



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 - 2018

EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN

NÉSTOR JHALYL MONROY ATIA
Gerente

**GARZON - HUILA
MARZO - 2019**



JUNTA DIRECTIVA

REPRESENTANTES SECTOR POLÍTICO – ADMINISTRATIVO

Dr. Carlos Julio González Villa

Gobernador del Huila

Dra. Gloria Esperanza Araujo Coronado

Secretario de Salud Departamental

Dr. Edgar Bonilla Ramírez

Alcalde de Garzón

REPRESENTANTES DEL SECTOR CIENTÍFICO

Dr. Miller Bautista Rico

Representante Estamento Científico

Dr. Jairo Antonio Rodríguez Rodríguez

Representante Decano Facultad de Salud

REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD Y GREMIOS

Sr. Henry Cediél Benavidez

Representante Gremios de la Producción

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	14
2.2. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	31
2.2.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Financiera y Administrativa	31
. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	59
2.3.1. Indicadores y Metas de Resultado del Área Clínica o Asistencial	59
3. POBLACIÓN OBJETO Y USUARIOS BENEFICIARIOS	67
4. CONCLUSIONES	68
5. ANEXOS	70



PRESENTACIÓN

El informe de gestión consolidado a Diciembre 31 de 2018, 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 plan operativo 2018, cuya evaluación consolidada a Diciembre 31 de 2018, alcanzo un grado de cumplimiento del 94,6%

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 plan operativo 2018 del 97,9% 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 2018, 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 plan operativo 2018 del 87,5% 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 plan operativo 2018 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



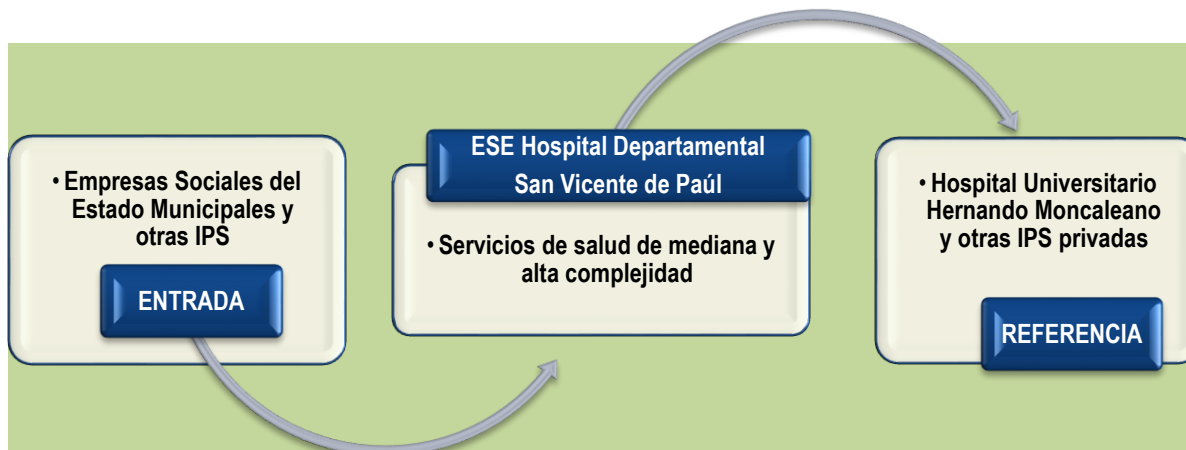
1. ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA ESE

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, Tarqui, Suaza, Pital y Guadalupe, los cuales se constituyen en el área de influencia directa de la empresa y quienes remiten sus usuarios a servicios de mediana y alta complejidad que presta el hospital San Vicente de Paúl y de éste al de mayor complejidad Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y/o Instituciones privadas de prestación de servicios.



La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, es una institución de mediana complejidad y con servicios complementarios de mayor complejidad, dotado de una variedad de servicios que incluyen entre otros Urgencias y Observación, Ginecoobstetricia, Cirugía, Esterilización, internación general adultos, general pediátrica, Cuidados Intensivos Adultos y Neonatal, Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnosticas, Transporte Asistencial Básico y Medicalizado, Cardiología y diagnóstico cardiovascular, Gastroenterología, Banco de Sangre y Servicio Transfusional, Farmacia, Fisioterapia, Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje, Psicología, Neuropsicología, Terapia Respiratoria,



Terapia Ocupacional, Consulta Externa, Epidemiología, Información y Atención al Usuario, Promoción y Prevención, 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 plan operativo 2018, 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 2018.

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 plan operativo 2018, 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 los desarrolla la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, para garantizar a sus usuarios accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención en salud, así:

a). Sistema Único de Habilitación en el Hospital

Entendido como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB).

La Empresa Social del Estado hospital Departamental San Vicente de Paúl, cumple cabalmente con las condiciones del Sistema Único de Habilitación, señaladas previstas en la ley 715 del 21 de Diciembre de 2001, en el Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006, y de los estándares previstos en la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 del Ministerio de



la Protección Social para los servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad declarados por la ESE, tal como lo Certifica la Gobernación del Huila - Secretaría de Salud Departamental, mediante la Resolución No. 2329 de 2015 "Por la cual se Certifica el cumplimiento de las Condiciones del Sistema Único de Habilitación y sistema de información y del PAMEC de un Prestador de Servicios de Salud.

Anualmente el equipo de calidad conformando por líder de mejora continua, gestora sistema único de habilitación, líder del programa de seguridad del paciente y gestora del sistema único de información en conjunto con químico farmacéutico, ingeniero biomédico, gestora esterilización y coordinador de mantenimiento, realizan la inspección y autoevaluación de cada uno de los servicios habilitados con los respectivos gestores auditados de las unidades funcionales, con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación de acuerdo a cada uno de los estándares de la resolución 2003 de 2014 y realizan la respectiva calificación. De acuerdo a los hallazgos presentados se elabora el plan de mejoramiento y se fijan responsables y fechas de cumplimiento. Es importante tener cuenta que los hallazgos no corresponden a incumplimientos, sino que están enfocados en el mejoramiento de procesos, mantenimiento de infraestructura y renovación de tecnología. Ante las observaciones realizadas, se realiza el seguimiento mensual en el respectivo comité de calidad.

Así mismo dando cumplimiento a la nueva resolución No.2003 de 2014 se realiza el proceso de renovación de habilitación de servicios de salud de cincuenta (50) 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 (36) servicios habilitados.

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

Sede Ambulatorio con código de habilitación No. 412980041903 dispone de doce (10) servicios habilitados, tal como se evidencia su registro en la plataforma del Ministerio de Salud y Protección Social en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSS). Se realizó el proceso de certificación de autoevaluación con vigencia de un (1) año, la cual vence el día 30 de enero de 2020.

La empresa realizó novedades de apertura de servicio de atención pre hospitalaria con el fin de mejorar la integralidad de la atención en salud. Se realizó cierre definitivo del servicio de urología para procedimientos quirúrgicos y consulta. La institución se encuentra en proceso de adquisición de equipos para habilitar nuevamente el servicio de urología, además adelantando información necesaria para presentar proyecto para la apertura de servicios de cirugía plástica y dermatología.

- Capacidad instalada

La Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, dispone de una capacidad instalada registrada en el Ministerio de Salud y Protección Social, de cien (100) camas para los servicios de hospitalización Adultos, Obstetricia, Pediatría, Cuidados Intensivos Neonatal y Cuidados Intensivos Adultos; tres (3) salas de Cirugía y dos (2) salas para Partos.

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



En materia de transporte para el traslado de usuarios de la ESE a otras instituciones prestadoras de servicios de salud de mayor complejidad, dispone de tres (3) ambulancias Medicalizadas y dos (2) ambulancia de transporte básico asistencial. La institución se encuentra en proceso de radicación de novedad para la ampliación de capacidad instalada de nueva ambulancia de transporte básico asistencial.

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

De acuerdo a la Resolución 000123 de Enero 26 de 2012 "Por la cual se modifica el artículo 2º de la Resolución No. 1445 de 2006" y adopta el Manual de Estándares de Acreditación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se continuó el programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud vigencia 2018 adoptado por la Resolución 175 de 2018 "Por el cual se adopta el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) para la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl" cuyo objetivo es describir e implementar el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios en la ESE.

En desarrollo del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, la ESE se ha enfocado a la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios; de acuerdo a la evaluación de estándares de acreditación según resolución 123 de 2012, 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 en 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 Acreditacion

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

Sistema Único de Acreditación en Salud, es entendido como el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2º del Decreto 903, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho sistema se regirá por lo dispuesto en el Decreto en cuestión y en las normas que lo modifiquen, 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 Acreditacion en Salud, se orienta por los siguientes principios:

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



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

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

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

En esta materia, la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl 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 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

- **Política de Seguridad del Paciente**

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

ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul implementa un programa de seguridad del paciente en el cual se encuentran las herramientas para la detección, reporte y análisis de los eventos adversos e incidentes, así como también las estrategias para el fortalecimiento de la cultura de seguridad institucional.

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 velar por el cumplimiento en cada uno de los servicios de todas aquellas actividades encaminadas a garantizar la seguridad del paciente en la empresa. 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 de Análisis de Modos de Fallas y Efectos (AMFE). El Análisis de Modos de fallas y sus Efectos (AMFE), es una herramienta para evaluar las distintas formas en que puede fallar la atención en salud 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

RESOLUCIÓN 0256 DE 2016 (SUPERSALUD)INDICADORES PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD / SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD S.O.G.C.S)				CONSOLIDADO AÑO 2017		CONSOLIDADO AÑO 2018	
INDICADOR DE CALIDAD AÑO 2017-2018	VARIABLES	DATOS	Índice	DATOS	Índice		
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - MEDICINA INTERNA	1.1.2.1.Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas Medicina Interna	ACCESIBILIDAD	79.122	9,5	95.821	10,8	
	1.1.2.1 No. de consultas de Medicina Interna asignadas por primera vez al usuario	OPORTUNIDAD	8.372		8.834		
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - GINECOLOGÍA	Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas Ginecología	ACCESIBILIDAD	23.169	3,9	20.212	4,0	
	No. de consultas de Ginecología asignadas por primera vez al usuario	OPORTUNIDAD	5.985		5.069		
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA -OBSTETRICIA	Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas Obstetricia	ACCESIBILIDAD	9.416	3,8	14.389	4,0	
	No. de consultas de Obstetricia asignadas por primera vez al usuario	OPORTUNIDAD	2.482		3.615		
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA – PEDIATRÍA	1.1.2.3. Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas pediátricas	ACCESIBILIDAD	18.356	4,2	20.991	4,4	
	1.1.2.3. No. de consultas de pediatría asignadas por primera vez al usuario	OPORTUNIDAD	4.379		4.768		
OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA – CIRUGÍA	1.1.2.4. Total de días entre las solicitudes y asignaciones de las citas para cirugías	ACCESIBILIDAD	31.661	10,1	34.457	8,9	
	1.1.2.4. No. de consultas de cirugía general asignadas por primera vez al usuario	OPORTUNIDAD	3.129		3.890		
	Total de días entre las solicitudes y atenciones en imagenología y Dx general		32.617	1,0	30.947	1,0	



OPORTUNIDAD DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA Y DIAGNOSTICO GENERAL - RADIOLOGÍA SIMPLE	No. de atenciones en servicios de imagenología y Dx general - Radiología Simple	ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD	32.617		30.947	
OPORTUNIDAD DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA Y DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO - (TOMOGRAFIAS- MAMOGRAFIAS)	Total de días entre las solicitudes y atenciones en imagenología y Dx Especializada	ACCESIBILIDAD	37.434	2,0	36.970	2,0
	No. atenciones en imagenología y Dx Especializado - Tomografías - Mamografías	OPORTUNIDAD	18.717		18.485	
OPORTUNIDAD EN LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO	Total de días en toma de Muestra de Laboratorio Clínico Básico	ACCESIBILIDAD	277.621	1,0	263.042	1,0
	No. de Tomas de Muestra de Laboratorio Clínico Básico	OPORTUNIDAD	277.621		263.042	
OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS TRIAGE II	I.1.4.0 Total de minutos entre las solicitudes de urgencias y la atención por el médico gener	ACCESIBILIDAD	614.138	26,9	822.233	28,7
	I.1.4.0 No. de usuarios atendidos en consulta de urgencias	OPORTUNIDAD	22.870		28.664	
OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA	I.1.7.0 Total de días entre las solicitudes y atenciones en Cirugías Programadas	ACCESIBILIDAD	51.770	23,6	88.699	35,8
	I.1.7.0 No. de cirugías programadas realizadas	OPORTUNIDAD	2.194		2.477	
PROPORCIÓN GLOBAL CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA (causas Pacientes+ causas aseguradora + causas Institucionales)	I.1.3.0 No. de cirugías canceladas	ACCESIBILIDAD	211	9%	168	6%
	I.1.3.0 No. de cirugías programadas X100	OPORTUNIDAD	2.405		2.645	
PROPORCIÓN DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	I.2.1 No. de pacientes que reingresan a hospitalización antes de 20 días por la misma X100	CALIDAD TECNICA	16	0,2%	23	0,3%
	I.2.1 No. de egresos vivos en el período		9.063		9.060	
TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUÉS DE 48 HORAS	I.3.1 No. de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso X1000	GERENCIA DEL RIESGO	104	11,3	92	10
	I.3.1 No. de pacientes hospitalizados		9.243		9.598	
TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA	I.3.2 No. de Infecciones asociadas al cuidado de la salud detectados X100	GERENCIA DEL RIESGO	97	1,0%	111	1%
	I.3.2 No. de pacientes hospitalizados		9.243		9.598	
proporción DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	I.3.3 No. de eventos adversos detectados y gestionados	GERENCIA DEL RIESGO	87	100%	284	100%
	I.3.3 No. de eventos adversos detectados X100		87		284	
TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL	I.4.1 No. de pacientes satisfechos con los servicios prestados por la IPS	SATISFACCIÓN / LEALTAD	4.739	90,9%	5.044	94,1%
	I.4.1 No. de pacientes encuestados por la IPS X100		5.214		5.363	

Fuente: Sistema de Información de la ESE - Dinámica Gerencial comparativo 2018-2017

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

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

De acuerdo a la información de producción de servicios de la ESE consolidada a Diciembre 31 de 2018, 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 2018, comparativamente con la producción lograda en el mismo periodo del año 2017, Así:

Código	Concepto	PRODUCCIÓN		VARIACIÓN
		2017	2018	
338	Dosis de biológico aplicadas	2.507	4.534	80,9%
340	Citologías cervicovaginales tomadas	562	53	-90,6%
342	Consultas de medicina general electivas realizadas	74	60	-18,9%
343	Consultas de medicina general urgentes realizadas	30.740	31.308	1,8%
344	Consultas de medicina especializada electivas realizadas	62.134	70.325	13,2%
750	Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	5.855	5.995	2,4%
430	Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometría y otras)	5.886	7.986	35,7%
351	Partos vaginales	1.666	1.567	-5,9%
352	Partos por cesárea	757	707	-6,6%
354	Total de egresos	12.908	22.132	71,5%
355	...Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	3.290	3.309	0,6%
356	...Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	4.223	6.500	53,9%
357	...Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	5.395	12.323	128,4%
358	Pacientes en Observación	11.785	12.975	10,1%
673	Pacientes en Cuidados Intermedios	834	1.199	43,8%
359	Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	640	1.062	65,9%
360	Total de días estancia de los egresos	28.185	29.166	3,5%
361	...Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	4.012	3.595	-10,4%
362	...Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin incluir partos, cesáreas y otros obstétricos)	8.389	8.033	-4,2%
363	...Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	15.784	17.538	11,1%
364	Días estancia Cuidados Intermedios.	2.190	2.148	-1,9%
365	Días estancia Cuidados Intensivos	2.003	1.986	-0,8%
366	Total de días cama ocupados	30.951	30.535	-1,3%
367	Total de días cama disponibles	35.770	35.901	0,4%
369	Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	9.146	8.746	-4,4%
370	...Cirugías grupos 2-6	4.643	4.118	-11,3%
371	...Cirugías grupos 7-10	3.719	3.689	-0,8%
372	...Cirugías grupos 11-13	404	469	16,1%
373	...Cirugías grupos 20-23	380	470	23,7%
375	Exámenes de laboratorio	277.303	263.630	-4,9%
376	Número de imágenes diagnósticas tomadas	52.511	49.554	-5,6%
433	Número de sesiones de terapias respiratorias realizadas	22.480	24.383	8,5%
432	Número de sesiones de terapias físicas realizadas	45.982	39.984	-13,0%
431	Número de sesiones de otras terapias (sin incluir respiratorias y físicas)	26.118	33.115	26,8%

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 2018 se incrementó el 2,8% frente a lo observado en el año 2017. Entre los servicios que se incrementan están los de otras consultas con el 35,7%, número de sesiones de otras terapias con el 26,8%, consulta de medicina especializada electiva con el 13,2%, consulta de medicina especializada urgente con el 2,4% y consulta de medicina general con el 1,8%, entre otros.



No obstante, se evidencia una reducción del (-13,0%) de las sesiones de terapias física, del (-6,6) en los partos por cesárea, (-5,9%) en los partos vaginales, (-5,6%) en las imágenes diagnósticas tomadas, (-4,9%) en los exámenes de laboratorio clínico, (-4,4%) en los procedimientos de cirugía, entre otras, frente a lo evidenciado en el año 2017.

Durante el año de 2018, de los **días estancia cuidados intermedios** reportados en los registros de producción anterior, el 66% corresponde a estancias de Neonatos y el 34% a estancias de Adultos. Ahora bien, de los **días estancia cuidados intensivos** de los mismos registros de producción, el 65% corresponde a estancias de Adultos y el 35% a estancias de Neonatos. Similar comportamiento se evidencio en el año 2017.

Respecto de las imágenes diagnosticas se logró evidenciar que, en el año de 2018 el 56% fueron imágenes de Radiología, el 26% a Ecografías, el 11% 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 2017.

2.1.2. Gestión de Ejecución del Plan de Acción o Plan Operativo de 2018

El Plan de Desarrollo Institucional 2016 - 2020 se materializa en la ejecución del Plan de Acción o plan operativo 2018, el cual con corte a Diciembre 31 de 2018, alcanzo un cumplimiento consolidado del 94,6% de los indicadores y metas programadas durante la vigencia fiscal, tal como se observa en el **Anexo 3: Monitoreo, Seguimiento y Evaluación de la Ejecución a Diciembre 31 de 2018**.

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 2018	Meta 2018
Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.	2018	2017	1,03	≥1.25
	3,2	3,1		

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 2018, 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. RES. 5095 DEL 2018		
CALIFICACIÓN 2018 LÍNEA DE BASE 2019		
LÍDER DE GRUPO: COORDINADOR GESTION 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 RES. 123 DEL 2012		
LÍDER DE GRUPO:COORDINADOR GESTION 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
	GESTION 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

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 2018 de tres puntos dos (3.2). Ahora bien, como la calificación promedio global para el año 2017, fue de tres puntos uno (3,1), el indicador (Promedio de la calificación de la autoevaluación en la 2018/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia 2017) es igual a: $I = 3.2/3.1 = 1,03$ puntaje por debajo de la meta programada de ≥ 1.25 para el año 2018.

Por lo tanto, no se logra **cumplir** el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para este indicador (≥ 1.20) en la Resolución 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)**.



Entre otras acciones se desarrollaron las siguientes:

- Se realizaron auditorías de procesos tales como servicios de urgencias, uso y rehuso, aislamiento hospitalario, imágenes diagnósticas, en otras, a través de las cuales se generaron y ejecutaron los planes de mejora.
- Se gestionó y se realizaron siete (7) 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 realizaron las auditorías de adherencia de aplicación del manual de buenas prácticas de esterilización, a través de las cuales se generaron y ejecutaron los planes de mejora.
- Se realizó la difusión del programa de humanización mediante campañas, talleres y capacitaciones al personal de la ESE, así mismo, se realizó seguimiento y evaluación al mismo y se hizo medición de percepción de humanización.
- Se dio continuidad con el programa de seguridad del paciente, en los términos fijados por el Ministerio de Salud y Protección Social, se educó a los usuarios en autocuidado de su salud y se realizó la gestión y análisis de los eventos adversos y se generaron y se ejecutaron los planes de mejora.
- Durante la vigencia de 2018, la oficina de atención al usuario aplicó 5.363 encuestas a los usuarios para medir su satisfacción frente a los servicios prestados, cuyo resultado final muestra un índice de satisfacción global del 94,1%, 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 28,7 minutos de espera. Se realizó el análisis mensual de los casos de mortalidad en urgencias, generando las acciones de mejora del servicio; así mismo, se realizaron eventos de capacitación al personal en las principales patologías de atención, soporte básico y se socializó el manual de referencia y contrarreferencia de la ESE. Igualmente se realizaron auditorías a los registros de la historia clínica, generando 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 (IAMI), realizando eventos de capacitación al personal de la ESE en los diez (10) pasos IAMI, capacitación a gestantes, puerperas, lactantes y redes de apoyo. Así mismo, dio continuidad con el Plan Ampliado de Inmunizaciones para todos los recién nacidos en la ESE, así como de realizar el registro de los nacidos vivos, cuyos padres así lo requirieron.
- Se realizó jornadas educativas y de capacitación al personal de sala de partos, en cuidado crítico obstétrico, código rojo, humanización del servicio, socialización de protocolos asistenciales básicos de sala de partos y la socialización de los planes de cuidados al personal de enfermería del área.



- 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.

- En el servicio de hospitalización se realizó el entrenamiento al personal de enfermería sobre soporte básico y/o avanzado, socialización y evaluación de adherencia a manuales de procedimientos de enfermería, 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 capacitación y evaluación de los protocolos de enfermería y terapia respiratoria.

- 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; así mismo 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).

- 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 2018	Meta 2018
	Ejecutadas	Programadas		
Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría.	26	26	1,0	≥0.95

Como se observa en el cuadro anterior, durante la vigencia fiscal de 2018 se programaron 26 acciones de mejoramiento derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría, de las cuales se ejecutaron 26 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 2018 la cual fue de ≥ 0.95 , es decir, estuvo diez (10) puntos porcentuales por encima del estándar del indicador (≥ 0.90) fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2018, 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 a los subprocesos de Laboratorio Clínico, Consulta Externa, Imágenes Diagnósticas, Transporte Asistencial – Referencia y Contrarreferencia, Centro Integral de Terapias, Banco de Sangre e Ingeniería Biomédica y Mantenimiento.

- 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 Sistema Integrado de Gestión y Control (SIGC), se desarrollaron las siguientes:

- Se preparó y formuló el informe de gestión consolidado a Diciembre 31 de 2017, el cual fue sometido en el mes de Marzo de 2018 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 2017 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 2018, con base en el informe de gestión y desempeño institucional según reporte Furag II de la vigencia fiscal 2017, actividades priorizadas inherentes con la Gestión Documental de la ESE.
- Se preparó, formuló, adoptó y se ejecutó el Plan Operativo 2018, 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 2018, 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 2018, el cual será sometido a consideración de la Junta Directiva de la ESE, para la aprobación de la gestión gerencial. El informe de gestión fue publicado en la página web de la ESE antes del 31 de Enero de 2018, dando así cumplimiento con lo fijado por la Ley 1474 de 2011.
- Se realizó el día 20 de Abril de 2018 la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas a la ciudadanía de la gestión empresarial 2017, 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 2018, en concordancia con lo fijado por los anexos de la Resolución 0408 de 2018.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Modelo de Operación por Procesos, a través de la redefinición del Mapa de Procesos.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización de los Códigos de Ética y de Buen Gobierno, integrados en un solo documento denominado Código de Integridad y Buen Gobierno adoptado según Resolución No.1261 de Septiembre 25 de 2018, socializado y publicado en la página web de la ESE.

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 resolución No.0866 de Junio 18 de 2018.
- Resolución 0521 de Abril 2 de 2018 por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos de la Unidad Funcional de Nutrición y Lactancia para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl”
- Resolución 0259 de Febrero de 2018 “Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos de la Unidad Funcional de Laboratorio Clínico para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl”
- Resolución 01059 de Agosto 3 de 2018 “Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos de la Unidad Funcional Imágenes Diagnósticas para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl”
- Resolución 0306 de Febrero 4 de 2018 “Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos del programa de promoción – prevención P&P vacunación y programa Institucional Amiga de la Mujer y la Infancia Integral IAMII para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl”
- Resolución 0837 de Junio 8 de 2018 “Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos del proceso de esterilización institucional para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl”
- Resolución 0671 de Mayo 2 de 2018 “Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos de la Unidad Funcional de Centro Integral de Terapias para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl”
- Resolución 0545 de Abril 6 de 2018 “Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos de la Unidad Funcional Tecnología Biomédica para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl”



- Resolución 0252 de Febrero 1 de 2018 “Por la cual se adoptan los protocolos de notificación individual en salud publica emitidos por el Institucional Nacional de Salud como guía clínica para el manejo de los eventos de vigilancia de salud publica de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl”.
- Resolución 1122 de Agosto 21 de 2018 “Por la cual se adoptan las políticas de tipo organizacional para promover, proteger y mejorar la salud de la población en el ámbito de los servicios de brinda y están dirigidas a usuarios, familiares y colaboradores de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl”.
- Resolución 0543 de Abril 6 de 2018 “Por medio de la cual se adopta el Perfil Epidemiológico Institucional 2018, análisis de la situación de salud de la población atendida y Perfil Microbiológico Institucional 2018 para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl”.
- Resolución 1181 de Septiembre 2 de 2018 “Por el cual se adopta para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl las pautas para la realización de asesoría y prueba voluntaria para VIH (APV) con enfoque diferencial de vulnerabilidad emitidas por el ministerio de salud y proteccion social, adopta los formatos de la asesoría previa y posterior a la prueba VIH y consentimiento informado prueba voluntaria para VIH”
- Resolución 0957 de Julio 10 de 2018” se adapta para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl la Guía Técnica Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud, en conjunto con los paquetes instruccionales para la promoción de la cultura de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud y Proteccion Social año 2015.
- Resolución 0137 de Enero 12 de 2018 “Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos del servicio farmacéutico institucional para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl”
- Resolución 1297 de Octubre 1º de 2018 “Por la cual se adopta el manual gestión documental para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl”
- Resolución 0572 de Abril 12 de 2018”Por la cual se realiza la adopción de las Guías de Práctica Clínicas (GPC) para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl”
- Resolución 0121 de Enero 10 de 2018” “Por la cual se adoptan los manuales de procedimientos, formatos y protocolos del proceso de gestión de Salud Pública y programa infecciones asociadas a la atención en salud para la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl”
- Resolución 0889 de Junio 21 de 2018” “Por la cual se adoptan el protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para víctimas de violencia sexual y se conforma el equipo institucional básico para la gestión ce el Ministerio de Salud y Proteccion Social.
- Se realizó la revisión, análisis y actualización del Manual de Inducción y Reinducción de la ESE con sus respectivos anexos.

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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2018	Meta 2018
Numero de metas del Plan Operativo anual cumplidas / Numero de metas del Plan Operativo anual programadas.	Metas cumplidas	Metas programadas	94,6%	≥0.95
	145	153		

Como se observa en el resultado anterior, de las 153 metas programadas en el Plan Operativo de 2018, aproximadamente se ejecutaron en su totalidad 145 metas para un resultado final del 94,6% de ejecución del Plan de Acción u Operativo, es decir, la gerencia no logró dar cumplimiento con la meta programada en el Plan de Desarrollo Institucional o Plan de Gestión 2016 - 2020, en lo inherente con la meta fijada para la vigencia fiscal de 2018. Sin embargo, sí 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.

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

- La gerencia en cumplimiento del Plan de Gestión 2016 – 2020 durante la vigencia fiscal 2018, logro la ejecución de los recursos de regalías y recursos propios por valor de **TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS (\$ 3.753.710.274) M/cte**, con la adquisición de equipo biomédico fundamental para el mejoramiento de los servicios a cargo de la ESE, equipos como el Tomógrafo Computarizado, los quipos biomédicos para Diagnóstico y Cirugía y los equipos de Rayos X.

- Se logró la ejecución del proyecto adquisición de una ambulancia de 4 x 4 por valor de **CIENTO NOVENTA Y CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$194.850.000) M/cte**, con recursos propios y del Ministerio de Salud y Protección Social.

- Se realizaron inversiones con recursos propios en mejoramiento de infraestructura física por valor **MIL SEISCIENTOS QUINCE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS (\$1.615.373.610) M/cte**

- Se logró realizar inversiones con recursos propios en mejoramiento y fortalecimiento del Sistema de Información de la ESE por valor de **DOSCIENTOS OCHO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS (\$208.940.842) M/cte**; para un total de recursos invertidos en mejoramiento y fortalecimiento de los servicios a cargo de la ESE de **\$5.772.874.726 M/cte**.

- En gestión de proyectos la ESE elaboró y presentó al Ministerio de Salud el proyecto: Dotación de equipos biomédicos para la UCI adultos de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl del municipio de garzón-Huila, por valor de **DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS VEINTIDÓS MIL TRESCIENTOS NUEVE PESOS (\$2.534.322.309) M/cte**, iniciativa avalada por la Secretaría Departamental de Salud del Huila y en espera de aprobación por el Ministerio de Salud.

- Se continuó con la gestión del proyecto **Construcción Nueva ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón**. El proyecto se radicó en el Ministerio de Salud y Protección Social para concepto técnico y consecución del recurso para su ejecución, actualmente su estado deja evidenciar que tiene estudios y diseño contratados y la capacidad instalada y el programa médico arquitectónico aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Se logró implementar en la ESE el servicio de **Atención Pre hospitalaria Extramural** a partir del mes de Mayo de 2018 en la sede Principal de la empresa.

- 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 Operativo o Plan de Acción 2018, el cual, tuvo una ejecución del 94,6% durante la vigencia fiscal de 2018; así mismo, se realizó el monitoreo, seguimiento y evaluación trimestral a la ejecución de las acciones, indicadores y metas programadas en el Plan Operativo o Plan de Acción 2018.



- 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 2018 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 2018 del 86%.

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.

b). Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

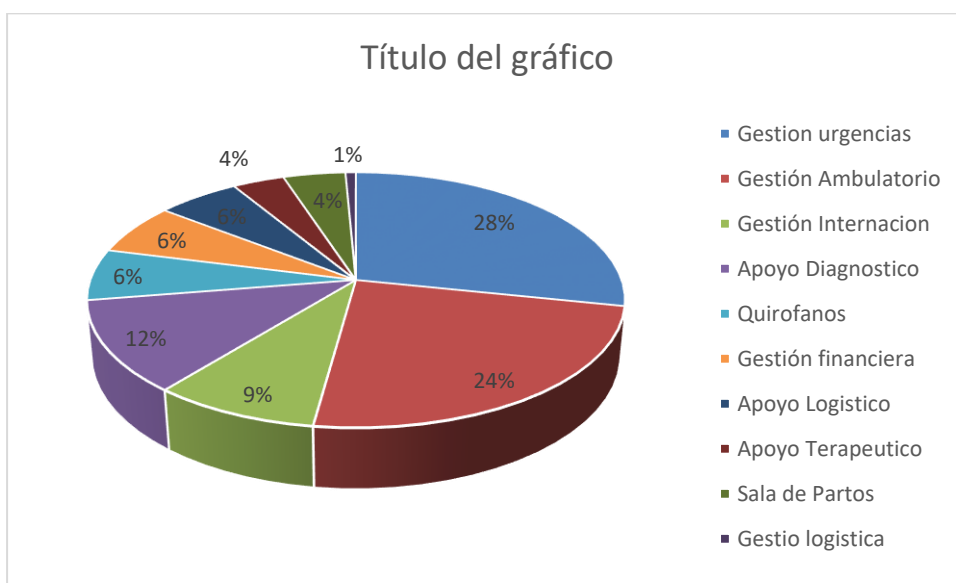
En concordancia con lo fijado por el Decreto 612 de 2018, la ESE actualizó, socializó y publicó en la página web de la ESE el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y realizó su ejecución y evaluación según lo programado para la vigencia fiscal de 2018, así mismo, el Asesor de Control Interno realizó el seguimiento a la ejecución del Plan. Entre sus acciones importantes ejecutadas durante la vigencia fiscal 2018, 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 2017, actividad llevada a cabo en las instalaciones de COOFISAM de Garzón el día 20 de Abril de 2018, cuyos 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 2018 y según reporte de la circular única de la Superintendencia Nacional de Salud la satisfacción global promedio fue del 94.1%. No obstante, el Sistema de Información de Atención a los Usuarios de la ESE, informó que se presentaron un total de 138 quejas, 20 sugerencias y 244 felicitaciones. El 28% de las quejas fueron generadas por los servicios urgencias referente a la



demora en la atención médica después de la clasificación del triage y quejas de actitud inadecuada de algunos funcionarios del servicio, demoras en pasar los pacientes al servicio de hospitalización y demora en la toma de exámenes; el 24% 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 12% 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 7% 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 7% 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 15% restante en los servicios de Apoyo Terapéutico, Apoyo Logístico, Sala de Partos y gestión logística, tal como se evidencia a continuación:



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, quirófanos, urgencias, sala de partos, apoyo terapéutico, entre otros.

c). Gestión de Defensa Judicial



Al cierre de Diciembre 31 de 2018 y según reporte de los defensores Judiciales de la ESE, se gestionaron dentro de los términos de ley 54 procesos judiciales en contra de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl, cuyas pretensiones aproximadas alcanzan la suma de DIEZ Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL SESENTA Y OCHO PESOS (\$17.492.790,068) 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

- ESTADO DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)

La Constitución Política de 1991 se constituye en el punto de partida para la normatividad relacionada con el tema del Control Interno; así, en primera instancia, el artículo 209 establece que “la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, delegación y desconcentración de funciones”; estos principios rigen la función administrativa entendida como el desarrollo de las actividades propias de cada entidad pública; en este sentido, el control interno es el garante de la efectividad en la aplicación de dichos principios.

La oficina de control interno de la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZÓN HUILA, en cumplimiento de sus funciones de acuerdo a lo dispuesto por la ley 87 de 1993 y en especial la ley 1474 de 2011, presenta el informe pormenorizado del estado del sistema de control interno de la ESE correspondiente al periodo del 12 de julio de 2018 al 11 de noviembre de 2018.

El artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 establece que se deben integrar los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y este Sistema único se debe articular con el Sistema de Control Interno; en este sentido el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG surge como el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación

El Decreto 1499 de 2017 actualizó el Modelo para el orden nacional se hizo extensiva su implementación diferencial a las entidades territoriales. El nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG articula el nuevo Sistema de Gestión, que integra los anteriores sistemas de Gestión de Calidad y de Desarrollo Administrativo, con el Sistema de Control Interno.

Acorde con lo anterior, se define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, el cual permite a todas las entidades del estado, planear, gestionar, evaluar, controlar y mejorar su desempeño, bajo criterios de calidad, cumpliendo su misión y buscando la satisfacción de los ciudadanos, por lo que el Modelo Estándar de Control Interno -MECI continúa siendo la herramienta de operación del Sistema de Control Interno, cuya estructura se actualiza en articulación con el MIPG.

- Dimensión de Talento Humano

El talento humano en MIPG es el activo más importante con el que cuentan las entidades y, por lo tanto, como el gran factor crítico de éxito que les facilita la gestión y el logro de sus objetivos y resultados. El talento humano, es decir, todas las personas que laboran en la administración pública, en el marco de los valores del servicio público, contribuyen



con su trabajo, dedicación y esfuerzo al cumplimiento de la misión estatal, a garantizar los derechos y a responder las demandas de los ciudadanos.

RUTAS DE CREACIÓN DE VALOR	
RUTA DE LA FELICIDAD La felicidad nos hace productivos	53
RUTA DEL CRECIMIENTO Liderando talento	54
RUTA DEL SERVICIO Al servicio de los ciudadanos	61
RUTA DE LA CALIDAD La cultura de hacer las cosas bien	63
RUTA DEL ANÁLISIS DE DATOS Conociendo el talento	64

DIMENSIÓN	POLÍTICA	COMPONENTE	OBSERVACIÓN FRENTE DE IMPLEMENTACIÓN
TALENTO HUMANO	GESTION ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO	PLANEACIÓN	<p>El autodiagnóstico realizado por el líder la unidad funcional con su equipo de trabajo tiene un cumplimiento del 82.7%</p> <p>En gestión documental la ESE cuenta con el software DINÁMICA GERENCIAL, que genera reportes detallados del personal</p> <p>La ESE cuenta con el plan de vacantes que fue elaborados en julio de 2018</p> <p>La ESE cuenta con el sistema de seguridad y salud en el trabajo</p> <p>La unidad funcional se encuentra en elaboración el plan de gestión integral del talento humano (PEGITH)</p> <p>La ESE cuenta con el plan estratégico del Talento Humano desde julio de 2018</p> <p>La ESE mediante el software de dinámica gerencial puede generar reportes con la caracterización del personal</p> <p>La ESE cuenta con el plan institucional de capacitación, de estímulos y bienestar para los empleados de carrera adoptado mediante la resolución No. 409 del 07 de marzo de 2018.</p> <p>La ESE cuenta con el plan de capacitaciones institucionales adoptado mediante la resolución No. 583 del 16 de abril de 2018</p> <p>La ESE cuenta con el programa de Inducción y Reinducción adoptado mediante Resolución No. 0626 del 01 de junio de 2017</p>
		PROMOCIÓN DE LA GESTIÓN DEL CÓDIGO DE INTEGRIDAD	La ESE tiene adoptado el código de Integridad mediante la Resolución No. 261 de septiembre de 2018
RECOMENDACIONES: Priorizar el Plan de gestión integral del talento humano (PEGITH), Priorizar las rutas sugeridas en el autodiagnóstico			



- Dimensión Dirección Estratégico y Planeación

MIPG tiene como condición que las entidades tengan claro el horizonte a corto y mediano plazo que le permita priorizar sus recursos y talento humano y focalizar sus procesos de gestión en la consecución de los resultados con los cuales garantiza los derechos, satisface las necesidades y atiende los problemas de los ciudadanos

El Plan Operativo o Plan de Acción, cuyas acciones se orientaron al desarrollo de los indicadores y metas inherentes con la Acreditación en salud, con el Programa de Mejoramiento de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, con el Sistema de Control Interno, el Sistema Integrado de Gestión y Control (SIGC) y la gestión de ejecución del Plan de Gestión 2016-2020, en especial a los indicadores y metas programados para la vigencia fiscal 2018.

DIMENSIÓN	POLÍTICA	COMPONENTE	OBSERVACIÓN FRENTE DE IMPLEMENTACIÓN
DIRECCIONAMIENTO O ESTRATEGICO Y PLANEACIÓN	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	CONTEXTO ESTRATEGICO	El autodiagnóstico realizado por el líder la unidad funcional con su equipo de trabajo tiene un cumplimiento del 80% La ESE cuenta con la unidad funcional del SIAU creada mediante resolución No. 1045 de 2004, donde se establece el sistema de atención al usuario, esta oficina genera reportes de caracterización de usuarios donde se caracterizan personas víctimas de conflicto armado, en situación de discapacidad en otros factores.
		CALIDAD DE LA PLANEACIÓN	La ESE cuenta con el POA que a corte de 30 de septiembre de 2018 tiene un avance del 70,6% del total programado para la vigencia fiscal 2018 La ESE En cumplimiento de lo establecido en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la Entidad elabora anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y atención al ciudadano, que contiene entre otras cosas el Mapa de Riesgos de Corrupción y las medidas concretas para mitigar dichos riesgos. Este Plan Anticorrupción y atención al ciudadano puede ser consultado en la web Institucional por la ciudadanía en general y se adoptó mediante la resolución 0202 del 2018 El plan anticorrupción y de atención al ciudadano para la vigencia 2018, se realiza seguimientos a través de la Oficina de Control Interno, verificando se haya implementado las acciones previstas y cuyo resultado se publica en la página Web de la ESE.
		LIDERAZGO ESTRATEGICO	La ESE mediante la resolución No. 0223 de 2017, adopto el manual de gestión de riesgos en su versión 06. Mensualmente la unidad funcional de calidad realiza el seguimiento a riesgo de la institución.
RECOMENDACIONES: Capacitar al todo el personal institucional sobre el modelo de operaciones por procesos en su versión 04			

- Dimensión Gestión para Resultados con Valores



MIPG facilita a que la gestión de las entidades esté orientada hacia el logro de resultados en el marco de la integridad. Para esto, pone en marcha os cursos de acción o trayectorias de implementación definidas en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación.

DIMENSIÓN	POLÍTICA	COMPONENTE	OBSERVACIÓN FRENTE DE IMPLEMENTACIÓN
GESTION CON VALOR PARA RESULTADOS	GESTION PRESUPUESTAL Y EFICIENCIA DEL GASTO PUBLICO	GESTION PRESUPUESTAL	Se elaboró y presento de manera oportuna a la dirección de la ESE el informe de austeridad del gasto público en los términos establecidos por el Decreto 1737 de 1998, Directiva presidencial N°. 06 de 2014 y Decreto Nacional N°. 984 de 2012.
			Los funcionarios de la ESE están utilizando estrategias para minimizar el gasto de papelería, Utilización del papel por ambas caras para las impresiones, utilización permanente del correo electrónico como medio de envío de documentos en borrador o preliminares para revisión, elaboración de comunicados internos a través del correo electrónico, entre otros
	GESTION DE SERVICIO AL CIUDADANO	SERVICIO AL CIUDADANO	La ESE cuenta con la Unidad Funcional de Atención al Usuario 2018 Creado mediante Resolución No. 1045 d 2004
		GOBIERNO DIGITAL	Con el fin de cumplir los objetivos de servicios de TIC asociados al proceso de Direccionamiento Estratégico se cuenta con 1 coordinador de sistemas y 1 ingeniero de sistemas y 1 tecnólogo de sistemas
DEFENSA JUDICIAL	COMITÉ DE CONCILIACIÓN	Mediante la resolución 177 de 2010, se creó el comité de conciliación de la ESE	

- Dimensión Evaluación de Resultados

Para MIPG es importante que las entidades conozcan de manera permanente los avances en su gestión y los logros de los resultados y metas propuestas, en los tiempos y recursos previstos y si general los efectos deseados para la sociedad; de igual manera, esto le permite introducir mejoras en la gestión.

DIMENSIÓN	POLÍTICA	COMPONENTE	OBSERVACIÓN FRENTE DE IMPLEMENTACIÓN
EVALUACIÓN DE RESULTADOS	SEGUIMIENTO Y EVACUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	DISEÑO DEL PROCESO DE EVALUACIÓN	La ESE cuenta con la unidad funcional de planeación que lidera el proceso de seguimiento y evaluación de los planes operativos de la institución Se cuenta con informe de gestión a corte 30 de septiembre de 2018 donde se puede evidencia el cumplimiento al plan y cumplimiento del 70,6 %
		CALIDAD DE LA EVALUACIÓN	El Programa de Auditoría Interna de Procesos vigencia 2018 de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón, fue presentado el día 07 de mayo de 2018 al Gerente de la Entidad para que fuera socializado y aprobado por el Comité Institucional del Sistema de Control Interno, lo que se dio mediante Acta N° 01 de 07 de mayo de 2018; Donde a fecha 30de octubre de 2018 se lleva 3 auditorías ya efectuadas durante la vigencia fiscal 2018



		UTILIDAD DE LA INFORMACIÓN	La oficina asesora de control interno de la ESE realiza los seguimientos a los planes de mejora establecidos de los hallazgos encontrados en las auditorias.
		EFFECTIVIDAD DE LA INFORMACIÓN	Mediante los informes del plan de desarrollo y plan de gestión se evalúa el logro de la metas y resultados establecidos en la planeación con el fin de identificar las brechas entre los resultados alcanzados y los objetivos planteados.
RECOMENDACIONES Se recomienda priorizar el autodiagnóstico e implementarlo con el fin de tener mayor cumplimiento en MPIG			

- Dimensión Información y Comunicación

MIPG define la Información y Comunicación como 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.

DIMENSIÓN	POLÍTICA	COMPONENTE	OBSERVACIÓN FRENTE DE IMPLEMENTACIÓN
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	GESTION DOCUMENTAL	ESTRATEGICO	De acuerdo a los procesos de Gestión documental, en donde se elaboró el Plan Institucional de Archivos -PINAR , se identificaron aspectos críticos de la Gestión Documental en la entidad; Donde se formularon planes de mejora. El cual lleva al fortalecimiento institucional, transparencia, eficiencia de un buen manejo de conservación y almacenamiento de la información
			AVANCES PLAN DE MEJORA GESTION DOCUMENTAL: Se han llevado eventos de capacitación, sensibilización a todos los funcionarios de la entidad, en cuanto al manejo, manipulación y organización de la Gestión Documental, establecidos en las Normas Archivísticas
			En la construcción de la Tabla de Retención Documental por etapas, se ha adelantado la recolección de información en la Encuesta Estudio Unidad Documental con los productores de documentos en cada una de las diferentes dependencias, con el fin de identificar las unidades documentales que producen y/o tramitan.
	GESTION DE SERVICIO AL CIUDADANO	SERVICIO AL CIUDADANO	La ESE cuenta con la Unidad Funcional de Atención al Usuario 2018 Creado mediante Resolución No. 1045 d 2004
TRANSPARENCIA Y ACCESO DE LA INFORMACIÓN	GOBIERNO DIGITAL		Con el fin de cumplir los objetivos de servicios de TIC asociados al proceso de Direccionamiento Estratégico se cuenta con 1 coordinador de sistemas y 1 ingeniero de sistemas y 1 tecnólogo de sistemas
			La ESE mediante la resolución No. 1008 de 24 de julio de 2018 adopto el plan estratégico de tecnologías de la información y comunicación (PETIC), plan de seguridad y privacidad de la información, plan de tratamiento a riesgo de seguridad y privacidad de la información
			A la fecha se cuenta con un trámite en inscrito en el SUIT:



		ACCESO A LA INFORMACIÓN	1. Atención Inicial de urgencias.
			2. Asignación de citas para la prestación de servicios en salud.
			3. Certificado de defunción.
			4. Certificado nacido vivo.
			5. Examen de laboratorio clínico.
			6. Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos.
			7. Historia clínica.
			8. Radiología e imágenes diagnósticas.
			9. Terapia.

- Dimensión Control Interno

La ESE 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.

YANETH GUTIÉRREZ MARTÍNEZ
Asesor de Control Interno.

- 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 2017, 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 13 de Febrero de 2018. Su valoración cuantitativa es la siguiente:

CONCEPTO	CALIFICACIÓN	OBSERVACIONES
VALORACIÓN CUALITATIVA		



FORTALEZAS	SI	Existe un personal idóneo en cada una de las áreas de contabilidad, presupuesto, cartera, pagaduría y facturación, que entre ellas permiten 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 de contabilidad emite de manera oportuna información permanente de los resultados de medición de indicadores financieros a la alta dirección de la ESE; y que los procedimientos realizados por cada una de las áreas encargadas permita entre ellas la minimización del riesgo. La ESE cuenta con un Manual de Políticas contables, con un manual de Procesos y Procedimientos, un manual de Riesgo que le permite a la entidad controles oportunos.
DEBILIDADES	SI	Se debe mejorar el proceso de conciliaciones de operación recíprocas de la ESE.
AVANCES Y MEJORAS DEL PROCESO DE CONTROL INTERNO CONTABLE	SI	Se puede evidenciar que el personal involucrado en proceso cuenta con todo el conocimiento y actualización permanente de la normatividad vigente.
RECOMENDACIONES	SI	Publicar en la página web de la ESE los estados financieros con sus respectivas notas contables, anexos, e indicadores.



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 2018	Meta 2018
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. 00002249 de Mayo 30 de 2018 "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Territorial para la vigencia fiscal 2018 y se dictan otras disposiciones", la cual, en el numeral 4.4 del artículo 4o se fija la Categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado para la vigencia fiscal de 2018, contenido en el Anexo Técnico 4 Hoja No. 22 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	

Así mismo y en cumplimiento de las actividades programadas en el Plan Operativo 2018 se desarrollaron las siguientes:

- El responsable de facturación informó que durante la vigencia fiscal de 2018, se logró radicar mensualmente en promedio el 98% de la facturación de los servicios prestados a cada una de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), así como realizar la verificación oportuna a la parametrización y seguimiento a la ejecución de los contratos con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y la preparación y presentación oportuna de los informes de facturación a la Gerencia.

- Los responsables de Auditoría de Cuentas, realizaron la revisión, análisis y respuesta oportuna a las objeciones a la facturación, así como la retroalimentación con el personal de facturación, cuentas médicas y médicos, sobre los motivos de objeciones a la facturación.

- El responsable de contabilidad de la ESE, realizó la conciliación de la información contable con cartera, facturación, almacén, nómina y presupuesto, reportando a los mismos las inconsistencias de la información y realizando los ajustes que considero procedentes; así mismo, generó los estados financieros bajo el Régimen General de Contabilidad Pública, sus análisis para la toma de decisiones y realizó su envío a los órganos de control dentro de los términos de ley y realizó su publicación conforme a la ley.

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

- Se realizó la revisión, análisis y procesamiento de la información financiera de presupuesto, cartera y contabilidad, a través de la cual, se hizo el cálculo del Índice de Riesgos Fiscal y Financiero mensualmente, aplicando la metodología fijada para ello por el Ministerio de Salud y Protección Social, reportándose dichos informes a la Gerencia y Subdirección Administrativa para lo de su competencia. El resultado del seguimiento y evaluación del índice de riesgo durante los doce (12) meses de la vigencia fiscal 2018, fue **ESE Sin Riesgo**.

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

Formula	Variables de calculo		Resultado 2018	Meta 2018
	2018	2017		



[(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)]	$\frac{51.510.983.989,5}{3.563.284,7} = 14.456,04$	$\frac{47.432.892.673}{3.658.597,4} = \$12.964,78$	1,12	<0.97
---	--	--	------	-------

- Según la ejecución presupuestal a Diciembre 31 de 2018, la ESE registró compromisos corrientes por gastos de funcionamiento por valor de \$40.688.836.596,8 M/cte y por gastos de operación comercial y prestación de servicios la suma de \$10.822.147.392,6 M/cte, para un total de gastos en la vigencia fiscal de 2018 de \$51.510.983.989,5 M/cte, y un valor acumulado de la producción en Unidades de Valor Relativo de 3.563.284,7 según ficha técnica de Minproteccion Social 2018, para un costo promedio por unidad producida en el 2018 de **\$14.456,04**

- Ahora bien, según la ejecución presupuestal a Diciembre 31 de 2017, la ESE registró compromisos por gastos de funcionamiento por la suma de \$38.336.466.026 M/cte y por gastos de operación comercial y prestación de servicios la suma de \$9.096.426.647 M/cte, para un total de gastos en la vigencia fiscal de 2018 de \$47.432.892.673 M/cte, y un valor acumulado de la producción en Unidades de Valor Relativo de 3.658.597,4 según ficha técnica de Minproteccion Social 2017, para un costo promedio por unidad producida en el 2017 de **\$12.964,78**

Por consiguiente, la **Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida** por la ESE en la vigencia fiscal de 2018, fue de 1,12 resultado de la fórmula $\frac{\$14.456,04}{\$12.964,78} = 1,12$, por lo tanto, no se logra cumplir con la meta fijada para el 2018 en el Plan de Gestión la cual fue de **<0.98** ni se alcanza superar el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 00408 de 2018 que es igual a **<0.90**. Este indicador queda dentro **rango de calificación** del estándar si el indicador arroja un resultado mayor a 1,10, que equivale a una **calificación de cero (0)**, según el Anexo 3 Instructivo para la Calificación de la Resolución No. 00408 de 2018.

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 2018	Meta 2018
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 \$6.000.401.395	0%	≥0.60

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 2018, 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 2018, la empresa realizó cuatro (4) 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 2018, la empresa realizó compras de medicamentos y material médico quirúrgico por otro mecanismo de compra las cuales, ascendieron a la suma de \$6.000.401.395 pesos M/cte.

Indicador (7): Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.

Formula	Variables de calculo		Resultado 2018	Meta 2018
- Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de evaluación. - [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del	Deuda 2018	Deuda 2017 a precios constantes		
	0,00	0,00	0,0	Cero (0) o variación interanual negativa.



personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]				
--	--	--	--	--

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.

Al cierre de la vigencia fiscal de 2017, la ESE no generó deuda mayor a treinta (30) días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, es decir, la deuda fue de Cero (0) pesos M//cte. 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 Operativo o Plan de Acción 2018 la cual, fue de **deuda cero o variación interanual negativa**.

Este indicador por registrar una deuda de cero (0) pesos M/cte da un puntaje de calificación de la gestión gerencial, de cinco (5) toda vez, que este resultado se debe calificar así (**Si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0), califique con cinco (5)**), criterio del indicador fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

Entre otras actividades desarrolladas en la vigencia fiscal de 2018, 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 2018, 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 2018, inherentes con la realización de los eventos de capacitación, evaluación de desempeño, aducción y reinducción, administración de personal,

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

b). Plan de Incentivos Institucionales.

Durante la vigencia fiscal de 2018, la ESE elaboró, adoptó, socializó y publicó en su página de web el Plan de Incentivos Institucionales, en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018 y durante la vigencia fiscal se ejecutaron las siguientes actividades: Se realizaron condecoración a los servidores públicos que



cumplieron 25 años de servicios en la ESE y exaltación para los servidores que obtuvieron calificación sobresaliente en la evaluación de desempeño.

Mediante el programa de humanización en salud, desarrolló una serie de actividades de orientación y capacitación con el personal asistencial y administrativo, que apunta al mejoramiento continuo de sus procesos, centrado en el usuario y su familia.

c). Plan Institucional de Capacitación

Durante la vigencia fiscal de 2018, la ESE elaboró, adoptó, socializó y publicó en su página de web el Plan Institucional de Capacitación (PIC), en cumplimiento de lo fijado por el Decreto 612 de 2018 y entre sus actividades desarrolladas durante la vigencia fiscal se destacan las siguientes:

En gerencia. Eventos de capacitación orientados a fortalecer y capacitar el talento humano.

En la Subdirección Científica. Simposio Internacional de calidad y seguridad del paciente prácticas clínicas de talla mundial, III Simposio regional sur colombiano de trauma, Pre simposio comprometiendo a los médicos, Estándares superiores de calidad para la mejora continua en la prestación de servicios de salud, Congreso sur colombiano de endocrinología “patología que aumenta la mortalidad”, proceso de formación institucional en monitoria de electrocardiograma y lectura e interpretación electrocardiografía.

La subdirección Administrativa. Nuevo Modelo de Planeación y Gestión, presupuesto público, contratación, facturación de servicios de salud, cobro servicios de salud, novedad normativa para el sector salud y proceso, Congreso nacional de gestión financiera pública.

En gestión humana. Evaluación del desempeño laboral retos y desafíos, Seminarios de actualización novedades en la contratación de los regímenes especiales, Congreso nacional de derecho administrativo laboral, SECOP II, Capacitación en gobierno en línea.

En contabilidad. Congreso Nacional de gestión financiera, Congreso Nacional de Finanzas públicas, Procedimientos para la preparación y publicación de los informes financieros y contables mensuales, Modulo riesgo de corrupción y lavado de activos.

Nutrición. Simposio nacional de nutrición, nuevo lineamiento en el manejo de la desnutrición, manipulación de alimentos, lactancia y ablactación y alimentación en el embarazo y lactancia.

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

En Gestion de Seguridad y Salud en el Trabajo. Capacitación sobre Políticas de seguridad del paciente, medición, análisis, detectar prevenir y reducir el riesgo de IAAS, manual para la prevención de caídas, manual de ulcera por presión, protocolo de identificación del paciente, protocolo de ilustración al paciente en el autocuidado de la salud y la preservación de la seguridad de su atención, lista de chequeo para medir la respuesta de la atención de la emergencia obstetricia en la mediana complejidad, identificación toma procedimiento divulgación y entrega de toma de muestras y reporte de laboratorio, mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, manejo de los pacientes



cardiovasculares, manejo de paciente crítico, prevención de la mal nutrición/ desnutrición, prevenir el cansancio del personal de la salud y funcionalidad de los procedimientos del consentimientos.

Almacén. Seminario taller administración de almacenes para entidades públicas con énfasis en nuevo marco contable público.

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. Se capacitaron en limpieza y desinfección del consultorio diaria y aseo terminal, bioseguridad en consulta externa, toma de signos vitales, manual procedimiento para ropa hospitalaria, lavado de manos, citología vaginal y de mama, infiltraciones y cambio de yeso, colposcopias y biopsia, monitoria fetal, electrocardiograma, manual procedimiento IAMI, enfermedades de interés en salud pública, infección del sitio operatorio, el manejo seguro de recursos biomédicos.

Farmacia. Se capacitaron en procesos prioritarios farmacovigilancia, tecno vigilancia, manejo de derrames químicos, medicamentos L.A.S.A y medicamentos de alto riesgo, Decreto 2200/2005, resolución 1043/2006 y resolución 2005/2015, carro de paro y stocks de ambulancias, procesos generales y especiales servicios farmacéutico, ABC dispositivo médico, inspección vigilancia y control.

Urgencia. Se capacitaron en prevención y clasificación de flebitis, curación y manejo de heridas, recibo y entrega de turno, correcto diligenciamiento den pase, manejo de residuos hospitalarios, entrega y traslado de pacientes a los servicios de hospitalización, socialización de protocolo de manejo de paciente crítico, socialización de protocolo toma de muestra de laboratorio, socialización de lavado de manos, socialización de protocolo de limpieza y desinfección y capacitación en riesgo biomecánico pausas activas.

UCI Adulto. Se capacitaron en cuidado de enfermería en manejo de paciente neuro crítico, componentes sanguíneos y terapia transnacional, soporte nutricional, reanimación cardiopulmonar/cerebral, manejo adecuado de infusiones especiales en UCI, lavado de manos y aislamiento hospitalario, sujeción de pacientes, código rojo y manejo adecuado de antibiótico en UCI.

Gestión de la Comunidad en Salud. Se realizaron capacitaciones en Derechos y deberes de los usuarios, Portafolio de servicios y triage.

Gestión de Calidad. Se capacitaron en Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud en cada uno de los componentes con enfoque en acreditación y políticas de gestión del riesgo.

En Banco de Sangre y Laboratorio. Se capacitaron en control de calidad interno, interpretación de curvas de calibración, toxoplasmosis niveles de anticuerpos, fase pre analítica de laboratorio, microbiología, interpretación de histogramas, meningitis y procesamiento de líquidos corporales.

Epidemiología. Se capacitaron en enfermedades transmitidas por vectores dengue, enfermedades crónicas transmisibles, prevención IAAS, eventos de interés en salud, protocolo desnutrición < 5 años, lavado de manos y uso de alcohol glicerinado, limpieza y desinfección.



Esterilización. Se capacitaron en normas institucionales y procedimientos para el control de cumplimiento que garanticen que no se rehúsen dispositivos médicos, limpieza y desinfección hospitalaria, manual de buenas prácticas en esterilización.

Ginecobstetricia. Se capacitaron en emergencia obstétrica: hemorragias durante el embarazo, código rojo, hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, reanimación neonatal, código azul, simulacro código rojo, socialización planes y cuidados diarios de enfermería, socialización planes y cuidados en casa, programa de capacitación a protocolos asistenciales y administrativos, interrupción voluntaria del embarazo marco jurídico, aborto, sepsis en el embarazo, amenaza de parto pretermino, sulfato de magnesio y neuroproteccion fetal, trombopprofilaxis, manejo de analgésicos en el tercer trimestre del embarazo y emergencia obstétrica.

Referencia y Contrarreferencia. Se capacitaron en 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. Se capacitaron en el manejo del respeto, tolerancia, trabajo en equipo, solidaridad, equidad, políticas y sus dimensiones.

Imagenología y Diagnostica. Se capacitaron en 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 rechazo de dispositivos 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. Se capacitaron en Terapia física, valoración clínica fisioterapéutica, modelo de intervención apta, unificación e conceptos, fonoaudiología, valoración clínica fonoaudiología, unificación de conceptos, terapia ocupacional, valoración psicológica, oxigenoterapia, seguimiento al riesgo, diligenciamiento de historias clínicas, proceso de habilitación, relación paciente/usuario, capacitación salud ocupacional, lumbalgia, parálisis cerebral, nuevas técnica procedimiento para el manejo, fonoaudiología estimulación temprana del desarrollo del lenguaje, terapia ocupacional caso clínico, psicología trastorno mixto de ansiedad y depresión, seguridad al paciente, clasificación y manejo medicamentos, rehabilitación de marcha, ejercicios propioceptivos/pliométricos, disfagias, paciente adherencia al tratamientos, psicología técnica de asertividad y relajación, traqueostomía/aspiración de secreciones, salud ocupacional, vértigo valoración, fonoaudiología higiene vocal, psicología recomendaciones para docentes con niños con problemas de aprendizaje, lavado y desinfección de implementos terapia respiratoria.

Seguridad y salud en el trabajo. Se realizaron las siguientes capacitaciones: normas de bioseguridad, socialización del plan de emergencias, capacitación del plan de emergencias, capacitación en primeros auxilios, capacitación sobre manejo de extintores, riesgo biomecánico, riesgo psicosocial, capacitación a los integrantes del COPASST, capacitación en manejo de alturas, riesgo eléctrico, riesgo químico, radiación ionizante, autocuidado estilo de vida y trabajo saludable, capacitación en ahorro eficiente de la energía eléctrica, capacitación en el manejo de los residuos sólidos hospitalarios.

Cartera: Seminario facturación, glosas y contratación en salud.



Enfermería. Se realizaron las siguientes capacitaciones: administración segura de medicamentos, manejo de infusiones especiales, emergencias obstétricas, reanimación neonatal, planes de cuidado de enfermería, limpieza y desinfección, toma de muestra de laboratorio, manejo integral del paciente postrado, manejo de gastroclisis y aspiración de secreciones y prevención de úlceras por presión.

Durante el año 2018 los responsables de realizar las actividades de inducción y re inducción al personal que ingresa a la institución, cumplieron con sus responsabilidades en la materia. Las evidencias son los registros de las actividades y las actas de reuniones, que reposan en el archivo del Comité en la oficina de talento humano

En reuniones de Comisión de personal se expone los avances y ejecución del proceso de la evaluación del desempeño de los funcionarios de carrera administrativa. Para el año 2018 se aplicó el Sistema Tipo de la Evaluación del Desempeño Laboral y se definen los factores que servirán para calificar a los servidores públicos de la ESE Hospital San Vicente de Paúl, conforme a lo fijado por el Acuerdo 565 de Enero 25 de 2016 "Por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los empleados públicos de Carrera Administrativa y en periodo de prueba. Al respecto se dio cumplimiento con lo fijado por la Ley 909 de 2004, en la realización de la evaluación de desempeño semestral y anual de todos los empleados de carrera de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl.

d). Plan Anual de Vacantes

Durante la vigencia fiscal de 2018, 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 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 2018, 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 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 2018, la ESE elaboró, adopto, 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:

Reuniones mensuales del Comité Operativo de Emergencias y Desastres COE, reuniones mensuales del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST, Investigación de 10 accidente laboral ocurridos en la institución y su respectivo reporte, actualización del Plan Hospitalario de Emergencias de la institución, se realizó el instructivo para realizar las inducciones y re inducciones al SG SST, se realizó la Matriz de necesidades de capacitación, presentación para Inducción al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo,

Igualmente, se realizó el Procedimiento de investigación de at por factor de riesgo biológico, se realizó la III Jornada de Seguridad y Salud en el Trabajo, monitoreo de las afiliaciones del personal que se encuentra contratado mediante la modalidad de contrato de prestación de servicios para determinar si se encuentra afiliado a la ARP Sura y el personal que ya no labora en la institución y no se ha realizado el retiro oportuno de la ARP Sura, recarga y mantenimiento de



los extintores de la institución, realización de simulacro de emergencias en la sede principal evacuación del primer y segundo piso y en el Centro Integral de Terapias, diligenciamiento de la Autoevaluación de Resolución 1111 del 2017 Estándares Mínimos, actualización del perfil sociodemográfico del personal de la institución.

Así mismo, se elaboró el Manual para contratistas en seguridad y salud en el trabajo, se realizó capacitación en Plan Hospitalario de Emergencias a los integrantes de la asociación de usuarios, participación en la jornada de reinducción con los temas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, organizada por el hospital, elaboración del Procedimiento para la Identificación de Peligros, Evaluación y Valoración de Riesgos, actualización de la matriz de identificación los peligros asociados a las actividades de los lugares de trabajo de la empresa, actualización de la política de Seguridad y Salud en el Trabajo, actualización de la matriz legal en Seguridad y Salud en el Trabajo, participación en Curso de Enfoque del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGSC), Seguimiento, Monitoreo y Evaluación del Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud (SOGSC), actualización de la base de datos de caracterización de accidentalidad, actualización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en riesgo biomecánico, actualización al documento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, entre otras.

Así mismo, se realizaron eventos de capacitación al personal de la ESE en manejo del estrés, prevención de caídas a nivel, prácticas del cuidado para el control del peligro biológico, en Manual de Bioseguridad, Plan Hospitalario de Emergencias, prevención del alcoholismo y la farmacodependencia, estilos de vida saludables, movilidad segura, relaciones interpersonales y convivencia laboral, manejo de extintor de CO₂, brigada de emergencias, manipulación de pacientes en los diferentes servicio, entre otras.

En gestión ambiental, 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, se realizó la reposición de recipientes dañados en los servicios por recipientes nuevos de 20 litros en los servicios de observación y Cirugía, sala de partos, lactario, UCI adultos y Hospitalización Pediatría, se hizo entrega del informe de la socialización del accidente de tipo biológico al personal de auxiliares de enfermería de diferentes servicios y los formatos de las capacitaciones a coordinación de enfermería como Plan de Mejora del Accidente presentado en el mes de diciembre de 2.017 con personal de la empresa externa Incihuilta en la institución.

Se realizaron reuniones mensuales del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria, 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 15 y 16 de noviembre, entrega de los resultados de laboratorio del análisis de aguas residuales a la Corporación Autónoma del Magdalena (CAM), como cumplimiento al permiso de vertimientos, inspección de manejo de residuos sólidos hospitalarios por las diferentes áreas de la institución.

Se realizó la supervisión del manejo y a salida del material reciclable (cartón, papel de archivo, plástico) de la institución, 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, se realiza entrega datos de total de residuos peligrosos generados en la institución y UCI Adultos al área de contabilidad, tabulación de la producción mensual de residuos sólidos hospitalarios, tabulación del registro mensual de consumos de energía, gas y acueducto y alcantarillado, participación 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), se participó en la capacitación con la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena – CAM- Sobre la adopción del Logo Opitas de Corazón, campaña liderada por la misma entidad para que la institución se acoja y contribuya con las buenas prácticas ambientales en el Departamento del Huila, se hizo entrega de Informe a la Corporación Autónoma Regional



del Alto Magdalena CAM, sobre la gestión ambiental de la institución, y se recibió reconocimiento por parte de esta institución por las buenas prácticas ambientales que se implementan en la institución.

Igualmente, 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, se realizó inspección y acompañamiento de la Secretaria de Salud Departamental en el seguimiento al Programa de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRHS).

Se elaboró y se hizo entrega de la Política Ambiental a la Subdirección Científica, se presentó a la gerencia el informe técnico sobre el consumo de agua en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón periodo de análisis: año 2017, presentando las necesidades de adquirir unos tanques con mayor capacidad para el cumplimiento de los parámetros de hospital seguros del Plan de Emergencias, se realizó consolidado de las Hojas de Seguridad de los productos químicos que se utilizan en la institución, para poder realizar el trabajo de la compatibilidad, almacenamiento, etiquetado, rotulado de los productos que se utilizan en la institución, con el apoyo de la ARL Sura, se participó en capacitación de Gestión Documental convocada por el área Administrativa y se participó en la III Jornada de la Seguridad y Salud en el Trabajo y Ambiental.

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, medico internos, médicos generales, personal administrativo, personal operativo, estudiantes, entre otros, socialización sobre actualización del Programa de gestión Integral de Residuos Hospitalarios (PGIRHS). 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, en elaboración de Normograma, Protocolos, Instructivos, Indicadores, Metodología Básica Para Comités Eficaces.

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, se realizó capacitación sobre el día Mundial del Agua con la participación de la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena CAM y Empresa Pública de Garzón (EMPUGAR), en donde se realizaron actividades de concientización ambiental y 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.

El día 17 de Mayo se realizó la celebración del Día Mundial del Reciclaje con el personal Administrativo incentivando la adecuada clasificación y a reducir y minimizar al máximo el consumo del papel, haciendo uso del correo institucional, imprimir a doble cara, optimizando el espaciado antes de imprimir, así mismo, se realizó la actividad de la Celebración el 5 de Junio el Día Mundial del Medio Ambiente con el personal Administrativo y Asistencial, donde se realizaron concursos, juegos, obra de teatro y charlas de toma de conciencia sobre la importancia de la conservación del medio ambiente dentro y fuera de la institución. Se formularon preguntas referentes a la Gestión Ambiental en la Institución con juegos de la ruleta donde cada participante debía responder la pregunta adecuada. Se ejecutó actividades de creatividad y manualidades donde se realizó la exposición de los trabajos con material reciclable que se genera en la institución, así mismo incentivando a la adecuada clasificación de los residuos que se generan en la institución. Igualmente se participó en el Curso de Enfoque del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS),



Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGSC), Seguimiento, Monitoreo y Evaluación del Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud (SOGSC).

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

Formula	Variables de calculo	Resultado 2018	Meta 2018
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 2018 la ESE realizó el procesamiento de la información de los registros individuales de prestación de servicios RIPS correspondiente a los cuatro (4) Trimestre de 2018, comparativo con los mismos periodos de la vigencia fiscal de 2017, preparándose los informes comparativos correspondientes, los cuales fueron remitidos a la gerencia para su suscripción y envío oportuno a cada uno de los miembros de la Junta Directiva de la ESE, dando así **cumplimiento** con lo fijado en el Plan de Gestión y Plan Operativo 2018.

- 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 2018	Abril 27 de 2018	Acta No.223 de Agosto 16 de 2018
II Trimestre	Abril 1º al 30 de Junio de 2018	Julio 30 de 2018	Acta No.223 de Agosto 16 de 2018
III Trimestre	Julio 1º al 30 de Septiembre de 2018	Noviembre 26 de 2018	Acta No.225 de Noviembre 29 de 2018
IV Trimestre	Octubre 1o al 31 de Diciembre de 2018	Enero 22 de 2018	Aún no incluido en Acta

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).

Indicador (9): Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

Formula	Variables de calculo		Resultado 2018	Meta 2018
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	0,85	≥0.96
	\$54.460.849.579,13	\$63.886.530.546,3		

- Los ingresos totales recaudados entre el 1o de Enero al 31 de Diciembre 2018, ascienden a la suma de \$54.460.849.579,13 M/cte y los gastos totales comprometidos en el mismo periodo, fueron de \$63.886.530.546,30 M/cte, por lo tanto, el resultado del indicador es el siguiente: $I = \frac{\$54.460.849.579,13}{\$63.886.530.546,30} = 0.85$. Por consiguiente, no se logra cumplir con la meta fijada para el 2018 en el Plan de Gestión la cual fue de ≥ 0.96 ni se alcanza a superar el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 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 \$85 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.



Entre otras acciones la ESE realizó las siguientes:

- Gestión Presupuestal

- **Gestión de Ingresos**

El presupuesto definitivo de la ESE para la vigencia fiscal de 2018 ascendió a la suma de \$65.376,4 Millones de pesos M/cte, con unos reconocimientos de ingresos al 31 de Diciembre del 114% (\$74.631,4 Millones de pesos M/cte), dado en especial a la superación de las metas en ventas de servicios en (\$11.241,5) Millones M/cte) con un nivel de recaudo del 73% del total de los ingresos reconocidos del periodo de análisis, es decir, de \$54.460,8 Millones de pesos M/cte, El comportamiento de los ingresos comparativamente con el año 2017, es como se evidencia a continuación:

CONCEPTO DE INGRESOS	PERIODOS		VARIACIÓN (%)
	2017	2018	2018/2017
Ventas de Servicios de Salud (Excluye CXC)	48.509,2	50.521,6	4,1%
Régimen Subsidiado	30.822,9	31.302,8	1,6%
Régimen Contributivo	11.541,9	11.813,5	2,4%
Otras Ventas de Servicios	6.144,4	7.405,3	20,5%
Aportes	1.089,5	1.089,5	0,0%
Otros Ingresos	1.699,6	6.151,4	261,9%
Cuentas por Cobrar Otras Vigencias	13.950,2	16.868,9	20,9%
Total Ingresos Reconocidos	65.248,5	74.631,4	14,4%

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos 2018-2017

Como se observa en el cuadro anterior, los ingresos totales crecieron el 14,4% durante la vigencia fiscal de 2018, frente a lo logrado en el año 2017, producto del incremento de los ingresos del 2,4% del régimen contributivo, del 1,6% del régimen subsidiado, cuentas por cobrar otras vigencias del 20,9%, otras ventas de servicios del 20,5% y otros ingresos en los cuales se incluyen la disponibilidad inicial, aportes departamentales, donaciones entre otros.

Las ventas de servicios de salud reconocidas en el año 2018, crecieron el 4,1% frente a las realizadas en el año 2017 pasando de \$48.509,2 Millones de pesos M/cte en el 2017 a \$50.521,6 Millones de pesos M/cte en el 2018; tal como observa a continuación:

CONCEPTO DE INGRESOS	PERIODOS		VARIACIÓN (%)
	2017	2018	2018/2017
Régimen Subsidiado	30.822,9	31.302,8	1,6%
Régimen Contributivo	11.541,9	11.813,5	2,4%
Otras ventas de Servicios	6.144,4	7.405,3	20,5%
TOTAL INGRESOS POR VENTA DE SERVICIOS	48.509,2	50.521,6	4,1%

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos 2018-2017

Las ventas de servicio representan el 68% del total de los ingresos de la ESE, con un nivel de recaudo del 62% en la vigencia fiscal de 2018.



- **Gestión de Gastos**

El comportamiento del presupuesto de gastos a Diciembre 31 de 2018, deja evidenciar que del total del presupuesto definitivo aforado en \$65.376,4 Millones de pesos M/cte, se causaron compromisos por valor de \$63.886,5 Millones de pesos M/cte, de los cuales, el 51,7% representan los gastos de personal de planta y por contrato, seguido en su orden con el 16,9% a gastos de operación comercial y prestación de servicios, el 11,3% de gastos generales, el 11,6% cuentas por pagar y el restante 9,5 a transferencias corrientes, gastos de inversión y servicio de la deuda.

El comportamiento de los gastos comparativos con el año 2017, es como se evidencia a continuación:

CONCEPTO DE GASTOS	PERIODOS		
	2017	2018	Variación (%)
Gastos de Funcionamiento	38.336,4	40.688,9	6,1%
Gastos de Personal Directo	8.581,9	8.440,6	-1,6%
Servicios personales indirectos	21.973,9	24.592,6	11,9%
TOTAL GASTOS DE PERSONAL	30.555,8	33.033,2	8,1%
Gastos Generales	7.684,9	7.190,9	-6,4%
Transferencias Corrientes	95,7	464,8	385,7%
Gastos de Operación Comercial	9.096,4	10.822,1	19,0%
Gastos de Inversión	350,0	4.896,5	1299,0%
Servicio de la Deuda	-	76,3	#DIV/0!
Cuentas por pagar vigencias anteriores	5.796,3	7.402,7	27,7%
TOTAL GASTOS COMPROMETIDOS	53.579,1	63.886,5	19,2%

Fuente: Ejecución presupuestal de Gastos 2018-2017

Como se observa en el cuadro anterior, los gastos totales comprometidos de 2018, crecieron el 19,2% frente a lo causado en el año de 2017, generado su incremento según su importancia por los gastos operación comercial que crecieron el 19%, los gastos de personal con el 8,1% y las cuentas por pagar con el 27,7% frente a lo comprometido en el año 2017.

Del total de gastos comprometidos en el 2018, la ESE logró reconocer y pagar el 84,3% de sus obligaciones adquiridas, las cuales ascendieron a la suma de \$53.482,3 Millones de pesos M/cte. En gastos de personal se logró cumplir con el 89% de sus obligaciones adquiridas en la vigencia, en gastos generales con el 90%, en transferencias corrientes con el 98%, en gastos de operación comercial y prestación de servicios con el 69%.

- **Equilibrio de la Operación corriente**

CONCEPTO	FORMULA	PERIODOS	
		2017	2018
TOTAL INGRESOS RECONOCIDOS	a = b+c	65.248,5	74.631,4
Ingreso reconocido de recursos del convenio	b	-	-
Ingreso reconocido sin recursos del convenio	c	65.248,5	74.631,4
TOTAL GASTO COMPROMETIDO	d = e+f	53.579,1	63.886,5
Gasto comprometido de recursos del convenio	e	-	-
Gasto comprometido sin recursos del convenio	f	53.579,1	63.886,5
Relación reconocimiento/compromiso sin recursos del convenio	g = c/f (%)	122%	117%
TOTAL INGRESO RECAUDADO	h = i+j	46.144,3	54.460,8



Ingresos recaudado de recursos del convenio	i	-	-
Ingresos recaudado sin recursos del convenio	j	46.144,3	54.460,8
Relación recaudo/compromiso sin recursos del convenio	$k = j/f$ (%)	86%	85%

Fuente: Ejecución presupuestal 2018-2017 ESE HDSVP

Como se observa en el cuadro anterior, la relación reconocimiento / compromiso durante las vigencias fiscales de 2017 y 2018 fue de 122% y 117% respectivamente. Es decir, se reduce la relación reconocimiento/ compromiso pasando de 122% en el 2017 a 117% en el 2018.

Ello indica, que por cada \$100 pesos que comprometió la empresa en el año de 2018, se reconocieron \$117 pesos para atender las obligaciones adquiridas a Diciembre 31 de 2018.

La relación recaudo / compromiso durante el año 2018 fue de 85% y durante la vigencia fiscal de 2017 alcanzó el 86%. Lo anterior indica que por cada \$100 pesos que comprometió la Empresa en el 2018, logró recaudar \$85 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 2018, la cartera total de los diferentes pagadores por venta de servicios de salud, ascendió a la suma de **VEINTITRÉS MIL SEISCIENTOS DOCE MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS (\$23.612.270.856) M/cte**, lo cual representó un incremento del 21,58% frente a lo evidenciado en el año de 2017, tal como se observa seguidamente:

PAGADORES	ESTADO DE CARTERA			PARTICIPACIÓN (2018)
	2017	2018	Variación	
Régimen contributivo	6.519.245.265	6.788.602.217	4,1%	29%
Régimen subsidiado	10.742.893.547	13.647.022.182	27,0%	58%
SOAT Y ECAT	1.508.457.248	2.140.797.133	41,9%	9%
IPS Privadas	171.485.124	315.252.581	83,8%	1%



Regímenes especiales	253.033.625	471.934.419	86,5%	2%
Otros Vinculados	153.341.733	181.048.395	18,1%	1%
Otros deudores de Salud	72.413.019	67.613.928	-6,6%	0%
TOTAL CARTERA	19.420.869.561	23.612.270.856	21,58%	100%

Fuente: Estado de Cartera ESE HDSVP -2018-2017

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 ESE, seguidas por las del régimen contributivo con el 29% de la cartera morosa, seguida por las empresas del SOAT y ECAT con el 9%, Regímenes especiales con el 2%, 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 liquidadas como Saludcoop, Caprecom entre otras.

La cartera de difícil cobro que al cierre de Diciembre 31 de 2018 ascendió a la suma de \$7.991,9 millones, corresponde a la deuda acumulada de Saludcoop EPS en liquidación las cual suma \$6.344,9 millones y la de Caprecom con una suma de \$1.646,9 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. Sin embargo, a la fecha no existe un pronunciamiento favorable a las gestiones y pretensiones de la ESE.

Entre los mecanismos habitualmente utilizados para el cobro de cartera, la ESE realizó las siguientes entre otros:

- Conciliación y depuración de Cartera

I mesa de trabajo 22 y 23 de febrero de 2018	Comfamiliar \$1.500 millones, Ecoopsos \$ 39 millones, \$91 millones, Asmet salud \$1.064 millones, Aic \$ 33 millones, Mallamas \$30 millones, Famisanar \$2 millones. Para un total de \$ 2.176 millones.
II mesa de trabajo 31 de mayo y 01 junio de 2018	Mallamas \$4 millones, comfamiliar \$1.410 millones, AIC \$3 millones, compartá \$82 millones, Emssanar \$19 millones, Asmet salud \$53 millones, Capital Salud \$ 32 millones. Para un total de \$ 1.605 millones en compromisos.
III mesa de trabajo 30 y 31 de agosto de 2018	Comfamiliar Huila \$1000 millones, Emssanar \$79 millones, AIC \$3 millones. Para un total de \$ 1.083 millones.
IV mesa de trabajo 30 y 31 de agosto de 2018	Asmet Salud \$240 millones, Comfamiliar \$1.000, Ecoopsos \$60 millones, Emssanar \$12 millones. Para un total en compromisos de \$ 1.312 millones.

El total de compromisos de pago ascendió a la suma de \$6.176 millones de pesos, de los cuales a Diciembre 31 de 2018 se habían recaudado la suma de \$5.936 millones de pesos, quedando pendiente de pago la suma \$ 240 millones para la vigencia 2019.



Así mismo se realizaron acuerdos de pago con: Asmet Salud, compromisos saneamiento de cartera ante Procuraduría: con Comparta, Savia salud, Ecoopsos y Comfamiliar del Huila, por una suma total de \$1.509 millones de pesos. Igualmente se radico reclamación a Cafesalud por valor de \$10.059 millones.

Mesa de trabajo ante la Superintendencia Nacional de Salud, resultando los siguientes compromisos de pago con: Comfamiliar Huila, Comparta, Medimas y Asmet Salud por un total de \$4.237 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.

- Se realizó gestión de compra de cartera con la Nueva EPS y contratos de transacción con Cafesalud, Nueva EPS y Emcosalud por un valor aproximado de CUATRO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS (\$4.764 Millones).

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

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

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

- Resultados de la Gestión Financiera

- Estado de Resultado Integral

La venta neta de servicios de salud por valor de \$51.604 millones se incrementa en un 4% con relación a la vigencia 2017, el promedio de venta se mantuvo en \$4. 300.millones. Los costos de venta por valor total de \$41.203 millones se incrementaron en un 12%, primordialmente en generales, recursos humanos y materiales;



Los ingresos no operacionales, relacionados con las transferencias o subvenciones y otros ingresos, son un rubro significativo, por el reconocimiento de los recursos provenientes del sistema general de regalías con los cuales se adquirieron equipos médicos de última tecnología.

En lo referente a los gastos no operacionales, como gastos financieros se registra la pérdida en baja de cuentas por cobrar, es decir, las glosas no subsanables sobre la facturación de vigencias anteriores en la suma de \$614 millones, de los cuales se logró reafacturar la suma de \$107 millones de pesos, es decir, el 17% de lo no subsanado.

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

En millones

CONCEPTO	A DICIEMBRE		Análisis Vertical		Análisis Horizontal 2018-2017	
	2017	2017	2017	2018	Var en \$	Var %
Venta de Servicios	49,634	51,604			1,970	4%
Menos: Costo de Ventas	36,761	41,203	74%	80%	4,442	12%
Utilidad Bruta	12,873	10,401	26%	20%	-2,472	-19%
Menos Gastos Administrativos	10,756	10,395	22%	20%	-361	-3%
Menos Deprec, Deterioro	1,884	919	4%	2%	-965	-51%
Utilidad de Operacional	233	-912	0%	-2%	-1,145	-491%
Mas: Transferencias Y Subvenciones	350	3,527	1%	7%	3,177	907%
Mas Otros Ingresos	1,761	1,103	4%	2%	-658	-37%
Menos: Gastos Financieros	442	638	1%	1%	197	45%
Menos: Otros Gastos Diversos	157	18	0%	0%	-139	-89%
Menos: Dev Reb y Dctos serv de salud	251	0	1%	0%	-251	-100%
Resultado Presente Ejercicio	1,495	3,062	3%	6%	1,566	105%

Al cierre del ejercicio el resultado por \$3.062 millones supera en un 100% lo logrado en el 2017, como consecuencia del incremento en las subvenciones.

- Estado de la Situación Financiera

Los bienes y derechos considerados como corrientes, presentan un incremento del 10% con relación a la vigencia anterior reflejada principalmente en partidas como cuentas por cobrar y propiedad planta y equipo.



CONCEPTO	DICIEMBRE		Análisis Vertical		Análisis Horizontal 2018 - 2017	
	2017	2018	2017	2018	En pesos	En var %
Activo						
Efectivo y Equivalentes al efectivo	696	317	3%	1%	-378	-54%
C X C Servicios de Salud	19,189	19,401	86%	87%	212	1%
Otras cuentas por cobrar	22	67	0%	0%	45	205%
Inventarios	2,278	2,166	10%	10%	-113	-5%
Gastos pagados por anticipado	26	423	0%	2%	397	1497%
Depositos entregados en garantía	1	15	0%	0%	13	955%
Subtotal Activo Corriente	22,213	22,389	43%	40%	176	1%
C X C Servicios de salud	4,221	8,782	15%	26%	4,561	108%
C X C Difícil cobro	10,262	7,992	36%	24%	-2,270	-22%
Deterioro para cuentas por cobrar	-5,594	-5,729	-19%	-17%	-135	2%
Propiedad Planta y Equipo - Otros	19,994	22,845	69%	67%	2,850	14%
Subtotal Activo No Corriente	28,883	33,890	57%	60%	5,007	17%
Total Activo	51,096	56,279	100%	100%	5,183	10%

En cuanto al Pasivo Institucional se observa un crecimiento del 20% con relación a la vigencia 2017, debido principalmente a las obligaciones con proveedores, las provisiones para contingencias por litigios y demandas y otras cuentas por pagar. El pasivo representa el 23% del total de los activos.

CONCEPTO	DICIEMBRE		Análisis Vertical		Análisis Horizontal 2018 - 2017	
	2017	2018	2017	2018	En pesos	En var %
Pasivos						
Pasivo corriente	9,693	12,503	83%	98%	2,810	29%
FINANCIAMIENTO INTERNO DE LP	0	103	0%	1%	103	
ADQUISICION DE BIENES	3,763	4,645	39%	37%	882	23%
RECAUDOS, SUBVENCIONES Y DCTOS	11	12	0%	0%	1	8%
RETENCION EN LA FUENTE - CONTRIB	252	229	3%	2%	-23	-9%
CREDITOS JUDICIALES	0	10	0%	0%	10	
DEPOSITOS RECIBIDOS EN GARANTIA	72	134	1%	1%	62	86%
OTRAS CUENTAS POR PAGAR	2,960	3,483	31%	28%	522	18%
BENEF A LOS EMPL A CORTO PLAZO	2,103	2,096	22%	17%	-7	0%
PROVISION PARA CONTINGENCIAS	531	1,791	5%	14%	1,259	237%
PASIVO NO CORRIENTE	1,919	248	17%	2%	-1,671	
FINANCIAMIENTO INTERNO DE LP	0	248		100%	248	
BENEF A LOS EMPL A LARGO PLAZO	1,919	0	100%	0%	-1,919	
TOTAL PASIVO	11,612	12,751	100%	100%	1,139	10%

- **Dictamen de los Estados Financieros (Revisor Fiscal)**

Señores
JUNTA DIRECTIVA.



E.S.E 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 E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON, con corte a 31 de Diciembre de 2017 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 Publica, el manual de procedimientos y el plan general de contabilidad pública de la Contaduría General de la Nación el cual forman con ello un todo indivisible .

Esto se refiere al cumplimiento, por parte de la Administración, de las Normas Internacionales de Contabilidad e Información Financiera entre el 1 de enero de 2018 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.

2- 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 2018 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 2018 y 2017.

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.

3- OPINIÓN

Una de mis funciones es la de expresar una opinión sobre dichos estados financieros, comparativos con los del 31 de diciembre de 2018 y 2017 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 2018, 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.

4- CUMPLIMIENTO DE NORMAS SOBRE DOCUMENTACIÓN Y CONTROL INTERNO.

Declaro que, durante el periodo comprendido del 01 de enero y 31 de diciembre de 2018; 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.

5- 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).

6- SISTEMA DE CONTROL INTERNO

En cuanto a la evaluación del sistema de Control interno, se da cumplimiento a la ley 87 de 1993, circular 02 de 2.004, expedida por el consejo asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional y territorial.

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

Según su opinión conceptúa que la Oficina Asesora de Control Interno, y teniendo como evidencias las evaluaciones adelantadas frente al Control Interno Contable, la encuesta del Modelo Estándar de Control Interno ante el Departamento Administrativo de la Función Pública, el diagnóstico MECI, y las auditorías fiscales realizadas por la Contraloría Departamental del Huila podemos inferir que el Sistema de Control Interno en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl para la vigencia 2018 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 2018, 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.

7- INFORME DE GESTION.

Revisado el Informe de Gestión presentado por la Administración, correspondiente al ejercicio de 2018, 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 2018, cuya evaluación consolidada alcanzó un grado de cumplimiento del 94,6%. así mismo encontré que el mismo se ajusta a los requerimientos de Ley, contiene una exposición sobre la evolución



de los negocios y la situación jurídica, económica y administrativa y opino que el mismo concuerda debidamente con los Estados Financieros preparados por la Administración para el mismo periodo.

CLAUDIA FERNANDA OLARTE CARDOZO

Revisora Fiscal
T.P. 88916-T.

INDICADOR No. 10: Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya

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

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 2018, la ESE elaboró, adoptó, 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.
- Mantener actualizados los equipos de cómputo y periféricos como también los equipos de comunicaciones; se integraron los Aplicativos a la Medida al Sistema Misional Dinámica Gerencial permitiendo la consulta de datos básicos; se mejoró el desempeño de la red para una mejor optimización de los procesos y un flujo de datos más eficiente; se optimizó el desempeño del servicio de SQL Server implementando las bases históricas en el servidor alterno y se logró



avanzar en la instalación de la versión actualizada del motor de base de datos SQL Server y Windows Server en el servidor de dominio .

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

Durante la vigencia fiscal de 2018, la ESE elaboró, adoptó, socializó y publicó en su 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:

- Se realizó el monitoreo y seguimiento a riesgos del proceso sistema de información cuyo reporte se envió a control interno para lo de su competencia.

y se realizó el monitoreo y seguimiento a los riesgos inherentes con el sistema de información de la ESE, así dentro del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información se logró el diseño y se socializó el plan de sensibilización de la información y se gestionó 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.

c). Plan de Seguridad y Privacidad de la Información

Durante la vigencia fiscal de 2018, la ESE elaboró, adoptó, 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.
- 3.

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

- Durante la vigencia fiscal de 2018, 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 2018, alcanzó un logro de desarrollo del 90%.

a). Plan Institucional de Archivo (PINAR)



Durante la vigencia fiscal de 2018, la ESE elaboró, adoptó, 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:

- Dentro de la ejecución del contrato de gestión documental, se logró culminar el diagnóstico de la gestión documental, el Plan Institucional de Archivo (PINAR), el Programa de Gestión Documental (PGD) y las Tablas de Retención Documental (TRD).

Así mismo, ejecutaron las acciones de capacitación al personal de la ESE en gestión documental, así como en la implementación de las Tablas de Retención Documental.



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 2018	Meta 2018
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	97%	≥0.91
	141	145		

Durante la vigencia fiscal de 2018, la ESE realizó la Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes, en forma semestral.

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

En el **Primer Semestre** la auditoría medica responsable de evaluación de la guía en cuestión, con apoyo de la coordinación del Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalario, realizó la identificación a través de los códigos CIE-10 de los casos inherentes a los eventos de Hemorragias del III trimestre sucedidos entre el 1° de Enero y el 30 de Junio de 2018, lográndose identificar 50 casos de usuarias con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con dicho diagnóstico. Una vez revisados los casos, la auditoría determina que 6 casos aplican para la evaluación de la guía, los cuales fueron auditados en su totalidad y 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 1° de Julio el 31 de Diciembre de 2018, lográndose identificar 40 casos de usuarias con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con dicho diagnóstico. Una vez revisados los casos, la auditoría determina que 16 casos aplican para la evaluación de la guía, los cuales fueron auditados en su totalidad y cumplieron con la aplicación estricta de la Guía de Manejo para Hemorragias del III trimestre.



En síntesis, en la vigencia fiscal de 2018, se revisaron y analizaron 22 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 22 usuarias en su atención, se les realizó la aplicación estricta a la Guía de Manejo para Hemorragias del III trimestre.

En consecuencia, el resultado del indicador es el siguiente: $I = 22/22 = 1,0\%$ lográndose **cumplir** la meta fijada en el Plan de Gestión 2018 la cual fue ≥ 0.91 y por ende se logra cumplir con el estándar ≥ 0.80 fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

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

En el **Primer Semestre** la auditoría medica responsable de evaluación de la guía en cuestión, con apoyo de la coordinación del Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalario, realizó la identificación a través de los códigos CIE-10 de los casos inherentes a los eventos de trastornos hipertensivos en el embarazo sucedidos entre el 1° de Enero y el 30 de Junio de 2018, lográndose identificar 68 casos de usuarias con trastorno hipertensivo en el embarazo atendidas en la ESE. Seguidamente la auditoría medica mediante el instrumento de muestreo aleatorio simple adoptado por la Auditoría de la Contraloría General de la República, determino la muestra optima de las historias clínicas a ser auditadas, que para el caso que nos ocupa fue de 68 historias clínicas de usuarias con trastorno hipertensivo en el embarazo. Una vez, realizada la auditoría de las historias clínicas, se logró determinar que en 64 de las historias clínicas se dio aplicación estricta a la Guía de Manejo específica para trastornos Hipertensivos gestantes.

En el **Segundo Semestre** la auditoría medica responsable de evaluación de la guía en cuestión, con apoyo de la coordinación del Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalario, realizó la identificación a través de los códigos CIE-10 de los casos inherentes a los eventos de trastornos hipertensivos en el embarazo sucedidos entre el 1° de Julio el 31 de Diciembre de 2018, lográndose identificar 76 casos de usuarias con trastorno hipertensivo en el embarazo atendidas en la ESE con dicho diagnóstico. Seguidamente la auditoría medica mediante el instrumento de muestreo aleatorio simple adoptado por la Auditoría de la Contraloría General de la República, determino la muestra optima de las historias clínicas a ser auditadas, que para el caso que nos ocupa fue de 65 historias clínicas de usuarias con el diagnostico de trastornos hipertensivos en el embarazo. Una vez, realizada la auditoría de las historias clínicas, se logró determinar que en 65 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 2018, 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 129 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: $I = 129/133 = 97\%$, lográndose **cumplir** la meta fijada en el Plan de Gestión para la vigencia fiscal de 2018 la cual fue ≥ 0.91 y por ende se logra el cumplimiento del estándar ≥ 0.80 fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

Recapitulando, durante la vigencia fiscal de 2018, se revisaron y analizaron por auditoría 155 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 151 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 $I = 151/155 = 97,4\%$ lográndose



cumplir la meta fijada en el Plan de Gestión para la vigencia fiscal de 2018 la cual fue ≥ 0.91 y por ende se logra el cumplimiento del estándar ≥ 0.80 fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

Entre otras actividades se realizaron:

- La coordinación de urgencias realizó la evaluación de conocimiento de la Guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre y Trastornos Hipertensivos de la gestación, al personal médico de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul, conforme a lo programado en el Plan de Acción 2018.
- 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 2018	Meta 2018
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	96,9	≥ 0.95
	124	128		

Durante la vigencia fiscal de 2018, 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 68 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 65 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 2018, tomando como muestra aleatoria 60 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 59 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 2018, se revisaron y analizaron 128 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 124 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: $I = 124/128 = 96,9\%$, lográndose **cumplir con** la meta fijada en el Plan de Gestión 2018 la cual fue ≥ 0.95 y, así como el cumplimiento del estándar ≥ 0.80 fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en 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		Resultad o 2018	Meta 2018
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	96,6	≥ 0.92
	459	475		

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

Trimestre	Realización de Apendicetomía antes de 6 horas DX	Total de Apendicetomías realizadas	%
Primer	119	121	98,3%
Segundo	108	108	100,0%
Tercer	114	117	97,4%
Cuarto	118	129	91,5%
Total	459	475	96,6%

Como se observa en el cuadro anterior, durante la vigencia de 2018, se realizaron en la ESE un total de 475 Apendicectomía, de las cuales 459 Apendicetomía fueron intervenidas antes de 6 horas de diagnosticada la Apendicitis Aguda, obteniéndose como resultado del indicador el siguiente: $I = 459/475 = 96,6\%$, por lo tanto se **cumple** con la meta fijada para el 2018 en el Plan de Gestión la cual fue de ≥ 0.92 y por consiguiente con el estándar ≥ 0.90 definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

- Durante el año 2018 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 2018	Meta 2018
	2018	2017		
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación/Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.	Pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario	Cero casos	Cero (0) o variación negativa
	Cero casos	Cero Casos		

Este indicador al igual que el anterior, fue monitoreado, analizado y evaluado trimestralmente por la auditoría médica de la ESE, con el fin de disponer información real y acertada sobre el comportamiento del mismo; evidenciándose que durante los cuatro trimestres del año 2018 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 2018 y el estándar **Cero o variación negativa** fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social en 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 2018	Meta 2018
Número de pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/Total de pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia.	Pacientes a quienes se les inició la terapia específica dentro de la primera hora del diagnóstico	Total de pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia.	1,0	≥0.94
	187	187		

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 2018, se identificaron en la ESE un total de 187 pacientes con Diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio que ingresaron al servicio de urgencias, de los cuales 187 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: $I = 187/187 = 1,0\%$, por lo tanto se logra **cumplir** con la meta fijada para el 2018 en el Plan de



Gestión la cual fue de ≥ 0.94 y por consiguiente se supera el estándar ≥ 0.90 definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

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

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

INDICADOR No. 17: Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria

Formula	Variables de calculo		Resultado 2018	Meta 2018
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
	95	95		

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	20	20	1.00
Segundo	23	23	1.00
Tercer	22	22	1.00
Cuarto	30	30	1.00
Total	95	95	1.00

Como se evidencia en el cuadro anterior, durante la vigencia de 2018 se presentaron en la ESE un total de 95 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: $I = 95/95 = 1,0$ dándose así **cumplimiento** con la meta fijada para el 2018 en el Plan de Gestión la cual fue de = 1,0 y por consiguiente con el estándar ≥ 0.90 definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018.

- Durante la vigencia fiscal de 2018, 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 2018	Meta 2018
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	4,4 días	≤ 4.5
	20.991	4.768		

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 2018, 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 20.991 días y un total anual de 4.768 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 2018 en el Hospital Departamental San Vicente de Paúl, fue de 4.4 días, así: $I = 20.991/4.678 = 4,4$ Días, por lo tanto, se logra **cumplir** con la meta fijada para el 2018 en el Plan de Gestión la cual fue de ≤ 4.5 días y por consiguiente el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018, el cual, es igual a ≤ 5.0 días.

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

Durante el año de 2018, la ESE contó con cinco (5) 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 2018	Meta 2018
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	≤ 4.0
	14.389	3.615		

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 2018, 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 14.389 días y un total anual de 3.615 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 2018 en el Hospital Departamental San Vicente de Paúl, fue de 4,0 días, así: $I = 14.389/3.615 = 4,0$ Días, lográndose cumplir cabalmente la meta fijada para el 2018 en el Plan de Gestión la cual fue de ≤ 4.0 días y se logra **cumplir** el estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 0408 de 2018, que es igual a ≤ 8 días.

En el anexo soportes de cumplimiento de indicadores y metas 2018 (Ver Ficha Tecnica 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 2018, la ESE contó con siete (7) medicos especialistas en Ginecoobstetricia para atender la demanda de los servicios de salud y con los cuales dio cumplimiento efectivo al indicador en cuestión.

INDICADOR No. 20: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.

Formula	Variables de calculo		Resultado 2018	Meta 2018
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	10,8	≤ 11.0
	95.821	8.834		

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 2018, 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 95.821 días y un total anual de 8.834 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 10.8 días, así: $I = 95.821/8.834 = 10.8$ Días, por lo tanto, se logra **cumplir** con la meta fijada para el 2018 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.

- 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 2018, 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, Tarquí, Suaza y Altamira y pobladores de otras regiones del Departamento del Huila y del País.

Durante la vigencia fiscal de 2018, el número de usuarios que asistieron a la ESE se incrementó en el 0,8% frente a lo observado en el año de 2017, evidenciándose un total de 55.168 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	%
	2017	2018		
Agrado	1.452	1.811	24,7%	3,3%
Altamira	1.011	1.028	1,7%	1,9%
Garzón	33.919	33.419	-1,5%	60,6%
Gigante	4.672	4.784	2,4%	8,7%
Guadalupe	3.642	3.816	4,8%	6,9%
Pital	2.260	2.627	16,2%	4,8%
Suaza	3.303	3.111	-5,8%	5,6%
Tarquí	3.479	3.164	-9,1%	5,7%
Otros Municipios	1.002	1.408	40,5%	2,6%
TOTAL	54.740	55.168	0,8%	100,0%

Fuente: Sistema de Información de la ESE 2018

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 60,6%, seguidos por los habitantes de Gigante con el 8,7%, Guadalupe con el 6,9%, Tarquí con el 5,7%, Suaza con el 5,6% y Pital con el 4,8%, 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. 00002249 de Mayo 30 de 2018 "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Territorial para la vigencia fiscal 2018 y se dictan otras disposiciones".

- La gerencia en cumplimiento del Plan de Gestión 2016 – 2020 durante la vigencia fiscal 2018, logro la ejecución de los recursos de regalías y recursos propios por valor de **CINCO MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTISÉIS PESOS \$5.772.874.726) M/cte**, orientados al mejoramiento y fortalecimiento de los servicios a cargo de la ESE, en equipamiento biomédicos, ambulancia 4 x 4, en mejoramiento de infraestructura física y fortalecimiento del Sistema de información de la empresa.

- 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 2018, 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.



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

Preparó: Cicerón Cuchimba Patiño.
Profesional de Apoyo a la Gestión
Servidores públicos de la ESE responsable de las áreas de servicio.



5. ANEXOS

SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE INDICADORES Y METAS 2018

1. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PLAN DE ACCIÓN O PLAN OPERATIVO 2018