	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

JOHN ERNESTO GALVIS QUINTERO
GERENTE



JUNTA DIRECTIVA

ALVARO PACHECO ALVAREZ
Presidente de la Junta Directiva HMI

TITO MENDEZ MADRID
Secretario de Salud Departamental


ESPERANZA BERMUDEZ GOMEZ
Sector Científico Interno

SOBEIDA YANTEN
Comité Usuarios



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2017		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018


Contenido

PRESENTACIÓN.....	4
ÁREA DE GESTIÓN, DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	5
1. MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON	5
AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.....	5
2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD.....	9
3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	14
ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.....	17
4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	17
5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.....	19
6. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDO MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS	20
7. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR....	25
8. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS	29
9. RESULTADO DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	31
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.....	33
11. OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.....	35



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIA.....	37
12. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE DEL Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACIÓN	37
13. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA	44
14. OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA	47
15. NO. DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL	51
16. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM).....	52
17. ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA.....	56
18. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA.....	59
19. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA.	64
20. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA	67



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

PRESENTACIÓN

El Hospital Departamental María Inmaculada ESE presta servicios de salud seguros y humanizados, centrados en el paciente y su familia, contribuyendo a su salud y bienestar.

El presente documento pretende apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos, con el fin de hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, que el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución No. 408 de 2018, “modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.”

El Plan de Gestión se constituye en un documento que refleja la evaluación de desempeño del Gerente del Hospital Departamental María Inmaculada ESE. Basado en tres grupos de indicadores, en ellos se consolidan los compromisos que la gerencia acuerda con la Junta Directiva del Hospital y se plasman las metas de gestión y resultados;


1. **Área de Dirección y Gerencia**, el cual relaciona resultados de calidad.
2. **Área Financiera y Administrativa** contiene los resultados relacionados con la viabilidad financiera.
3. **Área Clínica ó Asistencial** relaciona la eficiencia en la prestación de los servicios.

Por lo anterior el Plan de Gestión representa la consolidación del conocimiento que se tiene del medio interno, del mercado, de la competencia conforme a su Visión, Misión y Objetivos Institucionales y enfoque la asignación de los recursos bajo principios constitucionales y legales, que busquen la eficacia, eficiencia y efectividad en la gestión, teniendo como referente la contribución al bienestar de la comunidad el cual exige un comportamiento de productividad, competitividad y rentabilidad económica para generar rentabilidad social.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2017		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

ÁREA DE GESTIÓN, DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA

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

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
1	Nivel II	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	≥ 1.20	–Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior

CALIFICACIÓN POR GRUPOS DE ESTÁNDARES

El ciclo de preparación para la acreditación está enfocada en realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación resolución 123 del 2012. Los estándares a desarrollar son los siguientes:


- 1.1. Grupo de estándares atención cliente asistencial
- 1.2. Grupo de estándares ambiente físico
- 1.3. Grupo de estándares Gerencia de la información
- 1.4. Grupo de estándares Direccionamiento
- 1.5. Grupo de estándares Gerencia
- 1.6. Grupo de estándares Talento Humano
- 1.7. Grupo de estándares gestión de la tecnología
- 1.8. Grupo de estándares gestión de mejoramiento de la calidad

Se presenta tabla consolidada de calificación por grupos de estándares. Esta calificación obedece al análisis de las tres dimensiones enfoque, implementación y resultados.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Resultados de Evaluación por grupos de estándares

La Empresa FDF Consulting realizo un diagnóstico Los días 12 y 13 de mayo de 2016 la sobre el estado de desarrollo y evolución del proceso de Mejoramiento Continuo frente a los estándares de acreditación en salud definidos en la resolución 0123 de 2012.

De acuerdo a la Resolución 0123 de 2012 y ponderación con la resolución 2082 de 2014

ESTANDAR	PUNTAJE	CALIFICACIÓN	PONDERADO
PACAS	200	1,2	48,0
GERENCIA	25	1,5	7,5
DIRECCIONAMIENTO	42	1,6	13,4
TALENTO HUMANO	42	1,1	9,2
AMBIENTE FÍSICO	30	1,1	6,6
GESTIÓN TECNOLOGÍA	25	1,1	5,5
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	36	1,2	8,6
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	100	1,2	24,0
TOTAL	500	1,32	122,9


OBJETIVO

- Presentar el resultado del diagnóstico sobre el estado de desarrollo y evolución del proceso de Mejoramiento Continuo Institucional frente a los estándares de Acreditación en salud definidos en la Resolución 0123 de 2012.
- Presentar las oportunidades de mejora y fortalezas Institucionales identificadas frente al proceso de Acreditación en salud por grupos de estándares.
- Realizar una calificación cuantitativa del estado actual de la institución, de acuerdo a la metodología de acreditación, discriminada por grupos de estándares.
- Presentar el concepto de la consultoría para el abordaje y desarrollo del proyecto de acreditación institucional.



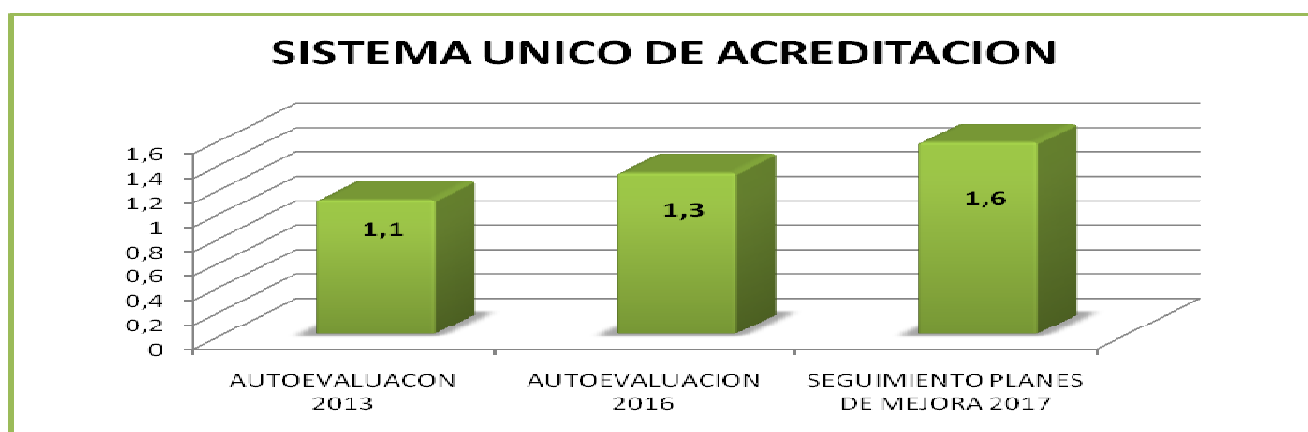
Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Para el año 2017 se tuvo en cuenta lo siguiente:

ESTANDARES ACREDITACION	AUTOEVALUACION 2013	AUTOEVALUACION 2016	SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORA 2017
PACAS	1.1	1,2	1,4
GERENCIA	1.2	1,5	1,8
DIRECCIONAMIENTO	1.1	1,6	1,8
TALENTO HUMANO	1.2	1,1	1,3
AMBIENTE FÍSICO	1.1	1,1	1,4
GESTIÓN TECNOLOGÍA	1.1	1,1	1,8
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	1.2	1,2	1,6
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1.2	1,2	1,6
Calificación final	1,1	1,32	1,6




N°	PLAN	ESTANDAR	Acciones programadas	Acciones ejecutadas
1	106	Cliente Asistencial	44	44
2	107	Direccionamiento	13	12
3	108	Ambiente Físico	11	9
4	109	Gestión de Tecnología	22	10
5	110	Talento Humano	14	8
6	111	Información	17	15
7	154	Gerencia	16	12
8	157	Mejoramiento de la Calidad	5	4
		TOTAL	142	114



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Como evidencia se muestran los planes de mejora de las acciones programadas y que se han desarrollado en el transcurso del año 2017. Y el documento de autoevaluación del año anterior (2016).


Como instrumento de autoevaluación para los estándares de acreditación se utilizó el formato desarrollado por el Ministerio de Salud y protección Social, INCONTEC, Versión 003, incluido en el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario”.

formula del indicador	
Numerador:	Promedio de la calificación de la Autoevaluación en la vigencia evaluada = 1.6
Denominador:	Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior = 1.32
	PROMEDIO = 1.21
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	≥ 1.20



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE LA CALIDAD EN SALUD.

Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
2	Nivel II	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento continuo de Calidad en Salud	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	≥ 0.90	Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud mediante la Circular 012 de 2016 hace adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 2007, e imparte instrucciones sobre el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC y al Sistema de Información de Calidad.

Ruta: <https://nrvc.supersalud.gov.co/>

ST002	8911800985802017ST002.txt.p7z	28/02/2018 11:21:43 a. m.	Cargado	-	-	
-------	-------------------------------	---------------------------	---------	---	---	---

Resultado Carga


Archivo: 8911800985802017ST002.txt.p7z
 Estado Validación: Cargado
 Fecha: 28/02/2018 11:21:43 a. m.

Av Ciudad de Cali 51-66 Bogotá, World Business Center Sede Administrativa Piso 6 -7
 Centro de Atención al Ciudadano y
 Recibo de Correspondencia Local 10
 Bogotá, Colombia
 PBX:(57-1)4817000
 Línea Gratuita Nacional 018000513700
 Línea Call Center: (57) (1) 4837000, fax (57) (1) 4817000 opción 4
 Copyright © 2018 - Superintendencia Nacional de Salud 2015




Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Estas instrucciones se basan en las nuevas normas expedidas por el Gobierno Nacional a través del Decreto Único del Sector Salud 780 de 2016, que recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS, que apuntan a mejorar los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y su familia.

Igualmente el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 256 de 2016, que dicta las disposiciones con respecto al Sistema de Información para la Calidad y establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, modificando la Resolución 1446 de 2006.

Basado en estas normas, la Circular 012 de 2016 modifica e imparte nuevas instrucciones frente al PAMEC y al Sistema de Información de Calidad.

Ruta crítica para el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención e Salud.

Efectividad del PAMEC

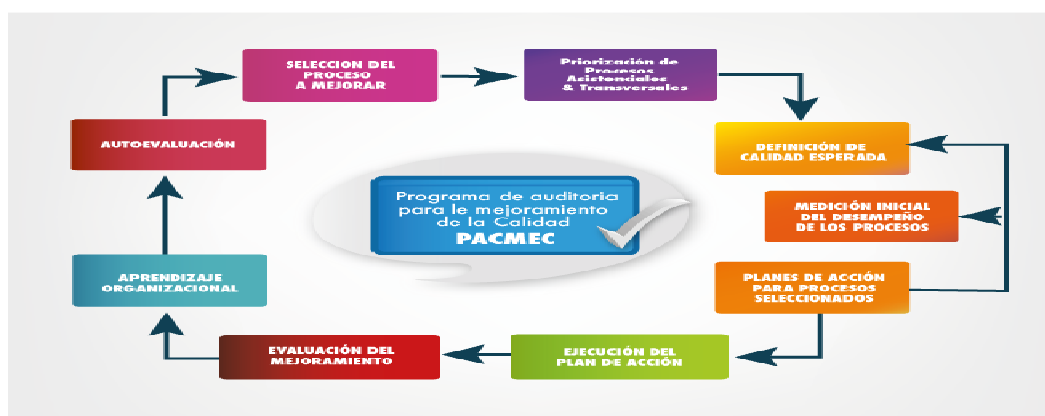
Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud públicas, privadas o mixtas deben suministrar información que permita evaluar la efectividad en la utilización de la herramienta de mejoramiento PAMEC, a partir del desarrollo de los cuatro (4) componentes del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud– SOGCS, cuyo seguimiento contribuye a evaluar la mejora del sistema.


Esta herramienta de mejoramiento adecuadamente aplicada permite alcanzar, cada vez más, estándares superiores de calidad, con el fin de buscar la efectividad en la aplicación de la Ruta Crítica del PAMEC en cada Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Para ello, la Superintendencia de Salud define tres (3) puntos clave de la ruta crítica PAMEC:

1. Evaluación de la ejecución de acciones de mejoramiento
2. Evaluación de la ejecución auditorías internas frente a la ejecución de los planes de mejoramiento.
3. Evaluación del aprendizaje organizacional

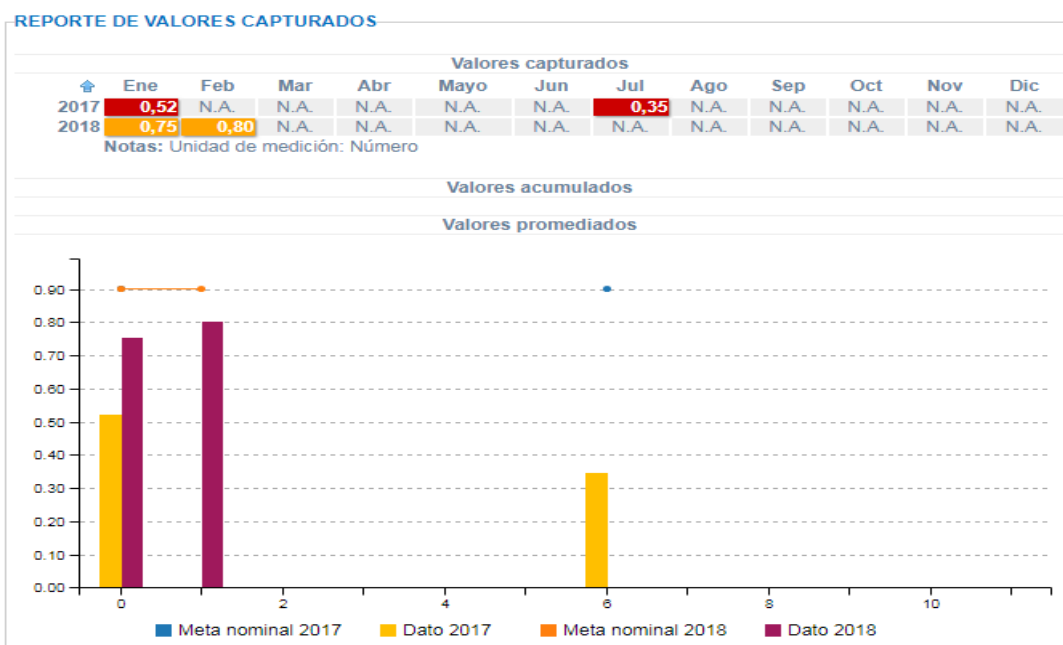
De acuerdo con esto, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán realizar el reporte del PAMEC.



	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018


ESTANDAR	2016		Porcentaje Ejecución PAMEC 2016	2017		Porcentaje Ejecución PAMEC 2017
	Acciones programadas PAMEC	Acciones ejecutadas PAMEC		Acciones programadas PAMEC	Acciones ejecutadas PAMEC	
Cliente Asistencial	22	9	40,91	44	44	100,00
Direccionamiento	10	9	90,00	13	12	92,31
Gerencia	13	6	46,15	11	9	81,82
Talento Humano	13	5	38,46	22	10	45,45
Ambiente físico	13	10	76,92	14	8	57,14
Gestión de Tecnología	11	5	45,45	17	15	88,24
Gerencia de la Información	10	4	40,00	16	12	75,00
Mejoramiento de la Calidad	4	2	50,00	5	4	80,00
Sub totales	96	50	52,08	142	114	80,28

[GH-PLG-2]: Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud - DARUMA



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Periodo	Valor	Notas
2017-Ene	0,52	A 31 de diciembre del 2016, se realizo un cierre efectivo del 52% (50) de las acciones de mejora; el estándar que alcanzo un mayor cumplimiento fue gerencia del ambiente Físico con 10.4%, seguido de atención al Cliente Asistencial con 9,3% y direccionamiento 9,3%. producto de las dos (2) auditorías internas ejecutadas. El aprendizaje organizacional se soporta en 21 documentos, los cuales están socializados e implementados en la institución.
2017-Jul	0,35	A 31 de Julio se realizo un cierre efectivo del 34% (49) acciones de mejora de las 142 priorizadas para el año 2017; el estándar que alcanzo un mayor cumplimiento fue Direccionamiento con 76%, seguido del Estándar de Cliente Asistencial con el 43% y Gerencia del Talento Humano con el 40% de cumplimiento.
2018-Ene	0,75	A 31 de diciembre se ejecuto el 75.35% (107 acciones), de las acciones de mejora priorizadas para el año 2017, el estándar que cumplió el 100% fue el estándar de cliente asistencial, liderado por la subgerencia científica, seguido por el estándar de direccionamiento con el 92.31%, las estándares de menor cumplimiento son ambiente físico 42.86% y el estándar de talento humano con el 45.45%. Es de anotar que las acciones de mejora fueron priorizadas por los lideres de cada equipo de autoevaluación. Es importante el compromiso de los lideres y equipos de autoevaluación de acreditación para dar cumplimiento con las acciones de mejora priorizadas.
2018-Feb	0,80	el porcentaje de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas en el año 2017 acorte de febrero de 2018 es del 80.28 %,


Nº	PLAN	ESTANDAR	ACCIONES	Acciones ejecutadas	Avance
1	106	Cliente Asistencial	44	44	
2	107	Direccionamiento	13	12	
3	108	Ambiente Físico	11	9	
4	109	Gestión de Tecnología	22	10	
5	110	Talento Humano	14	8	
6	111	Información	17	15	
7	154	Gerencia	16	12	
8	157	Mejoramiento de la Calidad	5	4	
		TOTAL	142	114	80.28%

Nota: en el Cd adjunto se evidencian la descripción de cada estándar priorizado y el tipo de acción realizado en el los planes de mejora .



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

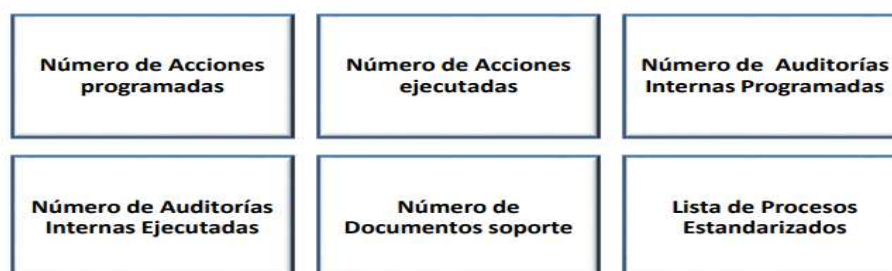
CIRCULAR 012 DE 2016: ¿QUÉ DEBEN REPORTAR LOS VIGILADOS?

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

PAMEC

Ruta Crítica

Reporte de Información que permita analizar la efectividad de la aplicación de la Ruta Crítica del PAMEC



Periodos y Plazos



Anual

- Fecha de corte a diciembre 31
- Fecha máxima de reporte febrero 28




formula del indicador

Numerador:	No. de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	114
Denominador:	Total de acciones de mejoramiento programadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	142
	porcentaje de Cumplimiento	80.28%
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)		≥ 0.85



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
3	Nivel II	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación / Número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación	≥ 0.90	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador

El BSC (BALANCE SCORECARD) es la representación en una estructura coherente, de la estrategia de la empresa a través de objetivos claramente encadenados entre sí, medidos con los indicadores de desempeño, sujetos al logro de unos compromisos determinados y respaldados por un conjunto de proyectos e iniciativas.

Se manejarán 5 estrategias:


PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATÉGICO
FINANCIERA	Optimizar la gestión financiera para garantizar la rentabilidad económica y social
CLIENTES	Desarrollar de manera participativa y multidisciplinaria servicios y proyectos de salud integrales e innovadores que den respuesta a las necesidades de la comunidad
PROCESOS INTERNOS	Desarrollar un sistema de gestión integral de calidad orientado a la satisfacción del usuario y su familia.
RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA	Fomentar una cultura de responsabilidad social y ambiental
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	Gestionar el talento humano para su desempeño en un entorno competitivo

Ruta: [http://192.168.1.9/index.php/ DARUMA /Ambiente de gestión /Lider_DE/estrategia](http://192.168.1.9/index.php/DARUMA/Ambiente%20de%20gesti3n/Lider_DE/estrategia)



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

[DE-PLG-03]: Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional-DARUMA




ENERO A DICIEMBRE 2017 0,92	<p>teniendo en cuenta las cinco perspectivas desarrolladas en el plan Operativo Anual (POA) se evidencia : Del mes de enero a Diciembre del 2017 se evidencia un avance en:</p>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PERSPECTIVA</th> <th>No de Actividades</th> <th>% DE CUMPLIMIENTO 2017 (Enero-Diciembre)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FINANCIERA</td> <td>7</td> <td>90.72</td> </tr> <tr> <td>CLIENTE</td> <td>16</td> <td>93.17</td> </tr> <tr> <td>PROCESOS INTERNOS</td> <td>8</td> <td>94.17</td> </tr> <tr> <td>RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA</td> <td>8</td> <td>89.14</td> </tr> <tr> <td>APRENDIZAJE Y DESARROLLO</td> <td>11</td> <td>90.83</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>50</td> <td>91.61</td> </tr> </tbody> </table> <p>1. PERSPECTIVA FINANCIERA (7) con un porcentaje de cumplimiento del 90.72% es de aclarar que se realizaron ajustes en los indicadores.</p> <p>2. PERSPECTIVA CLIENTE (16) % de cumplimiento del 93.17%; ;</p> <p>3. PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS (8) % de cumplimiento del 94.17 %</p> <p>4. PERSPECTIVA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y CORPORATIVA (8) % de cumplimiento del 89.14%;</p> <p>5. PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y DESARROLLO (11) se eliminaron algunos indicadores ya que no tenia coherencia con el objetivo planteado , el cumplimiento es del 90.83%.</p> <p>Una vez realizado el cierre del cuarto trimestre, el Plan Operativo Anual POA</p>	PERSPECTIVA	No de Actividades	% DE CUMPLIMIENTO 2017 (Enero-Diciembre)	FINANCIERA	7	90.72	CLIENTE	16	93.17	PROCESOS INTERNOS	8	94.17	RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA	8	89.14	APRENDIZAJE Y DESARROLLO	11	90.83	TOTAL	50
PERSPECTIVA	No de Actividades	% DE CUMPLIMIENTO 2017 (Enero-Diciembre)																			
FINANCIERA	7	90.72																			
CLIENTE	16	93.17																			
PROCESOS INTERNOS	8	94.17																			
RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA	8	89.14																			
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	11	90.83																			
TOTAL	50	91.61																			



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

		para el año 2017 alcanzo un porcentaje de Cumplimiento del 91.61%
--	--	---

formula del indicador	
Numerador:	Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de la evaluación 46
Denominador:	Número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación 50
	porcentaje de Cumplimiento 92%
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.90



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).	DOCUMENTO CONTROLADO
---	-----------------------------

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
4	Nivel II	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para la ESE categorizada en riesgo medio o alto

En cumplimiento de lo establecido en la Ley 1438 de 2011 el Ministerio de Salud y Protección Social, es la Entidad encargada de determinar el riesgo de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la misma ley, y que según:

Aspectos de la categorización

Para realizar la categorización de las Empresas Sociales del Estado vigencia 2017, se tuvieron en cuenta aspectos cómo:

- **Informe presupuestal y financiero:** Información anual con corte a 31 de diciembre. Las ESE que no presentaron información consolidada y validada ante las entidades territoriales con corte al 30 de abril de 2017, serán categorizadas en riesgo alto.


- **ESE con condiciones de mercado especiales:** La información de dispersión poblacional se toma sobre el promedio nacional de las proyecciones del censo DANE para 2017. La información de prestación de servicios de urgencias o partos, es tomada del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, con corte a 15 de mayo de 2017.

- **Programa de saneamiento fiscal y financiero:** Las ESE que a corte del 31 de diciembre de 2016 y que fueron evaluados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, o que estuvieran tramitando este proceso, continuaran con la misma categorización y deberán cumplir con dichos programas.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	
Variable	Calificación
Resolución 1755/2017 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Resolución 2184/2016 (con información cierre año 2015)	Sin riesgo
Resolución 1893/2015 (con información cierre año 2014)	Sin riesgo
Resolución 2090/2014 (con información cierre año 2013)	Sin riesgo
Resolución 1877/2013 (con información cierre año 2012)	Sin riesgo
Resolución 2509/2012 (con información cierre año 2011)	Sin riesgo

En las anteriores resoluciones se evidencia que el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E esta categorizada **SIN RIESGO**. Es de aclarar que si esta categorizada en riesgo medio y alto se realiza la Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero.


Evidencia: Ficha técnica del Ministerio de salud y Protección Social.

formula del indicador	
RIESGO FISCAL Y FINANCIERO porcentaje de Cumplimiento	SIN RIESGO
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	RIESGO MEDIO



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
5	Nivel II	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	$\left[\frac{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación} / \text{Número de UVR producidas en la vigencia objeto de la evaluación}}{\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación} / \text{Número de UVR producidas en la vigencia anterior}} \right]$	< 0.90	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Revisión periódica del gasto para mejorar la eficiencia

Nota: Los datos financieros son los registrados en la Ejecución presupuestal de las vigencias 2016 - 2017 al igual que los registrados en el sistema de información SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004- Ministerio de Protección Social (**este dato se toma con el cierre de la vigencia 2017**)


TOTAL GASTOS FUNCIONAMIENTO Y OPERACIÓN COMERCIAL Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMPROMETIDOS	Ficha técnica - UVR producida	Resultado
2017 50.071.868,55	2017 4.742.196,41	10.558,79
2016 48.003.075,45	2016 4.472.315,27	10.733,38

formula del indicador	
Numerador:	Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / No. de la UVR producida en la vigencia 11.558,79
Denominador:	Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior -en valores constantes del año objeto de evaluación / No. de la UVR producida en la vigencia anterior 11.472,38
	porcentaje de Cumplimiento 0.98 %
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	< 0.90



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

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

No.	Indicador	Estándar para cada año	2017	formula del indicador
6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a. compras conjuntas. b. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c. Compras a través de mecanismos electrónicos	≥ 0.70	0,65	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b) y c); 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la fórmula del indicador.

Informe de negociación conjunta para compra de medicamentos y material médico quirúrgico, mediante mecanismos electrónicos firmada por la Revisora Fiscal.

Para el año 2017 la meta planteada fue del 65 % ; a diciembre 2017 se cumplió el 88%

Compras por Plataforma Bionexo	Valor
medicamentos	2.179.389.073
Material Médico Quirúrgico	1.518.155.130
Total	3.697.544.203


% de cumplimiento	Valor
Compras según ejecución presupuestal	4.167.927.200
Compras a través de la plataforma Bionexo	3.697.544.203
Porcentaje	88%

Ruta: <https://www.bionexo.com.co/>



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

[RF-PLG-06]: 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 -DARUMA




BITACORA DE VALORES CAPTURADOS

Período	Valor	Notas
2017-Ene	0,94	Compras por Plataforma Bionexo Valor Productos farmacéuticos 1.860.627.030 Material Médico Quirúrgico 1.623.426.104 Total 3.554.053.134 % de cumplimiento Valor Compras según ejecución presupuestal 3.773.210.042 Compras a través de la plataforma Bionexo 3.554.053.134 Porcentaje 94% Para el año 2016 el porcentaje de cumplimiento fue del 94 %- 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
2017-Oct	0,77	Informe de negociación conjunta para compra de medicamentos y material médico quirúrgico, mediante mecanismos electrónicos. Para el año 2017 la meta planteada fue del 65 % ; hasta octubre del 2017 Compras por Plataforma Bionexo Valor medicamentos 2.009.873.557 Material Médico Quirúrgico 1.347.906.593 Total 3.357.780.150 % de cumplimiento Valor Compras según ejecución presupuestal 4.353.628.691 Compras a través de la plataforma Bionexo 3.357.780.150 Porcentaje 77%
2017-Dic	0,89	Informe de negociación conjunta para compra de medicamentos y material médico quirúrgico, mediante mecanismos electrónicos. Para el año 2017 la meta planteada fue del 60%; hasta Diciembre del 2017 las Compras por la Plataforma Bionexo ascendieron al valor en: medicamentos \$ 2.179.389.073, Material Médico Quirúrgico \$1.518.155.130 para un Total de \$ 3.697.544.203. Según ejecución presupuestal el valor por medicamentos y material medico quirurgico fue \$4.157.927.200, por lo tanto el % de cumplimiento Valor Compras fue del 89%.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Certificación suscrita por la revisora fiscal- Dra. Cecilia escobar Cuellar



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT: 891.180.098-5
 Florencia – Caquetá

LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DEL
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HACE CONSTAR QUE:

Que mediante los artículos 72 y 74 de la ley 1438 de 2011 se definieron los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión a presentar por parte de los gerentes a directores de las empresas sociales del estado ESE del orden territorial.

Que con ocasión de lo dispuesto en las precitadas disposiciones, el Ministerio de la Protección Social expidió la resolución numero 710 de 2012 " por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología 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".

Que de acuerdo al artículo 1°. De la Resolución 0000408 del 15 de febrero de 2018 se sustituyo los anexos 2,3 y 4 de la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013.

Que la Junta Directiva del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, mediante el artículo 12 del acuerdo N°010 del 26 de diciembre de 2012, autorizo Al gerente para realizar compras a través de la plataforma electrónica BIONEXO.

Que de acuerdo al informe ejecutivo de adquisición de bienes en plataforma electrónica vigencia 2017, suscrito por la almacenista general del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, señora MAYERLY TATIANA CARVAJAL MARTINEZ, la gerencia de la ESE, realizo compras de medicamentos, dispositivos médicos y otros elementos a través de la plataforma electrónica BIONEXO, que tiene su casa matriz en Brasil.


ATENCION CON CALOR HUMANO

EMPRESA VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 TELEFONOS: PBX 4369464 Ext: 1084 DIRECCION: DIAGONAL 20 N. 7 - 29. FLORENCIA
 PAGINA WEB: www.hmi.gov.co - E-mail: rlfiscal@hmi.gov.co



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
 CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018



HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 NIT: 891.180.098-5
 Florencia – Caquetá

Que el reporte de confirmación de compras generado a través de mecanismos electrónicos (BIONEXO), adjunto al informe ejecutivo, mencionado en el párrafo anterior señala que durante la vigencia fiscal de 2017, la gerencia de la ESE, realizo contratación de medicamentos y dispositivos médicos por un valor total de compras de TRES MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL DOCIENTOS TRES PESOS MCTE. (\$3.697.544.203.00).

Que de acuerdo a la Ejecución Presupuestal con corte a 31 de diciembre de 2017, las adquisiciones por Producto Farmacéutico (Medicamentos) y Material Médico Quirúrgico, de la vigencia evaluada (2017), asciende a \$4.167.927.200.00.

Que luego de aplicar la fórmula del indicador número 6 de la Resolución 0000408 del 15 de febrero de 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el resultado es del 0,88.

Que con base en las cifras registradas anteriormente, considero que la administración del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, en cumplimiento a este indicador viene sufriendo un desgaste administrativo y económico en el proceso de efectuar convocatoria en la plataforma BIONEXO, toda vez que por situaciones de liquidez los oferentes participan del proceso mas no se consolida la venta por inconvenientes de cartera.

La presente constancia se expide en cumplimiento al indicador 6 del área de gestión financiera y administrativa de la resolución N°, 0000408 del 15 de febrero de 2018, expedido por el Ministerio de Salud y Protección social relacionado con el Plan de Gestión.

Dada en Florencia. Departamento del Caquetá, a los veinte (20) días del mes de febrero del 2018.



CECILIA ESCOBAR CUELLAR

ATENCION CON CALOR HUMANO
 EMPRESA VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 TELEFONOS: PBX 4366464 Ext.1084 DIRECCION: DIAGONAL 20 N. 7 – 29. FLORENCIA
 PAGINA WEB: www.hmi.gov.co - E-mail: rfiscal@hmi.gov.co



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
 CONTROLADO**


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

formula del indicador	
Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante los siguientes mecanismos: a. compras conjuntas. b. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c. Compras a través de mecanismos electrónicos	
porcentaje de Cumplimiento	88%
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.65



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

7. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DE PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR

Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
7	Nivel II	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	-Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de 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 de 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 de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el revisor fiscal, en caso de no contar con revisor fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador

Certificación de revisoría fiscal donde indica que la ESE Hospital María Inmaculada registra deuda mayores a 30 días por concepto de salarios y demás conceptos inherentes a la nómina. (ver anexo)

Es importante manifestarle a la Junta Directiva, que la situación económica y social que está generando la **CRISIS HOSPITALARIA** en el Departamento de Caquetá, es el resultado de la siguiente situación:

Las EPS no cumplen con el literal d. Art. 13 ley 1122 de 2007, así; d) Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, **mes anticipado en un 100%** si los contratos son por capitación y por Evento, se hará como mínimo un pago anticipado del **50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación**. Igualmente no cumple con el Art. 56 de la ley 1438/2011.


La liquidación continua de EPS, donde las deudas con el Hospital Departamental María Inmaculada ESE, superan el 43% del total de la cartera y el mayor deudor es la EPS Caprecom en liquidación, valor que asciende a **\$17.387 millones, situación que coloca en riesgo financiero, dado que descapitalizó** la única ESE Departamental de mediana complejidad, debido a la incertidumbre generada por los procesos de liquidación, los cuales son lentos y en algunos casos rechazo total de la deuda.

La Empresa Social de Estado María Inmaculada, es una entidad pública que vive **exclusivamente de venta de servicios** y por motivos de iliquidez generado por la baja rotación de cartera, ha incumplido con el pago oportuno a los funcionarios, contratistas y proveedores, situación que se ve reflejada en la liquidación de contratos por parte de los especialistas, médicos, enfermeras, negación de los proveedores a cotizar y suministrar insumos médicos por deudas mayores a 360 días, causando traumatismos en la prestación de



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

servicios de salud, ocasionando un alto riesgo social y financiero. A 31 de diciembre de 2017 las cuanta por pagar ascendieron al valor de **\$16.704 millones de pesos**.

Entre otros aspectos es necesario resaltar lo siguiente:


1. Las EPS aproximadamente pagan un 53% de la venta de servicios en la vigencia fiscal que se causa la facturación, el 47% restante queda en cartera por recuperar en las siguientes vigencias con todas las barrera existente para el pago, hasta llegar a un cobro Jurídico, causando demoras en la recuperación y gastos judiciales.
2. Obligatoriedad de cumplimiento del Artículo 48 de nuestra Constitución Colombiana donde establece que: “La seguridad social es un **servicio público de carácter obligatorio** que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado.
3. Cumplimiento del artículo 194 de la Ley 100 de 1993, el cual establece que la prestación de los servicios de salud **en forma directa por la Nación o por las Entidades Territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado**.
4. Obligación de garantizar la prestación del servicio de salud, Según el Art. 43 de la Ley 715/2001, la cual es de Competencias de los Departamentos.
5. Garantizar una atención integral, oportuna y de alta calidad como lo indica el Art. 10 de la ley estatutaria 1751 de 2015, así como también la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite, sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno.
6. Y aún más complicada la situación en el momento que la Supersalud, emitió la circular externa No. 013 de 2016, donde da instrucciones como: “Las entidades vigiladas deberán **garantizar el acceso a los servicios de salud** y no podrán implementar estrategias de cierre de servicios de las IPS **como mecanismo para exigir el pago de las obligaciones a cargo de la aseguradora**, ni podrá utilizar otras medidas, acciones o procedimientos administrativos de cualquier tipo, que directa o indirectamente obstaculicen, dificulten o limiten el acceso a los servicios de salud por parte del usuario. Situación que materializa la cultura del no pago.
7. Prestar servicio de urgencias 24 horas, sin que medie contrato alguno con las ERP, tal es el caso del antiguo Fosyga hoy en día la nueva empresa industrial y comercial del Estado - ADRES, como también las aseguradoras (accidentes de tránsito), Secretarías de Salud de otros Departamentos, EPS en crisis; Se dan por bien servidas rechazando las facturas de cobro, causando glosas injustificadas, lo cual ha venido generando cartera de difícil cobro y ocasionando gastos adicionales financieros, administrativos y jurídicos.
8. Preferencias de pago a las IPS privadas, situación reflejada especialmente con la EPS Caprecom.

Las IPS privadas no tienen barreras presupuestales, mostrando su eficiencia en la facilidad de implementar estrategias de mercadeo, ventas, tarifas, recaudo, descuentos, entre otras; que para la IPS pública son dolosas o ilegales. Ante este panorama es imposible prestar un servicio con las formalidades de Ley, como tampoco se puede realizar planeación financiera como es la elaboración del presupuesto con el recaudo de la vigencia



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2017		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

inmediatamente anterior, a sabiendas que nosotros vendemos servicios a crédito y la cultura del no pago se ve reflejada en los estados financieros de la Institución.

El Estado general de la cartera a 31 de Diciembre de 2017, ascienden a **\$45.533** millones de pesos, donde el 58,7% pertenecen al régimen subsidiado, de los cuales el 24.3% del total de la cartera corresponde a Entidades en Liquidación.

Certificación suscrita por la revisora fiscal- Dra. Cecilia escobar Cuellar



LA SUSCRITA REVISORA FISCAL DEL
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HACE CONSTAR QUE:

Que mediante los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011 se definieron los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión a presentar por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado - ESE del orden territorial.

Que con ocasión de lo dispuesto en las precitadas disposiciones, el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución número 710 de 2012, "por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología 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";

Que de acuerdo al artículo 1°. De la Resolución 0000408 del 15 de febrero de 2018 se sustituyo los anexos 2,3 y 4 de la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013.

Que de acuerdo a la Certificación expedida por la Contadora Publica del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE, Doctora MARITZA MUÑOZ RAMOS, de fecha 16 de febrero de 2018, y, revisados los Estados Financieros Certificados, de la misma empresa, con corte a 31 de diciembre de 2017, se observa que dicha entidad no refleja deudas superiores a 30 días, por concepto de salarios de personal de planta, mientras que por concepto de Contratación de servicios y externalización de los mismos (Honorarios y servicios), mayores a 30 días reflejan un valor de \$4.461.182.955.00.

Que el valor de la deuda superior a 30 días, por concepto de salarios de personal de planta, y contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de 2016, ascendió a \$3.841.668.349.00.


Que la variación del monto de las deudas superiores a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y contratación de servicios de la vigencia 2017 frente a la del 2016, es de \$619.514.606.00

ATENCION CON CALOR HUMANO
EMPRESA VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
TELEFONOS: PBX 4366464 Ext. 108# DIRECCION: DIAGONAL 20 N. 7 - 29 FLORENCIA
PAGWA WEB: www.hmi.gov.co - E-mail: rfiscal@hmi.gov.co




Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2017		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

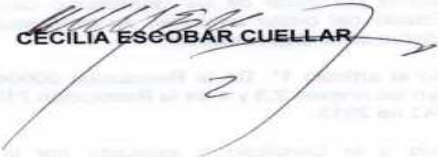


HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT: 891.180.098-5
Florencia – Caquetá

Que luego de aplicar la fórmula del indicador número 7 de la Resolución 0000408 del 15 de febrero de 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el resultado es de 7.20.

La presente constancia se expide en cumplimiento al indicador 7 del área financiera y administrativa de la resolución N°, 0000408 del 15 de febrero de 2018, expedido por el Ministerio de Salud y Protección social relacionado con el Plan de Gestión.

Dada en Florencia, Departamento del Caquetá, a los veinte (20) días del mes de febrero de 2018.-




CÉCILIA ESCOBAR CUELLAR

ATENCIÓN CON CALOR HUMANO
EMPRESA VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
TELEFONOS: PBX 4356454 Ext. 1084 DIRECCIÓN: DIAGONAL 20 N. 7 - 29 FLORENCIA
PAGINA WEB: www.nhs.gov.co - E-mail: rfiscal@nhs.gov.co

formula del indicador	
-Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de 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 de 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 de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)	
Porcentaje de Cumplimiento	positivo.
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	Cero (0) o variación negativa



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).	DOCUMENTO CONTROLADO
---	-----------------------------

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

8. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES RIPS

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
8	Nivel II	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta directiva con base en los RIPS en la Vigencia objeto de evaluación. En el caso de las instituciones de 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	Informe del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de junta Directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para análisis y relación de actas de junta Directiva en las que se presentó el informe.

Informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta directiva con base en RIPS que contiene el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades en cumplimiento de la Resolución 3374 de 2000.


Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. El RIPS provee los datos que se requieren para hacer seguimiento a la prestación de servicios de salud en el marco del SGSSS.

No. ACTA	Tipo	Fecha	Actividad
007	Sesión Ordinaria Junta Directiva	01/07/2017	Se presento reporte Junta Directiva del Hospital Departamental María Inmaculada ESE. El registro Individual de la prestación del Servicio de Salud RIPS. Dando cumplimiento mediante Acta No.007 del día 01 de Julio de 2017.
011	Sesión Ordinaria Junta Directiva	28/09/2017	El día 28 septiembre de 2017 se presenta a la Junta Directiva del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, el reporte de los Registros Individuales de la prestación del Servicio de Salud RIPS. Dando cumplimiento mediante Acta No.011.
012	Sesión Ordinaria Junta Directiva	12/12/2017	Se presento reporte Junta Directiva del Hospital Departamental María Inmaculada ESE. El registro Individual de la prestación del Servicio de Salud RIPS. Dando cumplimiento mediante Acta No.012 del día <i>12 diciembre de 2017</i> .



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

002	Sesión Ordinaria Junta Directiva	29/01/2018	El día 29 Enero de 2017 se presenta a la Junta Directiva del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, el reporte de los Registros Individuales de la prestación del Servicio de Salud RIPS. Dando cumplimiento mediante Acta No.002.
------------	----------------------------------	------------	--

La información del Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud - RIPS, con su estructura única y estandarizada y todas sus clases de datos de identificación, del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación, constituyen una fuente de datos prioritaria para los procesos de dirección, regulación y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.

El RIPS provee los datos mínimos y básicos, y facilita las relaciones entre las entidades administradoras de planes de beneficios (pagadores), las instituciones prestadoras de servicios de salud y los profesionales independientes (prestadores) y apoya la generación de planes, programas, estrategias y operaciones, para la toma decisiones gerenciales, estratégicas, administrativas y asistenciales.

La Resolución 3374 de 2000, “...Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben ser reportados por los prestadores de servicios de salud y las EAPB1...”, tiene como propósito facilitar la relación entre prestadores y pagadores en materia de información y ser el soporte de los servicios efectivamente prestados a la población en cualesquiera de los regímenes definidos por la Ley 100 de 1993.

Es fundamental que las instituciones incorporen estos lineamientos a sus procesos y se adapten las herramientas informáticas, para asegurar el registro y envío correcto de los datos al Ministerio de Salud y Protección Social.


- Una vez armado los archivos de acuerdo con las diferentes estructuras de datos de la Resolución 3374 de 2000, el paso siguiente es remitir los archivos al Ministerio por la plataforma PISIS.
- La plataforma PISIS, en el momento de recibir los archivos, automáticamente reportará el recibo de los mismos a la entidad Obligada a reportar RIPS.

formula del indicador	
numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta directiva con base en RIPS	4
porcentaje de Cumplimiento	4
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	4



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

9. RESULTADO DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
9	Nivel II	Resultado de Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de Ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)	≥ 1	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Evaluar periódicamente la ejecución de ingresos y programar los gastos en comité de gerencia con el fin de mantener el equilibrio presupuestal.

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.


Nota: Los datos financieros son los registrados en las Ejecuciones presupuestales de la vigencia 2017 al igual que los registrados en el sistema de información SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004- Ministerio de Protección Social.

formula del indicador	
Numerador:	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluyendo recaudo de CXC de vigencias anteriores) \$ 51.786.486.166
Denominador:	valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores \$ 64.013.190.890
	porcentaje de Cumplimiento 0.81
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.95



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018


OBSERVACIONES GENERALES:

- A 31 de Diciembre de 2017, el Hospital Departamental María Inmaculada ESE, presenta cuentas por pagar por valor de \$16.704 millones y saldos en caja y bancos de \$2.352 millones, evidenciándose un obligaciones a corto plazo por valor de \$14.352 millones; Lo anterior es coherente con la cultura del no pago por las EPS-S ocasionándonos un estado de iliquidez y un alto porcentaje de cuentas por pagar, las cuales debemos incorporar en el proyecto de presupuesto de la vigencia siguiente, disminuyendo así la capacidad de operación.
- Es importante en el resultado del indicador Equilibrio Presupuestal con Recaudo Tener en cuenta el análisis realizado en el numeral 7 de la presente evaluación.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

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

Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
10	Nivel II	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	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud

Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. (Reporte semestral) donde se realiza la validación y cargue dentro de los términos establecidos por la superintendencia nacional de Salud.

El cumplimiento en el reporte de información de la Circular Única de la Superintendencia de Salud dentro de los Términos previstos se ha llevado a cabo en la institución como consta en los pantallazos de certificación de envío en las siguientes fechas:

Primer semestre 2017: Certificado de Mantenimiento HDMI 24/07/2017

versión 3.0







Sistema de recepción y validación de archivos RVCC

Usuario Vigilado Representante Legal 891180098999999999 [Cerrar sesión](#)
 Entidad: 180010002501 HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE

Según circular externa 018 de 2015 la IPS está clasificada en: **Grupo C2**

Mas Información sobre su clasificación +

Cualquier inquietud relacionada con su clasificación escribir al correo: clasificacionIPS@supersalud.gov.co

Inicio > Panel de Administración > Reportes de Envío > **Archivos del Envío**

Archivos del envíos


Id	Archivo	Fecha	Extemporaneidad	Firma	Estructura	Calculos	Transferencia	Estado	ArchivoReportado
15093852891180098541	2017502.doc.p7z24/07/2017	08:14:58 a.m.	No extemporaneo					CARGADO	Descargar

Copyright 2015 - Superintendencia Nacional de Salud 2015



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Segundo semestre 2017: Certificado de mantenimiento. HDMI 09/02/2018

versión 3.0





Sistema de recepción y validación de archivos RVCC

Usuario Vigilado Representante Legal 8911800989999999999 [Cerrar sesión](#)
 Entidad: 180010002501 HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE

Según circular externa 018 de 2015 la IPS está clasificada en: Grupo C2

Mas Información sobre su clasificación +

Cualquier inquietud relacionada con su clasificación escribir al correo: clasificacionIPS@supersalud.gov.co

Inicio > Panel de Administración > Cargar Archivos Oficial > Cargar Envío Oficial > Validar Envío Oficial

Envío oficial

Id del envío: 853031

Estado: CARGADO 

Fecha y hora de cargue: 09/02/2018 04:24:12 p.m. Servidor SuperSalud


Archivo	FirmaEstructuraCálculosTransferencia	Estado
8911800985432017502.doc.p7z	  	CARGADO

Validación de envío

formula del indicador	
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	
porcentaje de Cumplimiento	dentro de los términos previstos
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	Cumplimiento dentro de los términos previstos



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).	DOCUMENTO CONTROLADO
---	----------------------

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

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

Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
11	Nivel II	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sesión 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social



DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA



Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2017 de que trata el Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

Nota: Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2017 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, 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	
Caldas	VILLAMARÍA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE VILLAMARIA CALDAS EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	1	15/05/2017	Oportuno	15/08/2017	Oportuno	08/11/2017	Oportuno	06/02/2018	Oportuno	Cumple
Caldas	VITERBO	ESE HOSPITAL SAN JOSE	1	23/05/2017	Oportuno	16/08/2017	Oportuno	16/11/2017	Oportuno	01/03/2018	Oportuno	Cumple
Caquetá	BELÉN DE LOS ANDAQUIES	E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA	1	02/06/2017	Oportuno	06/09/2017	Oportuno	30/11/2017	Oportuno	27/02/2018	Oportuno	Cumple
Caquetá	EL DONCELLO	E.S.E. SOR TERESA ADELE	1	02/06/2017	Oportuno	04/09/2017	Oportuno	02/12/2017	Oportuno	01/03/2018	Oportuno	Cumple
Caquetá	FLORENCIA	HOSPITAL MARIA INMACULADA, ESE	2	07/06/2017	Oportuno	07/09/2017	Oportuno	06/12/2017	Oportuno	02/03/2018	Oportuno	Cumple
Caquetá	FLORENCIA	ESE HOSPITAL COMUNAL LAS MALVINAS	1	06/06/2017	Oportuno	04/09/2017	Oportuno	29/11/2017	Oportuno	28/02/2018	Oportuno	Cumple
Caquetá	SAN VICENTE DEL CAGUÁN	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL	1	07/06/2017	Oportuno	06/09/2017	Oportuno	04/12/2017	Oportuno	02/03/2018	Oportuno	Cumple
Caquetá	VALPARAÍSO	E.S.E. FABIO JARAMILLO LONDOÑO	1	05/06/2017	Oportuno	04/09/2017	Oportuno	02/12/2017	Oportuno	27/02/2018	Oportuno	Cumple
Casanare	AGUAZUL	HOSPITAL DE AGUAZUL JUAN HERNANDO URREGO ESE	1	26/05/2017	Oportuno	15/08/2017	Oportuno	15/11/2017	Oportuno	01/03/2018	Oportuno	Cumple
Casanare	TAURAMENA	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA	1	15/05/2017	Oportuno	15/08/2017	Oportuno	15/11/2017	Oportuno	15/02/2018	Oportuno	Cumple
Casanare	VILLANUEVA	RED SALUD CASANARE ESE	1	15/05/2017	Oportuno	15/08/2017	Oportuno	15/11/2017	Oportuno	16/02/2018	Oportuno	Cumple
Casanare	YOPAL	HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA E.S.E.	2	15/05/2017	Oportuno	15/08/2017	Oportuno	15/11/2017	Oportuno	16/02/2018	Oportuno	Cumple
Casanare	YOPAL	ESE SALUD YOPAL	1	16/05/2017	Oportuno	15/08/2017	Oportuno	15/11/2017	Oportuno	15/02/2018	Oportuno	Cumple
Cauca	BOLÍVAR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SUROCCIDENTE	1	30/05/2017	Oportuno	04/09/2017	Oportuno	29/11/2017	Oportuno	05/03/2018	Oportuno	Cumple
Cauca	BUENOS AIRES	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 1	1	30/05/2017	Oportuno	28/08/2017	Oportuno	01/12/2017	Oportuno	06/03/2018	Oportuno	Cumple
Cauca	CALOTO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NORTE 2	1	24/05/2017	Oportuno	28/08/2017	Oportuno	29/11/2017	Oportuno	02/03/2018	Oportuno	Cumple
Cauca	EL TAMBO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE EL TAMBO	1	30/05/2017	Oportuno	04/09/2017	Oportuno	29/11/2017	Oportuno	06/03/2018	Oportuno	Cumple
Cauca	GUAPI	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO GUAPI	1	31/05/2017	Oportuno	29/09/2017	Oportuno	29/11/2017	Oportuno	05/03/2018	Oportuno	Cumple
Cauca	LA VEGA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SUR ORIENTE	1	30/05/2017	Oportuno	28/08/2017	Oportuno	29/11/2017	Oportuno	05/03/2018	Oportuno	Cumple
Cauca	PAEZ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO TIERRADENTRO	1	30/05/2017	Oportuno	28/08/2017	Oportuno	27/11/2017	Oportuno	02/03/2018	Oportuno	Cumple
Cauca	PATIA	E.S.E HOSPITAL NIVEL I EL BORDO	1	30/05/2017	Oportuno	29/08/2017	Oportuno	29/11/2017	Oportuno	06/03/2018	Oportuno	Cumple
Cauca	PIENDAMO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE CENTRO I	1	25/05/2017	Oportuno	29/08/2017	Oportuno	27/11/2017	Oportuno	02/03/2018	Oportuno	Cumple
Cauca	POPAYAN	ESE HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA	2	30/05/2017	Oportuno	30/08/2017	Oportuno	29/11/2017	Oportuno	02/03/2018	Oportuno	Cumple

Elaboro:

Revisó:

Aprobó:

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.


Telefono: (57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

15



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Ante la necesidad del Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación de contar con información financiera, técnica y administrativa de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud que permitiera la toma de decisiones, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 2193 el 8 de julio de 2004, en el cual se estableció las condiciones y los procedimientos para la presentación de información periódica y sistemática de la gestión desarrollada por cada una de las IPS públicas.

Por tanto la ESE HOSPITAL MARÍA INMACULADA envía información trimestral – semestral y anual dentro de los términos establecidos por el ministerio.

Información verificable en la página SIHO (Ministerio de salud y protección social).


La institución ha reportado oportunamente la información correspondiente al año 2017 en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004

formula del indicador	
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya Ministerio de salud y Protección social	
porcentaje de Cumplimiento	dentro de los términos previstos
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	Cumplimiento dentro de los términos previstos



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

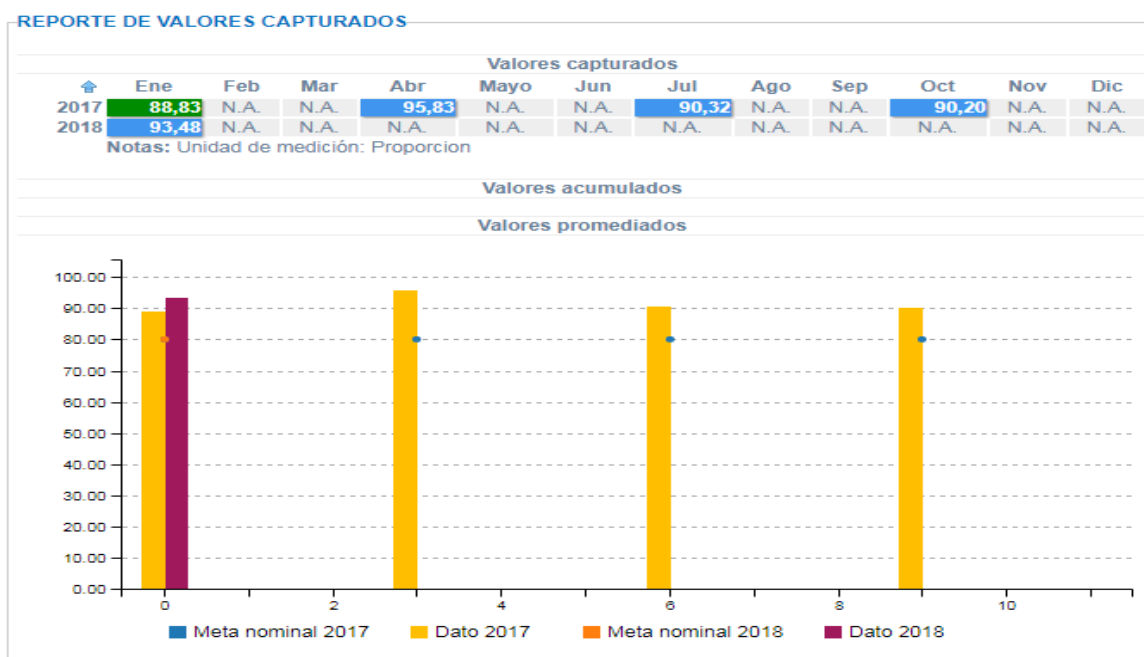
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIA

12. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE DEL Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACIÓN


N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
12	Nivel I,II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre del y trastornos hipertensivos en la gestación	No. de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos de las gestantes en la vigencia Objeto de evaluación/Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad Gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con DX de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos de la gestación en la vigencia Objeto de evaluación.	≥ 0.8	informe del comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga : referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador(4)

[GC-PLG-12]: Evaluación de aplicación de guía en el manejo del Código rojo -DARUMA



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Periodo	Valor	Notas
2017-Ene	88,83	Se identificó adherencia del 89%, en la guía de manejo de hemorragia obstétrica "código Rojo" que muestra una atención insegura, es decir la atención no se dio dentro de los parámetros de seguridad y evidencia sugeridos, teniendo en cuenta los recursos necesarios para el adecuado manejo del Parto. La tendencia es positiva en relación al trimestre 2014 y 2015 esto obedece al trabajo realizado con los especialistas en la evaluación de la guía mediante la aplicación de listas de chequeo. Del manejo inicial las fallas representativas son la no activación código rojo, elevación de las piernas, canalización de dos venas, cateterismo vesical del 90% en el primer trimestre, 69% en el tercero y en el cuarto 88% trimestre con relación a la atonía uterina canalizaron 2 venas, cubrimiento con sabanas precalentadas, vigilancia de tono uterino y registro medición de diuresis horaria con un promedio en la adherencia 74% y para trauma las fallas encontradas, canalizaron 2 venas, cubrimiento a la usuaria con sabanas precalentadas y registro medición de diuresis horaria con un promedio en la adherencia 78%. La adherencia general a la guía de código rojo en el cuarto trimestre es de 89% y el promedio del año es de 78%. En el 2016 se tomo una muestra de 14 historias, las cuales fueron evaluadas al 100% del total de las historias clínicas de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con DX de hemorragias.
2017-Abr	95,83	En el primer trimestre del 2017 se realiza revisión de cinco historias clasificadas para ser evaluadas con la guía de código rojo, de acuerdo a los momentos que tiene la guía encontramos una adherencia del manejo inicial del 95% la falla encontrada es la no indicación de elevación de las piernas de la paciente 15%, en cuanto al manejo de la atonía uterina es del 95% y las fallas obedecen a la no administración de bolos de 500 cc de cristaloides tibios cada 30 minutos hasta alcanzar TAS >90 y la administración de misoprostol 800 mcg intrarectal, en cuanto al manejo de trauma estamos en una adherencia del 93% se evidencia la no administración de cristaloides tibios, registro y medición de la diuresis horaria y no están utilizando el catgut crómico 2-0. En términos generales la institución tiene una adherencia general a esta guía del 96% lo cual es optimo en el manejo del código rojo. La institución debe cumplir con los suministros de catgut crómico 2-0, horno microondas para el calentamiento de los cristaloides en el servicio de obstetricia y cirugía.
2017-Jul	90,32	En el segundo trimestre del 2017 se presentaron cinco casos relacionado a código rojo. La adherencia es del 90% SEGURO, baja seis puntos en relación al trimestre anterior. La guía se clasifica el código rojo en tres momentos los cuales se evidencia fallas en manejo inicial no se describe la clasificación de tipo de shock según hallazgos clínicos y pérdidas estimadas en atonía uterina no se administro bolos de 500 cc de cristaloides tibios cada 30 minutos hasta alcanzar TAS >90, y no se realizo y registro medición de diuresis horaria en trauma la no descripción de la diuresis horaria.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2017		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

2017-Oct	90,20	<p>En el tercer trimestre del 2017 se presentó una adherencia de 90% estando entre los límites del proceso de atención segura para el manejo de código rojo, se hizo revisión de dos historias clínicas que cumplieron con los criterios para aplicar la lista de chequeo es decir que durante el tercer trimestre se presentaron dos códigos rojos por atonía uterina, uno en salas de parto y uno en salas de cirugía posterior a realización de cesárea, de los cinco criterios que presenta la lista de verificación se evaluó manejo inicial y manejo de la atonía uterina los demás no aplican y las fallas identificadas fueron en el manejo inicial no se estimó la pérdida sanguínea vaginal, no se evidencia en historia clínica la elevación de las piernas de la paciente a 15 grados y no se realizó la clasificación del tipo de shock según hallazgos clínicos y pérdidas estimadas. En cuanto a el criterio número dos, manejo de la atonía uterina no se evidencia la administración de cristaloides a razón de 2cc/kg /h hasta alcanzar metas de tensión arterial. Se socializará con el personal médico la adherencia y las fallas identificadas con el fin de mejorar la adherencia de la guía de atención de hemorragia obstétrica en la gráfica se evidencia que en el segundo trimestre la adherencia fue de 90% y al comparar con el tercer trimestre no hubo aumento de la adherencia, es de resaltar que en el segundo trimestre se evaluaron 5 historias clínicas y en el tercero solamente dos.</p>
2018-Ene	93,48	<p>La adherencia de la guía de manejo de la hemorragia obstétrica código rojo en el cuarto trimestre de 2017 fue un 93% prestando una atención segura teniendo en cuenta los recursos brindados por la institución, en el manejo de la crisis hipertensiva, se realizó búsqueda activa en el registro de colapso materno que maneja el servicio de urgencias, salas de parto, salas de cirugía y hospitalización II, también se realizó búsqueda activa institucional a través de Índigo Cristal software de historias clínicas se revisaron 33 historias clínicas, en el cuarto trimestre solo se presentaron dos códigos rojos en el servicio de Salas de parto se realizó revisión de las historias clínicas y se aplicó la lista de chequeo, las fallas identificadas fueron en la primera historia clínica en manejo inicial el médico que hace la atención no clasifica el tipo de shock según los hallazgos clínicos, en la segunda historia clínica se evidencia fallas en la no realización del ABC primario y en la elevación de las piernas a 15 grados, la adherencia en el manejo inicial de las dos historias evaluadas es de 88% atención no segura en el manejo inicial se socializará con médicos de salas de parto para mejorar la adherencia este criterio. Adherencia a manejo de criterio del trauma es de 100 % una atención segura, y el manejo de la retención de tejido en la cavidad uterina es de 100 % atención segura en el manejo de este criterio, se continuará evaluando la adherencia y socializando al personal con el fin de mejorar continuamente y seguir prestando una atención segura a todos nuestros usuarios.</p>



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

formula del indicador	
Numerador: No. de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre	12.8
Denominador: Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad Gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con DX de hemorragias de III trimestre	14.
La adherencia a la guía como lo indica la grafica anterior. porcentaje de Cumplimiento	91,4 %
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.80


[GC-PLG-12-1]: Evaluación de aplicación de guía en el manejo de los Trastorno Hipertensivos en gestantes-DARUMA

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Periodo	Valor	Notas
2017-Ene	80,93	<p>Durante el cuarto trimestre del 2016 la adherencia a la guía de trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en la institución fue del 81%, siendo una institución insegura los primero trimestres mejoramos la adherencia pero este cuarto trimestre bajo y las falla se presentan en la atención inicial la falla representativa es en describir un examen físico completo y orientado, con relación al tratamiento, la adherencia es del 78% las fallas se presentan están en la no canalización de dos venas, mantenimiento e oxígeno y cateterismo vesical, en soporte neurológico las fallas se representan a todos los ítems con una adherencia del 62% el soporte vascular es el inicio de manejo de anti-hipertensivo, la institución no cuenta con nifedipino de 10mmg se está utilizando de 30mg con una adherencia del 67% y con relación a los laboratorios se evidencia que de los ocho usuarios evaluados a uno se le ordeno todos los laboratorios, la adherencia es del del 100%. En el 2016 se tomo una muestra de 48 historias, las cuales fueron evaluadas al 100% del total de las historias clínicas de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con DX de trastornos hipertensivos de la gestación.</p>
2017-Abr	97,27	<p>El primer trimestre del año 2017 se tomaron 5 historias que cumplen con los criterios para el manejo de la guía de crisis hipertensiva de las cuales el primer criterio manejo inicial tiene adherencia de un 96% el no cumplimiento se evidencia definición adecuadamente la crisis hipertensiva, el siguiente criterio tratamiento tiene una adherencia del 95%, el no cumplimiento se observa en el inicio cristloides a 1 cc/kg/h hasta máximo 100 cc/h como volumen total (incluido el goteo de sulfato de magnesio), el criterio de soporte neurológico una adherencia del 100% cumplen todos los ítems evaluados, en soporte vascular 91% de adherencia donde el no cumplimiento se evidencia en el inició Nifedipino cap. o tab de 10mg cada 20 minutos por 3 dosis en la primera hora y en el ultimo criterio evaluado laboratorios de rutina una adherencia del 100% ,dando como resultado final una adherencia general del 97% de cumplimiento optimo a la guía. La institución debe proporcionar los medicamentos (Nifedipino, y labetalol) para dar cumplimiento al 100 % de la guía y socializar con los médicos los criterios de no cumplimiento.</p>
2017-Jul	93,37	<p>Durante el segundo trimestre del año 2017 la adherencia a el manejo de crisis hipertensiva de la Guía de Práctica clínica trastornos hipertensivos asociados a la gestación fue de 93 % por encima de la meta establecida del 90% brindando una atención segura, pero que al ser comparada con la adherencia del primer trimestre 97 % se ve una disminución si bien en el primer trimestre se aplico lista de verificación a el cumplimiento a 5 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y en el segundo trimestre se aplico lista de verificación a 8 historias, es decir 3 historias clínicas mas este semestre. Durante el primer trimestre del 2017 la adherencia a la guía de trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en la institución es del 97% es SEGURO mejoro la adherencia considerablemente con relación al primer trimestre del 2016. En este trimestre se identificaron cinco usuarios que se les puede aplicar la guía de crisis hipertensiva, entre las fallas</p>



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2017		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

		que se identifican están en atención inicial la definición de la crisis hipertensiva, tratamiento la falla esta en el manejo de cristaloides soporte neurológico la adherencia es del 100% se cumple con todos los ítems de este criterio, el soporte vascular continuamos con la no aplicación del nifedipino de 10mmgs por no contar la institución, laboratorios se evidencia una adherencia del 100%. El primero trimestre la subgerencia científica con el apoyo del Dr. Bustos y la líder de seguridad del paciente se socializo las fallas del 2016 es por ello que se refleja una mejor adherencia en este trimestre.
2017-Oct	90,50	En el tercer trimestre del año 2017 se tomaron 11 historias que cumplen con los criterios para el manejo de la guía de crisis hipertensiva de las cuales el primer criterio manejo inicial tiene adherencia de un 91% el no cumplimiento se evidencia en el no diligenciamiento completo del examen físico, una de las pacientes a la se le aplico lista de chequeo presento caída de su propia altura por presentar convulsión y el médico que atendió la emergencia tampoco describe en historia clínica si presento algún tipo de traumatismo a consecuencia de la caída, el siguiente criterio: tratamiento tiene una adherencia del 93%, el no cumplimiento se observa en no mantener la saturación de oxígeno por encima de 95 %, en soporte neurológico una adherencia del 76 % se observa en los tres trimestres la no descripción de los reflejos osteotendinosos, en soporte vascular 83 % de adherencia donde el no cumplimiento se evidencia en el inició Nifedipino cap. o tab de 10mg cada 20 minutos por 3 dosis en la primera hora y en el ultimo criterio evaluado laboratorios de rutina una adherencia del 100%, dando como resultado final una adherencia general del 90% de cumplimiento, una atención segura pero que se debe seguir trabajando para aumentar la adherencia en el manejo de la crisis hipertensiva. si revisamos la tendencia en los tres trimestres de lo que va corrido del año observamos una disminución de la adherencia en el primer trimestre se reporto una adherencia del 97% en el segundo trimestre una adherencia de 93% y en el tercer trimestre una adherencia del 90% que a pesar de que se encuentra por encima de la meta establecida se debe seguir evaluando y socializando con el personal médico con el fin de identificar cuáles han sido las fallas y mejorar la adherencia.
2018-Ene	95,45	En el cuarto trimestre del año 2017 se tomaron 20 historias clínicas de las cuales 3 cumplieron con los criterios para aplicar la lista de chequeo para evaluar la adherencia a la guía de trastornos hipertensivos asociados a la gestación "manejo de la crisis hipertensiva", la lista de chequeo evalúa cuatro criterios, manejo inicial que se obtuvo una adherencia del 100%, tratamiento una adherencia de 92%, soporte neurológico un 94% , soporte vascular 83% y laboratorios de rutina un 100% , se obtuvo una adherencia general de 95 % de cumplimiento se presta una atención segura, la adherencia se encuentra por encima de la meta establecida que es 90%, las fallas identificadas fueron, en el criterio de soporte vascular el médico no describe el gasto urinario y no hay registro de enfermería en la hoja de líquidos administrados y líquidos eliminados, en el criterio de tratamiento el médico no describe en la historia clínica el mantenimiento del soporte de oxígeno donde se garantice la saturación de oxígeno por encima de 95% o suministra oxígeno por cánula nasal a 3 litros por minuto, y la tercera falla identificada se evidencio en el soporte vascular al no administrar Nifedipino tableta de 10 mg 1 cada 20 minutos por tres dosis en la primera hora.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

formula del indicador	
Numerador: No. de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de de la guía de manejo para trastornos hipertensivos de las gestantes	23.1
Denominador: Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad Gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con DX de trastornos hipertensivos de la gestación	25.
porcentaje de Cumplimiento	92,4 %
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.80



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

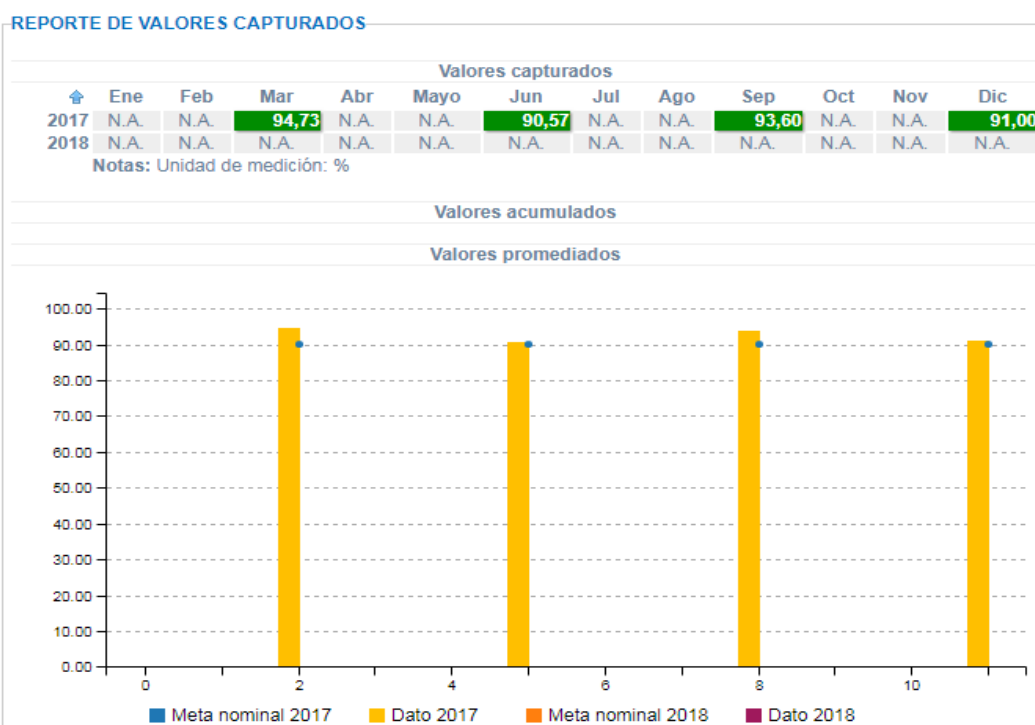
**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

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


N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
13	Nivel II	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	No. de historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia Objeto de evaluación/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 Objeto de evaluación	≥ 0.8	Informe Comité de Historias Clínicas que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)

[GH-PLG-13]: Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida-DARUMA



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

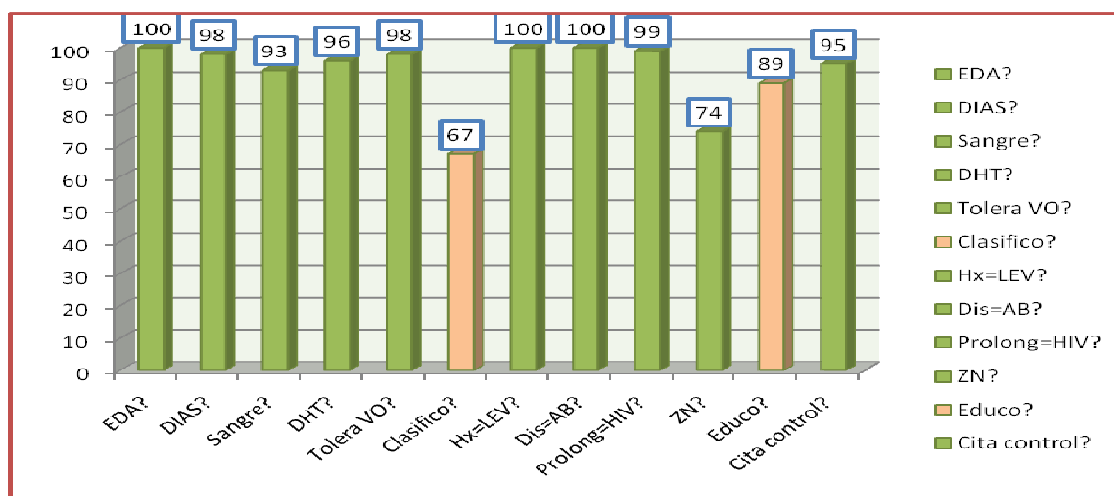
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Periodo	Valor	Notas
2017-Mar	94,73	Son más comunes las falencias de registro de clasificación y la no formulación de Zinc en especial en pacientes con diarrea como comorbilidad y en adultos.
2017-Jun	90,57	Se sigue dificultando la descripción del tipo de diarrea en especial en adultos.
2017-Sep	93,60	Ocasionales errores en el registro de anamnesis sobre sangrado, uso de zinc complementario y clasificación de la diarrea. No son sistemáticos. Un caso de EDA terminó siendo apendicitis y fue llevado a cirugía
2017-Dic	91,00	Ocasionales fallas en clasificación, uso de zinc oral y en la anamnesis sobre la presencia de sangre. No hay errores sistemáticos o en ítems sensibles.

El diagnóstico de la primera causa de egreso en el Hospital departamental María Inmaculada ESE es la **enfermedad diarreica aguda**. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define (**EDA**) como la presencia de tres o más deposiciones en 24 horas, con una disminución de la consistencia habitual y una duración menor de 14 días (1). La EDA puede ocurrir a cualquier edad de la vida pero son los lactantes y niños menores de cinco años los más predispuestos a desarrollar la enfermedad y a presentar complicaciones como sepsis, deshidratación y muerte.


muestreo		
Trimestre	No de HC	Adherencia
1er trimestre	30	0.95
2o trimestre	30	0.91
3o trimestre	30	0.94
4o trimestre	30	0.91
total	120	0.92

Aplicación de lista de Chequeo:



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018


1	Se interrogó si tiene diarrea?
2	Se preguntó cuánto tiempo de evolución? (Mayor o menor de 7 días)
3	Se preguntó si tiene sangre?
4	Se buscaron signos de deshidratación? ojos hundidos, signo de pliegue cutáneo, estado de conciencia (de irritable a somnoliento).
5	Se interrogó acerca de la tolerancia vía oral? (No puede beber, bebe mucho con avidez, rechaza o vomita, o tolera)
6	Clasificó el estado del paciente de acuerdo al algoritmo
7	Si decidió hospitalizar u observar, definió si usar plan B, C o A según la tolerancia a la vía oral?
8	Si definió disentería, inició el manejo antibiótico recomendado? Ampicilina-Gentamicina.
9	Si decidió hospitalizar por diarrea prolongada, inició el manejo nutricional, trató la deshidratación y solicitó los paraclínicos recomendados en la guía (VIH)?
10	En los pacientes con manejo ambulatorio o intrahospitalario que toleran vía oral, se inició terapia con Zinc oral?
11	Si definió manejo ambulatorio o salida, explicó claramente a la madre o acudiente todos los puntos del folleto de plan A?
12	Se informó a la madre o acudiente de la cita de control en primer nivel dos días después del egreso?

formula del indicador	
Numerador:	Número de HC 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 111.3
Denominador:	Total HC auditadas con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia 120
	porcentaje de Cumplimiento 92%
Estándar el año	2017 (Acuerdo No.0004) ≥ 0.80



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

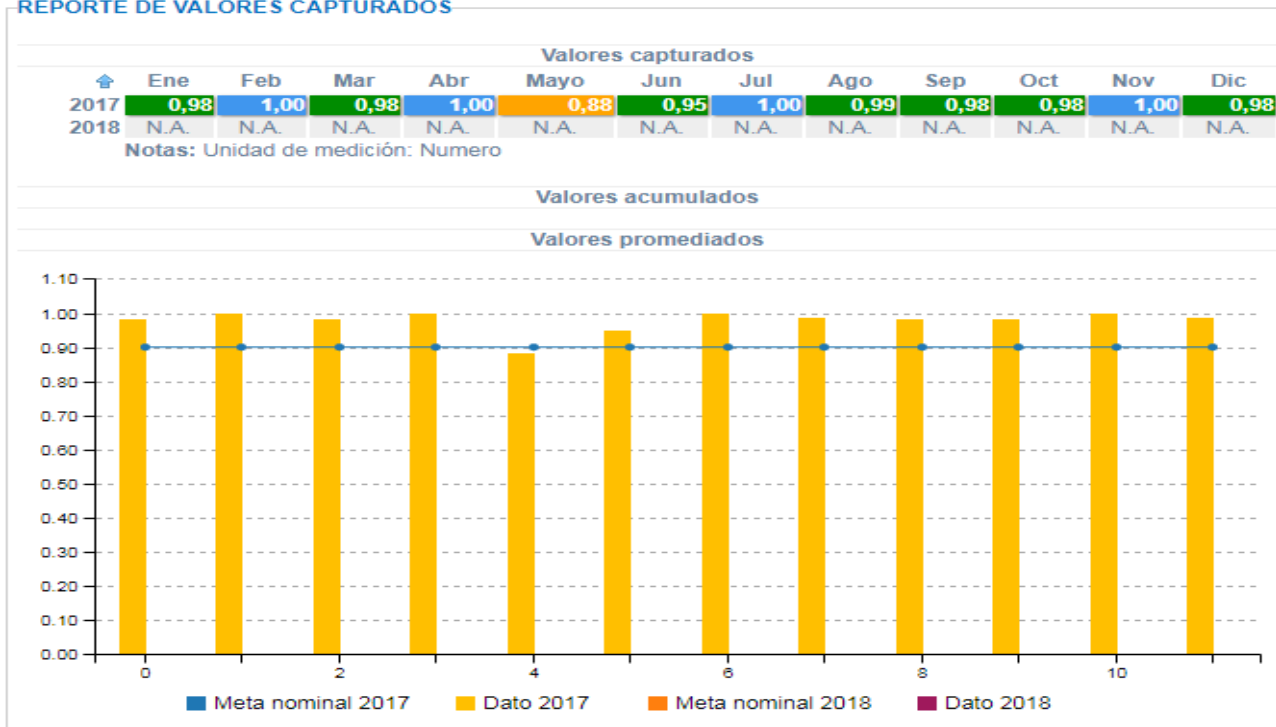
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

14. OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
14	Nivel II	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les inició la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación. /Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.9	informe de subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces, que contenga como mínimo: base de datos de los pacientes que a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador.


[GH-PLG-14]: Oportunidad en la realización de Apendicectomía - DARUMA

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Periodo	Valor	Notas
2017-Ene	0,98	El indicador de oportunidad de realización de apendicectomía no tiene brecha para el mes de enero de 2017, se encontró durante el análisis un caso que supero el tiempo establecido de 6 horas , encontrando que se presentaron 3 cesáreas de emergencia y dos legrados al igual que una cirugía de ortopedia de urgencia.
2017-Feb	1,00	El indicador para el mes de febrero de 2017, no tiene brecha , al 100% de egresos con diagnostico de apendicitis se realizo el procedimiento quirúrgico antes de 6 horas
2017-Mar	0,98	Durante el mes de marzo el 98% de los pacientes que egresaron con diagnostico de apendicitis se les realizo el procedimiento quirúrgico antes de 6 horas de dado el diagnostico, solo se en control un caso que esta en 6 horas 37 minutos. Al analizar el caso se realizaron esa fecha y en el horario desde la decisión quirúrgica 6 procedimientos de urgencias. Sin embargo se evidencia un tiempo muerto en quirófano entre las 15:00 y las 16:42. se socializara con la jefe del servicio de cirugía
2017-Abr	1,00	El indicador para el mes de abril de 2017 tuvo un resultado del 98% , un solo caso que supero el termino de las 6 horas ,en 7 horas 57 minutos, al realizar el análisis se encontró que se trataba de un paciente de 77 años con una falla renal aguda , a quien se requería estabilizar antes de llevar al procedimiento quirúrgico y se requirió manejo de hidratación , solicitud de pre quirúrgicos rx tórax, EKG y valoración por medicina interna para dar protección renal antes del procedimiento.
2017-Mayo	0,88	El indicador para el mes de mayo, fue el 88% con una brecha del 2%, correspondiente a 7 casos en los cuales la oportunidad para la realización de la apendicetomía una vez hecho el diagnostico de apendicitis fue mayor a 6 horas, se analizo cada caso en particular , el de menor tiempo de 6:32 minutos y el de mayo tiempo de 13 horas y 14 minutos, el factor determinante se debió a las cirugías de urgencias de ginecología ,específicamente cesáreas generadas que desplazan este tipo de procedimientos ,y a otras cirugías de urgencia como apendicectomía y demás.
2017-Jun	0,95	Durante el mes de junio el indicador no tuvo brecha , solo se presentaron dos casos una vez diagnosticados fueron llevados a cirugía en un tiempo superior a las 6 horas, uno DE 8 HORAS Y OTRO DE 9y MEDIA HORAS , la revisión de cada caso en particular fue: Primer caso: El cirujano registra que no ha habido disponibilidad de quirófanos , paciente es trasladada al quirófano según nota de enfermería a las 15:00, al revisar la estadística del quirófano para ese día se encuentra que en quirófano entre las 09 y las 11 de la mañana no se realizaron procedimientos quirúrgicos, a partir de las 11 am hubo cirugías de urgencia 2 cesáreas , 3 procedimientos de ortopedia y 2 procedimientos de cirugía previos a la cirugía de la paciente. Dentro del análisis con el especialista indica que para las 10 am se encontraba terminando



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2017		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

		la revista en la urgencia . segundo caso: Paciente fue trasladada al quirófano a las 12 de la noche, según nota de enfermería , previa revisión de la estadística hubo un total de 9 cirugías de urgencias ginecológicas entre las 15 horas del día 10 de junio y la 01:00 del 11 de junio, no se evidenciaron tiempos muertos en cirugía. Anexa base de datos correspondiente:
2017-Jul	1,00	Para el mes de julio de 2017 , el numero de pacientes con diagnostico de egreso de apendicitis aguda fue de 46 , de los cuales a todos (es decir al 100% , se les realizo el procedimiento quirúrgico de apendicectomía dentro de las 6 horas una vez confirmado el diagnostico. Indicador para el mes de julio de 2017 no tuvo brecha .
2017-Ago	0,99	Durante el mes de Agosto de 2017 el total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso fue de 71, de los cuales a 70 se les realizo el procedimiento quirúrgico de apendicectomía antes de las 6 horas de hecho el diagnostico, lo que corresponde al 99%. este indicador no tiene brecha . se encontró solo un paciente al que se le realizo el procedimiento 8 horas después del diagnostico al revisar el caso se encontró que el médico cirujano de turno inicio cirugía a las 10 de la mañana al terminar la revista hospitalaria y alcanzo a realizar una apendicectomía , cuando se presentaron varias cesáreas de urgencias , motivo por el cual no se le dio más sala quirúrgica si no hasta las 5 de la tarde.
2017-Sep	0,98	Durante el mes de septiembre de 2017 se encontraron 52 egresos con diagnostico de apendicitis aguda, 51 de las cuales se les realizo apendicectomía antes de 6 horas, por lo tanto este indicador no tiene brecha para este mes . se presento un caso en el que el tiempo fue de 7 horas. previa revisión del caso se determina que se trata de un día sábado en cual solo un cirujano se encuentra de turno cubriendo lo servicios de hospitalización y urgencias , por lo tanto se realiza la revista de urgencias y la hospitalaria y luego se realizan las definiciones quirúrgicas excepto que se trate de emergencia quirúrgica , sin embargo se inicio cirugía por cirugía general a las 1:00 am con la primera apendicectomía , y luego se presentaron dos cesáreas y dos legrados por lo que la siguiente apendicectomía se realizo posterior a los procedimientos de ginecobotetricia .
2017-Oct	0,98	Durante el mes de octubre de 2017 se encontró 50 pacientes con diagnostico de egreso de apendicectomía , de los cuales a 49 se le realizo el procedimiento quirúrgico antes de 6 horas de realizado el diagnostico por el especialista este indicador no tiene brecha para este mes , solo 1 caso excedió las 6 horas y se realizo a las 7 horas y 49 min , al analizar el caso , previa revisión de la historia clínica y los procedimientos en quirófanos realizados ese día se encuentra que durante la mañana desde las 9 am se realizaron 2 procedimientos de cesárea y 1 un procedimiento de ortopedia de urgencias y durante la tarde 1 apendicetomía y 3 urgencias de ortopedia hasta la hora en que se efectuó la apendicectomía en mención , por lo que no hubo disponibilidad de sala quirúrgica.
2017-Nov	1,00	Durante el mes de Noviembre de 2017 se realizaron evidenciaron 47 egresos con diagnostico de apendicitis, de los cuales al 100% de estos se les realizo el procedimiento de apendicectomía antes de las 6 horas una vez realizado el diagnostico por el cirujano, por lo tanto este indicador no tiene brecha.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018


2017-Dic	0,98	<p>Durante el mes de diciembre de 2017, este indicador fue de 0.98, no presento brecha de los 62 egresos con diagnostico de apendicitis aguda solo en uno de los el procedimiento quirúrgico de apendicectomía tardo mas de 6 horas en realizarse luego del diagnostico, en un tiempo de 7 horas y 55 minutos , un vez revisados los datos en este caso especifico , se realizo en la tarde 3 cesáreas y dos laparoscopias diagnosticas previas antes de la realización de la apendicectomía, pero durante la mañana se inicio cirugía a las 10:00 , sin embargo durante la mañana no fue llevado a cirugía, se socializara con el especialista de turno Dr. Carriel cirujano de urgencias este caso en especifico.</p>
----------	-------------	---

formula del indicador	
Numerador:	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les inició la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnostico en la vigencia objeto de evaluación 597
Denominador:	Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación 613
	porcentaje de Cumplimiento 97%
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.90



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

15. NO. DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL

Nº	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
15	Nivel II	No. de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. / (Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	Cero (0) o variación negativa	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente(3) que como mínimo contenga : aplicación de la fórmula del indicador

Durante la vigencia del año 2017, No se ha Identificado ni reportado casos en pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intra-hospitalario, como se evidencia según el seguimiento realizado.

[GUO-PLG-15]: No. de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual- DARUMA


Periodo	Valor	Notas
Enero – diciembre 2017	0	No se han Identificado ni reportado casos en pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intra-hospitalario entre los meses de Enero a Diciembre del 2017. NOTA: la resolución 743 del 2013 indica que el denominador es Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior (en el año 2016 no se presento ningún evento.)

formula del indicador	
Numerador: Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación	0
Denominador: Número de pacientes pediátricos con neumonías Broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	0
porcentaje de Cumplimiento	Cero (0)
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	Cero (0) o variación negativa



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

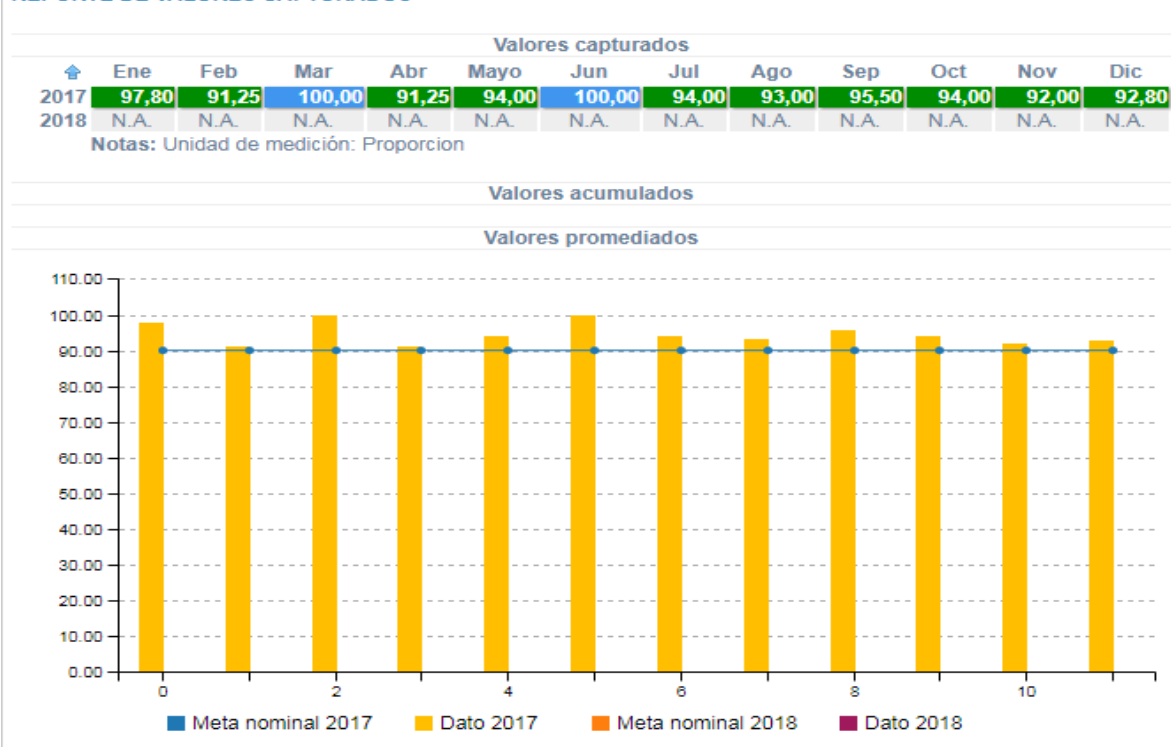
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

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

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
16	Nivel II	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Número de pacientes con DX de egreso de Infarto agudo del Miocardio a quienes se inicio la terapia especifica de acuerdo con la guía de manejo para IAM dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnostico en la vigencia objeto de evaluación / total de pacientes con DX de egreso IAM en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0.9	Informe del comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga : referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador. (4)


[GH-PLG-16]: Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)-DARUMA

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Periodo	Valor	Notas
2017-Ene	97,80	Se observa un cumplimiento adecuado de los protocolos
2017-Feb	91,25	Se observa disminución en el cumplimiento del uso de nitratos y de metoprolol. Se evalúan causas, usualmente por hipotensión asociada no se usa beta bloqueador. Hubo un caso de un paciente que llegó muerto y no se tuvo en cuenta en el indicador pues no se le realizó nada.
2017-Mar	100,00	Se tomó el no uso de metoprolol en paciente hipotenso o con otros antihipertensivos como no aplica (1) en las listas de chequeo.
2017-Abr	91,25	Se descartó un caso en que el Dx fue de isquemia mesentérica. Se sigue observando bajo uso de opiáceos para manejo del dolor y ocasional no uso de nitratos
2017-Mayo	94,00	Se sigue observando poco uso de nitratos en paciente coronario y se evitó el uso de metoprolol por hipotensión secundario o uso de otros antihipertensivos..
2017-Jun	100,00	Único caso del mes se consideró finalmente como no IAM por troponinas no presentes. Se aplicó todo el protocolo.
2017-Jul	94,00	Solo se reportó un caso de IAM este mes. Se descartó otro caso con Enfermedad de Chagas. Se persiste en el no uso de nitratos, no uso de beta bloqueador por uso concomitante de antiHTA
2017-Ago	93,00	Se nota el desuso de nitratos en forma frecuente en el manejo inicial de el IAM. Se consulta a MD general quien refiere que el uso de nitratos no se nombra en la GPC del Minsalud y por ello no se tiene en cuenta, pero se desconoce su uso en los protocolos de ACLS de la AHA que son de uso por habitación en el país. Se debe revisar el manejo con los internistas y difundir la directriz resultante con los MD generales. El uso de Oxígeno también es fluctuante pero se explica por el lineamiento de la GPC acerca de no usarlo en pacientes con SaO2 mayor a 94%, sin embargo esto deben registrarlo en la HC.
2017-Sep	95,50	Se sigue observando desuso de nitratos en el manejo. Se consultó con MD generales y especialistas y se revisará literatura actual para determinar si se requiere adoptar nueva información del manejo que excluya o no el uso de nitratos sublinguales en el manejo inicial del IAM
2017-Oct	94,00	Un caso registrado fue definido finalmente como abuso de PSA. En el otro caso no se usó nitrato como ha sucedido recientemente. Se hace necesario una revisión de literatura con los especialistas y socializar la conclusión.
2017-Nov	92,00	Se observa desuso sistemático del nitrato en el manejo de urgencias del IAM. Se comentó a médicos generales y argumentan el desuso según artículos de revisión por no mejorar el pronóstico y la mortalidad. Solo se usan en caso de dolor precordial típico y en angina. Se revisará tema con MD internistas y Dr. Camilo Herrera
2017-Dic	92,80	Se sigue observando desuso de nitratos en el manejo inicial del IAM. Se llevará a reunión académica para definir adherencia a este punto de la GPC que tampoco es claro al respecto o describir en la HC si no se usa y la razón..



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2017		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018


	PROCESO GESTIÓN DE URGENCIAS Y OBSTETRICIA	Código: GUO-G-01
	GUIA MANEJO DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)	Versión: 002 Aprobado: 2017-04-03

TABLA DE CONTENIDO

1	OBJETIVO	3
2	ALCANCE	3
3	DEFINICIONES	3
4	RESPONSABLES	3
5	MARCO NORMATIVO O BASE LEGAL	3
6	ESTRUCTURA DOCUMENTAL	3
6.1	Criterios Diagnósticos	4
6.2	Manejo en Urgencias	4
6.2.1	Primeros 10 Minutos	4
6.2.2	Primeros 30 Minutos	5
6.2.3	Resto del Manejo	5
6.2.4	Medidas generales luego de Fibrinólisis	5
6.3	Recomendaciones de Angioplastia	6
7	BIBLIOGRAFÍA	7
8	CONTROL DE CAMBIOS	7

OBJETIVO: Se dispone de los elementos teóricos necesario para realizar un manejo adecuado y oportuno de los pacientes con Infarto Agudo del Miocardio, de tal forma que podamos ofrecer una atención más segura en el manejo de esta patología.

Se cuenta con la guía aprobada la cual obedece a los requisitos de estructura enunciados en la resolución 1043 del 2006- Anexo Técnico No. 1- Estándar de Procesos Prioritarios y a la Política de Seguridad del paciente promulgada por el ministerio de la Protección Social desde el 2008.


Se realiza seguimiento a los pacientes con diagnostico de infarto agudo del miocardio, para evaluar el tiempo en el que se inicio el tratamiento específico para su patología.

La lista de chequeo se encuentra distribuida en tres tiempos de atención (en los primeros 10 minutos, en los primeros 30 minutos y en la primera hora), y en cada uno se describe parámetros a seguir que nos da la adherencia a la guía de manejo, así:



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).


**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

formula del indicador	
Numerador: Número de pacientes con DX de egreso de Infarto agudo del Miocardio a quienes se inicio la terapia especifica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnostico	44
Denominador: total de pacientes con DX de egreso IAM en la vigencia.	46
porcentaje de Cumplimiento	95%
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.90



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).	DOCUMENTO CONTROLADO
---	-----------------------------

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

17. ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
17	Nivel II	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Número de muertes intrahospitalaria mayor de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación /total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0.9	Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga : análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador

[GAA-PLG-17]: Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria -DARUMA

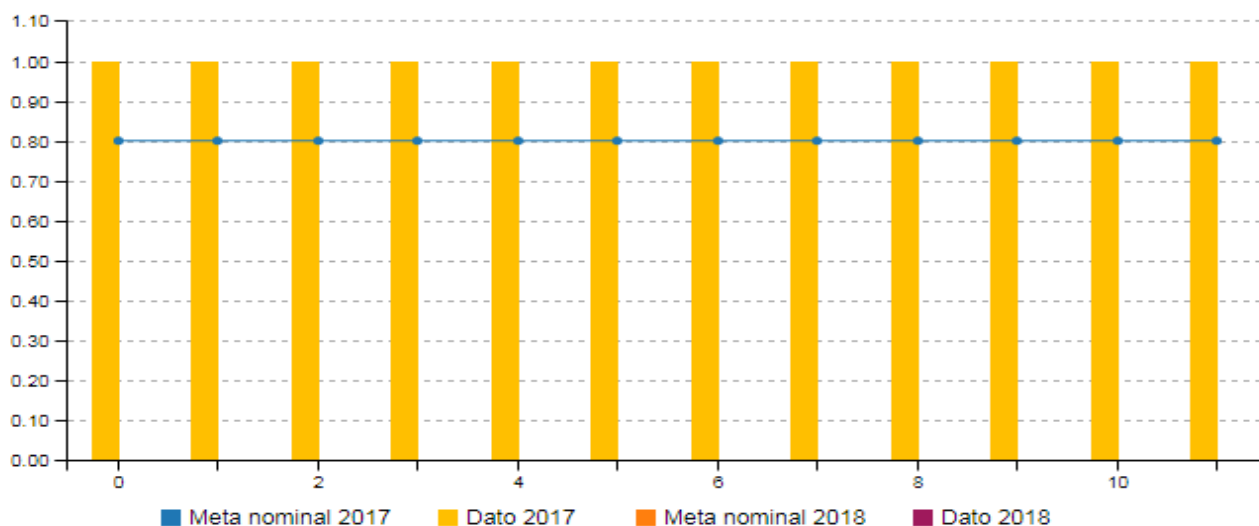
REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

Valores capturados												
	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2017	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2018	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: Proporción


Valores acumulados

Valores promediados



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2017		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Periodo	Valor	Notas
2017-Ene	1,00	la totalidad de las muertes intra hospitalarias después de 48 horas fueron analizadas en comité de seguridad del paciente, analizándose 4 casos de pacientes que fallecieron después de 48 horas en el servicio.
2017-Feb	1,00	la totalidad de los pacientes que fallecen intra hospitalariamente después de 48 horas son revisados y analizados en comité de seguridad del paciente , se analizaron 5 casos de pacientes que fallecieron después de 48 horas ,se evidencia dos muertes en urgencias en espera de referencia.
2017-Mar	1,00	En el mes de marzo se analizaron todos los casos de pactes fallecidos después de 48 horas de hospitalización en comité de seguridad del paciente, analizándose 8 casos se evidencia una muerte en el servicio de urgencias en espera de referencia.
2017-Abr	1,00	Se presentaron a comité todos los casos de defunciones superiores a 48 horas en los servicios y todos fueron analizados y documentados en el comite,se presentaron 7 pacientes que fallecieron después de 48 horas de estar hospitalizados.
2017-Mayo	1,00	En este periodo se analizaron todos los casos de muertes en al institución superior a 48 horas, se presentaron 8 pacientes que fallecen después de 48 horas de hospitalización.
2017-Jun	1,00	En este periodo se analizaron todos los casos de muerte después de 48 horas en la institución presentaron 8 pacientes que fallecen después de 48 horas de hospitalización en la institución.
2017-Jul	1,00	En este periodo se analizaron todos los casos de muertes después de 48 horas en nuestra institución, en comité se presentaron 3 muertes de pacientes en la institución mayores a 48horas de hospitalización.
2017-Ago	1,00	Todos los casos de mortalidad mayor a 48 horas fueron analizados en comité ,se presentaron 4 casos de pacientes que fallecieron después de 48 horas en la institución.
2017-Sep	1,00	Se llevaron a comité todos los casos que se presentaron en el mes de septiembre y se analizaron 2 muertes en pacientes mayores a 48 horas .se cumple con la meta del indicador y su tendencia se mantiene.
2017-Oct	1,00	Se analizaron en comité de seguridad del paciente todas las muertes ocurridas después de 48 horas intra hospitalarios que se presentaron en la institución. en su totalidad se presentaron 2 muertes. En las cuales se evidencia que la atención prestada por los servicios fue de acorde a la patología presentada por los pacientes.
2017-Nov	1,00	Se analizaron en comité de seguridad del paciente todos los casos de muertes después de 48 horas que en su totalidad se presentaron 2 muertes, teniendo como evidencia que se realizaron todos los procedimientos adecuados para la patología de estos pacientes.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

2017-Dic	1,00	El indicador se mantiene en el 100%, lo cual indica que las cuatro muertes que se presentaron en la institución mayor a 48 horas fueron analizadas en comité de seguridad del paciente. que todas las muertes en los servicios mayor a 48 h son analizadas en comité de seguridad del paciente. en el año 2017 se presentaron en total 57 muertes de pacientes en los servicios mayor a 48 horas y estas fueron analizadas en su totalidad por el comité de seguridad del paciente.
----------	-------------	---

En el comité de Estadísticas Vitales realiza los análisis de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas.

El comité de vigilancia epidemiológica COVE ,realiza vigilancia de los casos de las muertes después de 48 horas para los eventos de interés en Salud Publica


Se evidencia el análisis grafico e informe de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas con un análisis de casos del 100%.

formula del indicador	
Numerador: Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisadas en el comité respectivo	57
Denominador: total de defunciones intrahospitalaria mayores de 48 horas en el periodo	57
porcentaje de Cumplimiento	100 %
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	≥ 0.90



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

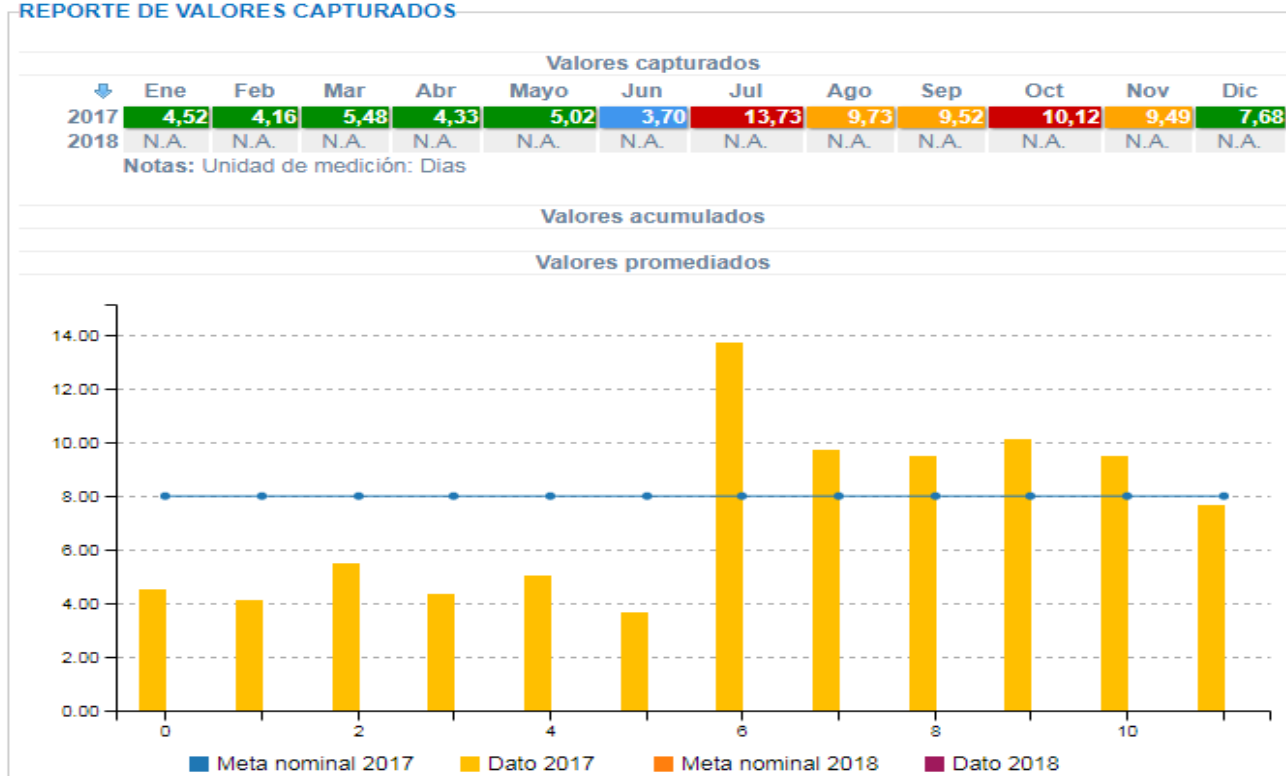
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

18. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
18	Nivel II	tiempo promedio de espera en la asignación de la cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en se asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación. /Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	< 5	ficha técnica de la pagina Web del SIHO (Decreto 2193/2004) del Ministerio de Salud y Protección Social


[GAA-256-18]: Tiempo promedio de espera para la asignación de la cita de pediatría -DARUMA

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Periodo	Valor	Notas
2017-Ene	4,52	El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de enero esta a 4.5 días, se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, SOAT, ARL.
2017-Feb	4,16	El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de febrero esta a 4.1 días, se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, SOAT, ARL.
2017-Mar	5,48	El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de marzo esta a 5.4 días, se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institución sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con régimen especial, SOAT, ARL.
2017-Abr	4,33	El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatría para el mes de abril esta a 4.3 días, se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institucion sin discriminar el regimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con regimen especial, SOAT, ARL.
2017-Mayo	5,02	El promedio en la oportunidad en la asignacion de citas para la especialidad de pediatría para el mes de mayo esta a 5.0 días, se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institucion sin discriminar el régimen de salud, lo anterior se menciona



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2017		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

		debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con regimen especial, SOAT, ARL.
2017-Jun	3,70	El promedio en la oportunidad en la asignacion de citas para la especialidad de pediatria para el mes de junio esta a 3.6 días, se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institucion sin discriminar el regimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con regimen especial, SOAT, ARL.
2017-Jul	13,73	El promedio en la oportunidad en la asignación de citas para la especialidad de pediatria para el mes de julio esta a 13 días, presenta un aumento con respecto al mes anterior dado a que a partir del mes de julio se maneja agenda abierta, para este mes hay un aumento bastante significativo en el numero de citas y número de consultas con respecto al mes anterior, para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institucion sin discriminar el regimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con regimen especial, SOAT, ARL.
2017-Ago	9,73	El promedio en la oportunidad en la asignacion de citas para la especialidad de pediatria para el mes de agosto esta a 9.7 días, presenta una disminución con respecto al mes anterior, de igual manera se evidencia una disminución en la demanda para este mes. para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institucion sin discriminar el regimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con regimen especial, SOAT, ARL. .
2017-Sep	9,52	El promedio en la oportunidad en la asignacion de citas para la especialidad de pediatria para el mes de septiembre esta a 9.5 días, se mantiene estable comparado con el mes anterior, para este mes aumenta la demanda y el número de consultas significativamente para el mes de agosto (492 consultas) y septiembre (873 consultas), lo que corresponde a un aumento del 40% de las consultas asignadas para este periodo. para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institucion sin discriminar el regimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con regimen especial, SOAT, ARL.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018


2017-Oct	10,12	El promedio en la oportunidad en la asignacion de citas para la especialidad de pediatría para el mes de octubre esta a 10 días, presenta un aumento comparado con el mes anterior, para este mes disminuye la demanda y el número de consultas para el mes de septiembre (610consultas) y octubre (558 consultas), lo que corresponde a una disminución de 52 consultas asignadas para este periodo. para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institucion sin discriminar el regimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con regimen especial, SOAT, ARL.
2017-Nov	9,49	El promedio en la oportunidad en la asignacion de citas para la especialidad de pediatría para el mes de noviembre esta a 9.4 días, presenta una disminución comparado con el mes anterior, para este mes disminuye la demanda y el número de consultas para el mes de octubre (736consultas) y noviembre (453 consultas), lo que corresponde a una disminución de 283 consultas asignadas para este periodo. para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institucion sin discriminar el regimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con regimen especial, SOAT, ARL.
2017-Dic	7,68	El promedio en la oportunidad en la asignacion de citas para la especialidad de pediatría para el mes de diciembre esta a 7.6 días, presenta una disminución comparado con el mes anterior, para este mes aumenta el número de consultas en 209 consultas. para el reporte de este indicador se suma el intervalo de tiempo desde que el paciente llama a solicitar la cita médica hasta la fecha que le es asignada la cita solicitada. Esta actividad se gestiona desde el aplicativo Índigo Crystal desde el modulo de agendamiento opción demanda insatisfecha / citas en espera. Teniendo en cuenta que se toma los pacientes con cita de tipo primera vez. Se toma el total de pacientes atendidos en la institucion sin discriminar el regimen de salud, lo anterior se menciona debido a que el reporte generado para el ministerio de salud en la plataforma PISIS no tiene en cuenta los pacientes con regimen especial, SOAT, ARL.

La anterior grafica Medición mensual del indicador y seguimiento del cumplimiento del estándar establecido, En los meses de , Julio a Diciembre el indicador por encima del parámetro definido por la norma (resolución 408 del 2018) porque no posee la institución, suficiente Talento Humano en esta especialidad para cubrir la demanda. Es importante aclarar que este indicador se realiza frente a la capacidad instalada y/o ofertas de servicios, en la Institución.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

formula del indicador	
<p>Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en se asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación</p> <p>Denominador: Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.</p>	<p>.....37.609</p> <p>.....4.745</p> <p>% Cumplimiento7.9 días</p>
<p>fFuente de información : ficha técnica de la pagina Web del SIHO (Decreto 2193/2004) del Ministerio de Salud y Protección Social</p>	



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

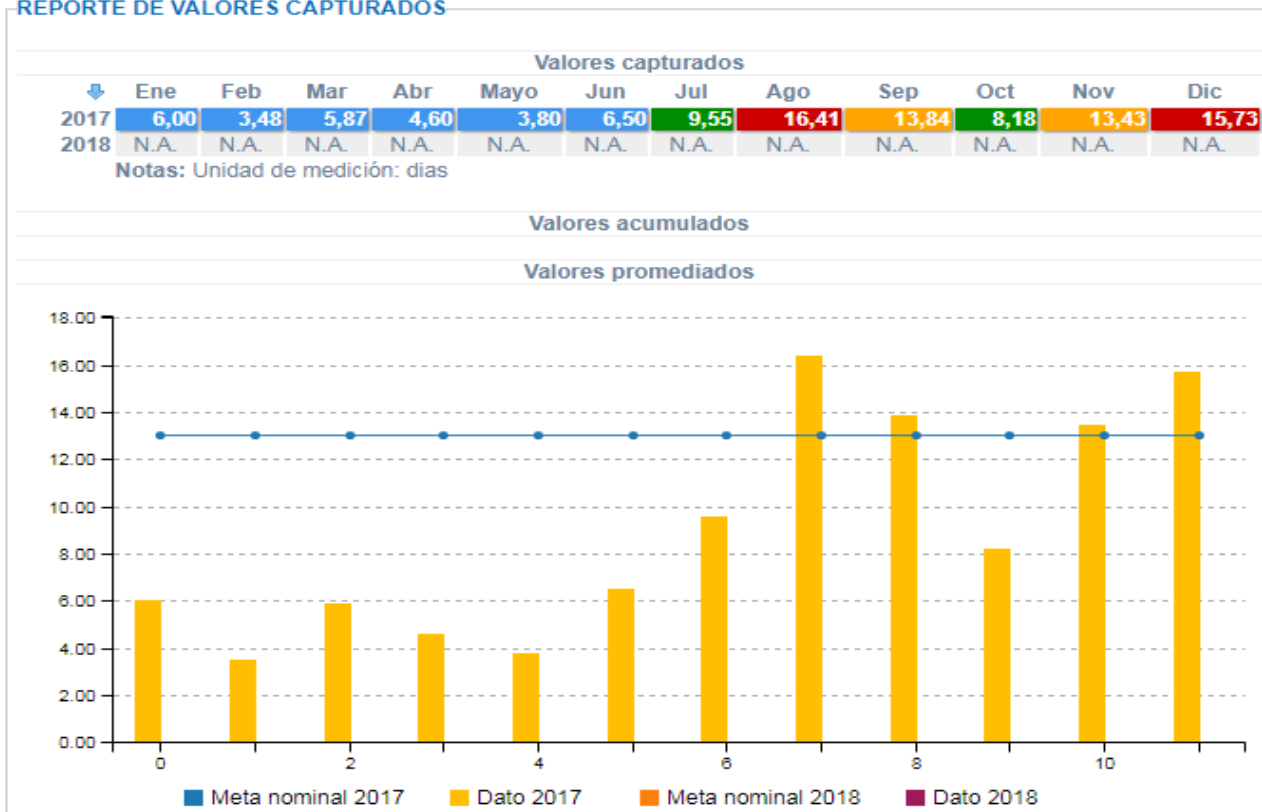
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
	PLAN DE GESTION 2017	Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

19. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA.

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
19	Nivel II	Tiempo promedio de espera en la asignación de la cita de Obstetricia.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en se asigno la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación. /Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	< 8	ficha técnica de la pagina Web del SIHO (Decreto 2193/2004) del Ministerio de Salud y Protección Social


[GAA-256-19]: Tiempo promedio de espera en la asignación de la cita de obstetricia. -DARUMA

REPORTE DE VALORES CAPTURADOS



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
		Versión:01
PLAN DE GESTION 2017		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

Periodo	Valor	Notas
2017-Ene	6,00	El tiempo promedio de espera para la asignacion de la cita de obstetricia de primera vez para el mes de enero esta a 6.0 días entre la fecha que la usuaria solicita la cita hasta que le es asignada. para este mes tenemos un numero de 414 consultas para cubrir la demanda generada por las aseguradoras.
2017-Feb	3,48	El tiempo promedio de espera para la asignacion de la cita de obstetricia de primera vez para el mes de febrero esta a 3.4 días entre la fecha que la usuaria solicita la cita hasta que le es asignada. para este mes tenemos un numero de 432 consultas para cubrir la demanda generada por las aseguradoras.
2017-Mar	5,87	El tiempo promedio de espera para la asignacion de la cita obstétrica de primera vez para el mes de marzo esta a 5.8 días entre la fecha que la usuaria solicita la cita hasta que le es asignada. para este mes tenemos un numero de 414 consultas para cubrir la demanda generada por las aseguradoras.
2017-Abr	4,60	El tiempo promedio de espera para la asignacion de la cita obstétrica de primera vez para el mes de abril esta a 4.6 días entre la fecha que la usuaria solicita la cita hasta que le es asignada. para este mes tenemos un numero de 432 consultas para cubrir la demanda generada por las aseguradoras.
2017-Mayo	3,80	El tiempo promedio de espera para la asignacion de la cita de obstetricia de primera vez para el mes de mayo esta a 3.8 días entre la fecha que la usuaria solicita la cita hasta que le es asignada. para este mes tenemos un numero de 486 consultas para cubrir la demanda generada por las aseguradoras.
2017-Jun	6,50	El tiempo promedio de espera para la asignacion de la cita de obstetria de primera vez para el mes de junio esta a 6.5 días entre la fecha que la usuaria solicita la cita hasta que le es asignada. para este mes tenemos un numero de 522 consultas para cubrir la demanda generada por las aseguradoras.
2017-Jul	9,55	El tiempo promedio de espera para la asignacion de la cita de obstetria de primera vez para el mes de julio esta a 9.5 días entre la fecha que la usuaria solicita la cita hasta que le es asignada. para este mes tenemos un numero de 534 consultas para cubrir la demanda generada por las aseguradoras.
2017-Ago	16,41	El tiempo promedio de espera para la asignacion de la cita de obstetria de primera vez para el mes de agosto esta a 16.4 días entre la fecha que la usuaria solicita la cita hasta que le es asignada, comparado con el mes anterior se evidencia un aumento de 6.9 días. Aunque se presento un aumento de 114 consultas para este periodo no se cubre la demanda generada por las aseguradoras que para este mes aumenta considerablemente.
2017-Sep	13,84	El tiempo promedio de espera para la asignacion de la cita de obstetria de primera vez para el mes de septiembre esta a 13.8 días entre la fecha que la usuaria solicita la cita hasta que le es asignada, comparado con el mes anterior se evidencia una disminucion de 2.6 días. para este mes hay una disminucion de 144 consultas, el volumen de consultas varia mes a mes ya que depende del número de horas que se asignan para consulta esto sujeto a la cantidad de ginecólogos que estén rotando durante el mes, y esta dado también a la demanda generada por las aseguradoras.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

**DOCUMENTO
CONTROLADO**


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

2017-Oct	8,18	El tiempo promedio de espera para la asignación de la cita de obstetricia de primera vez para el mes de octubre esta a 8.18 días entre la fecha que la usuaria solicita la cita hasta que le es asignada, comparado con el mes anterior se evidencia una disminución de 5 días. para este mes se presenta un aumento de 90 consultas, el volumen de consultas varia mes a mes ya que depende del numero de horas que se asignan para consulta esto sujeto a la cantidad de ginecólogos que estén rotando durante el mes, y esta dado también a la demanda generada por las aseguradoras.
2017-Nov	13,43	El tiempo promedio de espera para la asignación de la cita de obstetricia de primera vez para el mes de noviembre esta a 13.4 días entre la fecha que la usuaria solicita la cita hasta que le es asignada, comparado con el mes anterior se evidencia un aumento significativo de 5 días. para este mes se presenta una disminución de 72 consultas, lo anterior está sujeto al volumen de autorizaciones generadas por las aseguradoras y en especial por Asmet salud que es nuestro mayor demandante aunque mes a mes se envía el número de consultas que tenemos disponibles por especialidad, la eps no tiene en cuenta este dato y genera muchas autorizaciones para nuestra institucion causando insatisfacción en los usuarios porque no cubrimos la demanda generada por ellos.
2017-Dic	15,73	El tiempo promedio de espera para la asignación de la cita de obstetricia de primera vez para el mes de diciembre esta a 15.7 días entre la fecha que la usuaria solicita la cita hasta que le es asignada, comparado con el mes anterior se evidencia un aumento de 2.3 días, para este mes se presenta una disminución de 122 consultas, cabe resaltar que para este mes se disminuyen las citas dado a que los especialistas algunos salen a vacaciones, otros están solamente los primeros quince días del mes y la demanda generada por las aseguradoras se mantiene.

formula del indicador	
<p>Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en se asigno la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación.</p> <p>Denominador: Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.</p>	<p>..... 7.549</p> <p>..... 654</p> <p>% Cumplimiento11.5 días</p>
<p>fuentes de información : ficha técnica de la pagina Web del SIHO (Decreto 2193/2004) del Ministerio de Salud y Protección Social</p>	



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).	DOCUMENTO CONTROLADO
---	-----------------------------

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

20. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA

N°	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
20	Nivel II	tiempo promedio de espera en la asignación de la cita de Medicina Interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	<15	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

[GAA-256-20]: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna-DARUMA

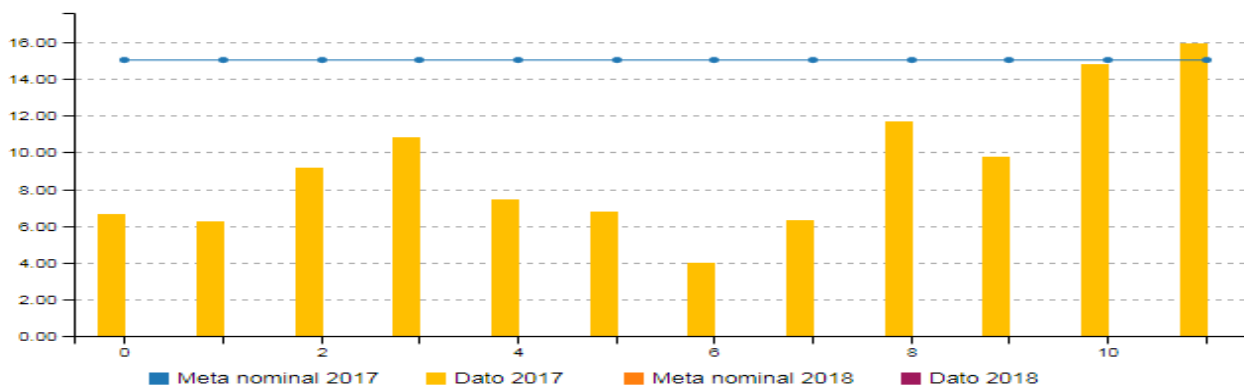
REPORTE DE VALORES CAPTURADOS

Valores capturados												
↓	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2017	6,62	6,26	9,17	10,80	7,43	6,78	3,98	6,29	11,69	9,78	14,75	15,93
2018	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Notas: Unidad de medición: días

Valores acumulados

Valores promediados




Periodo	Valor	Notas
2017-Ene	6,62	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna esta a 6.61 días, el indicador cumple la meta, ya que las horas de consulta asignadas cubren el total de la demanda.
2017-Feb	6,26	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna esta a 6.26 días, el indicador cumple la meta, ya que las horas de consulta asignadas cubren el total de la demanda.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO


	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01
		Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

2017-Mar	9,17	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna esta a 9.16 días, se evidencia un aumento en el numero de días con relación al mes anterior debido a la demanda por parte de las aseguradoras pero el indicador cumple la meta establecida, ya que las horas de consulta asignadas cubren el total de la demanda.
2017-Abr	10,80	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna esta a 10.8 días, se evidencia un aumento progresivo en los últimos meses debido a que se ha ido disminuyendo las horas de consulta asignadas por falta de talento humano para esta especialidad ya que uno de los internistas se encuentra en licencia, de igual manera se cumple con el indicador establecido, para este periodo disminuye la demanda generada por las aseguradoras.
2017-Mayo	7,43	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna para el mes de mayo esta a 7.4 días, se evidencia una disminución con respecto al mes anterior debido a que ingresa un internista nuevo a la institución y se aumenta el número de consultas dando oportunidad en la prestación del servicio, cabe resaltar que la demanda disminuye con respecto al mes de abril pero las consultas aumentan, se cumple con el indicador establecido.
2017-Jun	6,78	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna para el mes de junio esta a 6.7 días, se evidencia una disminución con respecto al mes anterior debido a que ingresa un internista nuevo a la institución y se aumenta el número de consultas dando oportunidad en la prestación del servicio, cabe resaltar que la demanda aumenta considerablemente con respecto al mes de anterior, se cumple con el indicador establecido.
2017-Jul	3,98	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna para el mes de julio esta a 3.9 días, se evidencia una disminución con respecto al mes anterior se cumple con el indicador establecido.
2017-Ago	6,29	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna para el mes de agosto esta a 6.2 días, aunque se cumple con el indicador establecido se evidencia un aumento significativo con respecto al mes anterior, aumenta en 152 consultas y en los días transcurridos 2.401 días. El indicador se cumple ya que contamos con bastantes horas para esta especialidad.
2017-Sep	11,69	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna para el mes de septiembre esta a 11.6 días, aunque se cumple con el indicador establecido se evidencia un aumento significativo con respecto al mes anterior, disminuye el número de consultas en 270 consultas con respecto al mes anterior y en los días transcurridos aumenta en 5.4 días. La disminución de las consultas se debe a que un internista se encuentra en vacaciones y la prioridad es la atención en los servicios de urgencias y hospitalización.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO

	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Código: DE-PL-03
	PLAN DE GESTION 2017	Versión:01 Aprobado: Acuerdo N0. 0004 del 13 de marzo 2018

2017-Oct	9,78	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna para el mes de octubre esta a 9.7 días, aunque se cumple con el indicador establecido se evidencia una disminución significativa con respecto al mes anterior, aumenta el número de consultas en 149 consultas con respecto al mes anterior y en los días transcurridos disminuye en 2 días
2017-Nov	14,75	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna para el mes de noviembre esta a 14.7 días, aunque se cumple con el indicador establecido se evidencia un aumento significativo con respecto al mes anterior, aumenta el número de consultas en 216 consultas con respecto al mes anterior y en los días transcurridos aumenta en 5 días, esto dado al aumento en la demanda para esta especialidad.
2017-Dic	15,93	El promedio en la oportunidad en la atención de la especialidad de medicina interna para el mes de diciembre esta a 15.9 días, aunque se cumple con el indicador establecido se evidencia un aumento con respecto al mes anterior, disminuye el número de consultas en 144 consultas con respecto al mes anterior y en los días transcurridos aumenta en 1.2 días, esto dado al aumento en la demanda para esta especialidad.

formula del indicador	
Numerador:	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en se asigno la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación.33.733
Denominador:	Número total de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación. 3.752
porcentaje de Cumplimiento	8.9 días
fuelle de información : ficha técnica de la pagina Web del SIHO (Decreto 2193/2004) del Ministerio de Salud y Protección Social	
Estándar el año 2017 (Acuerdo No.0004)	≤ 15 días


 JOHN ERNESTO GALVIS QUINTERO
 Gerente.



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG).

DOCUMENTO CONTROLADO