

**INFORME ANUAL ANALISIS INDICADORES
DEL PLAN DE GESTION 2016- 2020
- VIGENCIA 2017-**



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

**MILENA DEL CARMEN CHAVES CHARRIS
GERENTE**



INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017

VERSION:	02
FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
PAGINA	Página 1 de 48

PRESENTACION

El presente documento, corresponde al Informe de los resultados obtenidos durante la vigencia 2017, en la Evaluación Anual de los Indicadores del Plan de Gestión 2016 - 2020, el cual presento a consideración de los miembros de la Honorable Junta Directiva de la E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - Bajo Complejidad, del Municipio de GUAMAL, Departamento del MAGDALENA, en calidad de Gerente de esta Entidad Hospitalaria; 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 una política que permitiera lograr la satisfacción del cliente externo e interno, en el ambiente de prestación de servicios y laboral; y desde luego desplegar las gestiones necesarias para lograr metas de competitividad, productividad, y sostenibilidad financiera de la Institución.

Para definir los logros obtenidos en la vigencia 2017, de manera cuantitativa, se tuvo en cuenta los indicadores y estándares por área de gestión del Anexo No.2 de la Resolución 408 de 2018, se desarrolló el análisis de las metas propuestas y logros obtenidos, comparando los resultados obtenidos con las metas propuestas y el resultado logrado en el año 2016; así mismo, a través del Instructivo para calificación del Anexo No. 3 de la citada Resolución 408 de 2018, se asignó la calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado.

Este Informe, refleja la 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.

Para cerrar el informe, se anexa la matriz de calificación con los resultados obtenidos en la evaluación de los Indicadores y estándares por área de gestión, y el instructivo para la calificación.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	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-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 3 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

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 2016

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 vigorosamente 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 bajo 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-2018
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017	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 2017, el **Quinto Ciclo de Autoevaluación sobre los estándares de acreditación, según lo establecido en la Resolución 123 de 2012 a corte 30 de Enero de 2017**, 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 2017, 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 0068 del día 30 de enero de 2017, 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 2017.

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 de la ESE Hospital), y las OPORTUNIDADES DE MEJORA, que pueden implementarse para su cumplimiento.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 5 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

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 2016 -2017

ENTIDAD: E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN			
NIVEL DE COMPLEJIDAD : BAJA		MUNICIPIO: GUAMAL - MAGDALENA	
REPRESENTANTE LEGAL:		MILENA DEL CARMEN CHAVES CHARRIS	
AUTOEVALUACIÓN*			
GRUPO DE ESTÁNDARES	Cuarta autoevaluación	Quinta autoevaluación	Sexta autoevaluación
	Enero de 2016	Enero de 2017	Enero de 2018
Cliente Asistencial	2,20	2,79	
Direccionamiento	2,20	2,79	
Gerencia	2,20	2,79	
Talento Humano	2,20	2,71	
Ambiente Físico	2,20	2,70	
Información	2,20	2,73	
Tecnología	2,20	2,72	
* Calificación de 1 a 5	2,20	2,75	
Método de calificación** Indique con una X el método empleado; si esta ha sido diferente para cada autoevaluación indíquelo	Promedio Aritmético	Moda	PROMEDIO DE CALIFICACION INDICADOR 1 RES 408 DE 2018
	X	2,79	1,25

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.

INDICADOR	PROMEDIO	RESULTADO
CALIFICACION DE AUTOEVALUACION VIGENCIA 2017	2.75	1.25
CALIFICACION DE AUTOEVALUACION VIGENCIA 2016	2.20	

Resultado: A corte 30 de Enero de la vigencia 2017, 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.

El promedio de la calificación obtenida de la autoevaluación realizada a los **127** estándares de Acreditación aplicables a esta ESE, en la vigencia 2017 fue de **2.75**. En tanto que en la vigencia



INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017

VERSION:	02
FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
PAGINA	Página 6 de 48

anterior (2016), fue de **2.20**; obteniéndose como resultado de la relación de dichos promedios, un promedio de calificación de **1.25**.

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 2017 y 2016, 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 mayor a 1.20.

Fuente de información: Documento de autoevaluación.

Anexo No. 1: Carpeta contentiva, Documento de Autoevaluación de los Estándares de Acreditación vigencia 2017.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017	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 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 en la identificación de 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.

Las Acciones de mejoramiento, se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas en la autoevaluación de cada uno de los Grupos de Estándares de Acreditación. Para el planteamiento de las mismas, se definieron las actividades específicas a realizar para identificar dichas oportunidades de mejora, el proceso(s), responsable(s) de implementar las acciones de mejora respectivas, según el Mapa de Procesos de la ESE. Posteriormente se realizó el respectivo cronograma, para la programación de las respectivas acciones de mejora.

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, indicador si aplica, propósito de la actividad, responsable del proceso, la fecha de la ejecución de la actividad y la fecha de los seguimientos que se realizarán por parte del referente responsable del proceso como actividad.

En lo que se direccionó el instructivo y la programación de Auditorias durante la vigencia 2017, los parámetros de evaluación del proceso correspondiente al Quinto Ciclo de Autoevaluación realizado

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 8 de 48

por la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, según lo establecido en la Resolución N° 123 del 2012, son las acciones con la calidad esperada, las metas propuestas, los indicadores y atributos de la calidad, correspondientes a Continuidad, Oportunidad, Pertinencia, Accesibilidad, y Seguridad, los que direccionan el enfoque de la sistematicidad establecida en los Grupos de Estándares de Acreditación de Atención al Cliente Asistencial, Apoyo Administrativo y Gerencial (Direccionamiento) y Mejoramiento de la Calidad, de los cuales se programaron los planes de mejoramiento continuo enfocados en acreditación y sus acciones, de acuerdo con el objetivo institucional. Desde el punto de vista cualitativo, se obtuvo un total de **27 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 respuesta **8 acciones de mejoramiento ejecutadas**. Al finalizar el proceso de mejoramiento continuo a corte 28 de Diciembre de 2017, 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 Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud - PAMEC 2017 dispuestas en los grupos de estándares con enfoque en acreditación:

CONSOLIDADO AVANCE DEL PAMEC 2017 ESE HNSC GUAMAL - MAGDALENA								
EJECUCION DEL PAMEC	ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL	DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	TALENTO HUMANO	AMBIENTE FISICO	INFORMACION	TECNOLOGIA	TOTAL
	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
AVANCE DE CUMPLIMIENTO	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 2017.

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 auditoria registrados en el PAMEC.

Estándar para cada año: mayor o igual a 0.9.

PAMEC	TOTAL	RESULTADO
ACCIONES DE MEJORAMIENTO PROGRAMADAS 2017	8	1
ACCIONES DE MEJORAMIENTO EJECUTADAS 2017	8	

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 9 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

Resultado: Durante el Quinto Ciclo de Autoevaluación de Estándares de Acreditación, en la vigencia del 2017, se realizó una priorización de acciones de mejoramiento, a desarrollar en los meses de abril a diciembre de dicha vigencia, obteniéndose un total de **8 acciones de mejoramiento programadas**. Al realizar el cálculo del porcentaje de ejecución de los planes de mejoramiento, se obtiene un resultado de **1 (100%)**.

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 2017. Soportes que certifican el cumplimiento de las acciones de mejoramiento continuo, implementadas con enfoque en acreditación, programadas y ejecutadas durante la vigencia 2017, en medio magnético.

Se anexa en un folio pantallazo del reporte de los Indicadores ESE RESOLUCION 408 DE 2018, emitida por la Superintendencia delegada para la Supervisión Institucional (Superintendencia Nacional de Salud) vigencia 2017.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 10 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

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 2017, 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 2017, se hace referencia a la evaluación del cumplimiento en la ejecución de las mismas, a corte 31 de diciembre de 2017, así:

EJE ESTRATEGICO 1: FORTALECER LA CAPACIDAD DE OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD 100%				
DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	FORMULA DEL INDICADOR	CUMPLE		CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR
		SI	NO	
Mantenimiento de la Infraestructura física de las áreas de: Procedimientos Menores.	Número de áreas intervenidas en mantenimiento de la infraestructura física durante la vigencia / Número de áreas programadas para mantenimiento de la infraestructura física durante la vigencia	X		Se ejecutó el mantenimiento de la infraestructura del área de procedimientos menores, en un 100%, en la vigencia 2017
Adecuación de la Infraestructura física de las áreas de: Hospitalización.	Número de áreas intervenidas en adecuación de la infraestructura física durante la vigencia / Número de áreas programadas para adecuación de la infraestructura física durante la vigencia	X		Se realizaron las adecuaciones de la infraestructura física del área de hospitalización en un 100% en la vigencia 2017
Formular el Plan de Mantenimiento Hospitalario, para revisión y aprobación por el Comité Técnico de la Secretaria de Seccional del Magdalena.	Plan de Mantenimiento Hospitalario formulado, radicado y aprobado ante el ente departamental.	X		Se formuló y radicó el Plan de Mantenimiento Hospitalario en la vigencia 2017
Ejecutar y evaluar el cumplimiento a las actividades contempladas en el Plan de Mantenimiento Hospitalario vigencia 2017	(Actividades Ejecutadas del Plan de Mantenimiento Hospitalario / Actividades Programadas del Plan de mantenimiento hospitalario 2017) x 100	X		Se realizaron los mantenimientos del cronograma del Plan de Mantenimiento Hospitalario de la ESE, en un 100% durante la vigencia 2017
TOTAL		100%		



VERSION:	02
FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
PAGINA	Página 11 de 48

INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017

EJE ESTRATEGICO 2: GESTION CENTRADA EN EL USUARIO Y LA COMUNIDAD 100%

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	FORMULA DEL INDICADOR	CUMPLE		CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR
		SI	NO	
Publicar y desplegar la plataforma estratégica Institucional, en las instalaciones físicas de la Entidad Hospitalaria.	$(\text{Número de publicaciones ejecutadas durante la vigencia} / \text{Número de publicaciones programadas durante la vigencia}) \times 100$	X		Se programaron 3 publicaciones de la plataforma estratégica en las instalaciones de la ESE, lo cual se cumplió en un 100%, y están en las áreas de Consulta Externa, Urgencias, Area administrativa
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 ESE en coordinación con las Oficinas de Control Interno y SIAU	$\text{Número de reuniones realizadas en la vigencia} / \text{Número total de reuniones programadas con los miembros de la alianza de usuarios en el periodo}$	X		Se realizó las (4) reuniones programadas en la vigencia 2017, con la alianza de usuarios de la ESE
Socializar y divulgar al cliente interno y externo, sobre la política de seguridad del paciente, adoptada e implementada, en la vigencia	$\text{Número de charlas realizadas en la vigencia} / \text{Número total de charlas programadas en el periodo}$	X		Se programaron (2) charlas, 1 con el cliente interno y 1 con el cliente externo. Se cumplieron en un 100%
Garantizar una gestión transparente, pública y participativa, para todos los grupos de interés de la Institución	Elaboración, publicación y seguimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, en la página web de la Institución	X		Se elaboró y publicó en la página web de la institución hospitalaria el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la vigencia 2017
Mantener el índice de satisfacción del usuario mayor o igual al 90% en la vigencia 2017	$\text{Número de usuarios satisfechos} / \text{Número Total de usuarios encuestados}) \times 100$	X		El porcentaje de satisfacción al usuario para la vigencia 2017 es de 95.6%
TOTAL		100%		



VERSION:	02
FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
PAGINA	Página 12 de 48

INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017

EJE ESTRATEGICO 3: IMPLEMENTAR Y MANTENER UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE LA CALIDAD 100%

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	FORMULA DEL INDICADOR	CUMPLE		CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR
		SI	NO	
Garantizar la efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, a través de la realización del proceso de autoevaluación institucional, fundamentado en los Estándares de Acreditación contemplados en la Resolución 123 de 2012 Aplicables a un primer nivel	Resultado de la autoevaluación cuantitativa	X		En el proceso de autoevaluación se obtuvo un promedio de 2,75 para la vigencia 2017
Elaborar el Programa de Auditoria de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC) para la vigencia 2017, de acuerdo al resultado de la autoevaluación de los estándares de acreditación	Documento PAMEC vigencia 2017	X		Se elaboró el Documento PAMEC de la vigencia 2017
Programar el seguimiento y monitoreo semestral a la ejecución del PAMEC 2017	Número de informes de seguimiento y monitoreo en la ejecución del PAMEC vigencia 2017 / Número de informes de seguimiento y monitoreo PAMEC vigencia 2017 Programados	X		Se cuenta con (2) informes de seguimiento y monitoreo a la ejecución del PAMEC, de (2) programados, (1) por semestre, el de seguimiento y el de cierre, en la vigencia 2017
Ejecutar el cronograma de brigadas de salud con cubrimiento a la población rural del municipio, programadas por el equipo de salud de la ESE, durante la respectiva vigencia	Número de brigadas asistenciales con cubrimiento a la población rural del municipio realizadas durante el periodo analizado/ Número total de brigadas de salud con cubrimiento a la población rural del municipio programadas durante el periodo	X		Se realizaron 219 brigadas extramurales, de 219 brigadas programadas en la vigencia 2017
TOTAL		100%		



VERSION:	02
FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
PAGINA	Página 13 de 48

INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017

EJE ESTRATEGICO 4: CONTRIBUIR A LA FORMACION Y CONSOLIDACION DE COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO 65%

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	FORMULA DEL INDICADOR	CUMPLE		CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR
		SI	NO	
Alcanzar un cumplimiento del 90% en los procesos de capacitación que se formulen en la vigencia.	Número de capacitaciones ejecutadas y cumplidas durante la vigencia/ Número total de capacitaciones programadas durante actividades programadas x 100	X		Se realizaron 16 capacitaciones al personal asistencial de 17 programadas
Elaborar el Plan de Acción para la Implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la E.S.E.	Elaborar un Plan de Acción para la Implementación de SG-SST de la E.S.E.	X		Se elaboró un Plan de Acción para la Implementación de SG-SST de la E.S.E. para la vigencia 2017, con un 77% de cumplimiento
Elaboración de las valoraciones médicas ocupacionales de los colaboradores de la E.S.E.	Número total colaboradores de la E.S.E. durante la vigencia a quien se realizó el examen de Médico Ocupacional / Número Total de colaboradores de la E.S.E. durante de la vigencia		X	Se recibieron propuestas de varios especialistas para la realización de los exámenes médicos, los cuales no se pudieron ejecutar en la vigencia 2017
TOTAL		65%	35%	

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 14 de 48

EJE ESTRATEGICO 5: GARANTIZAR AUTOSOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LA ESE 100%

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	FORMULA DEL INDICADOR	CUMPLE		CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR
		SI	NO	
Realizar una acertada contratación con las diferentes Empresas Promotoras de Salud 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	Promedio de variación porcentual positiva de la UPC-S en los contratos celebrados entre la ESE, y las Empresas promotoras de Salud Subsidiadas, durante la vigencia analizada	X		Al analizar el comportamiento de la variación porcentual en el valor de la Unidad de Pago por Capacitación - UPC, de las vigencia 2017 - 2016, MUTUAL SER ESS, registra el mayor porcentaje de incremento porcentual, teniendo en cuenta que durante la vigencia 2016, el valor de UPC-S contratada con dicha EPS-S, era \$13.250 y para el 2017, fue de \$13.846, obteniéndose una variación porcentual del (5%); así mismo, el menor incremento porcentual, se reflejó con la EPS-S COMFACOR, teniendo en cuenta que la UPC-S pactada para el año 2015 fue de \$13.974, y para las vigencia 2016 no se legalizó contratación, entre las partes. Actualmente, la ESE se encuentra en etapa de negociación para legalizar dicha contratación. En lo que respecta a las EPS-S AMBUQ ESS, COMPARTA y CAJACOPI, se registra durante la vigencia 2017, un incremento porcentual en la UPC-S pactada con estas EPS-S, del (4%), (3%) y (3%), respectivamente, en comparación a la vigencia 2016
Optimizar el recaudo por ventas de servicios a las diferentes entidades responsables de pago, a través de una adecuada facturación y una gestión de cartera	Valor total recaudado por venta de servicios por las diferentes entidades responsables de pago en la vigencia /Valor total facturado por venta de servicios en la vigencia	X		Del total de los ingresos reconocidos de la vigencia 2017 (\$4.905.640,41), se recaudó un total de (\$4.405.437,56), alcanzándose en esta vigencia, un recaudo del 90%.
Garantizar el equilibrio presupuestal en la vigencia según los lineamientos establecido en la política territorial	Valor total de ingresos reconocidos por venta de servicios durante la vigencia / Valor total del compromiso adquirido durante la vigencia	X		Durante la vigencia 2017, la ESE alcanzó: a) Equilibrio presupuestal con reconocimiento (1,11) y b) Equilibrio presupuestal con recaudo (1,01), lo cual indica que la ESE cubrió el 100% de sus compromisos, y generó excedentes



VERSION:	02
FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
PAGINA	Página 15 de 48

INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017

Garantizar el superávit de la operación corriente en la vigencia según los lineamientos establecido en la política territorial	Valor total de ingresos recaudados por venta de servicios durante la vigencia / Valor total del compromiso adquirido durante la vigencia 2017	X		Durante la vigencia 2017, el Total de ingresos recaudados fue de \$4.893.812.98 y el Total del Gasto comprometido fue \$4.863.500,7, lo cual genera en la vigencia avaluada un superávit de \$410.312,28 (valor en miles de pesos).
Adopción, Actualización y Publicación, del Plan Anual de Adquisiciones , para la vigencia 2017	Plan Anual de Adquisiciones Adoptado, Actualizado y Publicado, en el 100% en el SECOP	X		Se cuenta con un Plan Anual de Adquisiciones publicado en la página del SECOP
Generar y radicar oportunamente, los informes de ley, exigidos por los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control, según las exigencias de la normatividad vigente, durante la vigencia 2017	Número total de informes de ley radicados a los diferentes organismos de control y vigilancia durante la vigencia / Número total de informes de ley exigidos por los organismos de control y vigilancia durante el periodo	X		<p>MENSUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - CIRCULAR 081/2017 - SSSM - CIRCULAR 014/2015 - SNS - SIA OBSERVA - SECOP- CONTRATACION - FORMATO DIAN - RETENCION FUENTE - ESTAMPILLAS - 3.5%
		X		<p>TRIMESTRAL</p> <p>DECRETO 2193/2004</p> <ul style="list-style-type: none"> - DATOS GENERALES ESE - FACTURACION - CARTERA POR DEUDOR - PASIVOS - BALANCE GENERAL - ESTADO DE ACTIVIDAD - PRODUCCION - EJECUCION PRESUPUESTAL - CONTRATACION - PROCESOS JUDICIALES <ul style="list-style-type: none"> - CGN CONTABLE - CGR PRESUPUESTAL - NIIF - NORMAS INTERNACIONALES - CARTERA (CIRCULAR 030/2015 - SNS) - INF.SOAT (CIRCULAR 015/2016 - SNS) - INF.FINANCIERA (CIRCULAR 016/2016 - SNS)
		X		<p>CUATRIMESTRAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - MECI - INFORME SEGUIMIENTO



VERSION:	02
FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
PAGINA	Página 16 de 48

INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017

			<p>CUMPLIMIENTO PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO - LEY 1474 DE 2011</p>
		X	<p>SEMESTRAL DECRETO 2193/2004 - CALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - CGN- BOLETIN DE DEUDORES MOROSOS DEL ESTADO – BDME - SISTEMA INTEGRAL DE AUDITORIA - SIA CONTRALORIA GRAL. MAGDALENA - CIRCULAR UNICA (EJECUCION PMH) - SNS - INDICADORES CALIDAD EN SALUD (RES. 256/2016) - SISPRO (SNS) / (MSYPS) - SECOP- ACTUALIZACION PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES
		X	<p>ANUAL DECRETO 2193/2004</p> <ul style="list-style-type: none"> - UNIDADES DEPENDIENTES - MECANISMOS DE PAGO - CAPACIDAD INSTALADA - RECURSOS HUMANOS - PASIVO PRESTACIONAL - INFRAESTRUCTURA - CGR - PERSONAL Y COSTOS - INFORME ANUAL NIVEL DEL CONTROL INTERNO CONTABLE - PAMEC (CIRCULAR 012/2016 – SNS) - ELABORACION PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO - PMH - PUBLICACION DEL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION ALCIUDADANO - SECOP- REGISTRO PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES - INFORME ANUAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO MECI-FURAG: DAFP - DIAN - INFORMACION EXOGENA - CIRCULAR DAFP - PERSONAL - CARGUE FECHA AUDIENCIA RPC -

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 17 de 48

				SNS - INFORME ANUAL DE DERECHO DE AUTOR - SAA APORTES PATRONALES - PISIS
TOTAL	100%			

El resultado obtenido en la evaluación de la ejecución del Plan Operativo Anual del año 2017, basado en el Porcentaje de Cumplimiento de las acciones proyectadas en los objetivos estratégicos contemplados en el Plan de Desarrollo Institucional, a corte 31 de Diciembre de 2017, 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: 65%
- EJE ESTRATEGICO 5: Porcentaje de cumplimiento: 100%

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, Magdalena, para la vigencia 2017, 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.

Indicador N°3 de la Resolución 408 de 2018: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	
CONCEPTO	
... Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación (2017)	24
... Número de metas del Plan Operativo Anual programadas en la vigencia objeto de evaluación (2017)	26
Porcentaje de cumplimiento del Plan Operativo Anual del PDI aprobado en la vigencia 2017	0.92

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 18 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

Resultado: En la Ejecución del Plan Operativo Anual - POA de la vigencia 2017, de **Metas Programadas**, se obtuvo el cumplimiento de **Metas Ejecutadas**, obteniéndose como resultado en la Relación de 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 **0.92**.

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, 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 2017.

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 2017.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 19 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

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-2018
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 20 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

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 21 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

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

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 22 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. Así mismo, para la vigencia 2017, le fue ratificada su categorización SIN RIESGO, mediante la Resolución 1755 de 2017.

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.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 23 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

2.2. EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

Durante la vigencia objeto de la evaluación (2017), 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 a los usuarios atendidos en la ESE; d) la ejecución de actividades contempladas en el Plan de Intervenciones Colectivas - PIC (Departamental y Municipal), cuya ejecución en la vigencia evaluada, no refleja impacto alguno en el fortalecimiento financiero de la Entidad, teniendo en cuenta, que a partir del año 2017, el gasto generado por dicha ejecución, se reportó en los informes financieros trimestrales, en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 2193 de 2004, como un gasto operacional, mientras que en vigencias anteriores, venía siendo reportado como una inversión, la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, comprometió en Gastos de funcionamiento y de operación comercial y prestación, la suma de **\$4.606.685.973**, con una producción en Unidades de Valor Relativo - UVR de (320.891,68). Mientras que en la vigencia inmediatamente anterior (2016), se comprometió en Gastos de funcionamiento y de operación comercial y prestación, la suma de **\$3.635.407.828**, con una con una producción en Unidades de Valor Relativo - UVR de (312.087,71).

La Entidad Hospitalaria, durante la vigencia 2017, gastó \$14.355,89 por cada UVR que produjo; y en la vigencia 2016, el gasto por UVR producida fue de \$11.648,67.

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 \$971.278.145 en tal rubro, durante la vigencia objeto de evaluación (2017).

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.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 24 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

VARIABLE	2017	2016
GASTO DE FUNCIONAMIENTO	4.191.862.988	3.284.318.633
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	414.822.985	351.089.195
TOTAL GASTOS	4.606.685.973	3.635.407.828
PRODUCCION UVR	320.891,68	312.087,71
GASTOS / PRODUCCION	14.355,89	11.648,67
EVOLUCION DEL GASTO	1.23	

Fuente: Ficha Técnica de la Página web SIHO - MSYPS. Informe Anual Producción de Servicios vs. Gasto Comprometido – E.S.E. "HNSC" Guamal, Magdalena. Comparativo Años 2017 - 2016.

Resultado: la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, No 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 (2017), comparado con el resultado obtenido en la vigencia anterior (2016), registrándose una ponderación insatisfactoria en el indicador específico, obteniéndose en relación de los resultados obtenidos en las vigencias evaluadas (2017 y 2016), una Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida de **1.23**.

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 el mismo, registró un resultado mayor a 1.10.

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 2017 y 2016, 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).

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 25 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

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

El cumplimiento de este indicador se ve enmarcado en el Convenio Interadministrativo de Cooperación Interinstitucional, suscrito durante la vigencia 2017, entre la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, representada legalmente, por la Dra. Milena del Carmen Chaves Charris y la E.S.E Hospital Local de El Retén - Magdalena, representada legalmente, por el Dr. Alvaro Isaac Ruíz Vence, para la adquisición conjunta de medicamentos, material médico quirúrgico, dispositivos médicos, bienes e insumos, y realización de actividades inherentes a la prestación de servicios asistenciales, de mutua colaboración entre las referenciadas Empresas Sociales del Estado - Convenio de compras conjuntas suscrito con la Empresa INGENFEL LTDA, mediante Contrato número 23011701 del 23 de Enero del 2017 y Contrato número 12061701 del 12 de Junio del 2017.

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, ejecutó durante la vigencia 2017, compromisos totales por GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y DE PRESTACION DE SERVICIOS, por la suma de **\$414.822.985**, tal y como se ilustra a continuación:

GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y DE PRESTACION DE SERVICIOS - TOTAL EJECUTADO VIGENCIA 2017	
CONCEPTO	VALOR EN PESOS (\$)
...Medicamentos	75.861.998
...Material Médico Quirúrgico	135.724.639
...Otros materiales no especificados (Laboratorio, Odontología, Rayos X)	203.236.348
TOTAL	414.822.985

Se comprometió por concepto del Total de Gastos para adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico, durante la vigencia 2017, la suma de **\$211.586.637**, como se relaciona a continuación:

GASTO MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO - TOTAL COMPROMETIDO VIGENCIA 2017	
CONCEPTO	VALOR EN PESOS (\$)
...Medicamentos	75.861.998
...Material Médico Quirúrgico	135.724.639
TOTAL	211.586.637

La Entidad Hospitalaria, durante la vigencia 2017, adquirió medicamentos y material médico quirúrgico, por el mecanismo de compras conjuntas, por la suma de **\$162.150.325**, a través de la empresa contratista, participante del convenio de cooperación interinstitucional, tal como se detalla a continuación:

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 26 de 48

TOTAL ADQUISICION MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO POR MECANISMO DE COMPRAS CONJUNTAS VIGENCIA 2017	
CONCEPTO	VALOR EN PESOS (\$)
...Medicamentos	35.614.952
...Material Médico Quirúrgico	112.725.470
TOTAL	162.150.325

Fuente: Informe emitido por Area Contable y Oficina de Control Interno de la E.S.E. "HNSC" Guamal - Magdalena, corte 30 de Diciembre 2017

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, en la vigencia objeto de evaluación (2017), comprometió por adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico, un valor total de **\$211.586.637**, correspondiendo a la adquisición por el mecanismo de compras conjuntas, un valor de **\$162.150.325**, obteniéndose como resultado, una Proporción de medicamentos y material médico - quirúrgico adquiridos mediante el mecanismo de compras conjuntas, de **0.77** en la vigencia objeto de evaluación (2017).

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.

Indicador N°6 de la Resolución 408 de 2018: Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante el mecanismo de compras conjuntas	
CONCEPTO	VALOR EN PESOS (\$)
...Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante el mecanismo de compras conjuntas	162.150.325
...Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico - quirúrgico	211.586.637
Proporción de adquisiciones mediante el mecanismo de compras conjuntas	0.77

Fuente: Informe emitido por Area Contable y Oficina de Control Interno de la E.S.E. "HNSC" Guamal - Magdalena, corte 30 de Diciembre 2017

Resultado: la Proporción de medicamentos y material médico - quirúrgico adquiridos por la E.S.E. mediante el mecanismo de compras conjuntas, durante la vigencia 2017, fue de **0.77**.

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 mayor de 0.7.

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:

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 27 de 48

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 No. 6: Certificación de la proporción de medicamentos y material médico - quirúrgico adquiridos mediante el mecanismo de compras conjuntas, suscrita por el Contador y el responsable del Control Interno de la ESE.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 28 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

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 2017, 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	
	2016	2017
SERVICIOS PERSONALES	0	0

Fuente: Ficha Técnica de la Página web SIHO - MSYS. Informe Anual Pasivos - E.S.E. "HNSC" Guamal, Magdalena. Años 2016 - 2017.

Resultado: la ESE con corte a 31 de diciembre de las vigencias 2017 y 2016, 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.

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).

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 29 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

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. 7: 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 (2017) y variación del monto frente a la vigencia anterior (2016)", suscrita por el Contador de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena.

 <p>INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017</p>	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 30 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 (2017), 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 2017.

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. 8: Teniendo en cuenta, que en la ESE no se tiene asignado el cargo de Jefe de Planeación, según lo acordado en la sesión ordinaria de Junta Directiva del día 15 de marzo de la actual vigencia, se anexa el 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 2017, según la periodicidad establecida por la Entidad Hospitalaria.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 31 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

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)	4.893.812.984	1.01
GASTO TOTAL COMPROMETIDO (Incluye Cuentas por Pagar otras vigencias)	4.863.500.699	

Fuente: Ficha Técnica de la Página web SIHO - MSYPS. Informe Anual Ingresos Recaudados vs. Gasto Comprometido de la vigencia 2017.

En lo que respecta a la operación de Equilibrio Presupuestal con Recaudo correspondiente a la vigencia 2017 de la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal Magdalena, es de **1.01 veces**, resultando del ejercicio: Valor de la **ejecución de ingresos totales recaudados** en la vigencia 2017, 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.

La anterior situación indica, que la E.S.E. con el total de ingresos recaudados en el año 2017, alcanzó a cubrir el 100% de sus compromisos, obteniéndose un excedente del 0.1%.

Estándar para cada año: mayor o igual a 1.

Resultado: el Indicador Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo, durante la vigencia 2017, registró un resultado de: **1.01**.

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 mayor a 1.

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

Anexo No. 9: 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 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).

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 32 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

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 2017 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 2017.

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. 10: 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 2017.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 33 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 2017 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 2017 de que trata el Decreto 2193 de 2004 - Indicador No. 11 del Anexo 2 de la Resolución 408 de 2018, (por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones), 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 2017.

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 2017.

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.



INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017

VERSION:	02
FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
PAGINA	Página 34 de 48

Anexo No.11: Certificación de Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2017 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.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	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



VERSION:	02
FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
PAGINA	Página 36 de 48

INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017

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, se registró un periodo de más de cuatro meses de invierno crudo, lo cual limitó el acceso a los servicios de salud de la población residente en la zona rural y rural dispersa del municipio de Guamal, teniendo en cuenta que durante la época de ola invernal, el traslado de estos usuarios hacia el casco urbano, implica para ellos un costo oneroso; lo cual aunado al mal estado de las vías terciarias que conducen a los corregimientos y área de influencia periférica del municipio de Guamal, dificulta el desplazamiento de estos usuarios y 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 2017 se identificaron en

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 37 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

nuestra población, como inscritas en el Programa Control Prenatal, un Total de **296 gestantes**, en el período comprendido entre el 01 de Enero al 31 de Diciembre del año 2017. De las cuales, a **180 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.

$$\text{PROPORCION GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12} = \frac{180}{296} = 0.61$$

Estándar para cada año: mayor o igual a 0.85.

Resultado: durante la vigencia evaluada (2017), en el indicador específico, se obtuvo como resultado: que de **296** gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación, las cuales integraron la muestra representativa de la población, a **180** 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 **0.61**.

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 (2017), la Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación, fue menor de 0.85.

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. 12: 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 2017.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017	CODIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	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.

Para la Evaluación del Indicador específico, durante la vigencia 2017, se anexa a este documento: archivo contentivo del Concepto emitido por el COVE Municipal (Secretaría de Desarrollo Social de Guamal) y por el COVE Departamental (Secretaría Seccional de Salud del Magdalena), relacionados con la Certificación de Casos de Sífilis Congénita durante el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre de 2017, dando constancia que una vez revisada la base de datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, durante la vigencia objeto de evaluación (2017), No se reportaron casos de Sífilis Gestacional ni de Sífilis Congénita, diagnosticados en el Programa de Control Prenatal o durante la atención del parto en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena.

Estándar para cada año: Cero (0) casos.

Resultado: durante la vigencia evaluada (2017), 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 (2017), 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

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017	CODIGO:	HNSC CG IF 002
	PAGINA	Página 39 de 48

Anexo No.13: Certificación de la Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, durante la vigencia 2017, expedida por la Secretaría de Desarrollo Social de Guamal (COVE Municipal) y por la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena (COVE Departamental).



INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017

VERSION:	02
FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
CODIGO:	HNSC GC 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 parte del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. Hospital "Nuestra Señora del Carmen" de Guamal, durante la vigencia objeto de evaluación (2017), en esta Entidad Hospitalaria, se atendió un total de **293 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, inscritos en el Programa Control de Riesgo Cardiovascular**. 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 30 historias clínicas a auditar**, la cual permite evaluar la Aplicación de la Guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva.

$$\text{APLICACION GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA} = \frac{28}{30} = 0.93$$

Estándar para cada año: mayor o igual a 0.9.

Resultado: durante la vigencia evaluada (2017), en el indicador específico, se obtuvo como resultado: que de **30** Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en la ESE en el año 2017, **28** 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**.



INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017

VERSION:	02
FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
CODIGO:	HNSC CG IF 002
PAGINA	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 2017, 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. 14: 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 2017.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC CG IF 002
	PAGINA	Página 42 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

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 (2017), en esta Entidad Hospitalaria, se atendió un total de **1.541 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 **36 historias clínicas a auditar**, la cual permite evaluar la Aplicación de la Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo.

APLICACION GUIA DE MANEJO CRECIMIENTO Y DESARROLLO = $\frac{34}{36} = 0.94$

Estándar para cada año: mayor o igual a 0.8.

Resultado: durante la vigencia evaluada (2017), en el indicador específico, se obtuvo como resultado: que de **36** 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 2017, **34** 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 **0.94**.

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,

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC CG IF 002
	PAGINA	Página 43 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

el indicador evaluado, se califica con **5**, ya que durante la vigencia 2017, 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. 15: 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 2017.

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 2017, 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 **4.001** pacientes atendidos en el servicio de urgencias de la ESE, de los cuales **5** pacientes reingresaron a este servicio antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación (2017), siendo los diagnósticos de egreso de estos pacientes, en su orden: otros dolores abdominales y los no especificados (3), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (1) y cuerpo extraño en el esófago (1).

$$\text{PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS} = \frac{5}{4.001} = 0.001$$

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 2017, una Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias de la ESE en menos de 72 horas, de **0.001**.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC CG IF 002
	PAGINA	Página 44 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

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. 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 2017, por la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 2193 de 2004).

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 2017, 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 **24.654** citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación (2017). 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 (2017), registra **18.535 días**, obteniéndose como resultado un Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general, de **0.75 días**, en la vigencia objeto de evaluación (2017).

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 2017, 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 0.752 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,

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACION:	26-MAR-2018
	CODIGO:	HNSC GG IF 002
	PAGINA	Página 45 de 48
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2017		

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. 17: 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 2017, por la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 2193 de 2004).

Milena Chaves
MILENA DEL CARMEN CHAVES CHARRIS
Gerente E.S.E.

Revisó: P.U. Ing. Omar Medina Ramírez - Apoyo a la Gestión de la Calidad E.S.E. "HNSC". *[Signature]*

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