

**INFORME ANUAL ANALISIS INDICADORES  
DEL PLAN DE GESTION 2016- 2020  
- VIGENCIA 2018-**



**E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN  
MUNICIPIO DE GUAMAL  
DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA**

**MILENA DEL CARMEN CHAVES CHARRIS  
GERENTE**

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 1 de 48

## PRESENTACION

El presente documento, corresponde al informe del análisis de los resultados obtenidos en la Evaluación Anual de los Indicadores del Plan de Gestión 2016 - 2020, de la vigencia 2018, el cual presento para revisión y aprobación de los miembros de la Honorable Junta Directiva de la E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - Baja Complejidad, del Municipio de GUAMAL, Departamento del MAGDALENA, en calidad de Gerente de esta Entidad Hospitalaria, cargo para para el cual fui nombrada mediante Decreto 056 del 15 de febrero de 2016, expedido por la Gobernadora del Departamento del Magdalena, posesionada mediante Acta No.0136 del 31 de Marzo de 2016, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en los Anexos 2, 3 y 4 de la Resolución 408 del 15 de febrero de 2018 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social (por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones), "por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones".

Desde el momento en el que se formuló el Plan de Gestión Gerencial para el periodo 2016 - 2020, en concordancia al trabajo integral con los diferentes grupos de apoyo institucional, y el direccionamiento de la Junta Directiva de la ESE, se consideró prioritario enfocar la gestión gerencial hacia el cumplimiento de metas de competitividad, productividad, equilibrio financiero y autosostenibilidad de la Institución, así mismo, implementar una política que permitiera lograr la satisfacción del cliente externo e interno, en el ambiente de prestación de servicios y laboral.

Para realizar el análisis de las metas propuestas y logros obtenidos; así mismo, como la evaluación y calificación de manera cuantitativa del resultado o variación observada de los indicadores del plan de gestión 2016-2020, en el periodo evaluado, según los estándares anuales por área de gestión, se tuvo como fundamento, los lineamientos establecidos en los Anexos 2, 3 y 4 de la Resolución 408 de 2018.

El presente informe, ilustra el proceso integral de la análisis y evaluación de 17 de los indicadores y estándares en las Areas de Gestión Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, Clínica o Asistencial, aplicables al primer nivel de complejidad, susceptibles de plantear, medir y evaluar, según las instrucciones y normas impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social; y contiene en forma ordenada y coherente, las metas de gestión y resultados, el diagnóstico o línea de base y el establecimiento de logros obtenidos durante la vigencia evaluada.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 2 de 48

## **INDICADORES POR AREA DE GESTION (ANEXO No. 2 – RESOLUCION 408 DE FEBRERO 15 DE 2018)**

### **1. AREA DE GESTION DIRECCION Y GERENCIA (20%)**

- 1.1. MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR**
- 1.2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD**
- 1.3. GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 3 de 48

## 1. AREA DE GESTION DIRECCION Y GERENCIA

### 1.1. MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR

El indicador, se basa en el resultado comparativo de la autoevaluación con estándares de acreditación de la vigencia evaluada y la vigencia anterior, realizadas con base en el Manual de Estándares de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario, adoptado por la Resolución 123 de 2012 (evaluación de aspectos tales como: la seguridad clínica, la humanización, la gestión del riesgo y el direccionamiento estratégico, entre otros).

#### 1.1.1. Autoevaluación sobre los estándares de acreditación, según lo establecido en la Resolución 123 de 2012 - corte 30 de enero de 2018.

El primer paso para que la organización pueda desarrollar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud consiste en establecer qué es lo que puede mejorarse, para ello debe realizar una autoevaluación interna, es decir, un "**diagnóstico básico general de la institución**", que pretende identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización o aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan poderosamente al usuario.

La autoevaluación como parte de la aplicación de la ruta crítica mencionada en las pautas indicativas de auditoría deberá realizarse en las instituciones que tengan estructurado el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC), el cual contendrá aquellos proyectos de Auditoría que se llevarán a cabo en la organización a corto, mediano y largo plazo, al revisar el cierre del Ciclo Gerencial PHVA y determinar el inicio de un nuevo ciclo de mejoramiento para los procesos en cuestión.

Los prestadores de servicios deberán definir, desarrollar y evaluar los niveles de **Autocontrol** y **Auditoría interna** y las **Acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales** que permitan a la organización identificar sus principales problemas de calidad (procesos prioritarios), conocer su desempeño actual (calidad observada) e implementar planes de mejoramiento que les permitan disminuir la brecha con respecto a las metas de cumplimiento establecidas (calidad esperada). Para ello deberán tomar como patrón de referencia lo establecido en el estándar de seguimiento a riesgos del sistema único de habilitación (Anexo Técnico 1 - Resolución 1043 de 2006), la autoevaluación sobre los estándares de acreditación (Resolución 1445 de 2006, modificada en su artículo 2, por la Resolución 123 de 2012) y los indicadores del sistema de información para la calidad (Resolución 1446 de 2006, derogada por la Resolución 256 de 2016).

Para tal fin, la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen del Municipio de Guamal, Departamento del Magdalena, como entidad de salud de primer nivel de complejidad, habilitada con el Registro de Prestador de Servicios de Salud número (473180024501), siendo concedora de los procesos

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 4 de 48

prioritarios que la organización debe definir a partir del seguimiento a riesgos en la prestación de servicios, cuya finalidad es proteger a los usuarios de los principales riesgos que se presentan durante el proceso de atención en salud y orientándose al logro de los estándares de acreditación, adoptó institucionalmente durante la vigencia 2018, el **Sexto Ciclo de Autoevaluación sobre los estándares de acreditación, según lo establecido en la Resolución 123 de 2012 a corte 30 de Enero de 2018**, con la implementación de sus respectivas oportunidades de mejora. Dichos estándares, se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud como centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo.

La Autoevaluación o “Diagnóstico de la Calidad” de la atención correspondiente a la vigencia 2018, tiene como objetivo, continuar con el proceso de mejoramiento permanente, y la identificación de los problemas de calidad existentes, teniendo en cuenta, los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, así como los procesos involucrados en su generación.

### 1.1.2. Fase de Autoevaluación.

El proceso de la Autoevaluación de la ESE, se adoptó e implementó siguiendo los lineamientos establecidos en la Resolución 123 del 2012, apoyados en el contexto temático del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. Se realizó el análisis de los 158 estándares que presenta el manual, los cuales están enfocados en siete grandes grupos de procesos, y fueron evaluados con la aplicación de la Hoja radar, para seguir la Ruta Crítica y la Priorización de los Procesos, seleccionando 127 estándares con enfoque en acreditación, aplicables a las ESE de baja complejidad.

Según lo establecido en la Resolución 123 de 2012, se realizó la revisión de los Procesos de Atención al Cliente Asistencial (PACA), con enfoque en los Grupos de Estándares de Acreditación: cliente asistencial, de direccionamiento y gerencia, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gerencia de la tecnología, gerencia de la información, a través de la conformación de los Equipos de Autoevaluación delimitados por grupo de estándares del Sistema Unico de Acreditación, los cuales fueron creados mediante Resolución No. 0014 del día 30 de enero de 2018, iniciando como primera medida con la capacitación en el contexto temático del proceso de autoevaluación, contenido en la Guía Básica para Implementar las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, así mismo, del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, según lo establecido en la Resolución 123 de 2012, con la finalidad de familiarizar a los integrantes de los diferentes Equipos de Autoevaluación con: la metodología a implementar para la autoevaluación, los formatos adoptados para realizar la autoevaluación, y los resultados de la autoevaluación de la vigencia 2018.

En la FASE OPERATIVA de la autoevaluación, se realizó un *Diagnóstico de la calidad observada, frente a la calidad esperada*, evaluando en base a una Calificación Cualitativa, identificando las *Fortalezas* relacionadas con cada estándar y criterio analizado y los soportes de las mismas (dentro

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 5 de 48

de la ESE Hospital), y las *Oportunidades de mejora*, que pueden implementarse para su cumplimiento. Así mismo, a través de una Calificación Cuantitativa a través de la Hoja Radar para la calificación de los estándares de acreditación en salud, teniendo en cuenta (3) dimensiones que corresponden a: Enfoque de Sistemática y amplitud, Proactividad, Ciclo de evaluación y mejoramiento; Implementación de Despliegue en la institución, Despliegue al cliente interno y/o externo (según la naturaleza y propósito del estándar); Resultados de Pertinencia, Consistencia, Avance de la medición; Tendencia, Comparación (variables dadas por la hoja radar, con base en las cuales se va a calificar). En ésta evaluación se define un rango de calificación de 1 a 5, siendo 1 el menor valor de calificación y 5 el más alto.

#### CALIFICACION PROMEDIO EN AUTOEVALUACION DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION VIGENCIAS 2017 -2018

<b>ENTIDAD: E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN</b>	
<b>NIVEL DE COMPLEJIDAD : BAJA</b>	<b>MUNICIPIO: GUAMAL - MAGDALENA</b>
<b>REPRESENTANTE LEGAL:</b>	<b>MILENA DEL CARMEN CHAVES CHARRIS</b>

<b>AUTOEVALUACIÓN*</b>			
<b>GRUPO DE ESTÁNDARES</b>	Quinta autoevaluación	Sexta autoevaluación	Septima autoevaluación
	Enero de 2017	Enero de 2018	Enero de 2019
Cliente Asistencial	2,79	3,30	
Direccionamiento	2,79	3,31	
Gerencia	2,79	3,31	
Talento Humano	2,71	3,27	
Ambiente Físico	2,70	3,30	
Tecnología	2,72	3,26	
Información	2,73	3,26	
* Calificación de 1 a 5	<b>2,75</b>	<b>3,29</b>	

<b>Método de calificación**</b> Indique con una X el método empleado; si esta ha sido diferente para cada autoevaluación indíquelo	<b>Promedio Aritmético</b>	<b>Moda</b>	<b>PROMEDIO DE CALIFICACION INDICADOR 1 RES 408 DE 2018</b>
	<b>X</b>	<b>3,30</b>	<b>1,20</b>

**Fórmula del Indicador:** Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.

**Estándar para cada año:** mayor o igual a 1.20.

<b>INDICADOR</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>RESULTADO</b>
CALIFICACION DE AUTOEVALUACION VIGENCIA 2018	3.29	<b>1.20</b>
CALIFICACION DE AUTOEVALUACION VIGENCIA 2017	2.75	

**Resultado:** A corte 30 de Enero de la vigencia 2018, la E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, realizó la autoevaluación con todos los estándares de acreditación que le fueron aplicables, teniendo como referente el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, adoptado por la Resolución 123 de 2012.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 6 de 48

El promedio de la calificación obtenida de la autoevaluación realizada a los **127** estándares de Acreditación aplicables a esta ESE, en la vigencia 2018 fue de **3.29**. En tanto que en la vigencia anterior (2017), fue de **2.75**; obteniéndose de la relación de estos promedios, un resultado como promedio de la calificación de autoevaluación igual a **1.20**.

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** Teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **5**, ya que la ESE durante los años 2018 y 2017, realizó autoevaluación completa de los estándares de acreditación que le aplican, y se obtuvo en la Relación de los promedios de la calificación de autoevaluación en las vigencias evaluadas, un resultado igual a 1.20.

**Fuente de información:** Documento de autoevaluación.

**Anexo No. 1:** Carpeta contentiva del Documento de Autoevaluación de los Estándares de Acreditación de la vigencia 2018.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 7 de 48

## 1.2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

La definición operativa del citado indicador, es la siguiente: relación del Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.

En el numerador la frase "acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas" se refiere a la gestión adelantada en el marco del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, PAMEC.

Para garantizar el cierre del ciclo de Autoevaluación, la ESE fundamentó la estructura del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), como **el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada**, con base en la autoevaluación institucional, que estableció con un enfoque sistémico de gerenciamiento de los procesos centrado en las necesidades y expectativas de los clientes, los procesos de priorización para acciones de mejora, con el objetivo de garantizar la calidad de la atención en salud de primer nivel de complejidad centrada en el usuario y su grupo familiar, teniendo como base las condiciones mínimas de habilitación, así como la identificación de los problemas de calidad. Este Programa de Auditoría, establece una metodología unificada que integra de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización condensando bajo una sola metodología la identificación, recolección, definición y análisis de las oportunidades de mejora, para que los procesos de calidad que se desarrollen sean efectivos y eficientes.

### Priorización de las Oportunidades de Mejoramiento.

Los planes de mejora se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas en la Autoevaluación de los Estándares de Acreditación por grupo de estándares. Las oportunidades de mejoramiento se deben priorizar por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo, las cuales se aplican así: a) *Riesgo*: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento; b) *Costo*: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento; c) *Volumen*: Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio). Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor. Para un mismo estándar pueden identificarse más de una oportunidad de mejora, NO se prioriza el estándar completo, sino que se prioriza cada oportunidad de mejora del estándar.

Para cada grupo de estándares se deben priorizar las oportunidades de mejoramiento con las más altas calificaciones. La calificación más alta es 125, pero en general se considerarían de

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 8 de 48

mejoramiento crítico las oportunidades de mejora con calificaciones superiores a 70 puntos. La directriz es escoger las más altas calificaciones, no sólo las que obtuvieron 125 puntos.

Otra guía, establece que para grupos de estándares de más de 50 estándares, se podrían escoger las primeras 20 oportunidades de mejora con más altas calificaciones; para grupos de estándares de más de 20 estándares, se podrían escoger las primeras 12 oportunidades de mejora con más altas calificaciones y para grupos de estándares de menos de 20 estándares, se podrían escoger las primeras 8 oportunidades de mejora con más altas calificaciones. Sin embargo siempre debe primar el sentido común y la criticidad evaluada.

Se sugiere utilizar la siguiente tabla de calificación:

<b>Criterios de Priorización</b>		
<b>Riesgo</b>	<b>Costo</b>	<b>Volumen</b>
Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución	Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución	Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos
Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución	Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos

Para cada grupo de estándares se realiza un formato de plan de mejoramiento para sus oportunidades de mejoramiento priorizadas (es decir, una hoja de Excel para cada grupo de estándares). Los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación, serán registrados en la Matriz de Priorización Riesgo - Costo - Volumen, sugerida por el MSYPS, diseñada para dicha actividad, dentro de la cual se debe describir la oportunidad de mejora o hallazgo, la acción de mejoramiento, la procedencia de la no conformidad, el indicador si aplica, el propósito de la actividad, el responsable del proceso, la fecha de ejecución de la actividad y la fecha de los seguimientos que se realizarán por parte del referente responsable del proceso como actividad.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 9 de 48

Desde el punto de vista cualitativo, se obtuvo un total de 28 oportunidades de mejora, a las que se le aplicó la matriz de priorización Riesgo, Costo, Volumen, sugerida por el Ministerio de Salud y Protección Social, priorizando 8 acciones de mejoramiento programadas, obteniéndose como resultado 8 acciones de mejoramiento ejecutadas. Al finalizar el proceso de mejoramiento continuo a corte 28 de Diciembre de 2018, la ESE obtuvo un porcentaje del 100%, en la ejecución de los planes de mejoramiento continuo con enfoque en acreditación.

En la siguiente tabla se ilustra el estado de las acciones del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud - PAMEC 2018, dispuestas en los grupos de estándares con enfoque en acreditación:

CONSOLIDADO AVANCE DEL PAMEC 2018 ESE HNSC GUAMAL - MAGDALENA								
	ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	TALENTO HUMANO	AMBIENTE FISICO	INFORMACION	TECNOLOGIA	TOTAL
<b>EJECUCION DEL PAMEC</b>	Completo	2	2	1	1	1	1	8
	En desarrollo	0	0	0	0	0	0	0
	Atrasado	0	0	0	0	0	0	0
	No iniciado	0	0	0	0	0	0	0
	Acciones evaluadas	2	2	1	1	1	1	8
<b>AVANCE DE CUMPLIMIENTO</b>	Actividades programadas	2	2	1	1	1	1	8
	Actividades completas	2	2	1	1	1	1	8

**Fuente:** Documento formato planes de mejoramiento con énfasis en acreditación de la E.S.E. "HNSC" Guamal – Magdalena, corte 28 de Diciembre de 2018.

**Fórmula del Indicador:** Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.

**Estándar para cada año:** mayor o igual a 0.9.

PAMEC	TOTAL	RESULTADO
ACCIONES DE MEJORAMIENTO PROGRAMADAS 2018	8	<b>1</b>
ACCIONES DE MEJORAMIENTO EJECUTADAS 2018	8	

**Resultado:** Durante el Sexto Ciclo de Autoevaluación de Estándares de Acreditación realizado en la vigencia 2018, de un total de **8 acciones de mejoramiento programadas**, priorizadas para ser desarrolladas en el periodo comprendido de abril a diciembre de la vigencia evaluada, se obtuvo como resultado, un total de **8 acciones de mejoramiento ejecutadas**, registrándose un porcentaje de ejecución de los planes de mejoramiento continuo con enfoque en acreditación, del 100%. En consideración a la situación expuesta, operativamente, el resultado obtenido de la

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 10 de 48

Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC, es **1**.

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** Teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **5**, ya que el resultado obtenido de la Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC, es mayor a 0.9.

**Fuente de información:** Superintendencia Nacional de Salud.

**Anexo No. 2:** Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud - PAMEC 2018, y Soportes que certifican el cumplimiento de las acciones de mejoramiento continuo, implementadas con enfoque en acreditación, programadas y ejecutadas durante la vigencia 2018, en medio magnético.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 11 de 48

### 1.3. GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

La estructura del Plan de Desarrollo Institucional de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, se fundamentó bajo la modalidad del Cuadro de Mando Integral; direccionando así mismo, la ejecución de las Metas proyectadas en el Plan Operativo Anual – POAI de la vigencia 2018, en cinco grandes ejes estratégicos (fortalecer la prestación de los servicios de salud, gestión centrada en el usuario y la comunidad, implementar y mantener un sistema integrado de gestión de calidad, contribuir a la formación y consolidación de competencias del talento humano, gestión financiera), con sus respectivos objetivos estratégicos, propuestos en el Plan de Desarrollo Institucional Gerencial.

Del Cumplimiento Total de las Metas Programadas en el Plan Operativo Anual de la vigencia 2018, se hace referencia a la evaluación del cumplimiento en la ejecución de las mismas, a corte 31 de diciembre de 2018, así:

<b>EJE ESTRATEGICO 1: FORTALECER LA CAPACIDAD DE OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>				
<b>DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>FORMULA DEL INDICADOR</b>	<b>CUMPLE</b>		<b>CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR</b>
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	
Intervención y adecuación de la infraestructura física de las áreas de celaduría, admisión, cuarto de aseo, almacenamiento de camillas y sillas de ruedas, Triage y consultorio del servicio de urgencias de la ESE.	Número de áreas de la ESE intervenidas en la infraestructura física durante la vigencia evaluada / Número de áreas de la ESE programadas para intervención y adecuación de la infraestructura física durante la vigencia evaluada	X		Ejecución en un 100% del Contrato de Obras No.17091804, del 17 de septiembre 2018, cuyo objeto fue: realizar obras de adecuación de algunas áreas de la E.S.E, de acuerdo a los estudios de conveniencia y propuestas del contratista, Publicado en la página del SECOP en el siguiente link <a href="https://www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=18-4-8525020">https://www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=18-4-8525020</a>
Elaboración y adopción de un Plan Institucional de Archivos (PINAR)	Plan Institucional de Archivos (PINAR), elaborado y adoptado, mediante acto administrativo	X		Ejecución en un 100%. Documento PINAR elaborado y adoptado mediante acto administrativo, Resolución No. 0122 del 29 de junio 2018. Publicado en la página web institucional en el siguiente link <a href="http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/002.pdf">http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/002.pdf</a>
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>		<b>100%</b>		

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 12 de 48

<b>EJE ESTRATEGICO 2: GESTION CENTRADA EN EL USUARIO Y LA COMUNIDAD</b>				
<b>DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>FORMULA DEL INDICADOR</b>	<b>CUMPLE</b>		<b>CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR</b>
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	
Elaboración y adopción de un Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, elaborado y adoptado, mediante acto administrativo	X		Ejecución en un 100%.  Documento Plan de Seguridad y Privacidad de la Información elaborado y adoptado mediante acto administrativo, Resolución No. 0123 del 29 de junio 2018. Publicado en la página web institucional en el siguiente link <a href="http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/011.pdf">http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/011.pdf</a>
Garantizar la participación activa de las alianzas de usuarios de la ESE, en la toma de decisiones, convocando la asistencia de los miembros que integran dichas alianzas a las reuniones trimestrales, que se llevan a cabo en las instalaciones de la Entidad Hospitalaria, en coordinación con las Oficinas de Control Interno y SIAU de la ESE	Número de reuniones realizadas en la vigencia / Número total de reuniones programadas con los miembros de las alianzas de usuarios en el periodo evaluado	X		Cumplimiento en un 100%, teniendo como referencia las 4 actas levantadas durante la realización de las reuniones programadas durante la vigencia 2018, acordes al cronograma de actividades programadas conjuntamente entre las Oficinas de Control Interno y SIAU de la ESE y las Alianzas de usuarios.
Socializar y divulgar al cliente interno y externo, la Política de Seguridad del Paciente, adoptada e implementada, en la vigencia	Número de charlas realizadas para socializar y divulgar la Política de Seguridad del Paciente al cliente interno y externo de la ESE, en el periodo evaluado / Número total de charlas programadas para socializar y divulgar la Política de Seguridad del Paciente al cliente interno y externo de la ESE, en el periodo evaluado	X		Cumplimiento del 100% reuniones según 2 actas con soportes fotográficos y listas de asistencias de las charlas realizadas al cliente interno y externo respectivamente sobre los temas de seguridad del paciente



<b>VERSION:</b>	02
<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
<b>PAGINA</b>	Página 13 de 48

**INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018**

Garantizar una gestión transparente, pública y participativa, para todos los grupos de interés de la E.S.E.	Informe de evaluación y seguimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, de la ESE, elaborado y publicado en la página web institucional, en la vigencia evaluada	X	Cumplimiento en un 100%, se elaboró y publicó en la página web institucional, un Informe de evaluación y seguimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, de la ESE, realizado por la Oficina de Control Interno, en la vigencia evaluada <a href="http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co">http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co</a> .
Mantener la Proporción de satisfacción global del usuario mayor o igual al 90% en la vigencia 2018	Número de usuarios satisfechos / Número total de usuarios encuestados) x 100	X	Cumplimiento en un 100%, según los dos informes semestrales, aportados por la Oficina SIAU de la ESE, relacionados con la proporción de satisfacción global, reflejada en los resultados obtenidos a través de las encuestas realizadas a los usuarios que demandaron prestación de servicios de salud en la ESE, durante la vigencia 2018
Actualización e implementación del desarrollo de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral - IAMII, en favor de la salud y nutrición materna e infantil en la ESE	Acto administrativo que actualiza e implementa el desarrollo de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral - IAMII	X	Cumplimiento en un 100%  Acto administrativo que actualiza e implementa el desarrollo de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral-IAMII, Resolución No. 0328 del 7 de Diciembre de 2018
	Plan de trabajo de implementación del desarrollo de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral - IAMI	X	Plan de trabajo de implementación del desarrollo de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral –IAMII, acompañado de (3) actas elaboradas durante las reuniones de trabajo, realizadas en las instalaciones de la ESE, para llevar a cabo la reactivación y la asignación de actividades a desarrollar del comité IAMII, según los lineamientos establecido en las jornadas de asistencia técnica organizadas conjuntamente, entre el municipio de Guamal y la Secretaría de Salud del Magdalena
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>		<b>100%</b>	

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 14 de 48

**EJE ESTRATEGICO 3: IMPLEMENTAR Y MANTENER  
UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE LA CALIDAD**

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	FORMULA DEL INDICADOR	CUMPLE		CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR
		SI	NO	
Elaborar y ejecutar el cronograma de las visitas para las atenciones de salud periódicas con cubrimiento a la población rural y rural dispersa del municipio, programadas por el equipo de salud de la ESE, durante vigencia evaluada	Número de visitas para las atenciones de salud periódicas con cubrimiento a la población rural y rural dispersa del municipio ejecutadas por el equipo de salud de la ESE, durante vigencia evaluada / Número de visitas para las atenciones de salud periódicas con cubrimiento a la población rural y rural dispersa del municipio programadas por el equipo de salud de la ESE, durante vigencia evaluada	X		Cumplimiento en un 100%  Ejecución del 100% del cronograma de las visitas para las atenciones de salud periódicas con cubrimiento a la población rural y rural dispersa del municipio, programadas por el equipo de salud de la ESE, durante vigencia evaluada, certificado por la Enfermera que coordina la ejecución del mismo
Elaboración y adopción de un Plan de Tratamientos de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	Plan de Tratamientos de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, elaborado y adoptado mediante acto administrativo	X		Cumplimiento en un 100%  Documento Plan de Tratamientos de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información elaborado y adoptado mediante acto administrativo. Resolución No. 0116 del 27 de junio de 2018. Publicado en la página web institucional, en el siguiente link <a href="http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/010.pdf">http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/010.pdf</a> .
Elaboración y adopción de un Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI, elaborado y adoptado mediante acto administrativo	X		Cumplimiento en un 100%  Documento Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI, elaborado y adoptado mediante acto administrativo. Resolución No.0115 del 26 de junio 2018, publicado en la página web institucional,

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 15 de 48

				en el link <a href="http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/009.pdf">http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/009.pdf</a> .
Elaboración y adopción de la Matriz y Política de Riesgo Institucional	Documento contentivo de la Matriz y Política de Riesgo Institucional, elaborado y adoptado por acto administrativo		X	No se cumplió con el indicador señalado, teniendo en cuenta que no se elaboró durante la vigencia evaluada, la Matriz y Política de Riesgo, ya descrita
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>		<b>75%</b>		

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 16 de 48

**EJE ESTRATEGICO 4: CONTRIBUIR A LA FORMACION Y CONSOLIDACION DE COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO**

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	FORMULA DEL INDICADOR	CUMPLE		CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR
		SI	NO	
Elaboración y adopción de un Plan Institucional de Capacitación - PIC	Plan Institucional de Capacitación - PIC, elaborado y adoptado, mediante acto administrativo	X		Cumplimiento en un 100%.  Documento Plan Institucional de Capacitación - PIC elaborado y adoptado mediante acto administrativo. Resolución No. 0117 del 27 de junio 2018. Publicado en la página web de la entidad, en el link <a href="http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/006.pdf">http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/006.pdf</a>
Elaboración y adopción de un Plan Estratégico de Talento Humano	Plan Estratégico de Talento Humano, elaborado y adoptado, mediante acto administrativo	X		Cumplimiento en un 100%.  Plan Estratégico de Talento Humano, elaborado y adoptado, mediante acto administrativo. Resolución No.0114 del 25 de junio de 2018. Publicado en la página web institucional, en el link <a href="http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/005.pdf">http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/005.pdf</a>
Realizar un adecuado monitoreo de las condiciones de salud de los colaboradores de la ESE, para garantizar el control de los factores de riesgo presentes en los ambientes laborales, posibilitando el diseño e implementación de acciones que intervengan el proceso causal de la enfermedad	Número de colaboradores de la ESE a quienes se les practicó el examen médico ocupacional, durante la vigencia evaluada / Número total de colaboradores de la ESE activos en la Vigencia 2018	X		Cumplimiento en un 100%.  Informe final del diagnóstico integral de las condiciones de salud de los colaboradores de la ESE, elaborado por el Contratista C&M Consultores Especialistas S.A.S., fundamentado en el resultado de los exámenes médico ocupacionales realizados a este personal, durante la vigencia 2018

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 17 de 48

Elaboración y adopción de un Plan de Incentivos Institucionales	Plan de Incentivos Institucionales, elaborado y adoptado, mediante acto administrativo	X	Cumplimiento en 100%.  Documento Plan de Incentivos Institucionales, elaborado y adoptado, mediante acto administrativo. Resolución No. 0125 del 29 de Junio de 2018. Publicado en la página web institucional, en el link <a href="http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/007.pdf">http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/007.pdf</a>
Garantizar la activación y operatividad del Comité de Convivencia Laboral de la ESE – COCOLA	Número de reuniones realizadas por el COCOLA de la ESE, durante la vigencia evaluada / Número de reuniones programadas por el COCOLA de la ESE, durante la vigencia evaluada	X	Cumplimiento en un 100%  Las (3) actas elaboradas durante las reuniones realizadas por el COCOLA de la ESE, documentan la conformación, activación y seguimiento al desarrollo de las actividades programadas por este comité institucional, en la vigencia evaluada
Elaboración y adopción de un Plan de Previsión de Recursos Humanos	Plan de Previsión de Recursos Humanos, elaborado y adoptado, mediante acto administrativo	X	Cumplimiento en un 100%  Plan de Previsión de Recursos Humanos, elaborado y adoptado, mediante acto administrativo. Resolución No. 0126 del 29 de junio de 2018, publicado en la página web institucional en el link <a href="http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/004.pdf">http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/004.pdf</a>
Elaboración y adopción de un Plan Anual de Vacantes para vigencia 2018	Plan Anual de Vacantes para la vigencia 2018, elaborado y adoptado, mediante acto administrativo	X	Cumplimiento en un 100%  Plan Anual de Vacantes, elaborado y adoptado, mediante acto administrativo No.0124 de 29 de junio 2018, publicado en la página web institucional en el link <a href="http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/003.pdf">http://www.esehospitalguamalmagdalena.gov.co/documentos/2018/003.pdf</a>
Actualizar el pasivo pensional de la ESE, a través del Programa Seguimiento y Actualización de los Cálculos Actuariales del Pasivo Pensional de las Entidades Territoriales -	Informe preliminar PASIVOCOL en el cálculo del pasivo pensional de la ESE, resultado del procesamiento de las bases de datos	X	Cumplimiento en un 100%  Documento del Informe preliminar PASIVOCOL en el cálculo del pasivo pensional de la ESE, fundamentado en el registro de historias laborales de los

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 18 de 48

PASIVOCOL	reportadas en el registro de historias laborales de los empleados activos, pensionados, beneficiarios de pensión y retirados de la Entidad			empleados activos, pensionados, beneficiarios de pensión y retirados de la Entidad, descargado a través de la web Pasivocol
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>		<b>100%</b>		

**EJE ESTRATEGICO 5: GARANTIZAR EL EQUILIBRIO Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LA ESE**

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	FORMULA DEL INDICADOR	CUMPLE		CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR
		SI	NO	
Realizar una acertada contratación con las diferentes de las EAPB del régimen subsidiado, para obtener un óptimo incremento porcentual en la Unidad de Pago por Capacitación – UPC, por concepto de ventas de servicios de salud por parte de la ESE	Variación porcentual promedio positiva de la UPC-S en los contratos suscritos entre la ESE, y las Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado, mayor o igual al 3%, durante la vigencia analizada, comparada con UPC-S de la vigencia anterior	X		Cumplimiento en un 100%  En los contratos suscritos entre la ESE y las diferentes EPS del régimen subsidiado, se obtuvo una variación porcentual promedio, en el valor la tarifa de UPC-S pactada entre las partes, registrada en un incremento del 3.3%, en la vigencia 2018, comparando dicho factor, con el reflejado en la vigencia anterior (2017)
Optimizar el recaudo por ventas de servicios a las diferentes entidades responsables de pago, a través de una adecuada facturación y una óptima gestión de cartera	Valor total recaudado por venta de servicios de salud a las diferentes entidades responsables de pago en la vigencia evaluada / Valor total facturado por venta de servicios a las diferentes entidades responsables de pago en la vigencia evaluada	X		Cumplimiento en un 100%  Certificación emitida por parte del profesional universitario, con funciones de tesorería de la ESE, donde se registra como resultado de la evaluación del Indicador Gestión de Cartera, un porcentaje del 87.01% (línea base 83%)
Garantizar el equilibrio presupuestal en la operación corriente, durante la vigencia, según los lineamientos establecidos en la política territorial	Valor total de ingresos recaudados por venta de servicios de salud a las diferentes entidades responsables de pago en la vigencia evaluada /	X		Cumplimiento en un 100%  Certificación emitida por parte del profesional universitario, con funciones de tesorería de la ESE, donde se registra como resultado de la evaluación del Indicador Superávit Operación Corriente, un porcentaje del 100.36% (línea base 100%), teniendo como referencia, que en



<b>VERSION:</b>	02
<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
<b>PAGINA</b>	Página 19 de 48

**INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018**

Valor total de los compromisos adquiridos por la ESE durante la vigencia evaluada		la vigencia 2018, el valor total de ingresos recaudados fue (\$5.392.159.974) y el valor total compromisos adquiridos fue (\$5.372.678.978)
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>100%</b>	

El Plan Operativo Anual - POAI, mantuvo como finalidad establecer las metas a lograr por la E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE GUAMAL para la vigencia 2018, a través de la organización de los recursos humanos, técnicos, infraestructura y financieros que le permitan actuar con eficiencia, eficacia y efectividad, encaminados siempre a generar una atención óptima y eficiente a sus usuarios, centrando su misión social en la satisfacción al usuario y el mejoramiento continuo. Además busca priorizar las acciones de desarrollo, concertar los intereses de los clientes internos y externos y correlacionar los programas y proyectos de la institución con los del Municipio de Guamal para promover el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Este plan se convirtió en la directriz que debió seguir la Institución para cumplir a cabalidad sus objetivos, siendo útil como canal de información y comunicación permanente con las diferentes instancias de dirección tanto del municipio como de la misma institución.

**Fórmula del Indicador:** Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación / Número de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.

**Estándar para cada año:** mayor o igual a 0.9.

El resultado obtenido en la evaluación de las metas programadas, para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos, contenidos en el Plan Operativo Anual del año 2018, a corte 31 de Diciembre de 2018, es el siguiente:

EJE ESTRATEGICO 1:	Porcentaje de cumplimiento:	100%
EJE ESTRATEGICO 2:	Porcentaje de cumplimiento:	100%
EJE ESTRATEGICO 3:	Porcentaje de cumplimiento:	100%
EJE ESTRATEGICO 4:	Porcentaje de cumplimiento:	75%
EJE ESTRATEGICO 5:	Porcentaje de cumplimiento:	100%

Se obtuvo como resultado, un porcentaje de cumplimiento en la ejecución de las metas programadas en el Plan Operativo Anual, durante la vigencia 2018, por parte de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena del 95%.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 20 de 48

<b>Indicador N°3 de la Resolución 408 de 2018: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional</b>	
<b>CONCEPTO</b>	
... Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación (2018)	22
... Número de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación (2018)	23
<b>Porcentaje de cumplimiento del Plan Operativo Anual del PDI aprobado en la vigencia 2018</b>	<b>0.95</b>

**Resultado:** En la Ejecución del Plan Operativo Anual - POA de la vigencia 2018, de **23 Metas Programadas**, se obtuvo el cumplimiento de **22 Metas Ejecutadas**, obteniéndose como resultado en la Relación entre Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación / Número de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación, una proporción de **0.95**.

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** Teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **5**, ya que en la relación entre el Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación/ Número de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación, se obtuvo un resultado mayor a 0.9.

**Fuente de información:** Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del Plan Operativo Anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada uno de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador.

**Anexo No. 3:** Informe expedido por la Oficina de Control Interno de la E.S.E., sobre la Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional, durante la vigencia 2018.

Así mismo, en medio magnético (CD-ROM), se remite carpeta contentiva de archivo en PDF del Plan de Desarrollo Institucional - PDI E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen 2016 - 2020 y el Plan Operativo Institucional - POA vigencia 2018.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 21 de 48

## **INDICADORES POR AREA DE GESTION (ANEXO No. 2 – RESOLUCION 408 DE FEBRERO 15 DE 2018)**

### **2. AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)**

#### **2.1. INDICADOR RIESGO FISCAL Y FINANCIERO**

#### **2.2. EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA**

#### **2.3. PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO ADQUIRIDO MEDIANTE COMPRAS CONJUNTAS**

#### **2.4. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS, Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR**

#### **2.5. UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES (RIPS)**

#### **2.6. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO**

#### **2.7. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR UNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA**

#### **2.8. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACION EN EL CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCION 2, CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 – DECRETO UNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCION SOCIAL, O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA**

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 22 de 48

## 2. AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

### 2.1. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

El indicador, se basa en Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero por las ESE categorizadas en Riesgo medio o alto.

#### 2.1.1. Categorización del riesgo de la E.S.E.

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, fue categorizada en RIESGO ALTO mediante la Resolución N° 2509 de 2012 del MSYPS, con un índice de riesgo de 0.01, generado por un Déficit presupuestal de \$134.074. 564, basado en el reporte de la información del consolidado anual presentado en la Ejecución Presupuestal con corte a 31 de Diciembre del año 2011, a través del SIHO (Sistema de Gestión de Hospitales Públicos – MSYPS). Ante tal categorización, la ESE emite la Resolución N° 1499 del 08 de Noviembre del 2012, por la cual se adopta el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, tal y como lo establece la Resolución N° 3467 de 2012 (MSYPS).

El Gobierno Nacional varió lo dispuesto en la Resolución N° 2509 de 2012 (MSYPS), a través del Decreto N° 1141 de Mayo 31 de 2013 (MHYCP), y determinó los parámetros generales de viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero que deben adoptar las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, categorizadas en riesgo medio o alto, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 81 de la Ley 1438 de 2011 y 8° de la Ley 1608 de 2013. Con lo anterior, la Junta Directiva de la E.S.E. aprobó la adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero durante la vigencia 2013, según el **Acuerdo N° 003 del 09 de septiembre de 2013**; e implementado posteriormente mediante Resolución N° 2235 del 17 de septiembre de 2013, emanada de la Gerencia de esta ESE.

Para los años 2013 y 2014 le fue ratificada su categorización en RIESGO ALTO, a través de las Resoluciones N° 1877 de 2013 y 2090 de 2014 (Red Pública del Magdalena: 24 ESE en Riesgo Alto; 3 ESE en Riesgo Medio). La motivación de tal concepto: Extemporaneidad en los tiempos de adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, por parte de la ESE, teniendo en cuenta que éste no fue adoptado dentro de los términos, es decir, dentro de los 60 días calendario siguientes a la comunicación del riesgo por parte del MSYPS a la DSD (Ley 1438 de 2011, artículo 81).

Mediante email emitido por la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena, recepcionado por la Gerencia de la ESE, el 22 de Enero de 2015, la Superintendente Delegada para la Supervisión de Riesgos (E) de la SUPERSALUD, Liliana García Velásquez, emite Oficio ASFL02, sin fecha, solicitando aclaración de documento Plan de Gestión Integral del Riesgo- PGIR, dando alcance a la comunicación de la Secretaría Departamental de Salud del Magdalena, NURC 1-2014-103581 del 17 de Octubre del 2014, en la cual se remitió el PGIR (antes Programa de Saneamiento Fiscal y

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 23 de 48

Financiero - PSFF) de la ESE, donde solicitan que la ESE Hospital ajuste las inconsistencias encontradas al revisar dichos archivos, para continuar con el proceso de viabilidad de dicho PGIR; radicándose los últimos ajustes de documento vía email a la SUPERSALUD, el día 28 de Mayo del 2015.

Con lo anterior, la Junta Directiva de la E.S.E. aprobó la adopción del Plan de Gestión Integral del Riesgo - PGIR, durante la vigencia 2014, según el **Acuerdo N° 002 del 03 de Octubre de 2014**.

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal -Magdalena, adoptó un Plan de Gestión Integral del Riesgo - PGIR, ante la Superintendencia Nacional de Salud, acogido por dicha Superintendencia, con las consecuentes medidas administrativas de racionalización del gasto y de fortalecimiento de ingresos, que le permitió ser categorizada en la vigencia 2015, SIN RIESGO, acorde con la Resolución N° 1893 de 2015, emanada del Ministerio de Salud y de la Protección Social "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2015", basado en el reporte de la información del consolidado anual presentado en la Ejecución Presupuestal con corte a 31 de Diciembre del año 2014, a través del SIHO, registrándose al cierre de dicha vigencia, un Superávit presupuestal de \$388.893.455.

Para la vigencia 2016, le fue ratificada su categorización SIN RIESGO, mediante la Resolución N° 2184 de 2016 del MSYPS, lo anterior, basado en el reporte de la información del consolidado anual presentado en la Ejecución Presupuestal con corte a 31 de Diciembre del año 2015, a través del SIHO, registrándose al cierre de dicha vigencia, un Superávit presupuestal de \$673.074.114.

Mediante Documento emitido del Despacho del Superintendente Delegado para la Supervisión de Riesgos – SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD- se asigna la REMISION DEL CONCEPTO DE VIABILIDAD DEL PLAN DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO DE LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE GUAMAL, mediante radicado número 2-2015-058294 del 03 de Junio de 2015, informando al Gobernador del Departamento del Magdalena y a su Secretario de Salud, en cumplimiento de los criterios establecidos por la SUPERSALUD, para que determinen las acciones a desarrollar para el monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan aprobado.

Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la SUPERSALUD, la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen, elaboró desde Octubre del 2015 hasta el 15 de Julio de 2016, Cuatro (4) Informes de Monitoreo. Seguimiento y Evaluación del Plan de Gestión Integral de Riesgo - PGIR viabilizado de la Entidad Hospitalaria.

La Superintendencia Delegada para la Supervisión de Riesgos de la SUPERSALUD, informó oficialmente a la Gobernación del Departamento del Magdalena a través de escrito de fecha 26 de Julio de 2016, que la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, y otras ESE de este Departamento, no continúan con la ejecución del Plan de Gestión Integral de Riesgo - PGIR viabilizado por haber sido categorizados SIN RIESGO con la Resolución No. 2184 de 2016, entendiéndose por finalizado el trámite que venía surtiendo la ESE ante la SUPERSALUD, sobre los

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 24 de 48

PGIR por la superación de su condición de riesgo y por tanto culmina el proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación de dicho PGIR. Para la vigencia 2017, fue categorizada sin riesgo, mediante la Resolución 1755 de 2017. Así mismo para la vigencia 2018, el MSYPS mediante la Resolución 2249 del 30 de Mayo de 2018, en su anexo 3 le fue ratificada su categorización SIN RIESGO.

**Fórmula del Indicador:** Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

**Estándar por año:** Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

**Resultado:** la E.S.E. está categorizada SIN RIESGO, desde la vigencia 2015.

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** Teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **5**, ya que la E.S.E. está categorizada SIN RIESGO, desde la vigencia 2015. Así mismo, adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero en la vigencia 2013.

**Fuente de información:** Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizadas en Riesgo medio o alto.

**Anexo No. 4:** Actos administrativos, mediante los cuales la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, adoptó: Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero - PSFF y Plan de Gestión Integral del Riesgo - PGIR:

- Acuerdo N° 003 del 9 de Septiembre de 2013 de Junta Directiva para la adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.
- Acuerdo N° 002 del 03 de Octubre de 2014 de Junta Directiva para la adopción del Plan de Gestión Integral del Riesgo - PGIR.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 25 de 48

## 2.2. EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

Durante la vigencia objeto de la evaluación (2018), para enfrentar escenarios enmarcados en la optimización de la gestión gerencial, tales como: a) la implementación del nuevo Modelo de Atención Integral en Salud, propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual implica el fortalecimiento de la Red de Servicios, el Talento Humano, los Soportes Documentales y el financiamiento institucional; b) abordar las exigencias planteadas en las visitas de auditoría realizadas a la ESE por las entidades de control fiscal; c) garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud demandados por los usuarios que acuden a la Entidad Hospitalaria, esta Empresa Social del Estado, comprometió en Gastos de funcionamiento y de operación comercial y prestación de servicios, la suma de **\$ 4.806.723.622**, con una producción en Unidades de Valor Relativo - UVR de (323.486,27). Mientras que en la vigencia inmediatamente anterior (2017), se comprometió en Gastos de funcionamiento y de operación comercial y prestación de servicios, la suma de **\$4.795.099.430**, con una con una producción en Unidades de Valor Relativo - UVR de (320.891.68).

La Entidad Hospitalaria, durante la vigencia 2018, gastó \$14,859.13 por cada UVR que produjo; y en la vigencia 2017, el gasto por UVR producida fue de \$14,859.13.

Haciendo un análisis comparativo en el comportamiento reflejado en los Gastos de funcionamiento y de operación comercial y prestación de una vigencia a otra, se observa un incremento de \$11.624.192 en tal rubro, durante la vigencia objeto de evaluación (2018).

**Fórmula del Indicador:**  $[(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación} / \text{Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación})] / [(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación} / \text{Número UVR producidas en la vigencia anterior})]$ .

**Estándar para cada año:** menor o igual a 0.90.

VARIABLE	2018	2017
GASTO DE FUNCIONAMIENTO	4.469.816.437	4.363.310.180
GASTOS DE OPERACION Y PRESTACION DE SERVICIOS	336.907.185	431.789.250
<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>4.806.723.622</b>	<b>4.795.099.430</b>
PRODUCCION EQUIVALENTE UVR	<b>323.486,27</b>	<b>320.891,68</b>
GASTOS / PRODUCCION	14.859.13	14.943.05
<b>EVOLUCION DEL GASTO</b>	<b>0.99</b>	

**Fuente:** Ficha Técnica Web SIHO – MSYPS (Gasto Comprometido vs. Producción de Servicios) E.S.E. "HNSC" Guamal, Magdalena. Años 2018 - 2017

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 26 de 48
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>		

**Resultado:** la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, Alcanzó un equilibrio proporcional, entre el Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido y el número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación (2018), comparado con el resultado obtenido en la vigencia anterior (2017), registrándose una ponderación insatisfactoria en el indicador específico, obteniéndose en relación de los resultados obtenidos en las vigencias evaluadas (2018 y 2017), una Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida de **0.99**.

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** Teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **tres (3)**, ya que el mismo, registró un resultado entre a 0.90 y 0.99.

**Fuente de información:** Ficha técnica de la Página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Anexo No. 5:** Ficha técnica de la Página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Informe anual de Producción de servicios versus Gasto Comprometido de las vigencias 2018 y 2017, registrado por la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 2193 de 2004).

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 27 de 48

### 2.3. PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO - QUIRURGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE EL MECANISMO DE COMPRAS CONJUNTAS

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, durante la vigencia 2018, adquirió medicamentos y material médico quirúrgico para la prestación del servicio de salud, mediante los Contratos número 11041801 del 11 de abril de 2018 y Contrato Adicional en valor y tiempo al Contrato de Suministro y/o Compra de Medicamentos, Material Médico Quirúrgico, de Laboratorio, Odontología y de Rayos X No. 11041801 del 11 de abril de 2018, suscrito el día 8 de octubre de 2018, entre la E.S.E. y la Empresa DISTRIBUIDORA POPULAR DE MEDICAMENTOS S.A.S.

En el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2018, la ESE ejecutó compromisos totales por Gastos de Operación Comercial, por la suma de **\$336.907.185**, de acuerdo al siguiente detalle:

<b>TOTAL COMPROMETIDO GASTOS DE OPERACION COMERCIAL – TOTAL EJECUTADO 2018</b>	
<b>GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y DE PRESTACION DE SERVICIOS</b>	<b>\$336.907.185</b>
... Compra de Bienes para la Prestación de Servicios - Medicamentos	69.508.970
... Material Médico Quirúrgico	104.968.633
...Otros Materiales no especificados (Laboratorio, Rayos X, Odontológicos)	162.429.582
<b>TOTAL</b>	<b>\$336.907.185</b>

Así mismo, se comprometió por concepto del Total de Gastos para adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico, durante la vigencia 2018, la suma de **\$174.477.603**, de acuerdo al siguiente detalle:

<b>COMPROMETIDO MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO</b>	
<b>GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y DE PRESTACION DE SERVICIOS</b>	<b>\$174.477.603</b>
... Compra de medicamentos	69.508.970
... Material Médico Quirúrgico	104.968.633

**Fórmula del Indicador:** 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 Empresas Sociales del Estado; (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico - quirúrgico.

**Estándar para cada año:** mayor o igual a 0.7.

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** Teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **Cero (0)**, ya que la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, durante la vigencia 2018, NO registró adquisiciones de medicamentos y material

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 28 de 48

médico quirúrgico realizadas mediante mecanismos tales como: (a) compras conjuntas; (b) compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado; (c) compras a través de mecanismos electrónicos.

**Fuente de información:** Certificación de la proporción de medicamentos y material médico - quirúrgico adquiridos mediante el mecanismo de compras conjuntas, suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable del Control Interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá:

1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b), y c);
2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra
3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.
4. Aplicación de la fórmula del indicador.

**Anexo:** En virtud de lo expuesto, No se aporta anexo como soporte documental, para la evaluación del indicador ya descrito, teniendo en cuenta, que no aplican en la vigencia 2018, criterios suficientes, para asignar una calificación cuantitativa, al resultado obtenido en este indicador del área de gestión financiera y administrativa.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 29 de 48

## 2.4. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS, Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR

Este indicador refiere "Monto de la deuda superior a 30 días", el cual deberá corresponder al monto total de los pasivos causados en los estados financieros de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, por concepto de salarios del personal de planta y de contratación de servicios que a 31 de diciembre de la vigencia 2018, no hayan sido cancelados y que sean superiores a 30 días.

La Resolución 408 de Febrero 15 de 2018, modificatoria de las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, estableció dos fórmulas para este indicador, contemplando para cada una lo siguiente:

**Primera Fórmula del Indicador:** "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". Esta fórmula se aplica a las ESE que, con corte a 31 de diciembre de la vigencia evaluada, NO cuentan con pasivos causados en los estados financieros de la entidad por concepto de salarios del personal de planta y de contratación de servicios.

**Segunda Fórmula del Indicador:** "(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)". Esta fórmula se aplica a las ESE que, con corte a 31 de diciembre de la vigencia evaluada, cuentan con pasivos causados en los estados financieros de la entidad por concepto de salarios del personal de planta y de contratación de servicios.

**Estándar para cada año:** Cero (0) o variación negativa.

CONCEPTO	VIGENCIA	
	2018	2017
SERVICIOS PERSONALES	0	0

**Fuente:** Ficha Técnica Página web SIHO - MSYPS. Informe Anual Pasivos - E.S.E. "HNSC" Guamal, Magdalena. Años 2018 - 2017.

**Resultado:** la ESE con corte a 31 de diciembre de las vigencias 2018 y 2017, NO cuenta con pasivos causados en los estados financieros de la entidad por concepto de salarios del personal de planta y de contratación de servicios.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 30 de 48

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** Teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **5**, ya que el mismo, registró un resultado de Cero (0).

**Fuente de información:** Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor, las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.

**Anexo No. 6:** Certificación del "Monto 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 (2018) y variación del monto frente a la vigencia anterior (2017)", suscrita por el Contador de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 31 de 48

## 2.5. UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES - RIPS

**Fórmula del Indicador:** Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación.

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.

**Estándar para cada año:** Cuatro (4) informes del análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS durante la vigencia objeto de evaluación, según la periodicidad establecida por la Entidad.

**Resultado:** la Gerente de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, durante la vigencia objeto de evaluación (2018), presentó a la Junta Directiva de la Entidad, (4) Informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS, correspondiente a los servicios de salud prestados por la ESE, a la población, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de la vigencia evaluada.

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** Teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **5**, ya que el mismo, registró un resultado de Cuatro (4) informes del análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS, presentados por el Gerente a la Junta Directiva de la ESE, durante la vigencia 2018.

**Fuente de información:** Informe del responsable de planeación de la ESE o quién haga sus veces, soportado en las Actas de sesión de la Junta Directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.

**Anexo No. 7:** Informe suscrito por los miembros del Comité de Historias Clínicas, donde se certifica la presentación de los (4) Informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS, a la Junta Directiva, los cuales corresponden a los servicios de salud prestados a la población entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de la vigencia 2018, según la periodicidad establecida por la Entidad Hospitalaria.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 32 de 48

## 2.6. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

**Fórmula del Indicador:** Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores).

VARIABLE	VALOR (en pesos corrientes)	EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO
INGRESO TOTAL RECAUDADO (incluye Cuentas por Cobrar otras vigencias)	5.392.159.974	1
GASTO TOTAL COMPROMETIDO (incluye Cuentas por Pagar otras vigencias)	5.372.678.978	

**Fuente:** Ficha Técnica de la Página web SIHO - MSYPS. Informe Anual Ingresos Recaudados vs. Gasto Comprometido de la vigencia 2018.

En lo que respecta a la operación de Equilibrio Presupuestal con Recaudo correspondiente a la vigencia 2018 de la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal Magdalena, es de **1 veces**, resultando del ejercicio: Valor de la **ejecución de ingresos totales recaudados** en la vigencia 2018, incluyendo recaudo de Cuentas por Cobrar de las vigencias anteriores, frente a la **ejecución de gastos comprometidos** incluyendo las Cuentas por Pagar de vigencias anteriores.

En consideración a la situación expuesta, la E.S.E. con el total de ingresos recaudados en el año 2018, alcanzó a cubrir el 100% de sus compromisos.

**Estándar para cada año:** mayor o igual a 1.

**Resultado:** el Indicador Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo, durante la vigencia 2018, registró un resultado de: **1**.

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** Teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **5**, ya que el mismo, registró un resultado de 1.

**Fuente de información:** Ficha técnica de la Página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Anexo No. 8:** Ficha Técnica de la Página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Informe anual de Ingresos Recaudados versus Gasto Comprometido de la vigencia 2018, registrado por la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 2193 de 2004).

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 33 de 48

## 2.7. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR UNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA

**Fórmula del Indicador:** Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.

Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los Dos (2) informes semestrales de la vigencia 2018 de que trata la Circular Única, fueron entregados oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud por parte de las Empresas Sociales del Estado.

**Estándar para cada año:** Cumplimiento dentro de los términos previstos.

**Resultado:** para la evaluación de este indicador, la Superintendencia Nacional de Salud, certifica por parte de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, el cumplimiento oportuno en la entrega del reporte de información en los términos establecidos en la Circular Unica expedida por la SNS, durante la vigencia 2018.

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** Teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **5**, ya que durante la vigencia evaluada, la Gerente de la ESE presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Unica expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, o la norma que lo sustituya.

**Fuente de información:** Superintendencia Nacional de Salud.

**Anexo No. 9:** Pantallazo que certifica el cumplimiento oportuno en la entrega del reporte de información en los términos establecidos en la Circular Unica expedida por la SNS, durante la vigencia 2018.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 34 de 48

## **2.8. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACION EN EL CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCION 2, CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 – DECRETO UNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCION SOCIAL, O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA**

**Fórmula del Indicador:** Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.

Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los Cuatro (4) informes trimestrales de la vigencia 2018 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

Para la Evaluación de este indicador, se anexa a este documento: archivo contentivo del Anexo No. 11: Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2018 de que trata el Decreto 2193 de 2004 - Indicador No. 11 del Anexo 2 de la Resolución 408 de 2018, (modificatoria de las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013), compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Unico Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, expedido por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, que certifica por parte de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, el cumplimiento oportuno en la entrega del reporte de información en los términos establecidos en el Decreto 2193 de 2004 por el MSYPS, durante la vigencia 2018.

**Estándar para cada año:** Cumplimiento dentro de los términos previstos.

**Resultado:** para la evaluación de este indicador, la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, certifica por parte de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, el cumplimiento oportuno en la entrega del reporte de información en los términos establecidos en el Decreto 2193 de 2004, expedida por la MSYPS, durante la vigencia 2018.

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** Teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **5**, ya que durante la vigencia evaluada, la Gerente de la ESE presentó oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que lo sustituya.

**Fuente de información:** Ministerio de Salud y Protección Social.

**Anexo No.10:** Certificación de Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2018 de que trata el Decreto 2193 de 2004, expedida por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 35 de 48

## **INDICADORES POR AREA DE GESTION**

**(ANEXO No. 2 – RESOLUCION 408 DE FEBRERO 15 DE 2018)**

### **3. AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL (40%)**

**3.1. PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION**

**3.2. INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA E.S.E.**

**3.3. EVALUACION DE APLICACION DE GUIA DE MANEJO ESPECIFICA: GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA**

**3.4. EVALUACION DE APLICACION DE GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

**3.5. PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS**

**3.6. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICA GENERAL**

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 36 de 48

### 3. AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL

#### 3.1. PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION

Al evaluar este indicador, se identificaron debilidades en el proceso, teniendo en cuenta, que no existe un dato exacto de la población de mujeres gestantes que reside en la zona rural dispersa del municipio de Guamal y área de influencia, ya que dicha población es captada e inscrita en el Programa de Control Prenatal, durante brigadas extramurales de atención primaria en salud, teniendo en cuenta que en dicha zona, no existen Puestos de Salud Habilitados con un Archivo documental que garantice la custodia de los registros clínicos. Por otra parte, existen barreras de acceso a la información como lo es la duplicidad del dato, pues al tratarse de pacientes que pudieron ser captadas anticipadamente en la sede institucional, también recibieron atención simultánea en área rural durante dichas brigadas, tratándose además de que dicha población presenta alto riesgo por dispersión y captación tardía acompañada de un alto porcentaje de inmigración por parte de las gestantes, ya que las mismas muchas veces solo retornan a su sitio de residencia en las últimas semanas de gestación, para ser asistidas y cuidadas por sus padres y/o familiares; en ocasiones, con atenciones previas en otras Instituciones Prestadoras de Servicios, además vinculadas a Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado y/o contributivo, que no pertenecen a la Red de Prestación de Servicios del departamento del Magdalena.

Igualmente, se evidenció durante la revisión de los registros clínicos de la población gestante, poca confiabilidad en el diligenciamiento del dato por parte del personal de salud encargado de la atención de estas usuarias, al no realizar adecuadamente, el cálculo de la Edad Gestacional de la paciente durante la primera valoración médica y/o consulta de inscripción en el Programa de Control Prenatal, la cual se obtiene a partir de la Fecha de la Última Menstruación (FUM o FUR) de ésta, lo cual genera sesgo y por ende subregistro en el número de gestantes captadas antes de las 12 semanas de embarazo.

Además, cabe mencionar, que durante la vigencia evaluada, en la región sur del departamento del Magdalena, los cambios registrados en las condiciones climáticas, generaron fuertes lluvias que deterioran el estado de la estructura en las vías terciarias que conducen a la zona rural y rural dispersa del municipio de Guamal y su área de influencia, situación que limita el acceso a los servicios de salud, de la población residente en estos sectores de asentamiento rural disperso, teniendo en cuenta, que el traslado de estos usuarios hacia el casco urbano, implica para ellos un costo oneroso; así mismo, el acceso del equipo de salud que realiza la atención en los programas de promoción y prevención, para dar cumplimiento a la programación establecida en el cronograma anual de dichas atenciones desde la coordinación médica.

Según el análisis realizado por el Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. Hospital "Nuestra Señora del Carmen" de Guamal, Magdalena, se determinó, que durante el año 2018 se identificaron en

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 37 de 48

nuestra población, como inscritas en el Programa Control Prenatal, un Total de **202 gestantes**, en el período comprendido entre el 01 de Enero al 31 de Diciembre del año 2018. De las cuales, a **137 gestantes**, se les realizó por lo menos una valoración médica, y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal en la ESE a más tardar en la semana 12 de gestación.

**Fórmula del Indicador:** Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.

$$\text{PROPORCION GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12} = \frac{137}{202} = 0.67$$

**Estándar para cada año:** mayor o igual a 0.85.

**Resultado:** durante la vigencia evaluada (2018), en el indicador específico, se obtuvo como resultado: que de **202** gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación, las cuales integraron la muestra representativa de la población, a **137** de estas gestantes, se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de la gestación, registrándose como resultado, una proporción de **0.67**.

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **3**, ya que durante la vigencia evaluada (2018), el indicador específico arrojó un resultado entre 0.61 y 0.84.

**Fuente de información:** Informe del Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique si se inscribió o no en el Programa de Control Prenatal, la semana de gestión al momento de la inscripción y si fue valorada por médico, aplicación de la fórmula del indicador.

**Anexo No. 11:** Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que certifica la Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación, durante la vigencia 2018.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 38 de 48

### 3.2. INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA E.S.E.

**Fórmula del Indicador:** Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación.

Para certificar el nivel de cumplimiento de las obligaciones de las Empresas Sociales del Estado, en cada caso de Sífilis Congénita diagnosticado o la no existencia de casos de Sífilis Congénita en partos atendidos durante la vigencia evaluada en la ESE, el Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE, deberá emitir por parte de la Dirección Territorial de Salud, un concepto soportado en la revisión de la base de datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA del Departamento, considerando el reporte de casos de Sífilis Congénita por parte de la ESE, o el cumplimiento de los criterios de curación según los lineamientos establecidos por el Instituto Nacional de Salud - INS, en el manejo de casos notificados.

En referencia a los casos anteriormente descritos, corresponden a: Caso No1: Gestante de 21 años de edad, G3P2C0A0V2, residente y procedente de Uribia (Guajira), quien ingresa a Control Prenatal (9/07/2018) con Edad Gestacional (FUR) 16.2 semanas y 22 semanas por ecografía del segundo trimestre, presentando al ingreso a CPN resultados de Prueba rápida (treponémica) Positiva y VDRL Reactivo (1 dils) del 28/06/2018. Con los criterios de laboratorio anotados, se diagnostica Sífilis Gestacional, y se ordena tratamiento inmediato a la gestante y al contacto, con penicilina benzatínica dosis semanales de 2.400.000 UI, recibiendo el tratamiento completo cada uno de ellos (3 dosis: 11, 18 y 25 de julio de 2018). Se atiende parto vaginal institucional el día 6/11/2018, obteniéndose producto de sexo femenino en buenas condiciones; puérpera y recién nacida presentaron evolución favorable, se les practicó a ambas VDRL y FTA ABS, con reportes No Reactivo y Negativo (26/01/2019), respectivamente, en ambos casos. Caso No 2: Gestante de 22 años de edad, G3P2C0A0 V2, residente y procedente en el corregimiento de Hato Viejo, quien ingresa a Control Prenatal (1/2/2019) con Edad Gestacional (FUR) 17.1 semanas, presentando al ingreso a CPN resultados de Prueba rápida (treponémica) Positiva y VDRL (15/11/2018): Reactivo (2 dils). Con los criterios de laboratorio anotados, se diagnostica Sífilis Gestacional, y se ordena tratamiento inmediato a la gestante y al contacto, con penicilina benzatínica dosis semanales de 2.400.000 UI, recibiendo el tratamiento completo cada uno de ellos (3 dosis: 20, 28 de noviembre y 4 de diciembre de 2018), actualmente está en gestación cumpliendo según protocolo el seguimiento y los controles prenatales, advirtiendo resultado de VDRL (18/03/2019): Reactivo (1 dils, en el control de los 3 meses siguientes a la aplicación de la última dosis de penicilina benzatínica.

Según el reporte de la Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública - SIVIGILA, al cierre de la vigencia 2018, de un total de 119 partos vaginales atendidos en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, no se notificaron casos de sífilis congénita.

Para la Evaluación del Indicador específico, durante la vigencia 2018, se anexa a este documento: archivo contentivo del Concepto emitido por el Secretario Seccional de Salud del Magdalena, de

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 39 de 48

fecha 22 de marzo de 2019, relacionado con la Certificación de Casos de Sífilis Congénita durante el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2018, dando constancia que una vez revisada la base de datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, durante la vigencia objeto de evaluación (2018), la ESE reportó un total de Dos (2) casos de Sífilis Gestacional y Cero (0) casos de Sífilis Gestacional; los cuales cumplen con la definición de caso de acuerdo al protocolo de vigilancia y control establecido por el INS.

**Estándar para cada año:** Cero (0) casos.

**Resultado:** durante la vigencia evaluada (2018), NO se registraron casos de sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E.

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **5**, ya que durante la vigencia evaluada (2018), NO se registraron casos de sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E.

**Fuente de información:**

- a) Cuando no existan casos de Sífilis Congénita: concepto del COVE municipal o distrital que certifique la no existencia de casos
- b) Cuando existan casos de Sífilis Congénita: Concepto del COVE departamental o distrital en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de Sífilis Congénita diagnosticado

**Anexo No.12:** Acompañando el presente documento, se anexan: 1) Concepto emitido por la Secretaría de Desarrollo Social de Guamal (COVE Municipal) y la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena (COVE Departamental), en los cuales se certifica la no existencia de casos de Sífilis Congénita en partos atendidos en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, durante la vigencia 2018, emitida por la Secretaría de Desarrollo Social de Guamal (COVE Municipal) y la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena (COVE Departamental); 2) Historias Clínicas de dos gestantes, a las cuales se les diagnosticó Sífilis Gestacional, con sus respectivos soportes de apoyo diagnóstico, control y seguimiento, las cuales cumplen con la definición de caso de acuerdo al protocolo de vigilancia y control establecido por el INS.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 40 de 48

### 3.3. EVALUACION DE APLICACION DE GUIA DE MANEJO ESPECIFICA: GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

**Fórmula del Indicador:** Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.

En observancia a las revisiones realizadas por el Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. Hospital "Nuestra Señora del Carmen" de Guamal, la Base de Datos de los usuarios inscritos y atendidos en el programa de control de riesgo cardiovascular de la ESE, en la vigencia 2018, registra **654 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial**.

Para efectuar la evaluación de aplicación estricta de la Guía de Manejo Específica: Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva, adoptada por la ESE mediante Resolución N° 0788 del 24 de abril de 2013, se tomaron las historias clínicas de estos pacientes como la muestra representativa para tal fin.

Utilizando un método probabilístico aleatorio de muestreo computarizado para cálculo de Muestras de Poblaciones Finitas, se obtuvo una **Muestra representativa de 43 historias clínicas a auditar**, la cual permite evaluar la Aplicación de la Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.

$$\text{APLICACION GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA} = \frac{40}{43} = 0.93$$

**Estándar para cada año:** mayor o igual a 0.9.

**Resultado:** durante la vigencia evaluada (2018), en el indicador específico, se obtuvo como resultado: que de **43** Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en la ESE en el año 2018, **40** de ellas mostraron Aplicación de la Guía de Manejo Específica de Atención de la Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE, registrándose como resultado, en la Relación del Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación, una proporción de **0.93**.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 41 de 48

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **5**, ya que durante la vigencia 2018, al evaluar la Aplicación de la Guía de Manejo Específica de Atención de Enfermedad Hipertensiva, en las historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con la aplicación estricta de la guía, se obtuvo como resultado una proporción de Aplicación estricta de la mencionada guía, mayor a 0.9.

**Fuente de información:** Informe Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

**Anexo No. 13:** Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE, que certifica la evaluación de Aplicación de la Guía de Manejo Específica de Atención de Enfermedad Hipertensiva, durante la vigencia 2018.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 42 de 48

### 3.4. EVALUACION DE APLICACION DE GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

**Fórmula del Indicador:** Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo / Número de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.

En observancia a las revisiones realizadas por parte del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. Hospital "Nuestra Señora del Carmen" de Guamal, durante la vigencia objeto de evaluación (2018), en esta Entidad Hospitalaria, se atendió un total de **4.988 niños (as) menores de 10 años, en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE**. Para efectuar la evaluación de aplicación de la Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo, adoptada por la ESE mediante Resolución N° 0751 del 18 de abril de 2013, se tomaron las historias clínicas de estos niños (as) menores de 10 años, como la muestra representativa para tal fin.

Utilizando un método probabilístico aleatorio de muestreo computarizado para cálculo de Muestras de Poblaciones Finitas, se obtuvo una Muestra representativa de **49 historias clínicas a auditar**, la cual permite evaluar la Aplicación de la Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.

$$\text{APLICACION GUIA DE MANEJO CRECIMIENTO Y DESARROLLO} = \frac{45}{49} = 0.92$$

**Estándar para cada año:** mayor o igual a 0.8.

**Resultado:** durante la vigencia evaluada (2018), en el indicador específico, se obtuvo como resultado: que de **49** Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años atendidos en la Consulta de Crecimiento y Desarrollo de la ESE en el año 2018, **45** de ellas mostraron Aplicación de la Guía Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo adoptada por la ESE, registrándose como resultado, en la Relación del Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo / Número de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación, una proporción de **0.92**.

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018,

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 43 de 48

el indicador evaluado, se califica con **5**, ya que durante la vigencia 2018, al evaluar la Aplicación de la Guía Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo, en la historias clínicas auditadas de niños (as) menores de 10 años, que hacen parte de la muestra representativa, se obtuvo como resultado una proporción de Aplicación de la mencionada guía, mayor a 0.8.

**Fuente de información:** Informe Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

**Anexo No. 14:** Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE, que certifica la evaluación de la Aplicación de la Guía de Manejo Específica de Atención de Crecimiento y Desarrollo, durante la vigencia 2018.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 44 de 48
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>		

### 3.5. PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS

**Fórmula del Indicador:** Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación.

**Estándar para cada año:** menor o igual a 0.003.

El informe de los indicadores para el monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 256 del 5 de febrero de 2016, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, registrado en la vigencia 2018, por la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 2193 de 2004, registra un total de **9.423** pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la ESE, de los cuales **180** pacientes reingresaron a este servicio antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación (2018).

$$\text{PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS} = \frac{180}{9.423} = 0.0191$$

**Resultado:** la Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, para el Indicador específico, registra en la vigencia 2018, una Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias de la ESE en menos de 72 horas, de **0.0191**.

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **5**, ya que el resultado registrado en la Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, es menor o igual a 0.03.

**Fuente de información:** Ficha técnica de la Página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Anexo No. 15:** Ficha Técnica de la Página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Informe de los indicadores para el monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud (Resolución 256 de 2016 - MSYPS), registrado en la vigencia 2018, por la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 2193 de 2004).

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 45 de 48

### 3.6. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITAS DE MEDICINA GENERAL

**Fórmula del Indicador:** Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general 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 general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.

**Estándar para cada año:** para el cumplimiento de este indicador, el Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general, en las Empresas Sociales del Estado de I Nivel de complejidad, debe ser menor o igual a (3) días.

El informe de los indicadores para el monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 256 del 5 de febrero de 2016, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, registrado en la vigencia 2018, por la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 2193 de 2004, registra un total de **21.221** citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación (2018). Así mismo, la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación (2018), registra **18.398 días**, obteniéndose como resultado un Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general, de **0.867 aproximadamente 1 día**, en la vigencia objeto de evaluación (2018).

**Resultado:** la Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, para el Indicador específico, registra en la vigencia 2018, un Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general, en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena - I Nivel de complejidad, de 0.867 días.

**Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado:** teniendo en cuenta, el Instructivo para calificación, establecido en el Anexo No. 3 de la Resolución 408 de 2018, el indicador evaluado, se califica con **5**, ya que el resultado registrado en la Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, es menor o igual a 3 días.

**Fuente de información:** Ficha técnica de la Página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Anexo No. 16:** Ficha Técnica de la Página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Informe de los indicadores para el monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud (Resolución 256 de 2016 - MSYPS), registrado en la vigencia 2018, por la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 2193 de 2004).

**Proyecto:** Dra. Marliz Rosa Mendoza Fonseca – P.E. contador Público Revisor Fiscal y Auditoria Forense E.S.E. "HNSC".

**Revisó:** Ing. Omar Medina Ramírez - Apoyo a la Gestión de la Calidad E.S.E. "HNSC".

**Aprobó:** Dra. Milena del Carmen Chaves Charris – Gerente E.S.E. "HNSC".

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 46 de 48

## ANEXOS:

- **Anexo No. 1:** Documento de Autoevaluación de los Estándares de Acreditación vigencia 2018.
- **Anexo No. 2:** Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud - PAMEC 2018. Soportes que certifican el cumplimiento de las acciones de mejoramiento continuo, implementadas con enfoque en acreditación, programadas y ejecutadas durante la vigencia 2018.
- **Anexo No. 3:** Informe expedido por la Oficina de Control Interno de la E.S.E., sobre la Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional, durante la vigencia 2018. Plan de Desarrollo Institucional - PDI E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen 2016 - 2020 y Plan Operativo Anual - POA vigencia 2018.
- **Anexo No. 4:** Actos administrativos, mediante los cuales la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, adoptó: Programa de Saneamiento Fiscal y financiero - PSFF y Plan de Gestión Integral del Riesgo - PGIR.
  - Acuerdo N° 003 del 9 de Septiembre de 2013 de Junta Directiva para la adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.
  - Acuerdo N° 002 del 03 de Octubre de 2014 de Junta Directiva para la adopción del Plan de Gestión Integral del Riesgo - PGIR.
- **Anexo No. 5, 8, 15, 16:** Ficha Técnica de la Página Web del SIHO del MSYPS - Informe anual de la vigencia 2018, registrado por la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 2193 de 2004.
- **Anexo No. 6:** Certificación del "Monto 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 (2018) y variación del monto frente a la vigencia anterior (2017)", suscrita por el Contador de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena.
- **Anexo No. 7:** Informe emitido por el Comité de Historias Clínicas de la ESE, que certifica la presentación de los (4) Informes de análisis de la prestación de servicios de salud con base en RIPS, a la Junta Directiva, los cuales corresponden a los servicios de salud prestados a la población entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de la vigencia 2018, según la periodicidad establecida por la Entidad Hospitalaria.

	<b>VERSION:</b>	02
	<b>FECHA DE ACTUALIZACION:</b>	26-MAR-2019
<b>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2018</b>	<b>CODIGO:</b>	HNSC-GG-IF-002
	<b>PAGINA</b>	Página 47 de 48

- **Anexo No. 19:** Pantallazo que ilustra, el cumplimiento oportuno en la entrega del reporte de información en los términos establecidos en la Circular Única expedida por la SNS, durante la vigencia 2018.
- **Anexo No. 10:** Certificación Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2018 de que trata el Decreto 2193 de 2004 - Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 408 de 2018 (modificatoria de la Resolución 710 de 2012, y 743 de 2013), expedido por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del MINSALUD.
- **Anexo No. 11, 13, 14:** Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E.
- **Anexo No. 12:** Concepto emitido por la Secretaría de Desarrollo Social de Guamal (COVE Municipal) y la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena (COVE Departamental), en los cuales se certifica la no existencia de casos de Sífilis Congénita en partos atendidos en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, durante la vigencia 2018, emitida por la Secretaría de Desarrollo Social de Guamal (COVE Municipal) y la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena (COVE Departamental).