

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



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

**MILENA DEL CARMEN CHAVES CHARRIS
GERENTE**

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 1 de 38

PRESENTACION

El presente documento, corresponde al Informe de los resultados obtenidos durante la vigencia 2016, 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 Nivel de Complejidad, del Municipio de GUAMAL, Departamento del MAGDALENA, en calidad de Gerente de esta Entidad Hospitalaria; dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Resolución 710 de 2012 (modificada por la Resolución 743 del 2013), “por medio de la cual, se adoptan las condiciones y metodología para elaboración y presentación del Plan de Gestión por parte de los gerentes 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 2016 de manera cuantitativa, se tuvo en cuenta los indicadores y estándares por área de gestión del Anexo No.2 de la Resolución 743 de 2013, se desarrolló el análisis de las metas propuestas y logros obtenidos, comparando los resultados obtenidos con las metas propuestas y con el resultado logrado en el año 2015; así mismo, a través del Instructivo para calificación del Anexo No. 3 de la citada Resolución 743, 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 ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 2 de 38

AREA DE GESTION

1. DIRECCION Y GERENCIA

- 1.1. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD PARA 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 ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 3 de 38

AREA DE GESTION

1. DIRECCION Y GERENCIA

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

1.1.1. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Es importante que la institución tenga claro que la Auditoría para el mejoramiento de la calidad es toda una estrategia del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y no debe confundirse con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) que es la forma a través de la cual la institución implementa este componente. Según el Decreto 1011 de 2006, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica:

1. La realización de Actividades de Evaluación y Seguimiento de Procesos definidos como prioritarios;
2. La Comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada (Desempeño Organizacional), la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas (Marco de Estándares);
3. Desarrollo de Procesos de Mejoramiento, la adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

1.1.2. 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

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 4 de 38

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 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 2016, el **Cuarto Ciclo de Autoevaluación sobre los estándares de acreditación, según lo establecido en la Resolución 123 de 2012 a corte 30 de Enero de 2016**, 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 2016, 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.

1.1.3. Metodología para la autoevaluación

En la **Fase de Autoevaluación** del nuevo ciclo de acreditación, se realizó el seguimiento con la evaluación de los Estándares correspondientes, contenidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de la Resolución 123 de 2012, determinando a través de mediciones correctamente realizadas, el alcance de los resultados que se obtengan tanto en lo clínico como en la repercusión de las funcionalidades del paciente, y se expresen en la percepción del paciente de que efectivamente la ESE, está brindando al Cliente Asistencial, un servicio con “Calidad y Seguridad”; para lo cual, se realizó la capacitación y socialización del Manual de acreditación de la

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 5 de 38

Resolución No.123 de 2012, con la finalidad de familiarizar a los diferentes integrantes de los Grupos de Mejoramiento "Grupos de Autoevaluación", conformados de acuerdo a los perfiles y cargos que tienen en la ESE, quienes lideran técnicamente la metodología de autoevaluación con estándares de acreditación, y los planes de mejoramiento continuo, según lo establecido en la Resolución 1762 del 12 de Agosto de 2013, para que dichos grupos, lideraran y coordinaran la revisión de los procesos enmarcados en la atención al usuario, y los de apoyo administrativo, basados en el enfoque de la sistematicidad, establecida en los Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, Direccionamiento y Gerencia, Gerencia del Talento Humano, Gerencia de la Información, Gestión de Tecnología, y Gerencia del Ambiente Físico, que apliquen a esta organización, en su proceso de Autoevaluación.

En la **Fase Operativa- Análisis de los Estándares de Acreditación**, se analizan los Estándares de Acreditación de los diferentes grupos, observando que al comparar el estándar, con la realidad hospitalaria se evidenciaron muy pocas fortalezas, lo cual genera muchas oportunidades de mejora, esta evaluación es la cualitativa y se registra en el Formato de Autoevaluación de Estándares; posteriormente se realiza la evaluación cuantitativa, comparando la realidad hospitalaria del estándar frente a las dimensiones definidas en el Sistema Único de Acreditación: Enfoque, Implementación, Resultados, identificadas en la Escala de Calificación de Estándares de la Hoja radar.

Dimensiones a evaluar:

- 1. Enfoque:** Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar
- 2. Implementación:** Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución
- 3. Resultados:** Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

VARIABLES DE CADA DIMENSIÓN:

1. Enfoque:

- Sistematicidad: grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada
- Amplitud: grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del capítulo
- Proactividad: grado en que el enfoque es preventivo y proactivo
- Ciclo de evaluación y mejoramiento: forma en que se evalúa y mejora el enfoque.
- Impacto: grado de incidencia del enfoque en la implementación y en los resultados

2. Implementación:

- Despliegue en la institución: grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización o los distintos puntos del capítulo
- Despliegue hacia el cliente: grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 6 de 38

3. Resultados:

- Pertinencia: grado en que los resultados referidos se relacionan con el área o punto del capítulo y alcanzan los objetivos y metas propuestas
- Consistencia: relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque
- Avance de la medición: grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un periodo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área o punto del capítulo, calidad y pertinencia de los mismos
- Tendencia: desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo
- Comparación: grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos con respecto de esas comparaciones

Se anexan en medio magnético, archivos en Excel, contentivos de Formato de autoevaluación de estándares y Hoja radar para la calificación de los estándares de acreditación.

1.1.4. Priorización de las acciones de mejoramiento

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.

Las Acciones de mejoramiento se deben priorizar por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo, las cuales se aplican así:

- **Riesgo:** al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento
- **Costo:** Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento
- **Volumen:** Alcance del mejoramiento o cobertura (beneficio)

Para cada grupo de estándares se deben priorizar las oportunidades de mejoramiento con las más altas calificaciones. La calificación más alta es de **125**, y la calificación más baja es de **1**, pero se consideraran de mejoramiento crítico las oportunidades de mejora con calificación mayor o igual a **100**.

Los planes de mejoramiento 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.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 7 de 38

Se anexa en medio magnético, archivo en Excel, contenido de la Matriz de Priorización Riesgo - Costo - Volumen sugerida por el MSYPS.

GRUPO DE ESTANDARES DE ACREDITACION - RESOLUCION 123 DE 2012

GRUPO DE ESTANDARES - RESOLUCION 123 DE 2012 -	CANTIDAD DE ESTANDARES	AUTOEVALUADOS	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZADAS
CLIENTE ASISTENCIAL	74	54	10	8
DIRECCIONAMIENTO – GERENCIA	28	24	10	9
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	16	14	8	7
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	11	11	2	2
GERENCIA DE LA INFORMACION	14	14	3	2
GERENCIA DE LA TECNOLOGIA	10	10	2	2
TOTAL	153	127	35	30


Fuente: Documento Autoevaluación E.S.E. "HNSC" Guamal – Magdalena, corte 30 de Enero de 2016.

En lo que respecta a los resultados obtenidos en la Autoevaluación con enfoque en acreditación a corte 30 de Enero de 2016, en el análisis del comportamiento de cada grupo de estándares de acreditación, se evidenció que en el Grupo de Estándares de Atención al Cliente Asistencial y de Direccionamiento y Gerencia, se registró el mayor número de Oportunidades de mejora, con un total de 10 en cada grupo; siguiéndole en su orden los Estándares de Gerencia del Talento Humano y Gerencia de la Información, los cuales generaron 8 y 3 oportunidades de mejora, respectivamente; y en los Grupos de Estándares de Gerencia del Ambiente Físico, y Gestión de la Tecnología, solo se obtuvieron 2 oportunidades de mejora. El total de estas **oportunidades de mejora fue de 35**. Luego de la aplicación de la Hoja Radar, y teniendo en cuenta los intereses de esta administración, se priorizan las oportunidades de mejora identificadas, en la Matriz Riesgo – Costo – Volumen, **priorizando 30 acciones de mejora**, para formular planes de mejoramiento, para cada grupo de estándares, por parte de los Grupos de Autoevaluación conformados institucionalmente en esta Entidad Hospitalaria.

Como resultado del proceso de Autoevaluación, se evidenciaron debilidades en varios procesos de la organización, aunque cabe resaltar que con la implementación de este proceso, se ha generado optimización en la calidad de la atención en los servicios de salud ofertados en la E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen, generando un impacto favorable en la imagen corporativa, así como también, en los aspectos inmersos en la competitividad y sostenibilidad financiera de nuestra Institución.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 8 de 38

CALIFICACION PROMEDIO EN AUTOEVALUACION DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION VIGENCIAS 2015 -2016

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

GRUPO DE ESTÁNDARES	AUTOEVALUACIÓN*		
	Linea Base Autoevaluación Enero de 2015	Cuarta autoevaluación Enero de 2016	Quinta autoevaluación Enero de 2017
Cliente Asistencial	1,70	2,20	
Direccionamiento	1,70	2,20	
Gerencia	1,70	2,20	
Talento Humano	1,70	2,20	
Ambiente Físico	1,70	2,20	
Información	1,70	2,20	
Tecnología	1,70	2,20	
* Calificación de 1 a 5	1,70	2,20	

Método de calificación**	Promedio Aritmético	Moda	Menor Valor
Indique con una X el método empleado; si esta ha sido diferente para cada autoevaluación indíquelo	X	2,20	

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

INDICADOR	PROMEDIO	RESULTADO
CALIFICACION DE AUTOEVALUACION VIGENCIA 2016	2.20	1.30
CALIFICACION DE AUTOEVALUACION VIGENCIA 2015	1.70	

Resultado: A corte 30 de Enero de la vigencia 2016, 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.

La calificación promedio obtenida producto de la autoevaluación realizada a los **127** estándares de Acreditación aplicables a esta ESE, en la vigencia 2016 fue de **2.20**. En tanto que en la vigencia anterior (2015), fue de **1.70**; obteniéndose como resultado de la comparación de dichos promedios, una calificación de **1.30**.

Teniendo en cuenta lo definido en el Anexo No. 3 del Instructivo para la Calificación, al Indicador de mejoramiento continuo de la calidad, se califica con **5**, ya que la ESE durante los años 2016 y 2015, realizó autoevaluación completa de los estándares de acreditación que le aplican, obtenido un resultado mayor o igual a 1.2, en el análisis comparativo de las vigencias evaluadas.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 9 de 38

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

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 desarrollan 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 2016, los parámetros de evaluación del proceso correspondiente al Cuarto Ciclo de Autoevaluación realizado 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 **35 oportunidades**

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 10 de 38

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 **30 acciones de mejoramiento programadas**, obteniéndose como respuesta **27 acciones de mejoramiento ejecutadas**. Al finalizar el proceso de mejoramiento continuo a corte 30 de Diciembre de 2016, la ESE obtuvo un porcentaje del **90%**, en la **ejecución de los planes de mejoramiento continuo con enfoque en acreditación**.

GRUPO DE ESTANDARES - RESOLUCION 123 DE 2012 -	ACCIONES DE MEJORAMIENTO PROGRAMADAS 2016	ACCIONES DE MEJORAMIENTO EJECUTADAS 2016
CLIENTE ASISTENCIAL	8	8
DIRECCIONAMIENTO – GERENCIA	9	7
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	7	6
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	2	2
GERENCIA DE LA INFORMACION	2	2
GERENCIA DE LA TECNOLOGIA	2	2
TOTAL	30	27

Fuente: Documento formato planes de mejoramiento con énfasis en acreditación de la E.S.E. "HNSC" Guamal – Magdalena, corte 30 de Diciembre de 2016.

Fórmula del Indicador: Número de Acciones de Mejora Ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de Acciones de Mejoramiento Programadas para la vigencia derivadas de los Planes de Mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.

PAMEC	TOTAL	RESULTADO
ACCIONES DE MEJORAMIENTO PROGRAMADAS 2016	30	0.90
ACCIONES DE MEJORAMIENTO EJECUTADAS 2016	27	

Resultado: Durante el Cuarto Ciclo de Autoevaluación de Estándares de Acreditación, en la vigencia del 2016, se realizó una priorización de acciones de mejoramiento, a desarrollar en los meses de Febrero a Diciembre de dicha vigencia, obteniéndose un total de **30 acciones de mejoramiento programadas**.

Como resultado del seguimiento a las acciones de mejoramiento priorizadas, realizado durante la primera semana de Enero de 2017 por el Comité de Calidad, en acompañamiento con la Jefe de la Oficina de Control Interno, se evidenció el cumplimiento en la **ejecución de 27 acciones derivadas de los planes de mejoramiento continuo, implementados con enfoque en acreditación**. Al realizar el cálculo del porcentaje de ejecución de los planes de mejoramiento, se obtiene un resultado de **0.90** (90%).

Teniendo en cuenta lo definido en el Anexo No. 3 del Instructivo para la Calificación, referente al Indicador de Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud, se califica con **5**, ya que el resultado de la comparación ya descrita, es mayor o igual a 0.90.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 11 de 38

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 2016, 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 2016, se hace referencia a la evaluación del cumplimiento en la ejecución de las mismas, a corte 31 de diciembre de 2016, así:

EJE ESTRATEGICO 1: FORTALECER LA CAPACIDAD DE OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD				
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO: 100%				
Nº	ACCIONES	INDICADOR	RESULTADO	PORCENTAJE
1	Adecuación y mantenimiento del área de Hospitalización Básico y Oficina SIAU	Número de proyectos de inversión ejecutados para fortalecer la capacidad de oferta de los servicios de salud	Se logró la ejecución del proyecto de inversión de adecuación y mantenimiento de las instalaciones físicas de las áreas de Saneamiento Básico y Oficina SIAU	100%
2	Adquisición de una planta eléctrica	Adquisición de una planta eléctrica	Se logró adquirir una planta eléctrica equipada con motor diesel	100%
3	Implementación de un sistema de vigilancia integrado por cámaras de seguridad cerrado	Implementación e instalación de un sistema de vigilancia integrado por cámaras de seguridad cerrado	Se logró la implementación e instalación de un sistema de vigilancia integrado por cámaras de seguridad cerrado en las instalaciones de la ESE	100%
4	Adquisición de vehículo automotor (Chasis) para insertar habitáculo de ambulancia tipo Transporte Asistencial Básico	Adquisición de vehículo automotor (Chasis) para insertar habitáculo de ambulancia tipo Transporte Asistencial Básico	Se logró la adquisición de vehículo automotor (Chasis) para insertar habitáculo de ambulancia tipo Transporte Asistencial Básico	100%
5	Formular el Plan de Mantenimiento Hospitalario, para revisión y aprobación por el Comité Técnico de la Secretaria de Seccional	Plan de Mantenimiento Hospitalario formulado, radicado y aprobado ante el ente departamental.	Documento PMH formulado, radicado y aprobado ante el ente departamental	100%

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 12 de 38

	del Magdalena.			
6	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	Contar con informes de seguimiento al cumplimiento de las actividades del Plan de Mantenimiento Hospitalario	100%

EJE ESTRATEGICO 2: GESTION CENTRADA EN EL USUARIO Y LA COMUNIDAD
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO: 81%

N°	ACCIONES	INDICADOR	RESULTADO	PORCENTAJE
7	Publicar y desplegar la planeación estratégica de la Institución periodo 2016-2020, a través de la página web de la ESE, e instalaciones físicas de la Entidad Hospitalaria.	(Número de publicaciones ejecutadas durante la vigencia / Número de publicaciones programadas durante la vigencia) x 100	Adopción y direccionamiento de planes, procesos y programas establecidos por la entidad hospitalaria de los objetivos propuestos a través de la planeación estratégica	42%
8	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	Número de reuniones realizadas en la vigencia / Número total de reuniones programadas con los miembros de la alianza de usuarios en el periodo	4 actas de reuniones trimestrales con las alianzas de usuarios donde se evidencie temas y decisiones tratada	62.5%
9	Socializar y divulgar al cliente interno y externo, sobre la política de seguridad del paciente, adoptada e implementada por la institución durante el periodo gerencial	Número de charlas realizadas en la vigencia / Número total de charlas programadas en el periodo	Cliente interno y externo informado sobre la Política de Seguridad del Paciente implementada y adoptada por la institución por el periodo gerencial	100%

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 13 de 38

10	Garantizar una gestión transparente, pública y participativa, para todos los grupos de interés de la Institución	Actualización, publicación y seguimiento en la página web del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Adopción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2017, conforme lo establece la ley 1474 de 2011 y la Ley 1757 de 2015 y sus seguimientos de ley.	100%
11	Mantener el índice de satisfacción del usuario mayor o igual al 90% en la vigencia	Número de usuarios satisfechos / Número Total de usuarios encuestados) x 100	Índice de satisfacción de usuarios mayor o igual al 90%	100%

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

Nº	ACCIONES	INDICADOR	RESULTADO	PORCENTAJE
12	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	Proceso de Autoevaluación de los Estándares de Acreditación Ejecutado en la respectiva vigencia	100%
13	Elaborar el Programa de Auditoría de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC) para la vigencia, de acuerdo al resultado de la autoevaluación de los estándares de acreditación	Programa de Auditoría de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC) para la vigencia formulado y aprobado	Contar con Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad	100%
14	Programar el seguimiento y monitoreo semestral a la ejecución del PAMEC para la vigencia	Numero de informes de seguimiento y monitoreo en la ejecución del PAMEC para la vigencia vigente / Numero de informes de seguimiento y monitoreo PAMEC	Informe de auditoría cumplimiento en la ejecución de las actividades contempladas en el PAMEC vigencia 2017.	100%

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 14 de 38

	vigencia	vigente		
	Programados			

EJE ESTRATEGICO 4: CONTRIBUIR A LA FORMACION Y CONSOLIDACION DE COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO - PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO: 100%

N°	ACCIONES	INDICADOR	RESULTADO	PORCENTAJE
15	Alcanzar un cumplimiento del 90% en los ciclos de capacitación proyectados para cada una de las vigencias.	Número de actividades ejecutadas y cumplidas durante la vigencia/ Número total de capacitación programadas durante actividades programadas x 100	Alcanzar un cumplimiento del 90% en los procesos de capacitación y entrenamiento que se formulen en cada una de las vigencias.	100%

EJE ESTRATEGICO 5: GARANTIZAR AUTOSOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LA E.S.E. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO: 100%

N°	ACCIONES	INDICADOR	RESULTADO	PORCENTAJE
16	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 respectivas Entidades Responsables de Pago, durante la vigencia analizada	Durante la vigencia 2016, la ESE registró un incremento porcentual del 4.4% en la UPC-S en la contratación de la cápita con las diferentes EPS-S que operan en el municipio de Guamal, en comparación con la vigencia 2015 (meta programada para el periodo analizado mayor o igual al 3%)	100%
17	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	Un valor de recaudo mayor o igual al 85%	100%
18	Garantizar el equilibrio presupuestal en la vigencia según los lineamientos establecido en la política	Valor total de ingresos recaudados por venta de servicios durante la	Alcanzar equilibrio en el estado de resultados	100%

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 15 de 38

	territorial, en consideración a adquirir compromisos en lo corriente	vigencia - valor total del compromiso adquirido durante la vigencia		
19	Adopción y Ejecución del Plan Anual de Compras y Adquisiciones, para vigencia 2017	Proporción de recursos del presupuesto de Ingresos destinados al ejecución del Plan Anual de Adquisición ejecutados en vigencia 2017 / total de recursos del presupuesto de ingresos asignados para la ejecución del Plan de Anual de Adquisición.	Ejecución del 100% de los recursos asignados al presupuesto para el PAD.	100%
20	Generar oportunamente, en cada vigencia, los informes de ley, requeridos por los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control, registrando y publicando oportunamente, el cargue de dichos informes, en cada una de las plataformas virtuales asignadas para tal fin, según la normatividad vigente	Número de informes de ley, radicados y publicados oportunamente por la ESE, durante la vigencia / Total de informes de ley, requeridos por los organismos de inspección, vigilancia y control durante el periodo	La ESE durante la vigencia 2016, generó, radicó y publicó oportunamente los informes de ley, exigidos por los diferentes organismos de inspección, vigilancia y control durante el periodo	100%

El resultado obtenido en la evaluación de la ejecución del Plan Operativo Anual del año 2016, 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 2016, es el siguiente:

EJE ESTRATEGICO 1: Porcentaje de cumplimiento: 100%
EJE ESTRATEGICO 2: Porcentaje de cumplimiento: 81%
EJE ESTRATEGICO 3: Porcentaje de cumplimiento: 100%
EJE ESTRATEGICO 4: Porcentaje de cumplimiento: 100%
EJE ESTRATEGICO 5: Porcentaje de cumplimiento: 100%

Fórmula del Indicador: Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas / Número de metas del Plan Operativo Anual programadas.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 16 de 38

PLAN OPERATIVO ANUAL	TOTAL	RESULTADO
METAS PROGRAMADAS VIGENCIA 2016	28	0.93
METAS EJECUTADAS VIGENCIA 2016	26	

Resultado: En la Ejecución del Plan Operativo Anual – POA de la vigencia 2016, de **28 Metas Programadas**, se obtuvo el cumplimiento de **26 Metas Ejecutadas**, obteniéndose como resultado final, un porcentaje de cumplimiento total, en las metas programadas del POA 2016 del **93%**. Teniendo en cuenta lo definido en el Anexo No. 3 del Instructivo para la Calificación, referente al Indicador Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional – PDI 2016 - 2020, se califica con **5**, ya que el indicador arrojó un valor mayor o igual a 0.90.

El Plan Operativo Anual – POAI, mantuvo como finalidad establecer las metas a lograr por la E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE GUAMAL para la vigencia 2016, 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.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 17 de 38

AREA DE GESTION

2. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

2.4. INDICADOR RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

2.5. EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

2.6. PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO ADQUIRIDO MEDIANTE COMPRAS CONJUNTAS

2.7. 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

2.8. UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES (RIPS)

2.9. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

2.10. 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

2.11. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LO SUSTITUYA

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 18 de 38

AREA DE GESTION

2. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

2.4. INDICADOR RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

2.4.1. 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, Lilibian 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 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.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 19 de 38

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 PGIR por la superación de su condición de riesgo y por tanto culmina el proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación de dicho PGIR.

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

Resultado: Teniendo en cuenta lo definido en el Anexo No. 3 del Instructivo para la Calificación, referente al Indicador Riesgo Fiscal y Financiero, se califica con **5**, ya que la E.S.E. está categorizada sin riesgo. Así mismo, adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero en la vigencia 2013.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 20 de 38

2.5. EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

La Gerencia de la ESE, manteniendo una política institucional de austeridad del gasto, para garantizar la autosostenibilidad y viabilidad financiera de la Entidad Hospitalaria, sin afectar la calidad en la prestación de servicios de salud a los usuarios, comprometió durante la vigencia 2016, en Gasto de funcionamiento y 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). Mientras que en la vigencia inmediatamente anterior (2015), por este concepto, comprometió la suma de **\$3.588.339.483**, con una con una producción en Unidades de Valor Relativo – UVR de (260.212,14).

La Entidad Hospitalaria, durante la vigencia 2016, gastó \$11.648.67 por cada UVR que produjo; y en la vigencia 2015, el gasto por UVR producida fue de \$13.790.05.

En consideración a lo expuesto, se puede concluir que la ESE, durante la vigencia 2016, a pesar de que la situación geográfica y la dispersión de la población rural del municipio de Guamal, implica una gran inversión en la satisfacción de la demanda de servicios por parte de dicha población, alcanzó un equilibrio entre el gasto y la producción de UVR, obteniéndose una óptima ponderación en el indicador específico.

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

VARIABLE	2015	2016
GASTO DE FUNCIONAMIENTO	3.196.436.180	3.284.318.633
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y PRESTACION DE SERVICIOS	391.903.303	351.089.195
TOTAL GASTOS	3.588.339.483	3.635.407.828
PRODUCCION UVR	260.212.14	312.087.71
GASTOS / PRODUCCION	13.790.05	11.648.67
EVOLUCION DEL GASTO	0.84	

Resultado: Al alcanzar un equilibrio proporcional entre la Producción y el Gasto, durante la vigencia evaluada (2016), comparado con el resultado obtenido en la vigencia anterior (2015), el indicador específico, arrojó como resultado una Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida de **0.84**.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 21 de 38

Teniendo en cuenta lo definido en el Anexo No. 3 del Instructivo para la Calificación, referente al Indicador Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida, se califica con **5**, ya que el indicador específico, arrojó un valor menor a 0.90.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 22 de 38

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

Durante la vigencia 2016, el cumplimiento de este indicador, se ve enmarcado en el Convenio Interadministrativo de Cooperación Interinstitucional que se suscribió con la Empresa INGENFEL LTDA, identificada con NIT: 900.409.545-4, 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 de medicamentos, material médico quirúrgico, bienes e insumos médicos, para la prestación de servicios asistenciales, bajo la modalidad de compras conjuntas, mediante los Contratos número 19041601 del 19 de Abril del 2016, y el Contrato número 12091601 del 12 de Septiembre del 2016.

Durante la vigencia 2016, la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal, Magdalena, ejecutó por Gastos de Operación Comercial y de Prestación de Servicios, la suma de **\$351.089.195**. Así mismo, comprometió por concepto del Total de Gastos para adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico, la suma de **\$196.650.844**; y adquirió medicamentos y material médico quirúrgico, mediante el mecanismo de compras conjuntas, por la suma de **\$148.340.422.00**.

GASTO TOTAL EJECUTADO VIGENCIA 2016	
CONCEPTO	VALOR EN PESOS (\$)
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y DE PRESTACION DE SERVICIOS	351.089.195
...Medicamentos*	63.630.888
...Material Médico Quirúrgico*	133.019.956
TOTAL GASTOS ADQUISICION MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	196.650.844
...Material para Laboratorio	87.663.586
...Material para Odontología	47.856.764
...Material para Rayos X	18.918.001

TOTAL ADQUISICION MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO POR MECANISMO DE COMPRAS CONJUNTAS VIGENCIA 2016	
CONCEPTO	VALOR EN PESOS (\$)
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL Y DE PRESTACION DE SERVICIOS	148.340.422
...Medicamentos*	35.614.952
...Material Médico Quirúrgico*	112.725.470

Fuente: Informe Ejecución Presupuestal de Gastos E.S.E. "HNSC" Guamal, Magdalena, corte 30 de Diciembre 2016 – Pagina web SIHO

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.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 23 de 38

CONCEPTO	VALOR
TOTAL DE ADQUISICIONES DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO MEDIANTE COMPRAS CONJUNTAS	\$ 148.340.422
TOTAL DE ADQUISICIONES DE LA E.S.E. POR MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO VIGENCIA 2016	\$196.650.844
PROPORCION DE ADQUISICIONES DE MEDICAMENTOS Y MAT. MD.QXCO. MEDIANTE COMPRAS CONJUNTAS	0.75

Fuente: Informe Ejecución Presupuestal de Gastos E.S.E. "HNSC" Guamal, Magdalena, corte 30 de Diciembre 2016

Resultado: Teniendo en cuenta lo definido en el Anexo No. 3 del Instructivo para la Calificación, referente al Indicador Proporción de medicamentos y material médico - quirúrgico adquiridos mediante el mecanismo de compras conjuntas, cuyo resultado durante la vigencia 2016, fue de **0.75**; dicho Indicador, se califica con **5**, ya que dicho indicador arrojó un valor mayor o igual a 0.70.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 24 de 38

2.7. 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

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, en valores constantes)].

CONCEPTO	VIGENCIA	
	2015	2016
SERVICIOS PERSONALES	0	0

Fuente: Pagina web SIHO- Formulario Informe Anual Pasivos - E.S.E. "HNSC" Guamal, Magdalena. Años 2015 -2016.

Este indicador expresa claramente la política que mantiene esta administración, en lo que respecta a mantener un óptimo clima organizacional con sus clientes internos, aunando esfuerzos por garantizar a todos y cada uno de los funcionarios de la entidad, los emolumentos a los que por concepto de prestación de sus servicios, se hacen acreedores.

Resultado: En observancia a que durante las vigencias 2015 y 2016, la ESE cumplió con sus obligaciones, en lo que respecta al pago oportuno de los compromisos laborales, ya que NO registra deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta ni por concepto de contratación de servicios, y según lo establecido en el Anexo No. 3 del Instructivo para la Calificación, el Indicador evaluado, se califica con **5**, ya que durante la vigencia analizada, la ESE registra deuda Cero (0).

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 25 de 38

2.8. UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES (RIPS)

Fórmula del Indicador: Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva, con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones Reclasificadas 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.

Resultado: La Gerente de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal – Magdalena, durante la vigencia evaluada (2016), presentó a la Junta Directiva de la Entidad, (4) Informes de análisis de la prestación de servicios de la entidad con base en RIPS.

Teniendo en cuenta lo definido en el Anexo No. 3 del Instructivo para la Calificación, durante la vigencia 2016, el Indicador evaluado, se califica con **5**, ya que durante la vigencia evaluada, la Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva de la Entidad, Cuatro (4) informes de análisis de la prestación de servicios de la Entidad con base en RIPS.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 26 de 38

2.9. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Fórmula del Indicador: Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos (incluyendo CxP de vigencias anteriores).

VARIABLE	VALOR (miles de pesos corrientes)	EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO
INGRESO TOTAL RECAUDADO (incluye Cuentas por Cobrar otras vigencias)	4.455.054.69	1.02
GASTO TOTAL COMPROMETIDO (incluye Cuentas por pagar otras vigencias)	4.373.052.71	

En lo que respecta a la operación de Equilibrio Presupuestal con Recaudo correspondiente a la vigencia 2016 de la Empresa Social del Estado Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal Magdalena, es de **1.02 veces**, resultando del ejercicio: Valor de la **ejecución de ingresos totales recaudados** en la vigencia 2016, 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 2016, alcanzó a cubrir el 100% de sus compromisos, obteniéndose un excedente del 0.2%.

Resultado: El Indicador Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo, durante la vigencia 2016, arrojó un valor de: **1.02**.

Teniendo en cuenta lo definido en el Anexo No. 3 del Instructivo para la Calificación, durante la vigencia 2016, el Indicador evaluado, se califica con **5**, ya que dicho indicador, arrojó un valor mayor o igual a 1.00.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 27 de 38

2.10. 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 informes semestrales de 2016 de que trata la Circular Única, fueron entregados oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud por parte de las Empresas Sociales del Estado.

Para la Evaluación de este indicador, se 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 Única expedida por la SNS**, durante la vigencia 2016.

Resultado: Teniendo en cuenta lo definido en el Anexo No. 3 del Instructivo para la Calificación, durante la vigencia 2015, el Indicador evaluado, se califica con **5**, ya que durante la vigencia evaluada, el Gerente de la ESE si presentó oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Unica expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, o la norma que lo sustituya.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 28 de 38

2.11. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACION EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LO 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 cuatro informes trimestrales de la vigencia 2016 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 2016 de que trata el Decreto 2193 de 2004 – Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, 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 2016.

Resultado: Teniendo en cuenta lo definido en el Anexo No. 3 del Instructivo para la Calificación, durante la vigencia 2016, el Indicador evaluado, se califica con **5**, ya que durante la vigencia evaluada, el Gerente de la ESE si 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.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 29 de 38

AREA DE GESTION

3. CLINICA O ASISTENCIAL

3.21. PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION

3.22. INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA E.S.E.

3.23. EVALUACION DE APLICACION DE GUIA DE MANEJO ESPECIFICA: GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

3.24. EVALUACION DE APLICACION DE GUIA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

3.25. REINGRESOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS

3.26. OPORTUNIDAD PROMEDIO DE LA ATENCION DE CONSULTA MEDICA GENERAL

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 30 de 38

AREA DE GESTION

3. CLINICA O ASISTENCIAL

3.21. PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION

Según el análisis realizado por el Comité de Historias Clínicas de la ESE Hospital "Nuestra Señora del Carmen" de Guamal - Magdalena, se identificaron en nuestra población de usuarios atendidos en el periodo comprendido del 01 de Enero al 31 de Diciembre de la vigencia 2016, como inscritas en el programa control prenatal, un Total de **314 Mujeres gestantes**, de las cuales a **234 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 / Total de mujeres gestantes identificadas.

$$\text{PROPORCION GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12} = \frac{234}{314} = 0.75$$

Resultado: Durante la vigencia evaluada (2016), el Indicador específico, arrojó como resultado: que al **75%** de las gestantes, que integraron la muestra representativa de la población de usuarias gestantes identificadas y atendidas en la vigencia 2016 (314 mujeres 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.

Teniendo en cuenta lo definido en el Anexo No. 3 del Instructivo para la Calificación, durante la vigencia 2016, el Indicador evaluado, se califica con **3**, ya que durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0.61 y 0.84.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 31 de 38

3.22. 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.

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 2016, se anexa a este documento: archivo contentivo de la Certificación de Casos de Sífilis Congénita de fecha 01 de Marzo de 2017, expedida por la Secretaría Seccional de Salud del Magdalena, a la Gerencia de esta ESE, en respuesta a solicitud dirigida al COVE Departamental, por parte de esta ESE, dando constancia que una vez revisada la base de datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública vigencia 2016, hasta la fecha del 20 de febrero de 2017, se reportaron 4 casos de Sífilis Gestacional y 0 casos de Sífilis Congénita, diagnosticados en partos atendidos en la Institución durante la vigencia evaluada.

Resultado: Teniendo en cuenta lo definido en el Anexo No. 3 del Instructivo para la Calificación, durante la vigencia 2016, el Indicador evaluado, se califica con **5**, ya que durante la vigencia evaluada NO se registró ningún caso de sífilis congénita en la población atendida.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 32 de 38

3.23. 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 / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la E.S.E en la vigencia objeto de evaluación.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, para la evaluación de la aplicación de la guía de atención de la enfermedad hipertensiva, adoptada por la E.S.E., en las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, inscritos en el programa control de riesgo cardiovascular.

Se contó con un universo de **1.174** Historias Clínicas, de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, inscritos en el programa control de riesgo cardiovascular, atendidos en la ESE en el periodo comprendido del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2016.

Utilizando el método probabilístico aleatorio de muestreo computarizado para cálculo de muestras para poblaciones finitas, se obtuvo una muestra representativa de **46** Historias Clínicas a auditar.

METODO PROBABILISTICO ALEATORIO PARA CALCULAR LA MUESTRA DE HISTORIAS CLINICAS A AUDITAR		
Cálculo de Muestras para Poblaciones Finitas		
INGRESO DE PARAMETROS		
Tamaño de la Población (N)	1.174	Tamaño de Muestra Fórmula 48 Muestra Optima 46
Error Muestral (E)	0,07	
Proporción de ocurrencia (P)	0,9	
Proporción de no ocurrencia (Q)	0,1	
Valor para Confianza (Z) (1)	1,65	
(1) Si:	Z	
Confianza el 95%	1,96	
Confianza el 90%	1,65	
Tamaño de la población finito	$n = (Z^2pqN) / (Ne^2 + Z^2pq)$	

Figura N°1. Cálculo de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial, atendidos en el Programa Control de Riesgo Cardiovascular - E.S.E. HNSC Guamal - Magdalena en la vigencia 2016.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 33 de 38

Resultado: De la totalidad de las historias clínicas revisadas y de acuerdo a los parámetros establecidos en el Formato de evaluación de aplicación de la guía de atención de enfermedad hipertensiva, se observó un porcentaje promedio de aplicación de la guía de atención de la enfermedad hipertensiva, del **91%**. Es decir que de las **46** historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, inscritos en el programa control de riesgo cardiovascular, atendidos en la ESE en el año 2016, **42** de ellas mostraron aplicación de la guía de atención de la enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE, situación que impacta favorablemente en la seguridad y la satisfacción de la atención de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, inscritos en el programa control de riesgo cardiovascular, así mismo en el control de la progresión de dicha enfermedad.

$$\text{APLICACION GUIA DE ATENCION DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA} = \frac{42}{46} = 0.91$$

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 34 de 38

3.24. 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 E.S.E en la vigencia.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, para la evaluación de la aplicación de la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, adoptada por la E.S.E., en las historias clínicas de niños (as) menores de 10 años, inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo.

Se contó con un universo de **6.778** Historias Clínicas de la muestra representativa, de niños (as) menores de 10 años, inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo atendidos en la ESE en el periodo comprendido del 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2016.

Utilizando el método probabilístico aleatorio de muestreo computarizado para cálculo de muestras para poblaciones finitas, se obtuvo una muestra representativa de **49** Historias Clínicas a auditar.

METODO PROBABILISTICO ALEATORIO PARA CALCULAR LA MUESTRA DE HISTORIAS CLINICAS A AUDITAR		
Cálculo de Muestras para Poblaciones Finitas		
INGRESO DE PARAMETROS		
Tamaño de la Población (N)	6.778	Tamaño de Muestra Fórmula <input type="text" value="50"/> Muestra Optima <input type="text" value="49"/>
Error Muestral (E)	0,07	
Proporción de ocurrencia (P)	0,9	
Proporción de no ocurrencia (Q)	0,1	
Valor para Confianza (Z) (1)	1,65	
(1) Si:	Z	
Confianza el 95%	1,96	
Confianza el 90%	1,65	
Tamaño de la población finito	$n = \frac{(Z^2pqN)}{(Ne^2 + Z^2pq)}$	

Figura N°2. Cálculo de la muestra representativa de Niños y niñas menores de 10 años atendidos en el Programa de Crecimiento y Desarrollo - E.S.E. HNSC Guamal - Magdalena en la vigencia 2016.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 35 de 38

Resultado: De la totalidad de las historias clínicas revisadas y de acuerdo a los parámetros establecidos en el Formato de evaluación de aplicación de la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, se observó un porcentaje promedio de aplicación de la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, del **93.8%**. Es decir que de las **49** historias clínicas auditadas de la muestra representativa de Niños (as) menores de 10 años, inscritos en el programa de crecimiento y desarrollo, atendidos en la ESE en el año 2016, **46** de ellas mostraron aplicación de la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo adoptada por la ESE.

$$\text{APLICACION GUIA DE MANEJO CRECIMIENTO Y DESARROLLO} = \frac{46}{49} = 0.938$$

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 36 de 38

3.25. REINGRESOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fórmula del Indicador: Número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas que hacen parte de la muestra representativa / Total de consultas del servicio de urgencias durante el período incluidas en la muestra representativa.

Según las revisiones realizadas por parte del Comité de Calidad de la ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen, se encontró que durante el año 2016 se generó un Total de **5.556** consultas en el servicio de urgencias; en lo referente al número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas, se categorizaron en Total **21 Reingresos**. Los diagnósticos relacionados en tales reingresos, por cada paciente, fueron en su orden: Infección de vías urinarias, sitio no especificado (3). Dolor localizado en otras partes inferiores del abdomen (3). Otros dolores abdominales y los no especificados (3). Cálculo de conducto biliar con colecistitis (3). Alergia no especificada (2). Fiebre, no especificada (2). Hemorragia gastrointestinal, no especificada (1). Otros traumatismos superficiales de la pared anterior del tórax (1). Diarrea funcional (1). Anemia de tipo no especificado (1). Hipertensión esencial (primaria) (1).

$$\text{REINGRESOS SERVICIO URGENCIAS} = \frac{21}{5.556} = 0.003$$

Resultado: Durante la vigencia evaluada (2016), el Indicador específico, arrojó como resultado: que el Índice de Reingresos por el servicio de urgencias, durante la vigencia 2016, fue de **0.003**, resultado que al ser comparado con el valor estándar anual del indicador evaluado (<0.03), refleja un resultado óptimo para la gestión asistencial de esta Institución hospitalaria.

Teniendo en cuenta lo definido en el Anexo No. 3 del Instructivo para la Calificación, durante la vigencia 2016, el Indicador evaluado, se califica con **5**, ya que durante la vigencia evaluada, el indicador arrojó un resultado menor o igual a 0.03.

	VERSION:	02
	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:	06-MAR-2017
INFORME DE ANUAL DEL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2016	CÓDIGO:	HNSC-GG-IF-002
	PAGINA	Página 37 de 38

3.26. OPORTUNIDAD PROMEDIO DE LA ATENCION DE CONSULTA MEDICA GENERAL

El Estándar para cada año, para el cumplimiento en la Oportunidad promedio de la atención de consulta médica general, en las Empresas Sociales del Estado de I Nivel de complejidad, debe ser **menor o igual a (3) días**.

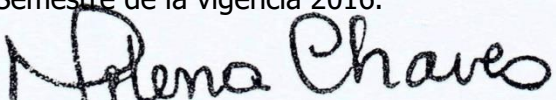
A partir de la vigencia 2016, el primer reporte de la información de la que trata la Resolución 1446 de 2006, expedida por el Ministerio de la Protección Social, se realizará de conformidad con las disposiciones de la Resolución 256 del 05 de Febrero de 2016, y dentro de los plazos establecidos del artículo sexto de la misma resolución, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO del MSYPS. Corresponde a los Prestadores de Servicios de Salud, el envío del Anexo Técnico No. 2 – Reporte de Información para el Monitoreo de la Calidad en Salud (Archivo MCA195MOCA).

En virtud de la transición normativa, anteriormente referenciada, debe surgir una modificación por parte del MSYPS, en lo que respecta al dato la fuente de información establecida para evaluar este indicador, en observancia, a que según lo establecido en la Resolución 743 de 2013, se considera a la Superintendencia Nacional de Salud, como entidad responsable de emitir la certificación de cumplimiento de dicho indicador.

Fórmula del Indicador: Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.

Resultado: la Oportunidad promedio de la atención de consulta médica general en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de Guamal - Magdalena, durante la vigencia 2016, estuvo en (2) días. Teniendo en cuenta que durante la vigencia evaluada (2016), el indicador específico arrojó un resultado (menor o igual a 3 días), en consideración a lo definido en el Anexo No. 3 del Instructivo para la Calificación, durante la vigencia 2016, el Indicador evaluado, se califica con **5**, ya que durante la vigencia evaluada, el indicador arrojó un resultado menor o igual a 3 días.

Anexo No.17: Para la evaluación de este indicador, se anexa a este documento Pantallazo que ilustra, el envío dentro de los plazos establecidos del artículo sexto de la Resolución 256 de 2016, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO del MSYPS, correspondiente al Anexo Técnico No. 2 – Reporte de Información para el Monitoreo de la Calidad en Salud (Archivo MCA195MOCA), del primer y segundo Semestre de la vigencia 2016.


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