

INFORME DE GESTION 2017

IPS INDIGENA SUMUYWAJAT

NIT: 839000794-3



INTRODUCCION

La **IPS INDIGENA SUMUYWAJAT**, es una institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad, con enfoque en atención diferencial, basada en una filosofía de sentido humano y calidad que responda a las necesidades de salud de los habitantes del Municipio de Maicao, Departamento de la Guajira en especial de las comunidades indígenas wayuu.

Con la participación del talento humano y los diferentes procesos de la IPSI, se obtiene la formulación de este Informe de Gestión que tiene como objetivo consolidar el desempeño, logros y dificultades por cada uno de los servicios a cargo de la institución, que evidencia la utilización de todos los esfuerzos y recursos institucionales para alcanzar día a día el crecimiento necesario en beneficio de nuestra población usuaria.

La gestión institucional en el año 2017 se centró en el mejoramiento de la respuesta Institucional efectiva para atender las necesidades en salud de manera oportuna, buscando el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad y asumiendo las actividades de promoción y prevención como la principal herramienta para lograrlo y mantenerse sano.

La IPSI en la disposición de fortalecer esa capacidad de respuesta institucional, en aras, de dar cumplimiento a través de la atención en salud con mayor accesibilidad y sostenibilidad financiera, durante la vigencia 2016 fortalece las acciones en Salud pública mediante el desarrollo de las diferentes dimensiones de intervención colectiva, de acuerdo al Contrato Interadministrativo N° N°210 de 2017 suscrito con el Municipio de Maicao.; la ejecución del PIC supone un mayor acercamiento con la población de la zona urbana y rural que habita en la localidad, permitiendo minimizar factores determinantes de riesgo a la salud y disfrutar unas condiciones de vida saludable con la ejecución de acciones que no se encuentran contenidas en el Plan de beneficios.

Dentro del proceso de avanzar en la construcción de un sistema de salud propio, y aplicación de la medicina tradicional, hemos dedicado esfuerzos, concentración, recursos y tiempo en investigación, trabajando por un modelo propio de atención, el cual se ve reflejado en el Centro de Atención integral e Intercultural en Salud **IPIAIN**, centro que permite atender y dar respuesta a las necesidades de salud de nuestros afiliados en el marco de sus usos y costumbres, generando altos niveles de satisfacción en los usuarios de la



institución.

Finalmente, el siguiente informe, enseñará el comportamiento de la **IPSI** durante la vigencia anterior y con algunos de los principales resultados de la gestión a corte 31 de diciembre de 2017, aportándole al lector una visión integral que le permitirá formular sus propias conclusiones y sugerencias.

Es importante precisar que la estructura e información que a continuación se presenta corresponde a los aspectos de ley relevantes para la Institución y de requerirse en detalle información de alguno de los procesos, esta puede ser consultada y/o solicitada a través de los canales de comunicación ante la Gerencia.

OBJETIVO GENERAL

- Informar a la comunidad en general los avances obtenidos en la prestación del servicio para la vigencia fiscal 2016, para ello la IPS Indígena SUMUYWAJAT, cuenta con un personal idóneo para cumplir con su objeto social, trabajar con sentido humano de forma eficiente, eficaz, oportuno y con calidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Presentar Estados financieros
- Informar sobre la ejecución presupuestal
- Presentar estados financieros corte diciembre 31 de 2017
- Informar respecto de los servicios que ofrece la IPS Indígena SUMUYWAJAT
- Analizar las auditorias y los resultados obtenidos con el PAMEC
- Entregar a la comunidad los resultados de la evaluación MECI
- Resaltar aspectos locales, territoriales y demográficos.
- Analizar el dictamen del revisor fiscal



RESEÑA HISTORICA

La Asociación de Autoridades Tradicionales Wayuu SUMUYWAJAT, es una agremiación conformada por más de Treinta (30) comunidades indígenas Wayuu, cada una representada por su Autoridad Tradicional.

Esta Asociación, en el año 2.002 ideó la constitución de una I.P.S. indígena que tuviera como objetivo principal brindar las soluciones inmediatas a los diferentes problemas de salud, a los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud que tuvieran la calidad de vinculados al régimen, principalmente a los miembros de la Asociación de Autoridades Tradicionales Wayuu Sumuywajat.

Fue así como se constituyó la I.P.S.I. SUMUYWAJAT, que a lo largo de estos trece años ha venido trabajando para cumplir a cabalidad con los objetivos propuestos por la Asociación de Autoridades Tradicionales Wayuu Sumuywajat.

Creado en 2002 con el Objetivo de fortalecer la autonomía territorial y el mejoramiento de las condiciones de vida de los pueblos indígena.

MISION

Ofrecer a nuestros usuarios servicios eficaces que permitan satisfacer sus necesidades y expectativas, con sentido humano y ética profesional, al igual que el conocimiento tradicional de la medicina Wayuu.

VISION

Ser la IPS Indígena líder en la prestación de servicios de salud y medicina tradicional Wayuu, con la participación activa de nuestros profesionales, con calidad humana trabajando con énfasis en la investigación y aplicación de la medicina tradicional Wayuu.



1. MANEJO FINANCIERO Y PRESUPUESTAL

a). CUENTAS POR COBRAR Y CUENTAS POR PAGAR



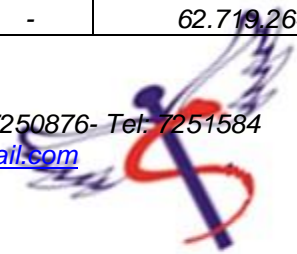
ESTADO DE SITUACION FINANCIERA INDIVIDUAL

Periodos contables terminados el 31/12/2017 y 31/12/2016

(Cifras en pesos Colombianos)

VIGILADO Supersalud 

		NOTAS	2017	2016	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
1	ACTIVOS		3.642.251.784,63	3.131.805.856,79	510.445.927,84	258,06
	ACTIVO CORRIENTE		143.623.884,38	571.297.046,58	- 427.673.162,20	220,47
11	EFFECTIVO Y EQUIVALENTES AL EFFECTIVO	N-3	8.551.485,95	40.484.019,40	- 31.932.533,45	-78,88
1110	DEPOSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS		8.551.485,95	40.484.019,40	- 31.932.533,45	-78,88
					-	
13	CUENTAS POR COBRAR	N-4	57.373.925,00	483.899.999,18	- 426.526.074,18	213,38
1319	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD		96.439.034,00	483.581.403,18	- 387.142.369,18	-80,06
1384	OTROS DEUDORES		934.891,00	318.596,00	616.295,00	193,44
1386	DETERIORO ACUMULADO DE CUENTAS POR COBRAR		- 40.000.000,00	-	- 40.000.000,00	100,00
					-	
15	INVENTARIOS	N-5	77698473,43	46.913.028,00	30.785.445,43	85,96
1510	MERCANCIAS EN EXISTENCIAS		5.840.197,49	5.122.228,33	717.969,16	14,02
1514	MATERIALES Y SUMINISTROS		71.858.275,94	41.790.799,67	30.067.476,27	71,95
					-	
	ACTIVO NO CORRIENTE		3.498.627.900,25	2.560.508.810,21	938.119.090,04	37,59
16	PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPOS	N-6	3.498.627.900,25	2.542.802.560,21	955.825.340,04	37,59
1605	TERRENOS		239.824.000,00	80.423.000,00	159.401.000,00	198,20
1615	CONSTRUCCIONES EN CURSO		1.527.488.141,00	1.333.784.284,00	193.703.857,00	14,52
1635	BIENES MUEBLES EN BODEGA		-	62.719.264,00	- 62.719.264,00	-100,00

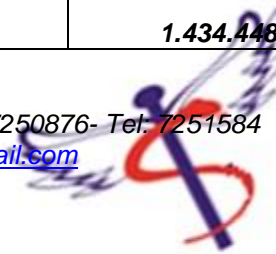


1640	EDIFICACIONES		1.085.745.460,58	986.572.774,58	99.172.686,00	10,05
1645	PLANTAS, DUCTOS Y TUNELES		93.738.570,00	-	93.738.570,00	100,00
1660	EQUIPO MEDICO Y CIENTIFICO		202.382.287,67	115.022.538,00	87.359.749,67	75,95
1665	MUEBLES, ENSERES YEQUIPO DE OFICINA		228.742.518,00	152.018.518,00	76.724.000,00	50,47
1670	EQUIPO DE COMUNICACIÓN Y COMPUTACION		161.979.893,00	155.466.535,00	6.513.358,00	4,19
1675	EQUIPOS DE TRACCION Y ELEVACION		82.990.000,00	82.990.000,00	-	0,00
1685	DEPRECIACION ACUMULADA		- 124.262.970,00	- 426.194.353,37	301.931.383,37	-70,84
					-	
19	OTROS ACTIVOS		-	17.706.250,00	- 17.706.250,00	-100,00
1915	OBRAS Y MEJORAS EN PROPIEDAD AJENA		-	17.706.250,00	- 17.706.250,00	-100,00
1970	INTANGIBLES		-	21.428.200,00	- 21.428.200,00	100,00
1975	AMORTIZACION ACUMULADA		-	- 21.428.200,00	21.428.200,00	100,00
TOTAL ACTIVO			3.642.251.784,63	3.131.805.856,79	510.445.927,84	16,30

		NOTAS	2017	2016	VARIACION ABSOLUTA	VARIACION RELATIVA
2	PASIVOS		922.771.490,34	894.704.999,48	28.066.490,86	229,75
	PASIVO CORRIENTE		668.794.475,28	886.567.281,48	- 217.772.806,20	- 23,33
23	PRESTAMOS POR PAGAR	N-7	207.004.571,54	196.524.936,88	10.479.634,66	5,33



2313	FINANCIAMIENTO INTERNO DE CORTO PLAZO		207.004.571,54	196.524.936,88	10.479.634,66	5,33
24	CUENTAS POR PAGAR	N-8	387.819.912,74	622.184.918,60	-	37,67
2401	ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS		344.555.619,67	233.889.187,60	110.666.432,07	47,32
2424	DESCUENTOS DE NOMINA		8.237.570,00	16.829.900,00	8.592.330,00	51,05
2436	RETENCION EN LA FUENTE		16.577.988,07	10.452.768,00	6.125.220,07	58,60
2490	OTRAS CUENTAS POR PAGAR		18.448.735,00	361.013.063,00	342.564.328,00	94,89
25	OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	N-9	73.969.991,00	67.857.426,00	6.112.565,00	9,01
2511	BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS A CORTO PLAZO		73.969.991,00	67.857.426,00	6.112.565,00	9,01
	PASIVOS NO CORRIENTES		253.977.015,06	8.137.718,00	245.839.297,06	253,08
23	PRESTAMOS POR PAGAR	N-7	242.263.866,06	-	242.263.866,06	100,00
2314	FINANCIAMIENTO INTERNO A LARGO PLAZO		242.263.866,06	-	242.263.866,06	100,00
24	CUENTAS POR PAGAR	N-8	10.261.201,00	6.703.270,00	3.557.931,00	53,08
2401	ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS		7.365.201,00	2.538.070,00	4.827.131,00	190,19
2424	DESCUENTOS DE NOMINA		1.260.000,00	1.260.000,00	-	-
2490	OTRAS CUENTAS POR PAGAR		1.636.000,00	2.905.200,00	1.269.200,00	43,69
25	OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	N-9	1.451.948,00	1.434.448,00	17.500,00	100,00



2511	BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS A CORTO PLAZO		1.451.948,00	1.434.448,00	17.500,00	100,00
3	PATRIMONIO		2.719.480.294,29	2.237.100.857,31	482.379.436,98	21,56
32	PATRIMONIO INSTITUCIONAL	N-10	2.719.480.294,29	2.237.100.857,31	482.379.436,98	21,56
3208	CAPITAL FISCAL		1.669.266.419,00	1.637.335.573,18	31.930.845,82	1,95
3215	RESERVAS		567.834.438,31	554.149.789,41	13.684.648,90	2,47
3230	RESULTADO DEL EJERCICIO		11.918.193,61	45.615.494,72	-	-73,87
3268	IMPACTOS POR LA TRANSICIÓN AL NUEVO MARCO DE REGULACIÓN		470.461.243,37	-	470.461.243,37	100,00
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO			3.642.251.784,63	3.131.805.856,79	510.445.927,84	16,30

EGAR PAZ OSPINO
DIRECTOR GENERAL

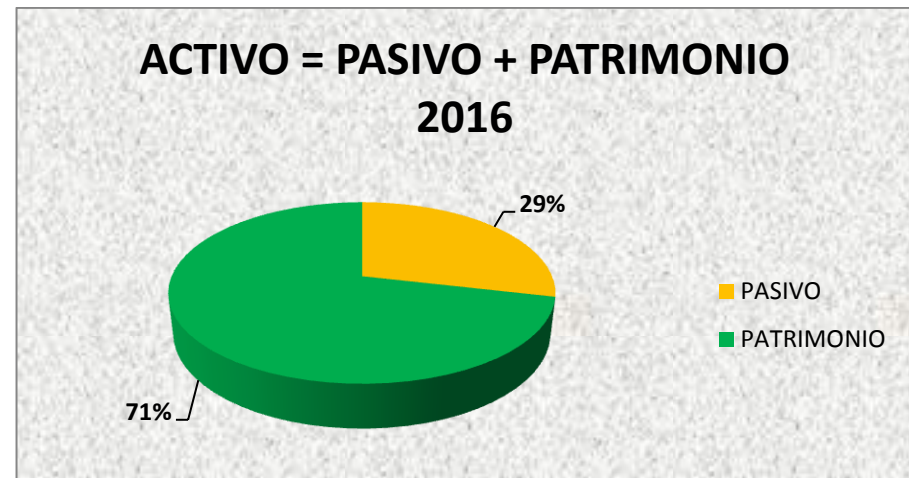
ROGER GONZALEZ LOBO
CONTADOR PUBLICO
TP - 78621 - T

JOSEFERNANDO GUEVARA
REVISOR FISCAL
TP 107381-T

b). DETALLE DE RECURSOS INVERTIDOS EN EL PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION

2016	2017
35.668.334	33.040.000
16.096.667	39.041.728





c). CUMPLIMIENTO DE METAS PLAN DE ACCION

Este este punto se menciona los proyectos y programas en ejecución a la fecha, los proyectos y programas a ejecutar por la entidad durante el resto de la vigencia 2.017

- Para el año 2017 la dirección general tiene como meta adecuar área de urgencia en cuanto a infraestructura para lo cual se contrató lo siguientes:

CONCEPTO	VALOR	FECHA CDP
REDES DE GASES MEDICINALES	40.000.000	12/07/2016
SISTEMA CONTRA INCENDIOS	47.300.600	12/08/2016
REDES ELECTRICAS	31.473.178	07/09/2016
ESTRUCTURA DE TANQUES ELEVADOS	37.000.000	30/01/2017
AIRE INTEGRAL	60.000.000	06/02/2017
ELABORACION DE PLANOS Y SISTEMA ELECTRICO	10.800.000	20/02/2017
REDES CONTRA INCENDIOS	9.460.600	02/03/2017
CIELO RASO	11.100.000	08/03/2017
BARANDAS	5.220.000	09/03/2017
CIRCUITO CERRADO	36.416.000	10/03/2017
OBRAS DE ADECUACION	82.402.467	22/03/2017
TRANSFORMADOR/SUBESTACION	93.738.570	02/05/2017

- Programa o proyecto en la que puntualizo la dirección general fue la adecuación del auditorio para poder brindar mayor bienestar y confort a sus visitantes, para esta adecuación la IPS invirtió así:

MANTO ASFALTICO	4.206.939	20/10/2017
ADECUACION AUDITORIO	15.000.000	01/11/2017
CIELO RASO AUDITORIO	15.676.000	01/11/2017
IMPERMEABILIZACION	1.600.000	13/11/2017

- Se destaca la participación de la IPS en el Proyecto PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVA, ejecución en el municipio de Maicao, este proyecto maneja los siguientes programas: seguridad alimentaria y nutricional, salud ambiental, salud oral, enfermedades crónicas no transmisibles

Contratante	Concepto	Valor
Municipio de Maicao	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS vigencia 2017	\$532.755.351



d). GESTION

Informes de gestión

En asamblea general marzo 30 de 2.018 el director general rindió informe de gestión de la vigencia 2.017, donde se puede evidenciar el grado de avance de las políticas de desarrollo administrativo, transparencia, participación y servicio al ciudadano, gestión del talento humano, eficiencia administrativa y gestión financiera, todo lo anterior se publicó en la página web de la entidad con el fin que la comunidad en general lo conozca y participe con propuesta e inquietudes.

El informe de gestión descrito anteriormente fue aprobado por los asambleístas.

La gestión que se propone para el 2.018 entre otras cosas:

- Adecuación de la sala de espera.
- Los baños para los afiliados se renovaran con el fin de cumplir con la normatividad legal vigente.
- Elaboración del cielo raso de la nueva sede (clínica).



PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS 2017

ATENCIÓN	DRA. MARIA JOSE COTES	DR. YIMI DE LOS REYES	HIG. SUGEY MENDOZA	HIG. ANA OROZCO	TOTAL
PACIENTES PRIMERA VEZ	1500	764	573	782	3619
PACIENTES REPETIDOS	2870	1655	2472	2685	9682
PACIENTES ATENDIDOS	4370	2419	3045	3467	13301
AMALGAMAS					
1 SUPERFICIE	1145	1317	0	0	2462
2 SUPERFICIES	320	246	0	0	566
3 SUPERFICIES	84	51	0	0	135
4 SUPERFICIE	12	4	0	0	16
RESINAS					
1 SUPERFICIE	798	106	0	0	904
2 SUPERFICIES	416	56	0	0	472
3 SUPERFICIES	327	69	0	0	396
4 SUPERFICIE	108	32	0	0	140
IONOMEROS DE VIDRIO	84	41	0	0	125
EXODONCIAS					
UNIRRADICULAR	195	221	0	0	416
BIRRADICULAR	0	0	0	0	0
MULTIRRADICULAR	2	3	0	0	5
EXODONCIAS TEMPORALES	169	90	0	0	259
ENDODONCIAS					
UNIRRADICULAR	29	0	0	0	29
BIRRADICULAR	14	0	0	0	14
TEMPORALES	19	0	0	0	19
RADIOGRAFIAS	357	10	0	0	367
PACIENTES TERMINADOS	120	70	78	77	345
SECCIONES ODONTOLÓGICAS	4195	2419	3045	3467	13126



PROCEDIMIENTOS DE PROMOCION Y PREVENCION 2017

PROCEDIMIENTOS	DRA MARIA JOSE COTES	DR. YIMI DE LOS REYES	ANA OROZCO	SUGEY MENDOZA	TOTAL PROCEDIMIENTO
CONTROL PLACA	224	71	1578	1323	3196
DETARTRAJE	293	173	499	842	1807
FLUOR	64	8	705	626	1403
SELLANTES	266	67	2197	3158	5688
MUJERES EMBARAZADAS	28	17	66	26	137

El área de Odontología se encuentra conformada por 2 Odontólogos, 2 Auxiliares de Odontología y 2 Higienistas Orales; donde se realizan actividades a los afiliados de MORBILIDAD y PROMOCION Y PREVENCION.



PRODUCTO:

1. **PLANES DE EJECUCION DE MANTENIMIENTO:** Los planes de mantenimiento anual son realizados por el área de mantenimiento de la institución de salud, el plan es radicado ante la secretaria de Salud Departamental anualmente.

2. GESTION DEL AMBIENTE FISICO:

Cambios en la infraestructura, ejecución del plan de mantenimiento hospitalario, identificación de riesgos físicos desde el programa de salud ocupacional.

El Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención Salud y Otras Actividades (PGIRASA 2017) de la IPSI Sumuywajat anteriormente denominado PGIRHS 2016, contempla el programa de seguridad industrial, en relación al personal que está en contacto directo con los residuos en especial los peligrosos, donde se relacionan los siguientes temas:

- Dotación al personal que maneja los residuos peligrosos con equipos de protección
- Protección a la salud de los trabajadores que manejan residuos hospitalarios
- Medidas de seguridad

3. PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCION SALUD Y SU GRADO DE EJECUCION:

La IPSI Sumuywajat posee un Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención Salud PGIRASA, en proceso de aprobación por la Secretaria de Salud Departamental, dicho Plan fue realizado desde el año 2013, con actualización en el año 2014, 2015 y 2017, el cual ha permitido certificar a la empresa sanitariamente mediante actas de inspección en salud pública

(2017) con un concepto favorable (92,9 %) , el plan tiene como propósito garantizar mediante el diseño e implementación lineamientos, procedimientos y actividades que permitan realizar un manejo adecuado, seguro y eficiente de los residuos hospitalarios desde su generación hasta su disposición final, de acuerdo a lo dispuesto en la normatividad colombiana ambiental vigente.

Para fortalecer la implementación del plan, se realizaron las siguientes actividades:

a) Desarrollo de la gestión interna de los residuos hospitalarios generados en la IPSI Sumuywajat y cada una de las etapas

- Segregación en la fuente (separación selectiva de los residuos)
- Desactivación de residuos peligrosos (cortopunzantes) mediante agente químico (Glutaraldehídos)
- Movimiento interno y almacenamiento de los residuos
- Tratamiento y disposición final (Para los residuos peligrosos se contrató la prestación de servicio por la empresa Aseo y Salud S.A E.S.P, para la disposición final de los residuos ordinarios se contrató la prestación de servicio por la empresa Aseo Técnico), posteriormente los residuos reciclables como papel y cartón son

Utilizados internamente en las diferentes actividades, el material restante es llevado a las recicladoras del Municipio.

b) Establecimiento de procedimientos para la gestión ambiental de residuos

- Actualización de comité ambiental y sanitario mediante resolución 028 de 2017 (para efecto de su ejecución se realizaron doce comité, es decir uno mensual).
- Disposición de compromiso ambiental firmado por el gerente



- Desarrollo de capacitaciones en temáticas ambientales (Programa de reciclaje, Divulgación del PGIRASA, Manual de Bioseguridad, Manual de Esterilización, Limpieza y Desinfección, Segregación en la fuente y Revisión y diligenciamiento de formato único de registro de residuos)
- Entrega de informe final sobre implementación del PGIRASA ante la Secretaria de Salud Departamental vigencia 2017
- Presentación de informe sobre manejo de residuos peligrosos a Corpoguajira vigencia 2017

c) Mantenimiento de sitio de almacenamiento central

- Compra de bolsas según código de colores
- Mantenimiento de letreros de ruta sanitaria y señales de restricción
- Iluminación interna del sitio

d) Reubicación de ruta sanitaria para área asistencial y administrativa

Se realizó modificación en la ubicación de algunas señales referentes a la ruta sanitaria.

e) Constituir mecanismos para prevenir y/o mitigar los posibles impactos ambientales negativos que se causen por el manejo de residuos.

- Diligenciamiento de formatos RH1
- Formato de recolección de residuos fármacos
- Formato de recolección de residuos cortopunzantes
- Formatos para aseo y desinfección de canecas y sitio de almacenamiento central de residuos peligrosos
- Manual de limpieza y desinfección
- Manual de bioseguridad
- Diseño de hoja de seguridad de productos químicos



- f) Evaluación de la implementación de la gestión ambiental en la IPSI a través de los indicadores, auditorías internas y externas.
- g) Evaluación de los procesos realizados por la empresa contratada para prestar el servicio de gestión externa de residuos hospitalarios
- Contrato vigente con la empresa Aseo y Salud S.A E.S.P
 - Verificación de pesaje de residuos peligrosos
 - Recepción del recibo de manifiestos de transporte
 - Actas de incineración de cada mes

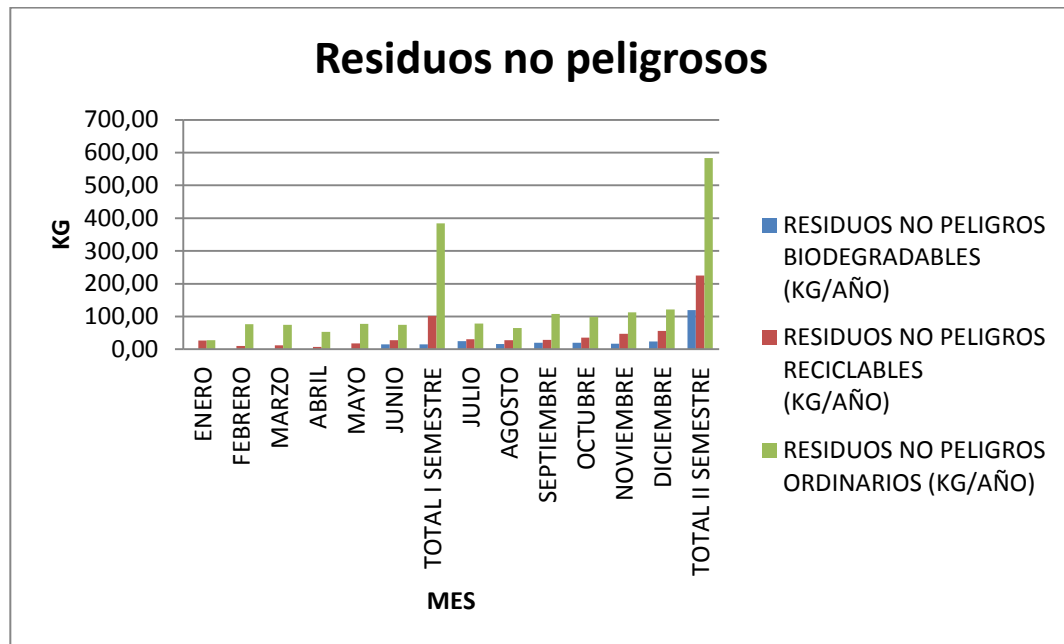
4. GENERACION DE RESIDUOS PELIGROSOS Y NO PELIGROSOS

Se anexa consolidado por mes del proceso de recolección de residuos generados e indicadores de gestión ambiental de la IPSI Sumuywajat para el año 2017.

Para la vigencia del año 2017 la IPSI Sumuywajat género en total **2397,52** kg de residuos peligrosos y no peligrosos. En comparación con el año 2016 hubo una diferencia de **958,22** kg de residuos peligrosos y no peligrosos; todo debido a reajustes del formato único de registro de residuos, donde se realizó mes a mes el pesaje de residuos biodegradables información que no se tenía registrada anteriormente; por otro lado aumentó el número de afiliados y por lo tanto la atención de usuarios siendo este proporcional a la generación de kg de residuos. En la gráfica 1 se evidencia la cantidad de residuos no peligrosos producidos por la IPSI Sumuywajat en el 2017.



Grafico 1. Producción de residuos no peligrosos de la IPSI SUMUYWAJAT.



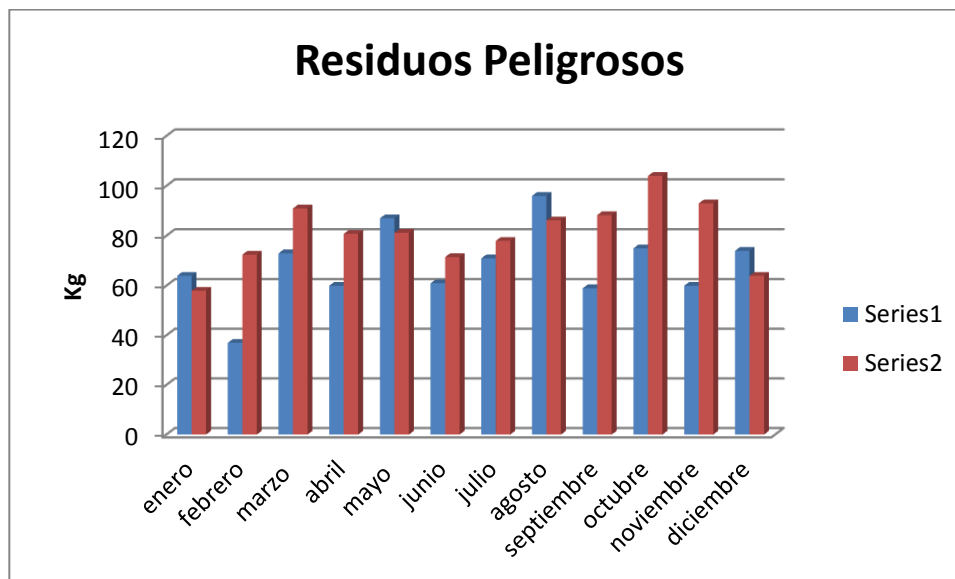
Se evidencia que se generaron **1429,07** de residuos no peligrosos, de los cuales 967,68 fueron residuos ordinarios destinados al relleno sanitario, 134,56 Kg de residuos Biodegradables y 326,83 kg de residuos reciclables,

Gran parte de ellos como el papel se utilizó nuevamente en los procesos productivos de la empresa tales como: agendamientos de citas y circulares de información internas.

En comparación con el año 2016 solo se produjeron 622,3 kg de residuos no peligrosos, lo que nos indica un aumento en la producción de residuos ordinarios en la institución.



Grafico 2. Comparación de la Producción de residuos peligrosos vigencia 2016 - 2017 de la IPSI SUMUYWAJAT.



En la gráfica 2 se evidencia que se generaron **968,45** kg de residuos peligrosos, en su mayoría residuos Biosanitarios; los cuales fueron entregados a la empresa Aseo y Salud para su gestión externa;





FORMATO REGISTRO ANUAL DE RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCION EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES

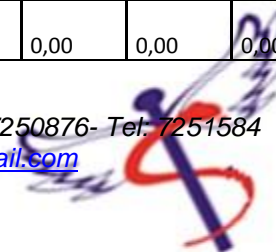
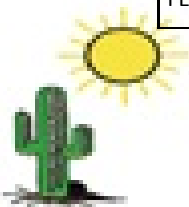
ADMINISTRACIÓN TEMPORAL DEL SECTOR SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA

RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO GENERADOR	IPSI SUMUYWAJAT	REPRESENTANTE LEGAL	EGAR PAZ OSPINO
NIT	839000794-3	RESPONSABLE	EDUARD JUNIOR PERALTA MEJIA
MUNICIPIO	MAICAO	CARGO	INGENIERO AMBIENTAL
DIRECCIÓN	Calle 16 No. 20-47		

AÑO 2017

CONSOLIDADO DE RESIDUOS GENERADOS EN ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES

MESES	RESIDUOS NO PELIGROS			RESIDUOS PELIGROSOS										TOTAL MES	
	BIODEGRADABLES (KG/AÑO)	RECICLABLES (KG/AÑO)	ORDINARIOS (KG/AÑO)	RESIDUOS INFECCIOSOS O DE RIESGO BIOLÓGICO				RESIDUOS QUÍMICOS							
				BIOSANITARIOS (KG/AÑO)	ANATOMOPATOLÓGICOS (KG/AÑO)	CORTOPUNZANTES (KG/AÑO)	DE ANIMALES (KG/AÑO)	FÁRMACOS (KG/AÑO)	CITOTÓXICOS (KG/AÑO)	METALES PESADOS (KG/AÑO)	REACTIVOS (KG/AÑO)	CONTENEDORES PRESURIZADOS (KG/AÑO)	ACEITES USADOS (KG/AÑO)		
ENERO	0,00	26,50	27,80	58,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	112,30
FEBRERO	0,00	10,00	76,70	70,95	0,00	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	159,15



MARZO	0,00	12,50	74,80	91,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	178,30
ABRIL	0,00	6,70	52,70	74,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,30	0,00	0,00	0,00	140,20
MAYO	0,00	18,23	77,68	75,70	0,00	1,00	0,00	4,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	177,11
JUNIO	14,86	27,50	74,50	67,50	0,00	1,00	0,00	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	188,36
TOTAL I SEMESTRE	14,86	101,43	384,18	437,65	0,00	3,50	0,00	7,50	0,00	6,30	0,00	0,00	0,00	955,42
JULIO	24,30	30,10	78,00	77,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	210,40
AGOSTO	15,60	27,50	64,60	78,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	6,20	0,00	0,00	193,90
SEPTIEMBRE	19,70	28,70	107,90	87,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,80	0,00	0,00	244,60
OCTUBRE	19,70	35,90	98,80	99,50	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,50	0,00	0,00	258,40
NOVIEMBRE	16,60	47,60	113,10	80,50	0,00	5,00	0,00	4,00	0,00	0,00	3,50	0,00	0,00	270,30
DICIEMBRE	23,80	55,60	121,10	64,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	264,50
TOTAL II SEMESTRE	119,70	225,40	583,50	486,50	0,00	8,00	0,00	5,00	0,00	0,00	14,00	0,00	0,00	1442,10
TOTAL ANUAL	134,56	326,83	967,68	924,15	0,00	11,50	0,00	12,50	0,00	6,30	14,00	0,00	0,00	2397,52



INDICADORES DE DESTINACION DE LOS RESIDUOS GENERADOS EN ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES

AÑO	CANTIDAD DE RESIDUOS				AÑO	INDICADORES %				
	SOMETIDOS A DESACTIVACION (RD)	RECICLABLES (RR)	INCINERADOS (RI)	DISPUESTOS EN UN RELLENO SANITARIO (RRS)		IDD	IDR	IDI	IDRS	INDICADOR TOTAL (%)
2017	935,65	326,83	32,8	1102,24	2017	39%	14%	1,37%	46%	100%

IDD: Indicador de destinación desactivación de alta eficiencia

IDR: Indicador de destinación para reciclaje

IDI: Indicador de destinación para incineración

IDRS: Indicador de destinación para relleno sanitario



INFORME DE GESTIÓN PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO A TRAVÉS DE LA CITOLOGÍA

Las actividades para la detección temprana del cáncer de cuello uterino han sido centrada en el estudio de las mujeres en situación de riesgo para adquirir la enfermedad, empleando la prueba de Papanicolaou como prueba tamiz en el tratamiento oportuno de lesiones intraepiteliales e invasivas.

Tomando como referencia esta premisa, hemos diseñado estrategias en nuestra empresa soportados en el marco legal y los procedimientos establecidos para realizar el examen de citología de cuello uterino en las mujeres usuarias de nuestra IPSI Sumuywajat, esto con el fin de prevenir el cáncer de cuello uterino y así bajar los niveles muertes a causa de este flagelo.

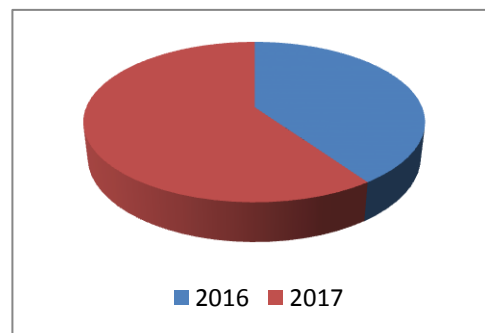
GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO

El control de calidad es un conjunto de acciones que se aplican durante la ejecución de cada prueba de laboratorio para asegurar que los resultados, productos o servicios puedan ser entregados. Involucra verificación de la adecuada técnica de muestreo, procesamiento y correcta lectura con base en procesos diseñados para identificar y corregir deficiencia; permite garantizar la reproducibilidad y validez de las interpretaciones de la citología.

Por lo anterior, estaremos entregando en este informe de gestión los datos estadísticos durante los años 2016 y 2017, de cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo en nuestra IPSI para la promoción y prevención del cáncer de cuello uterino a través de la realización del examen de citología y la reclamación del resultado.

TOMA DE MUESTRAS

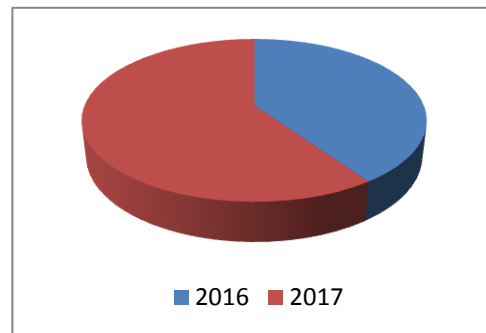
TOMA DE MUESTRAS	
2016	2017
1.153	1.705



En la toma de muestra se encuentra una variación positiva del 47% respecto al año anterior, lo cual ha venido en aumento debido a las diferentes estrategias que se han generado, como llamadas a pacientes, charlas de sensibilización a las pacientes que acuden a nuestra sede sobre la importancia de la citología para prevenir el cáncer de cuello uterino, entre otras.

COLORACIÓN Y LECTURA

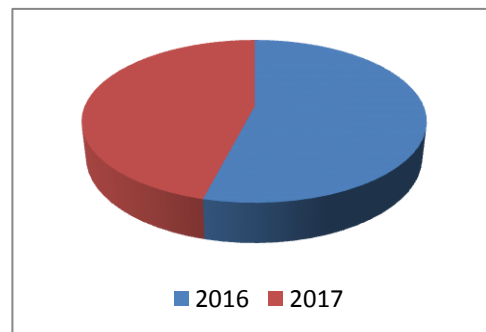
COLORACIÓN Y LECTURA	
2016	2017
1.153	1.705



En la coloración y lectura de las placas, se observa una paridad respecto a la toma de muestras en la gráfica anterior, lo que indica que las mismas han sido adecuadas para lectura, esto reduce a 0 el número de muestras inadecuadas, lo cual es positivo para nuestra entidad.

ENTREGA DE RESULTADOS

RESULTADOS SIN RECLAMAR	
2016	2017
128	109

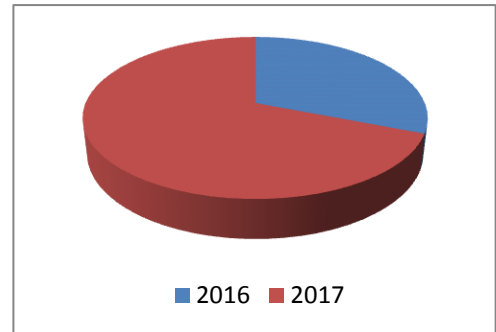


En esta grafica podemos observar una leve reducción en la reclamación del resultado por parte de las pacientes que se realizar el examen, lo que indica que se debe seguir trabajando en sensibilizar a las mismas sobre la importancia de reclamar el resultado de la citología, sin embargo en la empresa hemos venido generando estrategias que permitan reducir este porcentaje a un digito, entre las cuales se cuentan llamadas a las pacientes, sensibilización al momento de realizar el examen, charlas educativas, entre otras.



RESULTADOS POSITIVOS

CITOLOGÍAS POSITIVAS	
2016	2017
30	67



Estos datos nos muestran una variación de un año a otro que es relativo respecto a la cantidad de citologías realizadas, sin embargo podemos observar que para el año 2016 tenemos un porcentaje de citologías positivas del 2%, mientras que para el 2017 tenemos un 3%, lo que indica que se debe diseñar en lo sucesivo estrategias de promoción y prevención con campañas agresivas de sensibilización para que nuestras usuarias se realicen el examen de manera oportuna.



INFORME DE GESTION DE PSICOLOGIA 2017

SERVICIOS PRESTADOS	2016	2017	OBSERVACION
Totalidad De Servicios	3613	2776	En el año 2016 hasta el mes de noviembre el área de psicología tenía dentro de sus servicios el ingreso al control del joven y aplicación de agudeza visual, entregas de biopsias que reportaba Asocabildos, además que dentro de los informes mensuales se reportaban incluidos los servicios a usuarios vinculados, por lo que hay un aumento de servicios prestado en comparación con el 2017 ya que desde diciembre de 2016 los servicios mencionados (ingreso al control del joven y agudezas visual) los realiza Medico de p y p únicamente y no se incluían en los informes los procesos con vinculados.
Citologías alteradas	27/30	60/67	Se entregaron en un 97%, las restantes se realizó proceso de llamadas de las cuales algunos números no fueron contestados y otras por razones de no encontrarse en la ciudad no llegaban a buscarlas, como líder del proceso de realizar llamadas para notificación de resultado para su entrega. En el 2016 además se realizaban entregas de biopsias que reportaba la clínica de asocabildos
Asesorías de HIV realizadas (pyp y morbilidad)	559	803	En cuanto a la comparación de reporte encontrado en sistema, se encuentran más de las ordenadas que son 791 en el año 2017, es probable que se deba a realización de asesorías con órdenes que vienen generadas de otra entidad.
Entrega de resultados de HIV (PYP y morbilidad)	524	741	En cuanto resultados entregados el porcentaje de entrega es de 96% aproximadamente, como líder del proceso se realizan llamadas al usuario para la búsqueda y realización de asesorías, algunas cuando les tocaba reclamar resultados ya estaban en proceso de parto o en sus días de reposo por cesáreas, cabe resaltar que por tener reporte de resultados en sistemas algunos pacientes llegaron a ser atendidos sin una asesoría post, se manejó el tema desde los comités para reducir dichas estadísticas.



INFORME DE GESTION AREA LABORATORIO 2017

VIGENCIA 2016

VARIACIONES DE PROCESOS Y/O PROCEDIMIENTOS NO TERMINADOS (EXAMENES NO REALIZADOS)

VARIACIONES		ACCIONES DE MEJORA
PACIENTES QUE NO ESPERAN EL TIEMPO Y SE VAN	14	INDICAR AL PACIENTE HORARIO ESTABLECIDO POR EL LABORATORIO
PACIENTES QUE NO TRAJERON LAS MUESTRAS (ORINAS, COPROLOGICOS; ETC).	174	INDICAR LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LOS EXAMENES COMPLETOS PARA SU SALUD
PACIENTES MAL PREPARADOS PARA TOMA DE MUESTRA. (SIN AYUNAS, ETC.)	97	PROOVER LA INFORMACION NECESARIA PARA LOS USUARIOS DE LOS REQUISITOS DE LA TOMA DE MUESTRAS
PACIENTES QUE NO VINIERON	12	INDICAR LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LOS EXAMENES COMPLETOS PARA SU SALUD
TOTAL	297	

VIGENCIA 2017

EXAMENES SOLICITADOS	EXAMENES REALIZADOS	EXAMENES NO REALIZADOS	EXAMENES RECLAMADOS	EXAMENES NO RECLAMADOS
28065	27930	396	16156 EN FISICO 10460 POR LA CONSULTA	

VARIACIONES DE PROCESOS Y/O PROCEDIMIENTOS NO TERMINADOS (EXAMENES NO REALIZADOS)

VARIACIONES		ACCIONES DE MEJORA
PACIENTES QUE NO ESPERAN EL TIEMPO Y SE VAN	17	INDICAR AL PACIENTE HORARIO ESTABLECIDO POR EL LABORATORIO
PACIENTES QUE NO TRAJERON LAS MUESTRAS (ORINAS, COPROLOGICOS; ETC).	268	INDICAR LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LOS EXAMENES COMPLETOS PARA SU SALUD
PACIENTES MAL PREPARADOS PARA TOMA DE MUESTRA. (SIN AYUNAS, ETC.)	102	PROOVER LA INFORMACION NECESARIA PARA LOS USUARIOS DE LOS REQUISITOS DE LA TOMA DE MUESTRAS
PACIENTES QUE NO VINIERON	9	INDICAR LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LOS EXAMENES COMPLETOS PARA SU SALUD
TOTAL	396	



ACCIONES IMPLEMENTADAS PARA QUE EL USUARIO RECLAME LOS RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

Sensibilizar al paciente por medio de charlas de la importancia de reclamar los resultados ya que por medio de este se diagnostican diferentes patologías y además se realizan estudios para establecer el tipo de tratamiento que se debe administrar al paciente, al igual que el seguimiento del mismo.

Realizar llamadas a pacientes con resultados muy críticos para tratarlo con urgencia en la institución.

