E.S.E. Hospital Universitario
ERASMO MEOZ

RESOLUCIÓN No. 0 0 1 7 0 3

(2 3 DIC 2011)

"Por la cual se adopta el manual de indicadores de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz"

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ

En uso de sus facultades Constitucionales, Legales en especial las conferidas por el numeral 12 y 16 del articulo veinte ocho (28) del acuerdo 01 de 1998, por el cual se Por el cual se adopta el Estatuto de la Empresa Social del Estado Hospital Erasmo Meoz

CONSIDERANDO

Que la Ley 87 de 1993, establece en su artículo 2º, literales d) y g) que son objetivos del Sistema de Control Interno, garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional y que se disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación,

Que la ley 190 de 1995 dispone en su articulo 48, parágrafo, que "las entidades del Estado deben elaborar un Manual de Indicadores de eficiencia para la gestión de los servidores públicos, de las dependencias y de la entidad en su conjunto".

Que la Ley 489 de 1998, consagra en su artículo 17 que las entidades del Estado deben tener en cuenta la adaptación de nuevos enfoques para mejorar la calidad de los bienes o servicios prestados, por lo cual deben construir Indicadores de eficiencia y eficacia que garanticen una adecuada y correcta medición de la gestión desarrollada.

Que la Ley 872 de diciembre de 2003 prevé en su articulo 4º, parágrafo, que el Sistema de Gestión de Calidad en organismos del Estado tendrá como base fundamental el diseño de indicadores que permitan, como mínimo, medir variables de eficiencia, de resultado y de impacto que faciliten el seguimiento por parte de los ciudadanos y de los organismos de control, los cuales estarán a disposición de los usuarios o destinatarios y serán publicados de manera permanente en las páginas electrónicas de cada una de las entidades cuando cuenten con ellas.

Que de acuerdo con el artículo 42 de la Ley 715 de 2001, es competencia de la Nación definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como divulgar sus resultados, con la participación de las entidades territoriales.

Que los numerales 12 y 16 del articulo veinte ocho (28) del acuerdo 01 de 1998, por el cual se adopta el Estatuto de la Empresa Social del Estado Hospital Erasmo Meoz del Departamento Norte de Santander , determinar como funciones del Señor Gerente " Promover la adaptación y adopción de las normas técnicas y modelos orientados a mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud y velar por la validez científica y técnica de los procedimientos utilizados en el diagnóstico y tratamiento " y " Participar en el establecimiento de sistema de acreditación Hospitalaria, de auditoria en salud y control interno que propicien la garantía de la calidad en la prestación del servicio."

Que el Sistema de Indicadores es un instrumento de gestión que permite tomar decisiones objetivas con base en los resultados organizacionales y sirve como herramienta para la evaluación y control a los objetivos institucionales y los proyectos en que está comprometida la entidad,

Que el artículo 52 de la Ley 812 de 2003 determina que las entidades territoriales, instituciones prestadoras de servicios de salud y demás agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud están obligadas a reportar, en la forma que el Ministerio de la Protección Social establezca, la información necesaria y pertinente, además de la que establezca el Sistema Integral de Información en Salud.

Que corresponde a dicho sistema Los indicadores trazadores definidos en el Anexo Técnico de la RESOLUCIÓN NÚMERO 001446 DE 2006 , los cuales son de obligatoria implementación y reporte. , que al ser la ESE HUEM una IPS pública debe monitorea de indicadores de calidad y vigilar el comportamiento de los eventos adversos detectados en la ESE HUEM., e igualmente implementar los indicadores de seguimiento a riesgo establecidos en el Sistema Único de Habilitación.

Que por su parte el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000: 2005, adoptado por Decreto 1599 de 2005 e internamente mediante **RESOLUCION DEL 08 DE NOVIEMBRE DE 2005**, ordena la definición de indicadores s por proceso para medir la eficiencia, eficacia y efectividad del avance y cumplimiento en la ejecución de los planes y programas.

Que el principal fundamento del Control de Gestión, es el de evaluar los procesos desarrollados y los resultados obtenidos por una administración, para determinar el grado de eficiencia y de eficacia de la gestión realizada.

Que es necesario identificar un conjunto de indicadores que cubran los factores claves de éxito de gestión es garantizar la integridad de la función de apoyo para tomar decisiones y permite realizar un control integral de la gestión ya que se orientan a los resultados y a la manera como estos se logran.

Que mediante resolución 0022172 del 19 de noviembre de 2008 se adopto el sistema de indicadores de la ESE HUEM , pero no se definieron parámetros para su construcción y valoración.

Que para diseñar, construir y aplicar un indicador es indispensable identificar plenamente las razones por las cuales debe determinarse, las variables que combina y los principales propósitos que en su conjunto se formulan.

Que un indicador no puede ser una relación simplista y de casualidad, debe ser objetiva, debe permitir el conocimiento e identificación de su propósito; su resultado debe generar confianza y servir como elemento de análisis y reflexión, por lo tanto, debe ser cuantificable y pertinente.

Que para construcción de indicadores, en su concepción, debe existir la concertación como elemento formador y no la imposición como sujeción.

Que la información estadística hospitalaria constituye una herramienta vital para la prestación de servicios de salud con calidad, las cuales deben ser soportadas obligatoriamente en registros documentales unificados y estandarizados.

Que los equipos de apoyo MECI Y Calidad apoyaron a los líderes en la construcción de los indicadores, seleccionando los indicadores de manera concertada

Que dicho trabajo culmino con la consolidación de un grupo de indicadores que cubran los factores claves de éxito de gestión es garantizar la integridad de la función de apoyo para tomar decisiones y realizar control integral de la gestión ya que se orientan a los resultados y a la manera como estos se logran.

Que en comité de control interno del 21 de diciembre de 2011, se aprobó el manual de indicadores el cual hace parte de esta resolución.

ERASMO MEOZ

001728

Que es deber del gerente del Hospital, adoptar las herramientas e instrumentos para el cumplimiento de los elementos del MODELO ESTANDAR DE CONTTROL INTERNO MECI y del sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Que en mérito de lo anteriormente expuesto.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Adoptar el manual de indicadores de gestión de la ESE HUEM, el cual hace parte de esta resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: Los lineamientos para su construcción y seguimiento consignados en el manual y adoptados mediante la presente Resolución, son de obligatorio cumplimiento para todos los servidores públicos de la ESE HUEM.

ARTÍCULO TERCERO: Cada subgerencia deber difundir el manual a todas las áreas en medio magnético y archivar copia en medio físico.

ARTICULO CUARTO: Será responsabilidad de los líderes de proceso y de sus coordinadores garantizar la implementación, la divulgación, aplicación y seguimiento de los mismos., en forma oportuna y conforme a los parámetros que establece la manual

ARTICULO QUINTO: Será responsabilidad de las Subgerencias velar por la oportuna actualización de conformidad con los parámetros establecidos en el documento.

ARTÍCULO SEXTO: La coordinación y asesoría para la implementación y actualización del presente manual, estará a cargo de las oficinas asesoras de planeación y control interno.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San José de Cúcuta, a 23 DIC 2011

IVAN DARIO ZABALETA HERNANDEZ

INTRODUCCION

El objeto primordial de nuestra Institución es encaminar todos sus esfuerzos al cumplimiento de su misión, objetivos, planes y programas, sin desviar sus recursos procurando satisfacer las necesidades más sentidas de la comunidad; en tal sentido, ésta debe aplicar y utilizar diferentes herramientas gerenciales, que le permitan generar a su interior procesos de retroalimentación y ajuste.

Este manual de indicadores pretende contribuir a la evaluación y mejora de los resultados de la gestión plasmada en el plan de gestión y desarrollada en el quehacer diario de nuestra empresa, auto- regulado en nuestro manual de procesos y procedimientos.

Los Indicadores de Gestión son el principal parámetro para el ejercicio del Control de la Gestión y estos se materializan de acuerdo a las necesidades de la Institución, es decir con base en lo que se quiere medir, analizar, observar o corregir , para tal fin se trabajo en el la construcción del manual , como base del sistema de indicadores institucionales que provea regularmente, de información a la alta Gerencia y a los diferentes lideres de sus procesos, permitiendo mayor eficiencia en la asignación de recursos, evaluando el desempeño de los mismos, apoyándolos en la toma de decisiones.

Esta herramienta le debe permitir a la dirección de la empresa en asesoría de los diferentes comités tomar decisiones, hacer correctivos, replantear metas y ajustar procesos a través de los resultados que arrojen dichos indicadores.

I. PRESENTACIÓN

Mediante Decreto 2913 del 31 de julio de 2007, se establece que "El Modelo Estándar de Control Interno y el Sistema de Gestión de la Calidad son complementarios, por cuanto tienen propósito en común: el fortalecimiento institucional, la modernización de las instituciones públicas, el mejoramiento continuo la prestación de servicios con calidad, la responsabilidad de la alta dirección y los funcionarios en el logro de los objetivos; por lo tanto, su implementación debe ser un proceso armónico y complementario", y si bien para el Sector Salud, en lo relacionado con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud, se ha normalizado mediante el Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias. analizadas las normas mencionadas, se pone en evidencia, además de la complementariedad entre los sistemas Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud y Modelo Estándar de Control Interno, la lógica de que estos contienen herramientas que comparten elementos. En este sentido, la ESE HUEM ha tenido especial cuidado en la identificación de elementos comunes, evitando así la duplicación de esfuerzos Es así como la medición se convierte, entre otros, en un elemento común a dichos sistemas, por lo cual, se tuvo como base fundamental esta premisa para el diseño de indicadores que se presentan en este manual . En lo relacionado con el Modelo Estándar de Control Interno, se considero lo dispuesto por el Decreto 1599 contempla el tema de indicadores dentro del Subsistema de Control de Gestión, componente actividades de control, haciendo mención a la necesidad de establecer criterios y parámetros para definirlos, determinar los factores críticos de éxito, diseño, análisis y aprobación de los indicadores, así como de la revisión y medición periódica y Frente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad entre otras normas se contemplo la **Resolución 1446 de 2006** Según la cual las IPS deben implementar un “Sistema de información para la calidad” que incluya los indicadores de monitoreo del sistema, indicadores de monitoreo interno y monitoreo externo. Con este precedente y tteniendo en cuenta que los indicadores son los mejores instrumentos de control gerencial para evaluar resultados, la administración de la ESE HUEM , en forma participativa construyó este manual de indicadores que pretende ser una herramienta de autoevaluación y autocontrol para la entidad, la cual permite de un lado monitorear en tiempo real el que hacer organizacional y de otro, comparar los resultados alcanzados en relación con lo programado y así determinar las posibles desviaciones, a fin de promover acciones correctivas o preventivas necesarias para el cumplimiento de los planes y facilitar alcanzar las metas previamente definidas en el desarrollo de la misión institucional. En conclusión: “Lo que no se mide con hechos y datos, no puede mejorarse” La alta Gerencia considera que una gestión más eficiente y comprometida con los resultados implica transformaciones importantes en el funcionamiento de la ESE HUEM . Requiere, entre otras cosas, incorporar técnicas modernas de gestión, establecer metas medibles de desempeño, todo ello dentro de un marco de participación y compromiso de los distintos lideres de proceso en una gestión de mejor calidad. , y sin dudas una herramientas útil para el desarrollo de una gestión con calidad, es la medición y evaluación del servicio o producto que provee cada procesos, a través de un conjunto de indicadores claves que se consolidan en este documento.

II. OBJETIVO

El presente manual contempla desde la estructuración del indicador y la elaboración de la hoja de vida, hasta la implementación y seguimiento del mismo. Con la elaboración de este instrumento de gestión se pretende hacer un aporte al desarrollo del ejercicio del seguimiento y control, facilitando un instrumento que suministre a la Gerencia información oportuna, veraz y objetiva que le sirva como elemento válido para ejercer el control y el proceso de retroalimentación comparativa frente a sus resultados, orientados a garantizar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia, y seguridad en la prestación de los servicios de la salud que presta la ESE HUEM, mediante el establecimiento de indicadores e índices que consoliden toda la información técnica y normativa necesaria para evaluar las actividades que se producen todos los días en la ESE HUEM, e igualmente efectuar comparaciones periódicas de los procesos implantados y los resultados obtenidos.

2.1 OBJETIVO GENERAL

Condensar en un solo documento los indicadores que miden la gestión y los resultados de la institución, de manera que sirva como herramienta de consulta para todos los que intervienen en los procesos y procedimientos de la empresa, y sirvan como insumo para controlar y mejorar la calidad en la prestación de los servicios en el hospital.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Estandarizar la ficha técnica para el registro de los indicadores institucionales.
- Establecer una metodología clara, fácil de aplicar y de interpretar para el reporte y seguimiento de los indicadores institucionales.
- Implementar una forma fácil de medición de los resultados en la ejecución de cada uno de los procesos de la empresa.

III .ALCANCE

Este Manual aplica para todos los procesos, los productos, las áreas, los objetivos, los programas los proyectos y demás de la ESE HUEM ;los indicadores que se plantean pueden ser de carácter cuantitativo y cualitativo. Las áreas principales en las cuales se pueden aplicar indicadores de gestión:

- **Área Misional:** hace referencia a los procesos básicos, aquellos que son relevantes y contribuyen directamente a la razón de ser de la organización. Se ejecutan con la guía y el liderazgo de la alta gerencia.

- **Área de Apoyo**: es aquella, como su nombre lo indica, cuyo objetivo es prestar apoyo a los misionales ó sirven para la toma de decisiones sobre planeación, control y mejoras en las operaciones de la organización

IV MARCO LEGAL

- **Ley 190 de 1995**, "Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa". *Artículo 48: "A partir de la vigencia de esta ley todas las entidades públicas de la Rama Ejecutiva deberán establecer, a más tardar el treinta y uno (31) de diciembre de cada año, los objetivos a cumplir para el cabal desarrollo de sus funciones durante el año siguiente, así como los planes que incluyan los recursos presupuestados necesarios y las estrategias que habrán de seguir para el logro de esos objetivos, de tal manera que los mismos puedan ser evaluados de acuerdo con los indicadores de eficiencia que se diseñen para cada caso, excepto los gobernadores y alcaldes a quienes en un todo se aplicará lo estipulado en la ley que reglamentó el artículo 259 de la Constitución Política referente a la institución del voto programático.**Parágrafo.** A partir de la vigencia de esta Ley, todas las entidades públicas diseñarán y revisarán periódicamente un manual de indicadores de eficiencia para la gestión de los servidores públicos, de las dependencias y de la entidad en su conjunto, que deberán corresponder a indicadores generalmente aceptados. El incumplimiento reiterado de las metas establecidas para los indicadores de eficiencia, por parte de un servidor público, constituirá causal de mala conducta"*

- **DIRECTIVA PRESIDENCIAL N° 4**. La cual en el numeral N° 1 literal f) expresa "Diseñar y revisar periódicamente un manual de indicadores de eficiencia para la gestión de los servidores públicos, de las dependencias y de la entidad en su conjunto, que deberán corresponder a indicadores generalmente aceptados"

- **Ley 489 de 1998**, "Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones."Artículo 28: "Objeto. El Sistema Nacional de Control Interno tiene por objeto integrar en forma armónica, dinámica, efectiva, flexible y suficiente, el funcionamiento del control interno de las instituciones públicas, para que, mediante la aplicación de instrumentos idóneos de gerencia, fortalezcan el cumplimiento cabal y oportuno de las funciones del Estado".

- **Ley 872 de 2003,** "Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios".*Artículo 4.* ***Requisitos para su implementación: numerales b, c, d, h e i. Parágrafo 1:*** *Este sistema tendrá como base fundamental el diseño de indicadores que permitan como mínimo, medir variables de eficiencia, de resultado y de impacto que faciliten el seguimiento por parte de los ciudadanos y de los organismos de control, los cuales estarán a disposición de los usuarios o destinatarios y serán publicados de manera permanente en las páginas electrónicas de cada una de las entidades cuando cuenten con ellas".*Artículo 6. "Normalización de calidad en la gestión, numeral 5: Las variables mínimas de calidad que deben medirse a través de los indicadores que establezca cada entidad en cumplimiento del parágrafo 1, artículo 4 de esta ley".

- Como herramienta para la implementación de la **Ley 872 de 2003, se crea la Norma Técnica Colombiana NTCGP – 1000: 2004**, la cual por tratarse de una norma técnica, establece los principios y parámetros de gestión cuyo cumplimiento se facilita a través de la formulación de indicadores. A continuación se listan los numerales relacionados: "…*5.6. Revisión por la dirección, numeral 5.6.2 Información para la revisión, contempla en el ítem b.) El desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio. 8. Medición, análisis y mejora, numeral 8.1 Generalidades, ítem c: mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad. 8.2. Seguimiento y medición, en sus numerales. 8.2.1. Satisfacción del cliente, Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la entidad debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información. 8.2.4. Seguimiento y medición de producto y/o servicio. La entidad debe medir y hacer un seguimiento de las características del producto y/o servicio, para verificar que se cumplen sus requisitos. 8.4. Análisis de datos. La entidad debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad. Esto debe incluir los datos generados por el sistema de evaluación para el seguimiento y medición y los generados por cualesquiera otras fuentes pertinentes.*

- **Decreto 1011 de 2006**, en su articulo 6° define el Sistema Único de Habilitación como "el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB".El mismo Decreto 1011 en su artículo 37 determina que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando obren como compradores de servicios deberán establecer con las pautas indicativas establecidas por el Ministerio de la Protección social, un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) que comprenda como mínimo los procesos definidos como prioritarios para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud. Así las cosas, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

- Decreto 1599 de 2005, que adoptó el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano. (MECI 1000:2005), que determina las generalidades y la estructura necesaria para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Control Interno en las entidades y agentes obligados, de conformidad con el artículo 5 de la Ley 87 de 1993. Contempla igualmente el tema de indicadores dentro del Subsistema de Control de Gestión, componente actividades de control, haciendo mención a la

necesidad de establecer criterios y parámetros para definirlos, determinar los factores críticos de éxito, diseño, análisis y aprobación de los indicadores, así como de la revisión y medición periódica.

- **Resolución 1446 de 2006** Según la cual las IPS deben implementar un "Sistema de información para la calidad" que incluya los indicadores de monitoreo del sistema, indicadores de monitoreo interno y monitoreo externo.

- **RESOLUCION NÚMERO 0473 DE 2008.** Por medio de la cual se define la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se adopta para ello un instrumento de medición y evaluación. Anexo técnico. Tabla número 1: Información de base e indicadores.

- **CIRCULAR EXTERNA 030 DE 2006- SUPERSALUD**. Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia, y seguridad en la prestación de los servicios de la salud en las instituciones prestadoras de servicios en salud, los indicadores de salud y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de la atención en salud.

V MARCO TEORICO

GENERALIDADES

GESTIÓN Está definida como todas aquellas actividades que en forma integral asume la entidad, con el propósito de alcanzar los objetivos y metas previamente establecidas mediante un proceso de planeación. La gestión entonces, permite desarrollar la Misión y lograr la Visión institucional. La gestión se interpreta como una cadena de acciones definidas en el proceso administrativo y representada en el ciclo PHVA, (Planear, Hacer, Verificar y Actuar). Por lo tanto vale la pena recalcar que la Gestión no solo es acción sino también efecto, este es un punto que no hay que olvidarlo más cuando de evaluar la gestión se trata.

GESTIÓN PÚBLICA. Es toda acción que realiza el Estado a través de las entidades que conforman el llamado Aparato Estatal en cumplimiento de los fines que le fueron señalados en la Constitución. El proceso de Gestión Pública a nivel entidades, inicia con la asignación de recursos económicos a través de la aprobación de un presupuesto el cual debe ser ejecutado en el término del año fiscal. La Gestión Pública siempre deberá cumplirse en concordancia con los principios establecidos en el artículo 209 de la Constitución Política: Igualdad, Moralidad, Eficacia, Economía, Celeridad, Imparcialidad y Publicidad.

SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN Y RESULTADOS Se puede definir como un conjunto de elementos (partes o componentes del sistema) dinámicamente relacionados n para alcanzar un objetivo operando sobre datos para proveer información. Este sistema deberá estar conformado por: Un conjunto de objetivos concretos y las acciones necesarias para alcanzarlos (planes y programas) que se constituyen en el objeto de control. Es decir, para que exista control, es necesario que previamente se establezca el que controlar a partir principalmente de los planes, programas y proyectos. Un conjunto de resultados cuya periodicidad esté previamente determinada. Un conjunto de dependencias con sus funciones y de funcionarios responsables para la realización de las mismas. Un conjunto de procesos y procedimientos.

CONTROL DE GESTIÓN. Se conoce con este nombre el proceso de evaluación que permite a la alta dirección medir en forma eficaz, sistemática y objetiva la marcha de la organización, así como modificar el rumbo de la misma si se considera necesario, o adoptar las medidas correctivas para volver al camino original. Es además un instrumento que mide la eficiencia y la eficacia con la que se han adelantado las metas, planes y objetivos de una institución (gestión realizada) y para esto se fundamenta en la evaluación de los procesos desarrollados y los resultados obtenidos por la administración.

INSTRUMENTOS PARA REALIZAR LA EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN.

Para realizar el Control de gestión existen unos instrumentos o medidas de rendimiento institucional conocidos tradicionalmente como INDICADORES, estos están encaminados a medir en el momento; los procesos, los productos, las áreas, los objetivos, los programas los proyectos y demás de la entidad; pueden ser de carácter cuantitativo y cualitativo: **Indicadores cuantitativos:** Los que se muestran valores y cifras periódicamente de los resultados de las operaciones. **Indicadores cualitativos:** Son los que permiten evaluar con un enfoque gerencial la capacidad de

gestión de la dirección y demás niveles de la organización de tal manera que permitan identificar las amenazas y las oportunidades del entorno organizacional.

DEFINICIONES

INDICADOR: Elemento de Control, conformado por el conjunto de mecanismos necesarios para la evaluación de la gestión de toda entidad pública. Se presentan como un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos A través de ellos se mide el desempeño de los procesos

INDICADOR DE GESTIÓN:
Es una medida que se utiliza a través del tiempo para determinar el rendimiento de las funciones o procesos de una organización, o de una de sus áreas o dependencias

TIPO DE INDICADORES Los indicadores deben ser clasificados de acuerdo con lo que se Pretende medir, teniendo como parámetros los siguientes:

Eficacia o Resultado: Esta se define como el logro de los resultados ropuestos, por lo tanto conformaran este grupo los indicadores que nos indiquen si se cumplió o no el resultado esperado.

Eficiencia o Gestión: Se define como la utilización de los recursos de acuerdo con un programa establecido. La eficiencia tiene que ver entre otros con los siguientes recursos: financieros, técnicos, humanos y tiempo, los cuales se miden en pesos, horas-maquina, horas-hombre, y horas, días, meses, etc., respectivamente.

Impacto. Miden los cambios o modificaciones positivas o negativas que se han producido en el entorno o sobre la población objetivo como consecuencia de la ejecución del plan o el cumplimiento de las funciones asignadas. Estos están relacionados con las contribuciones de los resultados generados a la solución de las necesidades existentes en el área de intervención de la entidad. La evaluación del impacto es la valoración de lo que la acción institucional después de un tiempo de haber realizado los planes, programas o proyectos o de haber cumplido las funciones asignadas. Para realizar la evaluación del impacto, básicamente existen dos procedimientos: a. Determinar el valor de los indicadores relevantes antes de iniciar el proyecto, y el valor que asumen estos mismos indicadores después de un tiempo de finalizado el proyecto, determinando las variaciones positivas o negativas. b. Dividir la población objetivo en dos segmentos: el primero (grupo testigo) que no recibe los beneficios del proyecto o no es objeto del accionar institucional, y el segundo (grupo objeto), al cual se entregan los resultados del proyecto, y que será evaluado en el cambio de sus condiciones para luego compararlas con las del grupo testigo.

INDICADORES DE CALIDAD son instrumentos para evaluar la calidad de la atención aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados.

INDICADORES DE ESTRUCTURA, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos. Permiten saber si los recursos están disponibles y organizados, para facilitar la atención al usuario. La estructura es la parte más estable del sistema, cambia poco · La evaluación de la estructura implica los recursos materiales:

Instalaciones, equipos y presupuesto monetario. · Los recursos humanos: Número y calificación del personal · Aspectos institucionales o gerenciales de gestión: Documentación
Existente relacionada con procesos y organización.

INDICADORES DE PROCESO*,* miden la calidad del proceso, conjunto de acciones entrelazadas con un objetivo definido que llevan a un resultado. Focalizan el cómo la atención es otorgada, miden si todos los pasos de un proceso si hicieron correctamente. Entre los indicadores de proceso más naturales se encuentran los que evalúan la calidad de documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos u otros profesionales o técnicos de la salud. Como ejemplo específico y elocuente está la evaluación de la historia clínica

INDICADORES DE RESULTADOS, miden el resultado, se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida. Miden la efectividad de la atención; el grado en que la atención otorgada al usuario produjo el efecto deseado. Dentro de los indicadores de resultados se pueden identificar dos grandes grupos los llamados" **indicadores Centinela**" y los **"Indicadores basados en proporciones o de datos agrupados".**

INDICADORES CENTINELA, son aquellos que representan un suceso lo bastante grave e indeseable del resultado de la atención, como para realizar una revisión individual de cada caso en que se produzca. Identifican la aparición de un evento serio cuya ocurrencia debe ser investigada inmediatamente..

INDICADORES DE DATOS AGREGADOS *(continuos o basados en tasas), son* aquellos que indican la necesidad de una revisión detallada, sólo si la proporción de casos en que se presenta el suceso de base sobrepasa un límite considerado aceptable por los propios profesionales (umbral). **Umbral de cumplimiento** • El nivel óptimo de cumplimento del indicador debe estar definido por la autoridad competente. • Este nivel óptimo debe ser acorde a lo aceptable de acuerdo a los requerimientos establecidos por las normas, reglamentos o leyes que rigen el proceso. Los indicadores de datos agregados (continuos o basados en tasas) son los que miden el desempeño basándose en eventos que ocurren con cierta frecuencia. Son importantes para determinar el nivel de desempeño de una institución, detectar tendencias, hacer comparaciones con el desempeño pasado, con otras instituciones o con puntos de referencia establecidos. "La evaluación de calidad puede efectuarse mediante indicadores de datos agregados, tanto de procesos (por ejemplo, proporción de cumplimiento de la norma), o resultados (por ejemplo, tasa de infecciones intrahospitalarias.

CARACTERISTICAS O ATRIBUTOS DE CALIDAD QUE SE PUEDEN MEDIR A TRAVÉS DE LOS INDICADORES DE GESTION: Pertinencia Accesibilidad Continuidad Oportunidad Seguridad Eficiencia Respeto Efectividad. Coordinación Eficacia. Suficiencia Disponibilidad.• Información Satisfacción Racionalidad Identidad.

CIFRAS EN LAS QUE SE EXPRESAN LOS INDICADORES:

CIFRAS ABSOLUTAS Recuento de eventos sin relacionarlos con otras características de la población.

CIFRAS O FRECUENCIAS RELATIVAS Permiten establecer relaciones entre dos cifras absolutas Son las utilizadas en los indicadores.

A. Proporción.
• Señala el tamaño de la parte de un total respecto al mismo total.
• Al ser el numerador una parte del denominador aquel no podrá ser más grande que éste.
• El resultado nunca puede ser mayor que la unidad y oscila siempre entre cero y uno.
• El resultado se multiplica por una K = 100, 1.000, 10.000, 1.000.00
• No incluye unidad de tiempo
• Mide prevalencia:
• Mide la magnitud de un problema en un momento determinado

B. Razón
• El numerador no se encuentra contenido en el denominador y es diferente.
• Compara una cantidad con otra para expresar una relación entre ellas.
• El resultado puede multiplicarse por una K

C. Tasa:
• Señala el tamaño de la parte de un total respecto al mismo total.
• Al ser el numerador una parte del denominador aquel no podrá ser más grande que éste.
• El resultado nunca puede ser mayor que la unidad y oscila siempre entre cero y uno.
• El resultado se multiplica por una K = 100, 1.000, 10.000, 1.000.000
• Incluye unidad de tiempo • Única y exclusivamente para evaluar incidencia: casos nuevos.

D. Promedio: Cantidad total de la VARIABLE CUANTITATIVA distribuida a partes iguales entre cada observación afecta por valores extremos. Ejemplo: Oportunidad de la Atención en la Consulta Médica General.

DEFINICION DE PARAMETROS Los parámetros como el estándar, la meta y el rango se definen con el fin de establecer puntos de referencia que faciliten el análisis del comportamiento del indicador a través de cada Periodo para tomar decisiones o acciones de esta manera tomar acciones como:

• Si es la primera vez que se formula el indicador, el rango, el estándar y las metas establecen con base en la experiencia de comportamiento del mismo la disponibilidad de información.

• Si se dispone de datos históricos, se establecen el rango, el estándar y la meta teniendo en cuenta la máxima capacidad del proceso y el análisis de estos datos.

DEFINICION DE LA PERIODICIDAD.
La periodicidad de evaluación de los indicadores se define dependiendo de la complejidad de cada proceso o de los periodos en los cuales se pueden obtener los datos y es determinada por el responsable de la formulación del indicador, teniendo en cuenta que como mínimo se debe evaluar una vez al año a excepción de aquellos proceso que por su naturaleza solo pueden ser evaluados con una periodicidad mayor.

DEFINICIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA MEDICIÓN DE LA MEDICIÓN Y ANÁLISIS.

• Responsable de la medición El responsable de realizar la medición de los indicadores en cada dependencia debe ser designado por el jefe de la dependencia. Esta persona es responsable por la recolección y registro de la información necesaria para hacer el seguimiento a los indicadores, así como de registrarla en la hoja de vida correspondiente y presentarla al jefe de la dependencia para su análisis. Se apoyara en el área de estadística a cuando sea procedente pero deben efectuar el análisis causal correspondiente en forma periódica.

• Responsable del análisis El responsable de efectuar el análisis de los indicadores es el líder del proceso quien debe evaluar el desempeño de los procesos históricamente. Adicionalmente, es responsable de la formulación e implementación de las acciones necesarias para alcanza los resultados para alcanzar los resultados esperados a partir del análisis de los datos de indicador. Cada uno de los jefe de la dependencia debe reportar periódicamente a l líder del proceso del cual su dependencia hace parte del comportamiento y seguimiento de los correspondientes indicadores , y el líder a su vez informara a la alta gerencia los resultados de los indicadores de las dependencias así como el análisis causal correspondiente en forma periódica, adjuntando cuando sea el caso el informe de implementación de acciones de mejor. Copia de dicho informe se enviara trimestralmente a la oficina asesora de control interno o de Planeación según sea el caso para su análisis en el comité competente según el tipo de indicadores., conforme se precisa en el capitulo VI EL SISTEMA DE MEDICIÓN DE LA ESE HUEM

REVISION Y AJUSTE DE INDICADORES

La revisión de los indicadores se realizara con el fin de validar los siguientes aspectos.

• La pertinencia del indicador frente al objetivo del proceso.
• La adecuada selección de las fuentes de información.
• La validez de algunos parámetros establecidos como la periodicidad, es estándar, la meta y la ponderación.

Para el caso de los procesos transversales, los ajustes o modificaciones generados por dicha revisión deben contar con la aprobación del Señor Gerente, previa revisión por parte del comité respectivo , comité de control interno, si son indicadores de proceso, comité de calidad si corresponden al sistema de calida , comité de gerencia si son estratégicos o gerenciales.

Una vez aprobados los ajustes o modificaciones, se actualiza la hoja de vida del indicador, y los documentos en los cuales se haga referencia al mismo. , y se surtirá el tramite descrito para la modificación del manual

VI EL SISTEMA DE MEDICIÓN DE LA ESE HUEM

De acuerdo con la normas de calidad y en concordancia con el desarrollo de las normas que regulan el modelo estándar de control interno MECI la organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del producto o servicio, asegurarse de la conformidad de los procesos y mejorar continuamente la eficacia del sistema. En este contexto, los Indicadores son instrumentos que vienen a facilitar la toma de decisiones, ya que proporcionan una información relevante sobre la situación y evolución de la organización.

Atendiendo a los principios consagrados en estos dos sistemas de gestión MECI y calidad El manual de indicadores se ha estructurado en tres niveles de medición ESTRATÉGICA, MISIONAL Y DE APOYO, cada nivel es apropiado para la toma de decisiones en el nivel correspondiente, vale decir:

MARCO DE LA PLANEACIÓN Los indicadores sirven a la planeación, en la medida en que permiten formular objetivos concretos, precisos y cuantificables, y con base en ellos se pueda organizar los recursos y programar las actividades pertinentes para el logro de los objetivos establecidos.

En este marco se encuadran Los indicadores estratégicos para el seguimiento al cumplimiento del PLAN DE DESARROLLO Y el PLAN GERENCIAL, por ello el resultado de seguimiento deberá ser presentado trimestralmente en el COMITÉ DE GERENCIA.

La información será consolidada por la oficina Asesora De Planeación para el informe de evaluación del plan gerencial ante la honorable Junta Directiva, pero adicionalmente para garantizar la implementación de acciones en forma oportuna trimestralmente deberá solicitar a los lideres la información, y una vez consolidado los informes y su respectivo análisis caudal presentado por cada líder, hará la respectiva presentación del informe al comité de gerencia para evaluar los resultados generales y definir las acciones a seguir, sin perjuicio de la obligación que le asiste a cada líder según el proceso a su cargo de efectuar el seguimiento conforme se describe en la hoja de vida del indicador. En igual sentido , se deberá hacer seguimiento trimestral de los indicadores que se reportan para el 2193, dicha información será consolidada por la oficina Asesora de Planeación para ser presentada el comité de gerencia, Dicha oficina deberá solicitar la información y el análisis, para consolidar una sola presentación aquellos indicadores que se reportan en cumplimiento del decreto 2193 aun cuando no sean parte del plan de gestión de la Gerencia para que la información sea analizada en dicho comité.

En ese orden de ideas la oficina de Planeación solicitara a las áreas responsables de su generación y seguimiento la información en forma trimestral y se convocara el comité diez días después de recibir la información una vez consolidado el informe y el respectivo análisis.

MARCO DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES Los procesos institucionales son un elemento fundamental dentro una entidad ya que estos son directamente definidos a partir de la norma de constitución de la entidad y buscan producir un resultado específico o un grupo coherente de resultados concretos en un tiempo determinado para un ciudadano o la comunidad en general, de tal manera que la definición de indicadores para estos, enriquece de manera significativa el ejercicio del control de la gestión y la evaluación de resultados.

En nuestra entidad identificamos procesos misionales (básicos) y procesos de apoyo. Los procesos misionales o básicos**,** hacen realidad la misión organizacional. A través de estos es posible satisfacer las necesidades de la comunidad, así como capitalizar las posibilidades de la organización y el entorno. Los procesos de apoyo o logísticos, soportan el desarrollo de los demás procesos, introduciendo las herramientas logísticas requeridas en la organización.

El seguimiento de los indicadores de proceso se adelantara en el COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO , el cual tiene dentro de sus funciones el seguimiento al desempeño de los procesos de la institución Para tal fin la Asesora de control interno cada tres s meses solicitara la información de su comportamiento a cada líder, se debe precisar que cada líder es responsable del proceso y por tanto corresponde adelantar el seguimiento mensual conforme a los parámetros descritos en la hoja de vida del indicador , pero adicionalmente cada tres meses la oficina de Control interno solicitara la información y el análisis causal adelantado por el líder. Una vez se reciba la información, la consolidara y e convocara el comité diez días después para su respectivo análisis por parte del comité.

MISIONALES

En cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 1446 de 2006 las IPS deben implementar un "Sistema de información para la calidad" que incluya los indicadores de monitoreo del sistema, indicadores de monitoreo interno y monitoreo externo. Los indicadores de monitoreo, de acuerdo con lo establecido en la resolución en mención deberán ser reportados en forma semestral a la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a las especificaciones establecidas en el anexo técnico de la Resolución, con corte a 30 de junio será el 15 de agosto y con corte a 31 de diciembre, el 25 de febrero del año siguiente.

Dichos indicadores deberán ser analizados en el COMITÉ TECNICO DE CALIDAD que tiene dentro de sus funciones " establecer los objetivos y estrategias necesarios para la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema de garantía de calidad en la ESE HUEM" Los indicadores de monitoreo, de acuerdo con lo establecido en dicha normatividad, deberán ser reportados en forma semestral a la Superintendencia Nacional de Salud , pero al igual al igual que en los casos anteriores deberán ser evaluados en forma trimestral por el comité .En ese orden de ideas el secretario de técnico del comité o quien haga sus veces deberá solicitar la información y presentar el análisis de su comportamiento en forma trimestral al respectivo comité .Se reitera , que al igual que en los casos anteriores cada líder deberá velar por su construcción y seguimiento conforme a los parámetros descritos en la hoja de vida del indicador , para lo cual podrá apoyarse en la oficina de estadística cuando sea pertinente , realizando el análisis causal respectivo que será remitido al comité a través del secretario.

Finalmente se debe hacer mención de los indicadores de planes operativos , los mismos serán el mecanismos de autocontrol para que cada una de Los lideres verificar el nivel de cumplimiento de las acciones y metas previstas, las cuales permitan dar cumplimiento a las estrategias de los PLAN DE DESARROLLO de LA INSTITUCION.,por lo tanto cada líder hará seguimiento en forma periódica conforme se establezca en los planes pero por lo menos dos veces al año la oficina de planeación presentara un análisis de su comportamiento al comité de gerencia

HOJA DE VIDA DE LOS INDICADORES

Se anexan al presente documento las Hojas de Vida correspondientes a la documentación de los Indicadores del Hospital, teniendo en cuenta su esquema de organización de procesos, y conforme a la siguiente tabla.

TABLA 1 TABLERO CONTROL INDICADORES		
PLANEACION ESTRATEGICA		Porcentaje de cumplimiento del Plan de Desarrollo.
		Cumplimiento en el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004.
		Calificación de la Gestión del Control Interno.
		Tasa de Satisfacción global
		Procesos Judiciales contestados dentro del término legal, incluidas las tutelas.
		Equilibrio financiero operacional ajustado (pesos)
		Equilibrio o déficit presupuestal de la vigencia (pesos)
		Porcentaje de participación de los ingresos provenientes de la venta de servicios de salud en la financiación de la entidad
		Monto de la deuda de salarios superior a un (1) mes
		Monto de la deuda de aportes a seguridad social (pesos)
		Monto de la deuda de parafiscales (pesos)
		Fenecimiento de la cuenta
		Autoevaluación para la acreditación
		Monto de la deuda a contratistas o terceros superior a un (1) mes (pesos)
EVALUACION DEL CONTROL INTERNO	5	% cumplimiento de presentación de informe s
		Calificación de la Gestión del control interno
		Procesos Judiciales Contestados Dentro Del Término Legal (Incluidas Las Tutelas).
		Autoevaluación para la acreditación
GESTION DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN	8	Proporción de mantenimientos preventivos en computadores institucionales
		Proporción de cumplimiento en la entrega de Historias Clínicas a los clientes internos
		Proporción de cumplimiento en la publicación y promoción de Información que generan los clientes internos.
		Proporción de cumplimiento en la entrega de respuestas oportunas de comunicaciones por Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones

		Proporción de cumplimiento en socialización de políticas de Gestión Documental en la E.S.E HUEM
		Tasa de Satisfacción Global
		Cumplimiento del registro sistematizado de hechos vitales en el modulo RUAF
		Cumplimiento del registro sistematizado del censo diario de pacientes
GESTION DEL TALENTO HUMANO	8	Costo total anual personal de planta
		OPS
		Número de accidentes de trabajo gestionados durante la vigencia
		Frecuencia de accidente de trabajo
		Capacitación y formación
		Inducción-Reinducción
		Bienestar social y laboral
		Derechos de petición laborales
ADQUISICIONES , BIENES Y SERVICIOS	3	Tiempo promedio para la gestión de requerimiento de bienes y servicios
		Oportunidad en el desarrollo en las etapas de para la adquisición de bienes
		Rentabilidad de la adquisición
GESTION JURIDICA	1	Oportunidad En La Contestación De Demandas Y Acciones De Tutela
GRUPO	**No DE INDICADORES**	**NOMBRE**
HOSPITALIZACION	11	Proporción de reingreso de pacientes hospitalizados
		Tasa de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas.
		Proporción de vigilancia de eventos adversos p
		Tasa global de infecciones asociadas al cuidado de la salud.
		Tasa de reacciones adversas por medicamentos en pacientes hospitalizados.
		Tasa de reacciones adversas transfusionales
		Porcentaje Ocupacional
		Promedio día estancia de los egresos
		Giro Cama
		Egresos Hospitalarios categorizados por tipo de paciente, afiliación y complejidad de la atención
		Días estancia de los Egresos categorizados por tipo de paciente, afiliación y complejidad de la atención
QUIROFANOS -	13	Proporción de cancelación de cirugía programada

SALA DE PARTOS		Proporción de vigilancia de eventos adversos
		Tasa de satisfacción global
		Oportunidad en la realización de cirugía programada
		Complicaciones Quirúrgicas inmediatas
		Complicaciones Anestésicas
		Complicaciones Terapéuticas (medicamentosas y transfusionales).
		Mortalidad Quirúrgica
		Infecciones Quirúrgica . Proporción de Incidencia de Infección del Sitio Operatorio ISO
		Razón de Mortalidad Materna
		Tasa de Mortalidad perinatal
		Proporción de Nacimiento por Partos
		Proporción de Nacimientos por Cesárea
		Cirugías realizadas categorizados por grupo quirúrgico y afiliación
CONSULTA EXTERNA	5	Oportunidad de la atención en la consulta medica especializada (cirugía general).
		Oportunidad de la atención en la consulta medica especializada (pediatría).
		Oportunidad de la atención en la consulta medica especializada (medicina interna).
		Oportunidad de la atención en la consulta medica especializada (Gineco-obstetricia).
		Consultas de medicina especializada realizadas y categorizadas por afiliación
URGENCIAS	11	Tasa de Mortalidad menor de 48 horas.
		Complicaciones terapéuticas y medicamentosas
		Mortalidad durante el transporte entre IPS
		Caída del paciente de la camilla
		Oportunidad en la atención en consulta de urgencias
		Tasa de reingreso de pacientes
		Porcentaje Ocupacional
		Giro cama
		Días estancia
		Consultas de medicina general urgentes realizadas y categorizadas por afiliación
		Pacientes en Observación categorizado por afiliación
BANCO DE SANGRE	6	Porcentaje de donantes con marcadores infecciosos positivos
		Índice para la selección de donantes
		Porcentaje de donantes por reposición
		Porcentaje de donantes voluntarios

		Disponibilidad en cantidad de hemocomponente solicitados para transfusión sanguínea
		Proporción de detección, reporte y seguimiento en reacciones adversas a la donación
FARMACIA	5	Complicaciones terapéuticas ocasionados por tratamientos de manejo intrahospitalario
		Proporción de resistencia antibiótica en tratamientos instaurados a los pacientes en los servicios de NCX, URG, CX ESPECIALIDADES
		Eventos adversos innecesarios o evitables
		Incidentes ocasionados por el uso de dispositivos médicos
		Fórmulas despachadas en el periodo
PATOLOGIA	3	Número de estudios realizados en el servicio de patología en un periodo
		Número de estudios con reproceso realizados en el servicio de patología en un periodo
		Oportunidad en la entrega
IMAGENOLOGIA	7	Oportunidad de servicios de imagenología y diagnóstico general radiología simple
		Proporción de vigilancia de eventos adversos
		Sobre exposición a radiaciones
		Deficiencias de las placas de imagenología o reportes de los procesos diagnósticos por imagenología
		Complicaciones de procedimientos diagnósticos en particular de los procedimientos intervencionistas
		Número de estudios de radiología tomadas en el periodo
		Número de ultrasonidos realizados en el servicio de imágenes en un periodo
REHABILITACIÓN	2	Proporción de vigilancia de eventos adversos
		Terapias realizadas categorizadas por tipo de terapia y por afiliación
LABORATORIO CLINICO	5	Oportunidad en el procesamiento del examen
		Oportunidad en la entrega de resultado
		Complicaciones de procedimientos diagnósticos.
		Fallas en el reporte de resultados
		Proporción de vigilancia de eventos adversos.
		Exámenes de laboratorio realizados categorizados por afiliación
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	5	Tasa de Infección intra institucional
		Tasa de Infección sitio operatorio
		Proporción de recién nacidos inmunizados
		Porcentaje de mortalidad perinatal con unidad de análisis

		Dosis de biológico aplicadas categorizadas por afiliación
GARANTIA DE CALIDAD	5	Porcentaje de cumplimiento de auditorias Internas
		Porcentaje de ejecución del PAMEC
		Proporción de análisis causal de eventos adversos
		Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación.
		Cumplimiento en el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004.
		Calificación de la Gestión del Control Interno.
		Procesos Judiciales contestados dentro del término legal, incluidas las tutelas.
		Tasa de satisfacción global.
GESTION FINANCIERA-CARTERA	9	Proporción de cartera mayor de 365 días
		Proporción de cartera entre 180 y 365 días
		Proporción de Cartera entre 90 y 180 días
		Proporción de Cartera entre 60 y 90 días
		Proporción de cartera entre 30 y 60 días
		Proporción de Cartera menor de 30 días
		Porcentaje de Recaudo de vigencias anteriores por venta de servicios de salud
		Porcentaje de Recaudo de Cartera en vigencia actual por venta de servicios de salud.
		Porcentaje de Recaudo total por venta de servicios de salud .
GESTION FINANCIERA-CONTABILIDAD	17	Capital de trabajo
		Índice de solvencia
		Prueba acida
		Solidez
		Grado de endeudamiento total o índice de propiedad
		Razón de patrimonio a pasivos
		Propiedad o razón de independencia financiera
		Apalancamiento total
		Apalancamiento a corto plazo
		Margen de utilidad neta operacional
		Monto de la deuda de salarios superior a un (1) mes
		Monto de la deuda de aportes a seguridad social (pesos)
		Monto de la deuda de parafiscales (pesos)
		Fenecimiento de la cuenta
		Monto de la deuda a contratistas o terceros superior a un (1) mes (pesos)
		Utilidad sobre ingresos

		Patrimonio
GESTION FINANCIERA-FACTURACION	4	Valor de la venta de servicios de la ESE
		Valor de la venta de servicios de la ESE
		Porcentaje de cuentas por cerrar o facturar
		Porcentaje de facturación radicada
		Porcentaje de glosa total aceptada por la ese
GESTION FINANCIERA-PRESUPUESTO	13	Porcentaje de Reconocimiento por Venta de Servicios de Salud
		Porcentaje de Recaudo por Venta de Servicios de Salud
		Porcentaje de Recaudo
		Porcentaje de los gastos empleados en la venta de servicios de salud
		Equilibrio Operacional - Ingresos Reconocidos
		Equilibrio Operacional - Ingresos Recaudados
		Equilibrio Presupuestal - Ingresos Reconocidos
		Equilibrio Presupuestal - Ingresos Recaudados
		Presupuesto ejecutado de Ingresos
		Presupuesto Comprometido de Gastos.
		Equilibrio financiero operacional ajustado (pesos)
		Equilibrio o déficit presupuestal de la vigencia (pesos)
		Porcentaje de participación de los ingresos provenientes de la venta de servicios de salud en la financiación de la entidad
GESTION DEL AMBIENTE Y RECURSOS FISICOS	10	IDD = Indicador de destinación desactivación
		IDR = Indicador de destinación para reciclaje
		IDI = Indicador de destinación para Incineración
		Indicador de capacitación
		INDICADOR DE CAPACITACIÓN
		Proporción de kilogramos de ropa lavada
		Proporción de mantenimiento preventivo planificado no realizados en dotación de equipo biomédico
		Proporción solicitudes de mantenimiento correctivo no realizadas en infraestructura y dotación
		Proporción capacitaciones de gestión ambiental no realizadas
		Proporción pedidos solicitados por servicio no entregados

ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSION DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE: LIDER DE APOYO A LA ATENCION
FECHA DE ELABORACION: 6 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador	Tendenc																															SI	NO
											A	D	N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
	OPORTUNIDAD	Oportunidad en el procesamiento del exámen	Util para medir la suficiencia del Laboratorio para atender la demanda del servicio prestado al usuario de consulta externa y su monitoreo sirve para incentivar acciones de mejora.	Tiempo de espera para la toma de la muestra por paciente	total de pacientes atendidos en el periodo	división	minutos	con una cifra decimal		si		x	Formato de registro tiempos de espera en la toma de la muestra	Modulo de laboratorio / Reporte generado	Bacterióloga para apoyo a la calidad	Coordinación del Laboratorio Clínico	mensual		si				Revisar met a según 056			Seguimiento Reporte															
		Oportunidad en la entrega de resultado	Util para medir la eficiencia del Laboratorio en la resolución de diagnostico del usuario hospitalizado y su monitoreo sirve para incentivar acciones de mejora.	Número de horas transcurridas desde ingreso de la solicitud al sistema del Laboratorio hasta la generación del reporte correspondiente	Total de registros de pacientes evaluados durante el periodo de tiempo determinado	división	horas	con una cifra decimal		si		x	Formato de registro tiempos de espera en el reporte de resultados sacados del sistema del laboratorio	Nº total de ingresos evaluados al azar por el sistema del Laboratorio y registrados en el formato de tiempos de espera en el reporte de resultados	Bacterióloga para apoyo a la calidad	Coordinación del Laboratorio Clínico y Bacterióloga para apoyo a la calidad.	mensual		si				3 horas																		
	CALIDAD	Complicaciones de procedimientos diagnósticos.	cuantificar el número de complicaciones en el Laboratorio respecto a la fase analítica	total de examenes de laboratorio que no se pudieron procesar por (fallas de equipos, falta de insumos, fallas en recurso humano)	número total de examenes realizados en el mes.	división y multiplicacion por 100	relación porcentual	Con una cifra decimal		si		x	DGH.NET	DGH.NET	Coordinación del Laboratorio Clínico	Coordinación del Laboratorio Clínico	mensual						15,0%			Seguimiento Reporte															
	CALIDAD Y SEGURIDAD	Fallas en el reporte de resultados	cuantificar el número de fallas que se presenten mensualmente en el reporte de resultados.	número de fallas reportadas al Laboratorio por los servicios de la institución.	número total de procedimientos realizados en el mes.	división y multiplicacion por 100	relación porcentual	con una cifra decimal		si		x	reporte de fallas al Laboratorio Clinico por los diferentes servicios de la Institución	Reporte estadistico de numero de examenes realizados en el mes que genere DGH	Bacterióloga para apoyo a la calidad	Coordinadora de Laboratorio Clínico	mensual						#¡VALOR!			Seguimiento Reporte															
	CALIDAD	Proporción de vigilancia de eventos adversos.	Los eventos adversos detectados deben ser reportados y realizarle el respectivo seguimiento con el fin de evitar su ocurrencia y asi garantizar la atención de la calidad en salud	Número total de eventos adversos detectados y gestionados	Número total de eventos adversos detectados	División	Relación porcentual	Con una cifra decimal	sí	Si	sí	no	Acta de comité de eventos adversos	Acta de comité de eventos adversos	Comité de eventos adversos	Comité de eventos adversos	Semestral - Mensual	no	si																					

DILIGENCIÓ: ELSIE ENTRENA MUTIS
CARGO: LIDER DE APOYO A LA ATENCION.

ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE: LIDER DE APOYO A LA ATENCION
FECHA DE ELABORACION: 9 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador en la vigencia	Tendencia A	Tendencia D	N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
	Calidad	Complicaciones terapéuticas ocasionados por tratamientos de manejo intrahospitalario	Mide las complicaciones intrahospitalarias ocasionadas por el plan farmacologico instaurado	Nº de complicaciones terapéuticas en el periodo por servicio hospitalario	Nº de pacientes con tratamiento farmacológico por período por servicio hospitalario	División x 100	Relación porcentual	Con dos cifras decimales	si	si		X	Formato de reporte de reacciones adversas medicamentosas - FORAM	Estadística - egresos hospitalários por servicio de hospitalizacion	Profesional de farmacovigilancia	Coordinador area de estadística	Trimestral				N/A	N/A	#¡DIV/0!			Seguimiento X Reporte														Indicador que comienza de cero		
	Calidad - Accesibilidad	Proporción de resistencia antibiótica en tratamientos instaurados a los pacientes en los servicios de NCX, URG, CX ESPECIALIDADES	Mide los tratamientos con antibióticos sin efectividad terapéutica contra el gérmen aislado que han tenido que ser cambiados por resistencia bacteriana	Nº de tratamientos antibióticos sin efectividad terapéutica cambiados en cada servicio involucrado en el período	Nº de pacientes con tratamientos instaurados en cada servicio involucrado en el período	División x 100	Relación porcentual	Con dos cifras decimales		si		X	Base de datos del programa de seguimiento al uso de antibioticos en los servicios de NCX, URG, CX ESP	Base de datos del programa de seguimiento al uso de antibioticos en los servicios de NCX, URG, CX ESP	Coordinador Servicio Farmacéutico	Coordinador Servicio Farmacéutico	Trimestral				N/A	N/A	#¡REF!			Seguimiento X Reporte														Indicador que comienza de cero . Indicador sujeto a la continuidad del programa de seguimiento antibiotico		
	Calidad - Seguridad	Eventos adversos innecesarios o evitables	Mide los errores de medicación que se puedan presentar en la cadena del medicamento (prescripción, distribución, administración) para proyectar las acciones de mejora en pro de la seguridad del paciente	Nº de eventos detectados en el período por servicio clínico	Nº de pacientes con tratamiento farmacológico por período por servicio clínico	División x 100	Relación porcentual	Con dos cifras decimales		si		X	Formato de reporte de eventos evitables - FOREINEV	Estadística - egresos hospitalários por servicio clínico	Coordinador Servicio Farmacéutico	Coordinador area de estadística	Mensual				N/A	N/A	#¡VALOR!			Seguimiento X Reporte														Indicador que comienza de cero		
		Incidentes ocasionados por el uso de dispositivos médicos	Mide los incidentes ocurridos a pacientes en los cuales ha sido necesario el uso de algun dispositivo medico	Nº de incidentes detectados en el período.	Nº de pacientes con atendidos por período	División x 100	Relación porcentual	Con dos cifras decimales		si		X	Formato de reporte de incidentes adeversos con dispositivos medicos - FRIADM	Estadistica-egresos insttucionales	Coordinador Servicio Farmacéutico	Coordinador area de estadística	Mensual				N/A	N/A				Seguimiento X														Indicador que comienza de cero		
	Eficiencia	Fórmulas despachadas en el período	Cuantificar la producción operativa del servicio farmacéutico en un período	Nº de formulas despachas en el mes		Suma	Unidades	Número entero		si		X	Formato de estadística de producción en el servicio farmacéutico		Auxiliar Administrativa Servicio Farmacéutico	Coordinador Servicio Farmacéutico	Mensual				18.651	Marzo				Reporte X	19.239	20.034	18.651											Indicador que varía proporcional a la demanda de servicios de la institución		

DILIGENCIÓ: MARIA CLAUDIA RODRIGUEZ

CARGO: LIDER DE APOYO A LA ATENCION.

ESE Hospital Universitario ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSION DEL FORMATO: 01 / FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE: LIDER DE SERVICIOS AMBULATORIOS
FECHA DE ELABORACION: 4 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación: Con otros indicadores	Evaluación: Con el mismo indicador en la vigencia	Evaluación: Tendencia A	Evaluación: Tendencia D	Fuente N	Fuente D	Cargo del generador del dato N	Cargo del generador del dato D	Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido	Análisis	Observaciones	Plan de mejora SI	Plan de mejora NO
1	Gerencia del riesgo	Tasa de Mortalidadad menor de 48 horas.	Determina el numero de muertes que hay por cada 100 personas en un lugar	Número total de muertes menor de 48 horas reportadas en el período	Número total de pacientes que ingresaron al servicio en el período	División	Relación porcentual	Con una cifra decimal	Si	Si		x	Registros de Egreso de urgencias (Censo diario de pacientes).	Registros de Egreso de urgencias (Censo diario de pacientes).	Facturador	Enfermera epidemiologa Estadistica	Mensual	Formulario Calidad y Ficha Técnica	Si	Incremento en el numero de muertes menor a las 48 horas, incremento del número de usuarios a atender, oportunidad en la atencion, mantenimiento de los equipos	3,50%	Enero de 2011	2,3%	287	12672	Seguimiento Reporte					
2	Gerencia del riesgo	Complicaciones terapeuticas y medicamentos	Demuestra los posibles eventos adeversos que puede sufrir el paciente durante su estancia en el servicio de urgencia	Número total de complicaciones terapeuticas y medicamentosas reportadas en el período	Número total de eventos adeversos reportados en el período,	División	Relación porcentual	Con una cifra decimal	Si	Si		X	Ficha sistematizada de reporte de reacciones adversas a medicamentos.	Registros de Egreso Hospitalario (Censo diario de pacientes hospitalizados).	Enfermera	Enfermera epidemiologa Estadistica	mensual	Formulario Calidad y Ficha Técnica	Si	Incremento en el numero de complicaciones por medicamentos, oportunidad en la atencion, falencia en el reporte y seguimiento de las complicaciones			0,9%	1	106	Seguimiento Reporte					
5	Gerencia del riesgo	Mortalidad durante el transporte entre IPS	Demuestra la capacidad que tienen los profesionales del area de la salud en atender al paciente durante el transporte al centro asistencial	Número total de muertes durante el traslado reportadas en el período	Número total de traslados reportadas en el período	División	Relación porcentua	Con una cifra decimal	Si	Si		X	FORMATO DE TRASLADO DE PACIENTES	FORMATO DE TRASLADO DE PACIENTES	COORDINADOR DE URGENCIAS	COORDINADOR DE URGENCIAS	Trimestral	Formulario Calidad y Ficha Técnica	Si	Incremento en el numero de muertes durante el traslado en ambulancias, oportunidad en la atencion, fcambios en el personal						Seguimiento Reporte					
6	Gerencia del riesgo	Caida del paciente de la camilla	Demuestra los posibles eventos adversos POR CAIDAS que puede sufrir el paciente durante su estancia hosptalaria	Número total de caidas del paciente de la camilla en el período	Número total de eventos adversos reportados en el período	División	Relación porcentual	Con una cifra decimal	Si	Si		x	FORMATO DE REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS	FORMATO DE REPORTES DE EVENTOS ADVERSOS	COORDINADOR DE URGENCIAS	COORDINADOR DE URGENCIAS	Trimestral	Formulario Calidad y Ficha Técnica	Si	Incremento en el numero de caidas del paciente de la camilla, incremento del número de usuarios a atender, oportunidad en la atencion, mantenimiento de las camillas			28,3%	30	106	Seguimiento Reporte					
7	Accesibilidad/ oportunidad	Oportunidad en la atención en consulta de urgencias	Determina el tiempo que debe esperar el usuario para ser atendido en el servicio de urgencias	sumatoria de minutos transcurridos entre la solicitud y la atención de la consulta en el periodo	Numero total de usuarios atendidos en consulta de urgencias en el periodo	División	Dias	Con una cifra decimal	Si	Si	x		DGH. NET	DGH. NET	PROFESIONAL DE ESTADISTICA	PROFESIONAL DE ESTADISTICA	Mensual	Formulario Calidad y Ficha Técnica	Si	Incremento de minutos/horas de espera para la atencion en consulta por urgencias, incremento del numero de usuarios a atender, cambios en el personal	66	Marzo de 2011	53	2E+06	31617	Seguimiento Reporte					
8	Calidad tecnica	Tasa de reingreso de pacientes	El reingreso de pacientes se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución al problema que genero la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario	Número total de reingresos al servicio de urgencias en la misma institución y por la misma causa, dentro de las 72 horas siguientes al alta, en el período.	Número total de egresos vivos durante el periodo.	División	Relación porcentual	Con una cifra decimal	Si	Si		X	Registros de Egreso de urgencias (Censo diario de pacientes).	Registros de Egreso de urgencias (Censo diario de pacientes).	Facturador	Facturador	Mensual	Formulario Calidad y Ficha Técnica	Si	Incremento de reingresos de pacientes por misma causa al servicio de urgencias, oportunidad en la atencion			14,2%	15	106	Seguimiento Reporte					
9	Calidad	Porcentaje Ocupacional	Establece el numero de dias en el que realmente estuvo ocupada una cama en el servicio	Numero total de dias camas ocupadas en el periodo	Numero total de dias camas disponibles en el periodo	División	Relación porcentua	Con una cifra decimal	Si	Si			Registros de Egreso de urgencias (Censo diario de pacientes).	Registros de Egreso de urgencias (Censo diario de pacientes).	Facturador	Facturador	Mensual	Formulario Produccion y Ficha Técnica	Si	Mantenimiento de las camas, incremento o disminucion en el numero de usuarios a atender	118,3%	Enero de 2011	130,1%	51767	39797	Seguimiento Reporte					
10	Calidad	Giro cama	Expresa la productividad que presta cada una de las camas en el servicio en un periodo definido	Numero total de egresos registrados en el servicio durante el periodo	Numero total de camas disponibles en el servicio durante el periodo	División	N. de pacientes promedio por cama	Con una cifra decimal	Si	Si			Registros de Egreso de urgencias (Censo diario de pacientes).	Registros de Egreso de urgencias (Censo diario de pacientes).	Facturador	Facturador	Mensual	Formulario Produccion Calidad y Ficha Técnica	Si	Incremento o disminucion del numero de los egresos en el servicio, incremento de la estancia hospitaliria del servicio, disponibilidad de las camas	118,3	Enero de 2011	116,3	12672	109	Seguimiento Reporte					

Valor Real Obtenido: E F M A M J J A S O N D

ESE Hospital Universitario ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE: LIDER DE SERVICIOS AMBULATORIOS
FECHA DE ELABORACION: 4 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador en la vigencia	Tendencia																															
											A	D	N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
11	Calidad	Dias estancia	Permite conocer por periodo, el tiempo promedio de permanencia de los pacientes que egresaron durante ese mismo periodo	Numero total de dias estancia de los egresos en el periodo	Numero total de egeresos en el periodo	División	DIAS	Con una cifra decimal	Si	Si			Registros de Egreso de urgencias (Censo diario de pacientes).	Registros de Egreso de urgencias (Censo diario de pacientes).	Facturador	Facturador	Mensual	Formulario Produccion Calidad y Ficha Técnica	Si	Disponibilidad de las camas, oportunidad de la atencion, incremento o disminucion de los egresos hospitalarios	2,9	Enero de 2011	2,6	32436	12672	Seguimiento															
																										Reporte																
12	Produccón	Consultas de medicina general urgentes realizadas y categorizadas por afiliación	Mide la venta de Atenciones de Medicina General en el servicio de Urgencias y evalua la demanda por EAPB, para la toma de deciciones, la organización y oferta de este servicio.	Numero total de Consultas de Medicina Especializada realizadas en un periodo , por afiliación al SGSS (Pobre, Subsidiado, Contributivo, Otros)		Distribución de Frecuencia	Frecuencia Absoluta	Cifra entera	Si	Si	X		DGH. NET / Módulo de facturación		Facturador		Trimestral	Si		Contratacion personal medico; Incremento de la demanda de servicios; Cambios en la contratacion con EPS																					
	Produccón	Pacientes en Observación categorizado por afiliación	Cuantifica los pacientes atendidos en el servicio de urgencias y estubieron en observación	Numero de pacientes que estubieron en sala de observación en el servicio de urgencias, por afiliación al SGSS (Pobre, Subsidiado, Contributivo, Otros) durante un periodo		Distribución de Frecuencia	Frecuencia Absoluta	Cifra entera	Si	Si	X		DGH. NET / Módulo de facturación		Facturador		Trimestral	Si		Incremento de la demanda de servicios.																					

DILIGENCIÓ:
CARGO: FEDERICO MARQUEZ
LIDER DE SERVICIOS AMBULATORIOS

ESE Hospital Universitario ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01 / FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE: LIDER DE SERVICIOS AMBULATORIOS
FECHA DE ELABORACION: 4 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación: Con otros indicadores	Evaluación: Con el mismo indicador en la vigencia	Evaluación: Tendencia A	Evaluación: Tendencia D	Fuente N	Fuente D	Cargo del generador del dato N	Cargo del generador del dato D	Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Análisis	Observaciones	Plan de mejora SI	Plan de mejora NO
	Accesibilidad/Oportunidad	Oportunidad de la atención en la consulta medica especializada (cirugia general).	Determina el tiempo de espera del paciente para acceder a la consulta de Cirugia General	Sumatoria de días transcurridos entre la solicitud y la asignación de la consulta de cirugia general	Total de consultas médicas asignadas de cirugia general	Division	DIAS	Con una cifra decimal	Si	Si		X	DGH. NET / Módulo de citas médicas	DGH. NET / Módulo de citas médicas	Facturador	Coordinador de consulta externa	Mensual	Formulario Calidad y Ficha Técnica	Si	Contratacion personal medico; Incremento de la demanda de servicios; Cambios en la contratacion con EPS	7,9	Enero de 2011	10,0	63329	6332,9	Seguimiento	7,1	7,8	7,6	7,8	8,2	9,0	8,7	##	9,2	8,4	6,4	8,2	En ficha técnica se encuentra última vigencia.	Se observa una majoria en la oportunidad de atencion en consulta por cirugia general		
																										Reporte						7,0						9,0				
	Accesibilidad/Oportunidad	Oportunidad de la atención en la consulta medica especializada (pediatria).	Determina el tiempo de espera del paciente para acceder a la consulta de Pediatria	Sumatoria de días transcurridos entre la solicitud y la asignación de la consulta de pediatria	Total de consultas médicas asignadas de pediatria	Division	dias	Con una cifra decimal	Si	Si		x	DGH. NET / Módulo de citas médicas	DGH. NET / Módulo de citas médicas	Facturador	Coordinador de consulta externa	Mensual	Formulario Calidad y Ficha Técnica	Si	Contratacion personal medico; Incremento de la demanda de servicios; Cambios en la contratacion con EPS	7,9	Enero de 2011	10,0	13040	1304	Seguimiento																
																										Reporte																
	Accesibilidad/Oportunidad	Oportunidad de la atención en la consulta medica especializada (medicina interna).	Determina el tiempo de espera del paciente para acceder a la consulta de Medicina Interna	Sumatoria de días transcurridos entre la solicitud y la asignación de la consulta de medicina interna	Total de consultas médicas asignadas de medicina interna	Division	DIAS	Con una cifra decimal	Si	Si		X	DGH. NET / Módulo de citas médicas	DGH. NET / Módulo de citas médicas	Facturador	Coordinador de consulta externa	Mensual	Formulario Calidad y Ficha Técnica	Si	Contratacion personal medico; Incremento de la demanda de servicios; Cambios en la contratacion con EPS			30,0	34358	1145	Seguimiento																
																										Reporte																
	Accesibilidad/Oportunidad	Oportunidad de la atención en la consulta medica especializada (Gineco-obstetricia).	Determina lel tiempo de espera del paciente para acceder a la consulta de Gineco-obstetricia	Sumatoria de días transcurridos entre la solicitud y la asignación de la consulta de gineco-obstetricia	Total de consultas médicas asignadas de gineco-obstetricia	Division	DIAS	Con una cifra decimal	Si	Si		X	DGH. NET / Módulo de citas médicas	DGH. NET / Módulo de citas médicas	Facturador	Coordinador de consulta externa	Mensual	Formulario Calidad y Ficha Técnica	Si	Contratacion personal medico; Incremento de la demanda de servicios; Cambios en la contratacion con EPS	7	Enero de 2011	15,0	136896	9126	Seguimiento																
																										Reporte																
	Producción	Consultas de Medicina especializada realizadas categorizadas por afiliación	Mide la venta de Atenciones de Medicina Especializada por el servicio de Consulta Externa y evalua la demanda por EAPB, para la toma de deciciones, la organización y oferta de este servicio ambulatorio	Numero total de Consultas de Medicina Especializada realizadas en un periodo , por afiliación al SGSS (Pobre, No Poss, Subsidiado, Contributivo, Otros)		Distribución de Frecuencia	Frecuencia Absoluta	Cifra entera	Si	Si	X		DGH. NET / Módulo de Facturación		Facturador		Trimestral	Si		Contratacion personal medico; Incremento de la demanda de servicios.		Septiembre de 2011																				

DILIGENCIÓ: FEDERICO MARQUEZ
CARGO: LIDER DE SERVICIOS AMBULATORIOS

	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE: LIDER DE APOYO A LA ATENCION
FECHA DE ELABORACION: 10 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador		Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador en la vigencia	Tendencia A	Tendencia D	N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
	Calidad tecnica	Porcentaje de donantes con marcadores infecciosos positivos	Medir la reactividad total de los marcadores infecciosos procesados en nuestro banco de sangre tomando como referencia el valor de reactividad total obtenido por la red nacional de bancos de sangre en el año 2010.	Numero de unidades de sangre con pruebas positivas durante el mes	Numero total de unidades de sangre obtenidas durante el mes	Division	Relación Porcentual	Con una cifra decimal	X	X		X	Sistema de informacion hexabank (serología)	Sistema de informacion hexabank (donantes)	Bacteriologo Inmunoserologia	Bacteriologo Colecta Intramural y el extramural	Mensual	N.A	SI	Falta de insumos y reactivos para el procesamiento de las unidades de sangre.	8,70%	Mayo 31 de 2011	5,0%	40	800	Seguimiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
																										Reporte						x					x				
	Calidad tecnica	Indice para la seleccion de donantes	Medir la efectividad de las estrategias y criterios unificados correspondientes a la correcta selección del donante de sangre	Numero de donantes aptos en el mes	Numero de donantes potenciales del mes	Division	Relación Porcentual	Numero entero	X	X	X		Sistema de informacion hexabank	Sistema de informacion hexabank	Bacteriologo Colecta intramural y Colecta extramural	Bacteriologo Colecta Intramural y Colecta extramural	Mensual	N.A	SI	Falta de capacitacion al personal. Falta de adherencia a los procedimientos establecidos para la correcta seleccion de donantes de sangre.		Mayo 31 de 2011	80,0%	800	1000	Seguimiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
																										Reporte						x					x				
	Calidad tecnica	Porcentaje de donantes por reposición	Evaluar por medio de los datos obtenidos la disminucion de la donacion por reposicion por medio de la sensibilizacion realizada por el personal del banco de sangre al donante por reposisicón a realizar donaciones de tipo voluntario.	Numero de donantes por reposición aceptados en el banco de sangre durante el mes	Numero total de donantes aceptados en el banco de sangre durante el mes	Division	Relación Porcentual	Numero entero	X	X		X	Sistema de informacion hexabank	Sistema de información hexabank	Bacteriólogo Colecta intramural y Extramural	Bacteriólogo colecta intramural y extramural	Mensual	N.A.	SI	Pocas estrategias para la fidelización de donantes de sangre. Poca difusión de información en nuestro departamento sobre la donación voluntaria y altruista de sangre.	70%	Mayo 31 de 2011	60,0%	600	800	Seguimiento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
																										Reporte						X					X				
	Calidad tecnica	Porcentaje de donantes voluntarios	Medir la sensibilización de la población nortesantandereana acreca de la donación voluntaria de sangre	Numero de donantes voluntarios aceptados en el banco de sangre durante el mes	Numero total de donantes aceptados en el banco de sangre durante el mes	Division	Relación Porcentual	Numero entero	X	X	X		Sistema de informacion hexabank	Sistema de información hexabank	Bacteriólogo Colecta intramural y Extramural	Bacteriólogo colecta intramural y extramural	Mensual	N.A.	SI	Pocas estrategias para la fidelización de donantes de sangre. Poca difusión de información en nuestro departamento sobre la donación voluntaria y altruista de sangre.	30%	Mayo 31 de 2011	35,0%	200	800	Seguimiento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
																										Reporte						x					x				
	Accesibilidad / Oportunidad	Disponibilidad en cantidad de hemocomponentes solicitados para transfusión sanguínea	Garantizar la disponibilidad de los hemocomponentes solicitados para transfusión	Numero total de hemocomponentes enviados	Numero total de hemocomponentes soliciados	Division	Relación Porcentual	Numero entero	X	X	X		Sistema de informacion hexabank	Orden de solicitud de transfusion de hemocomponentes	Bacteriologo Servicio transfusional	Bacteriologo servicio transfusional	Mensual	N.A	SI	Falta de insumos. Falta de personal para la ejecucion de jornadas de donacion.			100,0%	100	100	Seguimiento Reporte	x	x	x	x	x	x x	x	x	x	x x				
	Gerencia del riesgo	Proporcion de detección, reporte y seguimiento en reacciones adversas a la donación	Detectar, reportar y realizar el seguimiento a las reacciones post donación	Número total de reacciones adversas a la donación, con seguimiento	Número total de donantes con reacciones adversas	Division	Relación Porcentual	Numero entero		x		x	Formato de reporte de reacciones adversas a la donación sanguinea	Formato de reporte de reacciones adversas a la donación sanguinea	Bacteriólogo Colecta intramural y Extramural	Bacteriólogo colecta intramural y extramural	Mensual	N.A	SI				100,0%																		

DILIGENCIÓ: NIDIA VICTORIA MARIÑO
CARGO: BACTERIOLOGA CON FUNCIONES DE CALIDAD

ESE Hospital Universitario ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01 / FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE: PROFESIONAL UNIVERSITARIA CONTABILIDAD
FECHA DE ELABORACION:

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación: Con otros indicadores	Evaluación: Con el mismo indicador en la vigencia	Evaluación: Tendencia A	Evaluación: Tendencia D	Fuente N	Fuente D	Cargo del generador del dato N	Cargo del generador del dato D	Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Análisis	Observaciones	Plan de mejora SI	Plan de mejora NO
1		Capital de trabajo	Muestra la diferencia entre los activos corrientes de la entidad con respecto a sus obligaciones o deudas exigibles en el corto plazo	Activo corriente x 100	Pasivo corriente	Menos	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Si		X	Balance general	Balance general	Profesional universitaria - contabilidad	Profesional universitaria - contabilidad	Trimestral	Hoja balance general	N	Na		#########	NA	NA	NA	Seguimiento															
																										Reporte															
2		Índice de solvencia	Determina la capacidad de la entidad para cubrir obligaciones a corto plazo indicando la disponibilidad por cada pesos de obligación	Activo corriente x100	Pasivo corriente	Dividido	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Si	X		Balance general	Balance general	Profesional universitaria - contabilidad	Profesional universitaria - contabilidad	Trimestral	Hoja balance general	N	Na		#########	NA	NA	NA	Seguimiento															
																										Reporte															
3		Prueba acida	Mide la capacidad de cubrir obligaciones a corto plazo indicando la disponibilidad por cada peso de obligación sin recurrir a la venta de inventarios	(Activo corriente - inventario) x 100	Pasivo corriente	Dividido	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Si	X		Balance general	Balance general	Profesional universitaria - contabilidad	Profesional universitaria - contabilidad	Trimestral	Hoja balance general	N	Na		#########	NA	NA	NA	Seguimiento															
																										Reporte															
4		Solidez	Capacidad de la entidad a corto plazo para demostrar su consistencia financiera	Activo totalx 100	Pasivo total	Dividido	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Si	X		Balance general	Balance general	Profesional universitaria - contabilidad	Profesional universitaria	Trimestral	Hoja balance general	N	Na		#########	NA	NA	NA	Seguimiento															
																										Reporte															
5	FINANCIERA	Grado de endeudamiento total o índice de propiedad	Proporción de endeudamiento de la entidad	Pasivo total x 100	Activo total	Dividido	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Si	X		Balance general	Balance general	Profesional universitaria - contabilidad	Profesional universitaria - contabilidad	Trimestral	Hoja balance general	N	Na		#########	NA	NA	NA	Seguimiento															
																										Reporte															
6		Razón de patrimonio a pasivos	Proporción de le entidad libre de endeudamiento	Patrimonio x 100	Pasivo total	Dividido	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Si		X	Balance general	Balance general	Profesional universitaria - contabilidad	Profesional universitaria - contabilidad	Trimestral	Hoja balance general	N	Na		#########	NA	NA	NA	Seguimiento															
																										Reporte															
7		Propiedad o razón de independencia financiera	Proporción de la entidad libre de endeudamiento	Patrimonio x 100	Activo total	Dividido	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Si	X		Balance general	Balance general	Profesional universitaria - contabilidad	Profesional universitaria - contabilidad	Trimestral	Hoja balance general	N	Na		#########	NA	NA	NA	Seguimiento															
																										Reporte															
8		Apalancamiento total	Mide el grado de compromiso del patrimonio para con los acreedores de la entidad	Pasivo total x 100	Patrimonio	Dividido	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Si	X		Balance general	Balance general	Profesional universitaria - contabilidad	Profesional universitaria - contabilidad	Trimestral	Hoja balance general	N	Na		#########	NA	NA	NA	Seguimiento															
																										Reporte															
9		Apalancamiento a corto plazo	Mide el grado de compromiso de la entidad para atender deudas de corto plazo	Pasivo corriente x100	Patrimonio	Dividido	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Si	X		Balance general	Balance general	Profesional universitaria - contabilidad	Profesional universitaria - contabilidad	Trimestral	Hoja balance general	N	Na		#########	NA	NA	NA	Seguimiento															
																										Reporte															
10		Margen de utilidad neta operacional	Rentabilidad de la entidad en desarrollo de su objeto social	Utilidad neta operacional x 100	Ventas netas	Dividido	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Si	X		Estado de actividad económica	Estado de actividad económica	Profesional universitaria - contabilidad	Profesional universitaria - contabilidad	Trimestral	Hoja de estado de actividad económic	N	Na		#########	NA	NA	NA	Seguimiento															
																										Reporte															
11		Utilidad sobre ingresos	Indica que porcentaje de la utilidad	Utilidad neta operacional x	Total ingresos	Dividido	Porcentaje	Con una cifra	No	Si	X		Estado de actividad	Estado de actividad	Profesional universitaria -	Profesional universitaria -	Trimestral	Hoja de estado de	N	Na		#########	NA	NA	NA	Seguimiento															

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE: PROFESIONAL UNIVERSITARIA CONTABILIDAD
FECHA DE ELABORACION:

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido											Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador en la vigencia	Tendencia																													
											A	D	N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
			corresponde al total de ingresos por todo concepto	100				decimal					económica	económica	contabilidad	contabilidad		actividad económica								Reporte																
12		Patrimonio	Indica parte del activo que es propiedad cierta de la entidad	Activo	Pasivo	Menos	Valor	Con una cifra decimal	No	Si	X		Balance general	Balance general	Profesional universitaria - contabilidad	Profesional universitaria - contabilidad	Trimestral	Hoja balance general	N	Na		#########	NA	NA	NA	Seguimiento																
																										Reporte																

DILIGENCIÓ: SANDRA PEREZ PRATO
CARGO: PROFESIONA UNIVERSITARIA CONTABILIDAD

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01 / FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE: PLANEACION
FECHA DE ELABORACION: 10 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación: Con otros indicadores	Evaluación: Con el mismo indicador en la vigencia	Evaluación: Tendencia A	Evaluación: Tendencia D	Fuente N	Fuente D	Cargo del generador del dato N	Cargo del generador del dato D	Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Ultimo dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Análisis	Observaciones	Plan de mejora SI	NO
	Calidad Técnica	Porcentaje de cumplimiento de auditorias Internas	En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles: 1. Autocontrol. 2. Auditoria Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoria interna. 3. Auditoria Externa.	Número de auditorias internas desarrolladas	Número de auditorias internas programadas	División	Relación Porcentual	Con una cifra decimal	No	Si	X		Formatos de auditoria	Cronograma de auditorias	Auditor de calidad	Auditor de calidad	Trimestral	NA	Si	Asignación de actividades adicionales a las programadas, Disponibilidad del personal del servicio.			80,0%	24	30	Seguimiento Reporte															
	Calidad Técnica	Porcentaje de ejecución del PAMEC	El programa de auditoria para el mejoramiento continuo es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. El MPS da una guia para el desarrollo del PAMEC cumpliendo la ruta critica. Este programa articula los componenetes del SOGC permitiendo la interacción para el mejoramiento de la gestión en salud dentro de la institución.	Número de fases de la ruta critica desarrolladas	Número de fases contempladas en la rutta critica del	División	Relación Porcentual	Con una cifra decimal	No	Si	X		Actas y documentos soportes del	Guía PAMEC del MPS	Auditor de calidad	Auditor de calidad	Trimestral	NA	Si	Disponibilidad de la alta dirección, Asignación de actividades			100,0%	8	8	Seguimiento Reporte															
	Gerencia del riesgo	Proporción de análisis causal de eventos adversos	La vigilancia de eventos adversos se encuentra planteada como una de las recomendaciones de las "Pautas de Auditoria", para el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. • La ocurrencia de eventos adversos le aporta información a la institución para la definición de los procesos prioritarios hacia los cuales debe enfocar su programa de auditoría • La vigilancia de la ocurrencia de los eventos adversos permitirá evaluar la medida en la cual la atención en salud ofrecida por la IPSs está consiguiendo los resultados centrados en el usuario de que trata la norma.	Número de eventos adversos con análisis causal	Número de eventos adversos reportados	División	Relación Porcentual	Con una cifra decimal	No	Si	X		Actas de análisis de casos	Informe de reportes de casos	Grupo de analisis de eventos adversos	Enfermera Epidemióloga estadistica	Trimestral	NA	Si	Ausencia de notificación de los servicios y del informe consolidado al área responsable del análisis.			100,0%	10	10	Seguimiento Reporte															
	Calidad Técnica	Certificación del cumplimiento de requisitos de habilitación.	El sistema de habilitación registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y cientifica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud.	Servicios certificados en el cumplimiento de habilitación	Total de servicios	División	Relación Porcentual	Con una cifra decimal	No	Si	X		Certificación del IDS	Registro especial de prestadores	Asesora de Planeación	Auditor de calidad	Semestral	NA	Si	Disponibilidad de recursos, compromiso de la alta dirección, Disponibilidad			100,0%	82	82																
	Calidad Técnica	Autoevaluación para la acreditación.	El Sistema de Acreditaciçon es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. La Resolución 2181 de 2008 establece que se debe implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio, en lo relacionado con el Ciclo de preparación para la Acreditación o Ciclo de Mejoramiento a que hace referencia el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 1445 de 2006. La implementación de este componente exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados.	Promedio de la calificación de los estándares de calificación aplicables.	NA	NA	Dato	Con dos cifras decimales	No	Si	X		Evaluación consolidada de estándares de acreditación	NA	Profesional de Apoyo Acreditación	NA	Semestral	NA	Si	Disponibilidad de recursos, compromiso de los grupos de trabajo, compromiso gerencial	1.86	Febero de 2011	5,00	5	NA															

DILIGENCIÓ: KATHERINE CALABRO-DIANA ROZO- OLGA LUCIA PEREZ
CARGO: AUDITORAS DE CALIDAD

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE:
FECHA DE ELABORACION:

No.	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato o cifra obtenido del reporte	Fecha de último dato o cifra obtenido (corte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido											Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador en la vigencia	Tendencia																														SI	NO
											A	D	N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
	De Destinación	IDD = Indicador de destinación desactivación	Requerimiento de la normatividad vigente Resolución 1164 de 2002.	Rd x100: (Cantidad de residuos sometidos a desactivación en Kg/ mes.)x100	RT = Cantidad total de Residuos producidos por el Hospital en Kg./mes.	IDD = Rd / RT x 100 (fórmula para medir el indicador de desactivación de los residuos hospitalarios y similares).	Porcentaje	sin decimales	no	no	N.A	N.A	Formato RH1	Formato RH1	Coordinador de servicios generales	Coordinador de servicios generales	semestral	no	no	N.A																						
	De Destinación	IDR = Indicador de destinación para reciclaje	Requerimiento de la normatividad vigente Resolución 1164 de 2002.	RR x 100= (Cantidad de residuos reciclados)x100	RT = Cantidad total de Residuos producidos por el Hospital en Kg./mes.	IDR = RR / RT x 100 (formula para medir el indicador de reciclaje de los residuos hospitalarios y similares).	Porcentaje	sin decimales	no	no	N.A	N.A	Formato RH1	Formato RH1	Coordinador de servicios generales	Coordinador de servicios generales	semestral	no	no	N.A																						
	De Destinación	IDI = Indicador de destinación para Incineración	Requerimiento de la normatividad vigente Resolución 1164 de 2002.	RIx100 = (Cantidad de residuos incinerados) x100	RT = Cantidad total de Residuos producidos por el Hospital en Kg./mes.	IDI = RI / RT x 100 (formula para medir el indicador de residuos incinerados de los residuos hospitalarios y similares).	Porcentaje	sin decimales	no	no	N.A	N.A	Formato RH1	Formato RH1	Coordinador de servicios generales	Coordinador de servicios generales	semestral	no	no	N.A																						
	De Destinación	Indicador de capacitación	Requerimiento de la normatividad vigente Resolución 1164 de 2002.	No. Personas Capacitadas x100	No. Total empleados	División	Porcentaje	sin decimales	no	Sí	x		Formato de asistencia(ESE HUEM-PLANEACIÓN	Listado de empleados	Ingeniera Ambiental	Líder de Talento Humano	Semestral	no	no	N.A																						
	De Destinación	INDICADOR DE CAPACITACIÓN	Requerimiento de la normatividad vigente Resolución 1164 de 2002.	No. capacitaciones mes x 100	No. Capacitaciones año	División	Porcentaje	sin decimales	no	no	N.A	N.A	Formato de asistencia(ESE HUEM-PLANEACIÓN ESE HUEM-OAP	Formato de asistencia(ESE HUEM-PLANEACIÓN ESE HUEM-	Ingeniera Ambiental	Ingeniera Ambiental	Semestral	no	no	N.A																						

DILIGENCIÓ:
CARGO:

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ "SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"	CODIGO:	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:	

RESPONSABLE:	LIDER DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
FECHA DE ELABORACION:	9 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación		Tendencia		Fuente *(Primaria de la información)*		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección *(inductores de variación)*	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis *(Periodicidad de análisis)*	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo	A	D	N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
EF16.1.1	Calidad Técnica	Proporción de reingreso de pacientes hospitalizados.	Puede deberse a factores clínicos y sanitarios, factores relacionados con el paciente y su entorno social y familiar, factores relacionados con la enfermedad o una combinación de todos; los primeros podrían ser evitados, no siempre los relacionados con la enfermedad; Dado que el reingreso se presenta como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la información dada al usuario, sobre la evolución del evento médico que la generó, este indicador se constituye en un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados; en consecuencia el seguimiento al comportamiento de la incidencia y tendencia de los reingresos hospitalarios es básico para para la toma de medidas tendientes a prevenir su ocurrencia.	Número total de reingresos al servicio de hospitalización en la misma institución y por la misma causa, dentro de los 20 días siguientes al alta, en el período.	Número total de egresos vivos durante el periodo.	División	Relación porcentual	Con una cifra decimal	sí	Sí	no	sí	Registro de egreso de Pacientes Hospitalizados	Registro de egreso de Pacientes Hospitalizados	Facturador	Facturador	Mensual		Sí	Se considera reingreso hospitalario todo ingreso con idéntico diagnóstico principal, dentro de los 20 días siguientes al alta. Su incidencia es influenciada por múltiples factores: clínicos y sanitarios, factores relacionados con el paciente y su entorno social y familiar, factores relacionados con la enfermedad o una combinación de todos.						Como insumo para la determinación de acciones de mejoramiento de la calidad.												mensual			
EF16.3.1	Efectividad de la atención en salud	Tasa de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas.	La tasa de mortalidad hospitalaria es un indicador utilizado para evaluar resultados relacionados con la atención en salud brindada durante la hospitalización del paciente y detectar problemas de calidad en la atención. Se encuentra directamente relacionado con características como el nivel de complejidad, niveles socio culturales y perfil epidemiológico de la población usuaria y por esta razón requiere de ajustes de riesgo sensibles.La cuantificación de la mortalidad hospitalaria puede considerarse una medida de la efectividad de las intervenciones hospitalarias, por cuanto en su incidencia participan factores como la gravedad del paciente, sus factores contextuales, la oferta de servicios la tecnología disponible y los aspectos relacionados con el desempeño clínico. En consecuencia, el análisis del comportamiento de este indicador es información básica para la toma de las decisiones relacionadas con la capacidad resolutiva de la institución en relación con la oportunidad, racionalidad técnica científica e integralidad de la atención.	Número total de pacientes que fallecen despues de 48 horas del ingreso al servicio.	Número total de egresos hospitalarios durante el periodo.	División	Relación porcentual	Con una cifra decimal	sí	Sí	no	sí	Registros de Egreso Hospitalario Censo diario de pacientes hospitalizados	Registros de Egreso Hospitalario (Censo diario de pacientes hospitalizados).	Facturador	Enfermera epidemiologa Estadistica	Semestral	si	no	Se encuentra directamente relacionado con características como el nivel de complejidad, niveles socio culturales y perfil epidemiológico de la población usuaria y por esta razón requiere de ajustes de riesgo sensibles. En su incidencia participan factores como la gravedad del paciente, sus factores contextuales, la oferta de servicios la tecnología disponible y los aspectos relacionados con el desempeño clínico.						La evaluación de resultados relacionados con la atención en salud brindada durante la hospitalización del paciente y desde luego como insumo para la determinación de acciones de mejoramiento de la calidad.												mensual			
SF16.3.1	Gerencia del Riesgo	Proporción de vigilancia de eventos adversos	Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles. Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.La incidencia de eventos adversos es un indicador de la seguridad de la atención. En efecto se un evento adverso es una situación que termina en daño no intencional al paciente, que ocurre por causa o con ocasión del servicio; del 30 al 70% son evitables y tienen un importante impacto en términos de prolongación de la estancia, discapacidad resultante, mortalidad asociada y costos. En consecuencia el seguimiento al comportamiento de la incidencia de eventos adversos en la institución, es fundamental para la toma de medidas relacionadas con la disminución del riesgo.	Número total de eventos adversos detectados y gestionados	Número total de eventos adversos detectados	División	Relación porcentual	Con una cifra decimal	sí	Si	sí	no	Acta de comité de eventos adversos	Acta de comité de eventos adversos	Comité de eventos adversos	Comité de eventos adversos	Semestral - Mensual	no	si			#¡REF!	###	####	####	La detección de problemas de calidad en la atención. Se encuentra directamente relacionado con características como el nivel de complejidad, niveles socio culturales y perfil epidemiológico de la población usuaria y por esta razón requiere de ajustes de riesgo sensibles.	##												mensual			
SG3.9.1	Gerencia del Riesgo	Tasa global de infecciones asociadas al cuidado de la salud.	Se define como la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito hospitalario o asistencial, como complicación de un proceso de atención. Es un indicador de la eficiencia de los procesos de asepsia y antisepsia utilizados para el control de microorganismos patógenos en el personal asistencial, las áreas físicas, los equipos y materiales de la institución. Puede ser utilizada en forma particular por servicios, procedimientos, periodos de tiempo u otras variables. Dado que son complicaciones en las que se conjugan diversos factores de riesgo que en su mayoría pueden ser susceptibles de prevención y control, el seguimiento a su comportamiento permite la aplicación de medidas preventivas y correctivas tendientes a disminuir los factores de riesgo que inciden en su génesis.	Número total de pacientes con infecciones adquiridas en hospitalización durante el periodo.	Número total de egresos de pacientes hospitalizados durante el periodo.	División	Relación porcentual	Con una cifra decimal	sí	Sí	no	sí	Ficha sistematizada de reporte de infecciones asociadas al cuidado de la salud	Registros de Egreso Hospitalario (Censo diario de pacientes hospitalizados).	Enfermera epidemiología	Enfermera epidemiologa Estadistica	Mensual			Dado que los eventos adversos se originan usualmente en forma no intencional en la provisión del cuidado de la salud en la institución, su incidencia está directamente influenciada por el grado de desarrollo de los programas de garantía de la calidad de la atención en la institución.																							mensual			
SG4.1.5	Seguridad en la atención del paciente	Tasa de reacciones adversas por medicamentos en pacientes hospitalizados.	En la presentación de complicaciones por medicamentos hospitalarios intervienen factores múltiples como son entre otros: las reacciones adversas inherentes al medicamento, la idiosincracia del paciente, error en la medicación, error en la administración, estado del producto, estado clínico del paciente, etc., por tanto, en muchos casos estas complicaciones pueden ser evitables; en consecuencia, el seguimiento al comportamiento de la incidencia de complicaciones medicamentosas es fundamental para la toma de medidas relacionadas con la disminución del riesgo y prevención de las complicaciones terapeuticas atribuibles a errores en los procesos de atención.	Número total de pacientes con reacciones adversas por administración de medicamentos, presentadas en el servicio de hospitalización durante el periodo.	Número total de egresos de pacientes hospitalizados durante el periodo.	División	Relación porcentual	Con una cifra decimal	sí	Sí	no	sí	Ficha sistematizada de reporte de reacciones adversas a medicamentos.	Registros de Egreso Hospitalario (Censo diario de pacientes hospitalizados).	Enfermera	Enfermera epidemiologa Estadistica	mensual																											mensual			
SG5.1.1	Seguridad en la atención del paciente	Tasa de reacciones adversas transfusionales.	En la presentación de reacciones transfusionales intervienen factores múltiples como son entre otros: error en la administración, estado del producto o derivado, estado clínico del paciente, etc., por tanto, en muchos casos estas complicaciones pueden ser evitables; en consecuencia, el seguimiento al comportamiento de la incidencia de reacciones transfusionales es fundamental para la toma de medidas relacionadas con la disminución del riesgo y prevención de las reacciones transfusionales atribuibles a dichos factores.	Número total de pacientes con reacciones adversas transfusionales presentadas en el servicio de hospitalización durante el periodo.	Número total de pacientes transfundidos durante el periodo.	División	Relación porcentual	Con una cifra decimal	sí	Sí	no	sí	Ficha sistematizada de reporte de reacciones transfusionales.	Sistema de información Hexabank	Enfermera	Banco de Sangre	mensual			El riesgo de reacción transfusional es influenciado por el volumen de unidades transfundidas y, por el grado de desarrollo de los programas de garantía de la calidad de la atención en la institución.																							mensual			

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"	CODIGO:	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:	

RESPONSABLE:	LIDER DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
FECHA DE ELABORACION:	9 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación		Tendencia		Fuente *(Primaria de la información)*		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección *(inductores de variación)*	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis *(Periodicidad de análisis)*	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo	A	D	N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
7	Producción de Servicios	Porcentaje Ocupacional	El porcentaje ocupacional refleja mide la proporción de la capacidad instalada realmente utilizada, lo cual depende tanto de la capacidad ofertada y como de la demanda del servicio; Dado que como oferta permanente de servicios, la unidad se constituye en centro de costos, su optimización es impactante como negocio para las finanzas de la institución; en consecuencia el seguimiento al comportamiento de la ocupación, es básico para la toma de medidas en relación tanto con la oferta como la calidad de la atención.	Número de días cama ocupada en un período de tiempo en el servicio de hospitalización	Número de días cama disponible en el mismo período de tiempo en el servicio de hospitalización	División	Relación porcentual	Con un dígito decimal	sí	Si	Si	no	Censo diario de pacientes hospitalizados.	Censo diario de pacientes hospitalizados.	Ingeniera de sistemas Estadistica	Ingeniera de sistemas Estadistica	Mensual	SI	si	En su resultado influyen tanto la disponibilidad de camas como la demanda de servicio.																				Mensual			
8	Producción de Servicios	Promedio día estancia de los egresos	En la estancia hospitalaria participan factores múltiples como la gravedad del paciente, administración de los recursos, la tecnología disponible y los aspectos relacionados con el desempeño clínico. oportunidad de la atención, continuidad, oportunidad de suministros. Es un indicador de la capacidad de gestión (diligencia) de la atención por parte de la organización; ; en consecuencia el seguimiento al comportamiento de la estanciahospitalaria, es información básica para la toma de medidas relacionadas con la asignación de recursos y la gestión de la calidad de la atención.	Número de días estancia de los egresos en el período	Número de egresos en el período	División	Días	Con un dígito decimal	sí	Si	no	sí	Censo diario de pacientes hospitalizados.	Censo diario de pacientes hospitalizados.	Ingeniera de sistemas Estadistica	Ingeniera de sistemas Estadistica	Mensual	SI	NA	Suministro oportuno de los recursos y desempeño clínico.																				Mensual			
9	Producción de Servicios	Giro Cama	El giro cama mide la producción (egresos) de la capacidad instalada, el número de egresos que produce una cama hospitalaria en el período (mes o año), es un indicador de eficiencia. El número de egresos, a su vez, es función de la estancia y del % ocupacional, mide el rendimiento de la cama en el período; en consecuencia el seguimiento al comportamiento del indicador, es básico para la toma de medidas en relación tanto con la oferta como la calidad del servicio.	Número total de egresos en un período	Número de camas disponibles en el mismo período	División	Pacientes por cama	Con un dígito decimal	sí	Si	Si	no	Censo diario de pacientes hospitalizados.	Censo diario de pacientes hospitalizados.	Ingeniera de sistemas Estadistica	Ingeniera de sistemas Estadistica	Mensual	si	NA	Capacidad ofertada y estancia hospitalaria de los egresos																				Mensual			

DILIGENCIO: HILMA LOZANO - LIDER DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO:	VERSIÓN DEL FORMAT	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE: LIDER DE APOYO A LA ATENCION
FECHA DE ELABORACION: 9 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Ultimo dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador en la vigencia	Tendencia																															
											A	D	N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
	Calidad tècnica producciòn	Número de estudios realizados en el servicio de patología en un periodo	Cuantificar la demanda de estudios de patología	Nùmero de estudios realizados en el servicio de patología	NA	Dato	Nùmero	Nùmero entero	si	si	x		Registro libro de ingreso		Auxiliar de patología								80%			Seguimiento	478	628	739	565	715											
		Nùmero de estudios con reproceso realizados en el servicio de patología en un periodo	Cuantificar el nùmero de reprocesos en cortes y coloraciòn por deficiencias en calidad en un periodo dado	Nùmero de estudios con reproceso realizados en el servicio de patología	Total de estudios procesados en el servicio de patología	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100	Nùmero	Con un decimal	no	no		x	Registro de patologos	Esatdistica mensual	Patòlogos	Auxiliar de patología	Mensual	no	no				0,3%			Seguimiento	0,20%	0,10%	0,40%	0,10%	0%								Permite disminuír el riesgo de procesamiento de estudios sin la calidad requerida			
		Oportunidad en la entrega	De la oportunidad en la entrega de ordenes procesadas, depende en gran medida la continuidad en el tratamiento del paciente	Promedio de tiempo (dias de espera)	Total de ordenes generadas	Divisiòn	Nùmero	Con un decimal	no	si		x	Indicador de oportunidad patología - DGH	Indicador de oportunidad patología - DGH	Auxiliar de patología	Auxiliar de patología	Mensual	no	si				8 dias hàbiles			Seguimiento																

DILIGENCIÓ: MARIA CLAUDIA RODRIGUEZ
CARGO: LIDER DE APOYO A LA ATENCION.

ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE: LIDER DE APOYO A LA ATENCION
FECHA DE ELABORACION: 9 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador en la vigencia	Tendencia A	Tendencia D	N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
	accesibilidad y oprtunidad	Oportunidad de servicios de imagenologia y diagnóstico general radiología simple	El tiempo de respuesta del prestador en la provisión de servicios de imagenología es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a una determinada IPS y escoger proveedor de servicios de salud dentro de la red de su asegurador y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio	Total de atenciones en servicios de imagenología	Se divide el numerador en el denomirador	dias	con un decimal	no				RIPS	RIPS	SISTEMAS	SISTEMAS	mensual		NO				#¡DIV/0!			Seguimiento																
																										Reporte																
	Gerencia del riesgo	Proporción de vigilancia de eventos adversos	Cuantificar el número de eventos adversos presentados en el servicio de imagenes, los cuales pudieron ser evitados.	Número total de eventos adversos detectados y gestionados	Número total de eventos adversos detectados	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por 100 para obtener una cifra porcentual	Relación porcentual	con un decimal	no			x	documento de analisis del evento	seguridad del paciente reporte colectivo de eventos	coordinador del servicio	coordinador del servicio	semestral		no				#¡VALOR!			Seguimiento																
																										Reporte																
	Gerencia del riesgo	Sobre exposición a radiaciones	Cuantificar las sobre exposiciones a radiaciones que se presentan en los funcionarios que realizan el procedimiento de toma de RX en el servicio de imagenologia de la IPS en un periodo determinado, para tomar medidas correctivas.	Numero de funcionarios(radiologos) expuestos a radicaciones con un resultado del nivel de medición mayor a 1.7 mSV.	Numero de radiólogos expuestos a radiaciones en el servicio	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por 100 para obtener una cifra porcentual	Relación porcentual	con un decimal	si			x	Reporte de lectura de dosimetría enviada.	Listado de funcionarios	Profesional de salud ocupacional	Coordinador de imágenes	semestral		NO				#¡VALOR!			Seguimiento													Para que la medición sea confiable es necesario que el personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes porte el dosímetro en una parte descubierta del cuerpo, así mismo que sea exclusivo para cada funcionario y que al final de la jornada se deje en el sitio de trabajo.			
																										Reporte																
	Calidad tecnica	Deficiencias de las placas de imagenologia o reportes de los procesos diagnósticos por imagenologia	Cuantificar el número de placas desechadas o rechazadas por deficiencia, lo cual no permite una adecuada lectura.	Número de placas de imagenologia que se descartan por presentar deficiencias.	Número total de actividades radiológicas en el periodo.	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por 100 para obtener una cifra porcentual	Relación porcentual	con un decimal	no	si		x	Formato de registro de placas deficientes	RIPS.- Formato de registro	Coordinador de imágenes		semestral		no							Seguimiento													Las placas deficientes generan errores en el diagnostico y por consiguiente mal manejo de los pacientes y complicaciones en su salud o enfermedad.			

ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE: LIDER DE APOYO A LA ATENCION
FECHA DE ELABORACION: 9 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido (reporte)	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador en la vigencia	Tendencia A	Tendencia D	N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
	Calidad tecnica	Complicaciones de procedimientos diagnósticos en particular de los procedimientos intervencionistas	Cuantificar las complicaciones que se presentan derivadas de tratamiento instaurado en la institución en un periodo determinado para tomar medidas tendientes a prevenir la ocurrencia de las mismas	Total de complicaciones terapéuticas en el periodo	Número total de pacientes atendidos en el servicio por periodo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por 100 para obtener una cifra porcentual	Relación porcentual	con un decimal	si	si		x	Formato de reporte del evento	RIPS.	Coordinador de imágenes	Registro de procedimientos intervencionistas de imágenes	semestral		no																			Indica la proporción de complicaciones terapéuticas ocurridas en el periodo			
	calidad tecnica produccion	Número de estudios de radiologia tomadas en el perido	Cuantificar la demanda de estudios de radiologia	Número de estudios de imagenologia tomadas en el periodo	NA	dato	numero	numero entero	si	si	x				Coordinador de imágenes		mensual		no																							
	calidad tecnica produccion	Número de ultrasonidos realizados en el servicio de imágenes en un periodo	Cuantificar la demanda de estudios de ultrasonido	Numero de ultrasonidos realizados en el servicio de imágenes	NA	dato	numero	numero entero	si	si	x				Coordinador de imágenes																												

DILIGENCIÓ: MARIA CLAUDIA RODRIGUEZ
CARGO: LIDER DE APOYO A LA ATENCION.

	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION

RESPONSABLE: LIDER DE SERVICIOS QUIRURGICOS
FECHA DE ELABORACION: 4 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador en la vigencia	Tendencia A	Tendencia D	N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
1	Eficacia Seguridad	Proporcion de mantenimientos preventivos en computadores institucionales	Demuestra la capacidad de la organización para disminuir el riesgo de ocurrencia de daños en la información institucional	No. De mantenimientos preventivos realizados X 100	No. de mantenimientos preventivos programados	División	Porcentaje	sin cifra decimal	no	si	x		formato hoja de vida de equipos(GIC-FO-SI-002)	Cronograma de mantenimientos preventivos	Técnico de Sistemas	Técnico de Sistemas y Profesional Universitario de Sistemas	Trimestral	No	Si	Disponibilidad del equipo al que se realizará mantenimiento. Insumos para realizar el mantenimiento			98,0%	58	60	Seguimiento Reporte															
2	Eficacia Oportunidad	Proporcion de cumplimiento en la publicación y promoción de Información que generan los clientes internos.	Demuestra la capacidad en la publicación y promoción de la información solicitada por los clientes internos	No. De Publicaciones y promociones realizadas X 100	No. De publicaciones y promociones solicitadas	División	Porcentaje	sin cifra decimal	No	Si	x		Formato Control de Publicaciones(GIC-FO-PS-022)	Formato Control de Publicaciones (GIC-FO-PS-022)	Jefe de Prensa, Comunicaciones y Mercadeo	Comunidad Hospitalaria	Trimestral	No	Si	Estado de las Herramientas tecnológicas Demoras en la entrega de la información por parte de la comunidad hospitalaria			97,0%			Seguimiento															
3	Eficiencia Oportunidad	Proporcion de cumplimiento en la entrega de respuestas oportunas de comunicaciones por Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones	Demostrar la aplicación de estandares de organización de la gestión documental en la E.S.E HUEM,	No. de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones contestadas por la E.S.E HUEM X 100	No.Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones recibidas en la E.S.E HUEM	División	Porcentaje	Sin cifra decimal	NO	SI	X		Registro de Comunicaciones enviadas GIC - FO - PL - 018	Registro de Comunicaciones recibidas GIC - FO - PL - 019	Auxiliar Administrativo de planta CEGDOC y/o cooperados	Auxiliar Administrativo de planta CEGDOC y/o Cooperados	Mensual	NO	SI	Inconformaidades de los pacientes usuarios, requerimientos o solicitudes de distintas tipos de Entidades, Instituciones o ciudadanos.						Seguimiento Reporte															
4	Eficiencia	Proporcion de cumplimiento en socialización de politicas de Gestión Documental en la E.S.E HUEM	Facilitar la socializacion de estandares de manejo de Gestión Documental en Archivos y Correspondencia.s, requerimientos, recibidas en la E.S.E HUEM, LEY 594 DE 2000(Ley General de Archivos, Acuerdo 060 de 2001, Manejo de Comunicaciones Oficiales)	No. de capacitaciones de gestión documental realizadas	No. de capacitaciones de gestión documental programadas X 100	División	Porcentaje	Una cifra decimal	NO	SI	X		Formato de asistencia a capacitaciones E.S.E HUEMOAPFA-2008-94	Cronograma de capacitaciones del CEGDOC	Profesional Tecnico en Gestión Documental	Asesora de Planeación	Bimestral	NO	SI	Solictudes escritas o verbaels de funcinarios de la E.S.E HUEM, desorganización documental, no aplicación de estandares de gestion documental						Seguimiento Reporte															
5	Eficacia	Cumplimiento del registro sistematizado del censo diario de pacientes	Mide el numero de inconsistencias detectadas en el censo diario de pacientes sistematizado	Nº de inconsistencias detectadas en el periodo en el censo sistematizado	Total de ingresos de pacientes en el periodo X 100	División	Porcentaje	Una cifra decimal	No	Si		x	Registros DGH NET 3.5	Registros DGH NET 3.5	Auxiliar Administrativo de ubicación de historias clínicas	Facturador	Mensual	No	SI	No tiene o es incorrecta la asignación del numero de la cama al ingreso del paciente en el servicio Enfermeria no informa los traslados de camas de los pacientes del servicio			90.0%			Seguimiento Reporte															

DILIGENCIÓ:
CARGO:

E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE:
FECHA DE ELABORACION:

No.	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato o cifra obtenido del reporte	Fecha de último dato o cifra obtenido (corte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con otro mismo indicador en la vigencia	Tendencia																															
											A	D	N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
1	OPORTUNIDAD	OPRTUNIDAD EN LA CONTESTACION DE DEMANDAS Y ACCIONES DE TUTELA	TOMAR MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR PERJUICIOS PATRIMONIALES EN CONTRA DE LA ESE HUEM	Nº DE PROCESOS CONTESTADOS EN TERMINO X 100	Nº PROCESOS FIJADOS EN LISTA (ADMINISTRATIVOS)	DIVISION	Porcentaje	Con una cifra decimal	si	si	x		ARCHIVOS ELECTRONICOS	Notificaciones por medio de la fijación en lista, expedida por el Juez de conocimiento		Juez competente	Trimestral	Procesos Judiciales	si	Notificaciones de los Juzgados Celebración de comité tecnico																							
																										Seguimiento	4	3,8	3,9	4	3,5	3,9	4,3	4	3,9	4,3	3,8	3,5	En ficha técnica se encuentra última vigencia. En formato de calidad se encuentra la última semestral	Se observa aumento en el número de cirugias realizadas.		X
																										Reporte						3,9						4				

DILIGENCIÓ:
CARGO:

	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE: GERENTE
FECHA DE ELABO 11 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido											Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador en la vigencia	Tendencia																E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
											A	D	N	D	N	D																										
	Calidad Técnica	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Desarrollo.	El plan de desarrollo tiene como objeto consolidar una herramienta de gestión que permita programar el desarrollo social y financiero constante y progresivo de la ESE HUEM durante la vigencia 2010 - 2012, garantizando la articulación de políticas estatales e institucionales. Una vez definidas las acciones, programas o proyectos que puedan adelantarse desde los diferentes servicios y / o áreas de la ESE HUEM, para determinar las estrategias a desarrollar desde la administración es necesario medir el porcentaje de cumplimiento alcanzado para asi establecer acciones oportunas.	Número de Logros alcanzados	Número de Logros Propuestos	División	Relación Porcentual	Con una cifra decimal	No	Si	X		Informes de la Gerencia a la Junta Directiva	Plan de desarrollo	Asesor de Planeación	Asesor de Planeación	Trimestral	NA	Si	Recursos de la Institución, El compromiso de los lideres de las diferentes áreas, factores externos como activación de planes de contingencia.	25,9%	31/01/2011	100,0%	27	27	Seguimiento													Los logros propuestos en el plan de desarrollo se encuentran desagregados en actividades para cumplimiento a traves del periodo. Se espera un aumento en el resultado del indicador con corte a diciembre de 2011.		
																										Reporte																
	Calidad Técnica	Cumplimiento en el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004.	La informacion a que hace referencia el Decreto 2193 de 2004 tiene por objeto establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional, las cuales serán de aplicación y obligatorio cumplimiento para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud.	Número de reportes oportunos, confiables, completos y coherentes en la vigencia cargados con éxito en el MPS	Número de reportes a realizar en la vigencia	División	Relación Porcentual	Con un número entero	No	Si	X		Página SIHO del MPS	Decreto 2193 de 2004	Contadora	MPS	Trimestral	Formularios 2193	Si	Fallas en el sistema, entrega de información interna en forma extemporanea.	20%	06/05/2011	100,0%	5	5	Seguimiento			1										Se estima la elaboración de cinco reportes que a medida que se cumplan las fechas de reporte trimestral se veran reflejadas en un aumento en el resultado del indicador con corte a diciembre de 2011.		
																										Reporte			1														
	Calidad Técnica	Calificación de la Gestión del Control Interno.	Mide el nivel de implementacion del sistema de control interno	Calificación emitida por el DAFP	no aplica	% implementación según escala	Relación porcentual	Dos cifras decimales	no	si	x		informe de control interno	informe de control interno	asesora control interno	no aplica	anual	NA	si	Según la escala establecida por el DAFP			#¡VALOR!			Seguimiento																
																										Reporte																
	Calidad Técnica	Procesos Judiciales contestados dentro del término legal, inlcuidas las tutelas.	Oportunidad de la gestion juridica	Total de procesos judiciales contestados dentro del término	Total de Procesos	Division	Relación porcentual	Dos cifras decimales	no	si		x	informe oficina juridica	informe oficina juridica	Asesor juridico	Asesor juridico	semestral	NA	si	lo notificado en el periodo evaluado						Seguimiento																
																										Reporte																
	Satisfacción/ Lealtad	Tasa de satisfacción global.	La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en la IPS	Número total de pacientes encuestados por la IPS	División	Relación Porcentual	Con una cifra decimal	No	Si	X		Encuestas de satisfacción en el periodo	Encuestas de satisfacción en el periodo	Coordinador SIAU	Coordinador SIAU	Semestral	Formulario de calidad	Si				90,1%	346	384	Seguimiento																	
																										Reporte																

DILIGENCIÓ: ALIX KARINE PEREZ MARTINEZ
CARGO: ASESORA DE PLANEACION

	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACIÓN:

RESPONSABLE: LIDER DE SERVICIOS QUIRURGICOS
FECHA DE ELABORACION: 4 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación: Con otros indicadores	Evaluación: Con el mismo indicador en la vigencia	Evaluación: Tendencia A	Evaluación: Tendencia D	Fuente N	Fuente D	Cargo del generador del dato N	Cargo del generador del dato D	Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato
1	Calidad - Accesibilidad Oportunidad	Proporción de cancelación de cirugía programada	Demuestra capacidad organizacional en la programación de las cirugías ante posibles eventos externos e internos	Número total de cirugías canceladas en el período	Número total de cirugías programadas en el período	División	Relación porcentual	Con una cifra decimal	Si	Si		X	Libro de programación y cancelación de cirugías	Libro de programación y cancelación de cirugías	Enfermera del servicio	Lider de Servicios Quirurgicos	Semestral	Formulario Calidad y Ficha Técnica	Si	Incremento del número de usuarios a atender, mantenimiento de equipos, obras de infraestructura, cambios en personal, políticas de autorización de EARP	3,8		4,6%	92	2000	Seguimiento Reporte
2	Calidad. Politica de Seguridad	Proporción de vigilancia de eventos adversos	Problema de Salud Pública .Evaluar la Seguridad en la atención Quirúrgica del paciente Incentivar el reporte para detectar riesgos y establecer plan de mejora	Número de Eventos detectados y Gestionados	Número total de Eventos Adversos Detectados *100	Proporcion	Relación porcentual	Con una cifra decimal	Si	Si	X		Herramiento 1 Formato MPS.DGH	Estadistica	Enfermera del servicio	Estadistica	diario	Formulario Calidad y Ficha Técnica		Impactar en eficiencia y efectividad Clinica . Planes de mejora e incremento de Barreras de Seguridad . Trabajar cultura de Seguridad del paciente						Incentivar Reporte para establecer planes de mejora.
3	Calidad	Tasa de satisfacción global	Los programas de Mejoria de la Calidad tienen la Satisfaccion del Usuario como un principio central . Herramienta de	Encuesta : Percepcion por Items	Numero de Usuarios	Division	Tasa	Con una cifra decimal	Si	Si	X		Encuestas	Números de Usuarios	Personal Apoyo	Censo	Semestral	Calidad		Accesibilidad . Gestion de la Comunicación Coordinacion entre los Servicios Internos . Capacidad Tecnologica y Oferta de Servicios . Tipo de Usuario atendido.						Evaluar grado de Satisfaccion, conocer percepcion y adelantar Mejoras
4	Accesibilidad-Oportunidad-Experiencia de Atención.	Oportunidad en la realización de cirugia programada	Disponer de un Indicador de Experiencia de atención del paciente basados en mediciones objetivas , para intervenir y mejorar	(Total Cirugias X oportunidad) Total Dias de espera	Total Numero de Cirugias	Multiplicacion y Division	Numero de Dias	Con una cifra decimal	Si	Si			Programacion	DGH	Servicio Qco	Se toma del sistema	Mensual	Formulario de Calidad Ficha Técnica	si	çaspectos de Tipo Administrativo,Tecnologico y Profesional						
5	Calidad	Complicaciones Quirurgicas inmediatas	Identificar eventos que interfieren en el proceso de atencion Quirurgica para generar planes de mejora.	Número total de de Complicaciones Quirurgicas	Número total de Procedimientos Realizados en el Periodo	División	Relación porcentual	Numero %	Si	Si		X	RIPS Quirurgicos	DGH	Especialista Quirurgico	Coordinador y Lider de Servicios Quirurgicos	Mensual	Formulario de Calidad Ficha Técnica	No	Politicas Institucionales con referencia a Contratación .Eventos tecnicos, Administrativos y Profesionales						Monitoreo - Intervencion de mejora .
6	Calidad	Complicaciones Anestesicas	Indicador de Seguridad en la atención Quirúrgica	Número de complicaciones anestésicas en la IPS.	Número total de Procedimientos Realizados en el Periodo	División	Relación porcentual	Numero %	Si	Si		X	RIPS Quirurgicos	DGH	Especialista Quirurgico	Coordinador y Lider de Servicios Quirurgicos	Mensual	Formulario de Calidad Ficha Técnica	No	Politicas Institucionales con referencia a Contratación .Eventos tecnicos, Administrativos y Profesionales						
7	Calidad	Complicaciones Terapéuticas (medicamentosas y transfusionales).	Cuantificar el número de complicaciones derivadas de tratamientos administrados y transfusiones	Número de complicaciones por medicamentos administrados en quirófano	Número total de pacientes medicados intrahospitalario en el HUEM, en el periodo.	División	Relación porcentual	Número %	Si	Si		X	Formato de reporte de evento adverso con medicamentos. Planilla mensual de notificación de eventos adversos	Farmacia	Medico Auxiliar de Enfermeria, Enfermera Jefe , Auxiliar Administrativa Regente Farmacia	Regente de Farmacia	Trimestral	Ficha de Calidad	No	Politicas institucionales para suministro y control de medicamentos						
8	Calidad	Mortalidad Quirúrgica	Evaluar la mortalidad ocurrida en los pacientes de cirugía (ambulatorios - Hospitalizados) en el periodo y establecer si son eventos prevenibles y establecer correctivos	Total de muertes por quirúrgicas por Especialidad en el periodo	Total de muertes quirúrgicas en el periodo	División	Relacion Porcentual	Con una cifra decimal	Si	Si		X	Certificado de Defunción. Epicrisis - RIPS	Estadistica	Médico Especialista, Anestesiologo, Enfermera Jefe	Coordinador Quirurgico por especialidad	Mensual	Ficha de Calidad	No	Tipo de paciente - Especialidad , tiempo Quirurgico						
9	Calidad -Seguridad en la Atención	Infecciones Quirúrgica . Proporción de Incidencia de Infección del Sitio Operatorio ISO	Prevenir la Infección Nosocomial más frecuente en Hospitales implica altos costos sociales y economicos. Mide la calidad de un Servicio Quirugico		Total de Pacientes operados en la Institucion en el mismo periodo	Division	Relación Porcentual	Con una cifra	Si	Si		X	Reporte Epidemiologia	DGH	Epidemiologia	Coordinador y Lider Servicios Quirurgicos	Trimestral	Formulario Caliidad , Indicador de Seguridad	si	Tipo de Herida , Tiempo y complejidad del Procedimiento . Germenes Hospitalarios. Factores inherentes al paciente . Técnica Aseptica.						Monitoreo, Intervenir los factores
10	Calidad	Razon de Mortalidad Materna	Conocer el volumen de muertes asociadas al embarazo.	Numero de mujeres que fallecieron por causa relacionada con el embarazo o el parto antes de 42 dias del embarazo por cada	Número de Nacidos Vivos	Division	Relacion Porcentual	Numero %	Si	Si		X	Certificados de Defunción	Estadistica	Medicos	Coordinador del Area	Mensual	Formulario Calidad y Ficha Técnica	Si	Acceso y calidad a las Atenciones de Salud . Seguimiento Médico continuo, traslado efectivo y oportuno a niveles especializados , acceso real a servicios de Urgencias. Patologias asociadas.						
11	Calidad	TASA MORTALIDAD PERINATAL	Evaluar la calidad de la Atención prenatal posterior a 28 semanas, la atención del parto, puerperio y los cuidados del Recien Nacido en sus primeros 8 dias de vida.	suma del número de muertes fetales tardías (28 o más semanas gestación) y el número de muertes neonatales precoces (menos de 7 dias)	el número de nacidos vivos (denominador) en dicho año multiplicado por mil.	División	tasa	Número por mil	si	si		X	Certificado Defuncion	Certificados de Nacidos Vivos	Especialista	Coordinador del Area	Anual	Indicadores de Efectividad en atencion en Salud		Asociado a la calidad de Atención que se brinda durante el cuidado prenatal,atencion del parto y atención del Recien Nacido . Factores relacionado con la enfermedad que pueden sufrir madres e hijos como tambien con el desarrollo social y Tecnológico de la Sociedad en terminos de Calidad en la Prestación de Servicios						
12	Calid - Efectividad	Proporcion de Nacimiento por Partos	Conocer la Proporción de los partos atendidos en unalnstitucion de Salud, con relacion al numero de Nacidos vivos	Numero de partos atendidos en un periodo	Total de Nacimientos atendidos en la Institucion en el mismo periodo	División	Relación porcentual	Porcentaje	si	si		X	RIPS	RIPS	Médico general-Especialista	Coordinador del Area	Mensual	Indicadores de Efectividad en atencion en Salud		Funcionamiento del Sistema, Oferta de Servicios y Referencia de otros niveles						
13	Calidad -Efectividad	Proporcion de Nacimientos por Cesarea	Conocer la Proporción de Cesareas atendidos en un periodo , con relacion al numero de Nacidos vivos	Numero total de Cesareas realizadas en un periodo	Total de Nacimientos atendidos en la Institucion	División	Relación porcentual	porcentje	si	si		X	RIPS	RIPS	Especialita	Coordinador del Area	Mensual	Indicadores de Efectividad en atencion en Salud	X	Acceso a los Servicios Obstetricos . Que esten Clinicamente indicadas . Cultura			#¡VALOR!			Seguimiento Reporte

COD	Valor Real Obtenido: E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Análisis	Observaciones	Plan de mejora: SI	Plan de mejora: NO	SUGERENCIAS
1	4	3,8	3,9	4	3,5	3,9 3,9	4,3	4	3,9	4,3	3,8	3,5 4	En ficha técnica se encuentra última vigencia. En formato de calidad se encuentra la última semestral	Se observa aumento en el número de cirugias realizadas.		X	causas. Especialidades
2	1	1															replantear politica, evaluar proporcion EA / E incidentes
3																	copia de modelo de encuesta a los servicios.
4																	centralizar la programacion, desagregar en oportunidad de la urgencia, urgencia diferida, cirugia electiva por CE, problemas detectados en el sistema(complejo)
5																	rediseñar hoja posterior del rips, inlcuyendo: EA (si o no), eventos incidentes, complicaciones (si o no) anestesicos y quirurgicos, hallazgos, procedimiento.
6																	Trabajar con los coordinadores de anestesia, cx general (todos) para definir complicaciones.
7																	fecha de reuniones: se programan con la lider de s. qx. Viernes 27 de mayo, (ultimos viernes de cada mes) hora: 7 am.
8													se hace general y se desagrega; programada o de urgencia, trans y postoperatorio inmediato.				
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	

DILIGENCIÓ: CONSTANZA BECERRA
CARGO: LIDER DE SERVICIOS QUIRURGICOS.

A partir de estudios realizado por OMS, se ha llegado a establecer que la relación entre el número de partos por cesáreas con respecto al número de partos vaginales, no debe ser mayor a 15%. Una mayor relación significa que se estaría realizando una práctica inadecuada en la atención de los partos.(6)

PROPORCION DE USUARIOS QUE PUDIERON ELEGIR LIBREMENTE LA IPS

ESE Hospital Universitario ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE: LIDER DE PROGRAMA DE RECURSOS FINANCIEROS
FECHA DE ELABORACION:

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador en la vigencia	Tendencia																E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
											A	D	N	D	N	D																										
1	FINANCIERO	Proporcion de cartera mayor de 365 dias	Evalúa eficiencia y eficacia en Cartera, Financiera y Subgerencia Administrativa, y Política de pago de EAPB y SGSSS	Cartera mayor de 365 días x 100	Cartera total	División	Porcentaje	Sin decimal	No	Si		X	Edad con interes DG.NET.3.5	Edad con interes DG.NET.3.5	Profesional Universitario Cartera	Profesional Universitario Cartera	Trimestral	Cartera por deudor	NA	NA			NA	NA	NA	Seguimiento																
		Proporcion de cartera entre 180 y 365 días	Evalúa eficiencia y eficacia en Cartera, Financiera y Subgerencia Administrativa, y Política de pago de EAPB y SGSSS	Cartera entre 180 y 365 días x 100	Cartera total	División	Porcentaje	Sin decimal	No	Si		x	Edad con interes DG.NET.3.5	Edad con interes DG.NET.3.5	Profesional Universitario Cartera	Profesional Universitario Cartera	Trimestral	Cartera por deudor	NA	NA			NA	NA	NA	Seguimiento																
		Proporcionde Cartera entre 90 y 180 días	Evalúa eficiencia y eficacia en Cartera, Financiera y Subgerencia Administrativa, y Política de pago de EAPB y SGSSS	Cartera entre 90 y 180 días x 100	Cartera total	División	Porcentaje	Sin decimal	No	Si		x	Edad con interes DG.NET.3.5	Edad con interes DG.NET.3.5	Profesional Universitario Cartera	Profesional Universitario Cartera	Trimestral	Cartera por deudor	NA	NA			NA	NA	NA	Seguimiento																
		Proporcion de Cartera entre 60 y 90 días	Evalúa eficiencia y eficacia en Cartera, Financiera y Subgerencia Administrativa, y Política de pago de EAPB y SGSSS	Cartera entre 60 y 90 días x 100	Cartera total	División	Porcentaje	Sin decimal	No	Si		x	Edad con interes DG.NET.3.5	Edad con interes DG.NET.3.5	Profesional Universitario Cartera	Profesional Universitario Cartera	Trimestral	Cartera por deudor	NA	NA			NA	NA	NA	Seguimiento																
		Proporcion deCartera entre 30 y 60 días	Evalúa eficiencia y eficacia en Cartera, Financiera y Subgerencia Administrativa, y Política de pago de EAPB y SGSSS	Cartera entre 30 y 60 días x 100	Cartera total	División	Porcentaje	Sin decimal	No	Si		x	Edad con interes DG.NET.3.5	Edad con interes DG.NET.3.5	Profesional Universitario Cartera	Profesional Universitario Cartera	Trimestral	Cartera por deudor	NA	NA			NA	NA	NA	Seguimiento																
		Proporcion de Cartera menor de 30 días	Evalúa eficiencia y eficacia en Cartera, Financiera y Subgerencia Administrativa, y Política de pago de EAPB y SGSSS	Cartera menor de 30 días x 100	Cartera total	División	Porcentaje	Sin decimal	No	Si		x	Edad con interes DG.NET.3.5	Edad con interes DG.NET.3.5	Profesional Universitario Cartera	Profesional Universitario Cartera	Trimestral	Cartera por deudor	NA	NA			NA	NA	NA	Seguimiento																
		Porcentaje de Recaudo de vigencias anteriores por venta de servicios de salud	Demuestra que tan eficiente es la ESE en la recuperación de los recursos generados por la venta de servicios en salud en vigencias anteriores	Recaudo de cartera de vigencias anterior x 100	Cartera total de vigencias anterior	División	Porcentaje	Sin decimal	No	Si	X		Relacion de Pagos x vigencia DG.NET.3.5	Relacion de Pagos x vigencia DG.NET.3.5	Profesional Universitario Cartera	Profesional Universitario Cartera	Trimestral	Hoja estado de actividad	NA	NA			NA	NA	NA	Seguimiento																
		Porcentaje de Recaudo de Cartera en vigencia actual por venta de	Demuestra que tan eficiente es la ESE en la recuperación de los recursos generados por la venta de servicios en la vigencia actual	Recaudo de cartera de esta vigencia x 100	Cartera total de vigencia actual	División	Porcentaje	Sin decimal	No	Si	X		Relacion de Pagos x vigencia DG.NET.3.5	Relacion de Pagos x vigencia DG.NET.3.5	Profesional Universitario Cartera	Profesional Universitario Cartera	Trimestral	Hoja estado de actividad	NA	NA			NA	NA	NA	Seguimiento																
		Porcentaje de Recaudo total por venta de servicios de salud .	Demuestra que tan eficiente es la ESE en la recuperación de los recursos totales generados por la venta de servicios en salud	Recaudo total x 100	Cartera total	División	Porcentaje	Sin decimal	No	Si	X		Relacion de Pagos x vigencia DG.NET.3.5	Relacion de Pagos x vigencia DG.NET.3.5	Profesional Universitario Cartera	Profesional Universitario Cartera	Trimestral	Hoja estado de actividad	NA	NA			NA	NA	NA	Seguimiento																

DILIGENCIÓ: MARLENE COTAMO
CARGO: COORDINADORA CARTERA

Hospital Universitario ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACIO N:

RESPONSABLE: LÍDER DE RECURSOS FÍSICOS
FECHA DE ELABORACION: 12 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador en la vigencia	Tendencia																E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
											A	D	N	D	N	D																											
1	Producción	Proporción de kilogramos de ropa lavada	Demuestra capacidad organizacional en la realizacion de kilogramo de ropa lavada ante posibles eventos externos e internos	Número total de kilogramos de ropa lavada en el período X 100.	Número total de kilogramos de ropa por lavar en el período.	División	Porcentaje	Con una cifra decimal	Sí	Sí	X		Formato de control de lavandería para kilogramos de ropa	Formato de control de lavandería para kilogramos de ropa	Líder de Recursos Fisicos	Coordinador de mantenimiento.	Mensual	No	Sí	Incremento del número de Kilogramos de ropa lavada a suministrar, mantenimiento de equipos, obras de infraestructura, cambios en personal, adquisicion de insumos, retardo de entrega por parte del proveedor.						Seguimiento																	
																										Reporte																	
2	Eficacia	Proporción de mantenimiento preventivo planinificado no realizados en dotacion de equipo biomedico	Demuestra capacidad organizacional en la realizacion de mantenimientos preventivos planificados en dotacion de equipos biomedicos ante posibles eventos externos e internos	Número total de mantenimiento preventivo planificado en dotacion de equipo biomedico no realizados en el período X 100	Número total de mantenimiento preventivo planificado en dotacion de equipo biomedico en el período	División	Porcentaje	Con dos cifra decimal	Sí	Sí		X	Formato GRF-FO-MT-013 de control rutina de mantenimiento preventivo planificado de dotacion de equipos biomédicos	Formato GRF-FO-MT-013 de control rutina de mantenimiento preventivo planificado de dotacion de equipos biomedicos	Ingeniera biomedica y Ing. Profesional universitario Mantenimiento	Líder de Recursos Fisicos	Trimestral	No	Sí	Compra de materiales y repuestos, Incremento del número solicitudes a atender, falta de recurso humano capacitado						Seguimiento																	
																										Reporte																	
3	Eficacia	Proporción solicitudes de mantenimiento correctivo no realizadas en infraestructura y dotacion	Demuestra capacidad organizacional en la realizacion solicitudes de mantenimiento correctivo en infraestructura y dotacion ante posibles eventos externos e internos	Número total de solicitudes de mantenimiento correctivo en infraestructura y dotacion no realizadas en el período X 100	Número total de solicitudes de mantenimiento correctivo en infraestructura y dotacion realizadas en el período	División	Porcentaje	Con una cifra decimal	Sí	Sí		X	Libro de registro de solicitudes de infraestructura y dotacion	Libro de registro de solicitudes de infraestructura y dotacion	Auxiliar administrativo de mantenimiento y Ing. Profesional universitario Mantenimiento	Líder de Recursos Fisicos	Trimestral	No	Sí	Compra de materiales y repuestos, Incremento del número solicitudes a atender, falta de recurso humano capacitado						Seguimiento																	
																										Reporte																	
4	Eficacia	Proporción pedidos solicitados por servicio no entregados	Demuestra capacidad organizacional en la entrega de pedidos por servicio	Número total de pedidos por servicio no entregados en el período X 100	Número total de solicitudes por servicio en el período.	División	Porcentaje	Con una cifra decimal	Sí	Sí		X	Formato de control de pedidos de almacen	Formato de control de pedidos de almacen	Técnico Administrativo Almacen	Líder de Recursos Fisicos	Mensual	No	Sí	La no existencia de elementos.						Seguimiento																	
																										Reporte																	
5	Eficacia	Proporción capacitaciones de gestion ambiental no realizadas	Demuestra capacidad organizacional en la realizacion de capacitaciones de gestion ambiental ante posibles eventos externos e internos	Número total de capacitaciones de gestion ambiental no realizadas en el período X 100	Número total de capacitaciones de gestion ambiental programadas en el período	División	Porcentaje	Con una cifra decimal	Sí	Sí		X	Formato OAP-FA-2008-94 de asistencia	Formato OAP-FA-2008-94 de asistencia	Ingeniera Ambiental	Líder de Recursos Fisicos	Trimestral	No	Sí	Imcumplimiento del personal programado para dicha capacitacion, falta de implementos logisticos, falta de infraestructura fisica para realizar el evento						Seguimiento																	
																										Reporte																	

DILIGENCIÓ: JOSE LUIS MORA VELANDIA
CARGO: LÍDER DE RECURSOS FISICOS

ESE Hospital Universitario ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01 / FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE: LIDER DE RECURSOS FINANCIEROS
FECHA DE ELABORACION: 4 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador en la vigencia	Tendencia																														SI	NO
											A	D	N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
1	Financiera, eficiencia, eficacia	Valor de la venta de servicios de la ESE	Util para determinar la venta de servicios de salud de la ese y para construccion de indicadores	Valores facturados cada mes	Na	Sumatoria	Valor	En pesos	Si	Si	X		Dgh net	Na	Coord facturacion y auditoria	Na	Mensual	Si	No	Na			Na	Na	Na	Seguimiento																
																										Reporte																
2	Financiera eficacia, oportunidad	Porcentaje de cuentas por cerrar o facturar	Muestra la eficacia y oportunidad del proceso de facturacion de la ese	Numero de cuentas pendientes de cerrar x 100	Numero de cuentas abiertas durante el mes (cerradas y abiertas)	Division	Porcentaje	Con una cifra decimal	Si	Si	X		Informes dgh net	Informes dgh net	Coord facturacion y auditoria	Coord facturacion y auditoria	Mensual	No	No	Na			Na	Na	Na	Seguimiento																
																										Reporte																
3	Financiera, oportunidad, eficiacia	Porcentaje de facturacion radicada	Muestra la eficacia en el proceso de facturacion para la emision y entrega de las facturas a cartera y a su vez la eficacia de cartera en la radicacion	Valor de la facturacion radicada trimestre x 100	Valor de la facturacion emitida trimestre	Division	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Si	X		Informes dgh net	Informes dgh net	Coordinador cartera	Coord facturacion y auditoria	Trimestral	Si	No	Na			Na	Na	Na	Seguimiento																
																										Reporte																X
4	Financiera, eficacia pertinencia	Porcentaje de glosa total aceptada por la ese	Muestra la eficacia y pertiencia en la facturacion de la ese	Valor de las glosas aceptadas trimestre x100.	Valor de la facturacion del periodo objetado	Division	Porcentaje	Con una cifra decimal	Si	Si		X	Informes dhg net	Informes dhg net	Coord facturacion y auditoria	Coord facturacion y auditoria	Trimestral	Si	No	Na			Na	Na	Na	Seguimiento																
																										Reporte																

DILIGENCIÓ: HILMA LOZANO
CARGO: COORDINADORA FACTURACION Y AUDITORIA

ESE Hospital Universitario ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

RESPONSABLE:
FECHA DE ELABORACION:

No.	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato o cifra obtenido del reporte	Fecha de último dato o cifra obtenido (corte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador en la vigencia	Tendencia																															
											A	D	N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
	Eficacia-calidad	Tiempo promedio para la gestión de requerimiento de bienes y servicios	Mejorar el tiempo del proceso de requisición	Tiempo promedio real de la requisición o nota de pedido	Tiempo programado(5 días)	Resta	Días	Sin decimales	No	Sí		X	Hoja de ruta	N/a	Líder de recursos físicos		Trimestral	N/a	Sí	Presupuesto																						
	Eficacia-calidad	Oportunidad en el desarrollo en las etapas de para la adquisión de bienes	Medir la oportunidad de la adquisión de bienes	Tiempo promedio real de atención de la solicitudes de otro sí y contratos	Tiempo estándar de la atención de las solicitudes de otrosí y contratos(10 días para contratación directa y 30 para convocatoria publica)	División	Valor	Dos decimales	No	Sí		X	Hoja de ruta	Pliego de condiciones	Auxiliar administrativa de Subgerencia administrativa	Asesor jurídico de contratación	Trimestral	N/a	Sí	Presupuesto declaratorias de desierta																						
	Eficiencia	Rentabilidad de la adquisición	Establecer políticas de adquisición y toma de decisiones gerenciales	Valor de venta de bienes y servicios	Valor de compra de bienes y servicio	División	Porcentaje	Dos decimales	No	Sí	X		DGH para Bienes, Contrato	DGH., contrato	Farmacia (bienes) y contratación (servicios)	Farmacia (bienes) y Subgerencia de servicios de salud (servicios)	Semestral	N/a	Sí	Oferta y demanda																						

DILIGENCIÓ:
CARGO:

		CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:
ESE Hospital Universitario ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**			

0

RESPONSABLE: LIDER DE TALENTO HUMANO
FECHA DE ELABORACION: 2 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado (CIFRAS DECIMALES)	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Ultimo dato obtenido del proyecto	Fecha del último dato obtenido (mm/aa)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis	Observaciones	Plan de mejora	
									Con otros indicador	Con el mismo indicador	Tendencia																E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SI	NO
											A	D	N	D	N	D																										
1	Eficiencia-Oportunidad-Ejecucion	Costo total anual personal de planta	Demuestra el costo total causado por la entidad en la nomina de peRsonal de planta, reporte entregado al IDS para posterior envio al MPS	Costo causado (sueldos, prestaciones sociales, seguridad social, parafiscales) x 100	Presupuesto inicial aprobado (sueldo, prestaciones sociales, seguridad social, parafiscales)	División	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Sí		X	Nóminas mensualizadas realizadas por TH	Presupuesto inicial aprobado por junta directiva	Líder TH	Líder TH	Anual	Recursos Humanos	Sí	Personal retirado y personal nuevo, licencias no remuneradas, incapacidades por: enfermedades profesionales, enfermedad general, accidentes de trabajo, licencias de maternidad y paternidad						Seguimiento																
																										Reporte																
2	Oportunidad-Ejecucion	OPS	Casos de suma o extrema urgencia en actividades que no pueden ser desarrolladas por el personal de planta.	Numero de OPS	N/A	Suma	Valor	Sin cifra decimal	No	Sí		X	Solicitudes de los servicios	N.A	Líder TH	N/A	Trimestral	Contratación	Sí	Según necesidades y requerimientos de cada servicio.						Seguimiento																
																										Reporte																
3	Impacto	Número de accidentes de trabajo gestionados durante la vigencia	Analizar la gestión de la institución para el reporte de la accidentalidad laboral que presenta el personal de planta	Cantidad de accidentes gestionados durante el periodo x 100	Total de accidentes de trabajo reportados	División	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Sí	X		Formatos de accidentes de trabajo radicado por la ARP	Informes de accidentes de trabajo avalado por el jefe inmediato	Líder TH	Líder TH	Anual	No aplica	Sí	Actividades de promocion y prevencion de la accidentabilidad laboral.						Seguimiento																
																										Reporte																
4	Impacto	Frecuencia de accidente de trabajo	Analizar la accidentalidad laboral que presenta el personal de planta anualmente	Total de accidentes de Trabajo x 100	Numero de trabajadores	División	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Sí		X	Formatos de accidentes de trabajo radicado por la ARP	Nómina Planta actual	Líder TH	Líder TH	Anual	N/a	Sí	Actividades de promocion y prevencion de la accidentabilidad laboral.						Seguimiento																
																										Reporte																
5	Impacto-ejecucion	Capacitación y formacion	Brindar información, herramientas y habilidades mejorando el ambito del ser, saber y el hacer.	Numero de capacitaciones ejcutadas x 100	Numero de capacitaciones programadas	División	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Sí	X		Formato lista de asistencia	Cronograma de capacitacion institucional	Psicólogo Organizacional	Líder TH	Trimestral	N/a	Sí	Comportamientos, actitudes, conocimiento, aptitud, competencia.						Seguimiento																
																										Reporte																
6	Impacto-ejecucion	Induccion-Reinduccion	Difundir la informacion basica con respecto a la plataforma estrategica, procesos y procedimientos	Numero de inducciones-reinducciones ejecutadas x 100	Numero de inducciones-reinducciones programadas	División	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Sí	X		Formato lista de asistencia	Cronograma de induccion-reinduccion institucional	Psicólogo Organizacional	Líder TH	Trimestral	N/a	Sí	Comportamientos, actitudes, conocimiento, aptitud, competencia.						Seguimiento																
																										Reporte																
7	Impacto-ejecucion	Bienestar social y laboral	Realizacion de actividades con el objetivo de resaltar su desempeño y mejorar calidad laboral.	Numero de actividades ejecutadas x 100	Numero de actividades programadas.	División	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Sí	X		Formato lista de asistencia	Cronograma de incentivos y bienestar social institucional	Psicólogo Organizacional	Líder TH	Trimestral	N/a	Sí	Ambiente laboral, clima organizacional, requerimientos de los servidores publicos y incentivos legal e institucionalmente establecidos.						Seguimiento																
																										Reporte																
8	Oportunidad-Ejecucion	Derechos de peticion laborales	Cumplimiento a la constitucion y normas legales que regulan la materia y a solicitud de parte.	Numero de derechos de peticion despachados x 100	Numero de derechos de peticion impetrados	División	Porcentaje	Con una cifra decimal	No	Sí	X		Oficio de respuesta por parte de la entidad	Solicitud impetrada por el peticionario	Profesional Universitario del Derecho de Talento humano	Profesional Universitario del Derecho de Talento humano	Trimestral	N/a	Sí	Historia laboral, peticiones y respuestas anteriores, fallos y/o sentencias judiciales y jurisprudencia sobre la materia.						Seguimiento																
																										Reporte																

DILIGENCIÓ: MARCO ANTONIO NAVARRO PALACIOS
CARGO: LIDER DE TALENTO HUMANO

ESE Hospital Universitario ERASMO MEOZ	**ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ** **FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"**	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION:

FECHA DE ELABORACION: 12 DE MAYO DE 2011. **PRESUPUESTO**

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación: Con otros indicadores	Evaluación: Con el mismo indicador en la vigencia	Evaluación: Tendencia A	Evaluación: Tendencia D	Fuente N	Fuente D	Cargo del generador del dato N	Cargo del generador del dato D	Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Último dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Análisis	Observaciones	Plan de mejora SI	Plan de mejora NO
1	Financieros	Porcentaje de Reconocimiento por Venta de Servicios de Salud	Demuestra que tan enfocada se encuentra la ESE a financiarse con la Venta de Servicios de Salud	Valor total de los ingresos reconocidos por Venta de Servicios de Salud en una vigencia x 100	Valor total de reconocimientos en una vigencia	División	Porcentaje	Sin decimal	Si	Si	X		Ejecución Presupuestal de la ESE	Ejecución Presupuestal de la ESE	Profesional Universitario de cartera	Profesional Universitario de presupuesto	Trimestral	Ingresos	Si	Gestión de Venta de servicios de salud		31/03/2011	#¡DIV/0!			Seguimiento Reporte												En ficha técnica se encuentra última vigencia. En formato de calidad se encuentra la última semestral	Se observa aumento en el número de cirugias realizadas.		X
2	Financieros	Porcentaje de Recaudo por Venta de Servicios de Salud	Demuestra que tan eficiente es la ESE en la recuperación de los recursos generados por la venta de servicios de salud	Valor total de los ingresos recaudados por Venta de Servicios de Salud en una vigenciax 100	Valor total de los Ingresos Recaudados en una vigencia	División	Porcentaje	Sin decimal	Si	Si	x		Ejecución Presupuestal de la ESE	Ejecución Presupuestal de la ESE	Profesional Universitario de cartera	Profesional Universitario de presupuesto	Trimestral	Ingresos	Si	Gestión del recaudo, desarrollo del proceso de facturación, capacidad de negociación con las ERP, apoyo de otras instancias, número de sedes, etc.		31/03/2011	#¡DIV/0!			Seguimiento Reporte															
3	Financieros	Porcentaje de Recaudo	Demuestra que tan eficiente es la ESE en la recuperación de los recursos generados en una vigencia	Valor total de los ingresos recaudados en una vigencia x 100	Valor total de los Ingresos Reconocidos en una vigencia	División	Porcentaje	Sin decimal	Si	Si	x		Ejecución Presupuestal de la ESE	Ejecución Presupuestal de la ESE	Profesional Universitario de tesoreria	Profesional Universitario de presupuesto	Trimestral	Ingresos	Si	Gestión del recaudo, desarrollo del proceso de facturación, capacidad de negociación con las ERP, apoyo de otras instancias, número de sedes, etc.		31/03/2011	#¡DIV/0!			Seguimiento Reporte															
4	Financieros	Porcentaje de los gastos empleados en la venta de servicios de salud	Demuestra que tanto peso tienen los gastos que se generan para la venta de servicios de salud en la totalidad de los gastos comprometidos de la ESE.	Valor total de los gastos comprometidos de funcionamiento y operación en el trimestre acumulado en la vigencia x 100	Valor total de los gastos comprometidos en una vigencia	División	Porcentaje	Sin decimal	Si (Porcentaje de Reconocimiento por Venta de Servicios de Salud)	Si		X	Ejecución Presupuestal de la ESE	Ejecución Presupuestal de la ESE	Profesional Universitario de presupuesto	Profesional Universitario de presupuesto	Trimestral	Gastos	Si	Gestión de control del gasto, medidas para hacerlo más eficiente, número de usuarios a atender, servicios que se van a ofrecer, facilidades generadas en la contratación del recurso humano, cumplimiento de estándares de habilitación, implementación del SOGC, etc.		31/03/2011	#¡DIV/0!			Seguimiento Reporte															
5	Equilibrio	Equilibrio Operacional - Ingresos Reconocidos	Demuestra la sostenibilidad de la ESE con la venta de servicios de salud reconocidos por las EAPB	Valor total de los ingresos reconocidos por Venta de Servicios de Salud en un trimestre acumulado en la vigencia x 100	Valor total de los gastos comprometidos de funcionamiento y operación en una vigencia	División	Porcentaje	Sin decimal	No	No	x		Ejecución Presupuestal de la ESE	Ejecución Presupuestal de la ESE	Profesional Universitario de presupuesto	Profesional Universitario de presupuesto	Trimestral	Ingresos - Gastos	Si	Los tenidos en cuenta para el numerador y para el denominador		31/03/2011	#¡DIV/0!			Seguimiento Reporte															
6	Equilibrio	Equilibrio Operacional - Ingresos Recaudados	Demuestra la posibilidad de generar ingresos para realizar inversión a partir de la venta de servicios de salud	Valor total de los ingresos recaudados por Venta de Servicios de Salud en un trimestral acumulado en el trimestre x 100	Valor total de los gastos comprometidos de funcionamiento y operación en una vigencia	División	Porcentaje	Sin decimal	No	si	x		Ejecución Presupuestal de la ESE	Ejecución Presupuestal de la ESE	Profesional Universitario de presupuesto	Profesional Universitario de presupuesto	Trimestral	Ingresos - Gastos	Si	Los tenidos en cuenta para el numerador y para el denominador			#¡DIV/0!			Seguimiento Reporte															
7	Equilibrio	Equilibrio Presupuestal - Ingresos Reconocidos	Demuestra la sostenibilidad de la ESE con la totalidad de los ingresos reconocidos por las EAPB	Valor total de los ingresos reconocidos en un trimestre acumulado en la vigencia x 100	Valor total de los gastos comprometidos en una vigencia	División	Porcentaje	Sin decimal	No	si	x		Ejecución Presupuestal de la ESE	Ejecución Presupuestal de la ESE	Profesional Universitario de presupuesto	Profesional Universitario de presupuesto	Trimestral	Ingresos - Gastos	Si	Los tenidos en cuenta para el numerador y para el denominador			#¡DIV/0!			Seguimiento Reporte															
8	Equilibrio	Equilibrio Presupuestal - Ingresos Recaudados	Demuestra la sostenibilidad de la ESE con la totalidad de los ingresos recaudados por las EAPB	Valor total de los ingresos recaudados en un trimestre acumulado en la vigencia x 100	Valor total de los gastos comprometidos en una vigencia	División	Porcentaje	Sin decimal	No	si	x		Ejecución Presupuestal de la ESE	Ejecución Presupuestal de la ESE	Profesional Universitario de presupuesto	Profesional Universitario de presupuesto	Trimestral	Ingresos - Gastos	Si	Los tenidos en cuenta para el numerador y para el denominador			#¡DIV/0!			Seguimiento Reporte															
9	Resultado	Presupuesto ejecutado de Ingresos	Indica el valor porcentual del presupuesto de ingresos ejecutado del período.	Valor total del presupuesto Ejecutado de ingresos del período x 100	Valor total del presupuesto programado de ingresos	División	Porcentaje	Sin decimal	No	Sí	x		Ejecución Presupuestal de ingresos de la ESE	Ejecución Presupuestal de ingresos de la ESE	Profesional Universitario de presupuesto	Profesional Universitario de presupuesto	Trimestral	Ingresos	Si	Los tenidos en cuenta para el numerador y para el denominador			#¡DIV/0!			Seguimiento Reporte															
11	Resultado	Presupuesto Comprometido de Gastos.	Indica el valor porcentual del presupuesto Comprometido del período	Valor total del presupuesto Comprometido del período x 100	Valor total del presupuesto programado de Gastos	División	Porcentaje	Sin decimal	No	Sí		x	Ejecución Presupuestal de Gastos de la ESE	Ejecución Presupuestal de Gastos de la ESE	Líder Financiero	Profesional Universitario de presupuesto	Trimestral	N/A	Si	Los tenidos en cuenta para el numerador y para el denominador			#¡DIV/0!			Seguimiento Reporte															
13	Gestion Directiva y Estratégica	Equilibrio financiero operacional ajustado (pesos)	Permite obsevar la capacidad financiera en el período a evaluar para la operación de la Insitución	(Total Vta.serv. salud + Recaudo CxC) - (costo ventas y operac. +gtos.operac. +provisiones= costos y gastos.operac.)=Equilib. Finan.operac	N/A	Adición y sustracción	Pesos	Sin decimal	No	Sí	X		Ejecución presupuestal, Balance General, Estado de resultados, Estado de Cartera	N/A	Profesionales Universitarios de Presupuesto, Contabilidad y Cartera.	N/A	Semestral	N/A	Sí	Ejecución presupuestal, Balance General, Estado de resultados, Estado de Cartera						Seguimiento Reporte															
14	Gestion Directiva y Estratégica	Equilibrio o déficit presupuestal de la vigencia (pesos)	Se fundamenta en que la Institución debe financiar sus compromisos con los recursos reales de recaudado dentro de la misma vigencia.	(Ingresos Cttes+ ingresos Capital) - (total compromisos + ctas.por pagar) = Equilibrio o déficti Ptal.	N/A	Adición y sustracción	Pesos	Sin decimal	No	Sí	x		Ejecución presupuestal de ingresos y gastos	N/A	Profesional Universitario de Presupuesto	N/A	Semestral	N/A	Sí	Ejecución presupuestal de ingresos y gastos						Seguimiento Reporte															
15	Gestion Directiva y Estratégica	Porcentaje de participación de los ingresos provenientes de la venta de servicios de salud en la financiación de la entidad	Se fundamenta en el esfuerzo que realiza la entidad por la venta de servicios de salud y la naturaleza de la empresa con respecto a los ingresos totales	(Ingresos Corrientes+ ingresos Capital) / Total Venta de Servicios	Total Venta de Servicios	División	Relación porcentual	Con 2 decimales	No	Sí	x		Ejecución Presupuestal de Ingresos	Ejecución Presupuestal de ingresos de la ESE	Profesional Universitario de Presupuesto	Profesional Universitario de presupuesto	Semestral	N/A	Sí	Los tenidos en cuenta para el numerador y para el denominador						Seguimiento Reporte															

CARGO: PROFESIONAL UNIV.DE PRESUPUESTO

.

	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ FICHA TECNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN"	CODIGO	VERSIÓN DEL FORMATO: 01	FECHA ULTIMA ACTUALIZACION

RESPONSABLE: COORDINADORA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.
FECHA DE ELABORACION: 6 DE MAYO DE 2011.

COD	Dominio	Nombre	Justificación	Numerador	Denominador	Operación Matemática	Unidad de Medida	Resultado	Evaluación				Fuente		Cargo del generador del dato		Periodicidad del reporte	Ubicación 2193	Se proyecta?	Factores a tener en cuenta en la proyección	Ultimo dato obtenido del reporte	Fecha de último dato obtenido reporte)	Valor proyección	Numerador a proyectar	Denominador a proyectar	Objetivo del dato	Valor Real Obtenido												Análisis	Observaciones	Plan de mejora		
									Con otros indicadores	Con el mismo indicador en Tendencia			N	D	N	D											E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				SI	NO	
	Gerencia del Riesgo	Tasa de Infección intrainstitucional	Se define como la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito institucional o asistencial, como complicación de un proceso de atención ambulatorio o con internación. A través de él puede monitorizarse la eficiencia de los procesos de asepsia y antisepsia utilizados para el control de microorganismos patógenos en el personal asistencial, las áreas físicas, los equipos y materiales de la institución.	Número de pacientes con infección Asociada al cuidado de la salud en el periodo.	Número de pacientes egresados en el periodo.	División	Relación porcentual	Con dos cifras decimales	Si	Si		X	Ficha vigilancia y control de infecciones asociadas al cuidado de la salud	Registro de egreso de Pacientes Hospitalizados (Censo diario de pacientes)	Enfermera de control de infecciones	coordinadora estadistica	mensual	Formulario Calidad y Ficha Técnica	si	Carencia de insumos para lavado de manos. Rotacion personal sin induccion No adherencia a los protocolos. Aumento en el numero de pacientes. cambio en la flora bacteriana intrahospitalaria	0,85	15 de abril 2011	1,0%	25	2449	Seguimiento Reporte	0,86	1	0,8										El indicador se encuentra dentro de la meta esperada. En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.			x	en valor de proyeccion colocar el definido con el ids 1.3 %
	SEGURIDAD DEL PACIENTE	tasa de Infección sitio operatorio	Medir el número de infecciones del sitio operatorio derivadas de un procedimientos quirúrgico programado y de urgencias en un periodo de tiempo determinado con el fin de establecer las medidas de prevención y control	Todas las infecciones de sitio operatorio detectadas durante el seguimiento en el postquirúrgico en el período	Total de procedimientos quirúrgicos realizados en el período	División	Relación porcentual	Con una cifra decimal	Si	Si	*	x	ficha de infecciones. Base de datos Epi info	Censos de cirugía.	Enfermera de control de infecciones	epidemiologa estadistica	mensual		si	carencia de insumos para lavado de manos. Rotacion personal sin induccion No adherencia a los protocolos. Aumento en el numero de pacientes.cambio en la flora bacteriana intrahospitalaria	0,51	10 de mayo 2011	Es un indicador que se mide a través de la búsqueda activa institucional por lo que no hay umbral.			Seguimiento Reporte	0,86	0,6	0,5											La institución realizará semestralmente una medición o de todas las Infecciones de sitio operatorio Con base en los procedimientos quirúrgicos más frecuentes			x	de acuerdo al historico se debe incluir una meta o valor de proyeccion, cuando se dice que se mide con otros indicadores se debe tener claro con cual.
	Calidad Técnica Subdominio: Efectividad de la atención	proporcion de recien nacidos inmunizados	El análisis de las fallas en el cumplimiento de las metas de inmunizaciones permite identificar aspectos de mejoramiento en áreas claves de la gestión clínica. El objetivo de la monitorización de este indicador es incentivar la efectividad y la eficiencia en los procesos que apuntan a promover la salud de la población y prevenir la enfermedad.	numero de recien nacidos inmunizados	numero de nacidos vivos	División	Relación porcentual	Con dos cifras decimales	Si	Si	x		registro diario de vacunacion (esatablecido por PAI departamental)	registro de egreso de Pacientes Hospitalizados	Auxiliar de vacunación de epidemiologia	Ingeniera de estadistica	trimestral	si	si	recien nacidos que no cumplen con el peso requerido para inmunizar, mortalidades perinatales que ocurren en las primeras horas de vida,recien nacidos que por su condicion de salud deben ser remitidos a otros niveles de atencion en las primeras horas de vida.			96,7%	290	300	Seguimiento													En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.				
	Seguridad del Paciente	Porcentaje de mortalidad perinatal con unidad de análisis	Como muerte perinatal se considera todas las muertes ocurridas entre la vigesimosegunda semana de gestación y el séptimo día de nacimiento.	Número de defunciones fetales con unidad de análisis durante un período especificado.	Número de muertes perinatales durante el período.	División	Relación porcentual	Con dos cifras decimales	Si	Si			ficha epidemiologicas del evento y actas de unidades de análisis	registro de egreso de Pacientes Hospitalizados	Coordinador de epidemiologia	Ingeniera de estadistica. Coordinador de epidemiología				La razón de mortalidad perinatal es el indicador de más peso en la mortalidad infantil. La mortalidad perinatal tiene múltiples factores relacionados con las enfermedades que pueden sufrir madres e hijos, como también con el desarrollo social y tecnológico de la sociedad en términos de prestación de los servicios de salud																											En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.				es relevante identificar la meta, falta el indicador de casos de mortalidad materna con unidad de analisis.
	Producción de Servicios	Dosis de biologico aplicadas categorizadas por afiliación	Este indicador permite evaluar las acciones de prevención que realiza la Institución en apoyo al programa Ampliado de Inmunizaciones	Número total de dosis de biologico aplicadas en un período, por afiliación al SGSS (Pobre, No Poss, Subsidiado, Contributivo, Otros)		Distribución de Frecuencia	Frecuencia Absoluta	Cifra entera					registro diario de vacunacion (esatablecido por PAI departamental)		Auxiliar de vacunación de epidemiologia		Trimestral	Si		Las politicas y lineamientos del programa, la introduccion de nuevos biologicos		30 de Septiembre de 2011																								

DILIGENCIÓ: YENNY PEÑA

CARGO: COORDINADORA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.