización de manual técnico de referencia para la limpieza y desinfección de equipos y superficies ambientales, Cadena de frio-registro de temperatura y plan de contingencia de cadena de frio, Capacitación Feria de servicios, Lactancia materna "Empoderamos hagamos a lactancia materna", Puericultura (Signos de alarma importancia del control posparto y recién nacido, Manejo de residuos hospitalarios, Plan ampliado de inmunización (cadena de frio), registro de temperatura- Plan de contingencia cadena de frio.

**Imagenología y Diagnosticas.** Se realizaron las siguientes capacitaciones: Código de ética, buen gobierno y marco estratégico, prevención de flebitis, uso kit de derrame, manejo de carro de paro, guía de limpieza desinfección de los equipos, manejo de tecnologías, venopunción, administración segura de medicamentos, lavado de manos limpieza, derechos y deberes de los usuarios, política IAMI, uso y rehuso de dispositivo médicos, manejo de residuos, manejo de ropa hospitalaria, código azul, comunicación de resultados críticos, manual de radio protección y protocolo calidad de la imagen.



**Centro de Terapias.** Terapia respiratoria oxigenoterapia, recomendaciones para docentes con niños con problema de aprendizaje, lavado y desinfección de implemento de terapia respiratoria, medicamentos terapia respiratoria, estimulación neonatos, abordaje a paciente en cuidado crítico, atención en el aborto o interrupción voluntaria del embarazo, férula para paciente en cuidado crítico, mecánica ventilatoria, abordaje en cuidado crítico, función de terapeuta respiratoria en código azul, programa de atención y IAAS, manual de procedimiento de psicología, manual procedimiento terapia ocupacional, manual de procedimiento terapia de lenguaje, manual de procedimiento Terapia respiratoria, manual procedimiento terapia física.

**Seguridad y salud en el trabajo.** Divulgación y actualización del PGIRHS, para el manejo, manipulación seguro de los residuos en el área de cirugía, divulgación y actualización del PGIRHS, para el manejo, manipulación seguro de los residuos en el área de farmacia y central de mezclas, Concientizar al personal sobre la adecuada disposición de los residuos cortopunzantes en el área de sala de partos, divulgación y actualización del PGIRHS, para el manejo, manipulación seguro de los residuos en el área de unidad de cuidados intensivos, Concientizar al personal sobre la adecuada disposición de los residuos cortopunzantes en el área de unidad de cuidados intensivos adultos, Campaña institucional (Dimensión ambiente físico contaminación visual, auditiva y derecho a la intimidad), Capacitación manual de normas y procedimientos de Bioseguridad, Plan Hospitalario de emergencia (Que hacer en caso de sismo), Inducción a estudiantes de la escuela CESALUD, Manejo adecuado de residuos, Conservación de recursos naturales (Agua, Energía y residuos), IV Jornada de seguridad y salud en el trabajo y ambiente, Conservación de recursos naturales (Agua, Energía y residuos), recibido de oficio y entrega del Kit de toma de Glucometría en los servicios, Capacitación feria de servicios, Identificar separación rutas sanitarias y horario de recolección de residuos Hospitalarios.

**Cartera:** Taller Auditoria y Cuentas De Salud.

**Enfermería.** Primer Congreso Internacional de Medicina de Emergencias y Reanimación, Seguridad del paciente, capacitación en administración segura de medicamentos, buena información al usuario y visitantes, curaciones y manejo de ostomías, toma de glicemia capilar en adultos y recién nacido, código azul pediátrico.

Durante el año 2019 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

#### **d). Plan Anual de Vacantes**

Durante la vigencia fiscal de 2019, la ESE elaboró, adopto, socializó y publicó en su página de web el Plan Anual de Vacantes, en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018, el cual fue integrado al Plan Estratégico de Talento Humano y durante la vigencia fiscal no se presentó ninguna novedad de personal al respecto.

#### **e). Plan de Previsión de Recursos Humanos.**

Durante la vigencia fiscal de 2019, la ESE elaboró, adopto, socializó y publicó en su página de web el Plan de Previsión de Recursos Humanos en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018, el cual fue integrado al Plan Estratégico de Talento Humano y durante la vigencia fiscal no se presentó ninguna novedad de personal al respecto.

#### **f). Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo.**



Durante la vigencia fiscal de 2019, la ESE elaboró, adoptó, socializó y publicó en su página de web el Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018 y durante la vigencia fiscal se realizaron las siguientes actividades:

Actualización y divulgación de la política de Seguridad y Salud en el Trabajo a los servidores públicos de la ESE, visitas a las áreas del hospital para la recolección de evidencias y actualización, priorización y socialización de la matriz de peligros a los servidores públicos de la ESE, actualización del normograma de la Unidad Funcional, ejecución programa de inspecciones de la institución para detectar a tiempo condiciones inseguras para prevenir algún accidente, inspecciones de Bioseguridad, Orden y aseo, Caídas a nivel, Ambulancias, EPP Radio protección, con sus respectivos informes, reuniones mensuales del Comité Paritario, investigaciones de 6 accidentes de trabajo que se presentaron durante el año 2019, con el apoyo del COPASST, actualización del Plan Hospitalario de Emergencias el cual fue radicado ante la Secretaria de Salud Departamental. Se recibió la evaluación realizada por la Secretaria de Salud Departamental y se realizaron las correcciones requeridas y se volvió a radicar, socialización del Plan Hospitalario de emergencias a los funcionarios de la institución, capacitación a la brigada de emergencias en Primeros auxilios, Comando Incidente, Búsqueda y rescate y Control del Fuego, mantenimiento y recarga de todos los extintores de las tres sedes de la institución, el día 4 de diciembre se realizó el simulacro de evacuación en las tres sedes de la institución, instalación de las alarmas de emergencias, la cual fue probada en el simulacro de evacuación, adquisición de 50 chalecos para la identificación de la brigada de emergencias de las tres sedes, reuniones del Comité Hospitalario de Emergencias, caracterización y análisis de la accidentalidad, caracterización y análisis de el ausentismo, inducción a estudiantes de las escuelas e internos y a al personal de la agremiación savita que ingresaron a la ESE, reinducción en seguridad y salud en el trabajo al personal de la institución por las áreas y en la feria de servicios que realizo el hospital, elaboración del Manual de Procedimientos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, entrega de 69 sillas ergonómicas a los puestos que las necesitaban según inspección realizada, elementos ergonómicos como apoyapiés, soportes para monitor y soportes para computadores portátiles a los puestos de trabajo, revisión y ajuste del Plan Estratégico de Seguridad Vial, programa de Orden y Aseo de la institución para realizar las diferentes actividades que contribuyan a evitar los accidentes laborales, programa de Caídas a Nivel y Distinto Nivel de la institución para realizar las diferentes actividades que contribuyan a evitar los accidentes laborales, adquisición de elementos de protección personal para el personal del área de mantenimiento, entrega de las monas gafas al personal asistencial para que eviten el riesgo de salpicaduras en los diferentes procedimientos.

Adquisición de las escaleras para trabajos en alturas y así evitar los accidentes laborales, jornada de ergonomía aplicada a los puestos de trabajo administrativos, se realizó la IV Jornada de Seguridad y Salud en el Trabajo en la ESE, actualización del perfil sociodemográfico de los trabajadores del hospital, programa de elementos de protección personal, Manual para el control de accidentes por sobreesfuerzos, los exámenes médicos ocupacionales (ingreso, egreso, periódicos, postincapacidad) al 80% de los empleados de planta y contrato y se revisó el informe del Diagnóstico de salud elaborado por la Medica Laboral para establecer las recomendaciones, se realizó seguimiento a los casos en proceso de calificación de origen de las enfermedades.

Se realizaron pausas activas por las diferentes áreas de la institución, la Titulación de Anticuerpos de Hepatitis B al personal asistencial vacunado, vacunación para Hepatitis B a la personal asistencia que lo requería, revisión al Programa de Vigilancia para Riesgo Biológico mediante la aplicación de la línea basal, socialización del procedimiento para el reporte de accidente por riesgo biológico, se realizó el examen ocupacional con énfasis a radiaciones ionizante a la persona que lo requería, se hizo entrega al personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes de los dosímetros con periodicidad trimestral, se entregaron elementos de protección para radiaciones ionizantes (chalecos plomados) al área de cirugía, se entregó el reporte de dosimetría al personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes.



Se aplicó la batería de riesgo psicosocial al 90% de los trabajadores de planta y contrato, se elaboró el cronograma de capacitación y se realizaron las siguientes capacitaciones:

- Orden y aseo en las tres sedes
- Seguridad Vial
- Entrega y Capacitación sobre el uso y mantenimiento de los lentes de seguridad.
- Capacitación sobre Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad en el área de Sala de Partos, Urgencias y Observación.
- Capacitación al Comité de Convivencia de la institución sobre sus funciones y obligaciones.
- Capacitación sobre Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad en el área de Farmacia.
- Capacitación sobre Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad en el área de Consulta Externa.
- Capacitación de reinducción al personal de la institución.
- Capacitación en investigación de accidente laboral al COPASST
- Capacitación en Plan de emergencias y normas de bioseguridad en la feria de servicios asistenciales.
- Capacitación en Plan Hospitalario de Emergencias (Que hacer en Caso de Sismo)
- Capacitación en Pausas Activas
- Capacitación al personal de mantenimiento en el uso y mantenimiento de los elementos de protección personal

Se elaboró el programa de estilo de vida y entornos saludables y se realizó la auditoria interna por parte de control interno.

**En el Área de Gestión Ambiental**, se realizaron las siguientes actividades:

#### **Manejo de Aguas Residuales y Potable:**

1. Se realizó caracterización de las aguas residuales de la ESE a la entrada y salida de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales de la institución, mantenimiento preventivo rutinario de la planta de tratamiento de aguas residuales y diligenciamiento de los formatos de registros de mantenimientos diarios, semanales y mensuales.
2. Se ejecutó contrato de cambio de bomba sumergible y mantenimiento de filtros ascendentes y descendentes.
3. Se realizó la aplicación de cloro, melaza y purina para alimentar las bacterias y mejorar la eficiencia de la planta.
4. Se participó en la toma de muestras de agua potable en los servicios y de vertimientos de la planta de tratamiento de aguas residuales los días 26 y 27 de noviembre, entrega de los resultados de laboratorio del análisis de aguas residuales a la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena (CAM), como cumplimiento al permiso de vertimientos.

#### **Manejo de Residuos Hospitalarios:**

1. Se realizó la respectiva actualización del Programa de Gestión Integral de Residuos Generados en Atención en Salud y Otras Actividades (PGIRASA), como cumplimiento a la Normativizada Ambiental.
2. Inspección, seguimiento y acompañamiento de la Secretaria de Salud Municipal al seguimiento al Programa de Gestión Integral de Residuos Generados en Atención en Salud y Otras Actividades (PGIRASA), en la adecuada segregación, clasificación y disposición de los residuos sólidos hospitalarios por las diferentes áreas de la institución.



3. Se realizaron reuniones mensuales del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria.
4. Se realizó la supervisión del manejo y a salida del material reciclable (cartón, papel de archivo, plástico) de la institución.
5. Entrega mensual de la carpeta con el formato RH1, recolección interna y externa de residuos sólidos hospitalarios y limpieza y desinfección de los depósitos centrales de residuos sólidos peligrosos y no peligrosos.
6. Se realiza entrega datos de total de residuos peligrosos generados en la institución y UCI Adultos al área de contabilidad.
7. Tabulación de la producción mensual de residuos sólidos hospitalarios.
8. Tabulación del registro mensual de consumos de energía, gas y acueducto y alcantarillado.
9. Se realiza los respectivos reportes de generación de Residuos Peligrosos (RESPEL) anuales, como cumplimiento a la Normatividad de los Generadores de Residuos Peligrosos ante el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM).
10. Se hizo entrega de los formatos diligenciados de la información que corresponde al Área Ambiental, al área de administración para él envió a la Contraloría Departamental del Huila.
11. Se realiza los respectivos reportes de Residuos Peligrosos y No peligrosos - Formato RH1 – Mensualmente a la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena (CAM) y la Secretaria de Salud Departamental del Huila.
12. Se participó en capacitación realizada por la ARL Sura, sobre el adecuado manejo, clasificación, almacenamiento, elaboración de Matriz y Documentos del manejo de las sustancias Químicas que se manejan en la institución.

#### **Saneamiento Ambiental (Control de Roedores y Vectores):**

- Se coordinó y se participó en las jornadas de control de roedores, vectores y fumigación por aspersión en los servicios del área administrativa y asistencial (Sede Principal, Sede Consulta y Sede Centro Integral de Terapias), programada por la institución y la Secretaria de Salud Departamental.

#### **Educación Ambiental:**

1. Se realiza capacitaciones con personal de la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena – CAM-Opitas de Corazón, para continuar con la implementación de las buenas prácticas ambientales en la institución.
2. Se participa en la jornada de inducción y reinducción con los temas de manejo de residuos hospitalarios y conservación de los recursos naturales (ahorro de agua y energía), Con el personal trabajador de la institución, usuarios y visitantes.
3. Igualmente se realizaron eventos de capacitación para sensibilizar a todos los trabajadores que laboran en la institución sobre la importancia y el compromiso que tenemos en la clasificación de los residuos que se producen en las diferentes actividades, en manejo adecuado de residuos, ahorro y uso eficiente del agua y energía, ahorro y consumo del papel, inducción al personal nuevo que ingresa a la institución a ejercer actividades (Auxiliares de enfermería, enfermeros jefes, médicos internos, médicos generales, personal administrativo, personal operativo, estudiantes, entre otros, socialización sobre actualización del Programa de Gestión Integral de Residuos Generados en Atención en Salud y Otras Actividades (PGIRASA).
4. Capacitación sobre ahorro y uso eficiente de agua y energía de la institución, socialización de rutas de evacuación y horarios de recolección de residuos hospitalarios, socialización de hallazgos y actividades de





- mejora en los servicios, manejo adecuado de residuos corto punzantes, sobre la adecuada clasificación y disposición de los residuos dentro de la institución
5. Elaboración de Normograma, Protocolos, Instructivos, Indicadores, Metodología Básica Para Comités Eficaces.
  6. Se realizó la entrega de los Kit de toma de glucómetros en los servicios de Cirugía, UCI Adultos, UCI Neonatal, Observación, Urgencias, Sala de Partos, Pediatría, Triage, para realizar la adecuada disposición de los residuos corto punzantes y prevenir accidentes de tipo de riesgo Biológico.
  7. Se realizó la entrega de los soportes para guardián en diferentes servicios, para manejo adecuado de los residuos cortopunzantes.
  8. Se coordinó con logística y ejecución de actividades en la IV Jornada de la Seguridad y Salud en el Trabajo y Ambiental.
  9. Se realizó campaña de la socialización del Ambiente Físico por los servicios a trabajadores y usuarios en Iluminación, Ruido, humedad, señalización, acceso y ambiente de trabajo adecuado,
  10. Se realizó actividad del día Mundial del Agua al personal de la institución motivando al personal al ahorro y uso eficiente del agua en la institución. Esta actividad también se hizo a través de los avisos publicitarios por vía web de la institución, como compromiso institucional.

#### Otras actividades:

1. Se recibió visita de habilitación al Centro Integral de Terapias.
2. Se recibió visita de la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena CAM - Opitas de Corazón – en la elaboración del video institucional para presentarlo el día de la premiación en el reconocimiento por las buenas prácticas ambientales que se implementan en la institución.
3. Por segundo año consecutivo se recibe reconocimiento por parte de la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena CAM y acogida del sello Opitas de Corazón - por la implementación de buenas prácticas ambientales y el compromiso que tiene la institución en conservar el medio ambiente.

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

Formula	Variables de calculo	Resultado 2019	Meta 2019
Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	Informes Registro Individuales de Prestación de Servicios presentados la Junta Directiva	4	4

- Durante la vigencia fiscal de 2019 la ESE realizó el procesamiento de la información de los registros individuales de prestación de servicios RIPS correspondiente a los cuatro (4) Trimestre de 2019, comparativo con los mismos periodos de la vigencia fiscal de 2018, 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 2016-2020 y el Plan de Acción o Táctico 2019.

- 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 LOS RIPS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS	FECHA DE RADICADO DE PRESENTACIÓN	RELACIÓN ACTA DE PRESENTACIÓN INFORME
I Trimestre	Enero 1º al 31 de Marzo de 2019	Mayo 15 de 2019	Acta No.231 de Mayo 29 de 2019
II Trimestre	Abril 1º al 30 de Junio de 2019	Agosto 8 de 2019	Acta No.232 de Agosto 27 de 2019
III Trimestre	Julio 1º al 30 de Septiembre de 2019	Octubre 23 de 2019	Acta No.234 de Diciembre 19 de 2019
IV Trimestre	Octubre 1º al 31 de Diciembre de 2019	Enero 28 de 2020	Acta No. 236 de Febrero 27 de 2020

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 el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver Informe del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las Actas de sesión de Junta Directiva, expedido en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018).

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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2019	Meta 2019
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.	Ingresos Recaudados	Gastos comprometidos	0,86	≥0.96
	\$ 56.613.175.750	65.989.403.068		

- Los ingresos totales recaudados entre el 1o de Enero al 31 de Diciembre 2019, ascienden a la suma de \$56.578.207.641 M/cte y los gastos totales comprometidos en el mismo periodo, fueron de \$65.989.403.068M/cte, por lo tanto, el resultado del indicador es el siguiente:  $I = \$56.613.175.750 / \$65.989.403.068 = 0.86$ . Por consiguiente, no se logra cumplir con la meta fijada para el 2019 en el Plan de Gestión la cual fue de  $\geq 0.96$  ni se alcanza a superar el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018, 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.0408 de 2018.

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 ejerció fiscal.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver Ficha Técnica de la página Web del Sistema de Información Hospitalario (SIHO) del Ministerio de Salud y Protección Social).

Entre otras acciones la ESE realizó las siguientes:

#### **- Gestión Presupuestal**

- Gestión de Ingresos**

El presupuesto definitivo de la ESE para la vigencia fiscal de 2019 ascendió a la suma de \$67.714,9 Millones de pesos M/cte, con unos reconocimientos de ingresos al 31 de Diciembre del 123% (\$83.368.7 Millones de pesos M/cte), dado en especial a la superación de las metas en ventas de servicios en (\$9.676,1) Millones M/cte) con un nivel de recaudo del 68% del total de los ingresos reconocidos del periodo de análisis, es decir, de \$56.613,2 Millones de pesos M/cte, El comportamiento de los ingresos comparativamente con el año 2018, es como se evidencia a continuación:

CONCEPTO DE INGRESOS	PERIODOS		VARIACIÓN (%)
	2018	2019	2019/2018
Ventas de Servicios de Salud (Excluye CXC)	50.521,6	60.471,9	19,7%
Régimen Subsidiado	31.302,8	38.146,3	21,9%



Régimen Contributivo	11.813,5	13.965,9	18,2%
Otras Ventas de Servicios	7.405,3	8.359,7	12,9%
Aportes	1.089,5	1.089,5	0,0%
Otros Ingresos	6.151,4	2.167,4	-64,8%
Cuentas por Cobrar Otras Vigencias	16.868,9	19.639,9	16,4%
<b>Total Ingresos Reconocidos</b>	<b>74.631,4</b>	<b>83.368,7</b>	<b>11,7%</b>

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos 2019-2018

Como se observa en el cuadro anterior, los ingresos totales crecieron el 11,7% durante la vigencia fiscal de 2019, frente a lo logrado en el año 2018, producto del incremento de los ingresos del 21,9% del régimen subsidiado, del 18,2% del régimen contributivo, del 16,4% de las cuentas por cobrar otras vigencias y del 12,9% de otras ventas de servicios, a excepción de otros ingresos que decrecieron el (-64,8%) en los cuales se incluyen la disponibilidad inicial, aportes departamentales, donaciones entre otros.

Las ventas de servicios de salud reconocidas en el año 2019, crecieron el 19,7% frente a las realizadas en el año 2018 pasando de \$50.521,6 Millones de pesos M/cte en el 2018 a \$60.471,9 Millones de pesos M/cte en el 2019; tal como observa a continuación:

CONCEPTO DE INGRESOS	PERIODOS		VARIACIÓN (%)
	2018	2019	2019/2018
Régimen Subsidiado	31.302,8	38.146,3	21,9%
Régimen Contributivo	11.813,5	13.965,9	18,2%
Otras ventas de Servicios	7.405,3	8.359,7	12,9%
<b>TOTAL INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS</b>	<b>50.521,6</b>	<b>60.471,9</b>	<b>19,7%</b>

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos 2019-2018

Las ventas de servicio representan el 73% del total de los ingresos de la ESE, con un nivel de recaudo del 56% en la vigencia fiscal de 2019 equivalente a la suma de \$37.716,4 Millones M/cte.

#### • Gestión de Gastos

El comportamiento del presupuesto de gastos a Diciembre 31 de 2019, deja evidenciar que del total del presupuesto definitivo aforado en \$67.714,9 Millones de pesos M/cte, se causaron compromisos por valor de \$65.989,4 Millones de pesos M/cte, de los cuales, el 52,5% representan los gastos de personal de planta y por contrato, seguido en su orden con el 18,5% a gastos de operación comercial y prestación de servicios, el 11,4% de gastos generales, el 13,8% cuentas por pagar y el restante 3,8% a transferencias corrientes, gastos de inversión y servicio de la deuda.

El comportamiento de los gastos comparativos con el año 2018, es como se evidencia a continuación:

CONCEPTO DE GASTOS	PERIODOS		
	2018	2019	Variación (%)
Gastos de Funcionamiento	40.688,9	42.300,7	4,0%
Gastos de Personal Directo	8.440,6	8.866,7	5,0%
Servicios personales indirectos	24.592,6	25.774,9	4,8%
<b>TOTAL GASTOS DE PERSONAL</b>	<b>33.033,2</b>	<b>34.641,6</b>	<b>4,9%</b>
Gastos Generales	7.190,9	7.501,1	4,3%



Transferencias Corrientes	464,8	158,0	-66,0%
Gastos de Operación Comercial	10.822,1	12.234,1	13,0%
Gastos de Inversión	4.896,5	1.992,1	-59,3%
Servicio de la Deuda	76,3	377,3	394,5%
Cuentas por pagar vigencias anteriores	7.402,7	9.085,2	22,7%
<b>TOTAL GASTOS COMPROMETIDOS</b>	<b>63.886,5</b>	<b>65.989,4</b>	<b>3,3%</b>

Fuente: Ejecución presupuestal de Gastos 2019-2018

Como se observa en el cuadro anterior, los gastos totales comprometidos de 2019, crecieron el 3,3% frente a lo causado en el año de 2018, generado su incremento según su importancia por los gastos de personal con el 4,9%, las cuentas por pagar con el 22,7%, los gastos de operación comercial con el 13%, los gastos generales con el 4,3%, el servicio de la deuda con el 394,5% frente a lo comprometido en el año 2018

Del total de gastos comprometidos en el 2019, la ESE logró reconocer y pagar el 85% de sus obligaciones adquiridas, las cuales ascendieron a la suma de \$55.776,8 Millones de pesos M/cte. En gastos de personal se logró cumplir con el 88,3% de sus obligaciones adquiridas en la vigencia, en gastos generales con el 85%, en transferencias corrientes con el 100%, en gastos de operación comercial y prestación de servicios con el 61,1%.

- **Equilibrio de la Operación corriente**

CONCEPTO	FORMULA	PERIODOS	
		2018	2019
<b>TOTAL INGRESOS RECONOCIDOS</b>	<b>a = b+c</b>	<b>74.631,4</b>	<b>83.368,7</b>
Ingreso reconocido de recursos del convenio	b	-	-
Ingreso reconocido sin recursos del convenio	c	74.631,4	83.368,7
<b>TOTAL GASTO COMPROMETIDO</b>	<b>d = e+f</b>	<b>63.886,5</b>	<b>65.989,4</b>
Gasto comprometido de recursos del convenio	e	-	-
Gasto comprometido sin recursos del convenio	f	63.886,5	65.989,4
Relación reconocimiento/compromiso sin recursos del convenio	g = c/f (%)	117%	126%
<b>TOTAL INGRESO RECAUDADO</b>	<b>h = i+j</b>	<b>54.460,8</b>	<b>56.613,2</b>
Ingresos recaudado de recursos del convenio	i	-	-
Ingresos recaudado sin recursos del convenio	j	54.460,8	56.613,2
Relación recaudo/compromiso sin recursos del convenio	k = j/f (%)	85%	86%

Fuente: Ejecución presupuestal 2019-2018 ESE HDSVP

Como se observa en el cuadro anterior, la relación reconocimiento / compromiso durante las vigencias fiscales de 2019 y 2018 fue de 126% y 117% respectivamente. Es decir, se incrementa la relación reconocimiento/ compromiso pasando de 117% en el 2018 a 126% en el 2019.

Elo indica, que por cada \$100 pesos que comprometió la empresa en el año de 2019, se reconocieron \$126 pesos para atender las obligaciones adquiridas a Diciembre 31 del mismo año.

La relación recaudo / compromiso durante el año 2019 fue de 86% y durante la vigencia fiscal de 2018 alcanzó el 85%. Lo anterior indica que por cada \$100 pesos que comprometió la Empresa en el 2019, 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 2019, la cartera total radicada de los diferentes pagadores por venta de servicios de salud, ascendió a la suma de **VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS (\$25.477.668.052) M/cte**, lo cual representó un incremento del 7,9% frente a lo evidenciado en el año de 2018, tal como se observa seguidamente:

PAGADORES	ESTADO DE CARTERA			PARTICIPACIÓN (2019)
	2018	2019	Variación	
Régimen contributivo	6.788.602.217	5.756.228.218	-15,2%	23%
Régimen subsidiado	13.647.022.182	14.722.360.696	7,9%	58%
SOAT Y ECAT	2.140.797.133	3.309.915.521	54,6%	13%
IPS Privadas	315.252.581	314.097.888	-0,4%	1%
Regímenes especiales	471.934.419	833.942.930	76,7%	3%
Otros Vinculados	181.048.395	219.302.556	21,1%	1%
Otros deudores de Salud	67.613.928	321.820.244	376,0%	1%
<b>TOTAL CARTERA</b>	<b>23.612.270.856</b>	<b>25.477.668.052</b>	<b>7,90%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Estado de Cartera ESE HDSVP -2019-2018

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 58% del total de la empresa, seguidas por las del régimen contributivo con el 23% de la cartera morosa, seguida por las empresas del SOAT y ECAT con el 13%, Regímenes especiales con el 3%, IPS privadas con el 1% y otros vinculados con el 1%. En esta cartera no se incluye la de difícil cobro heredada de las EPS en proceso de liquidación como Cafesalud EPS, Saludcoop EPS, Caprecom EPS-S.

La cartera de difícil cobro que al cierre de Diciembre 31 de 2019 ascendió a la suma de \$12.662.1 millones, corresponde a la deuda acumulada de Cafesalud EPS por un valor de \$6.723.6 Millones, Saludcoop EPS con \$5.933.5 Millones de deuda, Caprecom EPS-S con una deuda de \$4.9 Millones.



Ante esta situación, 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.

Entre los mecanismos habitualmente utilizados para el cobro de cartera, la ESE realizó las siguientes acciones: **Entre el 1º de Enero y el 31 de Marzo de 2019:** Se realiza acuerdos de pago según mesas de trabajo con entidades como: Medimas \$1.204 millones, Asmet Salud \$351 millones, Tolihuala \$245 millones, Comparta \$200 millones, AIC \$80 millones Ecoopsos \$ 34 millones. Para un total de \$2.117 millones. Se realizó acuerdo de pago con Comfamiliar Huila por \$4.700 millones. Se recaudaron en los meses de enero a marzo \$3.795 millones, por cobros y notificaciones de deuda.

**Entre el 1º de Abril y 30 de Junio de 2019:** Se realiza acuerdos de pago según mesas de trabajo el 29 y 30 de mayo, con las siguientes entidades: Comfamiliar \$1.400 millones, Asmet salud \$696 millones, Medimas \$1.163 millones, Emssanar \$6 millones, Seccional de sanidad \$39 millones, AIC \$ 2 millones, coomeva \$15 millones, mallamas \$1 millón, Tolihuala \$80 millones. Para un total de \$3.403 millones. Se recaudaron en los meses de abril a junio \$3.391 millones, por cobros y notificaciones de deuda.

**Entre el 1º de Julio a 30 de Septiembre de 2019:** Se realiza acuerdos de pago según mesas de trabajo del 22 y 23 de agosto. con las siguientes entidades: Comfamiliar \$1.800 millones, AsmetSalud \$1.044 millones, Tolihuala \$112 millones, emsanar \$34 millones, AIC \$1 millón. Para un total de \$2.993 millones. Se recaudaron en los meses de julio a septiembre \$12.316 millones, adicionales a lo acordado en las mesas de trabajo.

**Entre el 1º de Octubre a Diciembre 31 de 2019:** Se realiza acuerdos de pago según mesas de trabajo del 26 y 27 de noviembre. con las siguientes entidades: Comfamiliar \$800 millones, AsmetSalud \$991 millones, Tolihuala \$129 millones, emsanar \$14 millones, Ecoopsos \$50 millones. Para un total de \$1.986 millones. Se recaudaron en los meses de octubre a 10 de diciembre \$12.713 millones. Se realizó contrato de transacción con Comparta por \$788 millones. Se realizó contrato de transacción con Seguros del Estado \$131 millones. Se realizó acuerdo de pago con NUEVA EPS, por \$799 millones. Se realizó contrato de transacción con MEDIMAS EPS, por \$500 millones

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.

- 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 Resultado Integral**

Los ingresos totales de la Institución ascienden a \$62.600 millones de pesos de los cuales la venta de servicios corresponde a \$62.304, con un promedio mensual de \$5.192 millones, superando a la vigencia 2018 con un 21%, resultado del aumento en la demanda de servicios y la contratación de los servicios de salud. Los costos por valor total de \$44.021 millones de pesos, se incrementan en un 7% con relación a la vigencia 2018, proporcional con el reajuste salarial y el IPC aplicado a los contratos para adquisición de bienes y servicios,

En lo referente al total de gastos que ascienden a la suma de \$16.973 millones, el comportamiento es similar al año anterior, sin embargo, los resultados obtenidos en la recuperación de recursos a través de demandas, y las gestiones para la elaboración de la nueva torre hospitalaria, generaron incremento en conceptos como honorarios y generales; así mismo, la Institución da aplicabilidad al manual de políticas contables para reconocimiento de deterioro en cuentas por cobrar e inventarios. Los gastos no operacionales conformados principalmente por las glosas no subsanables sobre la facturación de vigencias anteriores ascendieron a \$523 millones, de las cuales se refacturo el 8%.

Al cierre del ejercicio el resultado es favorable para la Institución, sin embargo, se resalta que para el año 2018 las subvenciones en la suma de \$3.527 millones incidieron directamente en el resultado del periodo, para la vigencia 2019 no se suscribieron convenios ni contratos que pudieran ser clasificados como tal, de manera que es la venta de servicios y la contención en costos, el mayor impacto en el resultado del periodo. A continuación, se evidencia el estado integral comparativo 2019-2018:

CONCEPTO	PERIODOS		Variación
	2018	2019	2019/2018
<b>Venta de Servicios</b>	51.549,7	62.304,0	<b>20,9%</b>
<i>Menos: Costo de Ventas</i>	41.162,5	44.021,1	6,9%
<b>Utilidad Bruta</b>	<b>10.387,2</b>	<b>18.282,9</b>	<b>76,0%</b>
<i>Menos Gastos Administrativos</i>	10.394,7	13.723,6	32,0%
<i>Menos Deprec, deterioro</i>	918,8	2.625,4	185,7%
<b>Utilidad de Operacional</b>	<b>-926,3</b>	<b>1.933,9</b>	<b>-308,8%</b>
<i>Más transferencias y subvenciones</i>	3.526,6	0,0	-100,0%
<i>Más otros ingresos</i>	1.103,2	295,6	-73,2%





<i>Menos Otros Gastos</i>	655,9	624,0	-4,9%
<b>Resultado Presente Ejercicio</b>	<b>3.047,6</b>	<b>1.605,5</b>	<b>-47,3%</b>

Fuente: Informe Financiero – ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl 2019-2018

#### - Punto de Equilibrio

La venta de servicios de salud, necesaria para que el Hospital opere sin pérdidas ni ganancias debe ser de \$5.046 millones de pesos, si las ventas de servicios de salud están por debajo de ésta cantidad, el hospital perdería, por arriba de la cifra tendría utilidades. La E.S.E. Hospital culmina la vigencia 2019 con un promedio de ventas netas mensuales por valor de \$5.192 millones de pesos, superando el punto de equilibrio en un 3%

#### - Estado de Situación Financiera

Los bienes y derechos sobre los cuales se tienen el uso y control institucional, presentan un incremento del 9% con relación a la vigencia anterior reflejada principalmente en partidas como cuentas por cobrar y propiedad planta y equipo.

En cuanto al Pasivo Institucional se observa un crecimiento del 21% con relación a la vigencia 2018, debido principalmente a las operaciones de financiamiento de largo plazo, obligaciones con proveedores, y las provisiones para contingencias por litigios y demandas. El pasivo representa el 25% del total de los activos.

El total del Patrimonio asciende a la suma de \$45.912 millones de pesos, superando en un 5,5% a la vigencia 2018, tal como se observa a continuación:

CUENTAS	PERIODO DE ANÁLISIS		VARIACIÓN (%)
	2018	2019	2019/2018
<i>Activo corriente</i>	22.388,0	30.079,4	34,4%
<i>Activo no corriente</i>	33.890,0	31.260,4	-7,8%
<b>Total Activo</b>	<b>56.278,00</b>	<b>61.339,8</b>	<b>9,0%</b>
<i>Pasivo corriente</i>	12.503,0	15.259,4	22,0%
<i>Pasivo no corrientes</i>	248,0	168,0	-32,3%
<b>Total Pasivo</b>	<b>12.751,00</b>	<b>15.427,4</b>	<b>21,0%</b>
<i>Patrimonio institucional</i>	43.527,0	45.912,4	5,5%
<b>Total Pasivo y Patrimonio</b>	<b>56.278,00</b>	<b>61.339,8</b>	<b>9,0%</b>

Fuente: Informe Financiero – ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl 2019-2018

- Dictamen de los Estados Financieros (Revisor Fiscal)

Señores

**JUNTA DIRECTIVA.**

**ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN**

#### - INFORME SOBRE LOS ESTADOS FINANCIEROS.

Al respecto informo a la Junta Directiva que:

He auditado los Estados Financieros, que comprenden el Estado de Situación Financiera de la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN, con corte a 31 de Diciembre de 2019 y 2018 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 Pública, 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 2019 y el 31 de diciembre del mismo año, Periodo de Aplicación, de conformidad con la Ley 1314 de 2009, el Decreto 3022 de 2013; 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 e instructivo No 02/014 emitido por la CGN.

#### **- RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN EN RELACIÓN CON LOS ESTADOS FINANCIEROS.**

Los Estados Financieros certificados que se adjuntan son responsabilidad de la administración, quien superviso su adecuada elaboración de acuerdo de las Normas Internacionales de Contabilidad e Información Financiera entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre del mismo año, Periodo de Aplicación, de conformidad con la Ley 1314 de 2009, el Decreto 3022 de 2013; Contaduría General de la Nación (CGN) regulación contable del sector público, en concordancia con los objetivos de la Ley 1314 de 2009, marco normativo de 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; responsable de preparar Estados Financieros bajo Normas Internacionales de Contabilidad e Información Financiera (NIIF) a diciembre 31 de 2019 y 2018.

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.

#### **- OPINIÓN**

Una de mis funciones es la de expresar una opinión sobre dichos estados financieros, comparativos con los del 31 de Diciembre de 2019 y 2018 basado en mi auditoria. 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 2019, 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.

#### **- CUMPLIMIENTO DE NORMAS SOBRE DOCUMENTACIÓN Y CONTROL INTERNO.**

Declaro que, durante el periodo comprendido del 01 de enero y 31 de diciembre de 2019; se llevaron conforme a las normas legales y la técnica contable;

- Los libros de actas
- Las operaciones conforme a el estatuto y decisiones de la Junta Directiva;
- Conservación de la correspondencia y los comprobantes de las cuentas;
- Las medidas de control interno y de conservación, custodia de los bienes de la entidad o de terceros en su poder.

#### **- CUMPLIMIENTO DE OTRAS NORMAS.**

También se hicieron las verificaciones para asegurarse del cumplimiento de:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

#### **- 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 2019 el estado del Sistema de Control Interno en la entidad fue calificado en nivel SATISFACTORIO .

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 2019, fue satisfactorio.

La E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzón mantiene un sistema de Control Interno debidamente Implementado y con un nivel de desarrollo adecuado, enmarcados en los lineamientos del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno.

#### **- INFORME DE GESTIÓN.**

Revisado el Informe de Gestión presentado por la Administración, correspondiente al ejercicio de 2019, en el cual recopila las diferentes acciones que ha venido ejecutando la E.S.E, conforme a lo fijado en el Plan de Gestión 2016 – 2020 y especial en el Plan de Acción 2019, cuya evaluación consolidada alcanzó un grado de cumplimiento del 98,5%. 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.

Revisora Fiscal  
TP-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	Variables de calculo	Resultado 2019	Meta 2019
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 la gestión y el envío oportuno de la información solicitada por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud durante la vigencia fiscal de 2019. Por lo tanto, se **cumplió** con la meta propuesta para la vigencia fiscal de 2019 y con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver soporte de cumplimiento de envío de información de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud)

Entre las actividades realizadas por la ESE en este indicador se tienen las siguientes:

#### a). Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETIC)

Durante la vigencia fiscal de 2019, la ESE elaboró, adopto, socializó y publicó en su página de web, el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETIC), en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018 y durante la vigencia fiscal se realizaron las siguientes actividades:

- 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.

- Se realizó la adquisición y reposición de los equipos de cómputo, se implementó el Sistema de Análisis de Tráfico de Red y Monitoreo de Infraestructura de Telecomunicaciones Software, se realizó la Actualización, articulación e Integración de los Aplicativos a la Medida al Sistema de Información Institucional – Software, se avanzó en la segmentación de la red de datos institucional, se realizó la adquisición de un nuevo servidor con sus respectivas licencias de Windows Server, se realizó la actualización del SQL Server en el servidor de dominio,

#### b). Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información

Durante la vigencia fiscal de 2019, la ESE elaboró, adopto, socializó y publicó en la página de web, el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018 y durante la vigencia fiscal se realizaron las siguientes actividades:

- En seguridad de la información se logró avances importantes en la actualización de los inventarios de activos de información, se diseñó y socializó del plan de sensibilización de información, se socializó al interior de cada proceso los productos que se replicaran en los boletines o flash informativos que se genere en materia de seguridad de la información, se avanzó en la identificación, valoración y definición plan de tratamiento y seguimiento de riesgos de activos críticos, se logró gestionar el respaldo de la información almacenada en equipos de cómputo asignados al usuario teniendo en cuenta las herramientas TIC que se encuentran en la nube y se realizó el inventario de certificados de sitios seguros SSL asociados a aplicaciones correspondiente, indicando su vigencia.

#### c). Plan de Seguridad y Privacidad de la Información



Durante la vigencia fiscal de 2019, la ESE elaboró, adopto, socializó y publicó en su página de web, el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018 y durante la vigencia fiscal se evidencia el siguiente esquema de seguridad adoptado por la ESE.

**Ingresar a la Red de Datos.** Los usuarios de la ESE se autentican en sus equipos mediante un usuario y contraseña asignado previamente y que ha sido creado en el dominio del servidor. Sin ésta autenticación, el usuario no puede acceder a la red de datos de la institución. Una vez autenticado puede hacer uso de los recursos de la red de acuerdo a su rol de trabajo.

Cada usuario que ingresa a un equipo queda con un perfil de usuario el cual puede ser accedido únicamente por ese usuario. En este perfil queda almacenado entre otras los documentos (mis documentos), enlaces a páginas web (mis favoritos) y una serie de información adicional que es asociada a su cuenta de usuario.

**Roles.** Cada usuario tiene unos roles y unos atributos que lo habilitan o inhabilitan para el uso de ciertos recursos compartidos. Mediante estos roles se la filtra información que tiene que ver con el usuario autenticado, mitigando de esta manera el riesgo de que puede acceder a información que no es de su competencia.

En estos momentos se han creado grupos de seguridad para que la información común a un área sea compartida por los mismos miembros de esa área, creando directorios compartidos por los integrantes de esa área, mitigando de esta manera el riesgo de ser accedida por personas o usuarios de otras áreas.

**Usuario Dinámica Gerencial Hospitalaria.** Dentro del sistema integrado de información se manejan igualmente contraseñas y roles los cuales dan acceso al aplicativo de acuerdo a los roles asociados a cada cuenta. De esta manera cada usuario está asociado a unos procesos y procedimientos propios de su quehacer o día a día no siendo posible el acceso a las opciones que no son de su competencia.

**Esquema de copias de seguridad sistemas de información dinámica gerencial hospitalaria.** Teniendo en cuenta que los equipos de cómputo no son inmunes a las averías de discos por ser partes fungibles, averías de virus (están a la orden del día) o a eliminaciones por accidente de información, se hizo imperativo tener un sistema de backup robusto que se actualice periódicamente de tal manera que prevenga la pérdida de datos. En este orden de ideas se estructuró el esquema actual de seguridad diseñado para la información de la base de datos de Dinámica Gerencial Hospitalaria, y la cual se ampliará pronto a la información o archivos de trabajo almacenados por los usuarios en las unidades compartidas habilitadas en el servidor.

A continuación, se detalla el esquema de copias de seguridad que nos permite asegurar la información con unos márgenes mínimos de pérdida que en el peor de los casos sería de 2 horas.

#### Backup Total:

1. Se ejecutará esta copia cada domingo a las 4:00 horas. Esta copia se sacará en DVD o Cinta para almacenamiento externo y se tendrá una copia adicional en un equipo destinado para ello.

Programación Copia	Hora
Cada domingo	04:00

2. Se ejecutará esta copia cada primer día del mes a las 00:01 horas. Esta copia se almacenará para archivo histórico de copias y debe tenerse copia tanto intramural como extramural.



Programación Copia	Hora
Primer día del mes	01:00

### Backup Diferencial

Se ejecuta diariamente una copia como se especifica a continuación.

Programación Copia	Hora
Copia Diferencial	13:00

### Backup Incremental

Se ejecutará cada dos (2) horas en el día, iniciando a las 2:00, de tal manera que esta copia se ejecutaría en el siguiente horario:

Programación Copia	Hora
Primera copia del día	02:00
Segunda copia	04:00
Tercera copia	06:00
Cuarta copia	08:00
Quinta copia	10:00
Sexta copia	12:00
Séptima copia	14:00
Octava copia	16:00
Novena copia	18:00
Decima copia	20:00
Decima primera copia	22:00
Decima segunda copia	24:00

Para el proceso de conservación y almacenamiento del Backup Total y Backup Diferencial, se utilizará el esquema de seguridad GFS (Grand father, Father, Son), en el esquema planteado anteriormente, las copias Diferenciales sería las copias Son (hijo), las copias Full semanales serían las copias Father (padre) y las copias mensuales serían las copias Grand Father (abuelo).

Actualmente las copias de seguridad una vez realizadas en el disco del servidor se están pasando a DVD para ser almacenadas extramuralmente para mitigar el riesgo de pérdida de información allanándonos de esta manera a las políticas de seguridad.

### Conservación de copias

Las copias mensuales se guardarán como históricos

Las copias semanales totales se guardarán las de las últimas tres semanas

Las copias diarias Diferenciales se guardarán en su totalidad y serán depuradas periódicamente cada seis (6) meses.



**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 2019	Meta 2019
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 2019. Por lo tanto, se **cumplió** con la meta propuesta para la vigencia fiscal de 2019 y con el estándar fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver Certificado de cumplimiento de envío de información del Decreto 2193 de 2004, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social).

- Durante la vigencia fiscal de 2019, la ESE adquirió equipos de cómputo e impresoras para fortalecer el Sistema de Información, los cuales fueron dados en operación en la vigencia fiscal.

- 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 2019, alcanzó un logro de desarrollo del 90%.

**a). Plan Institucional de Archivo (PINAR)**

Durante la vigencia fiscal de 2019, la ESE elaboró, adopto, socializó y publicó en su página de web, el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018 y durante la vigencia fiscal se realizaron las siguientes actividades:

- Elaboración de los Registros de Activos de Información y el Índice de Información Clasificada y Reservada según lo fijado por la Ley 1712 de 2014, los cuales, fueron aprobados por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y adoptados según resolución No. 0893 de Julio 30 de 2019.

- Se realizó acompañamiento y seguimiento en la implementación y aplicación de las Tablas de Retención Documental – TRD en cada una de las unidades funcionales de la ESE.

- Elaboración del Reglamento Interno de Archivo, el cual fue aprobado mediante Acta No 18 de Noviembre 27 de 2019 por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la ESE y adoptado mediante Resolución No 1415 de Noviembre 28 de 2019.

- Se elaboró técnicamente el inventario de estado natural del Fondo Documental Acumulado y las Tablas de Valoración Documental (TVD).





## 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 2019	Meta 2019
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	96,6%	≥0.91
	146	141		

Durante la vigencia fiscal de 2019, la ESE realizó la Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes, en forma semestral.

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

En el **Primer Semestre** la auditoría medica responsable de evaluación de la guía en cuestión, con apoyo de la coordinación del Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalario, realizó la identificación a través de los códigos CIE-10 de los casos inherentes a los eventos de Hemorragias del III trimestre sucedidos entre el 1º de Enero y el 30 de Junio de 2019, lográndose identificar 30 casos de usuarias con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con dicho diagnóstico. La Auditoría mediante la fórmula de muestreo aleatorio determino una muestra de 10 historias clínicas objeto de revisión Una vez auditadas las 10 historias clínicas la auditoría determina que cumplieron con la aplicación estricta de la Guía de Manejo para Hemorragias del III trimestre.

En el **Segundo Semestre** la auditoría medica responsable de evaluación de la guía en cuestión, con apoyo de la coordinación del Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalario, realizó la identificación a través de los códigos CIE-10 de los casos inherentes a los eventos de Hemorragias del III trimestre sucedidos entre el 1º de Julio el 31 de Diciembre de 2019, lográndose identificar 30 casos de usuarias con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con dicho diagnóstico. La Auditoría mediante la fórmula de muestreo aleatorio determino una muestra de 3 historias clínicas objeto de revisión Una vez auditadas las 3 historias clínicas la auditoría determina que cumplieron con la aplicación estricta de la Guía de Manejo para Hemorragias del III trimestre.



En síntesis, en la vigencia fiscal de 2019, se revisaron y analizaron 13 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 13 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:  $I = 13/13 = 100\%$  lográndose **cumplir** la meta fijada en el Plan de Gestión 2019 la cual fue  $\geq 0.91$  y por ende se logra cumplir con el estándar  $\geq 0.80$  fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

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

En el **Primer Semestre** la auditoría médica 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 2019, lográndose identificar 85 casos de usuarias con trastorno hipertensivo en el embarazo atendidas en la ESE. La Auditoría mediante la fórmula de muestreo aleatorio determinó una muestra de 79 historias clínicas objeto de revisión. Una vez, realizada la auditoría de las historias clínicas, se logró determinar que en 75 de las historias clínicas se dio aplicación estricta a la Guía de Manejo específica para trastornos Hipertensivos gestantes.

En el **Segundo Semestre** la auditoría médica 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 2019, lográndose identificar 70 casos de usuarias con trastorno hipertensivo en el embarazo atendidas en la ESE con dicho diagnóstico. La Auditoría mediante la fórmula de muestreo aleatorio determinó una muestra de 54 historias clínicas objeto de revisión. Una vez, realizada la auditoría de las historias clínicas, se logró determinar que en 53 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 2019, se revisaron y analizaron 133 historias clínicas de usuarias con trastornos Hipertensivos en el embarazo atendidas en la ESE, de las cuales una vez auditadas, se evidencia que, a 128 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:  $I = 128/133 = 96,2\%$ , lográndose **cumplir** la meta fijada en el Plan de Gestión para la vigencia fiscal de 2019 la cual fue  $\geq 0.91$  y por ende se logra el cumplimiento del estándar  $\geq 0.80$  fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

Recapitulando, durante la vigencia fiscal de 2019, se revisaron y analizaron por auditoría 146 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 141 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  $I = 141/146 = 96,6\%$  lográndose **cumplir** la meta fijada en el Plan de Gestión para la vigencia fiscal de 2019 la cual fue  $\geq 0.91$  y por ende se logra el cumplimiento del estándar  $\geq 0.80$  fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.



En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE, formulado en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018).

Entre otras actividades se realizaron:

- El gestor de la Unidad Funcional de Urgencias realizó la socialización y resocialización 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 2019.

- El gestor de la Unidad Funcional 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 2019.

- 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 2019	Meta 2019
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	93%	≥0.95
	110	118		

Durante la vigencia fiscal de 2019, 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 67 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 61 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 2019, tomando como muestra aleatoria 51 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 49 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 2019, se revisaron y analizaron 118 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 110 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:  $I = 110/118 = 93\%$ , no lográndose **cumplir con** la meta fijada en el Plan de Gestión 2019 la cual fue  $\geq 0.95$ , pero sí se logra cumplir el estándar  $\geq 0.80$  fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE, formulado en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018).

Entre otras acciones se realizaron:

- La auditoría concurrente y la coordinación médica, 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		Resultado 2019	Meta 2019
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	94,5%	$\geq 0.92$
	534	565		

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 Apendicectomía antes de 6 horas DX	Total de Apendicectomías realizadas	%
Primer	98	107	91,6%
Segundo	139	145	95,9%
Tercer	158	164	96,3%
Cuarto	139	149	93,3%
<b>Total</b>	<b>534</b>	<b>565</b>	<b>94,5%</b>

Como se observa en el cuadro anterior, durante la vigencia de 2019, se realizaron en la ESE un total de 565 Apendicectomía, de las cuales 534 Apendicectomía fueron intervenidas antes de 6 horas de diagnosticada la Apendicitis Aguda, obteniéndose como resultado del indicador el siguiente:  $I = 534/565 = 94,5\%$ , por lo tanto se **cumple** con la meta fijada para el 2019 en el Plan de Gestión la cual fue de  $\geq 0.92$  y por consiguiente con el estándar  $\geq 0.90$  definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.



En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver Informe de la Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces, formulado en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018).

- Durante el año 2019 el auditor médico y la coordinación de urgencias, realizaron las auditorías de las historias clínicas para medir la oportunidad en la realización de Apendicectomía 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 2019	Meta 2019
	2019	2018		
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
	<b>Cero casos</b>	<b>Cero Casos</b>		

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 2019 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 2019 y el estándar **Cero o variación negativa** fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente, formulado en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018)

- 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 2019	Meta 2019
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	Pacientes a quienes se les inicio la terapia especifica dentro de la	Total de pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia.		



Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia.	primera hora del diagnóstico		100%	≥0.94
	180	180		

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 2019, se identificaron en la ESE un total de 180 pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio que ingresaron al servicio de urgencias, de los cuales 180 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:  $I = 180/180 = 100\%$ , por lo tanto se logra **cumplir** con la meta fijada para el 2019 en el Plan de Gestión la cual fue de  $\geq 0.94$  y por consiguiente se supera el estándar  $\geq 0.90$  definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver Informe Comité de Historias Clínicas de la ESE, formulado en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018).

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

- El gestor de la Unidad Funcional 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 2019	Meta 2019
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
	92	92		

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	100%



Segundo	26	26	100%
Tercer	27	27	100%
Cuarto	15	15	100%
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>100%</b>

Como se evidencia en el cuadro anterior, durante la vigencia de 2019 se presentaron en la ESE un total de 92 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:  $I = 92/92 = 1,0$  dándose así **cumplimiento** con la meta fijada para el 2019 en el Plan de Gestión la cual fue de = 1,0 y por consiguiente con el estándar  $\geq 0.90$  definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente, formulado en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018).

- Durante la vigencia fiscal de 2019, 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: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría**

Formula	Variables de calculo		Resultado 2019	Meta 2019
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/Número total de citas de pediatría primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	Sumatoria de diferencia de días calendario	Total de citas de pediatría primera vez	4,5 días	$\leq 4.5$
	22.792	5.111		

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 2019, obteniéndose una sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, igual a 22.792 días y un total anual de 5.111 citas de pediatría primera vez realizadas.

Aplicando la fórmula del indicador, el tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría para el año 2019 en el Hospital Departamental San Vicente de Paúl, fue de 4.4 días, así:  $I = 22.792/5.111 = 4,5$  Días, por lo tanto,



se logra **cumplir** con la meta fijada para el 2019 en el Plan de Gestión la cual fue de  $\leq 4.5$  días y por consiguiente el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018, el cual, es igual a  $\leq 5.0$  días.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver Ficha Técnica de la página web del Sistema de Información Hospitalario (SIHO) del Ministerio de Salud y Protección Social)

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

Durante el año de 2019, la ESE contó con siete (7) médicos especialistas en pediatría, con los cuales se dio cumplimiento cabal al indicador.

#### **INDICADOR No. 19: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.**

Formula	Variables de calculo		Resultado 2019	Meta 2019
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/Número total de citas de Obstetricia primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	Sumatoria de la diferencia de días calendario	Total de citas de Obstetricia primera vez	4,0 días	$\leq 4.0$
	14.519	3.630		

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 2019, obteniéndose la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, igual a 14.519 días y un total anual de 3.630 citas de Obstetricia primera vez realizadas.

Aplicando la fórmula del indicador, el tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia para el año 2019 en el Hospital Departamental San Vicente de Paúl, fue de 4,0 días, así:  $I = 14.519/3.630 = 4,0$  Días, lográndose cumplir cabalmente la meta fijada para el 2019 en el Plan de Gestión la cual fue de  $\leq 4.0$  días y se logra **cumplir** el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018, que es igual a  $\leq 8$  días.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver Ficha Técnica de la página web del Sistema de Información Hospitalario (SIHO) del Ministerio de Salud y Protección Social)

- 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 2019, la ESE contó con seis (6) médicos 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: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.**

Formula	Variables de calculo		Resultado 2019	Meta 2019
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación/Número total de citas de Medicina Interna primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	Sumatoria de la diferencia de días calendario	Total de citas de medicina Interna primera vez	9,6 días	≤ 11.0
	87.548	9.102		

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 2019, obteniéndose una sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, igual a 87.548 días y un total anual de 9.102 citas de Medicina Interna realizadas.

Aplicando la fórmula del indicador, el tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna en el Hospital Departamental San Vicente de Paúl, fue de 9,6 días, así:  $I = 87.548/9.102 = 9,6 \text{ Días}$ , por lo tanto, se logra **cumplir** con la meta fijada para el 2019 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 0408 de 2018, el cual, es igual a ≤ 15 días.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2019 (Ver Ficha Técnica de la página web del Sistema de Información Hospitalario (SIHO) del Ministerio de Salud y Protección Social)

- 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 2019, la ESE contó con cuatro (4) 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 2019, el número de usuarios que asistieron a la ESE decreció en el (-0,41%) frente a lo observado en el año de 2018, evidenciándose un total de 54.943 usuarios que asistieron por primera vez al Hospital Departamental San Vicente de Paúl, tal como se observa a continuación:



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

Fuente: Sistema de Información de la ESE 2019

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 57,8%, seguidos por los habitantes de Gigante con el 9,6%, Guadalupe con el 7,1%, Tarqui con el 6%, Suaza con el 5,9%, Pital con el 4,2%, entre otros.

#### 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. 00001342 de Mayo 29 de 2019 "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Territorial para la vigencia fiscal 2019 y se dictan otras disposiciones".

- Durante la vigencia fiscal de 2019, la Gerencia realizó inversiones con recursos propios por la suma de \$342.595.468 M/cte en equipos de cómputo (antivirus, cargadores, baterías, impresoras, cte); en suministro e instalación de tuberías redes de oxígeno, aires acondicionados y tanque de almacenamiento de agua por la suma de \$81.258.728 M/cte; compra de equipos biomédicos y repuestos por la suma de \$631.951.621 M/cte; adquisición de una ambulancia de transporte asistencial medicalizada por la suma de \$225.000.000 M/cte (cofinanciada con el Ministerio de Salud y Protección Social), para un total de recursos propios de **\$1.188.205.817 M/cte** y del Ministerio de Salud por valor de **\$92.600.000 M/cte**

- En materia financiera y administrativa, las 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 a 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 recursos 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.

- 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.

- 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 2019, superando inclusive los estándares fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018, 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 del tiempo promedio de espera para la asignación de cita médica especializada en Pediatría, Obstetricia y Medicina Interna.

Preparó: Cicerón Cuchimba Patío.

Profesional de Apoyo a la Gestión

Servidores públicos del ESE, gestores de Unidades Funcionales.



## 5. ANEXOS

### SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE INDICADORES Y METAS 2019

1. Documento de Autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior 2019 - 2018
2. Reporte de la Superintendencia Nacional de Salud 2019
3. Informe del responsable de planeación de la ESE, de lo contrario informe de control interno de la entidad, en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018. (Anexo 3: Seguimiento y Evaluación de la Ejecución del Plan de Acción o Táctico a Diciembre 31 de 2019).
4. Copia de una parte Resolución No.00001342 de Mayo 29 de 2019 "Por la cual se efectúa la categorización del Riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia de 2019 y se dictan otras disposiciones"
5. Ficha Técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social - Indicador 5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida 2019-2018.
6. Certificación suscrita por el Revisor Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de control interno de la ESE, en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018.
7. Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con el Revisor Fiscal, suscrita por el Contador de la ESE, en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018.
8. Informe del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las Actas de sesión de Junta Directiva, en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018.
9. Ficha Técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social - Indicador 9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudos 2019
10. Reporte de la Superintendencia Nacional de Salud.
11. Certificado de cumplimiento de envío de información del Decreto 2193 de 2004, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social
12. Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE, en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018.
13. Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE, en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018.
14. Informe de la Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces, en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018.
15. Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de seguridad del paciente, en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018.
16. Informe Comité de Historias Clínicas de la ESE, en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018.
17. Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de seguridad del paciente, en las condiciones fijadas por la Resolución 0408 de 2018.
18. Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social - 2019
19. Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social - 2019
20. Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social - 2019

### OTROS ANEXOS:

21. Copia Resolución 0062 de Enero 22 de 2019 "Por la cual se adopta el Plan de Acción o Táctico para la vigencia fiscal de 2019", la Resolución 0599 de Mayo 3 de 2016 " Por medio de la cual se adopta el Plan de Desarrollo



Institucional o Plan de Gestión 2016 – 2020 Ajustado según Acuerdo 003 de Marzo 9 de 2018 y Resolución 0759 de Junio 18 de 2019“Por la cual se modifica la meta de un indicador del Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión 2016 -2020 y se ajusta el Plan de Acción o Táctico para la vigencia fiscal de 2019 del Plan de Gestión 2016 - 2020”

22. Anexo Autoevaluación de la Gestión del Gerente vigencia fiscal - 2019.