



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

**DR. OSCAR ALONSO DUEÑAS ARAQUE M.D.
GERENTE**

**INFORME DE EVALUACIÓN PLAN DE GESTIÓN
CON BASE EN LAS RESOLUCIONES N° 710 DE 2012 Y N°743 DE 2013 – MINISTERIO DE
SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

PERIODO 2014

BOGOTÁ D.C. MARZO 26 DE 2015



CONTENIDO	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN	3
DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES	4-5
RESULTADOS INDICADORES DE DIRECCIÓN Y GERENCIA	6-8
RESULTADOS INDICADORES DE FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	11-19
RESULTADOS INDICADORES DE CLÍNICA ASISTENCIAL	23-35
CALIFICACIÓN – RESULTADO PONDERADO	37-45

PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

Mediante el Acuerdo N° 13 de septiembre 07 de 2012, se aprobó el Plan de Gestión Gerencial para el periodo 2012 a 2015 donde se definieron las metas teniendo en cuenta el hospital en su Sede Principal Bogotá y la Unidad Funcional de Zipaquirá, no se contempló plan de gestión de la Unidad Funcional de Girardot, puesto que como previamente se había planteado, la vigencia del Convenio Interadministrativo N° 001 estipulaba la operación de esta sede hasta 31 de diciembre de 2012.

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 3 de la Resolución N°743 de 2013 se presenta la evaluación del cumplimiento del plan de gestión del periodo del 1 de enero a 31 de diciembre de 2014.

En cumplimiento de la circular 010 de la Secretaria de Salud de Cundinamarca, en la elaboración del presente informe a la Junta Directiva se tuvo en cuenta los lineamientos de la Dirección de Desarrollo de Servicios y se recibió la asistencia técnica en la evaluación de la ejecución del plan de gestión del gerente para la vigencia 2014 y se adelantó la revisión por parte de los funcionarios de la Secretaria de Salud de Cundinamarca el día 25 de marzo de 2015.

ÁREAS DE GESTIÓN E INDICADORES

Según lo establecido en el artículo 2 de la Resolución N° 743 de 2013 que establece que para la ESE solo aplicarán los indicadores que le correspondan según su nivel de atención, independientemente que tenga servicios habilitados de baja, mediana y alta complejidad; los indicadores que aplican a la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana son:

DIRECCION Y GERENCIA 20%

1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.
2. Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.
3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%

4. Riesgo fiscal y financiero.
5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida.
6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.
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.
8. Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones RIPS.
9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.
10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en el cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.

INTRODUCCIÓN

La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana, es una institución de III nivel de complejidad en la prestación de los servicios de salud y cabeza de red de 35 hospitales del Departamento de Cundinamarca.

En el año 2009 en cumplimiento del Decreto 269 de 2009 que “establece que El Departamento desarrollará alianzas y convenios con Empresas Sociales del Estado” ante la liquidación de la denominada E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá, la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana recibe la operación temporal de ésta institución de II nivel de complejidad con sus Puestos y/o Centros de Salud de Cogua y San Cayetano, opera como Unidad Funcional a partir del 14 noviembre de 2009 hasta la fecha, mediante Convenio con el Departamento que se renueva anualmente.

En el año 2012, mediante el Convenio Interadministrativo de Operación N° 001 de 2012 entre la E.S.E. Hospital de Girardot y la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana suscrito el día 16 de julio de 2012, el Hospital asume la operación para la prestación servicio público de salud en el municipio de Girardot y su área de influencia en las Instalaciones del Hospital de Girardot los Puestos y/o Centros de Salud de Barzalosa, Buenos Aires, Diez de Mayo, Guataquí, Kennedy, Miraflores, Nariño, Nilo, Periférico y Pueblo Nuevo, operando desde el 21 de Julio como otra unidad funcional hasta la actualidad, a pesar que se había definido como temporal, por lo cual para la evaluación del plan de gestión gerencial solo se toman los indicadores para Hospitales de tercer nivel, según lo establecido en el artículo 2 de la Resolución N° 743 de 2013.

La E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana pertenece a la subred Centro-oriente con una cobertura del 24,3%, la Unidad Funcional de Zipaquirá pertenece a la subred Norte con una cobertura del 32,2% y la Unidad Funcional de Girardot que pertenece a la subred Sur con una cobertura del 19,4%. Lo que daría una cobertura de nuestro hospital en dos subredes adicionales de 75,9%

La E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana junto con sus unidades funcionales externas representan en el departamento de Cundinamarca tres de los cuatro hospitales nodo de referencia, abarcando servicios de I y II nivel en las sedes de Zipaquirá y Girardot y de II y III nivel de atención en la sede de Bogotá.

Su condición de hospital departamental de alta complejidad lo convierte en el epicentro de atención de gran volumen de patologías relacionadas con el trauma, con mayor énfasis en neurocirugía, ortopedia, cirugía general y cirugía plástica, complementada con especialidades tales como medicina interna, ginecología, neonatología, oftalmología, otorrinolaringología, urología, dermatología, gastroenterología y neurología, apoyados por servicios altamente tecnificados de radiología, patología, terapia física, terapia respiratoria, banco de sangre, laboratorio clínico y laboratorio de inmunología.

El HUS además de ofrecer servicios altamente especializados, tanto clínicos como quirúrgicos, presta adicionalmente servicios de salud de tipo ambulatorio de urgencias y cirugía. Es de anotar que aún siendo el hospital departamental, presta servicios a la población de Bogotá y de otras regiones del país.

11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya.

GESTIÓN CLÍNICA ASISTENCIAL 40%

12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos gestantes.
13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.
14. Oportunidad en la realización de apendicetomía.
15. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.
16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM).
17. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.
18. Oportunidad en la atención de consulta de pediatría.
19. Oportunidad en la atención gineco-obstétrica
20. Oportunidad en la atención de Medicina Interna.

Los demás indicadores de éste componente solo aplican a hospitales de I nivel u Hospitales mentales.

INFORME DE EVALUACIÓN DE PLAN DE GESTIÓN VIGENCIA 2013

INDICADORES DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR
LÍNEA BASE: 1.94
RESULTADO : 1.92
ESTÁNDAR: $\geq 1,20$
RESULTADO OBTENIDO: 0
CALIFICACIÓN:

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Para fortalecer el proceso de Acreditación que el Hospital Universitario de La Samaritana viene adelantando se realizaron las siguientes acciones:

- Consolidación de la autoevaluación realizada por la Institución en el año 2012 y 2013, basada en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario definido por la Resolución 123 de 2012. Los datos cualitativos se encontraron consolidados (estándares del Proceso de Atención Asistencial – PACAS) y los cuantitativos con resultado promedio de 1,96.

Por lo anterior, las auto evaluaciones previas no genera objetividad, teniendo en cuenta que dicha autoevaluación se realizó con bajo niveles de formación en la resolución 123 de 1012 por parte de los colaboradores de los grupos de autoevaluación de la Institución y que además también fue ajustada la metodología mediante la resolución 2082 de 2014 . Este hecho llevó a la necesidad de gestionar capacitación en Acreditación con una firma consultora experta en el tema de acreditación que brindó, acompañamiento y consultoría para el desarrollo de la Autoevaluación y orientó la generación de Planes de Mejora que permitan generar cambios significativos y positivos hacia el logro del objetivo planteado. Igualmente mediante la resolución 2082 de 2014 se modificó entre otros aspectos los ejes trazadores del Sistema Único de Acreditación, el proceso de autoevaluación de estándares de acreditación y la hoja radar que sirve de instrumento para la evaluación de los estándares de acreditación definidos en la resolución con lo cual las calificaciones de autoevaluación de los años anteriores y la del 2014 no pueden ser comparables

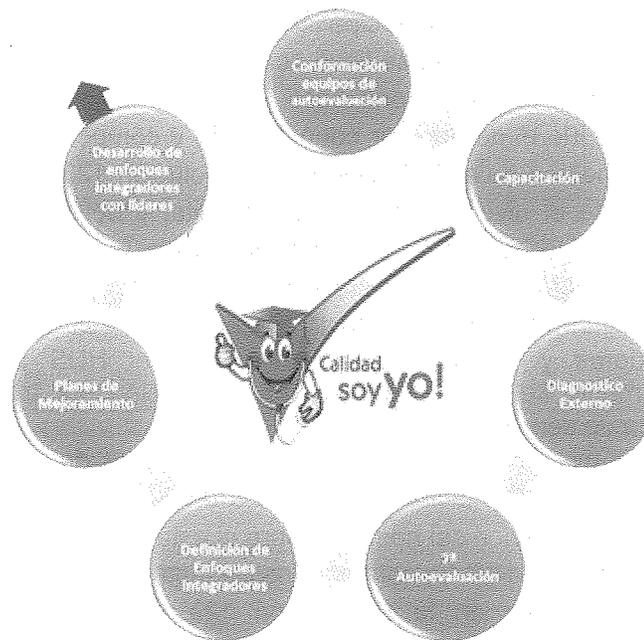
Es así que durante el año 2014 se adelantaron las siguientes actividades

- Desarrollo del plan de mejoramiento definido con base en las oportunidades de mejora determinadas en las autoevaluaciones previas.
- Conformación del equipo de Mejoramiento institucional Su objetivo es planear, implementar, monitorizar, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional en el marco de los estándares de mejoramiento de la calidad, el cual está conformado por los líderes y secretarios de los equipos definidos para la autoevaluación que es el equipo que conforma el grupo de estándares de mejoramiento de la calidad.

- Conformación de los Equipos de Autoevaluación cuyo objetivo principal fue garantizar la medición sistemática y objetiva con estándares de Acreditación mediante el acompañamiento técnico a los líderes de los grupos de equipos de autoevaluación en el establecimiento de la brecha entre la calidad esperada y la observada.
- Capacitación (Diplomado) de ACREDITACION EN SALUD con enfoque a los estándares de la Resolución 123 del 2012 y la resolución 2082 del 2014 en la cual los temas que se dictaron fueron las generalidades de la acreditación en salud, los ejes de la acreditación, explicación de los 154 estándares de acreditación, mejoramiento continuo, seguridad del paciente y un taller de autoevaluación, con un promedio de 80 horas presenciales y una participación de 94 colaboradores incluyendo Junta Directiva y Usuarios esta capacitación se llevó a cabo entre el 07 de Julio y el 29 de agosto, el cual fue realizado por la firma consultora FDF Consulting. El objetivo de realizar esta capacitación fue el de adquirir conocimiento y competencias que faciliten la aplicación de los estándares de acreditación de la resolución 123 del 2012, para poder identificar objetivamente el nivel de avance del hospital y definir estrategias que nos permita lograr cerrar brechas entre la calidad esperada y la observada para alcanzar niveles superiores de calidad en la prestación de servicios.
- Como resultado de esta capacitación se pudo observar una participación masiva de los colaboradores y un gran compromiso con el HUS para lograr la acreditación, adicionalmente se pudo observar una motivación por trabajar para mejorar nuestra prestación de servicios
- Durante los meses de septiembre y octubre a través de una empresa con experiencia y experta en implementación de procesos de Acreditación se adelantó un diagnóstico externo de la situación del hospital sobre el estado de desarrollo y evolución del proceso de calidad y mejoramiento continuo Institucional frente a los estándares de Acreditación en salud definidos en la Resolución 123 de 2012. Llevándose a cabo revisión documental, pacientes trazadores y un Simulacro de Visita de Acreditación realizado en los días 24, 25 y 26 de septiembre, identificando las oportunidades de mejora y fortalezas Institucionales frente al proceso de Acreditación en salud por grupos de estándares. Resultados que fueron socializados a la comunidad hospitalaria en el mes de noviembre. Las conclusiones relevantes fueron *"La institución se encuentra en una etapa de desarrollo y consolidación del enfoque, con estrategias no sistemáticas ni continuas en la implementación y apropiación de las directrices, políticas y procesos. *Existe, gracias al sistema de gestión de calidad ISO, una gestión documental con caracterización parcial de procesos, con indicadores básicos, que aunque son reconocidos por algunos líderes de áreas, no permiten evaluar el impacto del enfoque, dado que aún se encuentra en desarrollo. *Existe una gran disposición del talento humano y un compromiso de la organización y la alta dirección frente al proyecto de acreditación en salud.
- La calificación final, considerada por el equipo de consultores, se estimó en 1,56 en la escala de 1 a 5 de acreditación y según ponderación definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Durante los meses octubre y noviembre se adelantó la Autoevaluación cualitativa y cuantitativa con el acompañamiento a cada uno de los grupos por parte de los consultores logrando una mayor objetividad en el proceso de calificación

- Del simulacro y Diagnóstico realizado por la firma consultora, fueron definidas y/o identificadas 171 acciones de mejora y producto de la Autoevaluación cuantitativa y cualitativa realizada por los Colaboradores del Hospital se identificaron en total 370 oportunidades de mejora. De lo anterior, se generan planes de mejora consolidados, llamados Enfoques Integradores sobre los cuales se inició la ejecución e implementación de la mejora.

Ciclo de las Acciones desarrolladas



LOGROS

- Consolidación de las autoevaluaciones de Acreditación realizadas en los años anteriores.
- Capacitación / Diplomado en Acreditación (certificado) con la participación de miembros de la Junta Directiva, Colaboradores (administrativos, asistenciales incluidos Médicos Especialistas), Usuarios y Terceros.
- Conformación de Equipos de Autoevaluación que incluyen miembros de la Junta Directiva, Colaboradores, Usuarios y Terceros con las competencias para adelantar una evaluación objetiva.
- Simulacro de Visita de Acreditación
- Diagnóstico externo realizado por una firma consultora con experiencia en implementación de procesos de Acreditación.
- Culminación con el acompañamiento de los consultores de la Autoevaluación de los estándares según la Resolución 123 de 2012 en todos sus grupos de estándares.
- Compromiso de los participantes en el proceso de Autoevaluación.
- Se dio inicio a la implementación de los planes de mejoramiento de manera integrada a través de los enfoques integradores

DIFICULTADES

- Debilidades técnicas de los miembros de los equipos de autoevaluación y cambio del esquema metodológico aplicado en las Autoevaluaciones que se realizaron en los años anteriores, por una nueva metodología que permite identificar fortalezas y oportunidades de mejora a nivel transversal en la Institución lo cual no permite que sean comparables las calificaciones del año 2013 con la del 2014.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Todos los soportes y actas se encuentran disponibles para su consulta en la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad.

ANEXO N° 1

- Certificación de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad

INDICADOR 2: EFECTIVIDAD DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD
ESTÁNDAR: ≥0,90
RESULTADO: 0,90
CALIFICACIÓN 5

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Producto de las autoevaluaciones de Acreditación realizadas en las vigencias anteriores, el 21 de enero de 2014, se realizó la priorización de las actividades a desarrollar en el PAMEC 2014, de la siguiente manera: de las 303 acciones de mejora se priorizaron 63 acciones de mejora a trabajar durante la vigencia del PAMEC 2014 con impacto transversal y prioritarias para el HUS, las cuales lograron un cumplimiento del 90% de lo programado.

LOGROS

El porcentaje de cumplimiento del PAMEC 2014 es del 90%, con 57 acciones de mejora completas y 6 acciones de mejora en desarrollo pero que no lograron el cierre total.

Los estándares que lograron el 100% de cumplimiento de acciones priorizadas fueron: Direccionamiento, Gerencia, Cliente Asistencial y Gerencia de la Información. Y con gran avance pero sin cierre definitivo los otros grupos de estándares.

Se realiza unificación de los Planes de Mejoramiento definidos por medio de las Auditorías Internas de los Sistemas de Gestión de Calidad Institucionales, Auditorías Externas realizadas por las EAPB, así como las realizadas por los Entes de Control como las Secretarías de Salud

y Contraloría durante el año 2014, lo anterior permitió el logro del cierre de incumplimientos a nivel de metas, estándares, indicadores, entre otros, para superarlos mediante la implementación y seguimiento de las acciones que permitan el mejoramiento del desempeño del Hospital.

DIFICULTADES

Establecimiento de acciones de mejora que no generaron un impacto transversal para el proceso de Acreditación, por ello, se consideró necesario el cambio de la metodología de autoevaluación y definición de planes de mejora, en su conjunto PAMEC para la vigencia 2015 a través de la metodología de priorizar oportunidades de mejora de manera transversal a través de los enfoques integradores.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Todos los soportes y actas se encuentran disponibles para su consulta en la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad.

ANEXO N° 2

- Certificación de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad
- Informe de verificación del PAMEC 2014 de fecha enero26 de 2015.

INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
ESTÁNDAR: $\geq 0,90$
RESULTADO: 91,48%
CALIFICACIÓN: 5

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Se realizó la difusión de los contenidos del POA y se evaluó trimestralmente de manera pública el avance de cada meta, dentro de los informes trimestrales de gestión.

Mediante Acuerdo N° 001 de 2015, se realizó por parte de la Junta Directiva la evaluación al POA 2013 dándose una calificación de 91,48 % Con lo cual la calificación del estándar está en el rango de $\geq 0,90$ con un puntaje de 5.

LOGROS

Se obtuvo la participación de las diferentes direcciones y oficinas asesoras para el cumplimiento del POA.

Se avanzó en el cumplimiento de las metas institucionales definidas en el Plan de Desarrollo y la ejecución del Plan Indicativo 2012 - 2015 de la vigencia 2014 de la Empresa Social del

las entidades que adoptaron el programa de saneamiento fiscal y financiero categorizadas con riesgo medio o alto.

El hospital trabajo dos frentes para mejorar los ingresos se fortaleció la gestión de cobro incluso llegando a procesos de cobro por vía judicial con lo cual se incrementaron los ingresos operacionales recaudados de vigencias anteriores con un incremento del 52% que representa un aumento de más de 24 mil millones de pesos y un fortalecimiento de la productividad del hospital que genero mayor venta de servicios que incidió en el mayor recaudo de venta de servicios de la vigencia del 11% que representa un ingresos mayor en 9 mil millones de pesos frente al año anterior y un incremento en los reconocimientos por venta de servicios de más de 17 mil millones de pesos

Otra situación que se refleja en el resultado del indicador es la contención gastos realizada con el plan de reducción de gastos que mantuvo constante los gastos de funcionamiento, gastos generales y un ligero incremento en los gastos de operación comercial y prestación de servicios dado en gran medida por el incremento en los costos de los servicios asistenciales principalmente los médicos generales y médicos especialistas por la poca oferta de estos y las condiciones del mercado.

Se realizó la gestión de radicación de la facturación generada en la vigencia de manera oportuna y según lo indica la norma.

LOGROS

El aumento de la productividad en servicios claves que incidieron directamente en la facturación de los servicios prestados.

La mejora considerable en los recaudos de la cartera de vigencias anteriores y de la facturación de la vigencia a pesar de las condiciones del mercado.

La gestión realizada en la radicación de la facturación que generó recuperación de cartera con gestiones como: circularización y cruce de saldos con los clientes y gestiones de acuerdo a normatividad vigente.

El inicio de procesos de cobro por vía judicial que genero fallos a favor del hospital a fin de año por cifras superiores a 5 mil millones que se recaudaran en el 2015

DIFICULTADES

A pesar de que la facturación ha aumentado, hemos tenido inconvenientes con el flujo de recursos, porque nuestro principal pagador hasta antes de la unificación del POSs era la Secretaría de Salud de Cundinamarca SSC con quien había un adecuado flujo de recursos, al ser asumidos estos servicios por el régimen subsidiado se presenta el no pago de esta facturación, por cuanto es conocido por todos que las EPS Subsidiadas ponen barreras para dilatar los pagos.

Adicionalmente entran en liquidación dos EPS Human Vivir y Solsalud con un cartera importante principalmente en el subsidiado y principalmente por atención de urgencias de sus afiliados que entro en el proceso de reconocimiento de la masa de acreedores

Otra situación es que por las normas de radicación y trámite de pago por parte de las EPS subsidiadas que son nuestro principal pagador, hace que la facturación empiece a ingresar como recaudo de cuentas por cobrar a partir de la siguiente vigencia aumentándose

Estado Hospital Universitario de la Samaritana alcanzo los siguientes resultados:

Porcentaje de cumplimiento - Meta de Resultado	84.9%
Porcentaje de cumplimiento - Meta de Producto	87.3%

DIFICULTADES

Existieron metas que dependían de condiciones externas que no se dieron, como es el caso del avance implementación de Dinámica Gerencial Hospitalaria en Girardot que no se logró por que la ESE de Girardot no garantizo los equipos de cómputo necesarios, y el estudio de Planta de Personal, que depende del logro del equilibrio financiero difícil de alcanzar con la crisis del flujo de recursos del sistema y por las perspectivas de cambios en la normatividad resultante de la Reforma a la Salud.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

ANEXO N° 3

- Acuerdo de Junta Directiva N° 001 de 2015.

INDICADORES DE FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO
ESTÁNDAR: Mayor o igual que 0,00
RESULTADO: Sin Riesgo
CALIFICACIÓN: 5

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTA	ZIPAQUIRÁ	GIRARDOT	TOTAL
Riesgo fiscal y financiero	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo	0,21	0,30	0,17	0,21
	RESULTADO INDICADOR	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Como podemos observar en el resultado del indicador para las unidades funcionales y el consolidado el Hospital no presenta riesgo fiscal y financiero, para la calificación se tiene en cuenta la Resolución N° 710 de 2012, porque la Resolución N° 743 de 2013 está orientada a

considerablemente la cartera que nos adeudan las diferentes entidades a las cuales se les prestan los servicios de salud.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

ANEXO N° 4:

- Certificación expedida por el Revisor Fiscal.

INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA	
ESTÁNDAR:	<0.90
RESULTADO:	0.80 0,94
CALIFICACIÓN:	X 3

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTÁ	ZIPAQUIRÁ	TOTAL	GIRARDOT	TOTAL
Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	Resultado Indicador : Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior-en valores constantes del año objeto de evaluación/Numero de UVR producidas en la vigencia anterior)	0,96	0,86	0,92	0,95	0,94

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

El Hospital definió un plan de reducción de gastos para el cuatrienio el cual se implementó de manera oportuna y género en el 2013 una importante reducción del gasto por UVR producida del más del 20% por lo cual pretender que el hospital siga reduciendo el gasto año a año en el 10% es imposible. Durante el 2014 se redujo el costo de servicios de aseo, lavandería y alimentación, igualmente se redujo el consumo de servicios públicos de electricidad, agua, etc. por cada UVR producida al igual que la generación de residuos.

Se gestionó el aumento de la productividad en servicios claves de las tres sedes, mejorando el uso de capacidad instalada con lo cual para soportar esta mayor producción solo se incrementó el gasto en insumos, en consumibles siendo el mayor incremento de la productividad en la Unidad Funcional de Zipaquirá.

LOGROS

Las UVR producidas por el hospital según tabla para su cálculo entregada por el Ministerio de Salud y Protección Social, se incrementaron en cada una de las sedes pero especialmente en lo que tiene que ver con Girardot, no solo por el incremento en su producción, sino porque en el 2013 se contempla todo el año y en el 2012 fue por 5 meses.

Con lo anterior tenemos que al comparar el Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida de la vigencia 2013 con el del 2012 en pesos constantes, hay una reducción que supera el 10%, dando como resultado global Gasto de funcionamiento más de gastos de operación comercial y prestación de servicios por UVR en el 2012 un número de 6.263 y en el 2013 un número de 5.007.

Al hacer el análisis por sedes tenemos que:

- Sede Principal Bogotá se tiene un gasto por UVR de 0,96 comparado con el año anterior al pasar de 5947 pesos por UVR en el 2013, a 5730 pesos esto dado principalmente por el incremento en la UVR jalonado por el mayor número de egresos, cirugías, urgencias principalmente.
- Sede Zipaquirá el gasto por UVR en el 2013 es de 4076 pesos y paso a 3498 pesos dado principalmente por una mayor productividad general de la entidad.
- Sede Girardot el gasto por UVR en el 2013 es de 4393 pesos y paso a 4154 pesos dado principalmente por una mayor productividad general de la entidad pero la reducción no es la esperada por mayor costo de los servicios de medicina general en urgencias y de los servicios de medicina especializada

Hay que resaltar que en la sede Bogotá se tiene centralizado gran parte de los procesos administrativos, financieras y de apoyo logístico y presupuestalmente se cargan en el gasto de la Sede Principal Bogotá por lo cual los gastos adicionales que se debió asumir por la inmensa cantidad de información que el Ministerio le impuso generar a los prestadores por patologías de cáncer hemofilia, etc. en las resoluciones 4505 de 2012, 1552 de 2013 y 247 de 2014. Igualmente el incremento en el costo por el inicio de los procesos judiciales para el cobro de cartera que implico soportar con copia de la historia clínica todas y cada uno de los servicios prestados al paciente y facturados a la EPS que se cobran por vía judicial situaciones que tergiversan la real reducción del gasto por UVR producida

DIFICULTADES

En los gastos de funcionamiento se dio un incremento debido a:

La implementación de las resoluciones anteriormente citadas, ante la gran cantidad de información que toca consolidar por paciente atendido de esta patología específica se requirió contratar más recurso humano para estas labores.

Igualmente el inicio de los procesos judiciales para el cobro de cartera implico soportar con copia de la historia clínica todas y cada uno de los servicios prestados al paciente y facturados a la EPS que se cobran por vía judicial lo que implica un costo adicional del hospital no solo en los servicios de fotocopiado sino en recurso humano adicional para estas labores

El mayor gasto está dado por mantenimiento debido a las adecuaciones de áreas como cocina en la sede Bogotá para cumplimiento de requisitos normativos y otras áreas del hospital para cumplimiento de requisitos de la nueva norma de habilitación y en las sede de Girardot para cumplimiento de requisitos de habilitación por el grave estado en que se recibió en infraestructura y dotación el hospital de Girardot y frente a Zipaquirá para dar cumplimiento a la nueva norma de habilitación aunque parte de estos recursos fueron asignado por la Secretaria de Salud de Cundinamarca en apoyo al cumplimiento de requisitos de habilitación estos se registran presupuestalmente y suman al gasto de la entidad.

Otro aspecto es la baja oferta de especialistas y médicos generales y personal de enfermería que por leyes de mercado condicionan una mayor exigencia remunerativa por parte de estos a los cuales el hospital tiene que adecuarse para no quedarse sin el recurso humano, situación que implico aumentos en el costo superiores al 10% en varias especialidades y específicamente en Girardot con aumentos superiores al 25% en el costo de la operación de urgencias por el recurso medico hubo casos que las exigencias superaron el100% de incremento como el caso de neurología en Girardot que hizo imposible continuar con el servicios por lo cual toco deshabilitarlo.

Otro aspecto a tener en cuenta es el incremento del salario mínimo y el incremento salarial decretado por el gobierno del resto de funcionarios que superan ampliamente el IPC, aspecto en el cual la administración del Hospital no tiene otra opción que el de su cumplimiento pero que efectivamente impacta grandemente en el gasto de funcionamiento.

Se reitera como lo he manifestado en múltiples sesiones de Junta directiva que este indicador no es objetivo por que se castiga a las entidades que hicieron una gestión de reducción de costos en años anteriores y están al límite como es el caso del HUS, Adicionalmente el estándar definido en la resolución es anti técnico porque implica que en 10 años los gastos por UVR producida se reduzca en el 100% lo cual es imposible porque ninguna organización que pueda prestar servicios con cero gastos de funcionamiento y de gastos de operación comercial y de prestación de servicios, obligándonos a afectar la calidad por reducir costos a ultranza, a no hacer inversiones en reposición tecnológica y en infraestructura, a no implementar los proyectos de desarrollo del hospital, y a no invertir en el mejoramiento de la calidad en búsqueda de la acreditación, lo que impediría el cumplimiento del POA definido por el HUS.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

ANEXO N° 5

- Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
- Certificación expedida por el Revisor Fiscal.

INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICOS ADQUIRIDOS MEDIANTE COMPRAS CONJUNTAS Y/O MEDIOS ELECTRÓNICOS
ESTÁNDAR: ≥0,70
RESULTADO:
CALIFICACIÓN 5

Es importante resaltar que cuando se discutió y aprobó el plan de gestión el Gerente se manifestó los inconvenientes de contratar la adquisición de medicamentos y material quirúrgico con la cooperativa de hospitales de Cundinamarca por sus elevados costos y su deficiente capacidad operativa. Igualmente se le informó a la Junta Directiva que no es viable las compras a través del operador Bionexo (único con el que se pueden realizar compras electrónicas) por que se violarían los principios de la función administrativa y el estatuto de contratación por lo cual se planteó que hospital desarrollaría las convocatorias públicas invitaciones a cotizar utilizando la página Web del Hospital.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Desde el mes de junio se realizó por parte del HUS una convocatoria a los hospitales de la red pública del departamento para estudiar la opción de compras conjuntas sin respuesta por parte de estos. Posteriormente en el mes de septiembre el HUS invito a los hospitales de la red norte a realizar compras conjuntas entregando los instrumentos de planeación de las compras del Hospital y mostrando los bajos precios a los cuales el HUS adquiere los productos y los demás beneficios iniciando pero después de múltiples reuniones solo los hospitales de pacho y Guacheta entregaron la información, pero debido a la demora en el proceso y para evitar afectación al Hospital se suspendió el proceso para hacer compras conjuntas con estos dos hospitales

El Hospital dando cumplimiento al estatuto de contratación compra medicamentos y material médico-quirúrgico a través de procesos de convocatorias públicas garantizando los principios de publicidad, objetividad, pluralidad y selección objetiva, utilizando mecanismos electrónicos como página Web y SECOP para todos los pasos del proceso de selección, realizando evaluación y adjudicación producto a producto, en estos procesos participo Coodemcun (Cooperativa de hospitales de Cundinamarca) con un mínimo de productos asignados ya que sus precios son más altos que los demas oferentes. Además, el hospital hace publicidad de sus procesos y divulgación de los procesos a través de medios masivos de comunicación (prensa, El Tiempo)

LOGROS

- Por contratar para tres sedes, se lograron economías de escala, lo que mejoró los costos de la institución.
- Se compra directamente a laboratorios eliminando intermediarios que elevan los costos de adquisición.
- Los insumos se seleccionan ítem a ítem por lo que se adquieren los productos a los fabricantes que mejor precio y calidad otorguen a la institución.
- Existe una gran número de proponentes, lo que contribuye a contar con una variedad de propuestas,
- La gran acogida y divulgación de nuestros procesos de selección, no solo a través de la página Web de la institución sino a través de medios de publicación masivos (periódico El Tiempo).
- El Estudio adelantado por la Universidad Santo Tomás, FEDESALUD e IFARMA demostró que el Hospital Universitario de la Samaritana tiene el proceso más eficiente de compras que somos la entidad que compra a los precios más bajos y por rangos muy amplios y que

DIFICULTADES

Hay proveedores que por ser exclusivos se les compra directamente, por lo cual no se realizan procesos de convocatorias ni invitaciones a cotizar vía Web si no se hace compra directa, lo que afecta el indicador.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Todos los procesos reposan en la página Web del hospital y la información de estos procesos y de los contratos que se derivan de estos procesos se cargan en el aplicativo de la Contraloría departamental.

ANEXO N° 6

- Certificación por parte del Director Administrativo y Subdirector de Compras, Bienes y Suministros.

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
ESTÁNDAR: Cero (0) o variación negativa
RESULTADO: -715.517.033
CALIFICACIÓN: 3

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Se mejoró el recaudo, lo cual dio flujo de recursos para el pago de acreencias del hospital, se gestionó la liquidación de contratos y órdenes de compra de vigencias anteriores lo que permitió el pago de las mismas.

Se gestionó el pago anticipado de obligaciones que por cláusulas contractuales se pagan a más de treinta días, como servicios de imágenes diagnósticas de Girardot con un beneficio de descuento por pronto pago para el HUS.

Se realizaron los pagos de las obligaciones por concepto de salarios y prestaciones de personal de planta dentro del mes.

LOGROS

Los salarios y prestaciones de personal de planta se cancelaron oportunamente.

Es importante resaltar que la Institución ha hecho un gran esfuerzo por pagar las deudas, principalmente las deudas por concepto de salarios del personal de planta y por contratación de servicios y esto se analiza al observar que al finalizar el año 2014 se debía por estos conceptos \$343612250 y al finalizar el 2013 se culminó debiendo 1059129283 en valores constantes y en el 2012 se debía \$1.783.672.886, lo que muestra una reducción progresiva de las deudas.

Se accedió a descuentos financieros por pronto pago.

DIFICULTADES

Los valores que quedaron pendientes por pagar por concepto de contratación de servicios fue por factores atribuibles al contratista que a pesar de contar el hospital con los recursos no se pueden cancelar por falta de soportes, como pagos seguridad social, actas de interventoría, actas de liquidación etc. que legalmente el Hospital no puede pagar, lo ideal sería que el contratista cumpla con los requisitos para el pago y no tener deuda por este concepto.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

ANEXO N° 7

- Certificación expedida por el Revisor Fiscal.

INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS
ESTÁNDAR 4
RESULTADO: 4
CALIFICACIÓN 5

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Cada proceso y cada unidad funcional presenta un infome mensual de la información de prestación de servicios, el cual se consolida trimestralmente.

La Gerencia trimestralmente presenta un informe de gestión a la Junta Directiva como está consignado en las actas, dentro del informe el primer capítulo se denomina prestación de servicios discriminándose la información por cada una de las sedes y por cada uno de los servicios, esta información es procesada por estadística y los líderes de los procesos con base en los datos de los RIPS que están en el sistema DGH y la validación que hace el área de estadística previo al envío a cada EPS.

LOGROS

Con el informe trimestral a la Junta Directiva, se brinda una información completa de la prestación de servicios por cada uno de los procesos y cada sede permitiendo un conocimiento oportuno del comportamiento de la prestación de servicios y así la Junta Directiva se mantiene informada y actualizada y pueden dar directrices de manera oportuna.

DIFICULTADES

Al manejar tres sedes y hacer informe discriminado la información que se reporta es densa.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Informes de gestión radicado a los miembros de la Junta Directiva y las actas de junta donde se consigna la presentación y sustentación de cada informe por parte del Gerente.

ANEXO N° 8

- Certificación de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad.

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO
ESTÁNDAR: >1.00
RESULTADO: 1.14
CALIFICACIÓN: 5

INDICADOR	FORMULA INDICADOR	BOGOTÁ	ZIQAQUIRÁ	GIRARDOT	TOTAL
Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)	128.214.166.551	27.419.477.582	44.557.042.227	200.190.686.360
	Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores	104.594.664.233	20.265.974.358	50.344.722.749	175.205.361.340
	INDICADOR	1,23	1,35	0,76	1,14

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Es de resaltar que la insistente labor de recuperación de cartera con la circularización mensual de la cartera, el cobro directo a través de derechos de petición y que implicó la solicitud de intervención de entidades de control como la Supersalud y contraloría. Igualmente se adelantaron procesos de cobro jurídico y conciliaciones prejudiciales que culminó con el recaudo de más de 10 mil millones de pesos y fallos judiciales ordenando el pago al hospital por más de 6 mil millones en los últimos días de diciembre que no se lograron recaudar en la vigencia pero que ingresarán en el 2015. Además se continuó gestionando la compra de cartera en la vigencia 2014 con buenos resultados.

Igualmente el Hospital realizó con ejercicios de cesión de acreencias por deudas que tenía la SSC con EPS con Cafam, Ecoopsos y Colsubsidio y se tramitaron ante la SSC y el Ministerio de Salud.

Se implementaron políticas de mejoramiento de la eficiencia y aumento en la productividad con lo cual se logró una mayor venta de servicios y por ende un mayor recaudo.

Se continuo con la política de contención de costos lográndose reducir el costo en servicios como aseo, lavandería, recolección y disposición de desechos, se redujo el costo en servicios personales y frente al consumo de energía y agua se redujo proporcionalmente por UVR producida

LOGROS

En el global, los ingresos totales recaudados en la vigencia 2014 se incrementaron en un 24% mientras que los gastos comprometidos se incrementaron solo en el 6%. Al mirar este comportamiento por sedes vemos que Bogotá incremento los recaudos totales 18% y el gasto comprometido solo en el 5%, Girardot incremento los ingresos recaudados en 23% y el gasto comprometido solo en 6% pero a pesar de este mejoramiento la sede de Girardot no ha logrado el equilibrio ya que este indicador paso de 0,76 a 0,89 y finalmente la sede Zipaquirá incremento los ingresos recaudados en 64% por un mayor volumen de recuperación de cartera y el gasto comprometido solo se incrementó en 6%

Dentro de éste aspecto hay que resaltar es que el hospital realizó gestión eficiente de recuperación de cartera de vigencias anteriores pasando de recaudar 46 mil millones de pesos por cuentas por cobrar en el 2013 a 70 mil millones en el 2014 es decir un incremento del 53% y en la venta de servicios de la vigencia el porcentaje de recaudo siguió igual al año 2013 en el 49% pero por la mayor venta de servicio el efecto real es un mayor recaudo frente al año anterior pasando de 78 mil millones de pesos a 87 mil millones

Por lo descrito anteriormente el hospital logró reducir sus cuentas por pagar con proveedores y adicionalmente en cumplimiento de la política gerencial de búsqueda de descuentos financieros por pronto pago con los proveedores se logró descuentos por 866 millones de pesos

Ingresos Financieros	2.011	2.012	2.013	2.014
Descuento por pronto pago Proveedores	90.063	150.073	573.398	866.037

Igualmente el manejo de los recursos permito que el hospital recibiera 827 millones de pesos por rendimientos financieros

DIFICULTADES

Frente a este indicador es importante resaltar que la mayoría de contratos de servicios vitales para el funcionamiento del hospital están suscritos hasta el mes de enero de la siguiente vigencia, para garantizar la continuidad de los servicios mientras se suscriben y legalizan los contratos de la nueva vigencia; estos servicios comprometidos no ejecutados en la vigencia 2014 que se ejecutarán en el año 2015 no son gastos de la vigencia 2014.

Igualmente los recursos que el hospital tiene como estampilla Pro-hospitales se ejecutaron para la dotación hospitalaria de equipos nuevos ante la obsolescencia de tecnología en algunos servicios, dándose cumplimiento al proyecto de renovación tecnológica incluido en el POA

2014. Igualmente se contrató el reforzamiento y se adelantaron otros proyectos de inversión con lo cual el gasto comprometido en proyectos de inversión sumaron más de 9.000 millones de pesos que son indispensables para el fortalecimiento del hospital pero que terminan afectando este indicador.

Por la crisis de flujo de recursos del sistema de salud, es por todos conocido, que las EPS no están pagando de manera oportuna los servicios prestados y la rotación de cartera por venta de servicios de salud está creciendo, llegando a un promedio de 180 días.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

ANEXO N° 9

- Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
- Certificación expedida por el Revisor Fiscal.

INDICADOR 10: OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA
ESTÁNDAR: Cumplimiento dentro de los términos previstos
RESULTADO: Cumplimiento dentro de los términos
EVALUACIÓN: 5

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

La Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad recopila la información de cada una de las sedes y puestos de salud, valida la información la firma y la reporta a la Supersalud dentro de los términos previstos en la normatividad.

LOGROS

El Hospital ha dado cabal cumplimiento a los reportes de la Circular Única como lo demuestran los pantallazos del aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud.

DIFICULTADES

Reportar por cada una de las sedes incluyendo puestos de salud de manera individual.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

ANEXO N° 10

- Certificación de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad con los pantallazos del aplicativo de la Supersalud donde se evidencia que la información fue reportada dentro de términos.

INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.
ESTÁNDAR: Cumplimiento dentro de los términos previstos.
RESULTADO: Cumplimiento Oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.
CALIFICACIÓN: 5

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Diligenciamiento oportuno de los formularios trimestrales, semestrales y anuales una vez estén habilitados.

Análisis de cada una de las áreas que ingresan información, realizando las validaciones a que haya lugar.

Envío de la información con sus respectivos soportes a la Secretaría de Salud de Cundinamarca para la verificación respectiva.

Revisión, validación, y análisis de la información con la Secretaría de Salud de Cundinamarca realizando los ajustes, notas y observaciones a que haya lugar.

LOGROS

Se presenta la información en las fechas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social a la Secretaría de Salud de Cundinamarca según Resolución N° 1703 de 2007; es importante dejar claro que cuando la norma no identifica taxativamente si los plazos son en días calendario se entiende que son hábiles.

DIFICULTADES

Habilitación a tiempo de los formularios para ingreso de la información oportuna.

Problemas presentados en la plataforma donde se ingresa la información (Malla Validadora)

Falta de capacitación ante los cambios en el aplicativo y el cargue de información nueva y sus respectivos cruces.

No hay un responsable en la Secretaria a quién dirigirse en caso de dudas o inconvenientes en el cargue o cruce de información más aun cuando periódicamente hay cambios en el aplicativo por parte del Ministerio de Salud.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

ANEXO N° 11

- Pantallazos del reporte de envió oportunos.
- Certificación expedida por el Revisor Fiscal.
- Certificación del Ministerio de Salud

INDICADORES CLÍNICA ASISTENCIAL 40%

Como se dijo anteriormente en el plan de gestión aprobado se dispuso solo las metas y la evaluación a las sedes de Bogotá y Zipaquirá, ya que la operación del Hospital de Girardot era temporal, por eso en este capítulo se hace el análisis separado por sedes, pero además se coloca aparte la sumatoria de las tres sedes. y Según la decisión de la Junta directiva el año pasado los resultados de la sede bogota es la que se tiene en cuenta para la evaluación de estos indicadores,

INDICADOR 12: EVALUACIÓN Y APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: HEMORRAGIAS DE III TRIMESTRE Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACIÓN
ESTÁNDAR: $\geq 0,80$
RESULTADO: Bogotá 0,87
CALIFICACIÓN 5

INDICADOR	BOGOTÁ	ZIQAQUIRA	GIRARDOT	TOTAL
Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos	210	49	107	366
Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación.	241	49	114	404
INDICADOR	0,87	1	0,94	0,91

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Solicitud al área de Sistemas mensualmente la selección de pacientes con Diagnósticos CIE 10 que cumplieran con los criterios de Hemorragias del III trimestre del embarazo y trastornos hipertensivos de la gestación.

Revisión de los libros de ingresos y egresos de sala de partos que complementa la información.

Revisión en cada una de las sedes de las historias clínicas por parte de auditoría médica y presentadas en el Comité de Historias Clínicas teniendo en cuenta las guías implementadas presentación de los resultados mensualmente en el comité directivo ampliado.

Se realizó reinducción en la guía de manejo a los médicos del servicio de ginecología y obstetricia.

Se realizaron seguimientos desde la coordinación de Ginecoobstetricia de Bogotá a cada una de las sedes

Se adquirieron equipos por más de 1300 millones de pesos en la sede Bogotá para fortalecer la monitorización materna y fetal permanente, igualmente en las sedes de Zipaquirá y Girardot se dispuso de ecógrafo permanente en el servicio de obstetricia para garantizar la oportunidad en el diagnóstico y manejo de la paciente obstétrica.

LOGROS

Mejoramiento del indicador con respecto al año anterior en las sedes de Bogotá y Zipaquirá y un mejoramiento progresivo durante el año mientras que en Girardot se presentó un descenso en el mes de enero lo que implicó la intervención del coordinador asistencial de la sede y de la coordinación de Ginecología desde Bogotá.

DIFICULTADES

Por ser éste un indicador de todo o nada, algunas pequeñas fallas en el cumplimiento estricto de la guía en ocasiones lleva el indicador a valores bajos.

Algunos de los paraclínicos calificados en los parámetros de medición inicial se consideraron revaluados por parte de los especialistas, por lo cual se inicia en su momento el proceso de actualización de la guía.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

En Bogotá los soportes se encuentran en el archivo en físico Oficina de Auditoría Médica.

En Zipaquirá los documentos fuente se encuentran en magnético y en físico en la Oficina de la Coordinación Científica de la Unidad Funcional de Zipaquirá.

En Girardot los soportes se encuentran en las actas de los comités realizados que reposan en la Coordinación Científica carpeta de soportes indicadores Resolución 710.

ANEXO N° 12

- Certificaciones de la oficina de planeación y garantía de calidad y de los comités de cada una de las sedes con los datos mes a mes y resultado del indicador.

INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA.
ESTÁNDAR: $\geq 0,80$
RESULTADO: 0,84 Bogotá
CALIFICACIÓN 5

INDICADOR	BOGOTA	ZIPAQUIRÁ	GIRARDOT	TOTAL
Números de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa 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	478	1207	105	1790
Total de historias clínicas auditadas de	566	1393	119	2078

la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia				
INDICADOR	0,84	0,87	0,88	0,86

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

En Bogotá, se revisaron todas las historias clínicas con diagnóstico de coledolitiasis hasta el mes de septiembre, en octubre se verifico que la primera causa de egreso corresponde a cálculo de la vesícula biliar código CIE 10 K801 y que la guía define el manejo de la coledolitiasis sin complicaciones se empezó a evaluar la adherencia solo a los casos de coledolitiasis pura sin complicaciones reduciéndose el número de Historias evaluadas.

En Zipaquirá Se realizó cuantificación mensual de las causas de egreso para determinar mes a mes la primera causa de egreso hospitalario, siendo para todos los meses la atención del parto. Se revisa el 100% de las Historias clínicas por el auditor por el auditor

Se realizó reinducción en la guía de manejo a los médicos del servicio de ginecología y obstetricia. Se realizó auditoría concurrente a todos los casos detectados con los diagnósticos objeto de seguimiento del indicador.

En Girardot se realizó solicitud al área de estadística mensualmente la selección de pacientes con principal diagnóstico al egreso. Durante el año 2014 el principal diagnóstico al egreso fue dengue. Se elaboró por parte de auditoría médica una plantilla de verificación de adherencia a la guía de manejo divulgada por el Ministerio de Protección social, Instituto Nacional de salud y OPS/OMS en el año 2010. Teniendo en cuenta la Resolución N° 743, en la cual se define que sea una muestra representativa, se definió mediante Comité aplicar la ficha a una muestra representativa. Teniendo en cuenta la pésima adherencia a la guía de dengue en los primeros meses del año anterior se realizó capacitación periódica a los médicos generales y especialistas en la misma, lográndose una mejor adherencia que se vio afectada por la rotación del personal médico.

LOGROS

En Bogotá se evidencia un incremento notorio en la adherencia a la guía, mejorando la oportunidad de la cirugía que fue el principal parámetro de medición, se logró concientización del equipo de la importancia de la oportunidad en cirugía, en el último trimestre del año se logró fortalecer tecnológicamente el hospital con la adquisición de un equipo nuevo de cirugía laparoscópica y sistema de esterilización a gas con lo cual se pretende mejorar la disponibilidad de estos equipos para las colecistectomías y por consiguiente mejorar la oportunidad.

En Zipaquirá se incrementó el cumplimiento del indicador al comparar la vigencia 2013 con la del 2014 y se mejoró la aplicación por parte del personal asistencial específicamente del área de obstetricia de las guías de manejo específicas.

En Girardot vemos que el cumplimiento de la guía de Dengue esta siempre por encima del 80% pero es cíclico su comportamiento mejora con la capacitación y el seguimiento pero tuvo su mayor descenso cuando hubo rotación de varios médicos en urgencias, después de socializaciones periódicas de la guía y se evidencia en las evaluaciones posteriores que la adherencia a la misma fue mejorando.

DIFICULTADES

Para Bogotá las comorbilidades presentadas por los pacientes debido no solo a su grupo etáreo, sino al tipo de patología que se atiende por el nivel de atención, hace que los tiempos medidos en los parámetros de calificación no apliquen en muchos casos, ya que se hace necesario primero la estabilización de los pacientes y el control de comorbilidades que disminuyan los riesgos quirúrgicos. Las principales comorbilidades presentadas fueron pancreatitis, colangitis, HTA, falla cardíaca y diabetes mellitus descompensada.

En Zipaquirá la adherencia en la aplicación de la guía de trabajo de parto y parto Por ser éste un indicador de todo o nada, algunas pequeñas fallas en el cumplimiento estricto de la guía en ocasiones lleva el indicador a valores bajos.

En Girardot evaluación estricta en la plantilla de verificación con base en la guía de Dengue del ministerio dio una calificación por debajo del 90% y exige un seguimiento e inducción permanente principalmente con los médicos rurales nuevos, y los médicos nuevos de urgencias.

La rotación de personal médico en todas las sedes hace que la adherencia baje por falta de socialización oportuna de la guías.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

En Bogotá los soportes se encuentran en el archivo en físico Oficina de Auditoría Médica.

En Zipaquirá los documentos fuente se encuentran en magnético y en físico en la oficina de la Coordinación Científica de la Unidad Funcional.

En Girardot los soportes se encuentran en las Actas de los Comités realizados que reposan en la Subgerencia Científica.

ANEXO N° 13

- Certificaciones y Actas de los comités de cada una de las sedes con los datos y resultado del indicador.

INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICETOMÍA	
ESTÁNDAR:	≥0,90
RESULTADO:	0,90 Bogotá
CALIFICACIÓN	5

*

INDICADOR	BOGOTA	ZIPAQUIRÁ	GIRARDOT	TOTAL
Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicetomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico	77	430	303	810
Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	86	444	320	850
INDICADOR	0,90	0,97	0,95	0,95

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

En Bogotá se revisaron la totalidad de los casos clínicos que aplican. El número tan reducido de casos mensuales de apendicitis en la institución hacen que 1 solo caso altere el indicador de forma importante. Según lo analizado la mayoría de casos que superan el estándar se debe a disponibilidad de salas o a comorbilidades del paciente que hace necesario el uso de apoyo diagnóstico adicional.

En Zipaquirá se realizó cuantificación mensual de las apendicetomías realizadas, se hizo seguimiento efectivo mes a mes al 100% de las apendicetomías realizadas, para determinar la hora del diagnóstico y la hora de la cirugía para poder calcular el indicador. Con las fallas detectadas se realizó reinducción con la persona que incurrió en el fallo con lo cual se logró mantener dentro del estándar.

En Girardot se realizó consolidación de la información del 100% de los casos de apendicitis presentados mensualmente por la Coordinación de Salas de Cirugía. La Coordinación de Salas de Cirugía revisa las Historias Clínicas determinando: hora de diagnóstico y hora de realización del procedimiento quirúrgico. La Subgerencia Científica recibe en formato de Excel mensualmente la información y se miden los tiempos. Se evalúan nuevamente las historias clínicas en las cuales el procedimiento quirúrgico fue realizado analizando los casos por fuera del estándar.

LOGROS

Hay concientización por parte de los servicios de la importancia de la oportunidad del manejo quirúrgico de las apendicitis, y el seguimiento ha permitido mejorar el indicador.

En Zipaquirá se mejoró el cumplimiento de los tiempos esperados para la realización del procedimiento quirúrgico.

En Girardot éste indicador tuvo un buen comportamiento durante todo el año encontrándose dentro del rango establecido.

DIFICULTADES

El número reducido de casos de apendicitis presentados en la sede Bogotá, hace que un solo caso que sobrepase el tiempo afecte el indicador en forma notoria, igualmente al ser hospital de referencia se reciben paciente con comorbilidades y de edades avanzadas que demoran el inicio de la cirugía por la espera de ayudas diagnósticas o hasta estabilizar pacientes.

En todas las sedes Por ser éste un indicador que compete a la actividad de salas de cirugía en algunos momentos por la disponibilidad de anesthesiólogo o de sala quirúrgica se puede retrasar el paso a salas de cirugía para la realización del procedimiento quirúrgico a los pacientes.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

En Bogotá los soportes se encuentran en el archivo Oficina de Auditoría Médica. Acta de socialización comité.

En Zipaquirá los documentos fuente se encuentran en magnético y en físico en la oficina de la Coordinación científica de la Unidad Funcional de Zipaquirá.

En Girardot los soportes se encuentran en las Actas de los Comités realizados que reposan en la Subgerencia Científica.

ANEXO N° 14

- Actas de los comités y certificaciones de cada una de las sedes con los datos y resultado del indicador

INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONIAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL
ESTÁNDAR: Cero (0) o variación negativa
RESULTADO: 0
CALIFICACIÓN 5

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

En las tres sedes se revisaron las bases de datos de egresos hospitalarios de neonatología y pediatría y se solicita información al servicio de pediatría y UCI neonatal en Bogotá y Girardot y la UCI pediátrica en Girardot sin evidenciarse casos de neumonías aspirativas, así mismo ésta información es corroborada por el Subdirector de Neonatología en sus análisis.

LOGROS

La institución no ha presentado ningún caso de neumonía aspirativa en el servicio de neonatología durante las vigencias evaluadas.

DIFICULTADES

Ninguna.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

En Bogota los soportes se encuentran en el archivo Oficina de Auditoría Médica.

Base de datos de egresos hospitalarios del servicio de neonatología (magnético)

En Zipaquirá los documentos fuente se encuentran en magnético y en físico en la oficina de la Coordinación Científica de la Unidad Funcional de Zipaquirá.

En Girardot los soportes se encuentran en las Actas de los Comités realizados que reposan en la Subgerencia Científica.

ANEXO N° 15

- Actas de los comités de cada una de las sedes con los datos y resultado del indicador.

INDICADOR 18: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE PEDIATRÍA
ESTÁNDAR: ≤5
RESULTADO NA <i>Bta' Global 7 de 3 pto's</i>
CALIFICACIÓN

Este indicador solo aplica a Zipaquirá y Girardot ya que en Bogotá no se cuenta con el servicio de pediatría.

INDICADOR	BOGOTA	ZIQAQUIRÁ	GIRARDOT	TOTAL
Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita	NA	12368	39965	52331
Número total de consultas médicas pediátricas.	NA	3224	4587	7811
INDICADOR	NA	4	9	7

El consolidado de la institución estuvo por encima del estándar en 2 días, debido al desborde del indicador en la unidad funcional de Girardot por las dificultades que se mencionan.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

La disponibilidad de la agenda para asignación de citas es permanente. Se hizo seguimiento efectivo a la asignación de citas y al tiempo de espera al 100% de las agendas habilitadas a través del programa DGH.

A partir de la entrada en vigencia de la Resolución N° 1552, se ajustó la forma de calcular los días de espera teniendo en cuenta la fecha para la cual el paciente solicita le sea asignada la cita, siendo esta más objetiva a como se venía midiendo.

Se calculó el porcentaje de inasistencia habilitando en la agenda un número similar de consultas extras para dar cumplimiento al 100% de la demanda de servicios y no perder los cupos ofertados.

LOGROS

En Zipaquirá se mantuvo el cumplimiento del indicador con el estándar propuesto al comparar la vigencia 2013 con la del 2014.

En Girardot se mejoró parcialmente el indicador de 13 días en el 2013 a 9 días para el 2014, a expensas de aumento de horas de oferta y a sobreagenda con citas extras en número similar al porcentaje de inasistencia lo cual favoreció el indicador al bajar la pérdida de cupos ofertados, mejorando a su vez la oportunidad en asignación de citas.

Igualmente los casos que impliquen quejas o riesgos de demanda de cualquiera de las sedes se hace análisis especial en el comité de conciliaciones.

En Zipaquirá se realizó cuantificación mensual de las mortalidades, así como de sus causas y se hizo seguimiento efectivo al 100% de las mortalidades presentadas en la Unidad Funcional de Zipaquirá.

En Girardot se recibe mensualmente el informe de mortalidad general de la institución que envía el área de Epidemiología. Se realiza mensualmente Comité de Mortalidad con la asistencia de la Coordinación Asistencial, Coordinación de UCI adultos y pediátrica, especialista en medicina interna, Jefe Departamento de Enfermería y Jefe de Epidemiología. Se realiza el análisis del 100% de los casos de mortalidad mayor de 48 horas caracterizándolas para poder evaluar el comportamiento.

LOGROS

Llevar un análisis de las muertes y determinar factores a mejorar en la entidad como registros en la historia clínica, etc.

Apoyar en la formación del recurso humano con los análisis de casos clínicos en los diferentes servicios.

DIFICULTADES

Se evidencia debilidad en la definición de la causa principal de muerte y causas secundarias.

Deficiencias en el diligenciamiento de la Historia clínica que no permite un análisis objetivo en algunos casos.

En Bogotá las condiciones de poli patología y edad de los pacientes y lo avanzado de las patologías con que ingresan los pacientes determinan en gran medida la causa de muerte de estos pacientes

EVIDENCIAS Y SOPORTES

En Bogotá los soportes se encuentran en el archivo del COVE, comité de mortalidad materna perinatal, comité de seguridad del paciente, en las actas de juntas y archivos de cada uno de los servicios.

En Zipaquirá los documentos fuente se encuentran en magnético y en físico en la oficina de la Coordinación Científica de la Unidad Funcional de Zipaquirá.

En Girardot los soportes se encuentran en las Actas de los Comités realizados que reposan en la Subgerencia Científica.

ANEXO N° 17

- Actas de los comités de cada una de las sedes con los datos y resultado del indicador.

DIFICULTADES

La oportunidad en consulta de pediatría en Girardot se ubicó por fuera del rango, en razón a dos factores; por un lado el incremento en la demanda que vive el hospital y por otro lado la dificultad en el aumento de la oferta en horas pediatra por ausencia del recurso humano en la región y por la imposibilidad de garantizar estabilidad a los pediatras de Bogotá u otras regiones ante la incertidumbre de continuar o no con la operación del Hospital de Girardot por parte del HUS, situación que se sale del control de la Gerencia.

El incumplimiento de las citas por parte de los pacientes que hace que se pierdan cupos incrementando los días de espera.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Agendas de pediatría, los datos se obtienen mediante reporte de dinámica gerencial .Net, módulo citas médicas. "Reporte Resolución 1552- especialidad". FORMULA DEL INDICADOR: Numerador (sumatoria total de días calendario transcurridos entre la fecha para la cual el usuario solicita le sea asignada su cita y la fecha para la cual es asignada la cita) / Denominador (número total de consultas médicas de medicina interna asignadas en la institución)

ANEXO N° 18. Certificaciones de Coordinadores Asistenciales de cada una de las sedes con los datos y resultado del indicador.

INDICADOR 19: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN GINECO-OBSTETRICIA
ESTÁNDAR: ≤8
RESULTADO 5 Bogotá
CALIFICACIÓN 5

INDICADOR	BOGOTA	ZIPAQUIRÁ	GIRARDOT	TOTAL
Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita	27692	61306	67110	156108
Número total de consultas médicas gineco-obstétricas asignadas en la institución	5771	5238	7391	18400
INDICADOR	5	12	9	8

La oportunidad en atención de Ginecoobstetricia en Bogotá estuvo dentro del estándar establecido, mientras que en Zipaquirá y Girardot por encima del estándar. El consolidado institucional se encuentra dentro del estándar.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Se llevan dos indicadores por separado: El de obstetricia en donde el indicador debe estar como máximo aceptable en 5 días y el de ginecología en donde el máximo aceptable son 10 días, el resultado se obtiene de la suma de estos dos indicadores.

La disponibilidad de la agenda para asignación de citas es permanente. Se hizo seguimiento efectivo a la asignación de citas y al tiempo de espera al 100% de las agendas habilitadas a través del programa DGH.

Se calculó el porcentaje de inasistencia habilitando en la agenda un número similar de consultas extras para dar cumplimiento al 100% de la demanda de servicios y no perder los cupos ofertados.

Para Bogotá los resultados fueron presentados y analizados por la subdirectora de consulta y en conjunto con el jefe del servicio se revisaron y ampliaron agendas, para así mejorar la oportunidad, sobre todo en las agendas de alto riesgo obstétrico, aumentando el número de horas para la especialidad y reorganizando las agendas en consulta externa hasta donde la oferta del recurso humano lo permitió.

En Zipaquirá la falta de oferta de recurso humano de ginecólogos llevo a darle prioridad a la consulta de obstetricia que permaneció todo el año dentro del estándar pero se incrementó los días de espera de ginecología que estuvo permanentemente por fuera del estándar

Con la sede Girardot sucedió algo similar por la limitada oferta del recurso humano

LOGROS

Se estableció la sobreagenda con citas extras en número similar al porcentaje de inasistencia lo que favoreció a bajar la pérdida de cupos ofertados, mejorando a su vez la oportunidad en asignación de citas.

En Bogotá se organizaron agendas de post cesáreas y post partos, optimizando así las horas de consulta. El indicador se comportó dentro del estándar aceptable que son 10 días, gracias al ajuste con el mismo recurso humano de acuerdo a la demanda y la oferta de lunes a viernes que permitió la atención de casos prioritarios.

Se implementó para las tres sedes que cuando una materna se acerca al HUS a programar su cita de obstetricia de primera vez y no tiene un control prenatal previo o viene remitida, se canaliza a urgencias, para brindar la atención inmediata y la oportunidad es inmediata pero no queda registrada en consulta externa por lo cual no se tiene en cuenta en el indicador .

DIFICULTADES

Se insiste en avisar con anticipación cualquier cancelación de cita con mínimo 6 horas previas, pero en Bogotá la inasistencia estuvo en un 13% y al realizar el seguimiento se encontró que corresponde a dificultades en el desplazamiento. la inasistencia hace que la agenda se llene y se amplíe la oportunidad en asignación de citas a otras personas que si pueden asistir y cumplir la cita.

En Girardot la oportunidad en consulta de Gineco-Obstetricia está por fuera del rango dado por el incremento en la demanda que vive el hospital y no poder aumentar la oferta de horas para consulta por ausencia del recurso por las mismas razones expuestas anteriormente.

En Zipaquirá paso de 10 a 12 días comportándose por fuera del estándar por dificultades en la ampliación de oferta por falta de oferta del recurso humano, se corrigió el comportamiento del indicador para obstetricia que se encontraba muy lejos del estándar pero esta reacomodación de oferta sacrifico la oportunidad en ginecología, lo cual se espera corregir en el año 2015 con el aumento de horas de oferta para ginecología.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Agendas de ginecología y obstetricia, los datos se obtienen mediante reporte de dinámica gerencial .Net, módulo citas médicas. "Reporte Resolución 1552- especialidad". FORMULA DEL INDICADOR: Numerador (sumatoria total de días calendario transcurridos entre la fecha para la cual el usuario solicita le sea asignada su cita y la fecha para la cual es asignada la cita) / Denominador (número total de consultas médicas de medicina interna asignadas en la institución)

ANEXO N° 19. Certificaciones de la Subdirección de Consulta Externa y Coordinadores Asistenciales de cada una de las sedes con los datos y resultado del indicador.

INDICADOR 20: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA INTERNA
ESTÁNDAR: ≤15
RESULTADO: 3 Bogotá
CALIFICACIÓN 5

INDICADOR	BOGOTA	ZIQAQUIRÁ	GIRARDOT	TOTAL
Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita	19498	138239	59633	217370
Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución.	5985	5259	4533	15777
INDICADOR	3	26	13	14

La oportunidad consolidada de las tres sedes fue de 14 días, se comportó dentro del estándar.

ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS EJECUTADAS

Para Bogotá este indicador en el 2013 venía por encima del estándar por falta de respuesta de los II niveles, en el 2014 a partir del III trimestre bajó la demanda. Los resultados fueron presentados y analizados por la subdirectora de consulta y en conjunto con el jefe del servicio se revisaron y ampliaron agendas, para así mejorar la oportunidad, con el mismo recurso

humano, mejorando notablemente la oportunidad pasando de 14 en el 2013 a 3 días en el 2014.

La disponibilidad de la agenda para asignación de citas es permanente. Se hizo seguimiento efectivo a la asignación de citas y al tiempo de espera al 100% de las agendas habilitadas a través del programa DGH.

Se calculó el porcentaje de inasistencia habilitando en la agenda un número similar de consultas extras para dar cumplimiento al 100% de la demanda de servicios y no perder los cupos ofertados.

LOGROS

Aumento del número de pacientes atendidos por esta especialidad en el consolidado de las tres sedes.

DIFICULTADES

Se insiste en avisar con anticipación cualquier cancelación de cita con mínimo 6 horas previas, pero en Bogotá la inasistencia estuvo en 17%. La inasistencia hace que la agenda se llene y se amplíe la oportunidad en asignación de citas a otras personas que si pueden asistir y cumplir la cita.

La demanda aumentó notablemente en Zipaquirá, lo que llevó a pasar de 14 días en el 2013 a 26 días en el 2014. Se presentaron dificultades en el tema de contratación de recurso humano lo que impactó en la oferta de agenda, a partir del mes de octubre se incrementó progresivamente al oferta de consulta para mejorar el resultado el indicador.

La oportunidad en consulta de medicina interna en Girardot se ubicó por fuera del rango, en razón a dos factores; por un lado el incremento en la demanda que vive el hospital y por otro lado la dificultad en el aumento de la oferta en horas medicina interna por ausencia del recurso humano en la región y por la imposibilidad de garantizar estabilidad a los internistas de Bogotá u otras regiones ante la incertidumbre de continuar o no con la operación del Hospital de Girardot por parte del HUS, situación que se sale del control de la Gerencia.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Agendas de medicina interna, los datos se obtienen mediante reporte de dinámica gerencial .Net, módulo citas médicas. "Reporte Resolución 1552- especialidad". FORMULA DEL INDICADOR: Numerador (sumatoria total de días calendario transcurridos entre la fecha para la cual el usuario solicita le sea asignada su cita y la fecha para la cual es asignada la cita) / Denominador (número total de consultas médicas de medicina interna asignadas en la institución)

ANEXO N° 20. Certificaciones de la Subdirección de Consulta Externa y Coordinadores Asistenciales de cada una de las sedes con los datos y resultado del indicador.

Con base en lo anterior y los criterios de ponderación y calificación de los indicadores de gestión definidos en las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013 se plantea los resultados de

cada uno de los indicadores y el total tomando como referencia el global institucional (las tres sedes) tenemos:

ÁREA DE GESTIÓN	No	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTÁNDAR	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN	RESULTADO PONDERADO
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 1,20$	1,92	1,94	0,99	0	0,05	-
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	$\geq 0,90$	57	63	0,90	5	0,05	0,25
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del Plan Operativo Anual cumplidas / Número de metas del Plan Operativo Anual programadas	$\geq 0,90$			91,48	5	0,10	0,50

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	Riesgo fiscal y financiero.	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo.	Categorizada a SIN RIESGO			sin riesgo	5	0,05	0,25
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida (1)	[[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia anterior)]	<0,90	4.804,00	5.104,00	0,94	3	0,05	0,15

6	<p>Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.</p>	<p>Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.</p>	<p>≥0,70</p>				5	0,05	0,25
7	<p>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.</p>	<p>[(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)]</p>	<p>Cero (0) o variación negativa</p>	343612250	1059129283	715517033	3	0,05	0,15

8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones RIPS.	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4			4,0	5	0,05	0,25
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxC de vigencias anteriores	≥1,00	200190686360	175205361340	1,14	5	0,05	0,25
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en el cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos			cumplimiento total	5	0,05	0,25

	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos				cumplimiento total	5	0,05	0,25
GESTIÓN CLÍNICA ASISTENCIAL 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos gestantes	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación.	≥0,80	366	404	0,91		5	0,07	0,35

13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Números de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa 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 de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia	≥0,80	1790	2078	0,86	5	0,05	0,25
14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicetomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	≥0,90	810	848	0,96	5	0,05	0,25

15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	Cero (0) o variación negativa	0	0	0,0	5	0,05	0,25
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM).	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.	≥0,90	363	391	0,93	5	0,05	0,25

17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	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	$\geq 0,90$			#DIV/0!	5	0,05	0,25
18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la 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.	≤ 5	52331	7811	7	3	0,03	0,09
19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita, por cualquier medio, para ser atendido 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	≤ 8	156108	18400	8	5	0,03	0,15

			Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita, por cualquier medio, para ser atendido 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.							
	20	Oportunidad en la atención de Medicina Interna		≤15	217370	15777	14	5	0,02	0,10

CALIFICACION GLOBAL FINAL

1	4,49
---	------



OSCAR ALONSO DUEÑAS ARAQUE M.D.
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

