

**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**

2015

INFORME DE GESTIÓN DE GERENCIA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA 2015

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 2015 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 2015

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 2015 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 2015

METODOLOGÍA

La presente evaluación al Plan de Gestión, se realizó teniendo en cuenta las condiciones y la metodología descrita en la Resolución No. 710 de 30 de Marzo de 2012. Y la Resolución modificatoria No. 743 de 15 de Marzo de 2013 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Ver Anexo: *Resolución 710 de 2012*
 Resolución 743 de 2013

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: 2,18 vigencia 2014

Resultados: La autoevaluación de acreditación es un proceso mediante el cual la institución se introduce para alcanzar altos estándares de calidad que buscan garantizar y mejorar la calidad de la atención del usuario. Este trabajo se realiza de manera articula con cada uno de los líderes de las diferentes áreas quienes se reúnen para evaluar los procesos institucionales frente a esos estándares de acreditación, de esta forma después de realizar la calificación y priorización de los estándares que van a trabajar durante el año para mejorarlos, formulan unas acciones y metas que finalmente evalúan para verificar su cumplimiento.

En la vigencia 2015, la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia realizó la autoevaluación con todos los estándares de acreditación que le fueron aplicables, teniendo como referente la Resolución 0123 de 2012

La calificación promedio obtenida producto de la autoevaluación realizada en la vigencia 2015 fue de **2.8** evidenciando una aumento de **2.28** respecto a la evaluación de la vigencia anterior

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

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

RESUMEN AUTOEVALUACION 2015

GRUPO DE ESTANDARES	Asistencial	Direccionamiento	Gerencia	RRHH	Ambiente Físico	G. Tecnológica	G. información	Mejoramiento	TOTAL INSTITUCIÓN	PROMEDIO
CALIFICACIÓN	3,1	3,0	3,0	3,0	2,33	1,83	3,0	3,0	22,26	2,80

Cálculo del indicador:

Numerador	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada	2,80	1,28
Denominador	Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	2,18	

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 2014

Resultados: 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 96 acciones de mejoramiento de 105 acciones programadas derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC, el porcentaje de cumplimiento total fue del 91% de ejecución.

Las acciones de mejora que no alcanzaron cumplimiento quedaron priorizadas para el siguiente ciclo de mejoramiento.

Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la Calidad de la atención en salud			
Numerador	Número de acciones ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	96	0.91
Denominador	Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	105	

Lo anterior producto del trabajo en mejoramiento de la institución a través del PAMEC que permitió fortalecer procesos como el plan de emergencias, aspectos de los programas de promoción y

INFORME DE GESTIÓN DE GERENCIA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA 2015

prevención, guías de práctica clínica basadas en evidencia científica, los procesos de ayudas diagnóstica y complementación terapéutica (especialmente en laboratorio clínico), logramos hacer el cambio a una historia clínica electrónica más segura, confiable para nuestros usuarios, mejorar el acceso a los servicios de la institución, gran fortalecimiento del programa de seguridad del paciente, farmacovigilancia, el proceso archivístico, aspectos fundamentales del direccionamiento estratégico institucional, el proceso de referencia y contrareferencia. Todo en un proceso de mejoramiento continuo institucional.

Todas las evidencias de cumplimiento de las acciones de mejoramiento quedan en medio magnético o físico en la oficina de Calidad y archivo administrativo de la institución.

Se anexa Certificación planes de mejoramiento avalados por la oficina de Planeación y Calidad y control interno y el plan de mejoramiento de la vigencia: 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: 0,91 para la vigencia 2014

Resultados: Se realizó seguimiento y evaluación a la ejecución del plan de desarrollo mediante la revisión y socialización trimestral de los planes de acción 2015 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 94% para la vigencia 2015.

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

Cuadro 1. Focos y proyectos plan de desarrollo.

INFORME DE GESTIÓN DE GERENCIA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA 2015

"Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización"

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - SANTA FE DE ANTIOQUIA EVALUACION PONDERADA DEL PLAN DE DESARROLLO 2012 - 2016 AÑO 2015						
	ACTIVIDADES PLANEADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO	PESO %	PESO PORCENTUAL ALCANZADO TOTAL	
1	INTELIGENCIA DEL NEGOCIO	267	256	0,959	10	96%
2	SOSTENIBILIDAD Y RENTABILIDAD FINANCIERA	579	542	0,936	15	94%
3	DESARROLLO DE COMPETENCIAS HUMANAS	227	211	0,930	10	93%
4	PRODUCTIVIDAD E INNOVACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD	159214	159192	1,000	30	100%
5	ENFOQUE A LA EXCELENCIA	158	151	0,956	15	96%
6	RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL	36	34	0,944	5	94%
7	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EFECTIVA	274	236	0,861	3	86%
8	COMPROMISO CON EL USUARIO	50	35	0,700	5	70%
9	POSICIONAMIENTO DE MARCA	68	56	0,824	2	82%
10	HOSPITAL MODERNO	172	161	0,936	5	94%
					94%	

FOCO	LOGROS
1 INTELIGENCIA DEL NEGOCIO	<p>Se realiza la socialización de Plan de Desarrollo en dos jornadas de re inducción programadas al mes, además se incluye dentro del boletín mensual del plan de comunicaciones y se socializa en cada presentación trimestral de seguimiento a los planes de acción anuales.</p> <p>El seguimiento se realiza trimestralmente en jornada programada para revisar los planes de acción por área, como soporte listados de asistencia, acta de reunión y presentaciones de cada área.</p> <p>Los días 20,21 y 22 de octubre, se realiza en articulación con la Oficina de Calidad y Talento Humano Jornada de Re inducción con la participación de 212 colaboradores, la calificación de la jornada fue de 4,7 e incluyo los siguientes temas: Seguridad y Salud en el Trabajo, Comunicaciones, PAMEC, SIAU, Seguridad al paciente, Calidad, Gestión Ambiental y Gestión del Talento Humano.</p> <p>Se realiza seguimiento evaluación y liquidación de la contratación para la venta de servicios, personal externo y convenios interadministrativos.</p>
2 SOSTENIBILIDAD Y RENTABILIDAD FINANCIERA	<p>Se realiza la adecuada gestión del presupuesto para la vigencia, la gestión contable se evidencia en los Estados Financieros e Indicadores a corte 31 de diciembre de 2015, se cumple con la oportunidad de entrega</p>

FOCO	LOGROS
	de informes a Entes de Control. El proceso de facturación mensual para enviar a cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios se realiza de manera oportuna. Se alcanza para la vigencia un porcentaje de glosa final menor al 1%. Las compras se realizaron mediante el proceso determinado para ello donde se las necesidades fueron definidas por servicios y justificadas ante el comité de compras para ser evaluadas y priorizadas. Los servicios contaron con los insumos necesarios para la operación.
3 DESARROLLO DE COMPETENCIAS HUMANAS	Se garantiza el plan de inducción a todos los colaboradores nuevos, se elabora y ejecuta el plan anual de capacitaciones y el plan anual de incentivos. Se inicia la Implementación del Sistema de Gestión, Seguridad y Salud en el Trabajo en articulación con la Administradora de Riesgos Profesionales. Según el caso se garantizó la aplicación de las normas de carrera administrativa según los lineamientos de la CNSC.
4 PRODUCTIVIDAD E INNOVACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD	Se garantiza la prestación del servicio de Consulta Externa, Cirugía, Hospitalización, Urgencias, Ayudas Diagnosticas y Traslado Asistencial según el portafolio de servicios. Según la capacidad instalada se fijaron las metas de productividad a las cuales se les realizó seguimiento periódico en el CTC y Planes de Acción logrando cumplimientos mayores al 100%, este seguimiento acompañado de los monitoreos constantes de oportunidad y condiciones de calidad en la atención. Las coberturas de vacunación alcanzaron las coberturas óptimas para la vigencia 2015
5 ENFOQUE A LA EXCELENCIA	Se realiza autoevaluación frente a los estándares de habilitación, actualización del portafolio de servicios y plan de acción para el cumplimiento de los hallazgos encontrados. Se realiza autoevaluación frente a los estándares de acreditación, priorización de oportunidades de mejora y el plan de acción respectivo para la vigencia, al cual se le realizó seguimiento periódico en compañía del Asesor de Control Interno de la institución, se alcanza para la vigencia un cumplimiento del 0,90 en la efectividad de la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad. Se conforma el equipo de seguridad del usuario quien lideró la implementación de la política y el programa de seguridad del usuario durante la vigencia, desde allí se realizó la gestión y análisis de los eventos adversos según el protocolo establecido en la matriz de gestión diseñada para ello.
6 RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL	Se lideró el programa de gestión de residuos hospitalarios en la institución, socialización del programa por áreas y auditorias mediante rondas con el diseño de estrategias y campañas para incentivar el buen uso de los recursos y la segregación adecuada de los residuos.
7 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EFECTIVA	La oficina de Gestión de la Información generó y organizo los datos para ser analizados por los diferentes comités y soportar la toma de decisiones, se implementa un nuevo Software para el soporte de la gestión clínica y administrativa.

FOCO	LOGROS
	<p>Se cuenta con el sitio WEB del Hospital http://hospitalsantafedeantioquia.com/index.php con actualización de los contenidos se incluye: Contratación, Informes de Control Interno, procesos, información financiera, Información educativa al usuario, Normatividad, Plan de Desarrollo, Plan de Gestión, Proyectos y Rendición de Cuentas.</p> <p>Se da cumplimiento a la entrega de informes Decreto 2193 de 2004, Circular Única, Sivigila, Rendición de anual de Cuentas Contraloría y demás requeridos por Entes de Control.</p>
8 COMPROMISO CON EL USUARIO	<p>Se cuenta con la Asociación de Usuarios conformada con participación en Junta Directiva, cuentan con un cronograma de reuniones anuales y son acompañados por la Coordinadora de SIAU. Se realiza seguimiento a la satisfacción y las quejas de forma periódica.</p>
9 POSICIONAMIENTO DE MARCA	<p>Se realiza canalizado todas las estrategias mediante la oficina de comunicaciones: Página WEB, Programas radiales, reuniones con grupos de la comunidad, participación en eventos públicos de interés. Se realizaron visitas a los Municipios de influencia lideradas por el Subgerente Científico.</p>
10 HOSPITAL MODERNO	<p>Las necesidades de tecnología son definidas en el formato de evaluación de necesidades presentadas y evaluadas en el comité de compras, se realizaron inversiones en renovación y reposición de tecnología biomédica. La capacitación y el entrenamiento se realizada de forma personalizada por el proveedor de cada equipo. Se elabora el Plan de Mantenimiento biomédico vigencia 2015 el cual es enviado a la DSSA para revisión y aprobación, la ejecución en términos de la programación fue superior al 90%.</p> <p>Se garantiza la prestación de servicios generales, transporte y vigilancia durante la vigencia con inversiones importantes como el cambio de la cava del servicio de alimentación y compra de ropa hospitalaria.</p> <p>Se cuenta con proyecto de infraestructura aprobado por la DSSA y con Viabilidad Técnica del Ministerio de Salud a la espera de la aprobación de los diseños arquitectónicos.</p>

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 2090 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social la categorización del riesgo para la ESE fue "SIN RIESGO"

Resultados: Se expide la Resolución 1893 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social donde según la categorización del riesgo para la vigencia 2015 de las Empresas Sociales del Estado del Nivel territorial, la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia mantuvo la 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: $[(\text{Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar} / \text{Número de UVR producidas en la vigencia}) / (\text{Gasto comprometido en la vigencia anterior} - \text{en valores constantes del año objeto de evaluación-}, \text{sin incluir cuentas por pagar} / \text{Número UVR producidas en la vigencia anterior})]$

Estándar para cada año: <0,90

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

Línea Base: 1,04 vigencia 2014

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 proporcionalmente menos frente al gasto.

Se calcula indicador teniendo en cuenta las fichas técnicas reportadas en la página del SIHO, para la vigencias 2014 y 2015 encontrando como resultado que la evolución del gasto por unidad de valor relativo producida fue para el año 2015 de 1.11, el indicador supera el punto esperado (<0.90) dado que durante la vigencia la producción en términos de UVR producidas aumento un 17% mientras que los gastos alcanzaron un aumento del 30% dado que la ESE realizó compromisos importantes que afectaron el gasto como el caso del nuevo software adquirido para soportar la gestión de la información clínica y administrativa de los procesos de la institución, el cual en vigencias futuras no afecta este indicador.

Los compromisos adquiridos en vigencias anteriores también afectar negativamente este indicador.

Variable	2014	2015
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,28	1,26
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Resolución 710 de 2012)	1,06	0,91
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,11	1,14
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,88	0,77
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	8.525,34	11.232,53
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Resolución 710 de 2012)	9.283,55	10.489,44
Gasto de personal por UVR (\$)	5.732,49	0,00

Calculo del indicador:

Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año evaluado	28.576.879.000	Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior, en \$ constantes	22.057.503.000	1,11
No. UVR producidas en el año evaluado	2.526.729,21	No. UVR producidas en el año anterior	2.166.072,50	
NUMERADOR	11.309,83	DENOMINADOR	10.183,18	RESULTADO

Anexo ficha Sistema de Información Hospitalaria SIHO: ver INDICADOR 5 PRODUCCION VS GASTOS y Certificación Contador de la ESE

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: 0,0178 para la vigencia 2014

Resultados: El servicio farmacéutico de la ESE a partir de septiembre de 2014 se encuentra operado bajo la modalidad Outsourcing o Tercerización por la empresa SyD S.A. Colombia, garantizando la eficiencia en la prestación del servicio y la oportunidad en la entrega de medicamentos de forma ambulatoria y a todos los servicios de la ESE.

De esta forma, 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 2015, correspondió a \$0 frente a un volumen de compras totales de \$2.408.664.594 para un resultado de 0.00.

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			
Numerador	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	0	-
Denominador	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y MMQ	\$2.408.664.594	

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.

INFORME DE GESTIÓN DE GERENCIA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA 2015

Línea Base: Sin deuda a diciembre 31 vigencia 2014

Resultados: 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 2015, 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).

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

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: 4 informes vigencia 2014

Resultados: 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 de la vigencia 2015 en reunión de Junta Directiva del 12 de enero de 2016 (Acta 124).

Primer Informe: 28 de mayo de 2015

Segundo Informe: 1 de septiembre de 2015

Tercer Informe: 23 de noviembre de 2015

Cuarto Informe: 12 de enero de 2016

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 para la vigencia 2014

Resultados: El equilibrio presupuestal con recaudo para la vigencia 2015 fue de 0.91 lo cual indica que los gastos comprometidos fueron superiores a los ingresos recaudados, ello obedece a las dificultades del sector para el recaudo de la cartera en el caso de la ESE en especial en el último trimestre del año, donde el recaudo no supera el 80% de los ingresos.

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

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA		
Variable	2014	2015
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,28	1,26
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Resolución 710 de 2012)	1,06	0,91
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,11	1,14
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,88	0,77
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	8.525,34	11.232,53
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR (\$)	9.283,55	10.498,44
Gasto de personal por UVR (\$)	5.732,49	6.070,73

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)	21.957.146.723	5.011.580.277	0.91
Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores	28.576.878.904	1.119.294.475	
	Gastos Total Comprometido Excluye CxP	Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	

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

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 2014

Logro: 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 tal como se muestra en los pantallazos del reporte al portal de vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud:

Usuario Vigilado Representante Legal 89098226499999999 Cerrar sesión
Entidad: 050420547801 ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Inicio > Panel de Administración > Reportes de Envío

Reporte de envíos

[890982264] ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS [15/03/2016 10:28 a.m.]

Filtro del reporte

Circular: CIRCULAR UNICA Id de envío (Opcional):
 Año: 2015 Fecha Inicio (Opcional):
 Período: 41-Segundo Trimestre Fecha Fin (Opcional):

Generar reporte

1

#	id	Nit	Estado	Extemporaneidad	Periodo De Corte	Año	Fecha	Archivos	Autorizacion reenvio
1	266898	890982264	CARGADO	No extemporaneo	41-Segundo Trimestre	2015	29/07/2015 10:34:55 a.m.		

Usuario Vigilado Representante Legal 89098226499999999 Cerrar sesión
Entidad: 050420547801 ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Inicio > Panel de Administración > Reportes de Envío

Reporte de envíos

[890982264] ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS [15/03/2016 10:30 a.m.]

Filtro del reporte

Circular: CIRCULAR UNICA Id de envío (Opcional):
 Año: 2015 Fecha Inicio (Opcional):
 Período: 43-Cuarto Trimestre Fecha Fin (Opcional):

Generar reporte

1

#	id	Nit	Estado	Extemporaneidad	Periodo De Corte	Año	Fecha	Archivos	Autorizacion reenvio
1	296464	890982264	CARGADO	No extemporaneo	43-Cuarto Trimestre	2015	30/01/2016 10:48:25 a.m.		

Anexos Soportes Portal de Vigilados Superintendencia de salud: ver INDICADOR 10 REPORTE INDICADORES CIRCULAR UNICA

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 2014

Resultados: La institución viene realizando el reporte de la información solicitada por el Decreto 2193 de 2004, a través del Sistema de Información Hospitalaria SIHO.

Se realizó seguimiento a la generación de información para cada trimestre, se definieron responsables y se acordaron tiempos establecidos por ley. La información allí presentada es validada y presentada en los diferentes comités para el direccionamiento de la ESE y toma de decisiones.

Como evidencia se aporte certificado de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social

DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2015 de que trata el Decreto 2193 de 2004
Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013

Nota: Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2015 de que trata el Decreto 2193 de 2004 de las ESE, fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las Direcciones Territoriales de Salud

Departamento	Municipio	Nombre Institución	Nivel	Primer Trimestre		Segundo Trimestre		Tercer trimestre		Cuarto trimestre		Resultado Final de Cumplimiento
				Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	
Antioquia	SAN PEDRO DE URABÁ	ESE HOSPITAL OSCAR EMIRO VERGARA CRUZ	1	12/05/2015	Oportuno	10/08/2015	Oportuno	05/11/2015	Oportuno	25/02/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	SAN RAFAEL	ESE HOSPITAL PEDRO ALONSO MARIA GIRALDO	3	29/05/2015	Oportuno	10/08/2015	Oportuno	09/11/2015	Oportuno	29/02/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	SAN ROQUE	ESE HOSPITAL MUNICIPAL SAN ROQUE	3	02/06/2015	Oportuno	18/08/2015	Oportuno	12/11/2015	Oportuno	26/02/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	SANTA BÁRBARA	ESE HOSPITAL SANTAMARIA	1	05/06/2015	Oportuno	18/08/2015	Oportuno	05/11/2015	Oportuno	01/03/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	SANTAFÉ DE ANTIOQUIA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	2	25/05/2015	Oportuno	30/07/2015	Oportuno	12/11/2015	Oportuno	02/03/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	SANTO DOMINGO	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	1	04/06/2015	Oportuno	21/08/2015	Oportuno	11/11/2015	Oportuno	01/03/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	SEGOVIA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1	10/06/2015	Extemporáneo	03/09/2015	Oportuno	30/11/2015	Oportuno	07/03/2016	Oportuno	No Cumple
Antioquia	SONSON	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1	14/05/2015	Oportuno	14/08/2015	Oportuno	11/11/2015	Oportuno	23/02/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	SOPETRAN	ESE HOSPITAL HIDRACIO MUÑOZ SUESCUN	1	26/05/2015	Oportuno	14/08/2015	Oportuno	12/11/2015	Oportuno	23/02/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	TAMÉSIS	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1	29/05/2015	Oportuno	24/08/2015	Oportuno	11/11/2015	Oportuno	01/03/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	TARAZÁ	HOSPITAL SAN ANTONIO	1	25/05/2015	Oportuno	20/08/2015	Oportuno	12/11/2015	Oportuno	24/02/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	TARSO	ESE HOSPITAL SAN PABLO	1	27/05/2015	Oportuno	10/08/2015	Oportuno	09/11/2015	Oportuno	26/02/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	TITIRIBÍ	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1	26/05/2015	Oportuno	20/08/2015	Oportuno	13/11/2015	Oportuno	23/02/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	TOLEDO	ESE HOSPITAL PEDRO CLAVER AGUIRRE YEPES	1	11/06/2015	Extemporáneo	01/09/2015	Oportuno	20/11/2015	Oportuno	No entregado	No Cumple	No Cumple
Antioquia	TURBÍO	ESE HOSPITAL FRANCISCO VALDEBARRA	2	27/05/2015	Oportuno	03/08/2015	Oportuno	04/11/2015	Oportuno	25/03/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	URAMITA	ESE HOSPITAL TOBIAS PUERTA DE URAMITA ANTIOQUIA	1	01/06/2015	Oportuno	10/08/2015	Oportuno	25/11/2015	Oportuno	04/03/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	URRACÓ	ESE HOSPITAL IVAN RESTREPO GÓMEZ	1	26/05/2015	Oportuno	31/08/2015	Oportuno	25/11/2015	Oportuno	02/03/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	VALDIVIA	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1	27/05/2015	Oportuno	03/09/2015	Oportuno	25/11/2015	Oportuno	24/02/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	VALPARAISO	ESE HOSPITAL SAN JUAN DIOS	1	11/05/2015	Oportuno	24/07/2015	Oportuno	22/10/2015	Oportuno	18/03/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	VEGACHI	ESE HOSPITAL SAN CAMILO DE LEUIS	1	04/06/2015	Oportuno	25/08/2015	Oportuno	12/11/2015	Oportuno	27/02/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	VENECIA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	1	12/05/2015	Oportuno	01/09/2015	Oportuno	11/11/2015	Oportuno	26/02/2016	Oportuno	Cumple
Antioquia	VIGÍA DEL	ESE HOSPITAL ATRATO MEDICO ANTIOQUEÑO	1	26/05/2015	Oportuno	31/07/2015	Oportuno	04/11/2015	Oportuno	23/02/2016	Oportuno	Cumple

Anexo Certificación Ministerios de Salud y Protección Social Pág. 5: 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 Diagnostico 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.

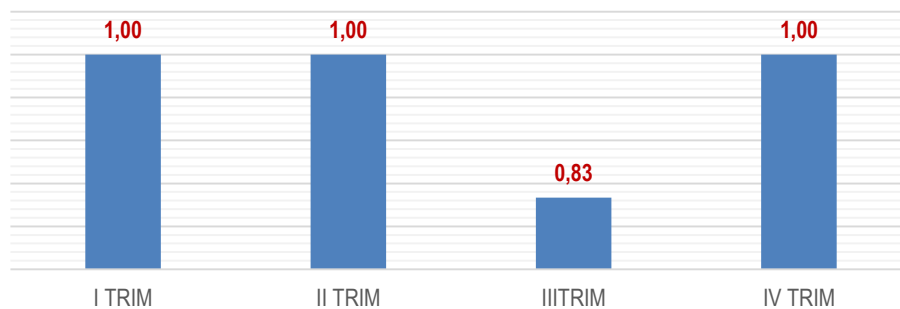
Línea Base: 0.78 para la vigencia 2014

Resultados: Para la evaluación de este indicador se siguen los Lineamientos para la Adopción de Guías de Atención establecido en la Institución, mediante el instrumento establecido para la evaluación de la guía de *Hemorragias del III trimestre y Trastornos Hipertensivos en la Gestación* se valoran aspectos relacionados con el manejo integral de la Historia Clínica como los son: Anamnesis, Examen Físico, Diagnóstico y preguntas específicas de la Guía de Manejo.

Para la vigencia 2015 se evaluaron 54 historias clínicas de las cuales 15 cumplieron con los criterios de evaluación; después de realizada la auditoría se obtuvo una adherencia de 0,93 a la guía de manejo.

Este indicador fue llevado a comité de historia clínica y técnico científico durante la vigencia 2015.

Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación 2015



Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación			
Numerador	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	14	0,93
Denominador	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	15	

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.

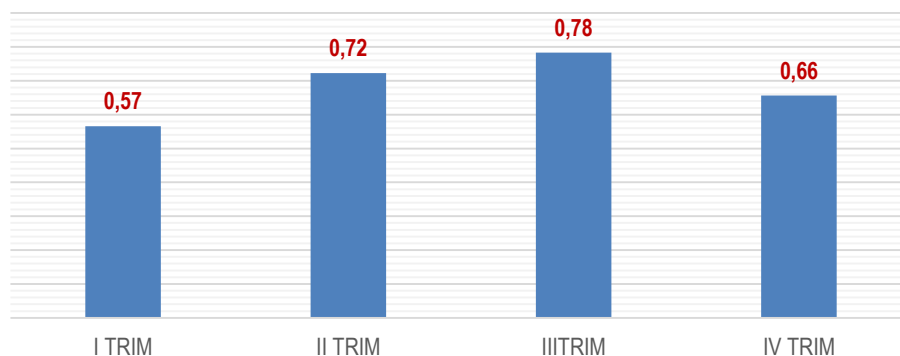
Línea Base: 0,86 para la vigencia 2014

Resultados: En el perfil de morbilidad por egreso hospitalario 2015, la primera causa corresponde a la atención del parto.

Para la evaluación de este indicador se realiza auditoría trimestral siguiendo los Lineamientos para la Adopción de Guías de Atención establecido en la Institución, mediante el instrumento establecido para la evaluación de la guía de *Práctica Clínica Control Prenatal y Atención del Parto* se valoran aspectos relacionados con el manejo integral de la Historia Clínica como los son: Anamnesis, Examen Físico, Diagnóstico y preguntas específicas de la Guía de Manejo.

Para la vigencia se evaluaron 338 historias clínicas que corresponden al 31,5% de los eventos ocurridos para este periodo obteniendo un resultado de 0,67; las principales falencias identificadas fueron: rotación del personal y el desconocimiento y omisión de algunos profesionales de la Guía de Manejo a los cuales se les realizó retroalimentación personalizada de la guía y seguimiento.

**Adherencia primera causa de egreso 2015
ESE Hospital San Juan de Dios - Santa Fe de Antioquia**



Evaluación de aplicación de la Guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida.			
Numerador	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	228	0,67

Denominador	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.	338	
--------------------	--	------------	--

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 Diagnóstico de Apendicitis al egreso a quienes se inició la Apendicectomía, después de confirmado el diagnóstico en un tiempo igual o menor a 6 horas/ Total de pacientes con Diagnóstico 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

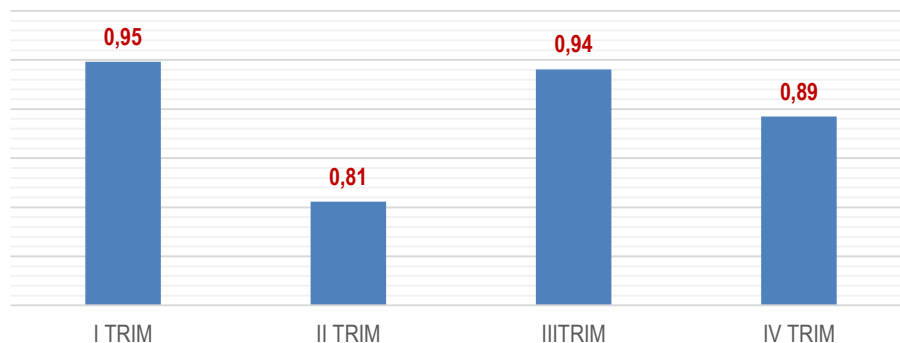
Línea Base: 0,94 para la vigencia 2014

Resultados: Durante la vigencia 2015 se presentaron 388 pacientes que requirieron apendicetomía, se analizaron el 72% de los casos, de los cuales a 250 se le realizó la apendicetomía en un tiempo igual o inferior a 6 horas, dando cumplimiento a la calidad esperada establecida con una oportunidad de 0,90.

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 2015



Oportunidad en la realización de Apendicectomía

Numerador	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	250	0.90
Denominador	Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	279	

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), o variación negativa

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

Línea Base: Cero casos año 2014

Resultados: Para el año 2015 no se presentó 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 especifica 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: 1.00 para la vigencia 2014

Logro: En relación a nuestra capacidad instalada 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.

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 Individuales de Prestación de Servicios RIPS, para el 2015 se revisaron 17 historias clínicas de las cuales al total (100%) de los casos se les brindo oportunidad en el inicio de la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico.

Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM).			
Numerador	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico	17	1.00
Denominador	Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia.	17	

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.

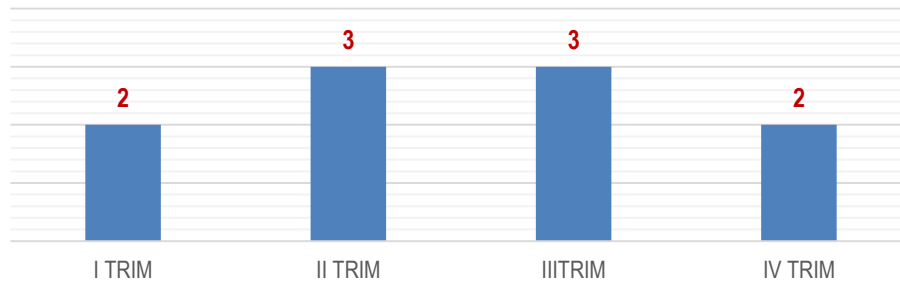
Línea Base: 1.0 para 2014

Resultados: El comité de Vigilancia Epidemiológica COVE realiza el análisis de la mortalidad hospitalaria y se hace seguimiento al indicador según informe elaborado por la Oficina de Sistemas de información. Para la vigencia 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.

INFORME DE GESTIÓN DE GERENCIA E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA 2015

Como conclusión de los análisis en ningún caso se encontraron causas relacionadas con el proceso de atención.

Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas Revisados por el COVE 2015



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: ≤ 5

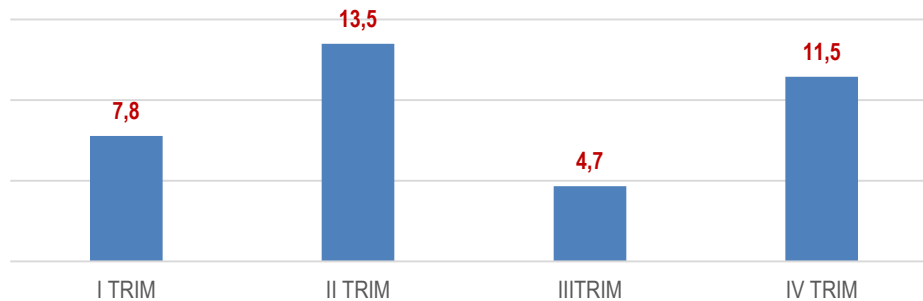
Fuente de información: Superintendencia Nacional de Salud

Línea Base: 5.4 días vigencia 2014

Resultados: 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, las desviaciones en la oportunidad se dieron en el trimestre I y IV del año por dificultades en la disponibilidad de horas para consulta del profesional de esta especialidad.

A continuación se presenta la tendencia del indicador 2015.

Oportunidad Consulta de Pediatría
ESE Hospital San Juan De Dios - Santa Fe de Antioquia 2015



Oportunidad de asignación de citas en la consulta de pediatría.			
Numerador	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.	33.001	8.43
Denominador	Número total de consultas de pediatría asignadas en la institución.	3.917	

Se anexa matriz de seguimiento indicadores asistenciales 2015 pendiente Soporte Circular Supersalud hasta la fecha no se ha emitido: 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

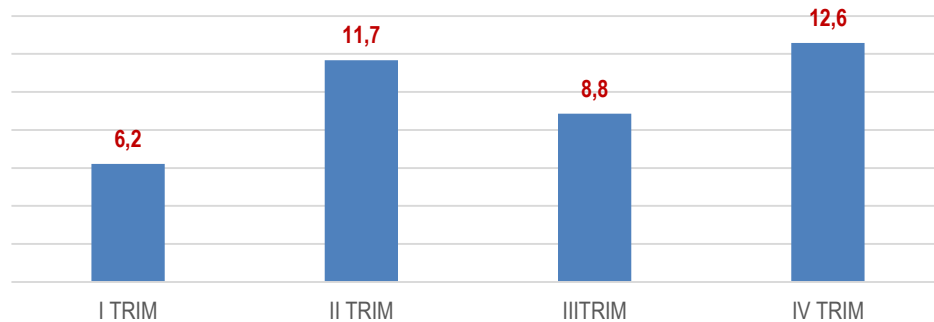
Fuente de información: Superintendencia Nacional de Salud

Línea Base: 6,5 días vigencia 2014

Resultados: Este indicador se viene evaluando y reportando cumpliendo con la Circular Única de la Supersalud. La tendencia de este indicador se evalúa periódicamente en el comité de Calidad, aunque no se alcanza el estándar deseado la oportunidad se encuentra dentro de un rango óptimo para garantizarle a las usuarias el acceso adecuado y oportuno a la consulta de Ginecoobstétrica.

A continuación se presenta la tendencia del indicador 2015.

Oportunidad Consulta de Ginecoobstétrica
ESE Hospital San Juan De Dios - Santa Fe de Antioquia 2015



Oportunidad de asignación de citas en la consulta de Ginecoobstetricia			
Numerador	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.	91.267	9.59
Denominador	Número total de consultas de ginecología asignadas en la institución.	9.517	

Se anexa matriz de seguimiento indicadores asistenciales 2015 pendiente Soporte Circular Supersalud hasta la fecha no se ha emitido: 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

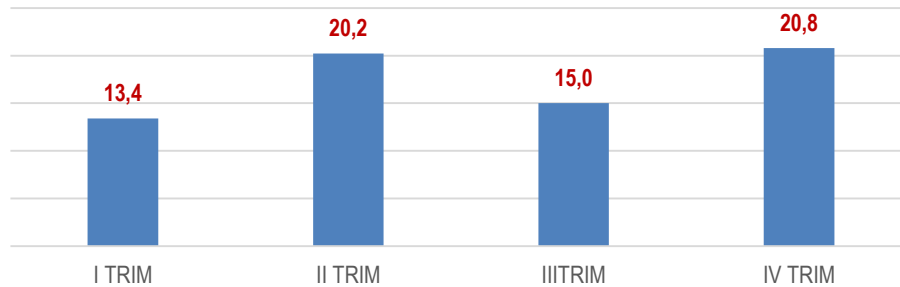
Línea Base: 11.2 días para la vigencia 2014

Resultados: 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, formulando los planes de mejora necesarios para mantener este indicador en la oportunidad deseada.

A continuación se presenta la tendencia del indicador 2015.

Oportunidad Consulta de Medicina Interna
ESE Hospital San Juan De Dios - Santa Fe de Antioquia 2015



Oportunidad de asignación de citas en la consulta de medicina interna			
Numerador	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.	156.793	17.34
Denominador	Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución.	9.044	

Se anexa matriz de seguimiento indicadores asistenciales 2015 pendiente Soporte Circular Supersalud hasta la fecha no se ha emitido: Ver INDICADOR 20 OPORTUNIDAD CONSULTA MEDICINA INTERNA