

Año 2017

EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN 2016-2020

Mediante el Acuerdo de Junta Directiva N° 003 del 14 de Marzo de 2018 se aprobó el Plan de Gestión para el periodo 2017 – 2019 conforme a los ajustes presentados en la Resolución 408 de 2018, donde se establecieron las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios. Los resultados aquí presentados sustentan el cumplimiento de los objetivos propuestos para la vigencia 2017

RESOLUCIONES 0710 DE 2012, 0743 DE 2013 Y 0408 DE 2018

Gerente

LUIS MARIA OTALVARO SANCHEZ

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN	5
2. INDICADORES POR ÁREA DE GESTIÓN Y VALOR PORCENTUAL	6
3. INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017	7
3.1. DIRECCIÓN Y GERENCIA	7
3.1.1 INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.....	7
3.1.2 INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	7
3.1.3 INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	8
3.1.4. ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS	8
3.2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	10
3.2.1 INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO.....	10
3.2.2 INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA	10
3.2.3 INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS	11
3.2.4 INDICADOR 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	12
3.2.5 INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES – RIPS	12
3.2.6 INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	13
3.2.7 INDICADOR 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA	13
3.2.8 INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA	13
3.2.9. ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS	14

3.3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	16
3.3.1 INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES.....	16
3.3.2 INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA	17
3.3.3 INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA.....	18
3.3.4 INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.....	19
3.3.5 INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM).....	20
3.3.6 INDICADOR 17: ANÁLISIS MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA.....	20
3.3.7 INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE PEDIATRÍA	21
3.3.8 INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE OBSTETRICIA	21
3.3.9 INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA INTERNA	22
3.3.10. ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS	22
4. MATRIZ DE CALIFICACIÓN	23

MIEMBROS DE LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA

DOCTOR ANDRÉS JULIÁN RENDÓN CARDONA
Acalde y Presidente

DOCTORA DIANA MARIA MEJIA VALENCIA
Secretaria de Salud

OSCAR RODRIGO RENDÓN SERNA
Secretario de Hacienda

MONSEÑOR IVÁN CADAVID OSPINA
Representante del Gremio Productivo

DOCTOR HERNANDO BEJARANO ARISMENDI
Representante del Gremio Productivo

DOCTOR SERGIO ANDRES RIOS NOREÑA
Representante Profesionales de la Salud

DOCTOR EDGAR ÁLVAREZ CASTRO
Representante de la Comunidad

DOCTORA ADRIANA MARGARITA RIAÑO TORRES
Representante del Estamento Científico

ENFERMERO CARLOS MARIO GIRALDO
Representante Estamento Científico

1. INTRODUCCIÓN

El Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro es una institución de segundo nivel de complejidad en la prestación de servicios de salud y cabeza de red de 23 municipios del oriente antioqueño. En el 2017, el 15 de septiembre entra en funcionamiento la Sede Gilberto Mejía Mejía donde se prestan servicios de primer nivel de complejidad.

El compromiso de la gerencia fue incorporar en el plan de desarrollo institucional aquellos elementos indispensables para el cumplimiento de la misión y el logro de la visión: Calidad, Humanización del servicio, Mercadeo como factor diferenciador y Eficiencia administrativa y financiera.

Este informe de evaluación de Plan de Gestión enuncia las acciones generales que la Gerencia implemento para alcanzar las metas, articuladas al Plan de Desarrollo y el plan de acción para cada vigencia en los que se definen en forma detallada cada una de las acciones, dentro de la línea estratégica que corresponda.

Según lo establecido en el artículo 2 de la Resolución 743 de 2013 que establece que para la ESE solo aplicaran los indicadores que le correspondan según su nivel de atención, independientemente de que tenga servicios habilitados de diferentes niveles de complejidad.

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 3 de la Resolución 743 de 2013 se presenta la evaluación del cumplimiento del plan de gestión del periodo 1 de enero a 31 de diciembre de 2017, teniendo en cuenta las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, presentándolos de una forma cuantitativa mediante el reporte de los resultados obtenidos en los indicadores de gestión y cualitativa mediante la descripción de los logros alcanzados, teniendo presente que la línea base, establecida por la norma, la constituye los resultados documentados a diciembre 31 de 2017.

2. INDICADORES POR ÁREA DE GESTIÓN Y VALOR PORCENTUAL

ÁREA DE GESTIÓN	Nº INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR PORCENTUA
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	5%
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	5%
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	10%
Financiera y administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	5%
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	5%
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas o electrónicamente	5%
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios.	5%
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	5%
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	5%
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única	5%
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	5%
	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	7%
Asistencial o Clínicos 40%	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	5%
	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	5%
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	5%
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	5%
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	5%
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.	3%
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstétrica	3%
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	2%

3. INFORME DE EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2017

3.1. DIRECCIÓN Y GERENCIA

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

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 1,20$	1.2	1.44
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Documento de las autoevaluaciones de las vigencia evaluada (Anexo 1) y vigencia anterior (Anexo 2)	$1.44 / 1.2 = 1.2$	5	

3.1.2 INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	$\geq 0,9$	0.71	0.76
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Superintendencia Nacional de Salud (Anexo 3)	$29 / 38 = 0.76$	3	

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

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Número de metas del Plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación/Número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	0.82	0.77
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Informe del responsable de planeación de la ESE que debe contener el listado de las metas del Plan Operativo Anual en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (si/no) y el cálculo del indicador (Anexo 4)	$204 / 263 \times 100 = 77\%$	3	

3.1.4. ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Formulación del plan de desarrollo institucional para el cuatrienio, del plan de acción general y por áreas, articulado con el plan de gestión de gerencia.

- Se establecieron los mecanismos necesarios para el monitoreo al cumplimiento del plan de acción general del Plan de Desarrollo y a los planes de acción por áreas.
- Se evaluó el cumplimiento del plan operativo anual 2017 por cada línea estratégica y por programas

Implementación de los estándares de Acreditación, en desarrollo del ciclo de autoevaluación y mejoramiento

- Se capacitó sistemáticamente a todos los colaboradores en la Resolución 0123 de 2012 metodología de autoevaluación, de acuerdo a lo establecido por el Decreto 903 de 2014 y la Resolución 2082 del mismo año.
- Se conformó el equipo de autoevaluación según los estándares de acreditación y la disponibilidad del personal.
- Se realizó un cronograma para la aplicación de la autoevaluación.
- Se realizó el reporte oportuno de la información requerida en la Circular 012

de 2016.

- Se desarrolló la etapa de autoevaluación y mejoramiento de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 2082 de 2014, utilizando los manuales de acreditación adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Se hizo seguimiento periódico y sistemático a los planes de mejoramiento.
- Se comunicaron los avances en Mejoramiento Continuo.
- Se actualizó la calificación cualitativa mediante la definición de fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.

Fortalecimiento del Sistema de Información Institucional

- Se actualizó el Sistema de Información dando cumplimiento a la Resolución 0256 de 2016.
- Se implementó un cuadro de mando de indicadores de gestión y de seguimiento institucional disponible para consulta que permita manejar a todas las áreas la misma información.

Desarrollar las auditorías para el mejoramiento de la calidad como herramienta de gestión.

- Se estructuró el cronograma de auditorías de calidad para cada año de acuerdo al quinto paso de la ruta del PAMEC, formular los planes de mejoramiento y verificar la ejecución y el seguimiento.
- Se fortaleció el grupo de auditores en las diferentes áreas para realizar verificaciones permanentes en cada proceso frente a seguridad del paciente y el seguimiento al desarrollo de acciones de mejora.

3.2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

3.2.1 INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO			
Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	SIN RIESGO	SIN RIESGO
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizados en Riesgo medio o alto (Anexo 5)	No aplica	NA	

La categorización del riesgo ha sido realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia 2017 y se ha formalizado mediante la Resoluciones 1755 de 2017, quedando el hospital en categoría SIN RIESGO.

3.2.2 INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA			
Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación/Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación/Número UVR producidas en la vigencia anterior)]	<0,9	1.06	0.87
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 6)	$9840,39 / 11189,54 = 0.87$	5	

3.2.3 INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICOQUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada 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 en la vigencia evaluada.	$\geq 0,7$	1.0	1.0
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, debe contener el 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra, 2. Valor por otros mecanismos, 3. Valor total de adquisiciones y 4. Aplicación de la formula (Anexo 7)	$10.806.593.903 / 10.806.593.903 = 1.0$	5	

3.2.4 INDICADOR 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

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
[(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)]	Cero (0) o variación negativa	Variación interanual positiva	Variación interanual positiva
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, que contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el caculo del indicador (Anexo 8)	$6.056.006.677 - 1.620.307.664 = 4.435.699.013$	0	

3.2.5 INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES - RIPS

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto d evaluación.	4	4	4
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
1)Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces que contenga fecha de informes presentados, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de junta directiva en las que se presento, 2) Actas de Junta Directiva (Anexo 9)	4	5	

3.2.6 INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores).	≥ 1	0.76	0.71
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 6)	36.938.474.061 / 52.409.830.244	0	

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

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Reporte oportuno	Reporte oportuno
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Superintendencia Nacional de Salud (Anexo 10)	NA	5	

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

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Reporte oportuno	Reporte oportuno
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 11)	NA	5	

3.2.9. ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Fortalecimiento el proceso financiero y contable, sustentado en cumplimiento de las normas aplicables y en la generación de información financiera y presupuestal válida, oportuna y confiable que apoye la toma de decisiones.

- Se mantuvo la información contable y financiera actualizada y sistematizada en los diferentes módulos institucionales.
- Se cumplir oportunamente con el reporte de información a los entes de control

Garantizar una gestión financiera que busque el equilibrio presupuestal y la optimización de los gastos frente a la producción de servicios. Mediante la racionalización de los gastos relacionados con el Talento Humano, los suministros y los gastos generales que componen el costo en salud

- Se realizó una gestión gerencial, administrativa y financiera que propenda por el equilibrio entre los gastos comprometidos y los ingresos recaudados, con austeridad en el gasto y una gestión de cartera eficiente para aumentar los recaudos.
- Se optimización del uso de los recursos aplicados para la producción de servicios.

Garantizar una gestión financiera que busque el equilibrio presupuestal y la optimización de los gastos frente a la producción de servicios. Mediante la racionalización de los gastos relacionados con el Talento Humano, los suministros y los gastos generales que componen el costo en salud.

- Se gestiono la contratación y se hizo seguimiento al comportamiento financiero de estos.
- Se ajustaron los gastos a la producción de servicios en lo relacionado con el Talento

Garantizar el cumplimiento de las obligaciones de la ESE con el personal de Planta y con los Contratistas, mejorando el flujo de recursos y la recuperación de la cartera

- Se fortalecieron las relaciones con las EPS, para mejorar el flujo de recursos.
- Se gestiono de forma eficiente las glosas desde la prevención y la conciliación eficiente.
- Se actualizó y depuro la cartera actual.

Establecer una política de racionalización del gasto en lo relacionado con el Talento Humano, los suministros y los gastos generales que componen el costo en

salud.

- Se realizaron actividades para fomentar la cultura del autocontrol, con una política de austeridad verificando y monitoreando la utilización de los recursos.
- Se realizó un monitoreo constante al comportamiento de los costos y gastos hospitalarios.

Mantener el equilibrio entre los gastos comprometidos y los ingresos recaudados.

- Se realizó la proyección de los gastos a comprometer teniendo en cuenta el recaudo

Optimizar el proceso de facturación.

- Se realizó educación continuada y la competencia del personal a cargo de la facturación.
- Se realizó auditoría al proceso para evitar las glosas y devoluciones.

3.3. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

3.3.1 INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES.			
Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con Diagnóstico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,8$	0.96	0.86
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Informe del comité de Historias clínicas de la ESE que contenga referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 12)	$117 / 136 \times 100 = 86\%$	5	

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

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el Diagnostico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el Diagnostico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,8$	0.83	0.81
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Informe del comité de Historias clínicas de la ESE que contenga referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 13)	$124 / 153 \times 100 = 81\%$	5	

3.3.3 INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Número de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,9$	0.86	0.91
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que contenga base de datos de los pacientes a quienes se les realizo apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnostico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 14)	$345 / 379 \times 100 = 91\%$	5	

3.3.4 INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación y (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	Cero (0), ó variación negativa	0	0
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Informe del referente de seguridad del paciente que contenga aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 15)	0	5	

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

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,9$	0.96	1.0
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Informe del Comité de historias Clínicas que contenga referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador. (Anexo 16)	$17 / 17 \times 100 = 100\%$	5	

3.3.6 INDICADOR 17: ANÁLISIS MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,9$	1.0	1.0
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Informe del referente de seguridad del paciente que contenga el análisis de cada una de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 17)	$46 / 46 \times 100 = 100\%$	5	

3.3.7 INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE PEDIATRÍA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en el cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 5	3.7	6.7
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 18)	$28789 / 4257 = 6.7$	3	

3.3.8 INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE OBSTETRICIA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en el cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 8	4.8	7.2
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 18)	$89195 / 12305 = 7.2$	5	

3.3.9 INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACION DE CITA DE MEDICINA INTERNA

Formula del indicador	Estándar para cada año	Línea Base	Resultado 2017
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en el cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 15	5	6.6
Fuente de información	Calculo del indicador	Calificación	
Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 18)	$69813 / 10580 = 6.6$	5	

3.3.10. ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Implementar el programa de seguridad del paciente de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social

- Se dio cumplimiento a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en buenas prácticas de seguridad del paciente mediante el Programa de Seguridad del Paciente que provee una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.

Garantizar la oportunidad en la atención

- Se dio continuidad a la oferta de servicios para alcanzar el tiempo de oportunidad en la asignación de citas de Pediatría, Ginecología y Medicina Interna, definiendo claramente cuál es la capacidad de oferta Institucional

4. MATRIZ DE CALIFICACIÓN

Área de Gestión	No.	Indicador	Línea de Base	Resultado del periodo evaluado (2017)	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	d	i	j	k	l	m=k*l
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	1.2	1.20	5	0.05	0.25
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	0.71	0.71	3	0.05	0.15
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0.82	0.77	3	0.10	0.30
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero					
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	1.06	0.87	5	0.0571	0.29
	6	Proporción de medicamentos y material medico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas, b) Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. C) Compras a través de mecanismos electrónicos	1.00	1.00	5	0.0571	0.29
	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 O NEGATIVA	VARIACIÓN INTERANUAL ES POSITIVA	0	0.0571	0.00
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	4.00	4	5	0.0571	0.29
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0.76	0.71	0	0.0571	0.00
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	SI	SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	5	0.0571	0.29
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2. Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 del 2016- Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	SI	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	5	0.0571	0.29
Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en gestantes	0.96	0.86	5	0.07	0.35
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0.83	0.81	5	0.05	0.25

Área de Gestión	No.	Indicador	Línea de Base	Resultado del periodo evaluado (2017)	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	d	i	j	k	l	m=k*I
	14	Oportunidad en la realización de apendicectomía	0.86	0.91	5	0.05	0.25
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0.00	NO SE PRESENTAN EVENTOS	5	0.05	0.25
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso del infarto Agudo del miocardio (AM)	1.0	1.00	5	0.05	0.25
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1.0	1.00	5	0.05	0.25
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	3.7	6.7	3	0.03	0.09
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstétrica	4.8	7.2	5	0.03	0.15
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	5.0	6.6	5	0.02	0.10
CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN: IGUAL O SUPERIOR AL 70%					CALIFICACION		4.07
					RESULTADO		SATISFACTORIA