

	<b>CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION</b>		
		<b>COD. ELABORO</b>	<b>REF. INFORME N.L.A.M</b>

FECHA: Lorica, 10 de Febrero de 2014

DE: GERENCIA

ASUNTO: INFORME DE AVANCE DEL PLAN DE GESTIÓN

Teniendo en cuenta los indicadores de cada una de las tres áreas tratadas en el plan de gestión, me permito presentar el nivel de cumplimiento de cada uno de los indicadores por áreas relacionados de la siguiente manera:

### 1. GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA

El objetivo de esta área es el de operacionalizar y mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión y Objetivos institucionales, establece las políticas, el direccionamiento de la entidad, se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los servicios en salud.

Los indicadores utilizados para medir el cumplimiento de esta área son los siguientes:

#### 1.2. Ciclo de preparación para la acreditación.

Con relación a la implementación del Sistema Único de Acreditación, la evaluación se realiza de manera anual, se realizo dicha evaluación y se obtuvo un resultado de 1,23.

Lo que indica un calificación de cinco (5)

#### 1.3. Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

El plan de auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la vigencia 2013 está enfocado en el proceso de acreditación.

El PAMEC, cuenta con 7 actividades relacionadas de la siguiente manera

QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutarla)	CUÁNDO (Fecha de terminación de la actividad)		POR QUÉ (Propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
		INICIO	FIN		
Autoevaluación	Comité de Calidad Coordinadores de Área	15/11/12	25/11/12	Tomando como parámetro los estándares de acreditación, a fin de trabajar con un alto estándar de calidad esta actividad requiere de formación del personal en procesos de autogestión y	Realizar la autoevaluación en base de los estándares de la Resolución 123 DE 2012

	<b>CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION</b>		<b>COD.</b>	<b>REF. INFORME</b>
			<b>ELABORO</b>	<b>N.L.A.M</b>

Medición de indicadores	Coordinadores de Área Coordinador de Calidad	01/01/13	31/12/13	manejo de la norma Realizar la recolección de datos para la captura y análisis de los indicadores	Implementar mecanismo de recolección de datos para la captura de los indicadores de calidad establecidos en la Resolución 1446 de 2006 y los adoptados por la institución.
Selección y priorización de estándares	Gerente Coordinador área asistencial Coordinador de Calidad	28/05/13	31/07/13	Los procesos que pueden ser objeto de mejoramiento son la base para la elaborar plan de mejoramiento de los principales problemas de calidad	Seleccionar los estándares prioritarios con la utilización de la matriz de priorización
Formulación del plan de mejoramiento de los procesos seleccionados	Coordinadores de Área	5/08/13	15/08/13	Realizar el plan de mejoramiento de cada proceso prioritario	Se realizara el cronograma de seguimiento de los planes de mejora para cada proceso
Ejecución del plan de mejoramiento	Coordinadores de Área Coordinador de Calidad	15/08/13	31/12/13	Ejecutar la acciones de los planes de mejoramiento de los procesos seleccionados	Se realizara la ejecución del plan de mejora de los procesos prioritarios.
Evaluación y seguimiento del mejoramiento	Comité de Calidad	de acuerdo a los plazos	de acuerdo a los plazos	Evaluar los planes de mejoramiento de los procesos seleccionados	Por medio de una matriz de evaluación de proceso y el análisis de los indicadores se medirá el cumplimiento de los planes de mejora de los procesos.
Aprendizaje Organizacional.	Comité de Calidad	de acuerdo a los plazos	de acuerdo a los plazos	Transformar información en conocimiento, difundirlo con el fin de incrementar su capacidad innovadora y competitiva del personal	A través de Socializaciones y del trabajo en equipo.

Se cumplieron siete (7) actividades lo cual indica un cumplimiento del 100%

Teniendo en cuenta el instructivo de la resolución para calificar, se alcanza una calificación de cinco (5), puesto que el plan de mejoramiento de la calidad alcanzo una calificación del 100%

## Plan de Desarrollo Institucional

En cuanto al Plan de Desarrollo Institucional, fue aprobado por la junta directiva el 20 de junio de 2013, las actividades del Plan fueron asociadas a los distintos planes operativos por áreas, se realizó socialización de la elaboración y seguimiento de los planes, de los cuales se han realizado informes de avance obteniendo 98.8% cumplimiento, es decir en el **cromático verde**, la meta para este indicador es de 0,90

Teniendo en cuenta el instructivo de la resolución para calificar, tenemos un cinco (**5**), puesto que el resultado de la comparación es mayor o igual a 0,90

## 2. GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

	<b>CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION</b>		COD.	REF. INFORME
			ELABORO	N.L.A.M

## 2.1. Riesgo Fiscal Y Financiero

El Hospital parte de una calificación de riesgo alto definido por el ministerio de salud. En las actividades del indicador esta realizar un programa de saneamiento fiscal y financiero, que tiene por objeto restablecer la solidez económica y financiera de la empresa social del Estado, mediante la aplicación de medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, reestructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos, que permitan su adecuada operación con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios a la población usuaria de ésta, este programa se elaboró y fue aprobado mediante resolución 181 del 22 de agosto de 2013, lo que indica el cumplimiento en un **100%** de este indicador.

Teniendo en cuenta el instructivo de la resolución para calificar, tenemos un cinco (**5**), porque se adoptó el plan de saneamiento fiscal y financiero

## 2.2. Gasto por Unidad de Valor Relativo

((Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de la evaluación/No. De UVR Producidas en la vigencia)/( Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de la evaluación/No. de UVR producidas en la vigencia anterior))

2013	2012
$(10.498.744.000/1.473.296,36)/(11.621.091.000/1.262.828,42)=0,77$	

Se califica con **5** porque el indicador arroja un valor menor que 0,90

## 2.3. Medicamentos y material médico-quirúrgico.

Con relación a la adquisición de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado, se realizo invitación por medio de la página web del hospital, sin embargo no se presentaron cooperativas de Empresas Sociales del Estado

La calificación es **0** por que no se han efectuado compras conjuntas, por cooperativas y a través de mecanismos electrónicos.

## 2.4. Equilibrio Presupuestal

	<b>CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION</b>		<b>COD.</b> ELABORO	<b>REF. INFORME</b> N.L.A.M

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.

Ingresos totales recaudados= 12.962.308.000

Ejecución de gastos comprometidos: 13.523.429.000

$12.962.308.000/13.523.429.000=0,95$

La calificación es **tres (3)** porque el indicador arroja un valor entre 0,91 y 0,99

## 2.5. Deuda superior a treinta (30) días por prestación de servicios.

A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación

B. [( Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación ) - ( Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes )].

2012: 225.982.203

2013: 197.860.000

$=225.982.203-197.860.000=-28.122.203$

La calificación es de tres **(3)** porque durante la vigencia evaluada la ESE registra deudas y la variación es negativa.

## 2.6. Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS

En el cumplimiento de la rendición de informes de los RIPS, la información es recopilada, analizada y se han presentado a la junta directiva hasta la fecha CUATRO rendiciones de cuentas, es claro aclara que durante la vigencia se deben presentar cuatro informes, lo cual indica un cumplimiento del 100%

La calificación es CINCO **(5)** porque se presentaron cuatro informes a la junta directiva.

## 2.7. Circular Única – Superintendencia Nacional de Salud

	<b>CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION</b>		COD.	REF. INFORME
			ELABORO	N.L.A.M

El reporte de la circular única se ha realizado de forma oportuna dentro de los términos de la normatividad vigente

La calificación es cinco **(5)**, porque los reportes se realizaron de forma oportuna

### **2.8. Reporte Decreto 2193 de 2004.**

El reporte del decreto 2193 se ha efectuado de forma oportuna dentro de los términos de la normatividad vigente.

La calificación es cinco **(5)**, porque los reportes se realizaron de forma oportuna.

### **3.0. GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL**

#### **Evaluación de Guías Gestantes**

#### **3.1. APLICACIÓN DE GUÍA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS.**

Podemos observar que durante el año 2013, se presentaron 86 casos con diagnósticos de Embarazos mayor de 27, estos presentaban trastornos hipertensivos, estos casos fueron tratados de acuerdo a la guía de manejo, notándose la aplicación de la guía, por parte del equipo de ginecólogos y médicos generales, que recibieron las pacientes. Alcanzándose una adherencia a la guía en un 100%

La calificación es cinco **(5)** porque el resultado del indicador es mayor que 0,80

#### **3.2. EVALUACIÓN DE GUÍAS DE ACUERDO A LA CAUSA DE EGRESO**

Durante el año 2013, se realizaron 2338 egresos de parto así:

- Normal:1060
- Cesárea:1278

Total: 2338

Se observa en las historias estudiadas el conocimiento de la guía por parte de los médicos y la adherencia en un 90%

La calificación es cinco **(5)** porque el resultado del indicador es mayor que 0,80

#### **3.3. OPORTUNIDAD DE APENDICETOMÍA.**

	<b>CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION</b>		COD.	REF. INFORME
			ELABORO	N.L.A.M

Teniendo en cuenta la guía de manejo de apendicitis del ministerio de salud, implementada en la empresa, dice textualmente, el diagnóstico de la apendicitis es esencialmente clínico y lo debe HACER EL CIRUJANO. Ello quiere decir que en los servicios de Urgencias, el médico que recibe a un paciente con dolor abdominal debe proceder de inmediato a llamar al cirujano en interconsulta. Es importante anotar con el diagnóstico bien establecido, o con diagnóstico altamente probable, está indicada la intervención quirúrgica urgente. Demoras en practicar la operación pueden significar la progresión de la apendicitis a gangrena y perforación con peritonitis.

Durante el año, podemos observar que se presentaron 101 casos de apendicitis, según análisis de la Historia Clínica, **a 8 pacientes, no se les aplico el tratamiento con oportunidad**, aplicándose la guía en un 92%, lo que nos exige mejorar para alcanzar el 95% en oportunidad.

La calificación es cinco **(5)** porque el resultado del indicador es mayor o igual 0,90

#### 3.4. NEUMONÍAS PEDIÁTRICAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO

Durante el año 2013 no se presentó ningún caso de neumonía pediátrica de origen Intrahospitalarias por tanto se ha cumplido el indicador el cual debe ser 0.

La calificación es cinco **(5)** porque no se registraron eventos.

#### 3.5. OPORTUNIDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO AIM

Durante el año 2013, se presentaron 32 casos de pacientes con diagnóstico INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.

De acuerdo a las órdenes médicas, consignadas en la historia clínica, podemos observar, la oportunidad de la atención en la primera hora de diagnosticada la patología lo que indica un cumplimiento del 90%

La calificación es cinco **(5)** porque el resultado del indicador es mayor o igual a 0,90

#### 3.6. MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

	<b>CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION</b>		<b>COD. ELABORO</b>	<b>REF. INFORME N.L.A.M</b>

Durante el año 2013 se presentaron 39 muertes mayores de 48 horas, se analizaron 37 caso en comité técnico científico lo que indica un cumplimiento del 95%

La calificación es cinco (**5**) porque el resultado del indicador es mayor o igual a 0,90

### 3.7. OPORTUNIDAD EN CONSULTA DE PEDIATRÍA

Se cumple con la oportunidad de los 5 días, puesto que se realizaron las atenciones en 5 días.

La calificación es **5**

### 3.8. OPORTUNIDAD EN CONSULTA DE GINECO-OBSTETRICA

Se cumple en 7.2 días y está establecida en 8, cumpliendo con la meta.

La calificación es **5**

### 3.9. OPORTUNIDAD EN CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

Se cumple dentro del rango que es 15 y se encuentra en un promedio de 9.4 días

La calificación es **5**

## ANEXO 4 . MATRIZ DE CALIFICACION

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
b	c	d	I	j	k	I	m:k*I
1		Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	NC	1,23	5	0,05	0,25
2		Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	90	100%	5	0,05	0,25

 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b> Larica - Córdoba NIT. 800204153-7 Cra. 24 N° 17-184 Tel: 7725884 - 7725481 Barrio San Pedro</p>	<b>CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL</b> <b>MECI 1000:2005</b> <b>PLANEACION</b>				
				COD. ELABORO	REF. INFORME N.L.A.M

3		Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	90	98,80%	5	0,1	0,5
4		Riesgo fiscal y financiero	riesgo alto	100%	5	0,05	0,25
5		Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida (1)	ND	0,77	5	0,05	0,25
6		Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos	0	0	0	0,05	0
7		Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	2,5567	- 28.122.203	3	0,05	0,15
8		Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	0	100%	5	0,05	0,25
9		Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	84,79	0,95%	3	0,05	0,15
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 hay cumplimiento dentro de los tiempos previstos	reporte	5	0,05	0,25



	<b>CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION</b>					
					COD. ELABORO	REF. INFORME N.L.A.M

11		Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya	no hay cumplimiento dentro de los tiempos previstos	reporte	5	0,05	0,25
12		Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias de III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	70%	100%	5	0,07	0,35
13		Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	ND	90%	5	0,05	0,25
14		Oportunidad en la realización de Apendicetomía	80%	92%	5	0,05	0,25
15		Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	0	5	0,05	0,25
16		Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	ND	90%	5	0,05	0,25
17		Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	10%	95%	5	0,05	0,25
18		Oportunidad en la atención de consulta de pediatría.	5	100%	5	0,03	0,15
19		Oportunidad en la atención gineco-obstétrica	8	100%	5	0,03	0,15
20		Oportunidad en la atención de medicina interna	15	100%	5	0,02	0,1
<b>Total Alcanzado</b>							<b>4,55</b>

	<b>CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION</b>		
		<b>COD. ELABORO</b>	<b>REF. INFORME N.L.A.M</b>

## ANEXO 5. ESCALA DE RESULTADO

<b>Rango de Calificación (0.0 - 5.0)</b>	<b>Criterio</b>	<b>Cumplimiento del Plan de Gestión</b>
Puntaje Total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	menor al 70%
<b>Puntaje Total entre 3,50 y 5,0</b>	<b>Satisfactoria</b>	<b>Igual o Superior al 70%</b>

Lo anterior para su conocimiento

Atentamente,

*FIRMADO ORIGINAL*  
VICTOR MANUEL ARIZA PALMA  
GERENTE