

INFORME PLAN DE GESTION GERENCIAL 2013 - HOSPITAL KENNEDY ESE DE RIOFRIO VALLE

AREA	ITEM	OBJETIVOS	INDICADOR	FORMULA	FORMULA	ESTANDAR POR AÑO	CALIFICACION	PONDERACION	CAL*POND	ANALISIS DEL INDICADOR	FUENTE DE INFORMACION	SOPORTES
GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA (20%)	1	Adelantar el ciclo continuo de mejoramiento con el fin de preparar la Institución para el proceso de acreditación en busca de ofrecer cada día mejores servicios a los usuarios.	Mejoramiento Continuo de la calidad para 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 en la vigencia anterior.	2,00/1,11=1,80	≥ 1,20	5	0,05	0,25	El ciclo de mejoramiento continuo de la calidad en la ESE Hospital Kennedy para la vigencia 2013 tuvo un incremento de 1,80 con respecto a la vigencia anterior, lo cual se evidencio en la mejoría en la calidad de la prestación de los servicios y en la satisfacción del usuario final. Frente a lo proyectado en el plan de gestión 2012-2015 se supero la meta esperada.	Certificado de acreditación, Contrato de postulación, Documento de autoevaluación	1, Documento de autoevaluación 2013 - Certificado de cumplimiento de la autoevaluación
	2	Dar cumplimiento las actividades contempladas en el Plan de Mejoramiento resultante de las autoevaluaciones y auditorías realizadas, con el fin de obtener la mejora continua de los procesos.	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.	Numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registradas en el PAMEC.	18/18=1	≥ 0,90	5	0,05	0,25	Las 18 acciones programadas de los planes de mejora PAMEC, fueron ejecutadas en su totalidad con un cumplimiento del 92%, lo cual refleja el seguimiento de estas actividades y los planes de mejora, el hospital debe hacer seguimiento en cada una de estas acciones para que se vayan observando resultados en el corto y mediano plazo.	Documento del cumplimiento promedio de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en Acreditación, emitido por la oficina de calidad o control interno.	2. Certificado de cumplimiento de planes de mejoramiento PAMEC, emitido por Control Interno
	3	Llevar a cabo seguimiento a la ejecución de las actividades establecidas en el plan de desarrollo Institucional del Hospital.	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	Numero de metas del plan operativo anual cumplidas / Numero de metas del plan operativo anual programadas	136/160=0,85	≥ 0,90	3	0,10	0,3	De las 160 metas del plan operativo anual programadas fueron ejecutadas 136 metas, obteniendo un cumplimiento del 85%, este indicador esta por debajo de lo proyectado por el ministerio, por lo cual la ESE debe insistir en el seguimiento periodico de cada una de las acciones proyectadas y se debe analizar como afecta la rotación de personal en el cumplimiento de las metas.	Informe del responsable de planeación de la ESE e informe de Control Interno del Hospital	3, Informe de Control Interno
	4	Obtener calificación positiva por parte del Ministerio de salud y Protección social en materia de riesgo fiscal y financiero.	Riesgo fiscal y Financiero	Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	SIN RIESGO	Adopción del programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	N/A	Redistribuida		El Hospital Kennedy fue categorizado para la vigencia anterior en riesgo bajo, por lo cual de acuerdo a la resolución 743 de 2013 este indicador no aplica.	Acto administrativo mediante el cual se adopto el programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para la ESE con categorización riesgo medio o alto	
	5	Mantener el equilibrio entre la producción de servicios de la Institución y los gastos comprometidos en cada vigencia.	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	[[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación, / Numero de UVR producidas en la vigencia]] / ((Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación / Numero UVR producidas en la vigencia anterior))	14021/14214=0,98	< 0,90	3	0,06	0,17142	El resultado de la vigencia 2013 comparado con la vigencia anterior se refleja superior debido a que la producción equivalente en el reporte disminuyó con relación al año anterior. Es decir el número de actividades producidas en los diferentes áreas asistencias presentó una disminución considerable con respecto a la vigencia anterior lo que elevó el costo de cada unidad producida. todo lo anterior se explica por las indicaciones nuevas del reporte del Decreto 2193, lo cual origina una disminución en el reporte que no afecta la realidad de la producción la cual evidentemente incremento durante la vigencia 2013.	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	5. Ficha Técnica SIHO

GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)											
6	Garantizar la adquisición de medicamentos e insumos medicos quirúrgicos por medios eficaces y transparentes, con el fin de lograr el sostenimiento económico y la oportunidad en los inventarios de la Institución.	Proporción de medicamentos y materiales medico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. compras conjuntas. 2. compras a través de cooperativas de E.S.E. 3. compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material medico-quirúrgico realizadas mediante uno o mas de los siguientes mecanismos: (a)compras conjuntas. (b)compras a través de cooperativas de E.S.E. (c)compras a través de mecanismos electrónicos. / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material medico quirúrgico	146054181/411658774=0,35	≥ 0,70	1	0,06	0,05714	Este porcentaje viene en disminucion desde la vigencia 2011 debido a los problemas financieros de la Cooperativa de Hospital del Valle Cohosval, quien no pudo cumplir con el total de los suministros necesarios para el funcionamiento del Hospital El tema fue abordado ampliamente con los usuarios y la junta directiva, la administracion debio cumplir con el suministro, la contratacion, la peticion de la comunidad y de la junta directiva, con una notable mejora en este servicio, con aceptacion de mas del 90 por ciento, incluso se avanza en la descentralizacion en la region de Salónica en apoyo al plan de desarrollo municipal.	Informe del reponsable del area de compras, firmado por la contadora y el responsable de Control Interno de la ESE.	6. Informe firmado por contadora y control interno - Certificacion de Cohosval donde afirma que no pudo suministrar el 100% de los medicamentos
7	Mantener en ceros la deuda por concepto de salarios al personal de planta y contratados, en busca de mantener estabilidad financiera y motivación constante del recurso humano.	Monto de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratacion de servicios y variacion del monto frente a la vigencia anterior.	A. Valor de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios de personal de planta o externalizacion de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia evaluada. B. [(Valor de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratacion de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia evaluada) - (Valor de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de prestacion de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, en valores constantes)]	0/0=0	Cero o variacion Negativa	5	0,06	0,2857	A diciembre 31 de 2013 no quedo deuda por salarios al personal de planta, ni por externalizacion de servicios, Igual que en la vigencia anterior, lo que demuestra el avance en reacudo, la prioridad en obligaciones de personal y el compromiso de la administracion en este tema.	Certificacion del contador de la ESE	7. Certificacion Contabilidad
8	Realizar constantemente análisis de las atenciones realizadas en los servicios ofertados por la Institución, con el fin de conocer a fondo la situación de salud de la comunidad y tomar las acciones correctivas o de mejora a que haya lugar.	Utilizacion de la informacion de Registro Individual de prestaciones - RIPS	Numero de informes del analisis de la prestacion de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia, que contengan la caracterizacion de la poblacion capitada, teniendo en cuenta, como minimo el perfil epidemiologico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	4	5	0,06	0,2857	Durante la vigencia 2013 se realizaron 4 informes de analisis de la prestacion de servicios de la ESE , con el fin de conocer a fondo la situación de salud de la comunidad y tomar las acciones correctivas o de mejora a las que hubo lugar. Los analisis se han ido ampliando por los actores presentes, incluso en el ultimo informe se realizo con el COVE municipal.	Informes de Control Interno. Actas de Junta Directiva	8. Actas de Junta Directiva
9	Asegurar la continua prestación de los servicios de salud ofertados en la Institución, por medio del equilibrio presupuestal y la viabilidad financiera de la empresa.	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.	Valor de la ejecucion de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudos de CXC de las vigencias anteriores) / valor de la ejecucion de gastos comprometidos, incluyendo CXP de vigencias anteriores.	3150958034/3151599180=1,00	≥ 1,00	5	0,06	0,2857	Los recaudos de la vigencia 2013 por venta de servicios, mas el recaudo de cxc de vigencias anteriores alcanzan para cubrir el 100% del total de los gastos comprometidos de la vigencia .	Ficha tecnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Proteccion Social	9. Ficha tecnica SIHO
10	Garantizar un continuo flujo de información hacia los entes de control que vigilan el Hospital , con el fin de facilitar la función de estos y cumplir con la obligación del reporte.	Oportunidad en la entrega del reporte de informacion de la Circular Unica de la SuperSalud.	Cumplimiento oportuno de los Informes, en terminos de la normatividad vigente.	Cumplimiento oportuno	Cumplimiento dentro de los terminos previstos	5	0,06	0,28575	La ESE Hospital Kennedy reporto de manera oportuna la informacion de la Circular Unica de la SuperSalud, requeridos en los dos informes semestrales de la vigencia 2013 estos fueron cargados en los terminos señalados.	Reportes de la Superintendencia Nacional de Salud.	10. Reporte de envio informacion de la circular unica
11	Garantizar un continuo flujo de información hacia los entes de control que vigilan el Hospital, con el fin de facilitar la función de estos y cumplir con la obligación del reporte.	Oportunidad en el reporte de informacion del Decreto 2193 para el Ministerio de Salud y Proteccion Social	Cumplimiento oportuno de los Informes, en terminos de la normatividad vigente.	Cumplimiento oportuno	Cumplimiento dentro de los terminos previstos	5	0,06	0,28575	La ESE Hospital Kennedy reporto de manera oportuna la informacion del Decreto 2193 para el Ministerio de Salud y proteccion social, requeridos en los dos informes semestrales de la vigencia 2013 estos fueron cargados en los terminos señalados.	Reportes del Ministerio de Salud y Proteccion Social	11. Reporte de envio informe decreto 2193

GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL (40%)	12	Lograr que cada nacimiento que se produzca en el municipio goce oportunamente de todos los beneficios que el sistema de seguridad social les ofrece, obteniendo importantes resultados en la salud de las madres y los niños de nuestra comunidad.	Proporcion de Gestantes captadas antes de la semana 12 de gestacion.	Numero de gestantes a quienes se les realizo por lo menos una valoracion medica y se inscribieron al programa de Control Prenatal de la ESE, a mas tardar en la semana 12 de gestacion / Total de mujeres gestantes identificadas.	80/113=0,71	≥ 0,85	3	0,08	0,24	el 70 % de la poblacion objeto se capto en la edad gestacional correspondiente, no se ha cumplido con el 30% restante debido a que muchas gestantes son de otros municipios, poblacion flotante. La gerencia en el avance del analisis de este indicador incluyo estímulos para las gestantes que se capten en las primeras doce semanas, se debe continuar con estos estímulos y se deben implementar nuevas estrategias.	Informe del comité de Historias Clínicas.	12. Informe Coordinacion asistencial de la ESE
	13	Captar oportunamente las mujeres gestantes para los programas de PyP, con el fin de realizar exámenes y seguimientos para la prevención de incidencias de sífilis congénita.	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E.	Numero de recién nacidos con Dx de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.	0	0 casos	5	0,08	0,4	Ningun caso. El Hospital Kennedy ha seguido los casos de amenaza para este indicador, la demanda inducida ha surtido efectos positivos en este resultado, se debe continuar con seguimiento y con controles periódicos que incluyan los exámenes de serología que se han determinado en capacitación con el personal asistencial.	Concepto del COVE territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis congénita diagnosticado.	13. Informe Coordinacion asistencial de la ESE
	14	Realizar una atención con calidad, ajustada a los manuales y guías aplicables a los pacientes que asistan al programa de control en hipertensión arterial.	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad Hipertensiva.	Numero de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	720/798=0,90	≥ 0,90	5	0,07	0,35	Se evidencia en las historias clínicas el uso correcto de las guías de manejo institucionales; Al igual que el diligenciamiento de la historia clínica. Solo en casos pequeños se evidencio que hacia falta ampliar el manejo del paciente y tener en cuenta los signos vitales y el examen físico completo dentro de la consulta de control	Informe del comité de Historias Clínicas.	14. Certificación Comité de Historias Clínicas - Informe del área de Auditoría médica
	15	Realizar una atención con calidad, ajustada a los manuales y guías aplicables a los pacientes que asistan al programa de Crecimiento y Desarrollo.	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.	Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo / Numero de historias clínicas de niños (as) menores de 10 años incluidos en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo de la ESE en la vigencia.	600/939=0,63	≥ 0,80	3	0,06	0,18	Se evidencia en las historias clínicas el uso correcto de las guías institucionales; Al igual que el diligenciamiento de la historia clínica. También se evidencio que hacia falta llenar completamente la plantilla de crecimiento y desarrollo con el fin de optimizar el seguimiento y control en las historias clínicas. Por otro lado se recomienda crear en el programa CNT la opción donde se pueda identificar más rápidamente cual es la consulta de crecimiento y desarrollo, apareciendo este nombre frente al médico tratante, logrando con ello una identificación más ágil	Informe del comité de Historias Clínicas.	14. Certificación Comité de Historias Clínicas - Informe del área de Auditoría médica
	16	Brindar a los usuarios del servicio de urgencias una atención adecuada, con la cual se garantice el mejoramiento de la salud.	Reingresos por el servicio de Urgencias.	Numero de consultas al servicio de urgencias por la misma causa y el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas que hacen parte de la muestra representativa / Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa.	11/321=0,034	≤ 0,03	3	0,05	0,25	El área de Auditoría del Hospital revisó la totalidad de reingresos encontrándose muy bajo índice por la misma causa y el mismo diagnóstico, lo cual demuestra un indicador positivo pero se debe continuar trabajando en este punto.	Informe del comité de Calidad.	16. Certificación Comité de Calidad - Informe del área de Auditoría médica
	17	Garantizar una oportuna atención en el servicio de consulta médica general, donde se pueda evidenciar una mejora en la condición de salud de los pacientes, además de obtener una buena satisfacción de los usuarios.	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita / Numero total de consultas médicas generales asignadas en la Institución	55210/27524= 2,00	≤ 3	5	0,06	0,30	La ESE Hospital Kennedy tarda en promedio (dos) 2 días en atender un paciente que solicita una consulta de medicina general. El cumplimiento de este indicador debe vigilarse en temporadas donde se dispara la consulta, en los que una adecuada agenda del talento asistencial permite cumplir con estos lineamientos.	Superintendencia Nacional de Salud	17. Indicadores de oportunidad
									1,00	4,17716		