

INFORME DE GESTION Y RESULTADOS VIGENCIA 2015

EVALUACION PLAN DE GESTION

DAVID ANDRES CANGREJO TORRES
Gerente

JUNTA DIRECTIVA

Dr. RODRIGO LARA SANCHEZ

Alcalde de Neiva

Dr. FAIVER AUGUSTO SEGURA OCHOA

Secretario de Salud de Neiva

Dra. PATRICIA CASTRO CHARRY

Representante del Estamento Científico

Dr. HENRY CAMACHO MONJE

Representante de los profesionales administrativos

Sr. CRISTOBAL FERNANDO CASTRO

Representante de la Asociación de Usuarios

DR. DAVID ANDRES CANGREJO TORRES

Gerente E.S.E Carmen Emilia Ospina

DR. JAIME ENRIQUE VALBUENA VILLAREAL

Revisor Fiscal ESE CEO

PRESENTACION

El documento presenta los resultados de la gestión en la vigencia 2015 comprendida entre el 1 de Enero al 31 de Diciembre y el cumplimiento de nuestro plan gerencial aprobado por La Junta Directiva, mediante Acuerdo 06 del 7 de Mayo de 2014, logros estos gracias al trabajo en equipo de todos los funcionarios de planta y contratistas de la entidad y el direccionamiento de la junta directiva

Una vez posesionado en el cargo de Gerente de la ESE Carmen Emilia Ospina, teniendo en cuenta la estructura funcional de la empresa y el plan de desarrollo 20102-2016, se establecieron tres líneas de acción sobre las cuales se centraban el accionar de la empresa a Saber:

- ✓ Ser una empresa con un modelo de atención integral, con enfoque en seguridad del paciente y humanización de los servicios.
- ✓ El fortalecimiento en la relación con la Academia, a través del fortalecimiento de los convenios docente asistencial
- ✓ La construcción sobre lo construido

Me es grato presentar este informe con cifras positivas para la Empresa y la ciudad de Neiva, en un momento histórico de crisis estructural del sector salud, donde la red pública presenta dificultades financieras y operativas que inciden la adecuada prestación de los servicios de salud.

Este informe se presenta en cumplimiento de la evaluación del plan de gestión, atendiendo los lineamientos de la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 743 de 2013, frente a los compromisos planteados en el plan de gestión para la vigencia 2015.

Tabla de contenido

PRESENTACION	3
1. GENERALIDADES DE LA E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA	7
2. CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA Y DE LA OFERTA DE E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA VIGENCIA 2015.....	8
2.1 CARACTERISTICAS DE DEMANDA	8
2.2 CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA:.....	10
3 MARCO ESTRATEGICO	11
3.1 Misión.....	11
3.2 Visión	11
3.3 Objetivos Institucionales	11
3.4 Principios Corporativos.....	12
4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y FUNCIONAL	14
4.1 Enfoque por procesos	15
5. PRESENTACION GENERAL DE LA GESTION VIGENCIA 2015.....	21
5.1 GESTION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	21
5.1.1 Población objeto	21
5.1.2 Prestación de servicios de salud.....	21
5.1.3 Implementación del modelo de atención	23
5.1.4 Estrategia IAMI	28
5.1.5 Riesgo Cardiovascular	31
5.1.6 Vigilancia epidemiológica	34
5.1.7 Indicadores de Calidad	42
5.1.8 Cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de la calidad.....	46
5.1.9 Centro de atención al ciudadano	51
5.1.10 Convenios Docencia Servicios	54
5.2 GESTION FINANCIERA Y PRESUPUESTAL	57
5.2.1 Gestión Presupuestal	57
5.2.2 Gestión financiera	62
5.3 GESTION ADMINISTRATIVA	76
5.3.1 Gestión del talento humano	76

5.3.2 Salud ocupacional.....	78
5.3.3 Gestión Ambiental.....	79
5.3.4 Sistemas de información	85
5.3.5 Gestión de Comunicaciones	88
5.3.6 SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.....	89
5.3.7 CUMPLIMIENTO LEY 222 DE 1.995	89
6. METODOLOGIA PARA LA EVALUACION PLAN DE GESTION	90
• Gestión de Dirección y Gerencia:.....	90
• Gestión Financiera y Administrativa:	91
• Gestión Clínica o Asistencial:.....	91
7. COMPROMISOS PARA LA EVALUACION DE LA VIGENCIA 2015.	94
8. RESULTADO DE LA EJECUCION DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL VIGENCIA 2015	96
8.2 Gestión de Dirección y Gerencia	96
8.2.1Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	96
Ciclo de preparación para la Acreditación	96
8.2.2 Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad	97
8.2.3 Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo.....	98
8.3 Gestión Financiera y Administrativa	100
8.3.1 Riesgo fiscal y financiero:	100
8.3.2 Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	101
8.3.3 Proporción de medicamento y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; 1) compras conjuntas, 2) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. 3) compra a través de mecanismos electrónicos.	104
8.3.4 Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de planta y por contratación de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.	105
8.3.5 Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones – RIPS. ..	105
8.3.6 Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.....	106
8.3.7 Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud	107

8.3.8	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	108
8.4	Gestión Clínica o Asistencial:	108
8.4.1	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.....	109
8.4.2	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.....	110
8.4.3	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de manejo de enfermedades hipertensivas.....	110
8.4.4	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.....	111
8.4.5	Reingresos por el servicio de urgencias.	112
8.4.6	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	112
9.	METODOLOGÍA PARA LA CALIFICACIÓN.....	113
10.	ANEXOS	121

1. GENERALIDADES DE LA E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA

La ESE Carmen Emilia Ospina se encuentra ubicada en Neiva, capital del Departamento del Huila, fundada por Juan de Cabrera en 1539 en territorio que corresponde a Otás en 1551; el español Juan Alfonso la fundó de nuevo en el lugar donde hoy se encuentra, el 24 de Mayo de 1612; el capitán Diego de Ospina y Medinilla la fundó en forma definitiva. La ciudad está situada en una planicie sobre la margen derecha del río Magdalena, cruzada por el río del Oro y Las Ceibas. La ciudad de Neiva.

La ESE Carmen Emilia Ospina para la prestación de los servicios de salud que oferta cuenta con una infraestructura física distribuida por zonas: Sur, Oriente y Norte con una red de servicios en su área de influencia conformada por los siguientes centros y puestos de salud:

ZONA SUR: Cubre las comunas 6, 7, 8, y 14 con los centros y puestos de salud de:

- IPC y Canaima en la zona urbana
- El Caguán en la zona rural, además de los siguientes centros de referencia para brigadas: El Triunfo, El Chapuro, y San Bartolo

ZONA NORTE: Presta servicios de salud a las comunas 1, 2, 3, 9, 11 y 12 con los centros y puestos de salud de:

- Las Granjas, Eduardo Santos y Cándido Leguízamo en el área urbana
- San Luis y Fortalecillas en el área rural, además de los siguientes centros de referencia para brigadas: San Francisco, Peñas Blancas, San Jorge, Guacirco, Chapinero, Aipecito y Organos .

ZONA ORIENTE: Presta servicios de salud a las comunas 4, 5, 10 y 13 con los centros y puestos de salud de:

- Siete de Agosto y Las Palmas en el área urbana
- Vegalarga en la zona rural, además de los siguientes centros de referencia para brigadas, El Cedral, Motilón, San Antonio de Anaconia, El Colegio, Piedra Marcada, Palacios, Santa Elena y Palestina.

2. CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA Y DE LA OFERTA DE E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA VIGENCIA 2015

2.1 CARACTERÍSTICAS DE DEMANDA

Según proyección a 2015 del Departamento Nacional De Planeación; Neiva cuenta con 344.242 habitantes (30,0% del departamento). De los cuales Afiliados al Sistema de Salud (septiembre 2013) presenta 194.353 personas al régimen Contributivo y 149.640 personas afiliadas al régimen Subsidiado.

LA E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA es la única institución oficial de salud del municipio de Neiva que presta servicios de baja complejidad con mayor énfasis en los afiliados al régimen subsidiado de salud y no vinculados al sistema de Salud, denominados Vinculados, sin embargo, en el servicio de urgencias por su distribución de la infraestructura en 5 puntos cardinales de la ciudad hace que la población afiliada al régimen contributivo de salud también sea atendida en las centrales de urgencias.

En el periodo 2012 a 2015 se han dado varios fenómenos importantes que afectan en mayor o menor medida la demanda de los servicios que oferta la E.S.E CARMEN EMILIA, dentro de los más destacados está la salida del mercado de E.P.S del régimen subsidiado, en especial SOLSALUD E.P.S-S, ASMETSALUD E.P.S-S, ECOOPSOS-S, CAPRECOM, SALUDCOOP, hechos que generan contracción de la demanda hacia los pocos aseguradores que

persisten en el mercado, dejando espacio para posiciones dominantes en los procesos de negociación por parte de los pocos compradores de servicios, adicionalmente porque estos aseguradores han ido solidificando y construyendo instituciones de Salud de baja complejidad para atender sus afiliados.

Es importante destacar factores determinantes de la demanda de servicios que tienen una incidencia importante en este periodo gerencial y que no se pueden pasar por alto, pues estos afectan y afectaran de manera sustancial la operación de la empresa y su estabilidad, dentro de estos factores se pueden enumerar los siguientes:

- ✓ La puesta en marcha de movilidad de los afiliados a los regímenes de salud con el decreto 3047 de 2013 y demás normas reglamentarias que permite a las personas si consiguen empleo pasar a las E.P.S del régimen contributivo haciendo esto que salgan de las E.P.S del régimen subsidiado con las que se tiene contrato.
- ✓ Mejora en la tasas de desempleo según el Departamento Nacional de Estadísticas DANE, se pasó de una tasa global de desempleo de 11.8% en el 2012 a un tasa de 10.3 en el 2015; haciendo esto que las personas niveles SISBEN 1 Y 2 se afiliaran al régimen contributivo de salud.
- ✓ El decreto 2199 de 2013. Por medio del cual se estableció la depuración de datos repetidos en la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA- género perdida de afiliados del régimen subsidiados.
- ✓ El aumento de la cobertura en afiliación en salud al régimen contributivo y subsidiado, ha hecho disminuir los recursos de subsidio a la oferta para la atención de población vinculada.

Estos hechos se materializaron en un decrecimiento de la demanda que finalizando la vigencia 2015 está solo en 161.772 usuarios cuando a la misma fecha del año 2013 era de 180.190 usuarios.

- ✓ Cambios en los modelos de contratación por evento por parte del principal asegurador.

2.2 CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA:

En la vigencia 2015 la E.S.E C.E.O Presenta un cambio muy importante en su oferta servicios debido a que entra en operación la unidad de Urgencia, observación y hospitalización, de la sede Canaima, hecho este que generó aumento de la capacidad instalada global de más del 35% para una demanda decreciente, razón por la cual se presentó a la Junta directiva la propuesta de Modelo de Reorganización de la Oferta de servicio, el cual se ido cumpliendo paulatinamente dentro del marco de la concertación social, sin lograrse cumplir a plenitud por las presiones sociales que se tiene al concretar los traslados de servicios y cierres definitivos de sedes.

Actualmente la E.S.E CE.O tiene habilitado 10 centros de salud, cuatro rurales (San Luis, Vegalarga, Caguán, Fortalecillas) seis en zona Urbana (Granjas, Palmas, IPC, SIETE DE AGOSTO, CANAIMA, EDUARDO SANTOS)

Los servicios habilitados ante la Secretaria de Salud Departamental del Huila y que se ofertan de los centros de salud son:

1. Apoyo Diagnostico Imagenología
2. Hospitalización Estancia General
3. Laboratorio Clínico
4. Farmacia
5. Promoción y Prevención
6. Sala De Partos
7. Servicio Ambulatorio - Consulta Externa
8. Servicio De Ambulancia
9. Servicio Ambulatorio Salud Oral
10. Urgencias

La oferta de servicio de la E.S,E se mantiene enfocada a la baja complejidad con enfoque a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

3 MARCO ESTRATEGICO

3.1 Misión

Prestar servicios de salud de baja complejidad en el Municipio de Neiva, con talento humano idóneo, comprometido con la calidad, seguridad, innovación, responsabilidad social y protección al medio ambiente; brindando atención centrada en las personas, contribuyendo al bienestar y satisfacción de sus necesidades.

3.2 Visión

En el año 2020 seremos reconocidos como empresa competitiva, sostenible social y económicamente, promoviendo desarrollo empresarial hospitalario, en armonía con el medio ambiente; ofreciendo un modelo de atención integral de baja y mediana complejidad, haciendo énfasis en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfocada en la seguridad del paciente y humanización del servicio.

3.3 Objetivos Institucionales

- Desarrollar estrategias que permitan articulación de las actividades en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS).
- Prestar los servicios de salud con accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad garantizando un modelo de atención integral en salud.
- Garantizar mediante el adecuado manejo gerencial, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social del Estado, ESE Carmen Emilia Ospina.

- Fortalecer la capacidad organizacional y empresarial de la ESE Carmen Emilia Ospina.

3.4 Principios Corporativos

Eficiencia: Hará parte de nuestro desarrollo empresarial, como Empresa Social del Estado, la prestación de servicios teniendo como base, la optimización y oportunidad garantizando la máxima calidad a los usuarios.

Universalidad: Atenderemos a todos los usuarios que requieran de nuestros servicios, de acuerdo a nuestra capacidad Técnico -científica, sin distinción de raza, credo, costumbres u otras características culturales del medio.

Solidaridad: Estaremos prestos a las eventualidades, catástrofes o emergencias que puedan suceder, proporcionando a la población del municipio de Neiva la atención a la cual tiene derecho, con los recursos humanos y tecnológicos disponibles cualquiera sea su capacidad económica.

Participación Social: Los clientes internos y externos, contribuirán en alto grado a la consecución de nuestros objetivos, buscando implementar estrategias y mecanismos para que mancomunadamente logremos el bienestar de las personas y el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.

Igualdad: El acceso a los servicios de salud de la ESE Carmen Emilia Ospina, se garantizarán sin discriminación respetando las razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica.

Obligatoriedad: La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud será obligatoria para todos los residentes en el municipio de Neiva.

Prevalencia de Derechos: Estaremos prestos a cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo, niños, niñas, adolescentes y adulto mayor, respetando sus derechos.

Enfoque Diferencial: Reconoceremos las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia.

Equidad: Garantizaremos el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos.

Calidad: Los servicios de salud que prestaremos a nuestros usuarios, serán de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

Progresividad: Nuestros usuarios serán atendidos con calidad y referenciados de ser necesario, de acuerdo al Plan de Beneficios y la red de prestadores.

Libre Escogencia: Garantizaremos como parte integral de la red de Prestadores de Servicios de Salud, servicios con calidad.

Sostenibilidad: Las prestaciones de servicios de salud se garantizarán de acuerdo a la contratación con las diferentes EPS que operan el municipio de Neiva.

Transparencia: Las políticas y condiciones de prestación de los servicios de salud en la ESE Carmen Emilia Ospina serán públicas, claras y visibles.

Descentralización Administrativa: La ESE Carmen Emilia Ospina, es una institución en salud descentralizada, que comparte objetivos comunes con las direcciones territoriales de salud.

Complementariedad y Concurrencia: Se propiciará a los usuarios, la posibilidad de acceder mediante el sistema de referencia y contra referencia a los distintos niveles de atención, garantizando así la complementariedad de las acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Corresponsabilidad: Los usuarios de la ESE, deben propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, por un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración.

Irrenunciabilidad: Todos los habitantes del Municipio de Neiva tienen el derecho a la seguridad social en salud, del cual no puede renunciarse ni total ni parcialmente.

Intersectorialidad: La ESE, trabajará de manera conjunta y coordinada con los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

Prevención: Se garantizará un enfoque de la promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad, lo que permitirá la articulación de las acciones con todos los actores comunitarios.

Continuidad: La ESE Carmen Emilia Ospina, velará por la atención continua de los usuarios, en busca de garantizar la calidad de vida e integridad.

4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y FUNCIONAL

Mediante Decreto Municipal con fuerza de Acuerdo No. 472 de Diciembre 30 de 1999, “por medio del cual se organizan y/o fusionan las Empresas Sociales del Estado del Municipio de Neiva, en la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina adscrita a la Secretaría de Salud Municipal”, se define la estructura organizacional y funcional, estructura que es desarrollada por la Junta Directiva mediante Acuerdo 04 del 28 de Febrero del 2000 “por medio del cual se adopta el estatuto de la Empresa Social del Estado Carmen Emilia Ospina del Municipio de Neiva”

La Empresa se organiza a partir de una estructura básica que incluye tres (3)

áreas así:

DIRECCION: Conformada por la Junta Directiva y el Gerente. Tiene como finalidad mantener la unidad de objetivos e interés de la organización en torno a la misión y objetivos empresariales, identificar las necesidades y expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir la estrategia de servicios, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad, controlando su aplicación en la gestión institucional y las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la Empresa.

ATENCION AL USUARIO: Conformada por el conjunto de unidades orgánico – funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de servicios, con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario. Comprende la definición de políticas institucionales de atención, el tipo de recursos necesarios para el efecto, las formas y características de la atención y la dirección y prestación del servicio.

DE LOGISTICA: Comprenderá las unidades funcionales encargadas de ejecutar en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, financieros, físicos y de información, necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la Empresa y realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación.

4.1 Enfoque por procesos

La Gerencia De La E.S.E. Carmen Emilia Ospina mediante resolución 267 del 5 de noviembre de 2013 se actualiza el manual de procesos y procedimientos de la ESE CARMEN EMILIA OSPINA dentro del marco del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, Sistema de Gestión de Calidad y Sistema

Obligatorio de Garantía de la Calidad" en ella se establecen macroprocesos, procesos, subprocesos los siguientes:

I. NIVEL: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y AUTOEVALUACION

I.I PROCESO: GESTION GERENCIAL Y ESTRATEGICO

SUB PROCESO:

- Planeación
- Mercadeo
- Comunicaciones
- Defensa Judicial

I. 2. PROCESO: GESTION DE LA CALIDAD ESTRATEGICA

SUB PROCESO:

- Gestión de la información
- Gestión Habilitación
- PAMEC
- Seguridad del Paciente
- Gestión de Acreditación
- Evaluación y Seguimiento
- Aprendizaje Institucional

1.3 PROCESO: GESTION CONTROL INTERNO ESTRATEGICO.

SUB PROCESO:

- Gestión de Control Interno

II. NIVEL: ATENCION CUIDADO EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD O MISIONAL

II.I PROCESOS: SERVICIO AMBULATORIO.

SUB PROCESO:

- . Medicina General
- . Odontología
- . Servicios Complementarios

II.2 PROCESO: ESTRATEGIAS DE INTERVENCION COMUNITARIAS (EIC)

SUB PROCESO:

- . Detección temprana y protección específica
- . Riesgo Cardiovascular
- . IAM
- . Programas Especiales
- . Contratos Interadministrativos

II.3 PROCESO: SERVICIOS DE URGENCIAS

SUB PROCESO:

- . Gestión del Servicio de Urgencias

II.4 PROCESO: SERVICIOS HOSPITALARIOS

SUB PROCESO:

- . Hospitalización baja complejidad
- . Obstetricia de baja complejidad

II.5 PROCESO: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO (ADT)

SUB PROCESO:

- . Imagenología
- . Laboratorio Clínico
- . Laboratorio de Citologías.
- . Soporte terapéutico

II.6 PROCESO: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

SUB PROCESO:

- Monitoreo Clínico epidemiológico

II.7 PROCESO: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

SUBPROCESOS:

- Referencia y contrareferencia
- Transporte Asistencial Básico

II.8 PROCESO: SISTEMA DE APOYO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO.

SUB PROCESO:

- Línea de frente
- Monitoreo de servicios
- Participación ciudadana

III. NIVEL: BASE O DE APOYO

III.1 PROCESO: GESTION FINANCIERA

SUB PROCESO:

- Gestión Presupuesto
- Gestión cartera.
- Gestión contabilidad
- Gestión Costos.
- Gestión facturación.
- Gestión Tesorería.

III.2 PROCESO: GESTION TALENTO HUMANO

SUB PROCESO:

- . Gestión Administración personal.
- . Gestión Desarrollo institucional.
- . Gestión Programas de Extensión

III.3 PROCESO: GESTION BIENES Y SERVICIOS

SUB PROCESO:

- . Gestión de Contratación
- . Gestión almacén.
- . Gestión Infraestructura y equipos.
- . Gestión Servicios Administrativos

III.4 PROCESO: TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN

SUB PROCESO:

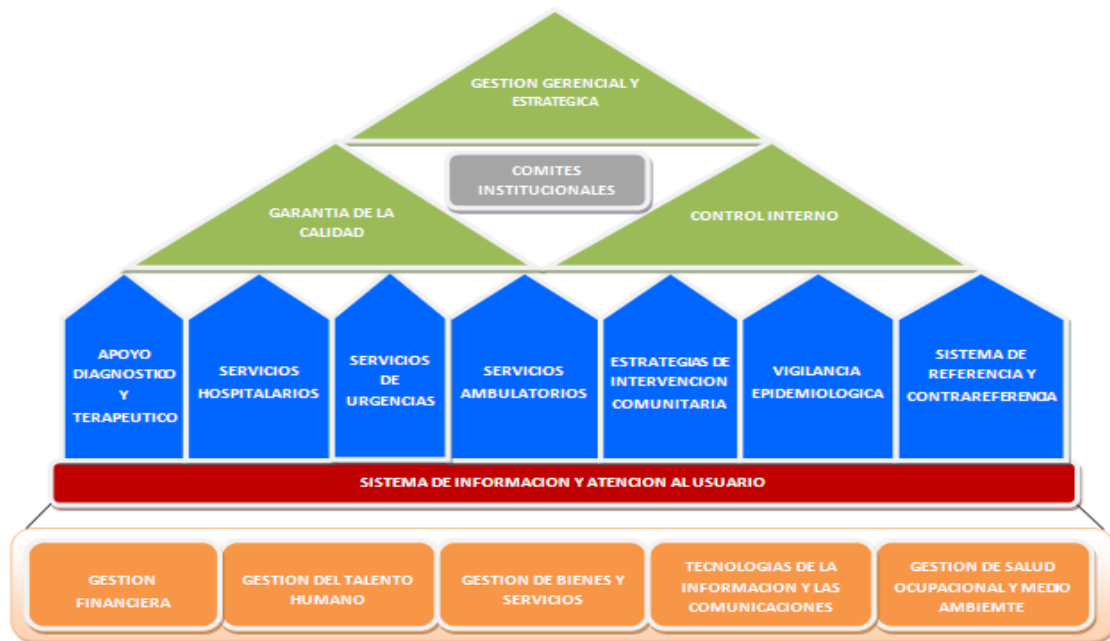
- .. Gestión Sistema informático.
- Gestión Datos estadísticos.
- . Gestión Documental

III.5 PROCESO: GESTION SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE

SUB PROCESO:

- . Gestión Seguridad Industrial y Salud Ocupacional.
- . Gestión Ambiental.

Grafica mapa de procesos de la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA



Del enfoque de procesos de la organización es importante resaltar que los líderes o responsables de Macroprocesos, algunos, no tienen dentro de la estructura organizacional personal de la planta de la empresa y aún falta mayor amplitud y despliegue del enfoque de procesos en armonía con la distribución funcional de la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA. Adicionalmente es importante realizar ajustes e identificar las necesidades y expectativas de los usuarios en el modelo de Mapa de procesos y del enfoque de los Macroprocesos; mediante la aplicación de una revisión de la alta dirección al sistema de Calidad de la Organización.

5. PRESENTACION GENERAL DE LA GESTION VIGENCIA 2015

5.1 GESTION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

5.1.1 Población objeto

La ESE CARMEN EMILIA OSPINA, a diciembre del 2.015 cuenta con los siguientes usuarios contratados y su comparación con el mismo periodo de los año 2013-2014-2015 es la siguiente:

POBLACION POR EPS			
EPS/ TIPO AFILIACION	años		
	2013	2014	2015
CAFESALUD	22281	22.077	30.329
CAPRECOM	26266	26.705	0
COMFAMILIAR	96244	96012	107625
COMPARTA	14646	13686	18335
VINCULADOS	20753	14207	5256
Total general	180190	172.687	161772

De la anterior tabla se puede evidenciar la perdida de cerca de veinte mil usuarios, producto de las dinámicas del aseguramiento universal y la formalización del empleo. Esta pérdida de usuarios afecta los ingresos de la E.S.E. C.E.O

5.1.2 Prestación de servicios de salud

Las actividades básicas en salud ejecutadas en los años 2014-2015, se observa en el cuadro siguiente:

INFORME DE PRODUCCION 2193 (SIHO) SISTEMA DE INFORMACION HOSPITALARIO

SERVICIOS	2015	2014
Número de dosis de biológico aplicadas	99.045	83.637
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	33.323	36.115
Otros controles de enfermería de p y p (diferentes a atención prenatal - Crecimiento y Desarrollo)	27.673	45.764
Número de citologías cervicovaginales tomadas	16.548	17.137
CONSULTAS		
Número de consultas de medicina general electivas	204.323	242.789
Número de consultas de medicina general urgentes	165.189	108.851
ODONTOLOGÍA		
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	51.647	33.821
Número de sesiones de odontología realizadas	243.394	217.344
Total de tratamientos terminados	14.527	8.573
Número de sellantes aplicados	45.389	72.736
Superficies obturadas (cualquier material)	81.812	81.938
Exodoncias (cualquier tipo)	10.984	10.197
PARTOS		
Número de partos vaginales	140	316
HOSPITALIZACION		
Número total de egresos	7.020	2.981
Egresos obstétricos (partos y cesáreas)	140	316
Egresos NO quirúrgicos (Sin incluir partos ni cesáreas)	6.880	2.665
Días de estancias de los Egresos	12.779	6.487
Número Total de días estancia de los egresos obstétricos (Partos y Cesáreas)	140	316
Número total de días estancia de los egresos No quirúrgicos	11.639	6.171
Pacientes en Observación	12.315	13.073
Número total de días cama ocupados	7.748	3.285
Número total de días cama disponibles	10.282	5.110
AYUDA DIAGNOSTICA		
Número de exámenes de laboratorio	378.811	377.914
Número de imágenes diagnósticas tomadas	43.857	41.556
Procedimientos	8.358	0
Numero de sesiones de otras terapias	37.902	37.959
Número de Visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	14.807	6.020
Numero de Sesiones de Talleres colectivos -PIC-	55.410	43.521
Total	1.602.082	1.506.592

En el anterior cuadro se detallan las actividades básicas de salud que le competen a la ESE Carmen Emilia Ospina, como entidad prestadora de servicios

de baja complejidad y de acuerdo con la forma de contratación con las diferentes EPS o Municipio ya sea a través de la modalidad de capitación o evento, reportado al sistema de información SIHO del Ministerio de Salud según decreto 2193.

5.1.3 Implementación del modelo de atención

Teniendo en cuenta la normatividad vigente Ley 1438 de 2011, que define la atención primaria en salud como modelo de prestación de servicios de salud, la ESE CARMEN EMILIA OSPINA, ha desarrollado una serie de actividades que incluye desde la realización de jornadas extramurales dirigidas a la población más vulnerable del municipio hasta la operativización y actualización del modelo de APS en la comuna 8 de la ciudad de Neiva (teniendo como sede el centro de salud de IPC) con el abordaje e intervención de familias de acuerdo a las necesidades prioritarias identificadas. El modelo a implementar se basará en los siguientes componentes definidos en la normatividad vigente:

- ✓ Organización de los servicios de salud
- ✓ Acción intersectorial/transectorial
- ✓ Participación social, social y comunitaria

Para la implementación del nuevo modelo de atención primaria en salud en el año 2015 se desarrollaron las siguientes actividades.

- Reuniones con las diferentes áreas asistenciales para socialización del modelo.
- Reuniones con Aseguradores como Comfamiliar para socialización del nuevo modelo de atención.
- Socialización del modelo de atención APS, con escuelas de Santa Paula, San Pedro Claver, Cesalud, Atanasio Girardot y Policía Nacional.

- Definición y distribución de barrios con apoyo de Policía Nacional en comuna 8 para realización de avanzada de información en implementación de nuevo modelo de atención APS.
- Reunión con Iglesia Pentecostal Barrio Las Américas,
- Definición de los equipos básicos de salud (integrantes)
- Reunión con personal de SIVIGILA de cada centro para socialización de modelo de APS.
- Reunión IPC con líderes de la comuna 8 para explicar el modelo APS.
- Articulación y coordinación de actividades con los centros educativos (Cruz Roja) que hacen parte de los convenios de Docencia Servicio, con el fin de realizar acompañamiento en barrio Los Alpes.
- En el mes de Junio y en vista del trabajo realizado con las familias y las necesidades identificadas, se decide implementar el modelo de “Misiones médicas en atención familiar basado en atención primaria en salud” tras un año de su diseño inicial y de realizar los ajustes que se consideraron pertinentes a nivel institucional.
- Para dar lugar al modelo de “Misiones médicas en atención familiar” la E.S.E. Carmen Emilia Ospina con recursos propios lleva a cabo la contratación de la cartografía de la comuna 8, que arrojó una división del terreno en tres zonas iguales determinadas por colores como se aprecia en la imagen, que a su vez se dividió en seis microterritorios, para un total de 18 zonas delimitadas que corresponde a las 18 auxiliares de enfermería.

temprana de alteraciones de la salud en las gestantes, hipertensión, crecimiento y desarrollo, lami.

- Capacitaciones a personal en temas de señales de peligro, temas generales como rehidratación, limpieza y aseo en caso, prevención de accidentes.
- Capacitación a personal de APS, en temas como Recolección de inservibles, control de vectores y piojos, Dengue, Chikunguña.
- Capacitación a personal de APS, en aspectos de implementación del nuevo modelo de atención.
- Socialización con los médicos de IPC, para implementación de nuevo modelo de atención primaria en salud de la ESE.
- Propuesta a Gerencia de designación de profesional del Área Tecnico-científica para liderar procesos de IPC, teniendo en cuenta que este centro será el centro de salud piloto donde se implementara el nuevo modelo. Esta propuesta fue aprobada por el Gerente y se designó a la Dra Yolericy Vásquez como coordinadora del centro de salud de IPC
- Diseño y elaboración de cartilla de Cogestor.
- Se realiza proceso de capacitación a los cogestores que hacen parte de la estrategia, en temas que incluyen el conocimiento acerca de actividades de promoción y prevención.
- El inicio de las actividades con las familias tuvo lugar el 14 de junio del presente año.
- La primera fase del modelo consistió en realizar la identificación inicial de las viviendas y familias de la comuna mediante el uso del instrumento denominado ficha de inscripción, se realizó el diligenciamiento del consentimiento informado y se dio a conocer el modelo en cada una de las familias una vez se tocaba a la puerta, además de la difusión del modelo que se realizó a través de la convocatoria de la comunidad hecha por los diferentes líderes comunitarios en compañía de los gestores del modelo.
- En esta primera fase se buscaba realizar un diagnóstico de la población con el objeto de conocer el estado de aseguramiento, las condiciones de

vulnerabilidad, los usuarios en grupos etéreos especiales, la viabilidad en el acceso a los servicios de salud, el acceso y uso de las tecnologías, entre otros.

- Se realizó la demanda inducida a los programas de Promoción y prevención en los diferentes regímenes, y se llevó a cabo la oferta de los servicios de salud de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina invitando a la población a hacer uso de los servicios como medida preventiva y no curativa.
- La cobertura de familias en la primera fase fue:

Familias identificadas	Familias Régimen C.	Familias Régimen S.	Total usuarios contributivos	Total usuarios subsidiados	Total usuarios sin aseguramiento
5.792	1.076	4.654	4.527	13.868	73

- La segunda fase se inició el 25 de agosto de 2015: aquí se realiza la valoración de las medidas antropométricas y signos vitales por parte de los cogestores a todos los integrantes de la familia que están presentes en el momento de la visita.
- Se realizó educación acerca de estilos de vida saludable mediante el uso de ayudas educativas diseñadas desde las características de la población, se brindó información y educación acerca de las enfermedades de interés en salud pública.
- A la fecha las cogestoras se encuentran entrenadas y en capacidad para hacer demanda inducida a los programas de promoción y prevención, haciendo énfasis en la importancia de la utilización del servicio como medida preventiva y no curativa, se realiza la gestión para la asignación de las citas en el centro de salud y posteriormente se dirigen a las viviendas con las citas asignadas para informar acerca de la fecha y por consiguiente se realiza el seguimiento al cumplimiento de la cita.
- A través de las cogestoras se ofrece el portafolio de servicios domiciliarios a la familia y se realiza la solicitud en caso de requerir de estos, se proponen metas y objetivos a cumplir por la familia y se generan

compromisos por los integrantes para mejorar las condiciones de vida con base a la educación brindada.

- La cobertura de familias en lo que va de la segunda fase:

Familias identificadas	Familias Régimen C.	Familias Régimen S.	Total usuarios contributivos	Total usuarios subsidiados	Total usuarios sin aseguramiento
6.152	1.352	4.800	4.857	14.500	742

Familias con visita de seguimiento (evaluación de hábitos y comportamientos saludables)

- Total de familias con seguimiento: 2.540
- Total de usuarios con seguimiento: 5.364
- Usuarios pendientes por seguimiento en familias con segunda visita: 2.143

5.1.4 Estrategia IAMI

En cuanto a la implementación de la estrategia IAMI, del total de los 10 pasos se han implementado 4 pasos con un cumplimiento del 80%. Sin embargo al realizar la auto apreciación en totalidad en la ESE se observa un cumplimiento general del 78% y para el Centro de Salud de Las Palmas del 82%. En lo relacionado con la capacitación en la Política IAMI, se tenía un total de 320 personas a capacitar en el año y se realizó la capacitación a 343 personas para un total de 108%, por encima del 100% programado. Además de lo anterior se realizó la capacitación de 90 personas de los grupos comunitarios en Política IAMI, lo que permitió lograr el objetivo propuesto en cuanto a educación en este tema que además conlleva a la humanización de los servicios de salud.

Además de lo anterior en el año 2015 se formaron cuatro (4) grupos de apoyo comunitario en las zonas de IPC, PALMAS, CANAIMA y EDUARDO SANTOS.

Estos grupos están conformados por madres que asistieron de forma continua al proceso de educación y capacitación y que pertenecieron al programa Nutricional del convenio Fundación Éxito (30 mujeres).


Es claro precisar que se realizaron otras actividades tendientes al fortalecimiento de la estrategia IAMI en la institución así:

- Se inició el fortalecimiento del comité IAMI, realizando la convocatoria del mismo dos veces de acuerdo a la necesidad definida por la coordinación de IAMI. Existen actas de las reuniones realizadas.
- Actualización y elaboración de documentos correspondientes a la estrategia IAMI: se actualizó el manual del curso psicoprofiláctico, manual de estimulación temprana, manual de educación para las usuarias, manual de educación para los grupos de apoyo.
- Elaboración del plan de capacitación IAMI con un cumplimiento de más del 100% (108%). Los temas tratados fueron Política IAMI, Técnicas de lactancia materna, Paso No 2, Paso 4, Importancia del alojamiento conjunto, Paso 9, servicios amigables.
- Seguimiento y educación a las madres post-parto usuarias de la ESE atendidas en la sala de partos de Granjas. Teniendo en cuenta que el proceso cambió por directriz del área de calidad, no se pudo garantizar el seguimiento de las usuarias postparto atendidas en granjas, de acuerdo a lo planteado desde la estrategia IAMI.

CUADRO COMPARATIVO IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIA IAMI 2.014 VS 2.015

INDICADOR	META	AÑO 2014	AÑO 2015	DIFERENCIA
IMPLEMENTACION CURSOS PSICOPROFILACTICOS	70%	62.15%	93.5%	31.35%



IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA IAMI	80%	72.15%	78%	5.85% 
--------------------------------------	-----	--------	-----	--

SERVICIOS AMIGABLES: en servicios amigables se trabajaron dos componentes específicamente: charlas educativas y asesoría en salud sexual y reproductiva. Las acciones desarrolladas fueron las siguientes:

- Capacitaciones al personal médico y de enfermería de los centros de salud de Palmas y Granjas en derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes.
- Se realizó la capacitación al personal de vigilancia y servicios generales en servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes.
- Asesoría de educación individual por psicología, adolescentes y jóvenes en salud sexual a la población que asiste a consulta al joven. Esta actividad fue facturable. Es recomendable que esta estrategia de remisión a psicología para valoración del joven sea adoptada por parte de todos los centros de salud.
- Formación de un grupo de líderes adolescentes en salud, en las sedes programadas (mínimo 3). Palmas, Granjas y Siete de Agosto.
- Se programaron 300 actividades educativas (talleres, seminarios, caminatas, etc), las cuales se cumplieron en el 100%, con una cobertura de 2607 jóvenes intervenidos a través de esta modalidad.
- En asesoría individual en salud sexual y reproductiva se realizaron 2.441 intervenciones. Además de lo anterior en el grupo de edad de primigestantes de 13 a 19 años, se realizaron 60 actividades grupales por promoción y prevención y psicología para la prevención de embarazo subsiguiente (solo las que estaban en el último trimestre). Debe fortalecerse el compromiso por el área de promoción y prevención con el fin de articular acciones efectivas

que permitan la continuidad de métodos de planificación y de esta forma el siguiente embarazo sea planeado.

- La atención de urgencias en psicología se garantizó en el 100% en todos los casos presentados. Fueron intervenidos

El grupo de IAMI (Psicólogos), realizaron además atención de urgencias en los casos de abuso sexual en adolescentes y jóvenes, en este año, por lo cual no puede compararse con el año inmediatamente anterior, ya que esto hace parte del fortalecimiento del componente de salud mental dentro del espacio de SERVICIOS AMIGABLES, liderado por la coordinación IAMI, en cumplimiento a las directrices gerenciales.

Tipo de intervención	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
ABUSO SEXUAL	33	28	16
INTENTO DE SUICIDIO	35	28	17
VIOLENCIA FISICA		20	41
TOTAL	68	76	74

5.1.5 Riesgo Cardiovascular

La hipertensión y diabetes son enfermedades crónicas que requieren de asistencia médica continua y educación del paciente y su familia para que comprendan la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas del tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas.

Para el año 2015 la ESE Carmen Emilia Ospina de Neiva atendió aproximadamente 7.742 pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (HIPERTENSION Y DIABETES) en el Programa Riesgo Cardiovascular.

Usuarios activos en el programa Cardiovascular

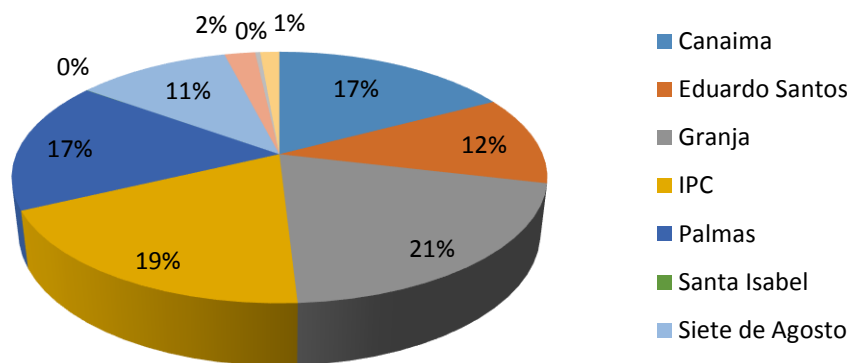
PATOLOGIA	TOTAL
HTA	5533
DM	962
2 PATOLOGIAS	1247
TOTAL	7.742

Teniendo en cuenta lo anterior tenemos **7.043** pacientes en control trimestral por el programa RCV y **699** pacientes que ingresaron nuevos al programa durante el año 2015.

Estos pacientes son atendidos de manera exclusiva por un equipo asistencial (Medico - Enfermera) asignado en cada centro de salud únicamente para la atención a población con patologías crónicas. Con una periodicidad Trimestral por el profesional Médico y bimensual por el profesional de Enfermería con atención grupal para fortalecer hábitos de vida saludable en los usuarios del programa.

Dicha población está distribuida de la siguiente manera en la ESE Carmen Emilia Ospina:

PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS POR CENTRO DE SALUD



OTRAS ACTIVIDADES PROGRAMA RCV

En el programa Riesgo cardiovascular se realizan otras actividades que fortalecen la atención de los usuarios como por ejemplo:

- ❖ Seguimiento a los usuarios insistentes al control de RCV y remisión de base de datos semanal a las EPS'S para realizar trabajo en conjunto de demanda inducida y visita domiciliaria a estos usuarios.
- ❖ Capacitación y actualización al equipo de salud del programa Riesgo cardiovascular según plan de capacitación vigente.
- ❖ Visitas de auditoría a cada uno de los centros de salud para verificar el proceso de atención a los pacientes del programa RCV.
- ❖ Seguimiento y evaluación a las tomas casuales de tensión arterial realizadas de manera intra - extramural para la captación de usuarios nuevos al Programa riesgo cardiovascular.
- ❖ Seguimiento al Programa RCV con auditoria periódica de historias clínicas de los profesionales del programa estableciendo porcentaje de cumplimiento en adherencia a guías y planes de mejora para aquellos que no cumplen con los parámetros establecidos según la norma.

5.1.6 Vigilancia epidemiológica

Las actividades realizadas por el área de vigilancia epidemiológica durante el año 2015, estuvieron encaminadas hacia el análisis de los eventos de notificación obligatoria presentados durante el año además, los eventos centinelas que se encuentran relacionados especialmente con la mujer y la infancia. Igualmente se trabajó en el mejoramiento de la información reportada por RIPS que conlleve a presentar un perfil epidemiológico ajustado a la realidad.

✓ Seguimiento a eventos centinelas

Meta: Realizar el 100% de unidades de análisis a los eventos relacionados con la gestación y 50% de casos relacionados con la niñez.

Cumplimiento:

Bajo peso al nacer: 2 casos reportados en la ESE Carmen Emilia Ospina. Se realizaron las unidades de análisis, para un cumplimiento del 100%

Condiciones de riesgo:

- Anemia
- Cuidados prenatales (Inasistencia al control prenatal).
- Condiciones sociodemográficas (Primigestante adolescente)
- Riesgos médicos durante el embarazo. (Infección de vías urinarias y vaginosis)
- Consumo de sustancias psicoactivas

Indicador: Proporción de niños con Bajo peso al nacer 2015: 15.4 X 1000 NV.

Meta: 67,1 x 1000nv

Mortalidad perinatal: 3 eventos reportados en la ESE y 2 en otras IPS. Se realizaron 5 unidades de análisis para un cumplimiento del 100%.

Condiciones de riesgo:

- Demora en la búsqueda de la atención.
- Falta de reconocimiento en los signos de alarma.
- Primigestante.
- Escasos recursos económicos.
- Residencia en zona rural lejana, de difícil acceso, con desplazamiento en vías en mal estado y en vehículos antiguos.
- Inasistencia a CPN.

Indicador: Razón de mortalidad perinatal 2015:23,1 x 1000nv

Meta: 12,7 x 1000nv

Sífilis gestacional: En el 2014 se reportados 36 casos, se realizó seguimiento al 100% de los eventos. Cumplimiento del 100%.

Al 95% de los casos se le suministra tratamiento completo, 5% corresponde a dos usuarias con tratamientos incompletos, debido a negativa y no asistencia a tratamiento por parte de las usuarias. Estos casos se reportaron a las EPS correspondiente. Se realizó la búsqueda por el área de vigilancia epidemiológica sin lograr hallar a las pacientes para realización del tratamiento.

Sífilis congénita: Durante el 2015 no se presentan casos de sífilis congénita.

Centinelas en niños

INDICADOR CENTINELA	CENTINELAS N. DE CASOS 2014	N DE CASOS CON SEGUIMIENTO REALIZADOS 2014	%	CENTINELAS N. DE CASOS 2015	N DE CASOS CON SEGUIMIENTO REALIZADOS 2015	%
Otitis Media Supurativa en Menor De 5 Años	250	238	95%	246	205	83%
Hospitalización por Neumonía en menores de 5 años	12	12	100%	27	27	100%
Hospitalización por EDA en menores de 5 años	25	25	100%	28	28	100%
Total	287	275	96%	301	260	92%

Fuente: Vigilancia Epidemiológica ESE CEO

Cumplimiento en el seguimiento de los centinela en niños 92% en el 2015. Es importante aclarar que 41 casos se les realiza llamada telefónica y visita domiciliaria, pero no fue posible la ubicación del paciente, las causas más frecuentes son: dirección no corresponde al paciente, casa cerrada o inexistente.

Año 2011 91%	Año 2012 96%	Año 2013 96%	Año 2014 96%
--------------	--------------	--------------	--------------

• Rotavirus

Objetivo: Investigar y analizar el comportamiento de las principales enfermedades de interés en salud pública

Meta: toma de 100% muestras a niños menores 5 años que presenten diarrea que amerite hospitalización.

Cumplimiento: En el año 2015 Se revisó la definición de caso y se estudiaron únicamente las muestras que cumplieran con el criterio establecido por el Instituto Nacional De Salud para el estudio de rotavirus, es así que se reportaron 48 eventos se les toma muestra al 100% de los pacientes, las cuales se enviaron

al laboratorio de Salud Departamental, para su análisis, a la fecha el laboratorio Departamental ha enviado 31 reportes, estando pendiente 43 casos por ajustar en el sistema.

Muestras de Rotavirus tomadas en el 2015

Numero de eventos notificados	N. DE MUESTRAS	reporte	Pendientes por reporte
48	48	31 reportes Negativos: 23 Positivos: 8	17

Fuente: Vigilancia Epidemiológica ESE CEO

- **Programa de Tuberculosis**

Objetivo: Identificar oportunamente población con tuberculosis y garantizar su Tratamiento.

Cumplimiento: durante el año ingresaron al programa de tuberculosis 69 casos nuevos, 1 en condición de fracaso, 10 abandonos y 2 transferidos, para un total de 82 pacientes de ellos 8 extra pulmonares y 61 pulmonares. Porcentaje de positividad del 3,6% y una captación de pacientes bacilíferos del 90%.

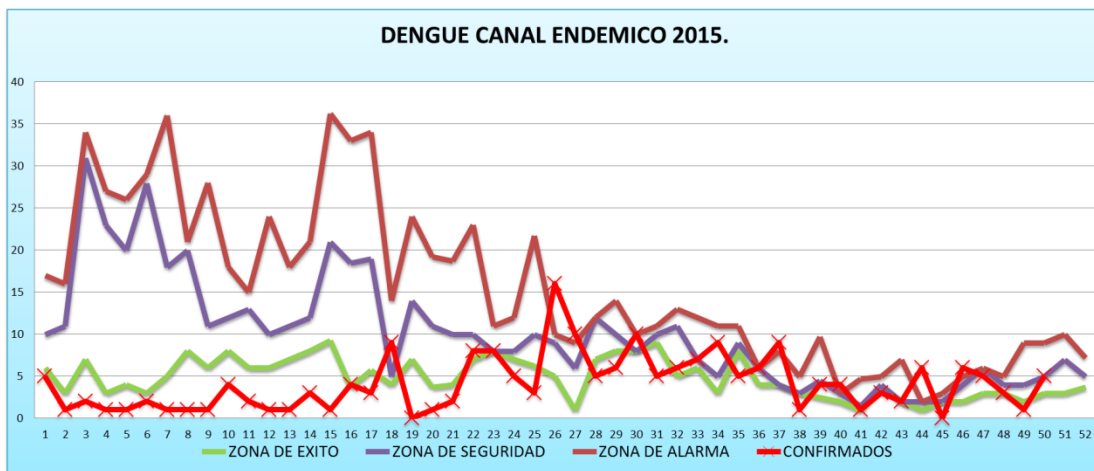
- **Búsqueda de Sintomáticos Respiratorios**

Objetivo: realizar diagnostico bacteriológico a todo sintomático respiratorio, definido como las personas que presenten tos por más de 15 días de duración.

Meta: 1560 sintomáticos respiratorios (5% de la población mayor de 15 años que consulta por primera vez por consulta externa durante el año)

Cumplimiento: se captaron 2.245 que corresponde a 144%.

- **Seguimiento a Dengue**



Fuente: SISTEMA SIVIGILA 2012 -2015

Hasta la semana 17 del año epidemiológico se estuvo zona de éxito, Para la semana 18 se entra en brote los eventos empiezan aumentar en las siguientes semanas epidemiológicas encontrándonos entre la zona de alarma. Durante el 2015 no se reportó mortalidad por dengue. Se notificaron 1.116 eventos.

AÑO	NÚMERO DE CASOS REPORTADOS	CONFIRMADOS	MORTALIDAD POR DENGUE
2013	1983	530	1
2014	1815	531	0
2015	1116	205	0

Fuente: SISTEMA SIVIGILA 2012 -2015

- **Notificación y ajuste de eventos**

Objetivo: notificar el 100% de los eventos de interés en salud pública y realizar el ajuste posterior al conocer el resultado de los laboratorios cuando fuere el caso

Meta: 100%

Cumplimiento: Se notificaron 3.899 eventos al SIVIGILA, de ellos 1242 están relacionados con toma de laboratorios para su confirmación o descarte. De estos

quedaron pendientes (%) debido a que dependen de los resultados emitidos por la SSD o por el INS como rotavirus, hepatitis A, ETAS.

CUMPLIMIENTO EN AJUSTES				
Año 2011:86%	Año 2012:96%	Año 2013:96%	Año 2014:96%	Año 2015:95%

Fuente: SISTEMA SIVIGILA 2011 -2015

5.1.6.1 Morbilidad

La morbilidad para el año 2015 se observa un aumento de la frecuencia de las causas de morbilidad, situación que se ve influenciada principalmente por los cambios en los modelos de contratación de la entidad, apertura de nueva sedes y estrategias de atención extramural, que garantizaron un mejor acceso a los servicios de salud, y por consiguiente aumento el número de personas utilizando los servicios, especialmente los de consulta externa.

Adicional, los cambios climáticos, presencia de virus nuevos y no nuevos que circulan en el medio, también produjeron impacto en la salud de la población.

Morbilidad de Urgencias 2015

N°	NOMBRE Y CODIGO DE DIAGNOSTICO	MENOR 1	1 A 5	6 A 10	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	MAYOR 80	TOTAL	PROPORCION
1	Infecciones aguda de las vías respiratorias superiores: J00-J06	0	7123	2461	1619	2169	1247	1653	116	16388	10,0
2	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	0	3603	1267	944	2257	1206	1875	218	11370	6,9
3	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	2	3597	1712	1120	1360	667	809	96	9363	5,7
4	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	0	2611	1150	931	1866	1093	1509	132	9292	5,6
5	CHICUNGUÑA	0	484	553	446	1498	1003	1292	70	5346	3,2
6	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	0	321	192	224	1492	831	1186	208	4454	2,7
7	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	0	229	393	419	1509	725	851	71	4197	2,5
8	CEFALEA	0	32	230	284	1486	916	1039	53	4040	2,5
9	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	0	660	321	170	414	202	214	3	1984	1,2
10	DOLOR EN ARTICULACION	0	22	37	62	295	474	922	99	1911	1,2
	OTRAS CAUSAS	9	13935	7016	6238	26362	15373	24437	2926	96296	58,5
	TOTAL CAUSAS	11	32617	15332	12457	40708	23737	35787	3992	164641	100,0

Fuente: SISTEMA SIVIGILA 2015

En el corte de 2015, se registraron **164.641** diagnósticos de urgencias, la principal causa de consulta son las infecciones de vías aéreas superiores con un

10%, las cuales aumentaron en un 28% con respecto al año anterior. La población menor de cinco años es la más afectada por esta patología. Al igual que en otros servicios las gastroenteritis y las infecciones virales, tuvieron gran impacto en la población y fueron las principales causas de consulta de los pacientes.

Morbilidad por Hospitalización 2015

N°	NOMBRE Y CODIGO DE DIAGNOSTICO	1 A 5	6 A 10	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	MAYOR 80	Total genera	PROPORCION
1	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	105	99	39	28	40	49	46	406	7,0
2	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	35	15	14	90	48	125	38	365	6,3
3	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	13	19	13	43	38	91	66	283	4,9
4	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	31	36	10	14	17	54	46	208	3,6
5	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	26	44	26	45	25	22	11	199	3,4
6	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	7	9	10	32	38	34	22	152	2,6
7	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	34	34	17	11	4	11	3	114	2,0
8	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	0	0	0	0	1	56	46	103	1,8
9	COLICO RENAL, NO ESPECIFICADO	0	0	0	15	27	28	8	78	1,3
10	FIEBRE DEL DENGUE HEMORRAGICO	12	12	9	18	12	4	8	75	1,3
11	OTRAS CAUSAS	297	374	236	641	643	1041	576	3808	65,8
	TOTAL	560	642	374	937	893	1515	870	5791	100,0

Fuente: SISTEMA SIVIGILA 2015

En el año 2015, ingresaron al servicio de hospitalización 5791 pacientes, la principal causa diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con 7%, seguido de la infección de vías urinarias en una proporción de 6,3% .Con respecto al año anterior la hospitalización aumento 161% , esto lo explica el aumento de caso EDA, infecciones de vías urinarias, infecciones en tejidos blandos, y las infecciones respiratorias de vías aéreas inferiores, además de dengue grave, y síndrome febril. Esta condición se ven influenciada, directamente por los cambios climáticos, presencia de virus nuevos y no nuevos que circulan en el medio y producen gran impacto en la salud de la población especialmente las que se encuentran en condición de vulnerabilidad.

Morbilidad por consulta Externa 2015

N°	NOMBRE Y CODIGO DE DIAGNOSTICO	1 A 5	6 A 10	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	MAYOR 80	Total general	PROPORCION
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	0	0	2	56	677	8330	1444	10509	4,1
2	Infecciones aguda de las vías respiratorias superiores: J00-J06	1798	874	433	632	573	1060	67	5437	2,1
3	DOLOR EN ARTICULACION	244	331	411	730	1039	2249	143	5147	2,0
4	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	323	449	499	895	669	840	31	3706	1,4
5	CEFALEA	59	121	174	590	600	1635	212	3391	1,3
6	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	105	87	157	598	645	1272	100	2964	1,1
7	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	84	59	117	298	680	1332	96	2666	1,0
8	MAREO Y DESVANECIMIENTO	11	86	172	595	580	853	51	2348	0,9
9	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	119	132	155	478	362	462	23	1731	0,7
10	CHICUNGUÑA	40	60	55	160	268	596	34	1213	0,5
	OTRAS CAUSAS	20362	15453	18858	50964	36505	72365	5102	219609	84,9
	TOTAL	23145	17652	21033	55996	42598	90994	7303	258721	100,0

Fuente: SISTEMA SIVIGILA 2015

En consulta externa la morbilidad aumento en un 46% con relación a 2014. Se registraron 258.721 diagnósticos, el grupo de población que más consulto el servicio fue el de 46 a 80 años. La primer causa de consulta siguen siendo las enfermedades relacionadas con el riesgo cardiovascular, el 4% fueron por **hipertensión arterial** que por 10 años sigue ocupando el primer lugar. Para el 2014 la presencia de virus nuevos como el chicunguña aumento las causas o motivos de consulta por las secuelas ocasionadas por esta enfermedad.

Morbilidad por odontología 2015

N°	NOMBRE Y CODIGO DE DIAGNOSTICO	1 A 5	6 A 10	11 A 15	16 A 30	31 A 45	46 A 80	MAYOR 80	Total general	PROPORCION
1	CARIES DE LA DENTINA	1257	1140	1496	2666	1885	1657	21	10122	45,5
2	RAIZ DENTAL RETENIDA	68	141	69	217	221	335	16	1067	4,8
3	GINGIVITIS CRONICA	57	71	142	224	140	99	2	735	3,3
4	MALOCCLUSION DE TIPO NO ESPECIFICADO	8	36	66	183	203	203	4	703	3,2
5	EXFOLIACION DE LOS DIENTES DEBIDA A CAUSAS SISTEMICAS	56	279	77	0	0	93	18	523	2,4
6	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	57	72	80	112	87	63	0	471	2,1
7	NECROSIS DE LA PULPA	9	18	65	131	129	80	4	436	2,0
8	PULPITIS	7	23	25	113	118	89	1	376	1,7
9	ABRASION DE LOS DIENTES	0	0	4	47	96	101	2	250	1,1
10	DIENTES MOTEADOS	3	83	77	53	2	13	0	231	1,0
	OTRAS CAUSAS	1232	736	1189	2535	827	789	31	7339	33,0
	TOTAL	2754	2599	3290	6281	3708	3522	99	22253	100,0

Fuente: SISTEMA SIVIGILA 2015

En el servicio de odontología en el 2015 se registraron, 22.253 causas de enfermedad, la población que más acude a este servicio son los adultos especialmente mayores de 30 años. La principal causa de enfermedad por este

servicio es la caries dentina y afecta en general a toda la población, con mayor frecuencia en el grupo de 16 a 30 años.

5.1.7 Indicadores de Calidad

En lo relacionado con la implementación y seguimiento a indicadores trazadores el sistema de calidad, es de resaltar la mejora de resultado de la mayoría de indicadores del tablero de mando cerrando la brecha de desempeño, llegando a niveles esperados, situación está que nos permite continuar con la mejora n a continuación se presenta su resultado para el 2015 y su comparación respecto al 2014.

5.1.7.1 Oportunidad Consulta externa Médica General

AÑOS	2013	2014	2015
RESULTADOS	3,51	3,44	2,85

Fuente: Oficina Calidad ESE CEO

En el año 2015 se logró mejorar la oportunidad de atención en consulta externa, con la entrada en operación del centro de salud de Canaima se obtuvo un día en dicho centro, razón por la cual se espera que en el 2016 se logre mejorar más la oportunidad por nueva la capacidad instalada.

5.1.7.2 Oportunidad Consulta externa Odontología

AÑOS	2013	2014	2015
RESULTADOS	3,49	2,98	2,5

Fuente: Oficina Calidad ESE CEO

Dentro del indicador de odontología se monitorea la oportunidad de atención de la consulta odontológica de primera vez; en el año 2015 este indicador que tuvo

una mejora importante, al llegar por debajo la meta de desempeño y con la nueva infraestructura de Canaima la oportunidad mejoro.

5.1.7.3 Oportunidad de Urgencias

AÑOS	2013	2014	2015
RESULTADOS	43,60	27,51	28.3

Fuente: Oficina Calidad ESE CEO

La oportunidad de atención de Urgencias vitales en la E.S.E C.E.O es inmediata y los pacientes no vitales clasificados como TRIAGE II es menor 30 minutos, como esta estandarizado este hecho se logró por mayor oferta de disponibilidad medico en dichos servicios, en el año 2015 como elemento importante está el incremento del número de Urgencias generado por el nuevo centro de atención de Canaima y por las nuevas epidemias de Chycunguña e IRAS.

Oportunidad atención TRIAGE III.

La oportunidad de atención de paciente con urgencias no vitales el tiempo máximo de espera esta en 60 minutos, durante el año 2015, el tiempo global de atención es de 52.6 minutos, aunque el rango de desempeño del indicador está por debajo de la meta. Se presentó un aumento en el número de atenciones que creció frente al año anterior debido a la presencia de nueva enfermedades.

AÑOS	2013	2014	2015
RESULTADOS	49	52,9	52,64

Fuente: Oficina Calidad ESE CEO

5.1.7.4 Reingreso Pacientes Hospitalizados

El reingreso de pacientes hospitalizados mantiene una tendencia de cero en razón al nivel de la E.S.E. C.E.O y las patologías que se manejan en ese servicio.

AÑOS	2013	2014	2015
RESULTADOS	0	0	0

Fuente: Oficina Calidad ESE CEO

5.1.7.5 Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada

La proporción de con hipertensión controlada tiene un margen de desempeño adecuado, situación que es producto de la implementación del programa de riesgo cardiovascular

AÑOS	2013	2014	2015
RESULTADOS	80,40	79,40	79,3

Fuente: Oficina Calidad ESE CEO

5.1.7.6 Tasa de infección intrahospitalaria

La tasa de infección intrahospitalaria mantiene una tendencia de cero en razón al nivel de la E.S.E. C.E.O y las patologías que se manejan en ese servicio.

AÑOS	2013	2014	2015
RESULTADOS	0	0	0

Fuente: Oficina Calidad ESE CEO

5.1.7.7 Tasa de satisfacción Global

La tasa de satisfacción de los usuarios presentó una mejora respecto al año anterior y se encuentra por encima del estándar propuesto, es de resaltar que los servicios de farmacia y la mejora de la oportunidad de la atención consulta externa fueron importantes para la mejora en este indicador.

AÑOS	2013	2014	2015
RESULTADOS	97,90%	98,02%	99%

Fuente: Oficina Calidad ESE CEO

5.1.7.8 Proporción de captación oportuna de gestantes.

La directriz gerencial de continuar fortaleciendo la consolidación de la E.S.E. C.E.O como institución Amiga de la Mujer y la Infancia, ha generado que la proporción de gestantes que acuden antes de las doce semanas al primer control prenatal sea del 0,75. Cifra que muestra una mejora sustancial de este indicador Gerencia como lo establece la resolución 743 de 2013, sin embargo las dinámicas de movilidad poblacional y los cambios de aseguramiento, son factores claves que aun afectan el desempeño de este importante indicador.

AÑOS	2013	2014	2015
RESULTADOS	0,54	0,63	0,75

Fuente: Oficina Calidad ESE CEO

5.1.8 Cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de la calidad

El proceso de GARANTIA DE LA CALIDAD, desarrolla sus actividades a través de los subprocesos de: **Gestión de la Información, Gestión de Habilitación, PAMEC, Seguridad de Pacientes, Gestión de Acreditación, Evaluación y Seguimiento y Aprendizaje Institucional**, según el mapa de procesos aprobado por resolución 267 del 05 de Noviembre de 2013

SUBPROCESO GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Este subproceso desarrolla los procedimientos relacionados con la administración, actualización, modificación, validación, aprobación y en algunos casos eliminación de documentos que generan los diferentes procesos para el desarrollo de sus actividades, como también lo relacionado con la generación y seguimiento a indicadores de calidad.

Durante el año 2015 se ejecuto la actualización, ajustes del mapa de procesos y del mapa de riesgos de la empresa, crearon nuevos procedimientos, guías, manuales, documentos de apoyo y formatos, además se realizaron Flujogramas de algunos procedimientos actualizados, la actualización de procedimientos que se ejecutó en un 96%, de los cuales queda pendiente el proceso de gestión de bienes y servicios, el cual tiene que ser revisado en compañía de los líderes de este, para su respectivo ajuste y ejecución.

Se puede concluir que el mapa de procesos quedó formado por:

Procesos	16
Subprocesos	52
Procedimientos establecidos	237

SUBPROCESO DE HABILITACION

Durante el 2015 se realizó actualización de portafolio y la autoevaluación de condiciones de habilitación de los servicios habilitados, con la nueva norma resolución 2003 de 2014, con lo cual se efectuó un plan de acción para lograr tener cumplir con lo exigido por la normatividad; aunado a la reorganización de servicios, este plan se inicio a ejecutar en el segundo semestre del 2014 y se debe continuo en el año 2015. Ante los nuevos requisitos normativos los centros de salud del sector rural en su mayoría no cumplían los estándares exigidos, razón por la cual se debió des habilitar algunos de ellos, quedando solo los centros de salud de San Luis, fortalecillas, Vegalarga, el Caguan. Sin embargo a las veredas se continuaran prestando servicios bajo la modalidad de extramural.

En el año 2015, se habilito en la nueva sede del Hospital de Canaima con los servicios de Hospitalización, urgencias, este importante logro hace que se aumente la capacidad instalada global de la empresa para lograr oportunidad en la atención como se muestra en la siguiente tabla:

CAPACIDAD	No. CONSULTORIOS MEDICOS	No. CONSULTORIOS ODONTOLOGICO S	No. CON. URG	No. CONS. VACUN.	Hospitalizacion	toma de muestras	radiologia
Capacidad instalada actual tres Zonas	29	11	13	11	15	11	1
Capacidad instalada Canaima	19	5	5	1	12	1	1
Total capacidad instalada	48	16	18	12	27	12	2
Porcentaje de crecimiento de la oferta	66%	45%	38%	9%	80%	9%	100%

En el año 2015, la secretaria de Salud del departamento realizo visita de verificación de condiciones de habilitación de las sedes rurales de Caguan y San Luis evidenciando un cumplimiento total de las normas de calidad en dicho centros.

SUBPROCESO PAMEC

El Programa de auditoria para Mejoramiento Calidad -PAMEC -2015, se envio a la secretaria de Salud del departamento y se desarrollaron las acciones en el 100% de lo planteado, las acciones estuvieron dentro del marco de la acreditación, es destacable las dichas acciones de mejora han permitido mejoras en los procesos de la organización.

Como resultado importante de este subproceso, la Secretaria de Salud del departamento del Huila en su función de inspección vigilancia y control realizó el 16 de septiembre de 2016 visita de verificación de cumplimiento del PAMEC, concluyendo que “la IPS E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA da cumplimiento al programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad y que ha implementado la etapa de preparación para la acreditación”

SUBPROCESO SEGURIDAD DE PACIENTES

En este subproceso se desarrollaron las actividades relacionadas con RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTION DE EVENTOS ADVERSOS Y FALLAS DE CALIDAD. Ambas actividades se realizaron de manera continua durante el año 2015,

EVENTOS ADVERSOS Y FALLAS DE CALIDAD

AÑO	2014	2015
TOTAL DE REPORTE	184	505
TOTAL DE FALLAS DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS	97	350
TOTAL DE EVENTOS ADVERSOS	74	93
OTROS	13	62

Durante el año 2015 el reporte de estos eventos mejoró en calidad del reporte, pero aún se considera bajo el reporte en algunos servicios.

Es destacable la mejora en el reporte de eventos adversos que la empresa presento en el 2015, debido a las acciones de educación en seguridad de pacientes que se realizan.

Se presentó la política de tecno y reactivo Vigilancia la cual está en fase de despliegue.

SUBPROCESO GESTIÓN DE ACREDITACIÓN

El equipo de calidad realizó plan para la autoevaluación con resolución 123 de 2014 de acreditación, el cual fue liderado por la gerencia quien designo los equipos de autoevaluación y apoyo con trasferencia de conocimiento a 30 miembros de los equipo bajo la dirección de ICONTEC Y apoyo de un consultor externo La calificación obtenida en el 2015 fue de 1,7 consolidado global, superior a porcentaje de 1,3 que tenía la empresa en el año 2014.

	PROMEDIO ESTANDARES ASISTENCIALES		
ESTANDAR	CALIFICACION 2013	2014	2015
DERECHOS DE LOS PACIENTES	1,40	1,40	1,9
SEGURIDAD DEL PACIENTE	1,3	1,3	1,7
ACCESO	1,4	1,4	1,4
REGISTRO E INGRESO	1,40	1,40	1,33
NECESIDADES AL INGRESO	1,73	1,73	1,33
PLANEACION DE LA ATENCION	1,21	1,21	2.00
EJECUCION DEL TRATAMIENTO	1,40	1,40	2,00

EVALUACION DE LA ATENCION	1,63	1,63	2,25
SALIDA Y SEGUIMIENTO	1,00	1,10	1,7
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	1,17	1,30	1,42
SEDES INTEGRADAS EN RED	1,47	1,50	2,17
CALIFICACION PROMEDIO	1,34	1,34	1,74

PROMEDIO ESTANDARES DE APOYO

ESTANDAR	2013	2014	2015
DIRECCIONAMIENTO	1,30	1,30	2,3
GERENCIA	1,57	1,57	2
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	1,14	1,14	1,35
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	1,28	1,28	1,35
GESTION DE TECNOLOGIA	1,36	1,36	1,45
GERENCIA DE LA INFORMACION	1,54	1,54	1,45
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1,32	1,32	1,7
CALIFICACION PROMEDIO	1,36	1,36	1,67

AÑO	CALIFICACIÓN GLOBAL ESTANDARES ASISTENCIALES Y DE APOYO
2013	1,3
2014	1,3
2015	1,7

SUBPROCESO EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

En este se desarrolla todo el programa anual de auditorías, que se programó para el 2015, y se realiza el acompañamiento a las auditorías externas de aseguradores entes territoriales y de control logrando un 100% de cumplimiento de lo programado

SUBPROCESO DE APRENDIZAJE INSTITUCIONAL

El resultado de las auditorías genera el insumo para la mejora y fortalece el conocimiento productivo para la organización, que a través de lo sistemático va generando cambios en la cultura organizacional y del talento humano. Adicionalmente el resultado del tablero de indicadores del primer y segundo semestre de 2015 se evaluó y propusieron acciones de mejora

Para el Proceso de Garantía de la Calidad, la vigencia 2015 se presenta un resultado de éxito porque las visitas de entes reguladores no presentaron hallazgo a la organización y por el contrario fuimos felicitado por el sistema de Gestión que tiene la EMPRESA.

5.1.9 Centro de atención al ciudadano

Los objetivos del grupo de atención al ciudadano están enmarcados dentro de lo siguiente:

- Orientar, Capacitar e Informar a los usuarios para que la prestación del servicio este soportada en los tres componentes de “Excelencia” eficiencia, eficacia y efectividad.
- Desarrollar la política de humanización mediante estrategias comunicativas y capacitaciones que faciliten la interiorización en los funcionarios de la ESE

Carmen Emilia Ospina para lograr en la Institución servicios humanos de salud.

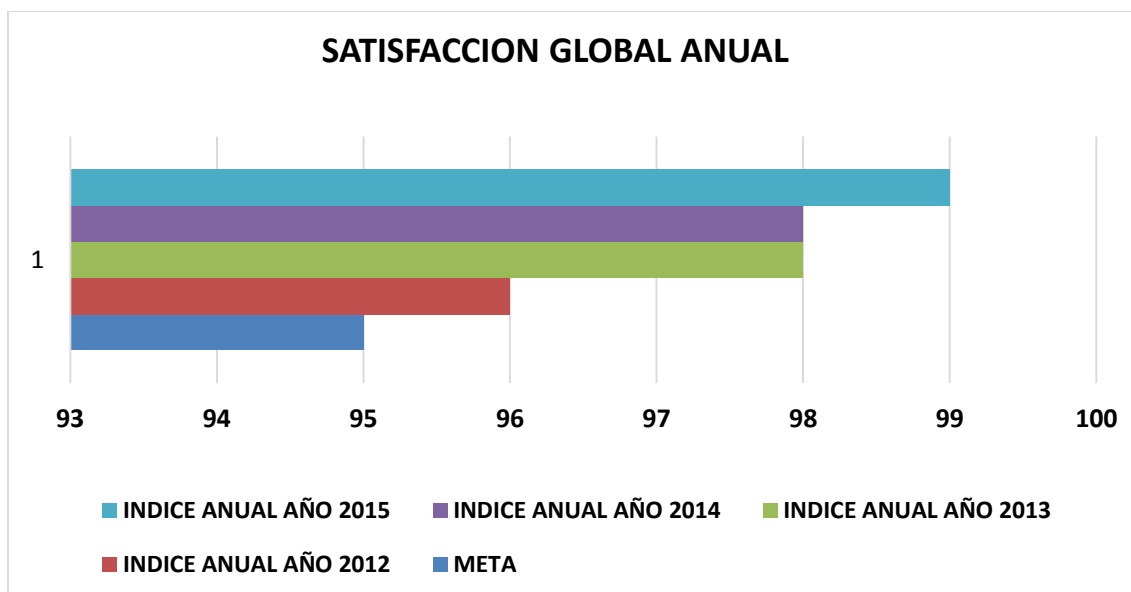
- Mantener los índices de satisfacción del usuario por encima de la meta establecida en el plan de desarrollo, Aumentando la eficacia en el uso de los recursos de la organización.
- Ayudar a gestionar de manera efectiva las necesidades de los usuarios con relación a sus requerimientos de salud.
- Mayor participación y vinculación activa del usuario en la solución de sus propias necesidades.
- Crear el manual de atención al ciudadano.
- Comprender las verdaderas necesidades y expectativas del usuario.

De igual manera, el centro de orientación al ciudadano brinda de manera oportuna a los usuarios la información confiable y actualizada de todos los servicios de salud ofertados por nuestra institución, además de permitir de manera anticipada la cancelación de citas cuando el paciente no pueda asistir a la misma, permitiendo así la reasignación de la cita mejorando la cobertura y oportunidad para la comunidad.

5.1.9.1 Satisfacción al usuario

COMPARATIVO INDICE DE SATISFACCION GLOBAL		
2014-2015 SIAU (ESE CEO)		
	2014	2015
<i>No. ENCUESTAS APLICADAS</i>	26.879	28.711
<i>% SATISFACCION</i>	98%	99%

Fuente SIAU ESE



En el año 2012 el índice de satisfacción global en la E.S.E. Carmen Emilia Ospina fue del 96%, incrementándose un punto porcentual en cada uno de los años 2013, 2014 y 2015, hasta alcanzar niveles del 99% de satisfacción, reflejándose mejoramiento, responsabilidad y sentido de pertenencia del recurso humano al prestar los servicios a los usuarios con calidad, oportunidad, confiabilidad, amabilidad, y de manera efectiva, digna y tolerante.

5.1.9.2 Capacitaciones realizadas por el SIAU

	SUR		NORTE		ORIENTE	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
CAPACITADOS	3466	3505	3867	4014	3014	3242
META CAPACITADOS	3156	3396	3156	3156	3240	3240
% CUMPLIMIENTO	109,80%	103%	122,40%	127%	93%	100%

Fuente SIAU ESE

Las capacitaciones a los usuarios se realizan en temas tales como: Instructivo de servicio, Modelo de atención, Procedimiento del SIAU, presentación de quejas, manifestaciones y felicitaciones (personal y virtual), Asignación de citas (línea amiga) y población prioritaria, Deberes y derechos de los usuarios, Humanización de los servicios, Horario de atención y rutas de acceso a los servicios, Prevención de enfermedades, Programas de pyp, megabrigadas, Dengue, Chikunguya, SikA, Proceso de medicamentos faltantes, Pólvora, Clasificación Triage

5.1.9.3 Línea Amiga

AÑO 2014		AÑO 2015	
No. Llamadas Exitosas	No. Llamadas abandonadas	No. Llamadas Exitosas	No. Llamadas abandonadas
268.663	66.928	260.010	31.768
80%	20%	88%	12%

Fuente. SIAU ESE CEO

En el año 2014, se recibieron un total de 335.591 llamadas en la línea amiga de las cuales el 80% fueron exitosas y un 20% fueron abandonadas. En el año 2015 se recibieron un total de 291.778 llamadas, de las cuales el 88% fueron exitosas y el 12% restante corresponden a abandonadas.

5.1.10 Convenios Docencia Servicios

Durante el año 2015 se mantuvo la relación Docencia Servicio con las instituciones educativas con las que históricamente se tiene pactada la relación. Se firmó convenio con la Universidad Antonio Nariño y con el Servicio Nacional de Aprendizaje “SENA” Son ellas:

- La Universidad Surcolombiana – Facultad de Salud.
- Fundación Universitaria Navarra UNINAVARRA.
- Fundación Universitaria María Cano.
- Universidad Antonio Nariño.
- Escuela San Pedro Claver.
- Escuela de Formación Atanasio Girardot.
- Escuela de Formación Lola Perdomo de Liévano - Cruz Roja seccional Huila.
- Centro empresarial en salud –CESALUD.
- Fundación Santa Paula.
- Servicio Nacional de Aprendizaje –SENA.
- Centro de altos estudios Navarra EU.

De las instituciones referidas, la Universidad Antonio Nariño está tramitando registro calificado para abrir pregrado de enfermería en la ciudad y el programa de odontología aún no define rotación por la ESE; la Fundación Universitaria María Cano inicia prácticas el primer semestre 2016 con apoyo a los programas de Maternidad Segura (Curso Psicoprofiláctico), actividad física del paciente del programa de riesgo cardiovascular, apoyo al programa de crecimiento y desarrollo del menor de 9 años y al programa de salud ocupacional de la ESE. El Centro de Estudios Navarra no refirió estudiantes en el 2015 y la Fundación Santa Paula sólo realizó actividades académicas durante el primer semestre. Hubo presencia de las Instituciones Educativas con sus docentes y discentes en todos los Centros de Salud que tiene La ESE Carmen Emilia Ospina en la Ciudad, incluidos los Centros de Fortalecillas y Caguán.

ESTUDIANTES EN FORMACIÓN:

Durante el año 2015 rotaron estudiantes de Postgrado de Pediatría y de Cuidado Urológico y Nefrológico de la Universidad Surcolombiana, de pregrado de Enfermería y Medicina de la misma Universidad y de la Fundación Uninavarra estudiantes de pregrado de enfermería y Tecnólogo en Radiología e Imágenes Diagnósticas; del SENA estudiantes de Auxiliar de Salud Pública; las restantes escuelas estudiantes en formación de Auxiliar de Enfermería.

INSTITUCION EDUCATIVA	PROGRAMA	Nº. ESTUDIANTES
USCO MEDICINA	Postgrado Pediatría	8
	Internado Medicina Social	18
	Ginecobstetricia	65
	Pediatría	66
	Medicina Familiar	52
USCO ENFERMERIA	Postgrado Enfermería	4
	Patologías Crónicas	45
	Adulto I	70
	Adulto III	60
	Madre Niño Adolescente	60
	Administración Clínica y Comunitaria	50
UNINAVARRA	Enfermería	41
	Tecnólogo en Radiología	4
SAN PEDRO CLAVER	Auxiliar de Enfermería	336
CESALUD	Auxiliar de Enfermería	152
	Auxiliar de Higiene Oral	6
ATANASIO GIRARDOT	Auxiliar de Enfermería	88

CRUZ ROJA	Auxiliar de Enfermería	45
SANTA PAULA	Auxiliar de Enfermería	10
SENA	Auxiliar de Salud Pública	22
TOTAL		1202

5.2 GESTION FINANCIERA Y PRESUPUESTAL

5.2.1 Gestión Presupuestal

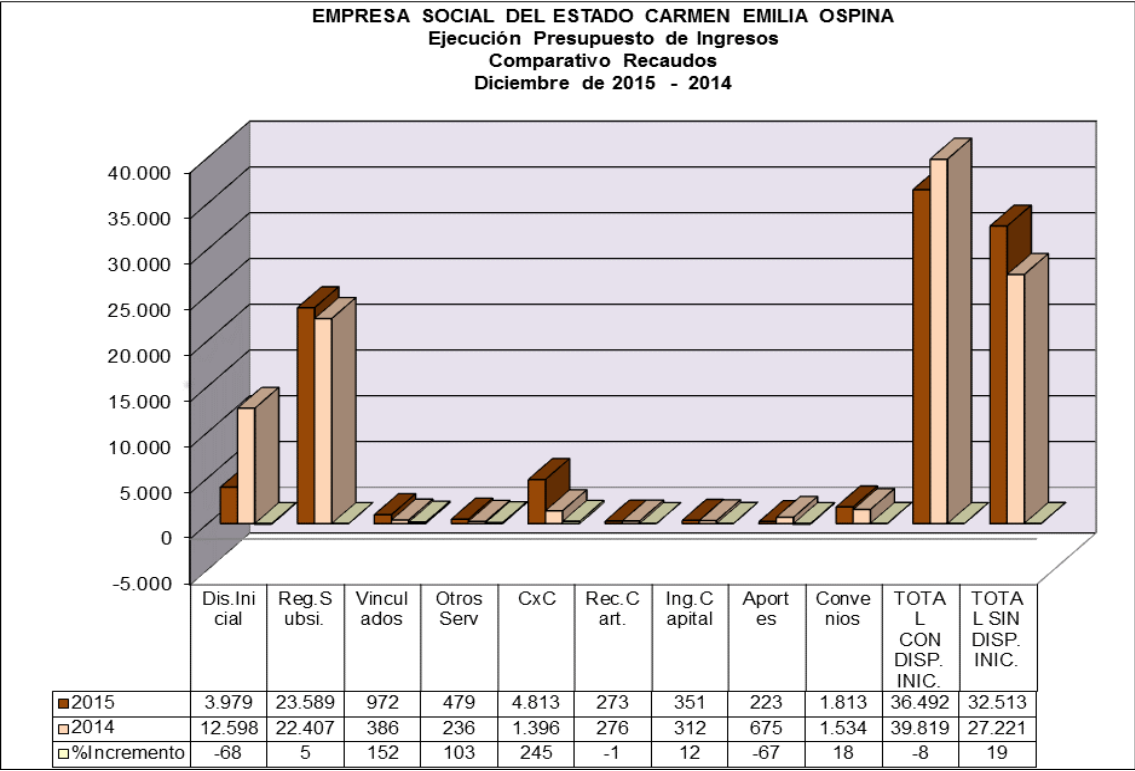
Concluido el mes de Diciembre de 2015 la ESE CEO continua mostrando una tendencia positiva en el manejo de los recursos presupuestales y financieros.

La base para la conformación del presupuesto de la empresa la constituyen, tanto los recursos en efectivo, las cuentas por cobrar presentadas en el balance al inicio del año y el recaudo por servicios prestados durante la vigencia en curso.

La disponibilidad de efectivo y la cartera por cobrar al finalizar el año 2014, proporcionaron recursos al presupuesto de 2015 del orden de \$10.881 millones, que sirvieron para financiar parte de los gastos autorizados en el presupuesto de 2015. Esta cifra es inferior en un 24% frente al periodo 2014, cuando alcanzó los \$14.270 millones.

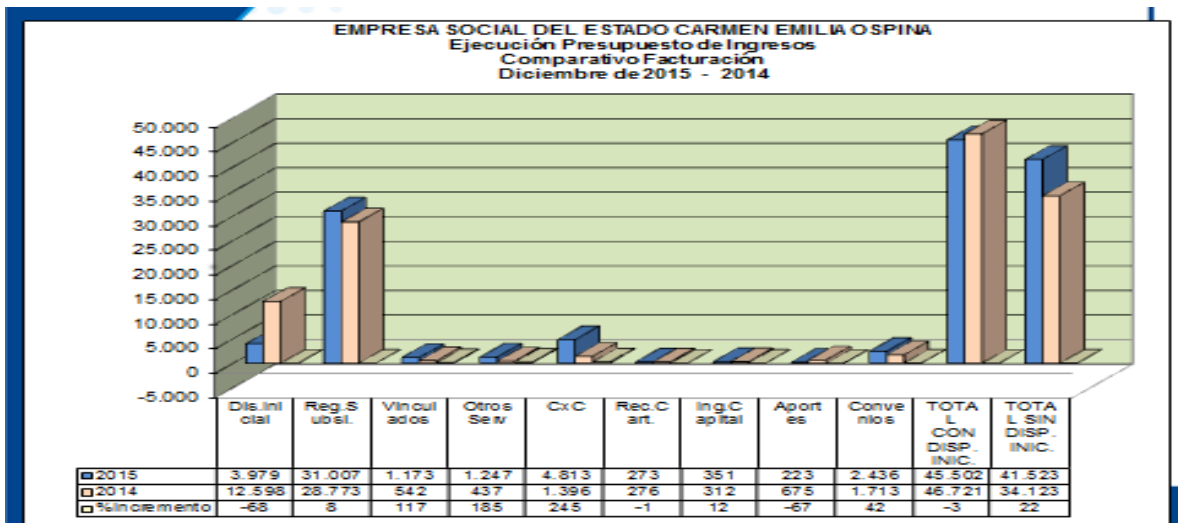
Por su parte, los recursos recaudados como producto de la venta de los servicios prestados en 2015 presentan el siguiente comportamiento: por régimen subsidiado ascendieron a \$23.589 millones, 5% más de lo recaudado en el periodo 2014; por atención a la población pobre no afiliada \$972 millones frente \$386 millones de año anterior; y por venta de otros servicios de salud (contributivo, particulares, SOAT, ARL, entre otros) presentó un valor de \$479

millones con un incremento del 103% con respecto al año anterior (\$236 millones). Todo lo cual significa un aumento en el recaudo.



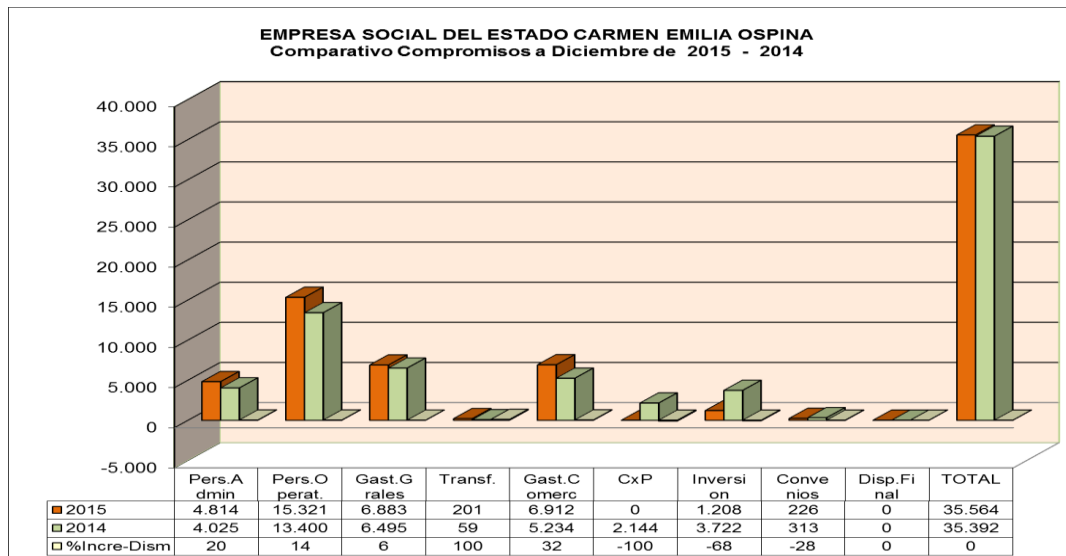
Fuente. Área Financiera ESE CEO

En general, la ejecución activa del presupuesto muestra una obtención de recursos en el periodo de 2015 en cuantía de \$32.513 millones, cifra que no incluye la disponibilidad inicial por valor \$3.979 millones, que comparado con los \$27.221 millones de la vigencia 2014, presenta un incremento en el recaudo del 19%.



Fuente. Área Financiera ESE CEO

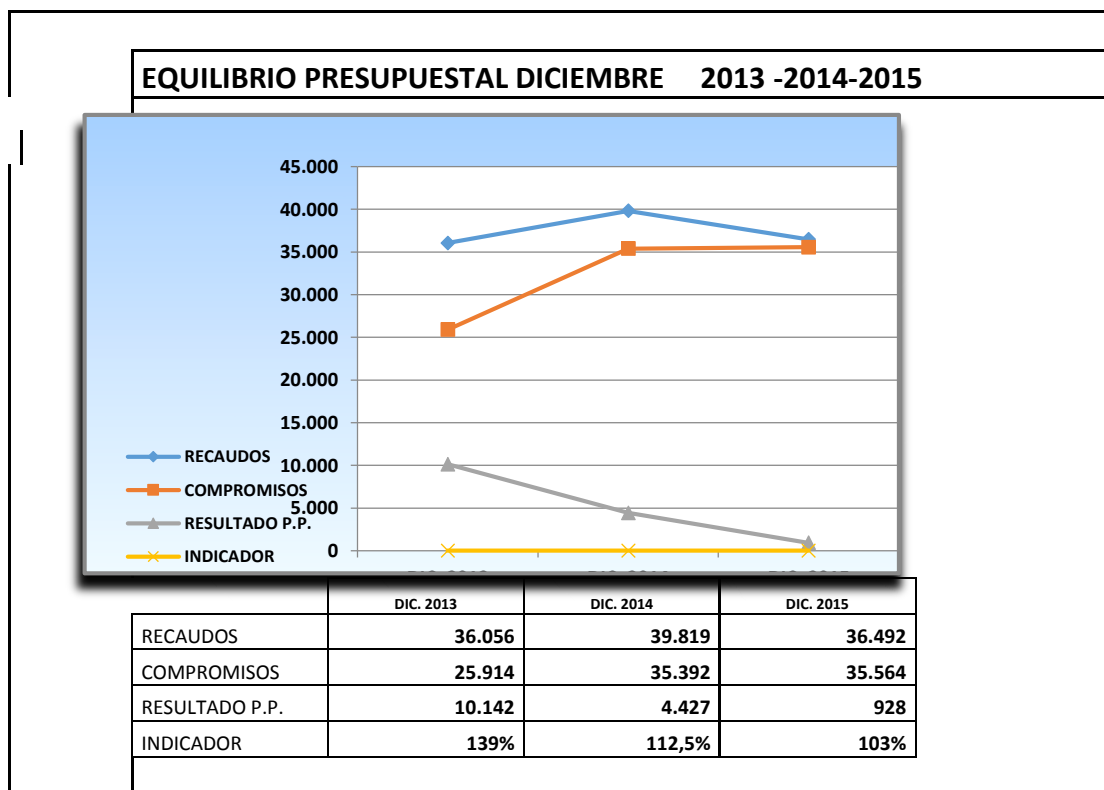
En la gráfica anterior se muestra las principales variables presupuestales, en forma comparativa. Se destaca en ella una dinámica importante en presupuesto el donde los reconocimientos ascienden a \$45.502 millones con disponibilidad, y \$41.523 millones sin disponibilidad inicial que comparado con el año anterior \$34.123 ingresos reconocidos sin disponibilidad se presenta un incremento del 22%.



Fuente. Área Financiera ESE CEO.

Con relación a los compromisos presupuestales se puede afirmar que se mantuvo estable presentando un aumento de 172 millones. Los rubros más representativos fueron los Gastos de Comercialización con un incremento del 32% correspondientes a la compra insumos y servicios necesarios para las áreas de hospitalización (18 nuevas camas), urgencias (un nuevo centro de atención) y 10 consultorios para consulta externa; en orden descendente le sigue Personal Administrativo con un 20 % de incremento correspondiente a nuevos puestos de facturación, revisores de cuentas, auditores médicos, entre otros; le sigue Personal Operativo con un incremento del 14% que incluye personal médico y asistencial necesario para atender el incremento de los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa.

INDICADOR DE EFICIENCIA PRESUPUESTAL



Fuente. Área Financiera ESE CEO

Al comparar los valores presupuestales efectivamente recaudados a diciembre de 2015 con los valores correspondientes a los compromisos de gastos, se obtiene el indicador denominado EFICIENCIA PRESUPUESTAL, el cual muestra qué tanto se han comprometido los dineros recaudados. En los tres últimos años el indicador se ubicó por encima de la situación de equilibrio, 139% para el 2013 y 113% para el 2014; y para el 2015 103%. Esto significa que el presupuesto de la vigencia presenta una ejecución de ingresos superior a la ejecución de gastos, los compromisos cubren un periodo presentando un equilibrio presupuestal.

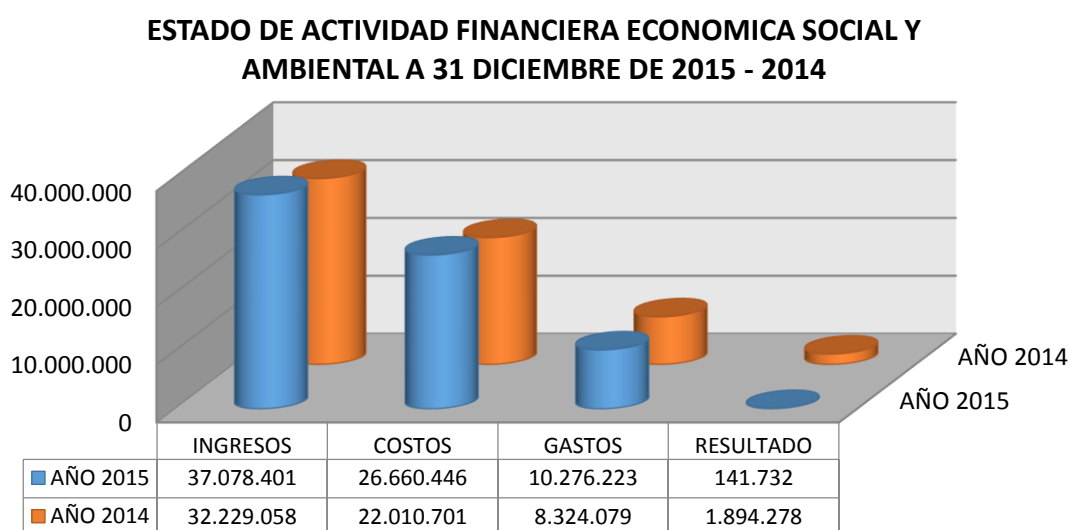
Se puede concluir que la situación presupuestal fue favorable, dadas las condiciones de:

- 1. Disminución de usuarios, pasando de 172.687 en el año 2014 a 161.772 para el 2015, con una reducción de 10.915 usuarios. Lo cual implica, que en el año 2014 por usuario se recaudó \$158 mil pesos, frente a \$201 mil pesos para el año 2015, incrementando el recaudo por usuario en \$43 mil pesos.*
- 2. El aumento significativo de los costos fijos de mantenimiento, vigilancia, aseo, servicios públicos, personal administrativo, entre otros; correspondientes a la ampliación de infraestructura física que pasó aproximadamente 3.900 m2 a 8.000 m2.*
- 3. Superávit de \$928 millones, entre los recaudos y los compromisos presupuestales los cuales incluyen inversión por valor \$1.208 millones.*
- 4. El cambio del modelo de contratación de Capitalización a Evento, implicó un aumento en la contratación de personal administrativo y gastos generales.*

5.2.2 Gestión financiera

Estado de Actividad Económica y Social

Las operaciones presupuestales, se refieren al plan autorizado de ingresos y gastos para la vigencia, conlleva a la obtención de cifras que se acumulan y se reflejan en los Estados Financieros, tanto de Situación Financiera como de Actividad Económica y Social, más conocidos como Balance General y Estado de Resultados.



Fuente. Área Financiera ESE CEO

CONCEPTO	AÑO 2015	AÑO 2014	VARIACIÓN	VARIACION %
INGRESOS	37.078.401	32.229.058	4.849.288	86,9%
COSTOS	26.660.446	22.010.701	4.649.745	82,6%
GASTOS	10.276.223	8.324.079	1.952.089	81,0%
RESULTADO	141.732	1.894.278	-1.752.546	-93%

Los estados financieros con corte a 31 de Diciembre del 2015, presentan una utilidad del ejercicio de \$142 millones de pesos. Como resultado de ingresos por

valor de \$37.078 millones y la deducción de los costos y gastos por valor de \$36.937 millones.

COMPARATIVO INGRESOS COSTOS DE 2015 Y 2014

	DICIEMBRE 2015	DICIEMBRE 2014	ABSOLUTA	PORCENTUAL
VENTA DE SERVICIOS	34.670.945.060	28.855.311.523	5.815.633.537	20,2%
URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS	7.859.415.710	6.104.969.076	1.754.446.634	28,7%
SERV. AMBULATORIOS - CONS.EXTE PROCED	3.244.581.498	3.348.446.790	-103.865.292	-3,1%
SERVICIOS AMBULATORIOS - SALUD ORAL	5.474.425.416	5.173.422.674	301.002.742	5,8%
SERVICIOS AMBUL - PROCIÓN Y PREVENCIÓN	1.606.260.618	1.882.122.508	-275.861.890	-14,7%
HOSPITALIZACIÓN - ESTANCIA GENERAL	1.716.318.216	459.941.082	1.256.377.134	273,2%
QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO	83.347.671	192.198.153	-108.850.482	-56,6%
AOPYO DIAGN - LABORATORIO CLÍNICO	5.033.126.032	5.240.611.841	-207.485.809	-4,0%
AOPYO DIAGN - IMAGENOLOGÍA	999.864.544	1.009.075.083	-9.210.539	-0,9%
APOYO TERAPEUTICO FARMACIA E INS. HOSP	5.676.344.108	4.593.774.565	1.082.569.543	23,6%
SERV. CONEXOS SALUD - SERV AMBULANCIA	308.494.120	285.447.700	23.046.420	8,1%
SERV CONEXOS SALUD - OTROS SERVICIOS	2.675.517.289	1.144.132.495	1.531.384.794	133,8%
TRANSFERENCIAS	0		0	100,0%
DEVOLUCIONES EN VTAS SERVICIOS	-6.750.161	-578.830.444	572.080.283	100,0%
COSTOS	26.660.445.637	22.010.701.111	4.649.744.526	21,1%
COSTO PRESTACION SERVICIOS	26.660.445.637	22.010.701.111	4.649.744.526	21,1%
URGENCIAS - CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS	6.914.909.790	4.856.993.871	2.057.915.918	42,4%
SERV. AMBULATORIOS - CONS.EXTE PROCED	3.989.920.174	3.421.747.883	568.172.291	16,6%
SERVICIOS AMBULATORIOS - SALUD ORAL	2.514.168.063	2.444.754.963	69.413.099	2,8%
SERVICIOS AMBUL - PROCIÓN Y PREVENCIÓN	2.914.713.656	2.790.249.471	124.464.185	4,5%
HOSPITALIZACIÓN - ESTANCIA GENERAL	638.721.583	431.488.467	207.233.116	48,0%
QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO	162.013.758	396.047.736	-234.033.978	-59,1%
AOPYO DIAGN - LABORATORIO CLÍNICO	1.965.517.882	1.881.252.652	84.265.230	4,5%
AOPYO DIAGN - IMAGENOLOGÍA	362.953.979	215.624.807	147.329.172	68,3%
APOYO TERAPEUTICO FARMACIA E INS. HOSP	3.787.308.714	2.865.467.719	921.840.995	32,2%
SERV. CONEXOS SALUD - SERV AMBULANCIA	851.768.394	820.845.254	30.923.140	3,8%
SERV CONEXOS SALUD - OTROS SERVICIOS	2.558.449.643	1.886.228.287	672.221.355	35,6%

Fuente. Área Financiera ESE CEO

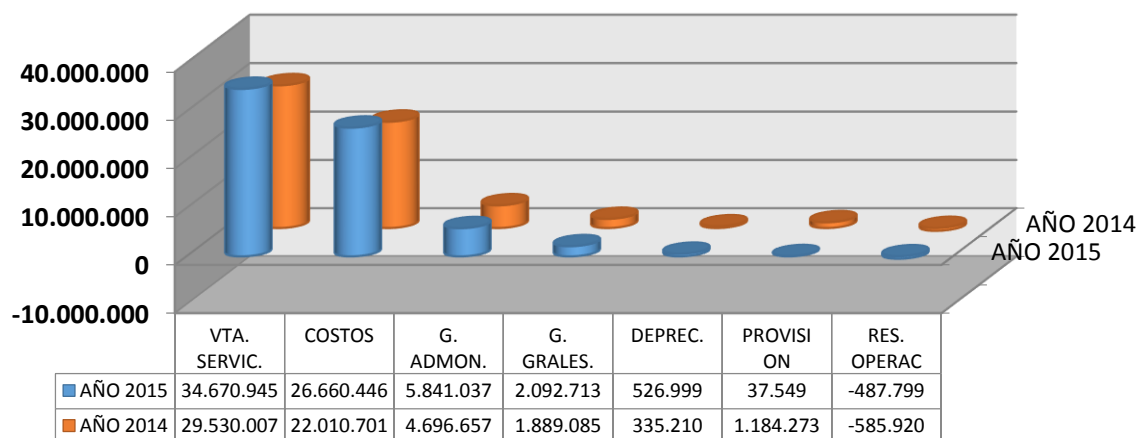
Como se puede observar en el cuadro anterior los ingresos por venta de servicios presentaron un incremento de \$5.815 millones frente a un incremento de los costos de prestación del servicio por valor de \$ 4.649. Así, los servicios con mayor impacto sobre el incremento en los ingresos y costos, son:

- **URGENCIA – CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS** con una variación de los ingresos por valor 1.754 millones y variación en costos por valor de 2.057 millones, generando una menor utilidad bruta en este centro de costos, por valor de 303 millones; lo cual se debe principalmente a que en la etapa de organización y puesta en marcha del nuevo Centro de Urgencias (Canaima) que inicio operación en el mes de enero 2015, requirió incurrir en costos pre operativos adicionales necesarios para garantizar la prestación del servicio con calidad y comodidad, esto en coherencia con la política de humanización del servicio y los requerimientos del condiciones mínimas de calidad exigidas en la Resolución 2003 de 2014; Mientras que el comportamiento de los ingresos por venta de servicios fue consolidándose en el mercado, paulatinamente durante el año, iniciando en enero con 53 millones, hasta alcanzar en diciembre la suma de \$132 millones.
- **CONSULTA EXTERNA, SALUD ORAL Y PYP** con una disminución en los ingresos de 78 millones e incremento en costos por valor de 762 millones, generando una menor utilidad por valor de 840 millones. La anterior situación obedece a diferentes factores como: a) la disminución de 10.915 usuarios que recibían servicios de la ESE CEO, principalmente bajo la modalidad de pago por capitación en las áreas de P y P y Salud Oral, lo cual originó la disminución del ingreso; b) el retiro de los 27.000 usuarios de EPS Caprecom durante los meses de julio y agosto y septiembre, la lenta reasignación de estos usuarios a otras EPS. c). El incremento de costos fijos como

aseo, vigilancia, servicios públicos, mantenimiento, depreciaciones, auxiliares de enfermería, circulantes, entre otros, y costos variables como las horas médico, necesarios para el funcionamiento de los 10 nuevos consultorios y áreas comunes del nuevo centro de salud.

- HOSPITALIZACION con un aumento en los ingresos de \$1.256 millones y un aumento en costos de \$207 millones, con un aumento en la utilidad bruta de \$1.049 millones, situación que fue favorable debido al incremento de oferta de 18 camas hospitalarias con una rotación aproximada del 75%, y como resultado de la reorganización de la oferta de camas en el centro de salud 7 de Agosto generando mayor efectividad logrando una utilidad bruta del 62% para el año 2015 frente al año 2014 de 6%.

RESULTADO OPERACIONAL COMPARATIVO A 31 DICIEMBRE DE 2015 - 2014

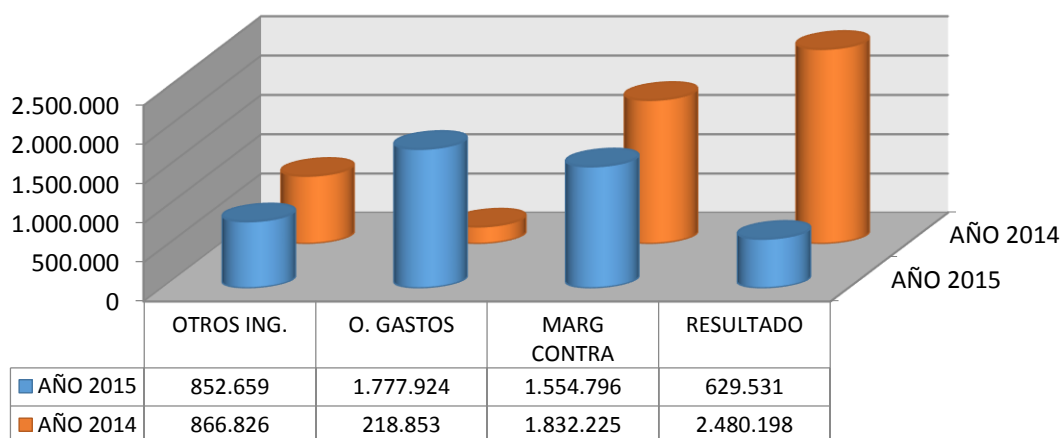


Fuente. Área Financiera ESE CEO

El resultado operacional muestra una venta de servicios de \$34.671 millones, con un incremento del 17.4% frente al año anterior, los cuales no incluyen los ingresos por margen de contratación por venta de servicio de salud que asciende a \$1.554 millones, debido a la clasificación realizada por el Ministerio Salud y

Protección Social que los ubica como ingresos no operacionales. Los costos y gastos operacionales alcanzaron los \$35.159 millones, con un incremento del 16.7% frente al año anterior, cifra afectada principalmente por: a) aumento de la depreciación en \$191 millones correspondiente al Centro de Salud Canaima; b). el incremento en el gasto por interconectividad de la zona rural en \$98 millones; c). aumento en el gasto por seguros de \$82 millones, debido a la inclusión de cobertura del Centro de Salud de Canaima; d) aumento de los gastos administrativos por valor de \$1.144 que corresponde al incremento del 6% en salarios y honorarios, al incremento en el número de facturadores (en promedio 12) necesarios para atender la modalidad de contratación por evento y los puestos de facturación del Centro de Salud Canaima, a la contratación de servicios técnicos para dar cumplimiento a requerimientos legales como la Ley General de Archivo, la implementación de Normas Internacionales de Información Financiera, el proceso de Autoevaluación con fines de acreditación Institucional y Catastro Físico Hospitalario.

RESULTADO NO OPERACIONAL COMPARATIVO A 30 NOVIEMBRE DE 2015 - 2014



Fuente. Área Financiera ESE CEO

El resultado no operacional de ingresos y gastos presenta un resultado de \$629 millones afectado principalmente en el gasto por las conciliaciones de glosas con la EPS Comfamiliar por valor de \$1.245 millones.

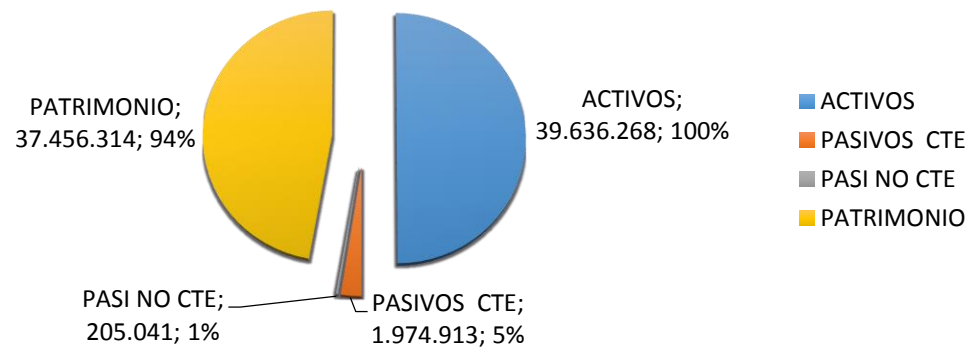
Con relación al Estado de Actividad Económica y Social del periodo 2015, se puede concluir que:

- *Fue afectado en el gasto significativamente por el efecto de conciliación de glosas de vigencias anteriores; y en el ingreso, por la dinámica del sistema de salud para la región, que redujo los principales compradores (EPS) a tres con condiciones financieras desfavorables, provocando la pérdida de usuarios y en consecuencia la reducción del ingreso*
- *La operación de la ESE CEO presentó un fuerte impacto en su estructura de costos debido al cambio en las condiciones de prestación del servicio, (ampliación y modernización de la infraestructura) que le permiten competir en el mercado con calidad y oportunidad pero con márgenes de rentabilidad inferiores.*
- *Los costos fijos y preoperativos para la puesta en funcionamiento del Centro de Salud Canaima en los servicios de hospitalización y urgencias, han venido presentando un comportamiento favorable que permite proyectar rápidamente, es decir antes de dos años, la estabilización entre la oferta y la demanda de los servicios, para alcanzar el punto de equilibrio en el corto plazo*

ESTADO DE SITUACION FINANCIERA

De lo descrito anteriormente, se obtiene finalmente el Estado de Situación Financiera o Balance General. Allí se observan las cifras correspondientes al valor de los Activos o bienes de la empresa, los Pasivos o deudas poseídas y el Capital o Patrimonio de la empresa.

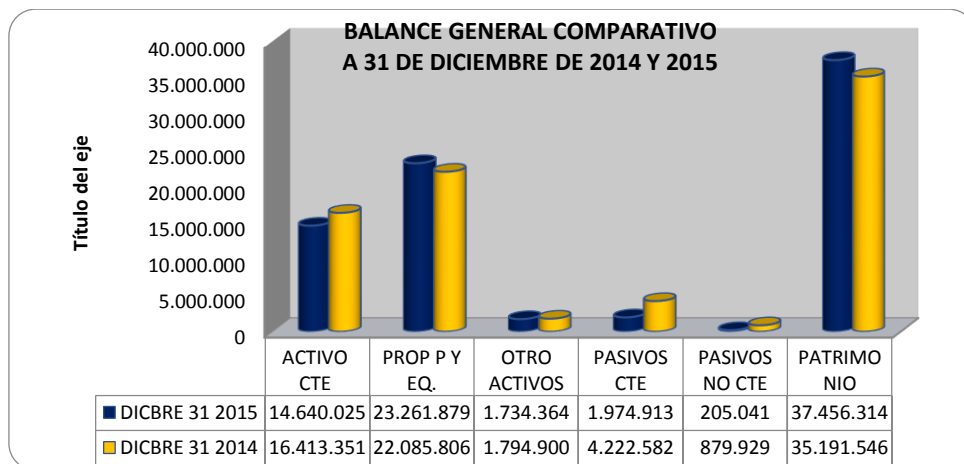
ESTADO DE SITUACION FINANCIERA A DICIEMBRE 31 DE 2015



Fuente. Área Financiera ESE CEO

Los Activos totales a 31 de Diciembre de 2015, se ubicaron en \$39.636.268 millones, del total de los activos podemos establecer que solo un 6% se adeuda a terceros y el otro 94% es de propiedad de la Empresa Social del Estado. Comparativamente con el año anterior el porcentaje del patrimonio frente a los activos paso del 88% al 94% con un incremento de 2.264 millones de pesos.

De igual forma los pasivos pasaron de 5.102 millones a 2.179 con una reducción del 57%



Fuente. Área Financiera ESE CEO

CARTERA

Las ventas de servicios realizadas en el año 2.015 llegó a los \$36.621 millones, así la gestión de cartera presenta una dinámica importante en cuanto tiene que ver con los recaudos que alcanzaron los \$31.242 millones, con un indicador de recaudo del 85% como se muestra en la siguiente gráfica.



Fuente. Área Cartera ESE CEO

Sin embargo, debido a la crisis que vivió en el año 2015 el Sector Salud, donde la ESE CEO fue afectada sustancialmente por la salida del mercado de las EPS Caprecom y Salupcoop, ocasionando un aumento en la cartera que pasó de \$9.650 millones en el año 2014 a \$11.727 millones en 2015, saldo que fue sujeto de depuración, con ocasión del Periodo de Preparación Obligatoria para la implementación de las Normas Internacionales de Información Financiera, por valor de \$1.095 millones correspondientes a cartera de entidades liquidadas hace varios periodos, como Solsalud \$809 millones, ARS Bolívar \$239 millones, entre otras; valores que pasaron a Cuentas de Orden y seguirán siendo parte de la gestión de cobro jurídico en la medida en que sea viable adelantar procesos de reparación directa contra el Estado.

Con la depuración anterior, la cartera aumentó en un 10% con relación al año 2014 y su saldo para el 2015 fue de \$10.632 millones que se encuentran clasificados por edades de la siguiente forma:

CARTERA CONSOLIDADA POR EDAD - DICIEMBRE DE 2015

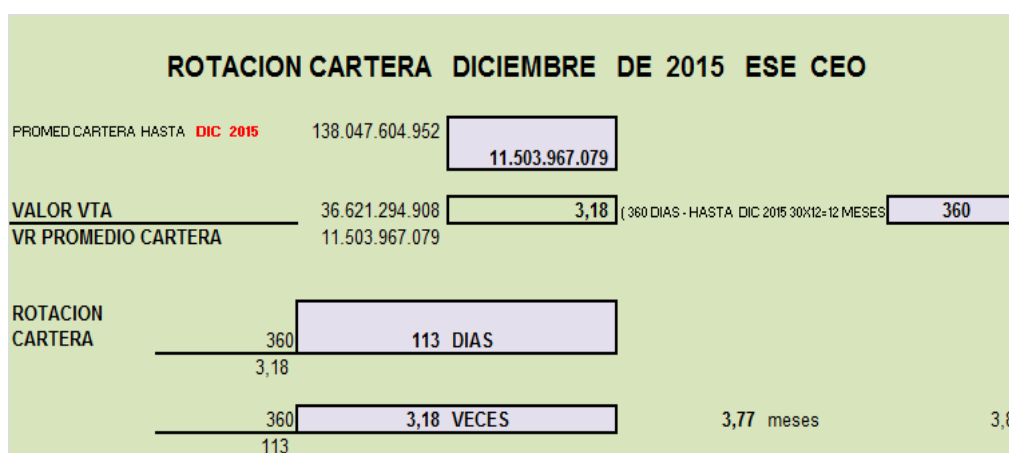
REGIMEN	NO VENCIDAS	31 A 60	61 A 90	91 A 180	180 A 360	MAYOR 360	TOTAL	%
EPS SUBS NEIVA	1.289.267.150	1.219.999.734	768.731.339	1.663.855.283	2.405.879.109	1.214.755.275	8.562.487.890	81%
OTRAS EPS SUB EN LIQ.	18.316.210	16.648.528	12.349.441	21.687.143	27.896.156	87.793.928	184.691.406	2%
SOAT	10.411.959	16.071.869	6.463.837	10.894.054	6.020.680	5.597.057	55.459.456	1%
CONTRIB	85.433.911	84.745.733	71.994.971	179.339.369	198.102.068	17.372.269	636.988.320	6%
OTRAS ENTID sub	16.016.344	13.732.471	11.947.489	47.204.956	60.676.858	23.664.524	173.242.642	2%
MPIOS	7.764.531	6.181.563	4.523.968	11.483.026	11.779.774	-	41.732.862	0%
FOSYGA	5.088.643	7.433.563	3.313.652	15.568.437	29.338.589	40.409.178	101.353.764	1%
MPID DE NEIVA	704.941.750	76.613.331	-	-	-	94.744.551	876.299.632	8%
SS OPTAL	-	-	-	-	-	-	-	0%
TOTAL	2.137.240.458	1.441.426.792	879.324.697	1.950.032.268	2.739.693.234	1.484.336.782	10.632.255.972	100%
V/R RELATIVO	20 %	13 %	8,3 %	18 %	26 %	14 %	100 %	

Fuente. Área Cartera ESE CEO

La cartera no vencida por valor de \$2.137 millones (20%) corresponde a la facturación que se encuentra dentro de los términos establecidos de radicación y aceptación por parte de las EPS. Así mismo, \$4.271 millones (40%) presentan edades entre los 31 y los 180 días, donde los valores más representativos están en la EPS Caprecom (en liquidación y reclamación) \$1.020 millones, y Comfamiliar \$2.311 millones en proceso de auditoría y conciliación de los valores

objetados y glosados dentro del periodo, para su posterior cancelación en los términos establecidos por la Ley 1438 de 2011. Con edad entre los 181 y 360 días se tiene \$2.740 millones (26%), en donde Caprecom (en liquidación y reclamación) participa con \$1.861 millones, seguido de Comfamiliar \$385 millones, Saludcoop (en liquidación y reclamación) \$111 millones, Cafesalud \$97 millones y Comparta \$80 millones, para las EPS que no están en liquidación esta Cartera es originada en su mayor parte por la dilatación en los procesos de liquidación de contratos, debido a que el Ministerio de la Salud y Protección Social ha venido realizando revisión y ajustes a las bases de datos de usuarios de años anteriores, en consecuencia las EPS esperan dichos ajustes para proceder a liquidar los contratos. Y finalmente superior a los 360 días \$1.484 millones (14%), donde los valores más representativos son Cafesalud \$537 millones, Caprecom \$373 millones y Comparta \$304 millones, todos en procesos cobro jurídico.

Como se observa en el siguiente cuadro la rotación de la cartera es de 3.18 veces al año es decir que la ESE CEO recauda 100% de su cartera cada 113 días o 3.77 meses, indicador que se considera favorable en las condiciones del entorno del sector de la Salud.



Fuente. Área Cartera ESE CEO

Uno de los factores que afecta significativamente el proceso de recaudo y la acumulación de cartera en la modalidad de contratación por evento, está dada por las objeciones y glosas presentadas por las EPS a la facturación. Para el año 2014 el indicador de glosas acumulado era del 8% frente al año 2015 del 3.1% presentando una disminución del 4.9%; esta disminución obedece a la implementación de auditoría, revisión de cuentas médicas y a los procesos de mejoramiento de todo el personal administrativo y asistencial, que paulatinamente han disminuido la glosa mes por mes, donde diciembre de 2014 alcanzaba el 16% y para diciembre 2015 cerró en el 4% con una disminución del 12%.

Como conclusión del proceso de cartera se puede afirmar:

- *Que la gestión ha sido positiva y se espera para año 2016, mayor flujo de recaudo, debido a la significativa disminución de los valores objetados, que durante el 2015 inmovilizaron gran cantidad de recursos en espera de los procesos de conciliación y pago.*
- *Que la crisis financiera del sistema afectó la gestión de año 2015, sin embargo las medidas administrativas implementadas (Procesos de Auditoría, Mesas de Trabajo, Cobros Persuasivos y Cobros Jurídicos), permitieron garantizar el flujo de efectivo necesario para generar superávit presupuestal y de tesorería, ejecutar las inversiones proyectadas y alcanzar el óptimo funcionamiento de la Empresa.*
- *Los procesos de liquidación de contratos presentaron una lenta dinámica contribuyendo al crecimiento de la cartera.*

Costos

El siguiente cuadro presenta la distribución de costos de la ESE CEO para la vigencia 2015, donde el costo primario fue del 78% del total de los ingresos facturados sin incluir los márgenes de contratación por la venta de servicios capitados.

E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA									
RESULTADO CONSOLIDADO DICIEMBRE 2015 SERVICIOS (Miles de \$)									
CENTRO	GASTO GENERAL	MANO OBRA	SUMIN.	ACTIVOS FIJOS	COSTO PRIMARIO	INGRESO	RESUL OPERACIÓN	DISTRIB	COSTO TOTAL
URG.	1.514.695	4.331.896	1.369.785	278.598	7.494.974	7.834.650	339.676	1.979.578	9.474.552
C. EXT	698.733	2.903.487	207.176	153.319	3.962.714	3.244.542	-718.172	842.009	4.804.723
P Y P	730.261	2.159.468	188.454	34.508	3.112.692	1.606.225	-1.506.467	538.947	3.651.638
ORAL	563.427	1.605.442	366.273	40.962	2.576.104	5.474.422	2.898.318	1.293.889	3.869.993
HOSP	401.458	107.745	415.239	0	924.442	1.709.616	785.174	428.942	1.353.385
LAB	345.101	435.589	1.138.446	30.391	1.949.528	5.028.783	3.079.255	1.231.789	3.181.317
PART	88.769	64.489	19.569	11.160	183.987	83.318	-100.669	23.380	207.367
IMAG	74.876	275.673	34.834	4.750	390.133	998.564	608.430	220.813	610.946
AMB	249.071	467.986	77.393	114.332	908.783	307.741	-601.042	115.418	1.024.201
FARM	84.631	26.051	3.683.088	3.284	3.797.054	5.676.344	1.879.290	1.173.145	4.970.199
CTOS	135.043	1.803.300	14.107	0	1.952.450	2.675.079	722.629	153.793	2.106.243
TOTAL CENTRO	4.886.067	14.181.127	7.514.365	671.304	27.252.862	34.639.284	7.386.422	8.001.703	35.254.566
%	17,93%	52,04%	27,57%	2,46%	100,00%				

PARTICIPACION EN LOS INGRESOS			
INGRESO	SERVICIOS SALUD	34.639.284	100%
COSTOS	MANO OBRA	14.181.127	40,94%
	SUMINISTROS	7.514.365	21,69%
	ACTIVOS FIJOS	671.304	1,94%
	DIRECTOS	4.886.067	14,11%
	TOTAL	27.252.862	78,68%
RESULTADO OPERACIONAL		7.386.422	21,32%

Dentro de estos costos la mano de obra presenta una participación del 40% con un incremento del 10% frente al año inmediatamente anterior, aumento que se explica en el incremento del 6% en el valor de la hora médica, la puesta en marcha de nuevos consultorios y un nuevo centro de urgencias. Como se observa en los cuadros siguientes los suministros incrementaron su participación en un 30%, lo anterior debido al aumento del valor del dólar que automáticamente impactó en cerca del 20% el precio de los insumos; de igual forma, en medicamentos intrahospitalarios, urgencias y en general, se aumentó el consumo

debido a la crisis del chikungunya vivida en el primer trimestre del 2015 y el aumento de 18 camas hospitalarias.

E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA
COMPARATIVO CONSOLIDADO DICIEMBRE 2014 - 2015

CENTRO	GASTO GENERAL			MANO OBRA		
	2.014	2.015	VARIAC.	2.014	2.015	VARIAC.
URG.	1.009.882	1.514.695	504.813	2.974.638	4.331.896	1.357.258
C. EXT	685.808	698.733	12.925	2.498.734	2.903.487	404.753
P Y P	703.224	730.261	27.037	2.577.044	2.159.468	-417.576
ORAL	528.289	563.427	35.138	1.528.131	1.605.442	77.311
HOSP	155.172	401.458	246.286	256.960	107.745	-149.215
LAB	280.386	345.101	64.715	428.231	435.589	7.358
PART	89.485	88.769	-716	272.573	64.489	-208.084
IMAG	49.529	74.876	25.347	160.020	275.673	115.653
AMB	207.135	249.071	41.936	503.006	467.986	-35.020
FARM	73.851	84.631	10.780	24.249	26.051	1.802
CTOS	182.205	135.043	-47.162	1.556.742	1.803.300	246.558
TOTAL	3.964.966	4.886.067	921.101	12.780.328	14.181.127	1.400.799

CENTRO	SUMINISTROS			ACTIVOS		
	2.014	2.015	VARIAC.	2.014	2.015	VARIAC.
URG.	810.308	1.369.785	559.477	178.693	278.598	99.905
C. EXT	199.103	207.176	8.073	165.366	153.319	-12.047
P Y P	201.036	188.454	-12.582	58.416	34.508	-23.908
ORAL	448.496	366.273	-82.223	59.980	40.962	-19.018
HOSP	25.256	415.239	389.983	0	0	0
LAB	1.126.414	1.138.446	12.032	50.086	30.391	-19.695
PART	33.488	19.569	-13.919	18.967	11.160	-7.807
IMAG	46.461	34.834	-11.627	4.694	4.750	56
AMB	62.616	77.393	14.777	111.194	114.332	3.138
FARM	2.758.664	3.683.088	924.424	1.861	3.284	1.423
CTOS	44.434	14.107	-30.327	3.474	0	-3.474
TOTAL	5.756.276	7.514.365	1.758.089	652.731	671.304	18.573

La rentabilidad por centros de salud evidencia claramente la inviabilidad de continuar operando el centro de salud Candido, el cual refleja una rentabilidad negativa de \$420 millones; así mismo debido a la dispersión de la población en la Zona Rural, se presenta para estos centros de salud un rentabilidad negativa por valor de \$481 millones, lo cual deberá evaluarse para la contratación de venta servicios con las EPS, asignando una tarifa diferencia que permita mejorar la rentabilidad.

RENTABILIDAD CENTROS DE SALUD			
CENTRO	COSTO	INGRESO	RENTABILIDAD

GRANJAS	3.230.465	3.438.057	207.592
CANDIDO	478.028	57.375	-420.653
EDO SANTOS	644.832	627.203	-17.629
RURALES NORTE	686.804	448.076	-238.728
PALMAS	4.460.283	7.460.887	3.000.603
SIETE AGOSTO	2.065.570	2.282.054	216.484
RURAL ORIENTE	363.815	172.022	-191.793
IPC	2.961.811	3.228.017	266.206
SANTA ISABEL	5.432	126	-5.306
CANAIMA	4.776.469	5.113.426	336.957
RURAL SUR	264.201	211.313	-52.888
OTROS	7.315.152	11.600.728	4.285.576
TOTAL	27.252.862	34.639.284	7.386.422

El anterior panorama permite concluir que es necesario atender las necesidades de reorganización de la oferta, según el estudio presentado ante la junta directiva en el año 2014, lo cual permitirá reducir costos, aumentar los márgenes de contribución a costos fijos concentrando algunos servicios en el Nuevo Hospital de Canaima.

INDICADORES FINANCIEROS

INDICADORES	FORMULA	DICIEMBRE-15	DICIEMBRE-14
Capital de trabajo	Activo corriente - Pasivo Corriente	12.665.112,21	12.190.768,50
Rotación de activos fijos	Total Ingresos operacionales/ Total activos fijos	1,49	1,34
Relación costos y gastos frente a los Ingresos	Costos + Gastos / Ingresos	99.6%	94.1%
Liquidez	Activo corriente / Pasivo Corriente	7,41	3,9
Nivel Endeudamiento	Pasivo total / Activo total *100	6%	13%
Margen Bruto	Utilidad / Ingresos * 100	23%	27%

Los indicadores financieros demuestran que la ESE CEO presenta una gestión financiera positiva, la cual debe mejorar progresivamente en la medida en que la ampliación de la infraestructura y oferta de nuevos servicios se consolide, acompañado de un proceso de reorganización de la oferta por centros de salud, que permita mejorar la relación de costos y gastos con relación a los ingresos, y el porcentaje de margen bruto.

5.3 GESTION ADMINISTRATIVA

5.3.1 Gestión del talento humano

La E.S.E Carmen Emilia Ospina mediante acuerdo 06 de nueve de marzo de 2000, se adoptó el manual específico de funciones y requisitos de los diferentes empleos de la Planta de personal de la E.S.E, dicho manual se ha modificado mediante el acuerdo 010 de 2004; 012 de 2005 y acuerdo 06 de 2006. En la actualidad con una planta de 95 cargos, conformada por diversos tipos de vinculación, tal como se aprecia en el siguiente cuadro de detalle

51	INSCRITOS EN CARRERA ADMINISTRATIVA
7	TRABAJADORES OFICIALES
1	POR PERIODO
6	LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION
29	PROVISIONALIDAD

Como se puede observar la planta de personal es insuficiente para cubrir los requerimientos de la operación en especial los procesos misionales de prestación de servicios de salud razón por la cual se contrata personal bajo la modalidad de prestación de servicios y bajo la modalidad de outsourcing los servicios aseo, vigilancia, farmacia.

PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN-INDUCCION- BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS

El programa de Bienestar Social de la ESE Carmen Emilia Ospina, tiene la finalidad de propiciar condiciones en el ambiente de trabajo que favorezcan el desarrollo de la creatividad, la identidad corporativa, la participación y el desarrollo de habilidades en los servidores de la institución, con una calidad de vida laboral que permitan un desempeño eficaz, eficiente y efectivo dentro de cada área de la institución.

En el desarrollo del PLAN ANUAL DE BIENESTAR SOCIAL, la institución ha tomado como punto de partida las áreas de *PROTECCION Y SERVICIOS SOCIALES*, que comprende los aspectos tradicionales atendidos a través de los programas de salud ocupacional, seguridad social integral, recreación, cultura,

vivienda, educación formal para el servidor público y su grupo familiar, y *CALIDAD DE VIDA LABORAL*, la cual se ocupa de los procesos socio-técnicos y culturales del ámbito laboral y de la forma como inciden en el desarrollo personal y organizacional, tales como clima laboral, diseños puesto de trabajo, incentivos, equipo de trabajo, desarrollo de carrera, estilo de dirección, desvinculación laboral asistida, cultura organizacional, trabajo en equipo como facilitador de la vida laboral.

Dentro de las actividades desarrolladas se destacan: La celebración del día del trabajo; gratitud a la vida, Auxilio funerario, bono educativo, función ocupacional vinculo social regional; jornadas deportivas; actividad ecológica, actividad navideña de los hijos de los empleados de la ESE, cena navideña, bono navideño, celebración de quinquenios, actividad de inclusión social.

PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION DE LA ESE CEO

La Capacitación y formación de los empleados públicos está orientada al desarrollo de sus capacidades, destrezas, habilidades, valores y competencias fundamentales, con miras a proporcionar su eficacia personal, grupal y organizacional, de manera que posibilite el desarrollo profesional de los servidores públicos y el mejoramiento en la prestación de los servicios.

El Plan Anual de Capacitación es un instrumento de participación y crecimiento institucional, a través del cual se estimula el desempeño laboral, se incentiva la cultura organizacional y prepara a todos los servidores públicos para el cambio.

5.3.2 Salud ocupacional

La seguridad y salud en el trabajo actualmente representa una de la herramientas de gestión más importantes para mejorar la calidad de vida laboral en las empresa y con ella su competitividad es posible siempre y cuando la empresa promueva y estimule en todo momento la creación de una cultura en

seguridad y salud en el trabajo que debe estar sincronizada con los planes de calidad, mejoramiento de los procesos y puestos de trabajo, productividad, desarrollo del talento humano y la reducción de los costos operacionales.

Es por ello que el área de Seguridad y Salud en el Trabajo, tiene entre sus propósitos desarrollar el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SG-SST, con el fin de mejorar la calidad de vida laboral, lograr una reducción de los costos generados por los accidentes y enfermedades laborales, mejorar la calidad de los servicios y ante todo generar ambiente sano para los que allí trabajan.

El interés es suministrar los recursos necesarios para responder a las demandas de la población trabajadora respecto a su salud y el medio ambiente laboral, así como para dar cumplimiento al Decreto 1443 de 2014, por ello la ESE Carmen Emilia Ospina, ha venido desarrollando las diferentes componentes que lleven a tener los diferentes sistemas de gestión en la seguridad y salud en el trabajo.

5.3.3 Gestión Ambiental

La política ambiental de la ESE Carmen Emilia Ospina, se constituye en tema de gran importancia dentro de las competencias establecidas por el marco legal estipulado como entidad prestadora de servicios de salud del nivel Municipal de la Ciudad de Neiva - Huila, en cuanto al manejo y control de todo lo concerniente al medio ambiente a fin de que contribuya con el logro y mantenimiento del bienestar tanto del personal que labora dentro de la empresa como de los usuarios que a diario acceden al servicio de la misma.

Como generadora de residuos hospitalarios ha diseñado un Plan para la Gestión Integral de los Residuos en su componente interno, el cual es ejecutado con base en los procedimientos, procesos, actividades y estándares que se establecen en los Manuales de procesos y procedimientos (segregación,

inactivación movimiento interno y almacenamiento central) y el externo es de responsabilidad de la empresa contratista que transporte los residuos (transporte, tratamiento y disposición final),. y que cumplen los estándares de desinfección, procedimientos y procesos contemplados en el manual de bioseguridad.

PROGRAMA RECICLAJE

Se ha logrado la disminución en la generación de los residuos comunes, la política de la “NO-BASURA”, evita que los residuos reciclables vayan al relleno sanitario y así contribuye a aumentar la vida útil del relleno sanitario “los Ángeles” del municipio de Neiva.

- **Reciclaje:** En septiembre de 2013 se inicia el programa de reciclaje sedes de E.S.E Carmen Emilia Opina de las sedes: Las Granjas, IPC, 7 de agosto Canaima y Palmas. La recolección de material se realiza por la empresa RECICLAJE MARIN cada 15 días o cuando se requiere. Los cuales son pesados, registrados en formato. Control de Reciclaje y el pago se realiza en tesorería. En el año 2014 los kilos de reciclaje fue de 13.558 kilos frente a 23.431 kilos en el año 2015

PROGRAMA DE POSCONSUMO

Con el fin de generar alternativas para la disposición final de luminarias, pilas, llantas, computadores y excedentes industriales de ESE CARMEN EMILIA OSPINA se realiza el programa de Posconsumo Reduciendo los impactos al Medio Ambiente generados en las diferentes áreas de la sobre la disposición de residuos administrativos y operativos.

Gracias a la gestión realizada por el área de gestión Ambiental con la Corporación del Alto Magdalena (CAM) la ESE CEO participo en la jornada de recolección de los residuos peligrosos y especiales, con el objetivo de manejarlos

de forma segura para proteger la salud de sus usuarios, funcionarios y el medio ambiente buscando realizar la adecuada disposición final y contribuyendo en la reducción de gastos económicos.

De las cuales se entregaron: 2000 luminarias medianas

40 kilos de baterías

2000 luminarias x\$3.300 (valor cotizado por Incihuil) =\$6.600.000(valor ahorrado)

40 kg (pilas y baterías) x \$3.300(valor cotizado por Incihuil)=\$132.000(valor ahorrado)

TOTAL REDUCCIÓN DEL GASTO ECONÓMICO A LAS E.S.E CEO DE LA
DISPOSICIÓN FINAL (**residuos de luminarias y baterías**):

\$6.732.000

PROGRAMA DE POSCONSUMO de la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA recopila residuos por todas las sedes, lo que ha generado conciencia y cultura ambiental tanto para los usuarios y funcionarios que depositan sus pilas y baterías en contenedores dispuestos para este fin.

Con un el área de comunicación se difundió la campaña por medios de comunicación internos.



De igual manera en el programa de posconsumo se encuentran los residuos de llantas que se generan partir del cambio de llantas de la ambulancias y los carros de subgerencia y gerencia, Con el fin de realizar la reutilización de las llantas recogidas por el Programa, el área de Gestión Ambiental ejecuto un plan de acción para embellecer paisajísticamente el centro de salud Canaima y se realizaron siembra de 10 árboles forestales.





RECOLECCIÓN RESIDUOS PELIGROSOS

La recolección de los residuos No peligrosos, biodegradables e inertes y ordinarios y los de reciclaje la realiza un empleado de servicios generales con sus respectivos EPP, se trasladan en el vehículo para movimiento interno desde cada área de generación al almacenamiento central todos los días a través de las Rutas específicas para este tipo de residuos, con una frecuencia mínima de 1 vez al día. Y los Peligrosos son evacuados por el mismo personal pero la actividad la realizan mínimo dos (2) veces en el día, con un horario y ruta previamente establecida.

- **Residuos peligrosos:** Se realiza por parte de la empresa INCIHUILA todos los días, los Residuos son pesados y son registrados en el formulario.RH1

CUADRO COMPARATIVO RESIDUOS PELIGROSOS AÑO 2014 VS.2015

Mes	2014	2015	Dif	% Variacion
ENERO	2.458	2.773	315	12,8%
FEBRERO	2.613	3.148,5	536	20,5%
MARZO	2.581	3.182,5	602	23,3%
ABRIL	2.560	3.135	575	22,5%
MAYO	2.652	3.140,5	489	18,4%
JUNIO	2.555	2.749,5	195	7,6%
JULIO	2.649	2.813	164	6,2%
AGOSTO	2.349	2.756	408	17,4%
SEPTIEMBRE	2.197	2.422	225	10,2%
OCTUBRE	2.750	2.708	(42)	-1,5%
NOVIEMBRE	2.234	2.273,5	40	1,8%
DICIEMBRE	2.703	2.273,5	(429)	-15,9%
TOTAL/ KG	30.298	33.375	3.077	10,2%

Fuente: Información Reporte INCIHUILA

Según el cuadro en el año 2014 se recogieron Residuos Peligrosos por parte de la empresa INCIHUILA con un total 30.298 kg y en 2015 fueron 33.375 kg donde se generó un incremento a 3.077 kg equivalente a una variación de 10.2%,

RESIDUOS LÍQUIDOS 2014 VS 2015

En el año 2014 recogieron 167 Gal. Líquidos Peligrosos por parte de la empresa INCIHUILA y en 2015 fueron 238 Gal donde se generó un incremento 71 Gal es de anotar que solo se recogen líquidos en la sede Las Palmas (laboratorio) e IPC producto de los líquidos de análisis de citologías.

RESIDUOS ORDINARIOS

La empresa encargada, CIUDAD LIMPIA, realiza la recolección tres veces en la semana, los días lunes, miércoles, viernes de 6:00 a.m. a 2:00 p.m. y deben ser sacados solo en el momento en que el vehículo lo recogerá.

LIQUIDOS RX

En el año 2015, gracias al cambio de tecnología en RX convencional y odontológico se eliminó la generación de liquidas producto del revelado.

5.3.4 Sistemas de información

En cumplimiento a la Política de renovación de equipos tecnológicos y al plan de mejoramiento tecnológico se realizaron las siguientes actividades:

- A través del aplicativo SIMAD (gestión Documental), se realizaron 18440 comunicaciones internas, obteniendo reducción en gastos de impresión, y papelería para la emisión.
- La ventanilla única recepción 6.708 comunicaciones recibidas y externas enviadas 5.755.
- Se continua con el proceso de digitalización de las series y sub series del área de contratación, serie contratos de prestación de servicios, a través del software de gestión documental SIMAD (15.833 documentos digitalizados).
- Se continua con el proceso de digitalización de las series y sub series del área de cartera, a través del software de gestión documental SIMAD (5.970 documentos digitalizados).
- Puesta en marcha del proceso de digitalización de las series y sub series del área Gerencia, series de actas, resoluciones y decretos a través del software de gestión documental SIMAD (340 documentos digitalizados).
- Depuración y archivo del archivo central del 1.260.000 correspondiente a 3600 series documentales de la documentación existente en las instalaciones del archivo central.
- Instalación y puesta en marcha del archivo rodante ubicado en el centro de salud de santa Isabel, con el propósito de organización del archivo central.
- Depuración y digitalización de historias clínicas físicas 13432 , en 108 cajas

- Implementación del Proyecto de desarrollo archivístico de la ESE carmen emilia ospina, la cual está enmarcada en la ley 594 de 2000 “ley general de archivos” y demás normas concordantes.
- Adquisición, Instalación, configuración, implementación, capacitación y puesta en marcha a todo costo de sistemas de cámaras IP, la ESE CARMEN EMILIA OSPINA. En los centros de salud de Granjas, IPC, Siete de agosto, Palmas, Canaima. contrato 181-2015 - con la empresa Redes y Suministros de Colombia.
- Implementación del proceso de llamado a pacientes en el centro de salud de Eduardo Santos, instalación del cableado y puesta en marcha del mismo. contrato 803-2014 con la empresa Industria del software de Colombia sas.
- verificación y actualización Hojas de vida de inventario de equipos de cómputo por centro de salud de la ESECEO a corte 30/06/2015, en el aplicativo de inventario tecnológico.
- verificación y validación Software Instalado en los equipos de cómputo de la ESECEO, con corte a 30/06/2015.
- Ampliación al canal de internet dedicado de 10 megas, lo cual garantiza mayor rendimiento y mayor velocidad en la navegacion del servicio de internet
- Verificación y validación del cableado estructurado del Rack ubicado en el centro de salud de Eduardo Santos y Siete de agosto, granjas, vegalarga, san Luis, chapinero y palmas de la ESECEO.
- Ampliación de la Red de datos centro de salud santa Isabel, para la puesta en marcha de puestos de trabajo del área de Gestión Documental.
- Actualización de la página web de acuerdo a los lineamientos de gobierno en línea manual 3.1
- implementación del botón de Transparencia y Acceso a la Información Pública, cuyo contenido se encuentra en un 70%.
- Elaboración de folletos instructivo para citas médicas web, Capacitación a usuarios en el módulo citas web.

- Licenciamiento del Módulo NIIF en el aplicativo Dinámica Gerencial, incluida la capacitación y puesta en marcha, Actualización Dinámica Gerencial con NET FRAMEWORK 4.5, soporte técnico año 2015.
- Actualización del Software Antivirus Nod 32 a 330 equipos de cómputo.
- Capacitación al personal de sistemas sobre el tema de "FIREWALL".
- Capacitación al personal de sistemas sobre el tema de "CTERA", solución en Backus y restores, características y funcionalidades en distintos ambientes.
- Mejoramiento de la consulta de verificación de derechos, la cual permite evidenciar que pacientes de la EPS COMFAMILIAR, se encuentran en alto riesgo, y por tal razón deben ser remitidos a otro nivel. Lo anterior con el objetivo de minimizar glosas por dicho concepto.
- Mejoramiento en la HC C0008 de hipertensión, ya que se configuro para que de forma automática consigne el estadio HTA, la Taza de filtración, El riesgo, antes había que calcularlo de manera manual.
- Se diseñó e implemento el tipo de historia PIC01, para el registro de las actividades que se realizan en los convenios, de igual forma se generó el reporte para el análisis de los datos.
- Se diseñó e implemento el tipo de historia C009 HISTORIA RCV POR ENFERMERIA, que permita liberar la consulta del médico.
- Se realiza la mejora en el aplicativo Dinámica Gerencial, para subir las imágenes de rx a la opción de resultado procedimientos, y verifica con la línea por parte de los médicos. Se capacito a la radióloga quien lee las imágenes en línea y captura el resultado, como también los técnicos de RX, para que suben las imágenes al aplicativo dinámica, para que los médicos en línea puedan observar la imagen.
- Se realiza la mejora en el aplicativo Dinámica Gerencial, para subir las imágenes de los electrocardiogramas en el centro de salud de granjas, donde existe equipo (electrocardiógrafo con interfaz). Se capacito a la auxiliar que suben las imágenes al aplicativo dinámica, para que los médicos en línea puedan observar la imágenes.

- Parametrización en los planes de beneficios de los contrato subsidiados y vinculados de los topes por periodo mensual y por factura, lo cual minimiza los errores de digitación y controla la ejecución contractual.

5.3.5 Gestión de Comunicaciones

La Oficina de Comunicaciones Estratégicas se encarga de suministrar a los funcionarios y contratistas de la ESE Carmen Emilia Ospina toda la información que corresponde a eventos, procesos, principios de la administración y en general, todo aquello que contribuye al buen flujo de la información, dentro de las actividades más relevantes se tienen:

Asesoría y acompañamiento a las diferentes dependencias

Se realizó acompañamiento de manera directa a todas las dependencias de la ESE Carmen Emilia Ospina, en todos los eventos desde su etapa de planeación hasta la ejecución y posterior difusión en los medios propios y locales.

Red de carteleras institucionales

La ESE Carmen Emilia Ospina cuenta con 11 carteleras distribuidas en los 6 centros de salud urbanos de la entidad. Su actualización se realiza de manera quincenal y extraordinariamente se hacen algunos ajustes parciales por surgimiento de nueva información de interés

Comunicación externa

Los procesos de comunicación externa que se han implementado en la ESE Carmen Emilia Ospina, buscan impactar a la comunidad neivana con información relevante y que permita una relación más cercana con la Institución, el objetivo es que se enteren de los programas, avances y proyectos de la administración de la Institución para su beneficio.

Entre los procesos de Comunicación Externa que se implementaron se encuentran: Boletines de prensa. Visitas a los medios de comunicación, fortalecimiento a través del plan de medios, convocatoria rueda de prensa y eventos, comunicación digital a través de redes sociales, estrategias de comunicación visual entre otras.

5.3.6 SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

La Empresa social del estado Carmen Emilia Ospina, se encuentra a paz y salvo por concepto de pago al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos profesionales al igual que en los pagos de parafiscales al SENA, COMFAMILIAR E I.C.B.F. Igualmente no tiene contingencias, ni pasivos por concepto de pensiones de jubilación y cálculos actuariales.

5.3.7 CUMPLIMIENTO LEY 222 DE 1.995

En virtud de lo dispuesto en los artículos 46 y 47 de la ley 222 de 1.995, me permito manifestar:

- Después del cierre presupuestal y financiero de la vigencia fiscal del 2.015, no se han presentado situaciones importantes que afecten la estructura administrativa y financiera de la empresa

- Con socios y administradores la ESE Carmen Emilia Ospina, ha celebrado las operaciones normales previstas en el objeto social.
- Que la ESE Carmen Emilia Os pina, da estricto cumplimiento a lo dispuesto en la ley 603 del 2.000, sobre propiedad intelectual y derechos de autor.

6. METODOLOGIA PARA LA EVALUACION PLAN DE GESTION

Para el cumplimiento de cada una de las metas fijadas en el plan de gestión, 2014- 2016 aprobado por la Junta Directiva según Acuerdo 06 de Mayo 7 de 2014, es de vital importancia el seguimiento al plan de desarrollo institucional, pues además de ser una de las principales herramientas de gestión institucional, permite cuantificar el grado de avance de cada uno de los objetivos estratégicos

La Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, define las condiciones y metodología para la elaboración, presentación y evaluación del plan de gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

El presente documento refleja el cumplimiento de los compromisos, metas y actividades que el Gerente presentó ante la Junta Directiva del Hospital para el periodo 2015 y donde se consolida de manera cuantitativa los resultados logrados en la prestación de los servicios, en las siguientes áreas:

• **Gestión de Dirección y Gerencia:**

Cumplimiento de logros estratégicos, Desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. El valor porcentual de esta área de gestión es de 20% del total de la calificación

• **Gestión Financiera y Administrativa:**

Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud. La Gestión Administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo. El valor porcentual de esta área de gestión es de 40% del total de la calificación

• **Gestión Clínica o Asistencial:**

Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria de la entidad. El valor porcentual de esta área de gestión es de 40% del total de la calificación

A continuación presentamos el consolidado General de la tabla número 1, de indicadores y estándares por áreas del anexo dos de la resolución 743 de 2013, que le son aplicables y fueron los aprobados por la Junta directiva para la respectiva evaluación Gerencial.

INDICADORES Y ESTANDARES POR AREAS DE GESTION

AREA DE GESTION	No.	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR POR CADA AÑO
DIRECCION Y GERENCIA 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada/ promedio de la autoevaluación de la vigencia anterior	> 1.20 -
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	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	> 0,90 -

	3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas/ Número de metas del plan operativo anual programadas	> 0,90 -
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero
	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior -en valores constantes del año objeto de la evaluación-/Número UVR producidas en la vigencia anterior)]	<0,90
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de ESE, c) Compras a través de mecanismos electrónicos/Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.	> 0,70 -
	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.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de la evaluación. - [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación)- (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de Diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]	Cero (0) o variación negativa

	8	Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	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	> 1,00 -
	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	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2.004 o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	12	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/ Total de mujeres gestantes identificadas	> 0,85 -
	13	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Numero de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia	0 Casos
	14	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad Hipertensiva	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 de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de la evaluación.	> 0,90 -

	15	Evaluación de aplicación de guía de manejo crecimiento y desarrollo	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana en las alteraciones del crecimiento y desarrollo /Total de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.	> 0,80 -
	16	Reingreso por el servicio de urgencias	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 periodo incluidas en la muestra representativa.	< 0,03 -
	17	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para será 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	< 3 -

7. COMPROMISOS PARA LA EVALUACION DE LA VIGENCIA 2015.

EL plan gerencial 2014 – 2015 aprobado por la Junta directiva se presentaron los indicadores y estándares de desempeño para el año 2015 objeto de la calificación en la siguiente tabla No 2 se presenta los indicadores y compromisos adquiridos que serán objeto de la calificación.

Tabla No 2
Indicadores y metas para la vigencia 2015

INDICADORES Y ESTANDARES POR AREA DE GESTION						
AREA DE GESTION	No	INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	LINEA DE BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA	
					2014	2015
GERENCIA DIRECCION Y 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Mayor o igual 1,20	1.3	1.3	1.6
	2	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad	≥ 0.90	0.87	≥0.90	≥ 0.90
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo	≥0. 90	0.90	>0.90	>0.90
FINANCIERA ADMINISTRATIVA 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	< 0,90	No dato 2013	< 0,90	< 0,90
	6	Proporción de medicamento y material medico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1) compras conjuntas, 2)compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. 3) compra a través de mecanismos electrónicos.	≥ 0,70	0	0	>0,70
	7	1. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de planta y por contratación de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Cero (0) o variación negativa	Cero	Cero	cero
	8	Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones - RIPS	4	4	3	4
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1,0	1,24	≥ 1,0	≥ 1,0
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Se cumplió en los términos	Cumplir en los términos	Cumplir en los términos
CAO CLINICION GEST	11	Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Se cumplió en los términos	Cumplir en los términos	Cumplir en los términos
	12	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	≥0.85	0.54	>0,60	>0.85

	13	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	0 CASOS	1 CASOS	2 CASOS	3 CASOS
	14	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de manejo de enfermedades hipertensivas	≥ 0.90	0.93	> 0.90	> 0.90
	15	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	≥ 0.80	0.93	> 0.90	> 0.90
	16	Reingresos por el servicio de urgencias	≤ 0.03	0.0178	$< 0,1$	$< 0,03$
	17	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	≤ 3	3,51	3	3

8. RESULTADO DE LA EJECUCION DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL VIGENCIA 2015

La metodología de presentación de los resultados de la ejecución del plan gerencial vigencia 2015 objeto de la calificación será presentado por áreas de Gestión, el resultado de cada indicador y la referencia de soporte el cual hace parte de acápite de anexos.

8.2 Gestión de Dirección y Gerencia

8.2.1Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior

Ciclo de preparación para la Acreditación

La implementación del Sistema Único de Acreditación busca el logro de niveles superiores de calidad, en la prestación de servicios de salud, y se realiza en forma conjunta con la implementación del PAMEC con enfoque frente estándares de Acreditación para lograr Niveles superiores de Calidad, el MECI y los demás subsistemas del Sistema Integrado de Gestión de Calidad.

En el año 2015 se efectuó proceso de capacitación y acompañamiento por parte de ICONTEC, a los coordinadores de procesos con el fin de recibir capacitación sobre la autoevaluación de acreditación y el acompañamiento para desarrollar esta autoevaluación, la cual es la base para iniciar el proceso de acreditación en la institución. De acuerdo con la autoevaluación el resultado obtenido fue de 1.7 como lo certifica el coordinador de calidad, frente a una calificación del año inmediatamente anterior de 1.30, lo cual nos arroja un resultado de 1.30. Se anexa certificación del coordinador de calidad.

INDICADOR (1)	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior				
FORMULA	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior				
ESTANDAR PROPUESTO	META 2015	PROGRAMADA	LOGROS OBTENIDOS		RESULTADO DEL INDICADOR
			2014	2015	
Mayor o igual 1,20		1,6	1.3	1,7	1.30

8.2.2 Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

El Hospital ha definido dos mecanismos para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de los planes de mejora derivados de la autoevaluación de los estándares de acreditación:

El primero se realiza por la Oficina de Gestión de Calidad, quien ejecuta desarrollo y el monitoreo de los Planes de mejora, revisando con los líderes la eficacia en el cumplimiento de acciones, a su vez, hace seguimiento a la efectividad a través del resultado de los indicadores relacionados con el grupo de estándares trabajados en las oportunidades de mejora, estableciendo no solo

cumplimiento de las acciones del plan de mejora sino el impacto que se espera como institución producto de la implementación de dichas acciones.

El otro mecanismo lo realiza la oficina de control interno quien desarrolla seguimiento y monitoreo de manera mensual, y el informe consolidado del estado de avance de los planes de mejora, presentado por la Oficina de Gestión de Calidad. De acuerdo con la certificación del coordinador de calidad la calificación del PAMEC fue del 100%. Se anexa certificación del coordinador de calidad.

INDICADOR (2)	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud		
FORMULA	Número de acciones de mejora ejecutados derivadas de las auditorías realizadas/total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría -PAMEC.		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMADA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		2014	2015
≥0. 90	≥ 0.90	100	100

8.2.3 Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo

El plan de desarrollo institucional fue aprobado mediante ACUERDO No. 022 DE 2.012 y es la carta de navegación de la institución que le permite al gerente y su equipo directivo tomar decisiones oportunas. Es importante destacar los logros alcanzados en la vigencia 2015, que se resume así:

- ✓ Definición e Implementación del modelo de atención basado en APS. Se implementó como prueba piloto en el IPC, se debe extender a todos los centros de salud
- ✓ Monitorización control y reporte de los indicadores de prestación de servicios en cumplimiento del componente de información del sistema SOGC
- ✓ Fortalecimiento de las políticas de seguridad del paciente y humanización de los servicios
- ✓ Mejoramiento de la accesibilidad con la apertura del Centro de Salud Canaima
- ✓ Se definió e implementó la política de renovación tecnológica. Se adquirieron equipos médico-odontológico de punta, al igual que se mejoró los equipos de sistemas.
- ✓ Se mejoró los niveles de satisfacción del usuario, a través de la estrategia de asignación de citas, el establecimiento del centro de atención al ciudadano y el acercamiento permanente con el usuario
- ✓ Se fortaleció el sistema de comunicaciones, se dinamizó la página web, se contrató el plan de medios, se estableció la oficina de comunicaciones
- ✓ Se logró mantener la empresa financieramente estable y sin riesgo financiero
- ✓ Se mejoró el sistema de contratación
- ✓ Se fortalecieron los procesos de administración y desarrollo de talento humano
- ✓ Se fortaleció el sistema de Gobierno en Línea
- ✓ Se garantizó la defensa judicial oportuna
- ✓ Se dio cumplimiento al SOGC y se inició el proceso de capacitación y sensibilización para el proceso de acreditación
- ✓ Se fortaleció la política de medio ambiente

El plan de desarrollo en el año 2015, de conformidad con informe del coordinador de planeación alcanzó un cumplimiento del 0.91. Se anexa informe del coordinador de planeación.

INDICADOR (3)	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo		
FORMULA	No. metas del Plan Operativo Anual Cumplidas / No. Metas Plan Operativo Anual Programadas		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMADA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		2014	2015
≥ 0.90	≥ 0.90	0.94	0.91

8.3 Gestión Financiera y Administrativa

La E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA, en el año 2015 muestra resultados favorables en su sostenibilidad fiscal y financiera, no obstante la fragilidad que tiene el sector salud en el país en la cual Neiva no es la excepción; donde las EPS de CAPRECOM y SALUDCOOP fueron liquidadas y que han afectado las finanzas y el estado de liquidez del sector salud y de la ESE Carmen Emilia Ospina.

8.3.1 Riesgo fiscal y financiero:

De acuerdo con la metodología es el Ministerio de la Protección Social, quien determina el riesgo financiero de las instituciones prestadoras de servicios y para el caso de la ESE Carmen Emilia Ospina, la última calificación recibida fue otorgada SIN RIESGO para la vigencia fiscal del 2015, mediante No. 1893 del 29 de Mayo de 2015, que se adjunta.

INDICADOR (4)	Riesgo fiscal y financiero
------------------	----------------------------

FORMULA	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMADA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		2014	2015
Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo

8.3.2 Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida

Establece el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado), sobre el/No. De UVR Producidas en la vigencia) y lo compara con la vigencia anterior. Las Unidades de Valor relativo producida, la homologa por nivel de atención, con el fin de uniformar la producción de los hospitales y permite inferir los costos de la producción.

De acuerdo con la información reportada por presupuesto y producción y que se reporta en la plataforma SIHO del Ministerio de la Protección Social, la información de los años 2014 y 2015 en materia de producción y aplicando la matriz de equivalencias en UVR definida por el Ministerio de Salud, es la siguiente:

SERVICIO	PRODUCCION ACTIVIDADES		Ponderador	PRODUCCION EQUIVALENTE UVR	
	2015	2014		2015	2014
Consultas de medicina general urgentes	165.189	108.851	5,27	870.546,03	573.644,77
Pacientes en observación	12.315	13.073	5,27	64.900,05	68.894,71
Vacunación	99.045	83.637	0,15	14.856,75	12.545,55
Total consultas odontológicas realizadas (valoración)	51.647	33.821	1,82	93.997,54	61.554,22
Sellantes aplicados	45.389	72.736	1,06	48.112,34	77.100,16
Superficies obturadas	81.812	81.938	1,06	86.720,72	86.854,28

Exodoncias	10.984	10.197	2,10	23.066,40	21.413,70
Consultas de medicina general electivas	204.323	242.789	1,82	371.867,86	441.875,98
General adultos	6.880	2.665	10,74	73.891,20	28.622,10
Obstetricia	140	316	10,74	1.503,60	3.393,84
Hospitalización día	12.779	6.487	10,74	137.246,46	69.670,38
Partos vaginales	140	316	65,00	9.100,00	20.540,00
Laboratorio clínico	378.811	377.914	1,98	750.045,78	748.269,72
Radiología e imágenes diagnostico	43.857	41.556	4,73	207.443,61	196.559,88
Laboratorio citologías cérvico-uterinas	16.548	17.137	2,00	33.096,00	34.274,00
Número de visitas domiciliarias e institucionales -PIC-	14.807	6.020	2,37	35.033,36	14.243,32
Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	55.410	43.521	1,82	100.846,20	79.208,22
Controles de Enfermería	33.323	36.115	0,75	24.992,25	27.086,25
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	27.673	45.764	0,75	20.754,75	34.323,00
Producción Equivalente UVR				2.968.020,90	2.600.074,08

En cuanto al valor reportado al SIHO en materia presupuestal se tienen los siguientes valores:

DETALLE	AÑO	
	2014	2015
Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios	31.670.053.338.23	34.356.230.449.44

Con el fin de determinar los precios constantes de los gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios del año 2014, se utiliza la siguiente formula:

VR= VGF(IPC Actual/IPC Inicial), donde

VR: Valor gastos funcionamiento 2014 a precios constantes
 VGE: Valor gastos funcionamiento 2014 a precios corrientes
 IPC Diciembre 2015: 126.15
 APC Diciembre 2014: 118.47

VR= 31.670.053.338.23 (126.15/118.47)
 VR= 33.723.113.265,96

Aplicando la fórmula del indicador definido por la Resolución 743 de 2013, el resultado es el siguiente

Evolución Gasto = (34.356.230.449.44/ 2.968.020,90)/(33.723.113.265.96 /2.600.074.08)

Evolución gasto = 0.89

INDICADOR (5)	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida		
FORMULA	Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año evaluado / No. UVR producidas en el año evaluado / Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior- En valores constantes del año objeto de evaluación / No. UVR producidas en el año anterior		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMADA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		Año 2014	2015
< 0,90	< 0,90		0.89

Se anexan certificados del asesor de presupuesto y ingeniera del sistema de información.

8.3.3 Proporción de medicamento y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; 1) compras conjuntas, 2) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. 3) compra a través de mecanismos electrónicos.

INDICADOR (6)	Proporción de medicamento y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; 1) compras conjuntas, 2) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. 3) compra a través de mecanismos electrónicos.		
FORMULA	Valor total adquisiciones de medicamento y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos; a) compras conjuntas, b) compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. c) compra a través de mecanismos electrónicos / Valor total adquisiciones de la ESE por Medicamentos y Material Médico quirúrgico.		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMADA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		2014	2015
≥ 0,70	≥ 0,70	0	0

En la actualidad la E.S.E CARMEN EMILIA no cumple este indicador Gerencial por múltiples razones dentro de las cuales podemos destacar las siguientes: la modalidad de contratación del servicio farmacéutico se realiza bajo la modalidad de outsourcing; la E.S.E no pertenece asociaciones de E.S.E; Y no se tiene implementado compra por mecanismos electrónicos. Se anexa certificación del Almacenista y Revisor Fiscal

8.3.4 Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de planta y por contratación de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.

El capital humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación.

La ESE Carmen Emilia Ospina, se ha distinguido por el pago oportuno a todos el personal de planta y contrato de prestación de servicios. Se adjunta certificación del Revisor Fiscal.

INDICADOR (7)	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de planta y por contratación de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMADA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		2014	2015
Cero (0) o variación negativa	Cero	Cero	Cero

8.3.5 Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones – RIPS.

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y

características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades. Resolución 3374 de 2000.

El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Razón por la cual se deben hacer incesantes esfuerzos para obtener información del Sistema de Información actual que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud.

En la vigencia fiscal se presentaron cuatro (4) informes a la Junta Directiva en las secciones del 10 de Abril, Junio 15, Octubre 19 y Noviembre 27 de 2015. Se adjuntan copias de las actas de Junta Directiva y certificación del Coordinador de Planeación

INDICADOR (8)	Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones – RIPS		
FORMULA	Número de informes de análisis de prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMADA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		2014	2015
4 informes	4 informes	3 informes	4 informes

8.3.6 Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, con el recaudo por concepto de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores.

De acuerdo con la información reportada por presupuesto a la plataforma SIHO del Ministerio de la Protección Social, la información es la siguiente:

DETALLE	Valor
Ejecución de ingresos Recaudados	36.492.274.525.85
Gastos comprometidos	35.564.312.267.35

INDICADOR (9)	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo		
FORMULA	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia. (incluye recaudo de c x c vigencias anteriores)/valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores.		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMADA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		2014	2015
≥ 1,0	≥ 1,0	1.13	1.03

Se anexa certificado del Asesor de Presupuesto

8.3.7 Oportunidad en la entrega del reporte de información [Circular Única Supersalud](#)

Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reporta información relacionado con indicadores de calidad y financieros a la Superintendencia Nacional de Salud.

El presente indicador lo certifica la superintendencia de salud. Con oficio 01-PLA-005199-S-2015, del 2 de Diciembre de 2015, se solicita a la Superintendencia de salud la certificación respectiva, la cual no ha sido expedida, sin embargo se anexa pantallazo de la página web de la superintendencia sobre el cumplimiento y cargue de la información respectiva.

INDICADOR (10)	Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud		
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMA DA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		2014	2015
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplir en los términos	Cumplimiento	Cumplimiento

8.3.8 Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.

El presente indicador fue certificado por el Ministerio de Salud Con oficio 201523102141051 del 16 de Diciembre de 2015, que se anexa.

INDICADOR (11)	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.		
FORMULA	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMADA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		2014	2015
Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Se cumplió con los términos previstos	Se cumplió con los términos previstos

8.4 Gestión Clínica o Asistencial:

Las actividades de la prestación de servicios de salud son aquellas relacionadas con los subprocesos misionales del hospital, dentro de los cuales se encuentra

la Gestión Ambulatoria, Gestión de urgencias, Gestión de detección temprana y protección específica en concordancia con el nivel de complejidad y portafolio de servicios encaminado al cumplimiento de la misión institucional.

Para el cumplimiento de estos indicadores se mejorado la oferta disponible de servicios, se ha fortalecido el Modelo de prestación y atención de Servicios, el área y proceso de gestión de la garantía de la calidad, lo que ha permitido realizar auditorías clínicas pares y mediciones de indicadores de la calidad en la prestación de los servicios y así impactar positivamente en la prestación de los mismos.

8.4.1 Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

Con el fin de promover procesos internos relacionados con el mejoramiento de la salud materna y perinatal que conlleven a cumplir la meta municipal de reducción de la morbilidad materna, se hace necesario captar oportunamente las mujeres gestantes que deseen llevar a término su gestación.

INDICADOR (12)	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación		
FORMULA	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación / Total de mujeres gestantes identificadas		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMADA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		2014	2015
≥0.85	≥0.85	0,63	0,75

La meta de este indicador es compleja entendiendo la dinámica de los movimientos poblacionales que tiene la región sur colombiana en la cual la ciudad de Neiva se comporta como una ciudad receptora, razón por la cual la llegada de mujeres en estado gestacional mayor a las 12 semanas es frecuente

afectando el numerador del indicador (gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación) , así mismo la tasa de interrupciones voluntarias de la gestación legales e ilegales genera confusión en cuanto al denominador del indicador (Total de mujeres gestantes identificadas) situación que afecta ostensiblemente el resultado del indicador si se tiene en cuenta esta población.

Teniendo en cuenta la certificación del comité de historias clínicas el indicador se ubica en el 75%. Se anexa informe del secretario del comité de Historias clínicas.

8.4.2 Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.

Este indicador evalúa la efectividad del control prenatal. Según certificación de la Dirección Local de Salud, a través del COVE territorial se ha dado cumplimiento a las obligaciones de la ESE en caso de sífilis congénita diagnosticado, según certificación de la Profesional Universitaria NANCY MILENA AYA VANEGAS, profesional universitaria de la Secretaria de Salud Municipal , que se anexa

INDICADOR (13)	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.		
FORMULA	Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMADA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		2014	2015
0	0	2	0

8.4.3 Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de manejo de enfermedades hipertensivas.

INDICADOR (14)	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de manejo de enfermedades hipertensivas		
FORMULA	Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedades hipertensivas adoptadas por la ESE / Total historia clínicas auditadas de la muestra representativas de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMADA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		2014	2015
≥0.90	≥0.90	0,85	0,90

Teniendo en cuenta la certificación del comité de historias clínicas el indicador se ubica en el 90%. Se anexa informe del secretario del comité de Historias clínicas.

8.4.4 Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.

INDICADOR (15)	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo		
FORMULA	Número de Historias Clínicas que hacen parte de muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo. / Numero de Historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de Crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMADA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		2014	2015
≥0.80	≥0.80	0,79	0,90

Teniendo en cuenta la certificación del comité de historias clínicas el indicador se ubica en el 90%. Se anexa informe del secretario del comité de Historias clínicas.

8.4.5 Reingresos por el servicio de urgencias.

INDICADOR (16)	Reingresos por el servicio de urgencias		
FORMULA	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 periodo incluidas en la muestra representativa		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMADA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		2014	2015
≤0.03	≤0.03	0,0093	0,008

Teniendo en cuenta la certificación del comité de calidad el indicador se ubica en 0.0080. Se anexa informe del secretario del comité de calidad.

8.4.6 Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general

El presente indicador lo certifica la superintendencia de salud. Con oficio 01-PLA-005199-S-2015, del 2 de Diciembre de 2015, se solicita a la Superintendencia de salud la certificación respectiva, la cual no ha sido expedida, sin embargo se anexa pantallazo de la página web de la superintendencia correspondiente al primer semestre de 2015 y certificado del coordinador de calidad de la ESE, donde se reporta que el indicador se encuentra en 2.85 días.

INDICADOR (17)	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general
----------------	--

FORMULA	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.		
ESTANDAR PROPUESTO	META PROGRAMADA 2015	RESULTADO DEL INDICADOR	
		2014	2015
≤3	≤3	3.4	2.85

9. METODOLOGÍA PARA LA CALIFICACIÓN

De conformidad con el anexos 3 y 4 de la Resolución 743 de 2013, el instructivo de calificación y matriz de calificación son los siguientes:

ANEXO No. 3 INSTRUCTIVO PARA LA CALIFICACION

AREA DE GESTION	No .	INDICADOR	Calificacion del resultado o variación observada en el periodo evaluado			
A	B	D	H			
DIRECCION Y GERENCIA 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades con autoevaluación en la vigencia anterior	Califique con cero (0): -Obtuvo una calificación inferior a la vigencia anterior (Indicador menos de 1.0) - La ESE no realizó autoevaluación en la vigencia evaluada de todos los estándares de acreditación que le aplican	Califique con uno (1): - El resultado de la comparación está entre 1.00 y 1.10	Califique con tres (3): -El resultado de la comparación está entre 1.11 y 1.19	Califique con cinco (5): - El resultado de la comparación es mayor o igual a 1.2

	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Califique con cero (0): - si el resultado de la comparación arrojó un valor menor o igual a 0.50, ó - si la ESE no ha iniciado la aplicación de metodologías de mejoramiento continuo	Califique con uno (1): - si el resultado de la comparación está entre 0,51 y 0,70	Califique con tres (3): - si el resultado de la comparación está entre 0,71 y 0,89	Califique con cinco (5): - si el resultado de la comparación es mayor o igual a 0,90
	3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Califique con cero (0): - si el resultado de la comparación arrojó un valor menor o igual a 0.50, ó - si la ESE no cuenta con un plan operativo anual	Califique con uno (1): - si el resultado de la comparación está entre 0,51 y 0,70	Califique con tres (3): - si el resultado de la comparación está entre 0,71 y 0,89	Califique con cinco (5): - si el resultado de la comparación es mayor o igual a 0,90
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	Califique con cero (0): - Durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de salud y protección social como riesgo alto o medio y no fue adoptado el programa de saneamiento fiscal y financiero			Califique con cinco (5): - si durante la vigencia evaluada la ESE categorizada en riesgo alto o medio adoptó el programa de saneamiento fiscal y financiero.
	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	Califique con cero (0): - si el indicador arroja un valor mayor que 1.10	Califique con uno (1): - si el indicador arroja un valor entre 1.0 y 1.10	Califique con tres (3): - si el indicador arroja un valor entre	Califique con cinco (5): - si el indicador arroja un valor mayor o igual a 0,90

					0,90 y 0,99	
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	Califique con cero (0): - si el indicador arroja un valor menor de 0,30	Califique con uno (1): - si el indicador arroja un valor entre 0,30 y 0,50	Califique con tres (3): - si el indicador arroja un valor entre 0,51 y 0,69	Califique con cinco (5): - si el indicador específico arroja un valor mayor o igual a 0,70
	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.	Califique con cero (0): -si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es positiva	Califique con uno (1): - si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual arroja valor cero (0)	Califique con tres (3): - si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es negativa	Califique con cinco (5): - si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0)
	8	Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS	Califique con cero (0): -si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó un (1) informe de análisis de la prestación de servicios de salud por parte de la entidad con base en el RIPS a la	Califique con uno (1): -si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva dos (2) informes de análisis de la prestación	Califique con tres (3): -si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva tres (3) informes de análisis de la prestación	Califique con cinco (5): -si durante la vigencia evaluada el Gerente de la ESE presentó a la Junta Directiva cuatro (4) o mas informes de análisis de la prestación de servicios de la entidad

			Junta Directiva de la entidad	de servicios de la entidad con base en el RIPS.	de servicios de la entidad con base en el RIPS.	con base en el RIPS.
	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Califique con cero (0): - si el indicador arroja un valor menor de 0,80	Califique con uno (1): - si el indicador arroja un valor entre 0,80 y 0,90	Califique con tres (3): - si el indicador arroja un valor entre 0,91 y 0,99	Califique con cinco (5): - si el indicador arroja un valor mayor o igual a 1,00
	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	Califique con cero (0): - si durante la vigencia evaluada el gerente de la ESE NO presentó la información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de salud o la norma que la sustituya			Califique con cinco (5): - si durante la vigencia evaluada el gerente de la ESE SI presentó la información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de salud o la norma que la sustituya
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2.004 o la norma que la sustituya	Califique con cero (0): - si durante la vigencia evaluada el gerente de la ESE NO presentó la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2.004 o la norma que la sustituya			Califique con cinco (5): - si durante la vigencia evaluada el gerente de la ESE SI presentó la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2.004 o la norma que la sustituya

GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	12	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Califique con cero (0): - si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,35	Califique con uno (1): - si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0,35 y 0,60	Califique con tres (3): - si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,61 y 0,84	Califique con cinco (5): - si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,85
	13	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Califique con cero (0): - si durante la vigencia se presentó uno o más casos de Sífilis congénita en la población atendida			Califique con cinco (5): - si durante la vigencia evaluada NO se registró caso de Sífilis congénita de la población atendida
	14	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad Hipertensiva	Califique con cero (0): - si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,50	Califique con uno (1): - si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,50 y 0,70	Califique con tres (3): - si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,71 y 0,89	Califique con cinco (5): - si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,90
	15	Evaluación de aplicación de guía de manejo crecimiento y desarrollo	Califique con cero (0): - si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor de 0,30	Califique con uno (1): - si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,30 y 0,55	Califique con tres (3): - si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,56 y 0,79	Califique con cinco (5): - si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 0,80

	16	Reingreso por el servicio de urgencias	Califique con cero (0): - si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado mayor de 0,10	Califique con uno (1): - si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,06 y 0,09	Califique con tres (3): - si durante la vigencia evaluada el indicador específico arrojó un resultado entre 0,031 y 0,059	Califique con cinco (5): - si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 0,03
	17	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	Califique con cero (0): - si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado mayor o igual a 6 días	Califique con uno (1): - si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado igual a 5 días	Califique con tres (3): - si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado igual a 4 días	Califique con cinco (5): - si durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado menor o igual a 3 días

MATRIZ DE CALIFICACION

AREA DE GESTION	N o.	INDICADOR	LINEA BASE	RESULTADO DEL PERIODO EVALUADO	CALIFICACION	PONDERACION	RESULTADO PONDERADO
A	B	D	I	J	K	L	M=K*L
DIRECCION Y GERENCIA 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades con autoevaluación en la vigencia anterior	1.3	1.3		0,05	0
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de	87	100		0,05	0

		la atención en salud					
	3	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	90	0.91		0,1	0
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	SIN RIESGO	SIN RIESGO		0,05	0
	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	No dato 2013	0.89		0,05	0
	6	Proporción de medicamentos y materiales médicos quirúrgicos adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	0	0		0,05	0
	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.	Cero	Cero		0,05	0
	8	Utilización de información de registro individual de prestaciones RIPS	4	4		0,05	0

	9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	1,24	1.03		0,05	0
	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	Se cumplió en los términos	Se cumplió en los términos		0,05	0
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2.004 o la norma que la sustituya	Se cumplió en los términos	Se cumplió en los términos		0,05	0
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	12	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	0,54	0,75		0,08	0
	13	incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	1 CASOS	0		0,08	0
	14	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad Hipertensiva	93%	0,9		0,07	0
	15	Evaluación de aplicación de guía de manejo crecimiento y desarrollo	93%	0,9		0,06	0

	16	Reingreso por el servicio de urgencias	0,0178	0,008		0,05	0
	17	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	3,51	2,85		0,06	0

10. ANEXOS

Se adjunta 70 folios que soportan cada uno de los indicadores objeto de la evaluación de la vigencia fiscal 2015.

Neiva, Enero de 2016

DAVID ANDRES CANGREJO TORRES
Gerente