

INFORME PLAN DE GESTION VIGENCIA 2015

INTRODUCCION

Con la expedición de la Resolución 0710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, se reglamenta la evaluación de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, acorde con lo establecido en los artículos 72, 73 y 74 de la Ley 1438 de 2011; el informe que a continuación se desarrolla, lo presento como Gerente de la ESE HSOPITAL DEL SARARE, el documento presenta los resultados que se lograron en la vigencia 2015, gracias al trabajo en equipo de todos los colaboradores del Hospital, el direccionamiento de la junta directiva. El Plan de Gestión esta enlazado con el Plan de Desarrollo Institucional, y los Planes de Acción de las Dependencias y Procesos. El plan de Gestión fue aprobado mediante acuerdo de junta 001 de 2013.

El plan de gestión a ejecutar por parte del Gerente debe contener las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de salud y al Ministerio de salud; en ese contexto este plan está constituido por los componentes de Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa; y Gestión Clínica o Asistencia

Para efectos de la evaluación del plan de gestión, se presenta el informe, atendiendo los lineamientos de la Resolución 743 de 2013 y los compromisos fijados en el plan de gestión para la vigencia 2015. En este informe se presentan los resultados para cada uno de los 20 indicadores definidos dentro del Plan de Gestión y los documentos que soportan los resultados del mismo. Dentro de las tres áreas de trabajo.

1. INDICADORES PLAN DE GESTION VIGENICA 2015

1.1. INDICADORES AREA DE DIRECCION Y GERENCIA.

INDICADOR 1 MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR

En la vigencia 2015, la E.S.E realizó la autoevaluación a 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 26 de Enero 2012. El resultado de la autoevaluación fue de 1.219; los principales avances se presentaron en la implementación y resultados del área asistencial.

Dentro de los primeros 75 estándares, lo cuales son los asistenciales, la autoevaluación denota:

CALIFICACION ESTANDARES ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL											Media
ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					
	Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
2											
3	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1,40
4	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1,30
5	3	3	3	2	4	3	4	2	3	1	2,80
6	3	3	3	3	4	3	3	3	3	1	2,90
7	2	2	2	2	3	3	3	2	2	1	2,20
	TOTAL CALIFICACIÓN DEL ESTANDAR										1,93
8	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1,40
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
11	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
13	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1,50
14	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,30
15	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,60



16	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
18	3	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1,70
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
20	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
21	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1,40
TOTAL CALIFICACIÓN DEL ESTANDAR											1,26
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
23	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
24	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1,40
25	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
27	2	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1,50
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
29	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
30	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
31	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1,40
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
35	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1,30
36	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
37	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
38	3	3	3	3	3	3	2	1	1	1	2,30
39	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,90
TOTAL CALIFICACIÓN DEL ESTANDAR											1,27
40	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
41	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
42	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1,20
43	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1,40
44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
46	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
47	3	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2,10
48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
49	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00



TOTAL CALIFICACIÓN DEL ESTANDAR											1,21
50	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
51	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
52	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
53	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
55	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
56	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1,30
57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
58	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1,40
59	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
60	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
61	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
62	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1,50
63	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
64	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	2,40
65	3	3	2	3	2	1	1	1	1	1	1,80
66	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
67	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1,80
68	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
69	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
70	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	2,00
71	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
72	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1,30
73	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
74	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1,20
TOTAL CALIFICACIÓN DEL ESTANDAR											1,29
TOTAL CALIFICACIÓN DEL ESTANDAR ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL											1,287

Dentro de los estándares que más hay repunte fueron:

ESTANDAR	INCREMENTO	TEMA
5	1,80	Seguridad del paciente
6	1,90	Seguridad del paciente
7	1,10	Seguridad del paciente

18	0,50	Registro e ingreso
27	0,50	Laboratorio
39	0,90	IASS
47	1,10	Quejas y reclamos
55	1,00	Referencia

Es por ello que seguridad al paciente es el programa que ha hecho darle mayor empuje al proceso de acreditación

Ahora bien, en los procesos administrativos, no son tan alagueños:

CALIFICACION ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO											Media
ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					
	Sistematización y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
76	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1,50
77	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1,30
78	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
79	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
80	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1,70
81	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1,40
82	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
83	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1,20
84	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
85	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1,10
86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
87	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1,20
TOTAL CALIFICACIÓN DEL ESTANDAR											1,21

CALIFICACION ESTANDARES DE GERENCIA				Media
ESTANDAR	ENFOQUE	IMPLEMENTACION	RESULTADOS	



	Sistematización y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
88	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1,10
89	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1,50
90	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1,20
91	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
92	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
93	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1,50
94	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1,80
95	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1,20
96	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1,30
97	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1,20
98	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
99	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
100	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
101	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
102	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1,20
TOTAL CALIFICACIÓN DEL ESTANDAR											1,20

CALIFICACION ESTANDARES GERENCIA DEL TALENTO HUMANO											
ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					Media
	Sistematización y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
103	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1,20
104	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
105	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
106	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
107	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
108	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
109	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
110	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
111	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
112	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00



113	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
114	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1,60
115	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
116	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
117	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
118	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
TOTAL CALIFICACIÓN DEL ESTANDAR											1,06

CALIFICACION ESTANDARES GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO											Media
ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					
	Sistematización y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
119	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1,60
120	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1,50
121	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1,40
122	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1,50
123	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
124	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1,50
125	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
126	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
127	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
128	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,60
129	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
TOTAL CALIFICACIÓN DEL ESTANDAR											1,32

CALIFICACION ESTANDARES DE GESTION DE LA TECNOLOGIA											Media
ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					
	Sistematización y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
130	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
131	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
132	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
133	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00



134	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
135	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
136	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
137	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
138	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
139	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
TOTAL CALIFICACIÓN DEL ESTANDAR											1,01

CALIFICACION ESTANDARES GERENCIA DE LA INFORMACION											
ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					Media
	Sistematización y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
140	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
141	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
142	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
143	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1,40
144	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1,40
145	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1,10
146	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
147	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1,40
148	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1,40
149	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
150	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
151	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1,10
152	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
153	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
TOTAL CALIFICACIÓN DEL ESTANDAR											1,13

CALIFICACION ESTANDARES MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD											Media
ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					
	Sistematización y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
154	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
155	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
156	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
157	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
158	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
TOTAL CALIFICACIÓN DEL ESTANDAR											1,0

Así pues la calificación final de los 157 estándares aplicables es de 1.19,

INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD.

ANALISIS DE PAMEC: Este plan de Auditoría ejecutable a tres años, nos arroja el siguiente resumen:

	No iniciado	Atrasado	En desarrollo	Completo	TOTAL
ASISTENCIAL 1	4	1	5	7	17
ASISTENCIAL 2	5	2	7	3	17
ASISTENCIAL 3	0	0	5	4	9
ASISTENCIAL 4	7	0	8	5	20
ASISTENCIAL 5	7	0	8	5	20
TOTAL	24	3	33	24	83
	29%	4%	40%	29%	100%

El 29% de las actividades se han completado y el 40% de las mismas están aún en desarrollo, por lo que finalmente para el segundo año de actividades de PAMEC se cuenta con 68.67% de las actividades que están en vías de solución.

Sin embargo, la fortaleza no está en completarlos sino darles seguimiento a través del tiempo, para que se vuelvan cultura organizacional, allí es donde se verá la verdadera fortaleza del cambio de la cultura organizativa.

Realizar las actividades demanda una gran inversión en tiempo, dinero y organización, el cual ha sido muy complejo porque el PLAN de Saneamiento fiscal nos ata demasiado, para realizar inversión, incrementar la nómina o los gastos.

Otros de los inconvenientes que han surgido en la ejecución de las actividades, es la ausencia de líderes absolutamente comprometidos con el Plan. Algunas áreas poseen líderes “impuestos” que no tienen la suficiente capacidad creativa y de gestión para interpretar las políticas que emanan el PAMEC. Por fortuna la ESE posee aun tiempo para dar culmen a las actividades propuestas. Ver anexo donde se evidencia el PAMEC.

INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.

✓ INFORME PLAN DE DESARROLLO DE 2013-2014-2015:

El Plan de desarrollo 2013-2015, es un instrumento que sirve para canalizar el esfuerzo, entusiasmo y aspiraciones compartidas por todos los colaboradores de la institución. A través del plan se orienta, recursos técnicos, financieros, Asistenciales y el Talento humano al servicio de un propósito compartido y un futuro deseado. Además, el plan analiza el contexto y las situaciones que la organización debe enfrentar y abordar para ser efectivos en sus propósitos.

El Plan de desarrollo que fue elaborado por el trienio con metas específicas, para la evaluación del año 2013, de acuerdo a la información consolidada tanto estadística como informes e indicadores, se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 88.2% de las metas planteadas en el plan. En el año 2014 **obtuvimos una meta de cumplimiento de 91.5%**. Para el año 2015 nuestra meta de cumplimiento 93.5%.

✓ PRINCIPALES LOGROS 2013 – 2014 – 2015

1. Se capacitaron 31 líderes de procesos en Diplomado de Sistema Único de Acreditación Resol 123 de 2012
2. Se realizó Evaluación de estándares de acreditación
3. Se realizó un proyecto por 800 millones el cual fue un convenio interadministrativo con la alcaldía por medio de recursos de cuentas maestras para adquisición de equipos Biomédicos
4. En el año 2015 se realizaron aprobaron y entregaron dos proyectos para adquisición de equipos biomédicos por más de 1000 millones.
5. Dotación equipos biomédicos puestos de salud y áreas del Hospital del Sarare por más de 600 millones

6. Dotación 3 ambulancias nuevas (2 básicas y 1 Medical izada) con recursos del desahorro del FAEP(Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera) y Ministerio de Salud
7. Se socializaron y se evaluaron trimestralmente la guías de manejo hemorragias III trimestre y trastornos hipertensivos, Guía de atención del parto, y guía de infarto agudo de miocardio
8. Para el año 2014 el porcentaje de glosa fue de 3.66%
9. Año 2015 porcentaje de Glosa va de 2.63%
10. Logramos una facturación de quirófano de \$ 7.179.231.346,00
11. Envié oportuno en muestras de interés en salud pública a la red de laboratorios de salud publica
12. Se realizó seguimiento a toda gestante VIH positiva para garantizar la aplicación del protocolo de manejo
13. Se realizó un estudio de brote Varicela (Hogar infantil los paticos), reportado al ente municipal y seguimiento oportuno 32 niños
14. Se realizó estudio brote de EDA por intoxicación en los colegios.
15. Se realizaron oportunamente unidades de análisis correspondiente a mortalidad perinatal e infantil y muerte materna
16. No tuvimos mortalidad en < de 5 años la tasa es de 0 X cada 10.000 nacidos vivos
17. Obtuvimos coberturas de vacunación del 95%
18. Cumplimiento de maternas inscritas en control prenatal
19. Tasa de mortalidad en menores de 5 años 2015, tasa = 0 X cada 10.000 nacidos vivos
20. Tasa de morbilidad infantil asociada a enfermedades inmunoprevenibles 2015, tasa = 0 x cada 10.000 niños < 1 año
21. Tasa de mortalidad perinatal 2015, 7,8 X 1000 nacidos vivos
22. 0 Tasa de Mortalidad Materna 2015
23. Tasa de bajo peso al nacer por mil nacidos vivos = 20,9 X 1000 nacidos vivos
24. Tasa de morbilidad por dengue, 777 X 100000 Habitantes (367casos)
25. Letalidad de dengue, tasa = 0 letalidad casos por 100.000 habitantes
26. Tasa de curación de TB 93% pacientes curados
27. Tasa de diagnóstico VIH/sida 8.4 X 100.000 habitantes (4 casos)
28. Tasa de mortalidad por EDA en <5 años, 0 X 10.000 < 5 AÑOS
29. Tasa de mortalidad por IRA en < 5 años, 0 X 10.000 < 5 AÑOS
30. Tasa de morbilidad por EDA en < 5 años, 1797 * 10000 menores de 5 años (1098 casos en el 2015)
31. Tasa de morbilidad por ERA en < 5 años, 4024 x10000 menores de 5 años (2458 casos en el 2015)
32. Se realiza búsqueda activa y captación de Sintomáticos Respiratorios
33. Se mantuvo en cero la tasa de letalidad de dengue
34. Se realizó remodelación área Quirófano y construcción de uno
35. Construcción Nuevas Habitaciones Hospitalización que nos ayudara a disminuir el porcentaje ocupacional
36. Remodelación de una ala de hospitalización Adulto (Infraestructura con más de 25 años de construida)
37. Remodelación del servicio de Urgencias
38. Medición de clima laboral e intervención de los colaboradores de acuerdo al resultado
39. Actividad cultural para recibimiento de la navidad con participación de los colaboradores, baile por áreas de trabajo y el segundo reinado institucional
40. Programa PILO a colaboradores con lesiones osteomusculares

1.2. INDICADORES AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR 4: INDICADOR: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

El indicador evalúa la adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero, la ESE tiene debidamente adoptado el Programa de saneamiento, durante el año 2015, se ha enviado a la unidad administrativa especial de salud de Arauca y al Ministerio de Hacienda los informes trimestrales de ejecución de programa correspondientes al primer, segundo y tercer y cuarto trimestre de 2015,

Siguiendo los lineamientos otorgados por la resolución 2509 del 2012 emitida por el ministerio de salud y protección social; donde se define la metodología para la categorización del riesgo de las empresas sociales del Estado del nivel territorial, donde dividen el indicador de riesgo fiscal y financiero en tres partes:

Primer parte definida como:

SUPERAVIT ó DEFICIT OPERACIONAL CORRIENTE = (Ingresos operacionales corrientes recaudados – Gasto Operacionales Corrientes Comprometidos).

Ingresos operacionales corrientes recaudados = (Ingresos por venta de servicios de Salud recaudados + Otros Ingresos Corrientes “recaudados” + la proyección del recaudo de cartera de corto plazo).

Gastos Operacionales: (Gastos de Funcionamiento + Gastos de operación Comercial y prestación de servicios de salud).

Superávit o Déficit de la Operación Corriente	A	Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada	42,249,916,073	A(-)B	-544,981,868
	B	Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos	42,794,897,941		

Como resultado de esta operación la ESE Hospital del Sarare obtiene una razón corriente negativa de (\$544'981.868), indicando que los ingresos corrientes correspondiente a la venta de servicios de salud y otros ingresos corrientes recaudados en la vigencia no fueron suficientes para cubrir los gastos de operación corriente.

Segunda parte del Indicador

SUPERAVIT ó DEFICIT OPERACIONAL NO CORRIENTE = Estimación de Recaudo de Cartera – Pasivos Adquiridos en vigencias Anteriores:

Superávit o Déficit de la Operación No Corriente	D	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención		3,652,934,023	D (-) I	3,652,934,023
	I	Pasivos adquiridos en vigencias anteriores		0		

En esta parte del indicador favorece a la Institución con una operación no corriente de \$3.652'934.023 ya que la institución no posee pasivos mayores a 360 días.

Tercer parte del Indicador

SUPERAVIT ó DEFICIT TOTAL = SUPERAVIT ó DEFICIT OPERACIONAL CORRIENTE + SUPERAVIT ó DEFICIT OPERACIONAL NO CORRIENTE

En consecuencia para obtener el indicador de Riesgo se toma el resultado del Superavit ó Deficit Total y se divide por el valor de los ingresos operacionales totales. Aplicando el desarrollo de las formulas establecidas y expuestas anteriormente, el resultado de estas operaciones para la actual vigencia 2015 es 0.07, lo que postularía a la ESE Hospital del Sarare sin Riesgo, por cuanto el rango establece: que una empresa está sin riesgo cuando el índice de riesgo es $\geq 0,00$.

Orden	Concepto	CodSC	Subconcepto	Observaciones	Valores en \$	Formula	Resultado
A	Ingresos operacionales corrientes recaudados más estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada por nivel de atención	A1	Ingresos por venta de servicios de salud recaudados		33,212,233,378	A1(+)+A2(+) A3; si IPS es Nivel 1 ó A4; si IPS es nivel 2 o 3 (+) A5	42,249,916,073
		A2	Otros ingresos corrientes recaudados		21,300,353		
		A3	80% de la cartera por venta de servicios de salud menor a 90 días	Aplica para nivel 1	5,562,719,692		
		A4	80% de la cartera por venta de servicios de salud hasta 180 días	Aplica para niveles 2 y 3	9,016,382,342		
		A5	ESE con condiciones de		No		



			mercado especial?					
			Ingresos por aportes no ligados a la venta de servicios de salud recaudados	Se tienen en cuenta estos ingresos si la ESE presenta condiciones de mercado especial		0		
B	Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos	B1	Gastos de funcionamiento comprometidos			32,973,887,853	B1(+)-B2	42,794,897,941
		B2	Gastos de operación comercial y prestación de servicios comprometidos			9,821,010,088		
C	Superávit o Déficit de la Operación Corriente	A	Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada			42,249,916,073	A(-)-B	-544,981,868
		B	Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos			42,794,897,941		
D	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención	D1	70% de la cartera por venta de servicios de salud entre 90 y 360 días	Aplica para nivel 1		5,185,494,336	Primer Nivel de Atención: D1 (+) D3	3,652,934,023
		D2	75% de la cartera por venta de servicios de salud entre 181 a 360 días	Aplica para niveles 2 y 3		2,318,078,055	Segundo y Tercer Nivel: D2 (+) D3	
		D3	50% de la cartera por venta de servicios de salud mayor a 360 días	Se descuenta la cartera mayor a 360 días por concepto de atención a particulares			1,334,855,968	



E	Gastos Comprometidos Sin Pagar de la Vigencia	E1	Gastos totales comprometidos en la vigencia	Total gastos comprometidos (-) compromisos por cuentas por pagar de vigencias anteriores	46,427,297,562	E1 (-) E2	7,584,347,927
		E2	Pagos realizados sobre gastos comprometidos en la vigencia	Total pagos (-) pagos por cuentas por pagar de vigencias anteriores	38,842,949,635		
F	Pasivos mayores a 360 días, descontando los pasivos estimados.	F1	Pasivos mayores a 360 días		0	F1 (-) F2	-754,017,356
		F2	Pasivos estimados mayores a 360 días		754,017,356		
G	Total pasivos netos, descontando pasivos estimados	G1	Total Pasivo		7,594,850,006	G1(-)G2	6,840,832,650
		G2	Total pasivos estimados		754,017,356		
H	Pasivo no corriente	G	Total pasivos netos, descontando pasivos estimados		6,840,832,650	G (-) E	-743,515,277
		E	Gastos Comprometidos Sin Pagar de la Vigencia		7,584,347,927		
I	Pasivos adquiridos en vigencias anteriores	E	Pasivos mayores a 360 días, descontando los pasivos estimados.		0	Max(F;H)	0
		H	Pasivo no corriente		-743,515,277		
J	Superávit o Déficit de la Operación No Corriente	D	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención		3,652,934,023	D (-) I	3,652,934,023
		I	Pasivos adquiridos en vigencias anteriores		0		
K	Superávit o Déficit Operacional Total	C	Superávit o déficit de la operación		-544,981,868	C(+) J	3,107,952,154

			corriente				
		<u>J</u>	Superávit o déficit de la operación no corriente		3,652,934,023		
<u>L</u>	Ingresos Operacionales Totales	<u>A</u>	Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada		42,249,916,073	A(+)/D	45,902,850,095
		<u>D</u>	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada		3,652,934,023		
<u>M</u>	Índice de Riesgo	<u>K</u>	Superávit o Déficit Operacional Total		3,107,952,154	K/L	0.07
		<u>L</u>	Ingresos Operacionales Totales		45,902,850,095		
<u>N</u>	Superávit o Déficit Presupuestal	<u>N1</u>	Total Ingresos Reconocidos		57,126,866,352	N1(-)/N2	2,691,063,865
		<u>N2</u>	Total Gastos Comprometidos		54,435,802,487		
<u>O</u>	Tiene Información consolidada, validada y presentada por la Dirección Territorial?			Fuente: Reporte de información anual 2011. Reportada, consolidada, validada y presentada a través de SIHO. Corte 16 de agosto de 2012			SI
<u>P</u>	CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	<u>M</u>	Sin riesgo			M(>=0,00)	
		<u>M</u>	Riesgo bajo			M(Entre - 0,01 y - 0,10)	
		<u>M</u>	Riesgo medio			M(Entre - 0,11 y - 0,20)	
		<u>M</u>	Riesgo Alto			M(<=- 0,21)	

	<u>N</u>	Riesgo Alto (Déficit Presupuestal)			N(<0)	
	<u>O</u>	Riesgo Alto (Sin reporte de información)			Si O=NO	

Fuente: Datos reportados por las ESE y validados por las direcciones territoriales de salud en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - MSyPS

Nota: Los datos para esta simulación son tomados de la información base del informe 2193.

-Datos son tomados del informe anual del 2193.

INDICADOR 5: EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR PRODUCIDA

DESCRIPCION	AÑO 2015	AÑOS 2014	AÑO 2013
GASTOS COMPROMETIDO VIGENCIA (en miles)	45,303,140	40,647,103	35,449,582
PRODUCCIÓN EQUIVALENTE UVR (en unidades)	2,925,836	2,869,505	2,584,963
Unidad de gasto por UVR (en pesos)	15,484	14,165	13,710

DESCRIPCION	AÑOS 2014 - 2015	AÑOS 2013 - 2014
Índice de Evolución del Gasto	1.09	1.03

La meta de este indicador es $< \acute{o} =$ que 0.90 y el resultado de la vigencia 2015 es de 1.09 lo que indica que el crecimiento del gasto fue mayor al incremento de la producción en UVR del 6% con respecto a la vigencia 2014. Como bien es sabido para la vigencia 2015 se realizaron ampliación de algunos servicios como fue la construcción y puesta en marcha del ala C donde se hizo la entrega de 30 nuevas camas, lo que aumenta la estancia adultos generando un mayor consumo de medicamentos y por ende una mayor producción en el área de hospitalización y Laboratorio. Otras

Especialidades como Cardiología, servicio de ecocardiogramas y otras pruebas de cardiología hace que aumente el insumo en productos de laboratorio, farmacéuticos y apoyo diagnóstico y terapéutico.

La ampliación de estos servicios ha generado una mayor producción y a su vez demanda de medicamentos que para esta vigencia 2015 se ha visto afectada por incremento referente a la subida del precio del dólar en el mercado ya que nuestros proveedores requieren comprar los bienes y servicios importados generando un mayor costo.

Un factor relevante fue productos farmacéuticos que presento una variación de \$1.448'542.604 en comparación con la meta establecida en el plan de saneamiento fiscal y financiero para la vigencia 2015, así:

RUBRO	META PSFF	OBLIGACIÓN	VARIACIÓN
Productos Farmaceuticos	2.074.000.000	3.522.542.604	1.448.542.604
Material de Odontologia	50.000.000	69.462.759	19.462.759
Material de Laboratorio Clínico Banco de Sangre y Microbiologia	1.100.000.000	2.009.907.539	909.907.539
Servicios de Apoyo Diagnóstico y Terapeutico	540.000.000	617.640.664	77.640.664
TOTAL			2.455.553.566

Luego si tomamos el gasto comprometido y le restamos los \$2.455'553.566 nos dará como resultado la evolución del gasto para la vigencia 2015 de 1.03 igual al 2014.

Nota: Los datos para esta simulación son tomados de la información base del informe 2193.

-Datos son tomados del informe anual del 2193.

-Datos son tomados del informe anual del 2193.

INDICADOR 7: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS.

Durante la vigencia 2015 no se realizaron compras electrónicas de medicamentos y material medico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos.

INDICADOR 7: MONTO A LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y PÓR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.

El monto a la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios para la vigencia 2015, fue de \$458.038.533

El consolidado de este indicador para el año 2014 fue de a \$1.203.747.225, por lo que mejoro el resultado del indicador al obtener una variación positiva con respecto al año anterior, debido que se logró cancelar los salarios de personal de contrato y especialistas. El resultado del indicador corresponde principalmente al servicio de vigilancia y alimentación.

INDICADOR 8: UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.

Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. El informe contiene la caracterización de la población, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.

La ESE realizó durante la vigencia 2105 las 4 presentaciones a la Junta relacionadas con el análisis de los RIPS generados en cada trimestre, los cuales siempre fueron coherentes con la información registrada en el informe exigido por el Decreto 2193 de 2004, lo cual demuestra que el indicador fue cumplido.

Acta de junta 02 de 2015, acta de junta 05 de 2015 y acta de junta 010 de 2015.

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Este indicador está definido por el total de ingresos recaudados en la vigencia 2015 dividido sobre el total del gasto comprometido en la vigencia 2015:

EQUILIBRIO PRESUPUESTAL 2015		
CONCEPTO	VALOR	RESULTADO
Total Ingresos Recaudados	48,655,675,758	0.89
Total Gastos Comprometidos	54,397,590,934	

Como resultado en la actual vigencia obtenemos un equilibrio presupuestal de 0.89, registrando un ingreso total recaudado de \$48.655'675.758 y un total del gasto comprometido de \$54.397'590.934 lo que indica que se ha comprometido más recursos frente al ingreso recaudado. La meta para este indicador debe ser $= 0 > 1$. Este indicador se ve afectado en el gasto comprometido en razón al incremento en los precios de bienes y servicios por efecto del incremento acelerado del dólar. En cuanto a los ingresos proyectados se presenta una buena gestión de recursos por parte de la gerencia lo que permito superar la meta y garantizar el normal funcionamiento de la entidad.

Los gastos que no se financiaron con la operación corriente de la vigencia 2015 se deben financiarse en la siguiente vigencia con recursos de la misma.

CONCEPTO	2015	2014
Equilibrio Presupuestal con recaudo	0.89	0.81

Analizando el resultado de la actual vigencia con respecto a la vigencia 2014 se ha presentado un mejoramiento del indicador de 0.08 con respecto al año anterior, lo que indica una mayor optimización del recurso frente a un incremento en los ingresos de la actual vigencia y una mejor gestión en los procesos de recaudo los cuales para este año fueron realizados directamente por la gerencia y los directores de las EPS logrando montos importantes en los ingresos.

INDICADOR 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

El hospital ha cumplido con el reporte de la información solicitada en la circular única de Superintendencia Nacional de salud; dicha documentación fue enviada el 22 de Febrero del presente año.

Pantallazo reporte primer semestre de 2015:



Sistema de recepción y validación de archivos
Superintendencia Nacional de Salud

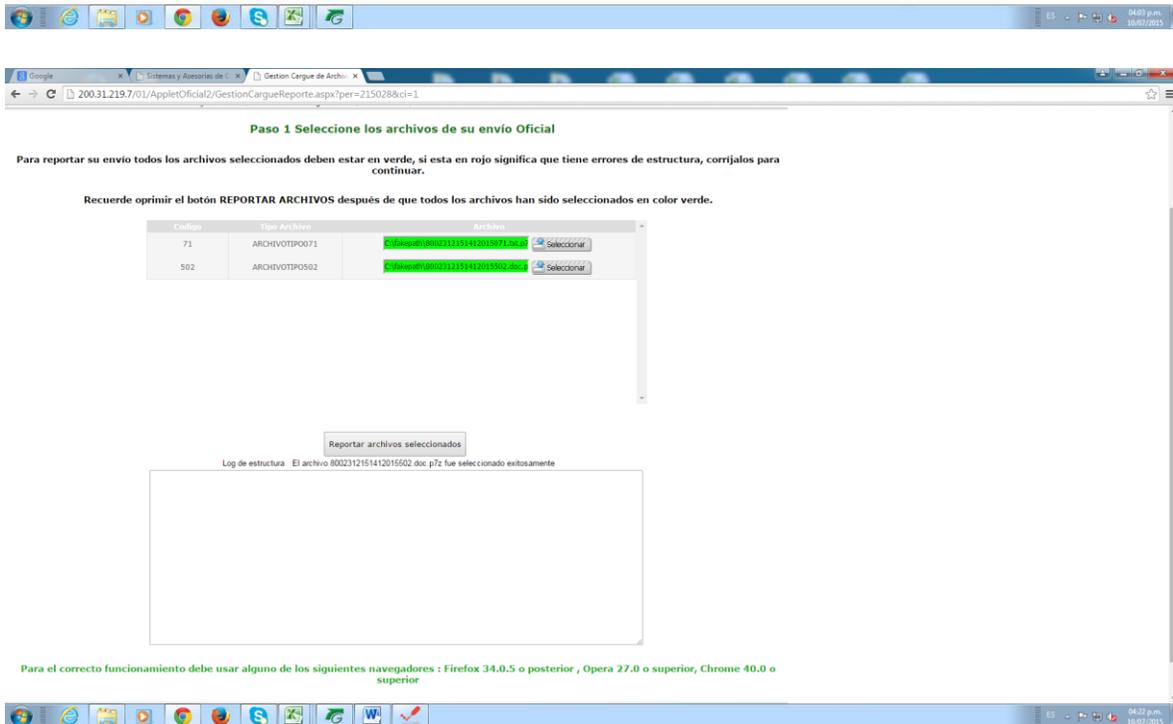
Usuario Vigilado Representante Funcionario: 80023121500231215
Entidad: 017300000701 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEL SARARE

Validación de envío
Id de validación: 27057-0

Archivo	Estructura	Cálculos	Transferencia	Log Estado del envío
8002312151412015071.txt				
8002312151412015502.doc				

Validación de envío

Superintendencia Nacional de Salud 2010 - 2014



Paso 1 Seleccione los archivos de su envío Oficial

Para reportar su envío todos los archivos seleccionados deben estar en verde, si esta en rojo significa que tiene errores de estructura, corríjalos para continuar.

Recuerde oprimir el botón **REPORTAR ARCHIVOS** después de que todos los archivos han sido seleccionados en color verde.

Código	Tipo Archivo	Archivos
71	ARCHIVOTIPO071	8002312151412015071.txt
502	ARCHIVOTIPO502	8002312151412015502.doc

Reportar archivos seleccionados

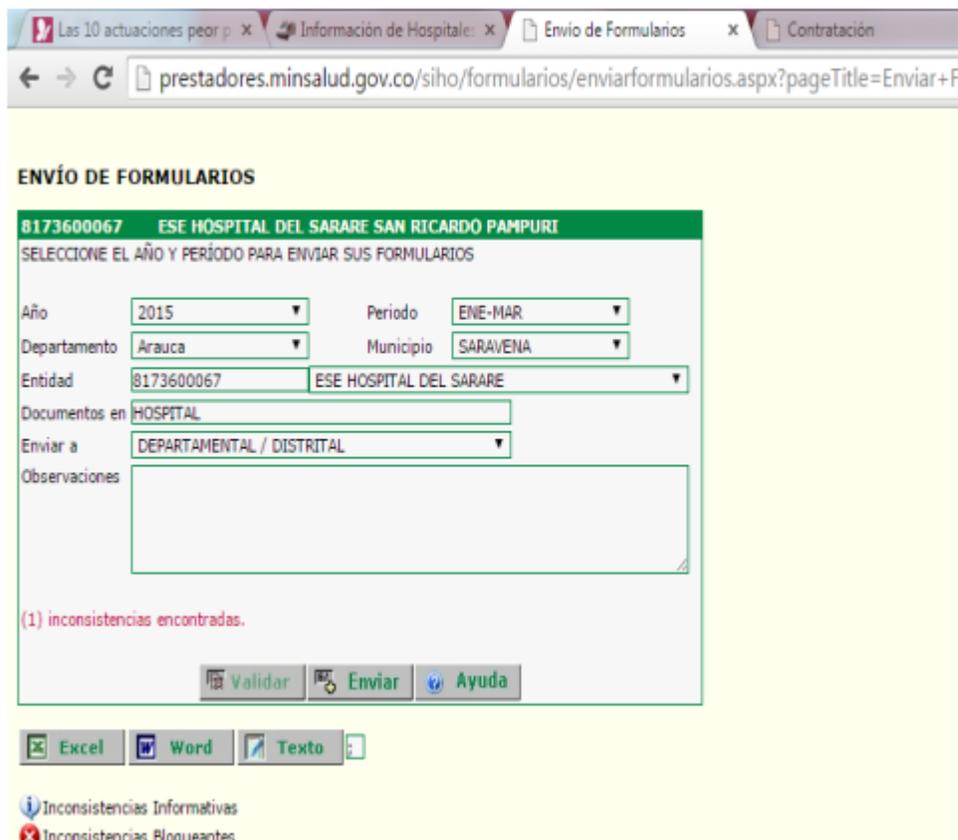
Log de estructura El archivo 8002312151412015502.doc: p7z fue seleccionado exitosamente

Para el correcto funcionamiento debe usar alguno de los siguientes navegadores : Firefox 34.0.5 o posterior , Opera 27.0 o superior, Chrome 40.0 o superior

INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

El hospital ha cumplido con el reporte de los informes trimestrales del decreto 2193 de 2004, enviando la información de producción, de calidad y la información financiera, para cada uno de los trimestres los tres trimestres enero-marzo de 2015, abril- junio de 2015, julio- septiembre de 2015 en las fechas establecidas.

Pantallazo reporte:



The screenshot shows a web browser window with the URL `prestadores.minsalud.gov.co/siho/formularios/enviarformularios.aspx?pageTitle=Enviar+F`. The page title is "ENVÍO DE FORMULARIOS". The main content area is titled "8173600067 ESE HOSPITAL DEL SARARE SAN RICARDO PAMPURI" and "SELECCIONE EL AÑO Y PERÍODO PARA ENVIAR SUS FORMULARIOS". The form contains the following fields:

- Año: 2015
- Periodo: ENE-MAR
- Departamento: Arauca
- Municipio: SARAVERENA
- Entidad: 8173600067 ESE HOSPITAL DEL SARARE
- Documentos en: HOSPITAL
- Enviar a: DEPARTAMENTAL / DISTRITAL
- Observaciones: (Empty text area)

Below the form, there is a message: "(1) inconsistencias encontradas." and three buttons: "Validar", "Enviar", and "Ayuda". At the bottom, there are icons for "Excel", "Word", and "Texto".

Legend for inconsistencies:

- Inconsistencias Informativas
- Inconsistencias Bloqueantes



Información de Hosp x work x Envío de Formularios x Envío de For

← → ↻ prestadores.minsalud.gov.co/SIHO/formularios/enviarformularios.aspx?pageTitle=

ENVÍO DE FORMULARIOS

8173600067 ESE HOSPITAL DEL SARARE SAN RICARDO PAMPURI

SELECCIONE EL AÑO Y PERÍODO PARA ENVIAR SUS FORMULARIOS

Año	2015	Periodo	ABR-JUN
Departamento	Arauca	Municipio	SARAVENA
Entidad	8173600067	ESE HOSPITAL DEL SARARE	
Documentos en	HOSPITAL		
Enviar a	DEPARTAMENTAL / DISTRITAL		
Observaciones	<div style="border: 1px solid gray; height: 40px;"></div>		

Formularios enviados del hospital a la secretaria



ENVIO DE FORMULARIOS

8173600067 ESE HOSPITAL DEL SARARE SAN RICARDO PAMPURI

SELECCIONE EL AÑO Y PERÍODO PARA ENVIAR SUS FORMULARIOS

Año: 2015 Período: JUL-SEP

Departamento: Arauca Municipio: SARAVERENA

Entidad: 8173600067 ESE HOSPITAL DEL SARARE

Documentos en: HOSPITAL

Enviar a: DEPARTAMENTAL / DISTRITAL

Observaciones:

Formularios enviados del hospital a la secretaria

Inconsistencias Informativas
 Inconsistencias Bloqueantes

1.3. AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL

INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE Y TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACIÓN



Tabla 4

Fuente historias clínicas base de datos egresos Hospital del Sarare ESE 2015.

Como se observa en la tabla anterior el Hospital del Sarare durante la vigencia 2015 se alcanzó la meta esperada al obtener un consolidado anual del 83% frente a la calidad esperada establecida mediante resolución 743 2013 para la adherencia al manejo según la guía a gestantes con trastornos hipertensivos y hemorragias en el III trimestre.

Durante el 1º trimestre los ítems que afectaron negativamente los criterios de hipertensión fueron el uso de sulfato de magnesio. Como mejora se hizo reinducción de la guía con el fin de garantizar la adherencia en todos los medico programado para el servicio de ginecobstetricia. Resultado de la misma se refleja en el resultado de los siguientes trimestres.

Este indicador fue evaluado do por el comité de historias clínica de la ESE.

INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA

Durante el 2014 se atendieron en el Hospital del Sarare un total de 1296 partos así: 908 por cesáreas y 389 vaginal normal. De estos corresponden al municipio de Saravena, 222 partos y 446 cesáreas. Por lo que para la vigencia 2015, se toma el indicador de atención de parto por cesárea por ser la primera causa de egreso hospitalario en el año 2014.

DEFINICION PARTO.

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN.

El proceso de atención, las actividades, procedimientos y secuencia definido en esta guía son:

- Admisión de la gestante en trabajo de parto.
- Atención del primer período del parto (dilatación y borramiento)
- Atención del segundo período del parto (expulsivo)
- Atención del alumbramiento
- Atención del puerperio inmediato
- Atención del puerperio mediato
- Atención para la salida de la madre y su neonato.

ATENCION DEL PARTO POR CESAREA.

DEFINICION

Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero.

Puede ser

•Ante parto o Programada: Cuando se realiza antes que la paciente entre en trabajo de parto. Esta a su vez, puede ser electiva, cuando se “elige” por una indicación materna, fetal u ovular para realizarse por primera vez, o iterativa cuando se programa por existir el antecedente de una cesárea anterior.

•Entra parto: Cuando la decisión se toma estando la gestante en trabajo de parto.

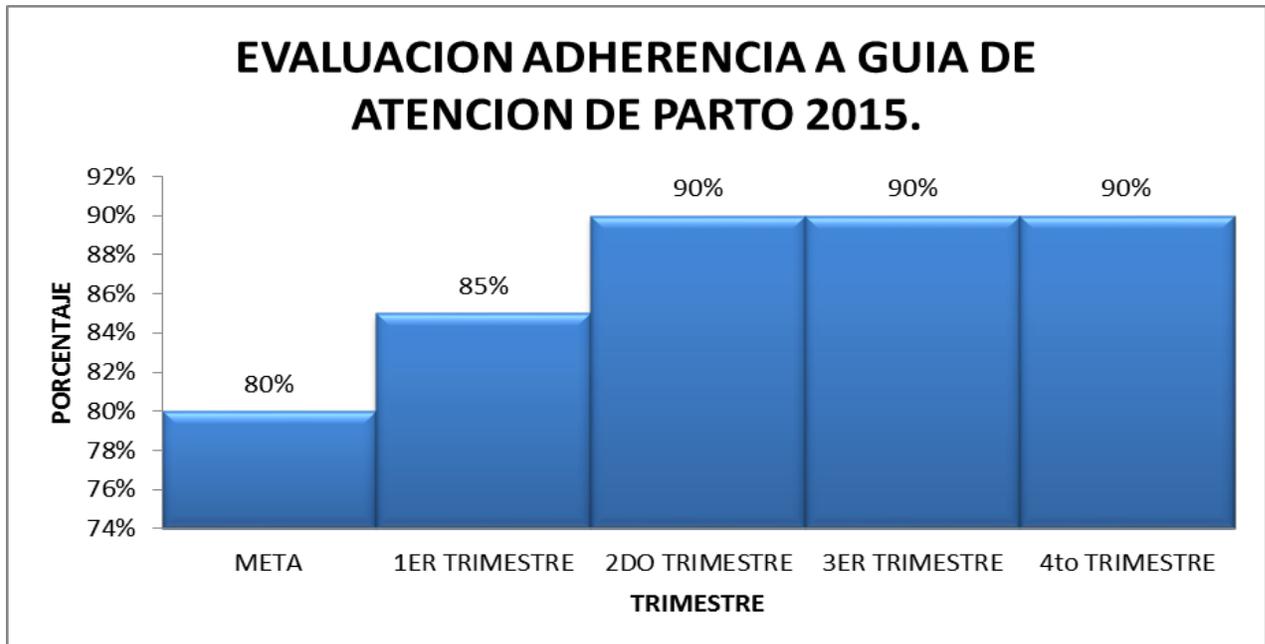
•Urgencias: Cuando la patología de base obliga a la realización inmediata, independientemente si la gestante está o no en trabajo de parto.

INDICACIONES.

Se categorizan atendiendo si su causa primaria es de origen materno, fetal u ovular, las cuales a su vez, pueden ser consideradas con criterio de absolutas o relativas.

- **Absolutas:** Incluye a todas aquellas morbilidades y/o comorbilidades propias al embarazo-parto o asociadas a la gestación que la medicina evidenciar ha mostrado que el parto vaginal no es posible, o bien de estar presentes, se asocian con altísimas probabilidades de muerte materna o fetal en caso de ocurrir un parto vaginal
- **Absolutas Materna** Desproporción céfalo-pélvica, Estrechez pélvica, Obstrucciones mecánicas de la vagina, Fibrosis cervical, Plastia vaginal o del piso pélvico previas, Tumor avanzado del TGI , Cerclaje abdominal permanente, Dos o más cesáreas previas, Cirugía previa sobre el cuerpo uterino, Persistencia de la causa de la cesárea previa, Cesárea previa complicada (dehiscencia, Infección), Herpes genital activo, Condilomatosis florida obstructiva, Cardiopatía descompensada, Aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral, Fistulas urinarias o intestinales operadas.
- **Absolutas fetales:** Feto en Situación Transversa, Feto en presentación Podálica, Feto en variedad de Frente, Embarazo múltiple más de 2, Gemelar monoamniótico monocorial, Gemelar bivitelino en que ambos no estén en céfálica, Peso fetal entre 1000 y 1500 grs, Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto, Distocias de posición persistentes, Macrosomía Fetal mayor de 4.500 grs.
- **Relativas:** Incluye aquellas patologías las cuales ameritan unas condiciones de atención (infraestructura, recurso humano, apoyo diagnóstico, etc.) que de no tenerse, no se puede garantizar plenamente un buen pronóstico de la salud del binomio madre-feto durante la atención del parto vaginal:
- **Relativas materna:** Preeclampsia-eclampsia, Una cesárea segmentaria previa, Distocias dinámicas refractarias a manejo médico, Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración, Embarazo Prolongado.
- **Relativas fetales:** Anomalías congénitas, Restricción del crecimiento intrauterino, Bienestar fetal ante parto comprometido ante las contracciones, Peso fetal de 1000 gr atendiendo sobrevida en UCI, Macrosomía fetal (4000 y 4500 gramos).
- **Ovulares:** Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, Placenta previa oclusiva total, Prolapso de cordón con feto vivo, Oligohidramnios severo.

Análisis de adherencia 2015



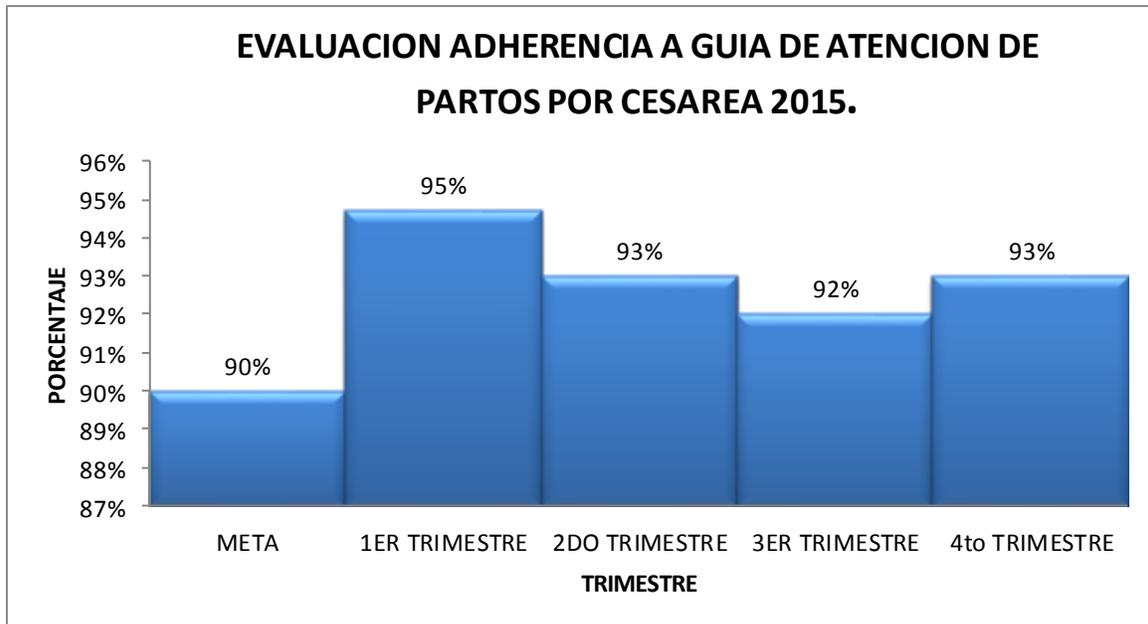
Fuente: estadísticas de egreso hospital del Sarare.

Como se puede observar durante el 2015 la adherencia a la guía de atención de parto alcanzó la meta esperada.

Esto se debió a las continuas capacitaciones y actualizaciones de inducción y reinducción realizada al comienzo de año.

Así mismo se asignó un equipo médico con exclusividad para la atención de urgencias ginecobstétricas y atención del parto con el fin de mantener mayor control a la adherencia a la guía.

Atención de parto por cesarea.

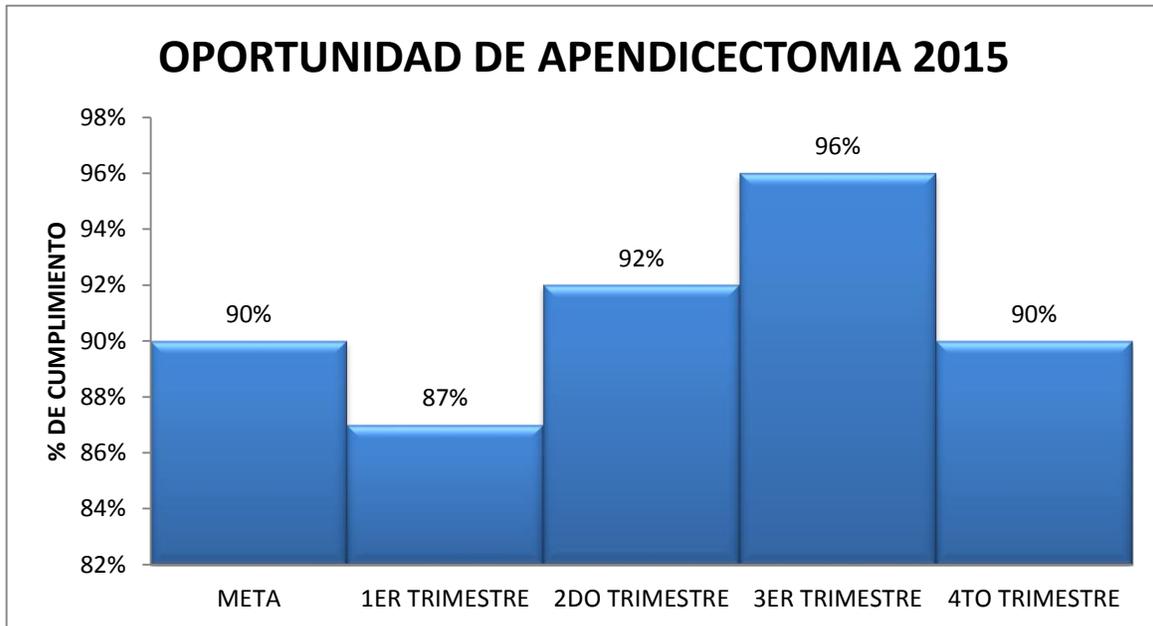


Fuente: Historia clinicas egresos hospitalario

La tabla 2 muestra la de atención del parto por cesárea, donde se puede evidenciar que los criterios de realización de cesárea por parte de los profesionales ginecobstetras fueron pertinentes. Durante el año 2015 se mantuvo la meta incluso se superó la misma. Queando en un 93.25%

INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICETOMÍA

ADHERENCIA A GUIAS MÉDICAS Y OPORTUNIDAD EN LA REALIZACION DE APENDICECTOMIA



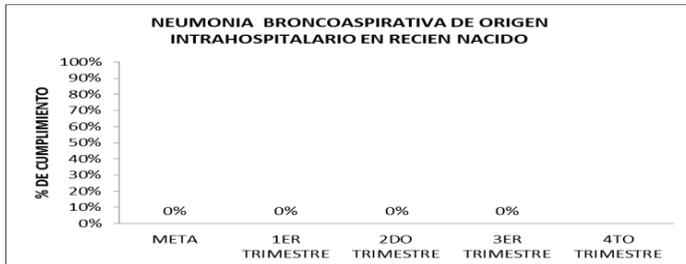
Fuente historias clínicas base de datos egresos Hospital del Sarare ESE 2015.

La tabla anterior evidencia que la oportunidad en la realización de apendicetomía en la institución Hospital de Sarare durante el 2015 fue del 91.25%.

Lo anterior se alcanzó por el funcionamiento del 100%, de los quirófanos en la Institución.

INDICADOR 15. NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y RADIACIÓN INTERANUAL NEUMONIA BRONCOASPIRATIVA DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO.

FORMULA DEL INDICADOR: Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación y (Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)

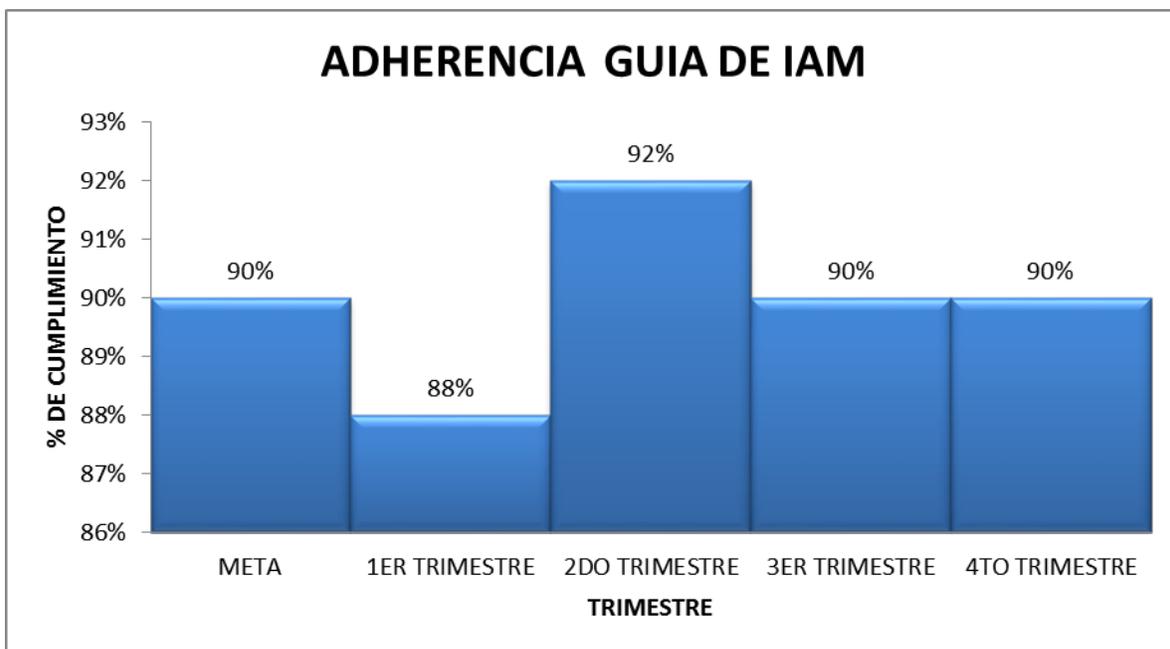


Fuente historias clínicas base de datos egresos Hospital del Sarare ESE 2015.

De pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas.... 0

Durante el año 2015 no se presentó ningún caso de neumonía neonatal por aspiración en la institución ESE Hospital del Sarare.

INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)



Fuente historias clínicas base de datos egresos Hospital del Sarare ESE 2015.

La tabla 6 muestra la adherencia para el manejo de pacientes con infarto agudo en la Institución ESE Hospital del Sarare durante el 2015.

Esta guía mide la oportunidad, la calidad de atención y el manejo médico en paciente con infarto, evaluando la atención desde su ingreso en un tiempo de menos de 10 minutos hasta el uso de los medicamentos recomendados por las sociedades de medicina interna y cardiología soportados en las guías de medicina basada en la evidencia.

Durante el 1º trimestre se presentó una disminución en el 2 % de adherencia alcanzado el 88% con relación a la meta que es del 90% esto se debió quizás por la rotación de personal médico a la institución así como el ingreso de nuevos médicos rurales.

También se concluyó que el mayor porcentaje de pacientes atendidos venían remitidos esto conlleva a que el uso del protocolo para administración de trombolisis o digitalico no fuera pertinente.

Otro de los factores que contribuyeron fue la edad del paciente que no son candidatos a procedimientos de trombolisis (el ítem que más afectó negativamente el indicador

En el 2º trimestre se observa una mejora en la adherencia a las guías alcanzando el 92% de médicos que brindan atención oportuna de acuerdo a las guía establecida en la institución.

En el 3º y 4º trimestre se observa que se alcanza el 90% de médicos que brindan atención oportuna de acuerdo a la guía establecida en la institución. El resultado del indicador para la vigencia 2015 quedo en 90%

Los criterios evaluados se basa en la lista de chequeo que evalúa oportunidad en el tiempo de atención que debe ser menor a 10 minutos, administración de medicamentos trombolíticos, toma de ayudas diagnosticas indicadas y traslado a UCIM.

INDICADOR 17: ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

Durante el año 2015 se presentaron 77 fallecimientos posteriores a 48 horas de su ingreso correspondiendo a una tasa de mortalidad de 6.6 por cada 1000 egresos. Manteniendo la meta institucional que está ubicada en 8 fallecimientos por cada 1000 egresos.

En cuanto a la distribución por edades, la mayor cantidad de fallecimientos se dio en el grupo de mayores de 80 años con un 33 % seguido del grupo de 65 años hasta los 79 años con un 27 %, es decir que el 60 % de los pacientes que fallecieron eran mayores de 65 años. Se presentaron cuatro fallecimientos en el grupo de menores de 25 años, que aunque solo corresponde a un 3 % siempre es motivo de análisis por el tipo de población, todos los pacientes eran menores de edad, uno de ellos

tenía una enfermedad en estado terminal, otro con antecedentes de prematurez y contrarremision de cuatro nivel para cuidados paliativos .

En cuanto a las causas de fallecimiento se encuentra que los fallecimientos como consecuencia del cáncer en cualquiera de sus tipos ocupan el primer lugar con el 32 %, desplazando la mayor causa de mortalidad del año anterior que correspondía a las enfermedades cerebrovasculares que ocupan el segundo lugar con un 18 % , seguidas de la sepsis en un 15 %. Estos resultados deberían apuntar a que se fortalezcan las acciones de prevención y promoción hacia estas patologías que además de generar alto costo en el sector salud también tienen altas implicaciones desde el punto de vista social en las comunidades.

La procedencia de los pacientes que fallecieron como era de esperarse en su mayoría corresponde al municipio de Saravena, con un 35 % seguida del municipio de Tame con un 25 % y Arauquita con un 13 %.

Para el año 2015 en el análisis que se le realizó a cada fallecimiento se incluyó y enfatizó en si ese deceso pudo prevenirse de alguna forma implementando algún tipo de medida ya sea intrahospitalario o extra hospitalario, en articulación con los demás integrantes del sistema de salud, se encontró que en el 80 % de los casos las muertes no podían prevenirse ya que se dieron como consecuencia de enfermedades terminales o una enfermedad de base agravada con múltiples comorbilidades que finalmente llevan al fallecimiento. Sin embargo, las acciones y objetivos del año 2016 deben estar encaminadas a disminuir ese 20 % de muertes que pudieron evitarse . De esos fallecimientos se hizo un análisis con el fin de establecer si las acciones que pudieron implementarse correspondían al ámbito intra o extrahospitalario encontrando que en un 31 % de las muertes posiblemente evitables las acciones pueden llevarse a cabo dentro de nuestra institución, la mayoría de estos casos han sido analizados en el contexto de seguridad del paciente, para lo cual se han implementado planes de mejora y acciones de seguimiento. El restante 69 % de los fallecimientos que podían prevenirse se dieron como consecuencia de problemas con el sistema de salud, falta de accesibilidad a los servicios de uci, cardiología, neurocirugía, cirugía vascular y problemas relacionados con las EPS y sus redes de servicios y forma de contratación; Se resalta dentro de este grupo el caso de dos pacientes que fallecieron en espera de remisiones para servicios de los que si se disponía en el departamento, pero que por falta de convenio con la EPS no fueron aceptados, produciéndose el deceso, reflejando la inoperabilidad de un CRUE departamental o la falta de articulación del sistema de salud. También se clasificaron dentro de este porcentaje los fallecimientos como consecuencia de cáncer para los cuales existen programas de prevención como son el cáncer de mama , de cuello uterino ya que los casos que se presentaron fueron en pacientes jóvenes, en edad fértil y en plena etapa de productividad.

INDICADOR 18: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE PEDIATRÍA

FORMULA 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 pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas pediátricas asignadas en la institución.

El objetivo es conocer la suficiencia institucional para la demanda de servicios.

El consolidado del indicador para el periodo enero a octubre de 2015, **la oportunidad en la consulta de periatría fue de 4.13 días**, superando la meta del indicador que debe ser menor o igual a 5 días. Se ha logrado poder subir este indicador con respecto al año 2014 que el consolidado del año fue de 6.23 días y no se pudo lograr la meta.

Para el año 2015 se pudo superar la dificultad de faltas de especialistas, logrando ofrecer esta especialidad sin interrupciones durante todos los días del año 2015.

Durante el I semestre de 2015 el Hospital del Sarare tuvo número de días entre la solicitud y la asignación de citas para Pediatría de 9695 y el número de consultas de Pediatría asignadas de 2848 mostrando un 3.40 días de oportunidad para la atención médica especializada.

Durante el II semestre de 2015 el Hospital del Sarare tuvo número de días entre la solicitud y la asignación de citas para Pediatría de 14252 y el número de consultas de Pediatría asignadas de 2940 mostrando un 4.84 días de oportunidad para la atención médica especializada.

Lo anterior muestra que para el año 2015 la oportunidad estuvo en 4.13 días para la asignación de cita, comparado con la meta que es de 5 días se considera que se alcanzó la meta para la suficiencia institucional en la demanda de la prestación de los servicios especializados.

INDICADOR 19: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN GINECO-OBSTÉTRICA

FORMULA DEL INDICADOR: Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta médica gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas ginecoobstétricas asignadas en la institución.

El objetivo es conocer la suficiencia institucional para la demanda de servicios.

La ESE Hospital del Sarare ha mantenido su oferta de consulta de gineco obstetricia en lo que va del 2015, contando con una oferta de 2 ginecologos permanentes al mes.

Durante el I semestre de 2015 el Hospital del Sarare tuvo número de días entre la solicitud y la asignación de citas para Ginecobstetricia de 25676 y el número de consultas de ginecoobstetricia asignadas de 5856 mostrando un 4.38 días de oportunidad para la atención médica especializada.

Durante el II semestre de 2015 el Hospital del Sarare tuvo número de días entre la solicitud y la asignación de citas para Ginecobstetricia de 38659 y el número de consultas de Ginecobstetricia asignadas de 6724 mostrando un 5.74 días de oportunidad para la atención médica especializada.

Lo anterior muestra que **para el año 2015 la oportunidad estuvo en 5.11** días para la asignación de cita, comparado con la meta que es de 8 días se considera que se alcanzó la meta para la suficiencia institucional en la demanda de la prestación de los servicios especializados.

INDICADOR 20: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA INTERNA

FORMULA DEL INDICADOR : Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta de medicina Interna y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución.

Durante el I semestre de 2015 el Hospital del Sarare tuvo número de días entre la solicitud y la asignación de citas para Medicina Interna de 28693 y el número de consultas de medicina interna asignadas de 5683 mostrando un 5.04 días de oportunidad para la atención médica especializada.

Durante el II semestre de 2015 el Hospital del Sarare tuvo número de días entre la solicitud y la asignación de citas para Medicina Interna de 44989 y el número de consultas de medicina interna asignadas de 4759 mostrando un 9.4 días de oportunidad para la atención médica especializada.

Lo anterior muestra que para el año 2015 la oportunidad estuvo en 7.05 días para la asignación de cita, comparado con la meta que es de 14 días se considera una excelente suficiencia institucional para la demanda en la prestación de los servicios especializados.



CUADRO RESUMEN INDICADORES PLAN DE GESTION 2015

Área de Gestión	No.	INDICADOR	Línea Base a Diciem. 31 de 2014	Resultado año 2015	Calificación	Ponderación	RESULTADO PONDERADO
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	1,18	1,19		0,05	0,00
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	67%	68,67%		0,05	0,00
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	91,50	93,50		0,1	0,00
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	-0,2104			0,05	0,00
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	1,03	1,09		0,05	0,00
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos	0	0		0,05	0,00



	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	1.203.747.2 25	458.038 .533		0,05	0,00
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS	4	3		0,05	0,00
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0,93	0,89		0,05	0,00
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	SI	si		0,05	0,00
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	SI	si		0,05	0,00
Gestion Clinica o asistencial 40%	12	Evaluación de la guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	90%	83%		0,07	0,00
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	94,50%	93,25%		0,05	0,00



14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	95,00%	91,25%		0,05	0,00
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y radiación interanual	0%	0%		0,05	0,00
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	92%	90%		0,05	0,00
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	100%			0,05	0,00
18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	6%	4,13		0,03	0,00
19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica	5%	5,11		0,03	0,00
20	Oportunidad en la atención de medicina interna	7%	40,56		0,02	0,00

Cesar Humberto Londoño

CESAR HUMBERTO LONDOÑO

Gerente.