

Ipiales, 30 de marzo 2020

Señores

HONORABLE JUNTA DIRECTIVA
HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E
Ipiales

REF.: Informe Cumplimiento anual Plan de Gestión del HOSPITAL CIVIL DE IPIALES E.S.E,
periodo 2016-2020

Honorables miembros de Junta Directiva:

Teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 710 del 2012, Resolución 743 de 2013 y la Resolución 408 del 2018 por medio de la cual se modifican la anteriores resoluciones y se dictan otras disposiciones en cuanto a las condiciones y metodología para realizar la Evaluación del Plan de Gestión por parte de la Junta Directiva, me permito presentar ante ustedes el Informe de cumplimiento anual del Plan de Gestión 2016-2020, correspondiente a la vigencia 2019.

Atentamente,

DIEGO FERNANDO MORALES ORTEGON
Gerente

INTRODUCCION

El siguiente informe de gestión representa el compromiso de la gerencia ante la Junta Directiva en el cumplimiento de las metas generales establecidas de carácter asistencial, administrativas y financieras, con el fin de viabilizar la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios conforme a la misión institucional.

A continuación se describe la estructura general del presente informe, que corresponde a un instrumento donde se reflejan los aspectos estratégicos y operativos adoptados por el HCI en el año 2019 con el fin de cumplir la misión de la Institución, a saber:

1. Título del área
2. Número del indicador
3. Descripción del indicador
4. Descripción de la fórmula del indicador
5. Antecedente institucional relacionado con el indicador
6. Resultado de la medición contemplando variables de la fórmula, estándar, ponderación de la calificación, valor de las variables, resultados 2019 y soportes
7. Descripción del análisis y las acciones realizadas en el año 2019 para al cumplimiento del estándar
8. Soportes de cumplimiento anexos

CAPITULO 1

AREA DE GESTION, DIRECCION Y GERENCIA

GESTION DIRECCION Y GERENCIA					
INDICADOR No 1					
INDICADOR		FORMULA			
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas.		Mantener la Acreditación Autoevaluación en la vigencia evaluada mayor o igual a 3.5			
ANTECEDENTES					
En el año 2018 el indicador cumple con la meta establecida ya que conserva la categoría de acreditada. En el mes de mayo de 2018 se recibe visita de ICONTEC, el informe fue entregado en el mes de octubre, donde se obtuvo una calificación total del grupo de estándares de 3,6.					
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019					
ESTANDAR	PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE	
Autoevaluación en la Vigencia Evaluada mayor o igual a 3.5 o mantener acreditación.	0,05	NA	ACREDITADA	Certificación de Acreditación (Anexo 1)	
ANALISIS					
En el año 2019 el indicador cumple con la meta establecida, teniendo en cuenta que la autoevaluación de acuerdo a los estándares del “Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario Versión 3.1”, arroja un resultado de 3,7.					
Durante los días del 20 al 23 de enero 2020 se recibe visita de ICONTEC, para re otorgamiento de acreditación, de acuerdo con el acta de cierre de la visita, no se encontraron No conformidades en el proceso; la institución se encuentra a la espera del informe y del certificado de renovación de acreditación.					
Lo anterior es producto de las siguientes acciones principalmente:					
1. Conformación de equipos de autoevaluación de acuerdo a grupo de estándares de acreditación resolución 5095 del 2018.					
2. Análisis e implementación de las oportunidades de mejora planteadas por ICONTEC en informe de seguimiento correspondiente y otras fuentes de mejoramiento.					
3. Realización de evaluaciones y seguimientos al cumplimiento de la calidad esperada para visita de evaluación					
4. Análisis y resolución de las brechas identificadas para el logro de objetivos.					
5. Envío de informe de seguimiento y recepción de auditoría externa por parte del ente Acreditador.					

GESTION DIRECCION Y GERENCIA					
INDICADOR No 2					
INDICADOR		FORMULA			
Efectividad en la auditoria para el Mejoramiento Continuo de la calidad de la atención en Salud.		Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías para el Mejoramiento continuo de la calidad realizadas/Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de Auditoria registradas en PAMEC.			
ANTECEDENTES					
En el año 2018 el indicador cumple la meta, la ejecución y efectividad de los planes de mejora del PAMEC 2018 es del 93.8%					
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019					
ESTANDAR		PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE
Variable 1: No. Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas.		≥0,90	296	90%	Superintendencia Nacional de Salud (Anexo 2)
Variable 2: Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registradas en PAMEC.			327		
ANALISIS					
<p>El Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad- PAMEC, del Hospital Civil de IpiALES E.S.E., define las acciones a realizar, a fin de evaluar cada uno de los procesos con respecto a los estándares de Acreditación y los orienta a hacia la detección de las desviaciones de la calidad observada frente a la calidad esperada, para promover la construcción de planes de mejoramiento efectivos que permita cerrar ciclos y lograr modificación de los procesos en favor de los usuarios, pacientes, cliente interno y partes interesadas. El principal insumo para el PAMEC, del Hospital Civil de IpiALES E.S.E la Autoevaluación realizada por la institución y las auditorías internas de calidad realizada a todos los procesos de la institución y se complementa con el informe de acreditación que se recibió en el mes de octubre de 2018; , existen diferentes componentes utilizados como fuentes de mejoramiento: La ejecución y efectividad de los planes de mejora del PAMEC 2019 es del 94%, reportando información según Circular 012 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. El cierre de PAMEC 2019, se realizó a corte diciembre 2019.</p>					

GESTION DIRECCION Y GERENCIA				
INDICADOR No 3				
INDICADOR	FORMULA			
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo	Numero de metas del Plan Operativo Anual Cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Numero de metas Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.			
ANTECEDENTES				
En el año 2018 el indicador se encuentra en el 72%.				
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019				
ESTANDAR	PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE
Variable 1: Numero de metas del Plan Operativo Anual Cumplidas en la vigencia objeto de evaluación	≥0,90	0,10	0.92	Informe del responsable de Planeación de la ESE. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del POA del Plan de Desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador (Anexo 3)
Variable 2: Numero de metas Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.				
		14		
ANALISIS				
En el año 2019 el indicador no alcanza la meta establecida igual o mayor al 90%, ya que fueron programadas 14 metas de las cuales fueron cumplidas 14, para un cumplimiento del 92%. Este resultado es producto de las siguientes acciones implementadas:				
Análisis, consolidación e incorporación de indicadores, acciones y metas del plan de gestión 2016-2020.				
Adopción del documento final denominado Plan de Desarrollo Institucional 2016-2020.				
Elaboración de POA anual para ejecución de acciones y seguimiento trimestral al cumplimiento de metas.				
Gestión transparente y asignación de recursos destinados a metas del POA de cada vigencia.				

CAPITULO 2

AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA						
INDICADOR No 5						
INDICADOR		FORMULA				
Evolución del Gasto por unidad de valor Relativo producida		(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia objeto de la evaluación / No. UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / No. UVR producida en la vigencia anterior)				
ANTECEDENTES						
En el año 2018 el indicador no cumple la meta establecida menor del 0.90, para un resultado del 1.14						
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019						
ESTANDAR		PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE	
Variable 1: Gasto comprometido en el año evaluado.		≥0,90	0,05	1.02	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 4)	
Variable 2: No UVR producidas en el año evaluado.						\$54.696.283,40
Variable 3: Gasto comprometido en el año anterior en \$ constantes.						4.205.254,53
Variable 4: No UVR producidas en el año anterior.						50.360.011,44
			3.962.047,07			
ANALISIS						
En el año 2019 el indicador no cumple la meta establecida menor del 0.90, para un resultado del 1.02, se observa disminución durante el año 2019, con respecto a la vigencia anterior, no alcanzada la meta, sin embargo se observa un esfuerzo frente a la contención de costos y ampliación de cobertura de servicios. Este resultado es producto de las siguientes acciones implementadas:						
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementación de mecanismos que aseguren un volumen de ingresos y que éstos sean correspondientes a lo realmente realizado, disminuyendo el riesgo de subfacturación. 2. Generación de un portafolio de servicios que permita el equilibrio operacional de la entidad, soportado en la venta de servicios, ajustado a las necesidades del mercado, la capacidad de contratación de los responsables de pago. 						

GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA					
INDICADOR No 6					
INDICADOR		FORMULA			
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos.		Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas por mecanismos de compra conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico- quirúrgico			
ANTECEDENTES					
En el año 2018 el HCI no realizo compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos.					
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019					
ESTANDAR		PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE
Variable 1: Valor de adquisiciones de material médico quirúrgico por mecanismos de compra conjuntas a través de cooperativas de ESEs y/o mecanismos electrónicos.	≥0,70	0,05	\$8.626.871.758	1	Certificación Revisor Fiscal (Anexo 5)
Variable 2: Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.			\$8.626.871.758		
ANALISIS					
El Hospital Civil de IpiALES E.S.E. en uso de sus mecanismos electrónicos, desarrolla las contrataciones de mínima, menor y mayor cuantía. Dentro del estatuto de contratación del año 2019, la compra de medicamentos y material médico quirúrgico no están autorizados a realizarse por contratación directa, por consiguiente el 100% de las compras de moléculas e insumos deben hacerse a través de convocatoria.					
El valor de adquisiciones a través de mecanismos electrónicos de material médico quirúrgico y medicamentos en el año 2019 es de \$8.626.871.758 igual al valor total de adquisidores de los mismos.					

GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA					
INDICADOR No 7					
INDICADOR		FORMULA			
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación frente a la vigencia anterior.		Valor de la deuda superior a 30 días por salarios del personal de planta o contratación de servicios corte 31 Dic de la vigencia evaluada / (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios corte a 31 Dic vigencia objeto de evaluación)-(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios corte a 31 Dic de la vigencia anterior en valores constantes).			
ANTECEDENTES					
En el año 2018 el indicador no cumple la meta establecida de 0 días, el resultado se encuentra en -4,5					
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019					
ESTANDAR	PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE	
Variable 1: Valor de la deuda superior a 30 días por salarios y contratación de servicios corte 31 diciembre de la vigencia evaluada	Cero (0) o variación negativa	\$197.163.436	-0.523	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, que contenga como mínimo el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador (Anexo 6)	
Variable 2: Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación)-(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios corte a 31 Dic de la vigencia anterior en valores constantes).		\$ - 398.774.881			
ANALISIS					
En el año 2019 el indicador no cumple la meta establecida de 0 días, se viene observando esta deuda desde la vigencia del año 2017 mayor a 30 días en algunas personas jurídicas, en el año 2018 continua existiendo deuda, este indicador refleja las directrices establecidas por la Gerencia en cuanto a la Contratación del Talento Humano, donde se da prioridad a los recursos para el funcionamiento operacional de la entidad. Es importante anotar que aunque el indicador no alcanza la meta se implementaron acciones para mantener en lo posible un buen manejo del talento humano desde la					

perspectiva financiera, las cuales son:

1. Planeación de servicios a contratar de acuerdo a la optimización de capacidad instalada
2. Determinación de mecanismos que aseguren un volumen de ingresos y que éstos sean correspondientes a lo realmente realizado.
3. Generación de un proceso de cartera mediante mecanismos de cobro.
4. Generación de un proceso de racionalización del gasto.
5. Implementación de un modelo de gestión y contratación del Talento Humano ajustado a la normatividad y soportado con estudio de cargas laborales.



GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA					
INDICADOR No 8					
INDICADOR		FORMULA			
Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS		Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE, presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación			
ANTECEDENTES					
En el año 2018 el indicador cumple la meta establecida de 4 informes					
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019					
ESTANDAR		PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE
Variable 1: Número de informes de análisis de prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia		4	0,05	4	Informe del responsable de Planeación soportado en las Actas Junta Directiva que contenga como mínimo: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe. (Anexo 7)
ANALISIS					
Este resultado es producto de las siguientes acciones: 1.Cumplimiento trimestral de análisis de RIPS. 2. Generación de informes de RIPS sobre producción de servicios, comportamiento epidemiológico, comportamiento financiero basado en facturación de servicios y comparativos entre periodos de tiempo. 3.Presentación de informes en reuniones de Junta Directiva 4.Adopción de la información resultado de RIPS como herramienta fundamental para la toma de decisiones, ampliación de portafolio de servicios, mejoramiento de la calidad y proyectos de inversión. Evidenciado en las actas de reuniones ordinarias de Junta Directiva, así: Acta No 1: informe RIPS a IV trimestre 2018 Acta No 2: informe RIPS I trimestre 2019 Acta No 3 : informe RIPS II trimestre 2019 Acta No 4: informe RIPS III trimestre 2019					



GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA					
INDICADOR No 9					
INDICADOR	FORMULA				
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación , (incluye el valor recaudado de C X C de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de C X P de vigencias anteriores)				
ANTECEDENTES					
En el año 2018 el indicador no cumple la meta establecida mayor a 1, resultado de 0.74					
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019					
ESTANDAR	PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE	
Variable 1: Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación, (incluye el valor recaudado de C X C de vigencias anteriores).	≥ 1,00	0,05	\$56.119.134.851	0,79	Ficha técnica de la página Web de SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 8)
Variable 2: Valor de la ejecución de los gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores.			\$70.705.730.798		
ANALISIS					
En el año 2019 el indicador no cumple la meta establecida mayor a 1, generando un resultado de 0.79, mejorando respecto a la vigencia 2018 que fue del 0,74; el análisis de este resultado muestra los siguientes factores que influyen:					
<ol style="list-style-type: none"> 1. A pesar de la contención del gasto, el cierre de algunas EPS, la cesión de pagos de otras, ha afectado notablemente el proceso de recuperación de cartera, la cual en el sector a pesar de los esfuerzos realizados no llega al 100% de recaudo. 2. Cartera de difícil cobro con entidades tales como Saludcoop, Cafesalud, Medimas, Comfamiliar entre otras. 					

GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA					
INDICADOR No 10					
INDICADOR		FORMULA			
Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento de la Circula Única		Cumplimiento oportuno de los informes en términos de normatividad vigente			
ANTECEDENTES					
Se cumplieron con las fechas de envío de la información durante el año 2018					
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019					
ESTANDAR		PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE
Variable 1: Cumplimiento del reporte	Cumplimiento dentro de los términos previstos	0,05	OPORTUNO	REPORTE OPORTUNO	Superintendencia Nacional de Salud (Anexo 9)
ANALISIS					
<p>En el año 2019 el indicador cumple la meta establecida, muestra una tendencia estable respecto al año 2018, este resultado es producto de las siguientes acciones implementadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración anual del cronograma con la respectiva actualización de los contenidos, fechas y periodos de reporte de la información. 2. Socialización de los contenidos requeridos por el ente de control externo a los encargados de la fuente de información primaria. 3. Definición como punto de control a través del Profesional Universitario de Finanzas del cronograma y a su vez la confiabilidad del contenido. 4. Presentación a nivel de la Alta Dirección los contenidos y resultados de la información reportada a los entes de control. 					

GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA					
INDICADOR No 11					
INDICADOR		FORMULA			
Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2 capítulo 8 , Título 3, parte 5 Libro 2 del decreto 780 de 2016		Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente			
ANTECEDENTES					
Se cumplieron con las fechas de envío de la información durante el año 2018					
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019					
ESTANDAR	PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE	
Variable 1: Cumplimiento del reporte	Cumplimiento dentro de los términos previstos	0,05	Oportuno	Reporte oportuno	Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 10)
ANALISIS					
En el año 2019 el indicador cumple la meta establecida, muestra una tendencia estable respecto al año 2015, este resultado es producto de las siguientes acciones implementadas:					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración anual del cronograma con la respectiva actualización de los contenidos, fechas y periodos de reporte de la información. 2. Socialización de los contenidos requeridos por el ente de control externo a los encargados de la fuente de información primaria. 3. Definición como punto de control a través del Profesional Universitario de Finanzas del cronograma y a su vez la confiabilidad del contenido. 4. Presentación a nivel de la Alta Dirección los contenidos y resultados de la información reportada a los entes de control. 					

CAPITULO 3

AREA DE GESTION, CLINICA O ASISTENCIAL

GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL					
INDICADOR No 12					
INDICADOR		FORMULA			
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.		Número de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes. En la vigencia objeto de evaluación.			
ANTECEDENTES					
En el año 2018 el indicador muestra un cumplimiento del 90% frente la meta establecida igual o mayor al 80%, ya que de las 127 historias auditadas 117 cumplieron con los criterios del estándar.					
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019					
ESTANDAR		PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE
Variable 1: Número de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0,80	0,07	90	0,92	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que contenga como mínimo: Referencia al acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 11)

ANALISIS

En el año 2019 el indicador cumple la meta establecida igual o mayor al 80%, ya que de las 98 historias auditadas 90 cumplen con los criterios del estándar dando como resultado un cumplimiento del 92%, este resultado es producto de las siguientes acciones implementadas:

Priorización de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio para realizar el procedimiento de adopción e implementación de GPC, donde el equipo de trabajo responsable de la atención de esta población, prioriza e implementa las recomendaciones trazadoras, acordes al nivel de complejidad y las necesidades de las gestantes que acuden a nuestra institución con estas patologías.

Se realiza reuniones específicas con el equipo de trabajo, se refuerza auditoría concurrente entre otras actividades, se continúa con monitorización del indicador.

Medición de adherencia en la aplicación de guías de práctica clínica, listas de chequeo y el trabajo en conjunto con todo el equipo colaborador y retroalimentación a los profesionales responsables de la guía.

Selección de criterios de evaluación de las GPC acorde a las recomendaciones trazadoras priorizadas.

Análisis de casos reportados y/o identificados con el equipo de trabajo responsable de la atención de esta patología, identificando e implementando las oportunidades de mejora pertinentes.

GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL					
INDICADOR No 13					
INDICADOR	FORMULA				
Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Número de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.				
ANTECEDENTES					
En el año 2018 el indicador muestra un cumplimiento del 92% respecto a la meta establecida igual o mayor al 80%, ya que de las 127 historias auditadas 117 cumplen con los criterios del estándar.					
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019					
ESTANDAR	PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE	
Variable 1: Número de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0,80	377	0.97	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que contenga como mínimo: Referencia al acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 12)	
Variable 2: Total Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.		386			
ANALISIS					

En el año 2019 el indicador cumple la meta establecida igual o mayor al 80%, ya que de las 386 historias auditadas 377 cumplen con los criterios del estándar dando como resultado un cumplimiento del 97.66%, este resultado es producto de las siguientes acciones implementadas:

Priorización de la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio para realizar el procedimiento de adopción e implementación de GPC, donde el equipo de trabajo responsable de la atención de esta población, prioriza e implementa las recomendaciones trazadoras, acordes al nivel de complejidad y las necesidades de las gestantes que acuden a nuestra institución con estas patologías.

Aplicación de Guías de Práctica Clínica, la auditoria y el trabajo conjunto con el equipo de gineco - obstetricia de la institución.

Se realiza reuniones específicas con el equipo de trabajo, se refuerza auditoria concurrente entre otras actividades, se continua con monitorización del indicador.

Medición de adherencia en la aplicación de guías de práctica clínica, listas de chequeo y el trabajo en conjunto con todo el equipo colaborador y retroalimentación a los profesionales responsables de la guía.

Selección de criterios de evaluación de las GPC acorde a las recomendaciones trazadoras priorizadas.

Análisis de casos reportados y/o identificados con el equipo de trabajo responsable de la atención de la población gestante, identificando e implementando las oportunidades de mejora pertinentes.

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL				
INDICADOR No 14				
INDICADOR	FORMULA			
Oportunidad en la realización de Apendicectomía	Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.			
ANTECEDENTES				
En el año 2018 el indicador muestra un cumplimiento del 92% frente a la meta establecida igual o mayor al 90%, ya que de las 121 historias auditadas 112 cumplen con los criterios del estándar.				
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019				
ESTANDAR	PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE
Variable 1: Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación.	≥ 0,90	119	0.93	Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se le realizo apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador. (Anexo 13)
Variable 2: Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.		128		

ANALISIS

En el año 2019 el indicador cumple la meta establecida igual o mayor al 90%, ya que de las 128 historias auditadas 119 cumplen con los criterios del estándar dando como resultado un cumplimiento del 93%, este resultado es producto de las siguientes acciones implementadas:

Aplicación de Guías de Práctica Clínica, la retroalimentación y auditoria concurrente, así como el trabajo conjunto con del equipo de cirugía de la institución.

Fortalecimiento del proceso de Auditoria Medico Clínica concurrente.

Selección de criterios de evaluación de las GPC acorde a las recomendaciones trazadoras priorizadas.

Medición y evaluación de adherencia a la GPC y retroalimentación a los profesionales responsables de la guía.

Análisis de casos reportados y/o identificados con el equipo de trabajo responsable de la atención de esta patología, identificando e implementando las oportunidades de mejora pertinentes.

Fortalecimiento de los procesos de auditoría integral.

Priorización de la ejecución de procedimientos quirúrgicos de apendicetomía.

Retroalimentación de hallazgos de auditoría a los profesionales responsables de la guía.

Seguimiento a agendas de médicos Cirujanos.

GESTIÓN CLINICA ASISTENCIAL					
INDICADOR No 15					
INDICADOR		FORMULA			
Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.		Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación) -(Número de pacientes pediátricos con neumonía broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)			
ANTECEDENTES					
En el año 2018 el indicador cumple la meta establecida igual a 0, ya que no se registraron este tipo de casos durante la vigencia evaluada.					
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019					
ESTANDAR		PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE
Variable 1: Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación		Cero (0) o variación negativa	0	0	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 14)
Variable 2: (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación) - (Número de pacientes pediátricos con neumonía broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior).			0		
ANALISIS					
En el año 2019 el indicador cumple la meta establecida igual a 0, no se registraron este tipo de casos durante la vigencia evaluada, este resultado es producto de las siguientes acciones implementadas:					
<ol style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de la auditoria medico clínica de concurrencia. Reporte de la plataforma SIHOS. Búsqueda activa de posibles neumonías broncoaspirativas, con diagnósticos CIE X. Análisis de casos para confirmación o descarte. Retroalimentación de hallazgos 					

GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL					
INDICADOR No 16					
INDICADOR		FORMULA			
Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).		Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo del Miocardio, dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico, en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.			
ANTECEDENTES					
En el año 2018 el indicador muestra un resultado del 93% cumpliendo la meta establecida igual o mayor al 90%, ya que de las 60 historias auditadas 56 cumplen con los criterios del estándar.					
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019					
ESTANDAR	PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE	
Variable 1: Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo del Miocardio, dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico, en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0,90	56	0,90	Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que contenga como mínimo: Referencia al acto administrativo o de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 15)	
Variable 2: Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.		62			

ANALISIS

En el año 2019 el indicador cumple la meta establecida igual o mayor al 90%, ya que de las 62 historias auditadas 56 cumplen con los criterios del estándar dando como resultado un cumplimiento del 90%; las acciones realizadas tendientes a buscar el mejoramiento del indicador fueron:

Priorización de la Guía de Práctica Clínica para el Síndrome Coronario Agudo para realizar el procedimiento de adopción e implementación de las GPC, donde el equipo de trabajo responsable de la atención de esta población, prioriza e implementa las recomendaciones trazadoras, acordes al nivel de complejidad institucional y la oferta de servicios.

Fortalecimiento de la Auditoria Medico Clínica concurrente

Se realiza análisis conjunto, se retroalimentan hallazgos y se realizan reuniones específicas con el equipo de trabajo, se refuerza la auditoria concurrente, entre otras actividades.

Selección de criterios de evaluación de las Guías de Práctica Clínica, acorde a recomendaciones trazadoras priorizadas.

Medición y evaluación de adherencia a la GPC y retroalimentación a los profesionales responsables de la guía.

Análisis de casos reportados y/o identificados con el equipo de trabajo de trabajo responsable de la atención de esta patología, identificando e implementando las oportunidades de mejora pertinentes.

GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL					
INDICADOR No 17					
INDICADOR		FORMULA			
Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria		Número de casos de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo, en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.			
ANTECEDENTES					
En el año 2018 el indicador muestra un resultado del 100% superando la meta establecida igual o mayor al 90% , ya que de las 152 historias auditadas 152 fueron analizadas en el COVE					
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019					
ESTANDAR		PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE
Variable 1: Número de casos de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo, en la vigencia objeto de evaluación.		0,05	201	1	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador (Anexo 16)
Variable 2: Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.			201		
≥ 0,90					
ANALISIS					
En el año 2019, el indicador da como resultado 100, superando la meta establecida igual o mayor al 90% ya que de las 201 historias auditadas 201 fueron analizadas en el COVE, este resultado es producto de las siguientes acciones implementadas:					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación y análisis de los casos en COVE y con médicos generales y especialistas. 2. Despliegue de recomendaciones y acciones de mejora detectados en los análisis de casos con el personal asistencial. 3. Fortalecimiento de la Auditoria Integral (calidad, concurrente y cuentas). 4. Fortalecimiento de la información de Estadísticas Vitales. 					

GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL					
INDICADOR No 18					
INDICADOR		FORMULA			
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.		Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.			
ANTECEDENTES					
En el año 2018 el indicador cumple la meta establecida igual o menor a 5 días, ya que la oportunidad promedio en asignación de citas de primera vez por pediatría es de 2.61 días.					
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019					
ESTANDAR	PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE	
<p>Variable 1: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó en la vigencia objeto de evaluación.</p>		709	2.45	Ficha técnica de la página web de SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 17)	
<p>Variable 2: Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.</p>	≤ 5	0,03			

ANALISIS

Durante la vigencia 2019 el indicador se encuentra dentro de la meta establecida la cual debe ser menor o igual a 5 días, En el año 2019 se atendieron 289 pacientes de primera vez y se obtuvo una sumatoria de la diferencia días calendario entre la fecha que se asignó la cita y la fecha en que se solicitó de 709 días, obteniendo así una oportunidad promedio de 2,45 días. Este resultado es producto de las siguientes acciones implementadas:

1. Fortalecimiento de los mecanismos para asignación de citas a través de correo electrónico y plataforma web específica para usuarios afiliados a la EPS MALLAMAS.
2. Concertación de agendas con pediatras y fortalecimiento de la comunicación oportuna de los profesionales con Subgerencia de Prestación de servicios sobre modificaciones de las agendas.
3. Mantenimiento del Recurso Humano de especialistas.
4. Se incrementa la agenda para el programa madre canguro, mejorando la accesibilidad y oportunidad en la asignación de citas.

GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL						
INDICADOR No 19						
INDICADOR		FORMULA				
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.		Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.				
ANTECEDENTES						
En el año 2018 el indicador cumple la meta establecida igual o menor a 8 días, el número de días transcurridos entre la fecha de asignación de citas y la fecha asignada corresponden a 2021 días y el número total de consultas obstétricas de primera vez son 310, obteniendo un resultado de 6.52 días						
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019						
ESTANDAR		PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE	
Variable 1: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia.		≤ 8	0,03	737	5	Ficha técnica de la página web de SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 18)
Variable 2: Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia.						
ANALISIS						
En el año 2019 el indicador cumple la meta establecida igual o menor a 8 días, el número de días transcurridos entre la fecha de asignación de citas y la fecha asignada corresponden a 737 días y el número total de consultas obstétricas de primera vez son 146, obteniendo un resultado de 5 días; se han realizado acciones tendientes a mejorar este resultado, tales como:						
<ol style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de los mecanismos para asignación de citas a través de correo electrónico y plataforma web específica para usuarios afiliados a la EPS MALLAMAS. Concertación de agendas con ginecólogos y fortalecer la comunicación oportuna de los profesionales con Subgerencia de Prestación de servicios sobre modificaciones de las agendas. Ampliación de agenda. Se garantiza oportunidad en la atención a usuarias que solicitan valoración obstétrica de primera vez, mediante reserva diaria de citas. Acuerdo con las diferentes EAPB, para que se realice la especificación de las usuarias diferenciando la consulta ginecológica de la obstétrica. 						

GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL					
INDICADOR No 20					
INDICADOR		FORMULA			
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna		Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia.			
ANTECEDENTES					
En el año 2018 el indicador cumple la meta establecida igual o menor a 15 días, el número de días transcurridos entre la fecha de asignación de citas y la fecha asignada corresponden a 12405 días y el número total de consultas de medicina interna de primera vez son de 1547, obteniendo un resultado de 7.88 días.					
RESULTADO DE LA MEDICION VIGENCIA 2019					
ESTANDAR		PONDERADO	VARIABLES	RESULTADO	SOPORTE
Variable 1: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito en la vigencia.		≤ 15	4042	7,2	Ficha técnica de SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo 19)
Variable 2: Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.			556		
ANALISIS					
En el año 2019 el indicador cumple la meta establecida igual o menor a 15 días, el número de días transcurridos entre la fecha de asignación de citas y la fecha asignada corresponden a 4042 días y el número total de consultas de medicina interna de primera vez son de 556, obteniendo un resultado de 7.2 días. Las acciones realizadas son las siguientes:					
<ol style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de los mecanismos para asignación de citas a través de correo electrónico y plataforma web específica para usuarios afiliados a la EPS MALLAMAS. Concertación de agendas con internistas y fortalecimiento la comunicación oportuna de los profesionales con Subgerencia de Prestación de servicios sobre modificaciones de las agendas. Incremento del Recurso Humano de especialistas. Ampliación de agenda. 					

LISTADO DE ANEXOS

Anexo No 1. Soporte Indicador No 1. Certificado de Acreditación en Salud

Anexo No 2. Soporte Indicador No 2. Superintendencia Nacional de Salud

Anexo No 3. Soporte Indicador No 3. Informe del responsable de Planeación de la ESE. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del POA del Plan de Desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador

Anexo No 4. Soporte Indicador No 5. Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Anexo No 5. Soporte Indicador No 6. Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, la certificación debe contener como mínimo el valor de las adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.

Anexo No 6. Soporte Indicador No 7. Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, la certificación debe contener como mínimo el valor de las variaciones incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador

Anexo No 7. Soporte Indicador No 8. Informe del Responsable de Planeación soportado de las actas de Junta Directiva, periodo de los RIPS Utilizados para el análisis y relación de actas de junta donde se presentó el informe.

Anexo No 8. Soporte indicador No 9. Ficha Técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

Anexo No 9. Soporte Indicador No 10. Superintendencia Nacional de Salud

Anexo No 10. Soporte Indicador No 11. Ministerio de Salud y Protección Social

Anexo No 11. Soporte Indicador No 12 Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que contenga como mínimo: Referencia al acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador

Anexo No 12. Soporte Indicador No 13 Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que contenga como mínimo: Referencia al acto administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador

Anexo No 13. Soporte Indicador No 14. Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se le realizó apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador

Anexo No 14. Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador.

Anexo No 15. Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. que contenga como mínimo: Referencia al acto administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador.

Anexo No 16. Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador

Anexo No 17, 18, 19. Ficha técnica de la página web de SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.