

**INFORME DE GESTION E.S.E.  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA**



**“Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización”**

**ANDRES FELIPE JIMENEZ GIRALDO  
GERENTE**

**2014**

## INFORME DE GESTIÓN DE GERENCIA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA 2014

### INTRODUCCION

El PLAN DE GESTIÓN es un sistema de Metas asumidas en conjunto por quienes componen la Empresa para orientar sus acciones, cumplir su direccionamiento estratégico y proyectar en todos los interesados el beneficio de obtener resultados, además de comprometer en este complejo desempeño a colaboradores, administradores, usuarios y entidades de control, acompañando el cambio técnico que debe realizar en las funciones, procesos, procedimientos y actividades para lograr desarrollar la gestión dentro de los lineamientos previstos.

El informe del PLAN DE GESTIÓN 2014 de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, parte de las líneas de base estándar de la normatividad y cada estrategia para el logro del resultado se encuentra alineada con el Plan de desarrollo Institucional, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la Política de Seguridad que enmarca nuestro direccionamiento estratégico de la institución; contiene entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionadas con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, así como el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.

EL informe se desarrolla teniendo en cuenta las condiciones y metodología, descritas en la Resolución 0710 de 2012 y 743 de 2013 y se constituye en el documento que refleja los compromisos para el actual periodo Gerencial, respecto a las metas de gestión y resultados definidos en la normatividad.

## INFORME DE GESTIÓN DE GERENCIA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA 2014

### JUSTIFICACION

Con la expedición de la Ley 1122 de enero 9 de 2007, se estableció para el caso de los gerentes de Empresas Sociales del Estado, el nombramiento por periodos de cuatro años, mediante concurso de méritos; se definió igualmente la reelección por una sola vez y la unificación de los periodos para todos los gerentes (en los niveles departamental, municipal y distrital) a partir del primero de abril de 2012. En adición, el gobierno expidió el Decreto 357 y la Resolución 473 de 2008, en los cuales se estableció la metodología para la elaboración de planes de gestión y la adopción de instrumentos de evaluación por parte de la junta directiva.

En la Ley 1438 del 19 de enero de 2011, el Congreso definió criterios adicionales para la elección y evaluación de los gerentes o directores de hospitales. Entre ellos estableció que la junta deberá aprobar un plan de gestión con metas y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios con base en la metodología definida por el Ministerio; y que la evaluación insatisfactoria por parte de la junta será causal de retiro del servicio del director o gerente. En cuanto al proceso de elección, se precisa que se debe realizar un concurso público, conformar una terna con los concursantes que hayan obtenido las tres mejores calificaciones y que el nominador designe a quien haya alcanzado el más alto puntaje. Los artículos 73 y 74 de la Ley 1438 establecen en adición el procedimiento de presentación y aprobación del plan de gestión, el cual entre otras, debe ser presentado en los 30 días hábiles siguientes a la posesión en el cargo y aprobado por la junta en los 15 días siguientes.

Este marco de referencia jurídico permite comprender la expedición de la resolución 710 de marzo de 2012, que establece las condiciones de presentación y evaluación del plan antes mencionado y fija responsabilidades a los gerentes y a las juntas directivas. La Resolución 743 de Marzo de 2013, modifica esta resolución y adopta nuevas condiciones y metodologías para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.

En cumplimiento de estos requerimientos se presenta a la Junta Directiva de la ESE Hospital San Juan de Dios Santa fe de Antioquia, el Informe de Gestión 2014 y a su disposición estarán todos los soportes de gestión y seguimiento realizados durante la vigencia.

## INFORME DE GESTIÓN DE GERENCIA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA 2014

### INDICADOR 1. AUTOEVALUACION DE ACREDITACION

Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del Ciclo de Preparación para la acreditación o del Ciclo de Mejoramiento de la Empresa Social del Estado en los términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008 o de la norma que la sustituya.

**Formula del indicador:** Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior

**Estándar para cada año:**  $\geq 1,20$

**Fuente de información:** Documento diligenciado del promedio de las autoevaluaciones de los estándares del sistema único de acreditación, de la ESE

**Línea Base:** 1,8

**Logros:** La institución viene desarrollando el cronograma del segundo ciclo de autoevaluación y mejoramiento, cumpliendo con los pasos de la ruta crítica del PAMEC. En la actualidad se desarrollan las actividades de los planes de mejora y se monitorea mediante un sistema de semaforización el cumplimiento de los planes y se culminará el año con el aprendizaje organizacional.

A inicios del año 2014 como punto de partida para el mejoramiento de la Calidad se realizó una nueva autoevaluación con estándares de acreditación según lo dispuesto en la Resolución 0123 de enero de 2012 tal como se acordó en la formulación del PAMEC en el año 2013, en el transcurso del año se continua con la ruta crítica del PAMEC seleccionando procesos a mejorar, se hace la priorización de procesos aplicando para tal fin la matriz en donde se considera la calidad esperada o estándar, la calificación del riesgo, el costo y el volumen. Se definió la calidad esperada y se alcanzó a hacer la medición inicial y seguimiento del desempeño de los procesos.

En el año 2015 se reinicia la ruta crítica con la autoevaluación con estándares de acreditación según lo dispuesto en la Resolución 0123 de enero de 2012 el resultado de la autoevaluación fue de 2,18 demostrando mejora de 1,21 con respecto a la vigencia anterior.

A continuación se relaciona los resultados de la evaluación por grupo de estándares para las dos vigencias:

RESUMEN AUTOEVALUACION 2013

GRUPO DE ESTANDARES	Asistencial	Direccionamiento	Gerencia	RRHH	Ambiente Físico	G. Tecnológica	G. información	Mejoramiento	TOTAL INSTITUCIÓN	PROMEDIO
CALIFICACIÓN	1,49	2,15	2,07	1,57	1,79	1,56	1,82	1,94	14,39	1,80

RESUMEN AUTOEVALUACION 2014

GRUPO DE ESTANDARES	Asistencial	Direccionamiento	Gerencia	RRHH	Ambiente Físico	G. Tecnológica	G. información	Mejoramiento	TOTAL INSTITUCIÓN	PROMEDIO
CALIFICACIÓN	2,19	2,57	2,36	2,26	1,85	2,07	1,94	2,23	17,47	2,18

Cálculo del indicador:

<b>Numerador</b>	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada	<b>2,18</b>	<b>1.21</b>
<b>Denominador</b>	Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	<b>1,80</b>	

Se anexa Documento de autoevaluación con la comparación de las vigencias: ver INDICADOR 1 AUTOEVALUACION ACREDITACION

**INDICADOR 2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

**Formula del indicador:** Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría.

**Estándar para cada año:**  $\geq 0,90$

**Fuente de información:** Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud

**Línea Base:** 0,71 vigencia 2013

**Logros:** Como resultado del seguimiento a las acciones de mejoramiento priorizadas, realizado por la Oficina de Planeación y Calidad en acompañamiento de la Oficina de Control Interno, el número de acciones de mejoramiento ejecutadas en la vigencia corresponde a 118 acciones de mejoramiento de 166 acciones programadas derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC, el porcentaje de cumplimiento total fue del 71% de ejecución.

<b>Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la Calidad de la atención en salud</b>			
<b>Numerador</b>	Número de acciones ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	118	<b>0,71</b>
<b>Denominador</b>	Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	166	

Se hace importante aclarar que las acciones de mejoramiento en estado completo obedecen a aquellas que se demostró mediante evidencia su cumplimiento de acuerdo al cronograma que se estableció. Al momento del seguimiento las demás actividades demostraron un grado de avance para lo cual se definió una fecha posterior para su cierre.

Se anexa Certificación planes de mejoramiento avalados por la oficina de Planeación y Calidad y control interno: ver INDICADOR 2 EJECUCION PLANES DE MEJORA

### INDICADOR 3. EJECUCIÓN PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

**Formula del indicador:** Número de metas del Plan operativo anual cumplidas /Número de metas del Plan Operativo anual programadas.

**Estándar para cada año:**  $\geq 0,90$

**Fuente de información:** Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional

**Línea Base:** 0,92 para la vigencia 2013

**Logros:** Se realizó seguimiento y evaluación a la ejecución del plan de desarrollo mediante la revisión y socialización trimestral de los planes de acción 2014 teniendo en cuenta los impactos y el peso porcentual asignados para cada foco y las actividades planeadas en cada proyecto; el porcentaje de cumplimiento fue del 91% para la vigencia 2014.

A continuación se presenta el cumplimiento por focos Plan Operativo Anual.

**Cuadro 1.** Focos y proyectos plan de desarrollo.

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - SANTA FE DE ANTIOQUIA EVALUACION PONDERADA DEL PLAN DE DESARROLLO 2012 - 2016 AÑO 2013						
	FOCO	ACTIVIDADES PLANEADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	PESO %	PESO PORCENTUAL ALCANZADO TOTAL
1	INTELIGENCIA DEL NEGOCIO	264	245	93%	10	9,3
2	SOSTENIBILIDAD Y RENTABILIDAD FINANCIERA	582	496	85%	15	12,8
3	DESARROLLO DE COMPETENCIAS HUMANAS	223	180	81%	10	8,1
4	PRODUCTIVIDAD E INNOVACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD	159.217	159.200	100%	30	30,0
5	ENFOQUE A LA EXCELENCIA	158	145	92%	15	13,8
6	RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL	36	28	78%	5	3,9
7	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EFECTIVA	274	227	83%	3	2,5
8	COMPROMISO CON EL USUARIO	49	41	84%	5	4,2
9	POSICIONAMIENTO DE MARCA	68	52	76%	2	1,5
10	HOSPITAL MODERNO	172	156	91%	5	4,5
		<b>161.043</b>	<b>160.770</b>	<b>99,8</b>		<b>91</b>

Se anexa Matriz de Evaluación Plan de Desarrollo y visto bueno de Control Interno: ver INDICADOR 3 EJECUCION PLAN DE DESARROLLO

#### INDICADOR 4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

**Formula del indicador:** Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero

**Estándar para cada año:** Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero

**Fuente de información:** Acto Administrativo de adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero para las ESE categorizadas en riesgo Medio o Alto

**Línea Base:** Según la Resolución 1877 de 2013 la categorización del riesgo para la ESE fue "BAJO"

**Logros:** Se expide la Resolución 2090 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social donde según la categorización del riesgo para la vigencia 2014 de las Empresas Sociales del Estado del Nivel territorial, la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia obtuvo una categorización del riesgo "SIN RIESGO", por ende según lo estipulado en la Resolución 743 de 2013 la institución no está obligada a adoptar el programa de saneamiento fiscal y financiero y este indicador se distribuye proporcionalmente de acuerdo con el peso de cada una de las ponderaciones de los indicadores restantes del componente Financiero y administrativo.

Se anexa Certificación del Ministerio de Salud y Protección Social y Resolución 2090 de 2014: ver INDICADOR 4 CALIFICACION SEGUN RIESGO

### **INDICADOR 5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA**

**Formula del indicador:**  $[(\text{Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar}/\text{Número de UVR producidas en la vigencia})/(\text{Gasto comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación- , sin incluir cuentas por pagar}/\text{Número UVR producidas en la vigencia anterior})]$

**Estándar para cada año:** <0,90

**Fuente de información:** Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, ó la norma que lo sustituya. Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Línea Base:** 1,26

**Logos:** Este indicador de eficiencia plantea la comparación entre dos vigencias consecutivas de la relación entre el gasto y la producción anuales, pretendiendo que cada vez la producción aumente más que proporcionalmente frente al gasto.

Se calcula indicador teniendo en cuenta las fichas técnicas reportadas en la página del SIHO, para la vigencias 2013 y 2014 encontrando como resultado que la evolución del gasto por unidad de valor relativo producida fue para el año 2014 de 1,04 mejorando un punto en relación con a la vigencia anterior.

<b>Variable</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,45	1,28
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Resolución 710 de 2012)	1,06	1,06
Equilibrio presupuestal con reconocimiento ( Sin CXC y CXP)	1,33	1,11
Equilibrio presupuestal con recaudo ( Sin CXC y CXP)	0,9	0,88
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	10.170,17	8.525,34
<b>Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR (\$)</b>	8.976,85	9.283,55
Gasto de personal por UVR (\$)	5.691,05	5.732,49

*Calculo del indicador:*



Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año evaluado	21.278.702.696	Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior, en \$ constantes	16.037.372.479	<b>1,04</b>
No. UVR producidas en el año evaluado	2.166.073	No. UVR producidas en el año anterior	1.704.806	
<b>NUMERADOR</b>	9.823,63	<b>DENOMINADOR</b>	9.407,15	<b>RESULTADO</b>

Anexo ficha Sistema de Información Hospitalaria SIHO: ver INDICADOR 5 PRODUCCION VS GASTOS

**INDICADOR 6. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS**

**Formula del indicador:** Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos/Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.

**Estándar para cada año:**  $\geq 0,70$

**Fuente de información:** Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el Responsable de Control Interno de la ESE.

**Línea Base:** 0,46 para la vigencia 2013

**Logros:** La ESE a partir de enero de 2014 inicia la compra de medicamentos mediante modalidad consignación con la empresa SyD S.A. Colombia, con el fin de mejorar la eficiencia, el manejo de inventarios y la oportunidad en la entrega de medicamentos. Después de realizar un análisis de precios del mercado y varias visitas del Ente Territorial donde se realizaron cierres y hallazgos de incumplimientos importantes, a partir de septiembre se entrega la prestación del servicio farmacéutico al tercero manteniendo el mismo costo de los medicamentos que se tenían en consignación, el personal fue asumido por el tercero mediante vinculación, teniendo en cuenta inicialmente a las personas del Municipio, con muy buenos resultados a la fecha.

Las compras de medicamentos y material médico-quirúrgico mediante el mecanismo de adquisición a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado, en nuestro caso a la Cooperativa de

Hospitales de Antioquia COHAN durante la vigencia 2014, correspondió a \$58.461.418 frente a un volumen de compras totales de \$3.975.823.316 para un resultado de 0.0147.

<b>Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos</b>			
<b>Numerador</b>	Valor de Adquisición de medicamentos y MMQ realizado mediante uno de los siguientes mecanismos a) compras conjuntas, B) compras a través de cooperativas de ESE, c) compras a través de mecanismos electrónicos	<b>\$58.461.418</b>	<b>0.0147</b>
<b>Denominador</b>	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y MMQ	<b>\$3.975.823.316</b>	

*Anexo Certificación Subgerente Financiera y Administrativa y control Interno: ver INDICADOR 6 COMPRAS A COOPERATIVAS*

**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:** [(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)]

**Estándar para cada año:** Cero (0) o variación negativa

**Fuente de información:** Certificación de revisoría fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, del Contador de la ESE.

**Línea Base:** Sin deuda a diciembre 31 vigencia 2013

**Logros:** La variación del monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, frente a la vigencia anterior fue de cero.

A diciembre 31 de 2014, la ESE se encontraba a paz y salvo por todo concepto con el personal de planta (Nominas y prestaciones correspondientes a la vigencia fueron pagadas oportunamente).

Con los contratos de prestación de servicios no existían deudas vencidas a al finalizar el año.

*Se Anexa Certificación del revisor Fiscal: ver INDICADOR 7 OPORTUNIDAD EN PAGO A PERSONAL Y CONTRATISTAS*

## INFORME DE GESTIÓN DE GERENCIA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA 2014

### INDICADOR 8. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES – RIPS

**Formula del indicador:** Número de informes de análisis de prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia.

**Estándar para cada año:** 4

**Fuente de información:** Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, Actas de Junta Directiva.

**Línea Base:** 5 informes vigencia 2013

**Logros:** Para el cumplimiento de este indicador desde la oficina de Gerencia de la Información y estadística se genera la información mensual por cada área según los indicadores ya establecidos, para la Junta Directiva se elabora informe de caracterización de la población atendida en la institución con parámetros de frecuencia, uso de los servicios, perfiles demográficos, morbilidad atendida y facturación por servicios. Igualmente a necesidad se presentan informes sobre producción en la sesiones de Junta Directiva.

Paralelo a esto la institución realiza análisis y seguimiento mensual en comité técnico científico de la información reportada en RIPS por servicios, con el fin de orientar la toma de decisiones y verificar el cumplimiento de metas e indicadores de calidad.

Durante la vigencia se presentaron 3 informes a cada integrante de la Junta Directiva y un informe general 2014 en reunión ordinaria del 12 de febrero de 2015.

*Se anexan informes: ver INDICADOR 8 INFORMES RIPS y soportes de entrega.*

### INDICADOR 9. EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

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

**Estándar para cada año:**  $\geq 1,00$

**Fuente de información:** Ejecución presupuestal reportada al sistema de información SIHO en cumplimiento de Decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya.

**Línea Base:** 1.06

**Logros:** Desde la gerencia se realizo una gestión administrativa y financiera con el fin de responder y mantener el equilibrio presupuestal, con austeridad en el gasto y una buena gestión de cartera,

basada en las buenas relaciones con las EPS y el apoyo de AESA; se busco realizar una eficiente gestión de la glosas tratando de que no se generen, apoyados en el equipo de auditoría de la institución y la retroalimentación permanente del personal.

A continuación se presenta la ficha técnica del SIHO y el cálculo del indicador correspondiente a la vigencia:

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA		
Variable	2013	2014
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,45	1,28
<b>Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Resolución 710 de 2012)</b>	1,06	1,06
Equilibrio presupuestal con reconocimiento ( Sin CXC y CXP)	1,33	1,11
Equilibrio presupuestal con recaudo ( Sin CXC y CXP)	0,9	0,88
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	10.170,17	8.525,34
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR (\$)	8.976,85	9.283,55
Gasto de personal por UVR (\$)	5.691,05	5.732,49

Fuente: Ficha Técnica portal SIHO  
Decreto 2193 de 1994

FORMULA INDICADOR	Ingresos Totales	CXP Vig. Anteriores	
Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)	18.686.697.634	4.649.013.253	23.335.710.887
Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores	21.278.702.696	727.094.238	22.005.796.934
	<b>Gastos Total Comprometido Excluye CxP</b>	<b>Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores</b>	
			<b>1,06</b>

El equilibrio presupuestal para la vigencia 2014 fue de 1.06

Anexo ficha Sistema de Información Hospitalaria SIHO: ver INDICADOR 9 EQUILIBRIO PRESUPUESTAL

## INFORME DE GESTIÓN DE GERENCIA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA 2014

### **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:** Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.

**Estándar para cada año:** Cumplimiento dentro de los términos previstos.

**Fuente de información:** Superintendencia Nacional de Salud

**Línea Base:** Oportuno 2013

**Diagnóstico:** La institución viene realizando el reporte semestral de los indicadores de la circular única. Para asegurar el cumplimiento en el reporte de los indicadores, se estableció un cronograma para la captación de datos, generación de los indicadores, consolidación, reporte y seguimiento, en el cual se estipulan las fechas según la norma para su reporte semestral. Se realiza seguimiento y alertas en el comité técnico científico.

La E.S.E reporto un cumplimiento oportuno para el periodo evaluado en la entrega de información de la circular única "indicadores de calidad" tal como se muestra la Circular N° 002 de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud, en su anexo técnico No. 1.

*Anexo Circular N° 002 de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud y técnico No. 1: ver INDICADOR 10 REPORTE INDICADORES DE CALIDAD*

### **INDICADOR 11. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004**

**Formula del indicador:** Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente

**Estándar para cada año:** Cumplimiento dentro de los términos previstos

**Fuente de información:** Ministerio de Salud y Protección Social

**Línea Base:** Oportuno año 2013

**Logros:** La institución viene realizando el reporte de la información solicitada por el Decreto 2193 de 2004, como evidencia de ellos se solicita al Ministerio de Salud la certificación del cumplimiento en el año 2014.

Se realizo un seguimiento a la generación de información para cada trimestre, se definieron responsables y se acordaron tiempos establecidos por ley. La información allí presentada es

## INFORME DE GESTIÓN DE GERENCIA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA 2014

validada y presentada en los diferentes comités para el direccionamiento de la ESE y toma de decisiones.

*Anexo Certificación Ministerios de Salud y Protección Social Pág. 2: ver INDICADOR 11 REPORTE INFORMACION 2193*

### **INDICADOR 12. HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACIÓN**

**Formula del indicador:** Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación/ Total Historias Clínicas auditadas 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.

**Estándar para cada año:**  $\geq 0,80$

**Fuente de información:** Informe del comité de Historias clínicas de la ESE.

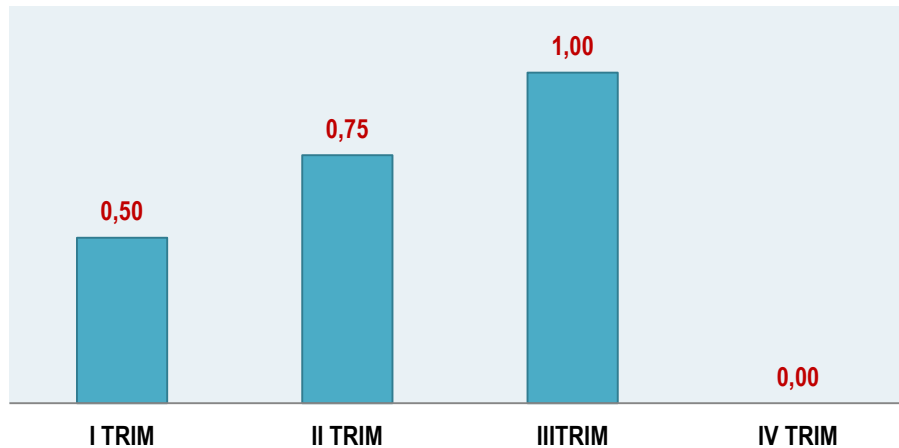
**Línea Base:** 0.84 para la vigencia 2013

**Logros:** La E.S.E cuenta con la guía de maternidad segura del año 2012, actualmente un medico general lidera la política de maternidad segura en la institución, enfatizando siempre en el cuidado desde la gestación.

Para la evaluación de este indicador se estableció un mecanismo de auditoría concurrente preventiva y se creó un instrumento con variables que identifican la adherencia a las guías. Para 2014 se evaluaron 73 historias clínicas de las cuales 18 cumplieron con los criterios de evaluación; después de realizada la auditoría se obtuvo una adherencia de 0,78 a la guía de manejo.

Los casos de no adherencia a la guía obedece a que no se evidencio educación al paciente, en casos aislados falta registro y análisis a antecedentes personales y familiares. Este indicador fue llevado a comité de historia clínica y técnico científico durante la vigencia 2014.

Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la  
gestación 2014



Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación			
<b>Numerador</b>	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	14	0,78
<b>Denominador</b>	Total Historias Clínicas auditadas 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	18	

Anexo informe de auditoría: INDICADOR 12 HEMORRAGIAS 3 TRIMESTRE HTA

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

**Formula del indicador:** Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia / Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia.

**Estándar para cada año:**  $\geq 0,80$

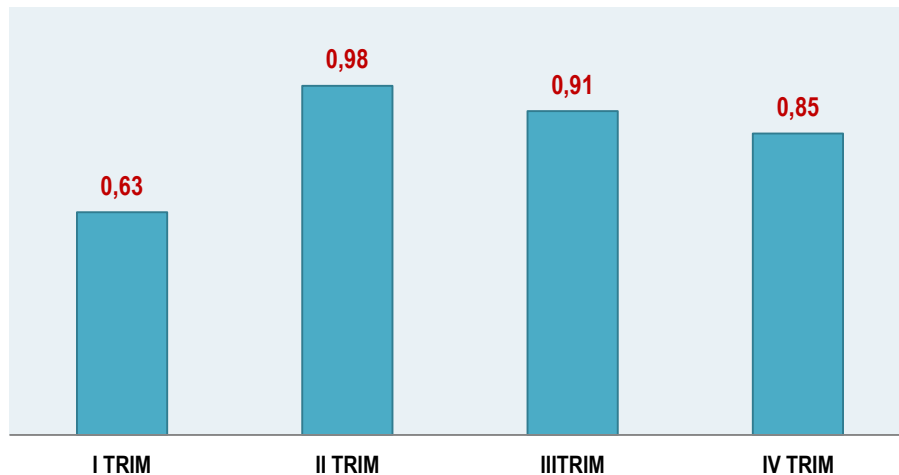
**Fuente de información:** Informe del comité de Historias clínicas de la ESE.

**Línea Base:** 0,86 para la vigencia 2013

**Logros:** En el perfil de morbilidad por egreso hospitalario 2013, la primera causa corresponde a la atención del parto. Se realiza auditoría trimestral de adherencia a la guía por un médico general quien lidera la política de maternidad segura en la institución.

La metodología de evaluación utiliza un instrumento de auditoría teniendo en cuenta variables importantes que determinan la adherencia a la guía de atención, mes a mes se captan los egresos desde sistemas de información, luego de la auditoría se tabulan los resultados y se retroalimentan tanto con el área asistencial como la administrativa con el fin de mejorar aquellas variables en las que se encuentran oportunidades de mejora.

**Adherencia primera causa de egreso 2014  
ESE Hospital San Juan de Dios - Santa Fe de Antioquia**



<b>Evaluación de aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida.</b>			
<b>Numerador</b>	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia	<b>178</b>	<b>0,86</b>
<b>Denominador</b>	Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia.	<b>208</b>	

Para el año 2014 se auditaron un total de 208 Historias Clínicas, arrojando una de adherencia de 0,86 a la guía manejo.

*Anexo informe de auditoría: Ver INDICADOR 13 MANEJO PRIMERA CAUSA DE EGRESO*



## INDICADOR 14. OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

**Formula del indicador:** Número de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso a quienes se inició la Apendicectomía, después de confirmado el diagnostico en un tiempo igual o menor a 6 horas/ Total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación

**Estándar para cada año:**  $\geq 0,90$

**Fuente de información:** Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces

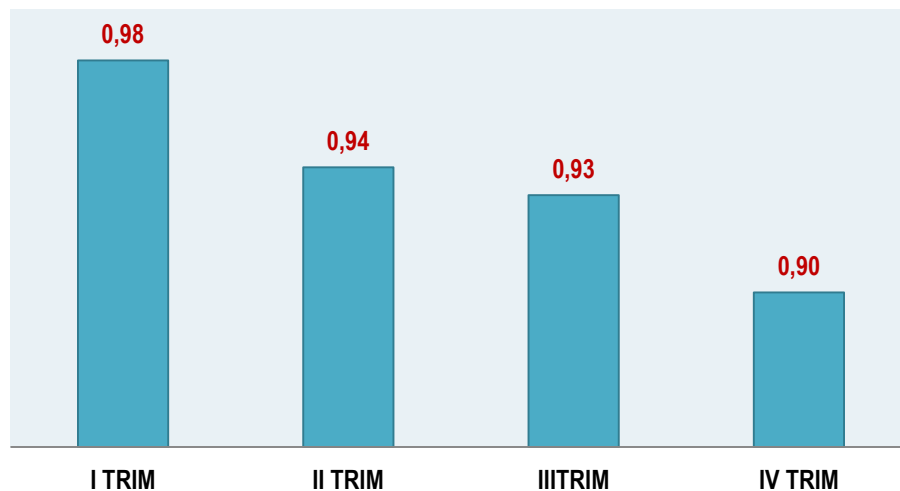
**Línea Base:** 0,95 para la vigencia 2013

**Logros:** Durante el 2014 se presentaron 233 pacientes que requirieron apendicetomía, se analizaron el 96% de los casos, de los cuales a 209 se le realizo la apendicetomía en un tiempo igual o inferior a 6 horas, dando cumplimiento a la calidad esperada establecida con una oportunidad de 0,94.

Los casos que no cumplieron con la oportunidad fueron reportados al comité técnico científico donde se revisaron y direccionaron acciones de mejora a las desviaciones encontradas.

A continuación se presenta tendencia de los casos presentados:

**Oportunidad en la realización de Apendicectomía 2014**



<b>Oportunidad en la realización de Apendicectomía</b>			
<b>Numerador</b>	Número de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso a quienes se inició la Apendicetomía, después de confirmado el diagnostico en un tiempo igual o menor a 6 horas	209	0,94

<b>Denominador</b>	Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	<b>223</b>	
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	--

*Anexo informe de auditoría: Ver INDICADOR 14 OPORTUNIDAD APENDICECTOMIA*

### **INDICADOR 15. NEUMONÍAS BRONCO ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO**

**Formula del indicador:** Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación y (Número de pacientes pediátricos con neumonías 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)

**Estándar para cada año:** Cero (0), ó variación negativa

**Fuente de información:** Comité de calidad o quien haga sus veces

**Línea Base:** Cero casos año 2013

**Logros:** Para el año 2014 no se presento ningún caso de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la institución.

*Anexo certificación comité de calidad: Ver INDICADOR 15 NEUMONÍAS BRONCO ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO*

### **INDICADOR 16. OPORTUNIDAD EN LA ATENCION ESPECIFICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM).**

**Formula del indicador:** Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia.

**Estándar para cada año:**  $\geq 0,90$

**Fuente de información:** Comité de calidad o quien haga sus veces

**Línea Base:** 0,84 para la vigencia 2013

**Logro:** El paciente con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio es remitido a un nivel de mayor complejidad, solo se realiza la atención inicial, mientras es aceptado en otra institución.

## INFORME DE GESTIÓN DE GERENCIA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA 2014

Para evaluar la oportunidad de este indicador, la E.S.E se cuenta con guía de manejo de IAM, igualmente se utiliza un instrumento para realizar auditoria a Historias Clínicas, teniendo en cuenta variables de importancia para la oportunidad en la atención.

Los casos se captan por diagnóstico de egreso en los Registros RIPS, para el 2014 se revisaron 22 historias clínicas de las cuales al total (100%) de los casos se les brindo oportunidad en el inicio de la terapia especifica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico.

*Anexo certificación comité de calidad:* INDICADOR 16 OPORTUNIDAD EN PACIENTES IAM

### INDICADOR 17. ANÁLISIS MORTALIDAD HOSPITALARIA

**Formula del indicador:** Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/ Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo.

**Estándar para cada año:**  $\geq 0,90$

**Fuente de información:** Comité de mortalidad hospitalaria o quien haga sus veces.

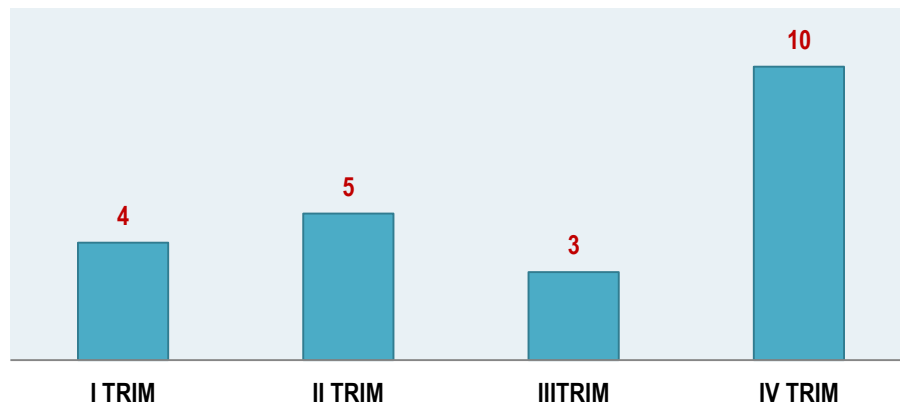
**Línea Base:** 1.0 año 2013

**Logros:** El comité de Vigilancia Epidemiológica y Comité de Calidad realizan el análisis de la mortalidad hospitalaria y se hace seguimiento al indicador según informe elaborado por la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad.

Se analizaron el 100% de los casos presentados, para el caso de las muertes intrahospitalarias ocurridas después de 48 horas, se realiza análisis y socialización con los involucrados para elaborar plan de mejoramiento, con el fin de intervenir causas donde haya lugar.

A continuación la tendencia de las muertes ocurridas en el año 2014:

### Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas 2014



Se certificado comité de Vigilancia Epidemiológica 2014: Ver INDICADOR 17 ANALISIS MORTALIDAD HOSPITALARIA

### INDICADOR 18. OPORTUNIDAD DE CONSULTA DE PEDIATRÍA

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

**Estándar para cada año:**  $\leq 5$

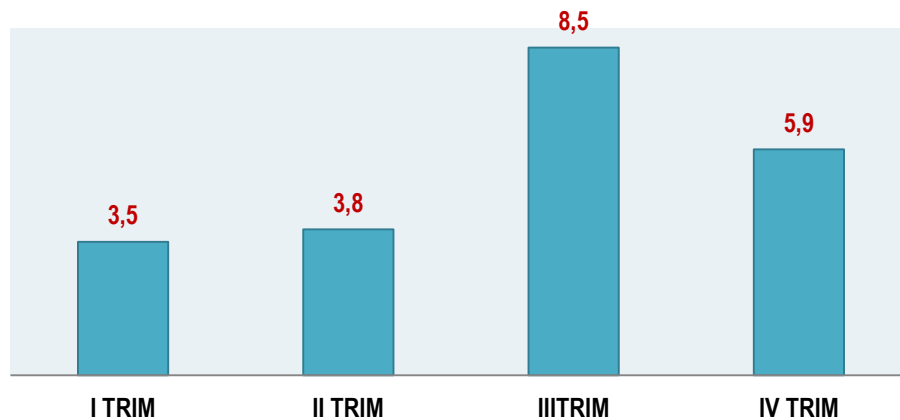
**Fuente de información:** Superintendencia Nacional de Salud

**Línea Base:** 4 días vigencia 2013

**Logros:** Este indicador se viene evaluando y reportando cumpliendo con la Circular Única de la Supersalud. Durante el año se realiza análisis periódico en el comité de Calidad de la tendencia de este indicador, para mejorar la oportunidad se realizaron ajustes en la agenda aumentando el número de consultas y se programaron brigadas durante todo el año.

A continuación se presenta la tendencia del indicador 2014.

Oportunidad Consulta de Pediatría  
ESE Hospital San Juan De Dios - Santa Fe de Antioquia 2014



Oportunidad de asignación de citas en la consulta de pediatría.			
<b>Numerador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que sea atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita.	25.650	5,6
<b>Denominador</b>	Número total de consultas de pediatría asignadas en la institución.	4.534	

Se anexa matriz de seguimiento indicadores asistenciales 2014, Circular N° 002 de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud y técnico No. 2: Ver INDICADOR 18 OPORTUNIDAD CONSULTA PEDIATRIA

**INDICADOR 19. OPORTUNIDAD CONSULTA DE GINECO OBSTETRICIA**

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

**Estándar para cada año:** ≤8

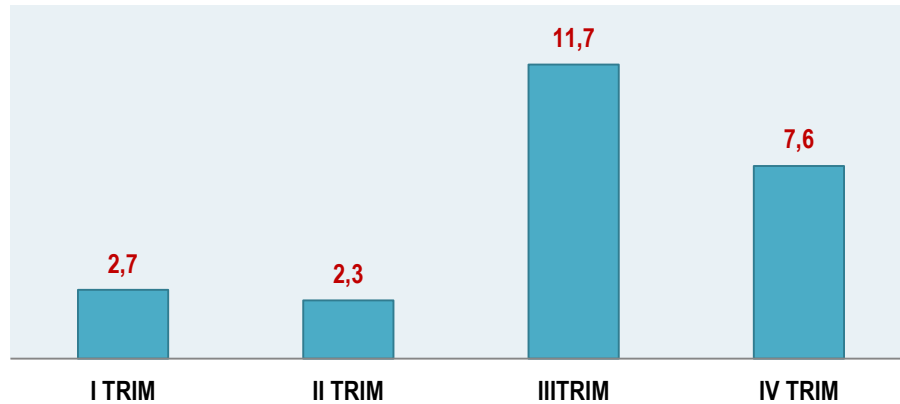
**Fuente de información:** Superintendencia Nacional de Salud

**Línea Base:** 3,6 días vigencia 2013

**Logros:** Este indicador se viene evaluando y reportando cumpliendo con la Circular Única de la Supersalud. Durante el año se realiza análisis periódico en el comité de Calidad de la tendencia de este indicador, el aumento en la cobertura impacta positivamente el indicador manteniéndonos en el estándar esperado durante la vigencia.

A continuación se presenta la tendencia del indicador 2014.

Oportunidad Consulta de Gineco-obstétrica  
ESE Hospital San Juan De Dios - Santa Fe de Antioquia 2014



Oportunidad de asignación de citas en la consulta de Ginecoobstetricia			
<b>Numerador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que sea atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita.	59.308	<b>6,46</b>
<b>Denominador</b>	Número total de consultas de ginecología asignadas en la institución.	9.185	

Se anexa matriz de seguimiento indicadores asistenciales 2014, Circular N° 002 de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud y técnico No. 2: Ver INDICADOR 19 OPORTUNIDAD CONSULTA GINECOOBSTETRICIA

### INDICADOR 20. OPORTUNIDAD CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

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

**Estándar para cada año:** ≤15

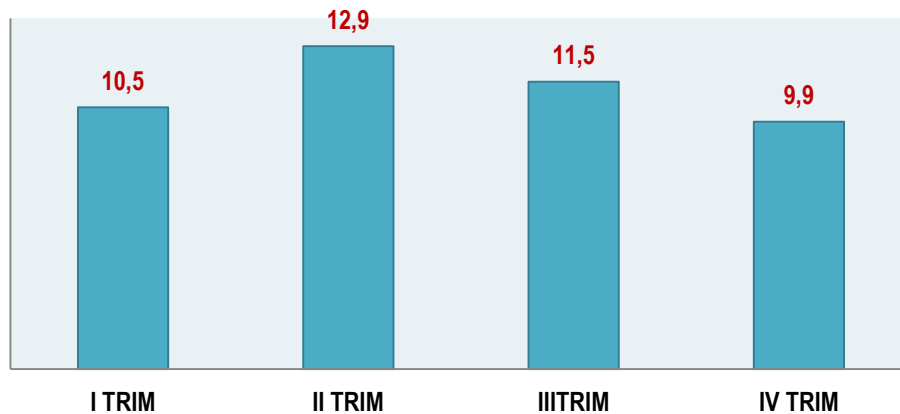
**Fuente de información:** Superintendencia Nacional de Salud

**Línea Base:** 7.9 días para la vigencia 2013

**Logros:** Este indicador se viene evaluando y reportando cumpliendo con la Circular Única de la Supersalud. Durante el año se realiza análisis periódico en el comité de Calidad de la tendencia de este indicador, para mantener la oportunidad se abrieron nuevas agendas y se programaron brigadas durante todo el año dando cumplimiento a la calidad esperada durante la vigencia.

A continuación se presenta la tendencia del indicador 2014.

**Oportunidad Consulta de Medicina Interna  
ESE Hospital San Juan De Dios - Santa Fe de Antioquia 2014**



<b>Oportunidad de asignación de citas en la consulta de medicina interna</b>			
<b>Numerador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que sea atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita.	112.689	<b>11,18</b>
<b>Denominador</b>	Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución.	10.081	

Se anexa matriz de seguimiento indicadores asistenciales 2014, Circular N° 002 de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud y técnico No. 2: Ver INDICADOR 20 OPORTUNIDAD CONSULTA MEDICINA INTERNA