



Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"
E.S.E - II NIVEL

**INFORME PLAN DE GESTION GERENCIAL
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018**

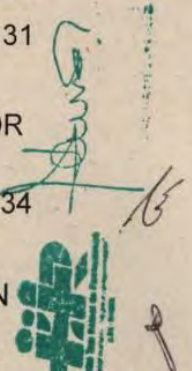
**Presentado por:
DR. JOHN CASTILLO MARTINEZ GERENTE**

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN RAFAEL
FUSAGASUGÁ
CUNDINAMARCA
MARZO DE 2019**



TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| PRESENTACIÓN | 4 |
| INDICADORES ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%) | 5 |
| INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR | 5 |
| INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD | 9 |
| INDICADOR 3: GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL..... | 12 |
| INDICADORES ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%) | 16 |
| INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO | 16 |
| INDICADOR 5: EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA | 20 |
| INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: A). COMPRAS CONJUNTAS, B). COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO C). COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS. | 24 |
| INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR | 27 |
| INDICADOR 8: UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES – RIPS..... | 29 |
| INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO .. | 31 |
| INDICADOR 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA..... | 34 |
| INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN | |





| | |
|---|-----------|
| 2, CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 – DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA. | 36 |
| INDICADORES ÁREA CLINICA ASISTENCIAL (40%)..... | 38 |
| INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES | 38 |
| INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA | 48 |
| INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMIA | 57 |
| INDICADOR 15: NUMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL | 65 |
| INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM) | 68 |
| INDICADOR 17: ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA..... | 75 |
| INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA..... | 81 |
| INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA..... | 83 |
| INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA..... | 85 |





PRESENTACIÓN

La Ley 1438 del 19 de enero de 2011 por la cual el Congreso de la Republica de Colombia, reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, definió entre otras disposiciones los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Según lo dispuesto en los artículos 72 y 74 de la referida ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, emitió mediante la Resolución 0710 del 30 de marzo de 2012, las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

El plan de gestión del Gerente o Director, debe contener entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionadas con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo a lo anterior el doctor John Castillo Martínez, quien fue nombrado mediante decreto de la Gobernación de Cundinamarca No. 332 del 13 de octubre de 2016 y posesionado mediante Acta No. 127 del 20 de octubre de 2016, con efectos fiscales a partir del 21 de octubre de 2016, presento el Plan de Gestión Gerencial, para el periodo institucional vigente, el cual adopta las condiciones y metodología, descritas en las resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, documento que refleja el diagnostico Institucional y los compromisos del Gerente del Hospital San Rafael de Fusagasugá II Nivel E.S.E. ante la Junta Directiva, con respecto a las metas de gestión definidas para las áreas de gestión institucional:

DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%).
GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%).
GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL (40%).

Para la elaboración del Presente Informe del Plan de Gestión Gerencial se realizó seguimiento y análisis de la información del desempeño de la entidad en las diferentes áreas de gestión con corte a 31 de diciembre de 2018, de acuerdo a las metas suscritas ante la Junta Directiva y siguiendo la metodología establecida por el ministerio de salud y protección social, a fin de presentar el estado de avance de cada uno de los indicadores que hacen parte de su evaluación. Este documento ya incluye las modificaciones contempladas en la resolución 408 de 2018, las cuales fueron aprobadas mediante el acuerdo No. 006 del 13 de marzo de 2018 expedido por la Junta Directiva de la ESE.



INFORME PLAN DE GESTION GERENCIAL DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018

INDICADORES ÁREA DE DIRECCIÓN Y GERENCIA (20%)

| |
|--|
| INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR |
| LINEA BASE 2017: Autoevaluación realizada, con calificación cuantitativa de 1.2063 |
| FORMULA DEL INDICADOR: Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior. |
| VALORES DEL INDICADOR: 1.9268 / 1.4427 |
| META 2018: ≥ 1.20 |
| RESULTADO AVANCE: 1.3355 |

Con base al sistema único de acreditación se generó un alistamiento para la autoevaluación de la vigencia 2018 con el nuevo manual de acreditación 3.1, que se expresa en la resolución 5095 de 2018 y establece el anexo técnico del actual manual. Por consiguiente, se realizó las jornadas de autoevaluación con la metodología establecida por el ministerio, dichas jornadas se realizaron fuera de la entidad y con grupos de autoevaluación multidisciplinarios siendo más objetivo e integral el proceso.

Se identificó un gran avance evaluativo en el estándar cliente asistencial y un trabajo mancomunado de los líderes de la E.S.E. con la finalidad de avanzar en pro de la acreditación y de fortalecer los procesos institucionales en búsqueda de la mejora continua, posicionando la E.S.E. como una de las mejores del departamento.

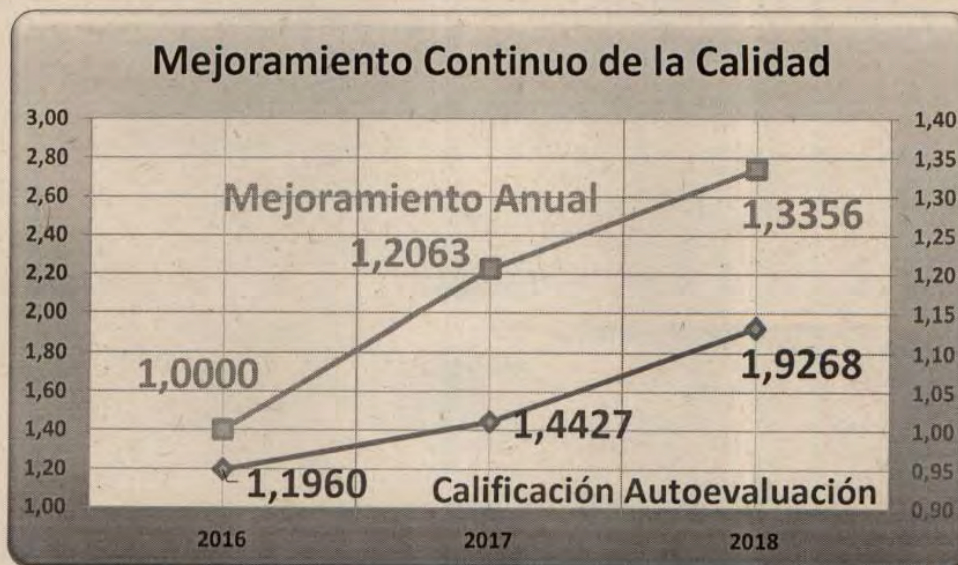
El resultado de la Autoevaluación para los años 2016, 2017 y 2018, se presenta a continuación:

| ESTANDAR | Calificación de la autoevaluación por estándar | | |
|-----------------------------|--|--------|--------|
| | 2016 | 2017 | 2018 |
| Cliente asistencial | 1,1608 | 1,5956 | 2,1676 |
| Direccionamiento | 1,3462 | 1,5615 | 1,9692 |
| Gerencia | 1,3200 | 1,6133 | 1,9267 |
| Gerencia del talento humano | 1,1063 | 1,5125 | 1,7375 |



| ESTANDAR | Calificación de la autoevaluación por estándar | | |
|------------------------------|--|---------------|---------------|
| | 2016 | 2017 | 2018 |
| Gerencia del ambiente físico | 1,3364 | 1,5727 | 1,9545 |
| Gestión de la tecnología | 1,0300 | 1,0800 | 1,7900 |
| Gerencia de la información | 1,1286 | 1,2857 | 1,9286 |
| Mejoramiento de la calidad | 1,1400 | 1,3200 | 1,9400 |
| TOTAL | 1,1960 | 1.4427 | 1,9268 |

En la tabla podemos evidenciar el avance cuantitativo de la calificación de autoevaluación del sistema único de acreditación, se evidencia avance en los resultados por comparación con vigencias anteriores. Podemos establecer que el indicador con mejor resultado es el cliente asistencial el fuerte misional de nuestra institución por otro lado el estándar con mayor oportunidad de mejora es el de talento humano.



ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

El hospital decide adoptar como mecanismo de Autoevaluación los Estándares de Acreditación teniendo en cuenta que es un proceso voluntario y periódico de auto evaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar. Los estándares son previamente conocidos por las entidades evaluadas y han sido desarrollados para fomentar el MEJORAMIENTO CONTINUO.





En contextualización nuestra institución establece esta herramienta sistemática fundamentada en la elaboración del diagnóstico básico para identificar los procesos objeto de mejora que afectan la calidad de la atención y la priorización de los que serán objeto de la auditoria, para identificar problemas o fallas de calidad que afectan a la organización o de los aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad, tiene importancia para la institución, así como implementar la cultura de autocontrol, afianzar el camino para que el grupo adopte acciones preventivas encaminadas a disminuir o erradicar la ocurrencia de los problemas de calidad identificados, igualmente acciones de seguimiento para evidenciar brechas de desempeño y para constatar la aplicación de guías, normas y procedimientos de acuerdo a referentes legales y de calidad adoptados por la institución.

Contando con la participación de la gerencia, el equipo directivo, miembros participantes de los comités Institucionales y teniendo en cuenta la necesidad de desarrollar un proceso juicioso con la participación de los actores directamente involucrados con la prestación de los servicios se definieron los grupos de trabajo por cada estándar, y con el fin de facilitar el desarrollo de la actividad, se designaron unos tutores para cada uno de los grupos de estándares encargados de realizar el acompañamiento del mismo, de la siguiente manera:

Conformación Equipos de Autoevaluación

Se estableció una metodología de autoevaluación de los estándares de acreditación con base en la multi-disciplinariedad de los grupos, Se conforman 4 grupos los cuales son integrados por diferentes líderes de los procesos de la E.S.E. con el fin de brindar una visión y análisis integral del despliegue e implementación.

GRUPO I

Milena Méndez, Tulia Rojas, Yoli Ávila, Giovanna Gaona, Camilo Sabogal, Jairo Bobadilla, María Barrera, Flor Alba Ruiz.

Coordinador: David Rojas

GRUPO II

Anderson Corredor, Dayana Figueroa, Pilas Camacho, Martha Vanegas, Diana Páez, Pilar Hurtado, Ángela Martínez.

Coordinador: Miriam Sánchez

GRUPO III

Milena Baracaldo, Javier Melo, Ana María Arango, Marcela Gómez, Andrei Rojas, Liliana Romero, Lucinio Guevara, Oscar Duarte.

Coordinador: Jina Morales





GRUPO IV

Carolina Monroy, Clara Cortez, Jairo Forero, Alfonso Sanabria, Jeimmy Pérez, Indira Hernández.

Coordinador: Adrián García

Desarrollo

Se realizó la autoevaluación cualitativa y cuantitativa de acuerdo con la metodología definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Evaluación Cualitativa, teniendo en cuenta:
 - Línea de base
 - Fortaleza
 - Oportunidad de mejora

Una vez fortalecidos los grupos de trabajo, se da continuidad al II ciclo de preparación para la acreditación y base para el Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud, realizando actividades como:

- 1- Lectura general de cada uno de los estándares individualmente
- 2- Lectura estándar a evaluar: El grupo en pleno, estudiará y homologará el enfoque del criterio asignado como responsabilidad del grupo para trabajar el estándar.
- 3- Diligenciamiento de las conclusiones frente a lo analizado en el formato diseñado para tal fin. Se aplicará la autoevaluación cualitativa identificando la línea de base, fortalezas y oportunidades de mejoramiento respecto al lineamiento del criterio ó de los estándares de éste, así como la evaluación cuantitativa de cada criterio, calificando de 1 a 5 en los aspectos relacionados con su enfoque, implementación y resultado (con cada una de sus variables), obteniendo de esta formación el promedio aritmético para cada criterio y para la totalidad del estándar.

Toda la información es consolidada por el equipo referente de calidad y posteriormente será presentada a los equipos de trabajo en comité de Gerencia.

- Calificación Cuantitativa de cada criterio, de acuerdo con las dimensiones a evaluar, calificando de 1 a 5 en los aspectos relacionados con su implementación, enfoque y resultado (con cada una de sus variables), obteniendo de esta información el promedio aritmético para cada criterio y para la totalidad del estándar.



PRIORIZACION Y SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORA

La priorización se realizó estableciendo un listado de oportunidades de mejora que aplican para cada grupo de estándares, calificándolas según variables establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en una escala de 1 a 5, Según los conceptos de Riesgo, Costo, Volumen, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor, el resultado final resulta de la multiplicación de estos 3 valores

LOGROS

La E.S.E., en el marco de la metodología de autoevaluación estableció el 3 ciclo de mejoramiento con base al sistema único de acreditación lo que permitió identificar la línea base de autoevaluación y darle continuidad a los procesos que tienen un comportamiento favorable en el cumplimiento de los criterios de los estándares establecidos en el manual de acreditación.

La E.S.E., logra un cumplimiento de las acciones de mejoramiento mayo al 90% de cumplimiento lo que permite avanzar en el sistema único de acreditación e identificar con pertenencia las acciones de mejora para la presente vigencia. Se logra por medio de las acciones de mejoramiento estandarizar procesos y darle un despliegue satisfactorio tanto en el cliente interno como cliente externo, también es importante el inicio y continuidad de la cultura de calidad en los colaboradores de la E.S.E.

DIFICULTADES

Limitaciones de tiempo de los colaboradores principalmente de los asistenciales lo que dificulta las reuniones de grupos de trabajo.

La falta de un rubro destinado a la unidad de gestión de calidad para el desarrollo de actividades de mejoramiento continuo, entre ellos el sistema único de acreditación retrasa un poco el desarrollo de actividades más estructuras para dar implementación y resultados a lo establecido.

INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

LINEA BASE 2017: Se plantearon 50 acciones de mejoramiento de las cuales se ejecutaron 46, para un cumplimiento del 92%.

FORMULA DEL INDICADOR: Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC

VALORES DEL INDICADOR: 44 / 46

META 2018: ≥ 0.90

RESULTADO AVANCE: 0.96





Para la vigencia 2018 se presenta 46 acciones de mejora establecidas en el marco del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud PAMEC, el programa de la institución con base a los direccionamientos de la gobernación de Cundinamarca en el proceso de desarrollo de servicio se estableció los pilares del PAMEC, los cuales son acreditación, seguridad del paciente y gestión del riesgo.

Una vez establecido el programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad se da inicio al seguimiento de las acciones que en el programa se establecieron, con una metodología de seguimiento presencial, los líderes de las diferentes acciones presentaban los avances, monitoreo o estrategias para el cumplimiento de las metas del año 2018.

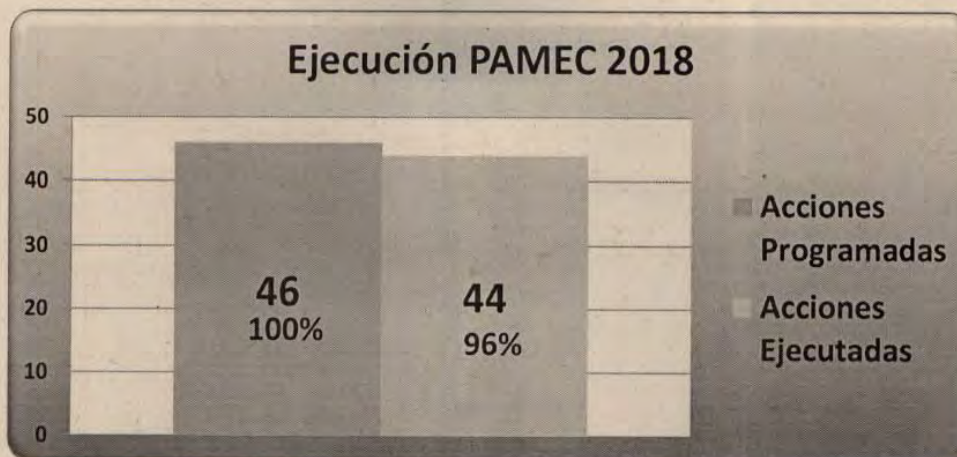
Seguimiento del PAMEC, con la línea base de las diferentes acciones de cumplimiento:

1. Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
2. Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
3. Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia

Verificación de cumplimiento

| ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES EJECUTADAS | AUDITORIAS INTERNAS PROGRAMADAS | AUDITORIAS INTERNAS EJECUTADAS | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PAMEC 2018 |
|----------------------|---------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| 46 | 44 | 8 | 8 | 92 % |





ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

Durante la vigencia 2018 en el desarrollo del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad se establecieron diferentes estrategias e indicadores de cumplimiento por lo cual en la institución realiza el aprendizaje organizacional, se puede evidenciar la realización de las siguientes actividades.

Estandarizo el mecanismo de control de la inasistencia o cancelación de cirugía. Se desplego la política IAMI en la institución logrando el alcance del 80% del cliente interno. Se estandarizo el tiempo de triage 2 en la atención en urgencia sin superar los tiempos normativos.

Se estableció la atención presencial en la institución a personas adultas mayores, mujeres en gestación, niños. Se estandarizo los derechos y deberes de la institución con despliegue al cliente interno y externo. Se estableció la línea base de indicadores del programa de seguridad del paciente de la institución. Se estandarizo el proceso de atención al usuario que involucra la parte administrativa y asistencial. Se estandarizo la medición de los indicadores de gestión asistencial actualizando y creando las fichas técnicas de indicadores. Revisar el que el documento de asignación de citas, registro y admisión.

Se creó el documento de asignación de citas, registro y admisión. Se estandarizo el manual de atención al usuario en la institución. Se estandarizo la medición de la adherencia de las guías de práctica clínica institucionales por medio de listas de chequeo. Se actualizo el protocolo de aislamiento institucional. Se estandarizo la capacitación en autocuidado desde el área de odontología por medio de un folleto instructivo. se estandarizo el proceso de humanización documentando la política de humanización y actualizando. Se estandarizo el proceso de auditoria clínica con base a las guías de práctica clínica. Se estandarizo el proceso de referenciación competitiva y comparativa de la institución. se estandarizo el proceso de verificación de estudios y antecedentes desde talento humano. se estandarizo el plan de



emergencias de la sede principal. Se estandarizó la adquisición, reparación y monitoreo de la tecnología existente en la institución. Se estableció el manejo seguro de la información en la institución. Se estandarizó el plan de contingencia del sistema en la institución.

Auditorías realizadas

Se realizaron en total 8 auditorías con base a los procesos priorizados como imagenología, servicio de urgencias, sala de partos, internación obstétrica, consulta externa, puestos de salud, y transporte asistencial.

DIFICULTADES

- Tendencia del hospital a una cultura de ser reactivo más que preventivo.
- Limitaciones de tiempo de los colaboradores principalmente de los asistenciales lo que dificulta las reuniones de grupos de trabajo.
- Resistencia al cambio.

INDICADOR 3: GESTION DE EJECUCION DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

LINEA BASE 2017: Se dio cumplimiento a 34 de 38 metas establecidas para un cumplimiento del 89%

FORMULA DEL INDICADOR: Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de la evaluación.

VALORES DEL INDICADOR: 47 / 50

META 2018: ≥ 0.90

RESULTADO AVANCE: 0.94

Los planes de Desarrollo Institucionales para el periodo 2017 – 2020, para los Hospitales de la red Publica del Departamento de Cundinamarca, se formularon teniendo en cuenta el Plan Departamental de Desarrollo 2016-2020: Unidos Podemos Más, el Plan Territorial de Salud 2016-2020: "Unidos Podemos Más por la Salud y la Felicidad" y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Estos planes tienen como objetivo servir de puente para articular el trabajo de los diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud, según sus competencias y nivel de atención, con el fin de aportar al mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

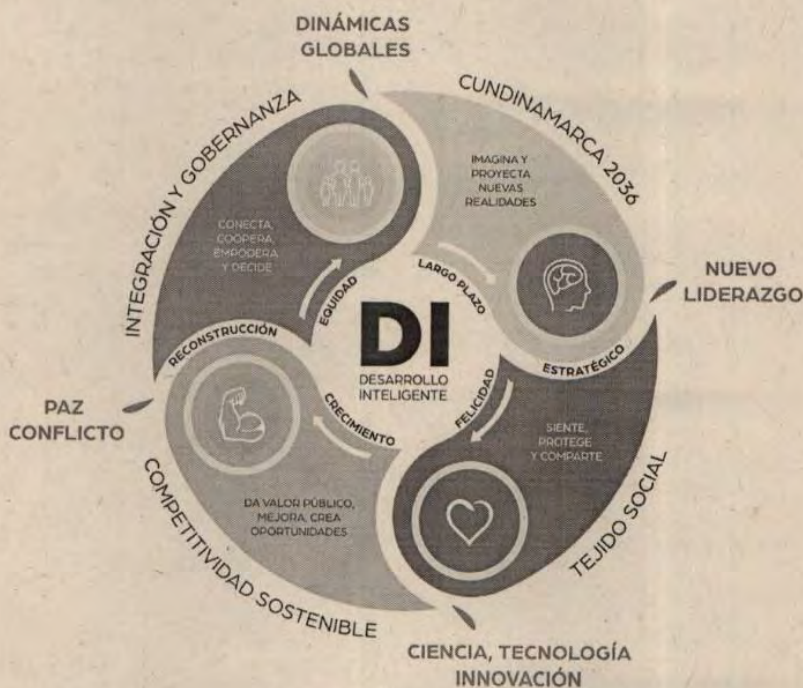
La formulación del plan de desarrollo institucional es un ejercicio participativo de la alta dirección, instancias administrativas y operativas del hospital con la inclusión





de las necesidades de la comunidad, como cliente externo y de sus colaboradores como clientes internos.¹

Siendo de suma importancia para que exista una articulación entre las acciones institucionales a fin de mantener coherencia con los ejes estratégicos expuestos en el Plan Nacional de Desarrollo 2014- 2018: Todos por un nuevo país, el Plan Departamental de Desarrollo 2016-2020: Unidos Podemos Más, con sus ejes integración y gobernanza, competitividad sostenible, Cundinamarca 2036 y tejido social.



Para este proceso de formulación de los Planes Estratégicos Hospitalarios, la Secretaría de Salud de Cundinamarca estableció los formatos e instructivos, con el fin de armonizar y articular los procesos de planeación en salud del Departamento entre los diferentes actores.

El Plan de Desarrollo Institucional Hospitalario está compuesto por tres elementos así:

1. **Plataforma Estratégica:** Se constituye en el mapa guía que nos dice dónde estamos y a dónde debemos ir. compuesta por misión, visión, objetivos estratégicos, valores corporativos, principios y políticas.

¹ Guía Para La Elaboración de Planes de Desarrollo Institucional – Hospitales de la Red Pública Departamental, Oficina Asesora de Planeación de la Secretaría de Salud del Departamento.



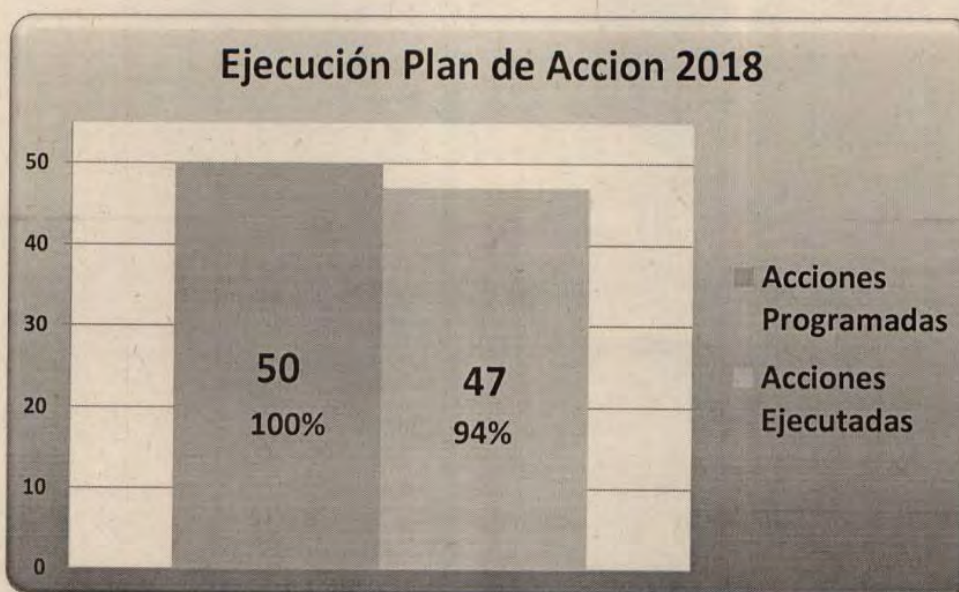
1. **Plan Indicativo:** Documento formulado para el cuatrienio. Este permite detallar los objetivos estratégicos y las metas que ejecutarán durante el periodo del nombramiento como gerentes. Está compuesto por metas de resultado, metas de producto y la proyección anual hasta el año 2020.
2. **Plan de acción en salud – PAS:** Se formula para un periodo anual. Determina la programación anual de actividades por proceso o unidad funcional para garantizar el cumplimiento del plan indicativo y el plan de desarrollo.

A continuación, se presentan los resultados del seguimiento realizado al Plan de Acción en Salud para el año 2018:

| EVALUACIÓN PLAN DE ACCION INTEGRADO PLAN DE ACCION EN SALUD PAS - DECRETO 612 | | | | | | | | | |
|---|--------------|------------------------|-------------------|--------------|------------------------|-------------------|----------------|------------------------|-----------------------|
| Dimensión PDSP | 1er semestre | | | 2do semestre | | | Total Año 2018 | | |
| | No. de Metas | Resultado de las metas | % de cumplimiento | No. de Metas | Resultado de las metas | % de cumplimiento | No. de Metas | Resultado de las metas | Cumplimiento de metas |
| Salud ambiental | 1 | 100% | 50% | 1 | 100% | 50% | 1 | 100% | 1 |
| Vida saludable y condiciones no transmisibles | 6 | 558% | 279% | 6 | 524% | 262% | 6 | 541% | 3 |
| Convivencia social y salud mental | 2 | 200% | 100% | 2 | 200% | 100% | 2 | 200% | 2 |
| Seguridad alimentaria y nutricional | 3 | 300% | 150% | 3 | 300% | 150% | 3 | 300% | 3 |
| Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos | 2 | 200% | 100% | 2 | 200% | 100% | 2 | 200% | 2 |
| Vida saludable y enfermedades transmisibles | 2 | 200% | 100% | 2 | 200% | 100% | 2 | 200% | 2 |
| Salud pública en emergencias y desastres | 2 | 200% | 100% | 2 | 200% | 100% | 2 | 200% | 2 |
| Salud y ámbito laboral | 2 | 200% | 100% | 2 | 200% | 100% | 2 | 200% | 2 |
| Transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables | 3 | 300% | 150% | 3 | 300% | 150% | 3 | 300% | 3 |
| Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud | 13 | 1300% | 650% | 13 | 1300% | 650% | 13 | 1300% | 13 |
| Metas I semestre sin continuidad | 2 | 200% | 100% | | | | 2 | 200% | 2 |



| EVALUACIÓN PLAN DE ACCION INTEGRADO PLAN DE ACCION EN SALUD PAS - DECRETO 612 | | | | | | | | | |
|---|--------------|------------------------|-------------------|--------------|------------------------|-------------------|----------------|------------------------|-----------------------|
| Dimensión PDSP | 1er semestre | | | 2do semestre | | | Total Año 2018 | | |
| | No. de Metas | Resultado de las metas | % de cumplimiento | No. de Metas | Resultado de las metas | % de cumplimiento | No. de Metas | Resultado de las metas | Cumplimiento de metas |
| Decreto 612 de 2018 | | | | 12 | 1200% | 1200% | 12 | 1200% | 12 |
| Sumatoria de metas | 38 | 3758% | 1879% | 48 | 4724% | 2962% | 50 | 4941% | 47 |
| Resultados | | 99% | | | 98% | | | 99% | 94% |



ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

Se logró realizar divulgación en comité de gerencia sobre la formulación y avances en el cumplimiento del PAS, se adelantaron seguimientos trimestrales con los referentes institucionales para cada una de las metas y actividades planteadas en el plan operativo institucional, se realizaron jornadas de trabajo entre los referentes institucionales y el presidente de la Junta directiva, quien apoyo técnicamente la formulación de los planes Indicativo y de Acción en Salud.

DIFICULTADES

- Se tienen dificultades con la información, especialmente la relacionada con la información resultante del proceso de generación de RIPS.
- Existe una gran demanda de información por parte de entes externos lo que retrasa el cumplimiento de muchas actividades programadas.



- Se debe fortalecer la cultura de la planeación en cada uno de los colaboradores, y el impacto de la misma en el logro de los objetivos institucionales.
- La falta de cultura del reporte oportuno de la información por parte de algunos responsables de proceso, que dificulta la consolidación de resultados.

INDICADORES ÁREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA (40%)

| |
|---|
| INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO |
| LINEA BASE 2017: Programa de Saneamiento Fiscal Adoptado |
| FORMULA DEL INDICADOR: Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. |
| VALORES DEL INDICADOR: Indicador no aplica. Se tiene Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero adoptado. |
| META 2018: Indicador no aplica. |
| RESULTADO AVANCE: Indicador no aplica. Se tiene Programa de Saneamiento Fiscal Adoptado. |

La institución fue sometida a la Implementación de un programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, el cual fue viabilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público según oficio No. 111711 del 24 de julio de 2014. Este programa se proyectó para ser ejecutado desde el año 2014 culminado su ejecución en el año 2017.

Teniendo en cuenta las medidas adoptadas para el desarrollo del programa la Institución dejó de estar categorizada en riesgo alto a partir de la evaluación realizada por el ministerio de hacienda en el año 2015 con la información del cierre financiero de la ESE correspondiente al año 2014. Actualmente la Institución permanece categorizada como sin riesgo, de conformidad con el reporte realizado por el ministerio de Salud y la Protección Social, el cual se detalla a continuación:

| CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO | |
|---|--------------|
| Variable | Calificación |
| Información cierre año 2018 (* Según tabla de categorización de riesgo) | Sin riesgo |
| Resolución 2249 de 2018 (con información cierre año 2017) | Sin riesgo |
| Resolución 1755 de 2017 (con información cierre año 2016) | Sin riesgo |
| Resolución 2184 de 2016 (con información cierre año 2015) | Sin riesgo |
| Resolución 1893 de 2015 (con información cierre año 2014) | Sin riesgo |
| Resolución 2090 de 2014 (con información cierre año 2013) | Riesgo alto |
| Resolución 1877 de 2013 (con información cierre año 2012) | Riesgo alto |
| Resolución 2509 de 2012 (con información cierre año 2011) | Riesgo alto |





A continuación, se presentan los resultados de la categorización del riesgo para la vigencia 2018, según la información financiera de la ESE, resultados que a la fecha no ha sido expedida por el ministerio de salud y la protección social.

| Concepto | Subconcepto | Observaciones | Valores en \$ | Formula | Resultado |
|---|---|---|----------------|---|----------------|
| Ingresos operacionales corrientes recaudados más estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada por nivel de atención | Ingresos por venta de servicios de salud recaudados | | 33.874.611.209 | A1(+)+A2(+) A3; si IPS es Nivel 1 ó A4; si IPS es nivel 2 o 3 (+) A5 | 45.243.820.244 |
| | Otros ingresos corrientes recaudados | | 0 | | |
| | 80% de la cartera por venta de servicios de salud menor a 90 días | Aplica para nivel 1 | 0 | | |
| | 80% de la cartera por venta de servicios de salud hasta 180 días | Aplica para niveles 2 y 3 | 11.369.209.035 | | |
| | ESE con condiciones de mercado especial? | | No | | |
| | Ingresos por aportes no ligados a la venta de servicios de salud recaudados | Se tienen en cuenta estos ingresos si la ESE presenta condiciones de mercado especial | 1.012.351.231 | | |
| Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos | Gastos de funcionamiento comprometidos | | 31.056.396.275 | B1(+)+B2 | 47.724.350.290 |
| | Gastos de operación comercial y prestación de servicios comprometidos | | 16.667.954.015 | | |
| Superávit o Déficit de la Operación Corriente | Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada | | 45.243.820.244 | A(-)-B | -2.480.530.046 |
| | Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos | | 47.724.350.290 | | |
| Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención | 70% de la cartera por venta de servicios de salud entre 90 y 360 días | Aplica para nivel 1 | 0 | Primer Nivel de Atención: D1 (+) D3 | 17.381.828.444 |
| | 75% de la cartera por venta de servicios de salud entre 181 a 360 días | Aplica para niveles 2 y 3 | 4.992.413.040 | Segundo y Tercer Nivel: D2 (+) D3 | |

[Handwritten signature]



| Concepto | Subconcepto | Observaciones | Valores en \$ | Formula | Resultado |
|--|--|--|-----------------------|-----------|----------------|
| | 50% de la cartera por venta de servicios de salud mayor a 360 días | Se descuenta la cartera mayor a 360 días por concepto de atención a particulares | 12.389.415.404 | | |
| Gastos Comprometidos Sin Pagar de la Vigencia | Gastos totales comprometidos en la vigencia | Total gastos comprometidos (-) compromisos por cuentas por pagar de vigencias anteriores | 48.593.871.170 | E1 (-) E2 | 2.845.636.763 |
| | Pagos realizados sobre gastos comprometidos en la vigencia | Total pagos (-) pagos por cuentas por pagar de vigencias anteriores | 45.748.234.407 | | |
| Pasivos mayores a 360 días, descontando los pasivos estimados. | Pasivos mayores a 360 días | | 903.394.093 | F1 (-) F2 | 62.242.374 |
| | Pasivos estimados mayores a 360 días | | 841.151.719 | | |
| Total pasivos netos, descontando pasivos estimados | Total Pasivo | | 8.236.709.657 | G1(-)G2 | 6.550.880.390 |
| | Total pasivos estimados | | 1.685.829.267 | | |
| Pasivo no corriente | Total pasivos netos, descontando pasivos estimados | | 6.550.880.390 | G (-) E | 3.705.243.627 |
| | Gastos Comprometidos Sin Pagar de la Vigencia | | 2.845.636.763 | | |
| Pasivos adquiridos en vigencias anteriores | Pasivos mayores a 360 días, descontando los pasivos estimados. | | 62.242.374 | Max(F;H) | 3.705.243.627 |
| | Pasivo no corriente | | 3.705.243.627 | | |
| Superávit o Déficit de la Operación Corriente | Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención | | 17.381.828.444 | D (-) I | 13.676.584.817 |
| | Pasivos adquiridos en vigencias anteriores | | 3.705.243.627 | | |
| Superávit o Déficit Operacional Total | Superávit o déficit de la operación corriente | | -2.480.530.046 | C(+) J | 11.196.054.771 |
| | Superávit o déficit de la operación no corriente | | 13.676.584.817 | | |
| Ingresos Operacionales Totales | Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de | | 45.243.820.244 | A(+) D | 62.625.648.688 |

[Handwritten signature]



| Concepto | Subconcepto | Observaciones | Valores en \$ | Formula | Resultado |
|--|--|--|----------------|--------------------------|----------------|
| | recaudo de cartera de corto plazo ajustada | | | | |
| | Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada | | 17.381.828.444 | | |
| Índice de Riesgo | Superávit o Déficit Operacional Total | | 11.196.054.771 | K/L | 0,18 |
| | Ingresos Operacionales Totales | | 62.625.648.688 | | |
| Superávit o Déficit Presupuestal | Total Ingresos Reconocidos | | 70.647.495.328 | N1(-)N2 | 18.559.586.537 |
| | Total Gastos Comprometidos | | 52.087.908.791 | | |
| Tiene Información consolidada, validada y presentada por la Dirección Territorial? | | Fuente: Reporte de información anual 2011. Reportada, consolidada, validada y presentada a través de SIHO. Corte Diciembre 31 de 2015. | | | SI |
| CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO | Sin riesgo | | | M(>=0,00) | Sin Riesgo |
| | Riesgo bajo | | | M(Entre - 0,01 y - 0,10) | |
| | Riesgo medio | | | M(Entre - 0,11 y - 0,20) | |
| | Riesgo Alto | | | M(<= - 0,21) | |
| | Riesgo Alto (Déficit Presupuestal) | | | N(<0) | |
| | Riesgo Alto (Sin reporte de información) | | | SI O=NO | |

ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

La Administración viene realizando seguimiento a los resultados de la información financiera tanto en el comité de gerencia, como en el comité financiero, a fin de mantener unos resultados financieros positivos para la Institución.

LOGROS

A partir del año 2015 (información financiera 2014) la Institución ha sido categorizada como una entidad "Sin riesgo".

[Handwritten signature]



DIFICULTADES

Se presenta problemas en el recaudo de la cartera que corresponde a las ERP en procesos de intervención y/o liquidación, que generan dificultad para mantener el flujo de efectivo para poder desarrollar el objeto social de la institución; esto aunado a la poca efectividad por parte de los entes de vigilancia y control para garantizarle a las IPS la recuperación de la cartera.

INDICADOR 5: EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

LINEA BASE 2017: 0.9409

$$\frac{(42.934.786.014 / 4.395.288,8) = 9.768}{(41.184.632.292 \text{ "}(39.568.094.690 * 1.040)\text{"} / 3.966.805,76) = 10.382} = 0.9409$$

FORMULA DEL INDICADOR: [(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)]

VALORES DEL INDICADOR:

$$\frac{(47.724.350.290 / 4.296.494) = 11.108}{(44.299.201.418 \text{ "}(42.934.786.014 * 1.0318)\text{"} / 4.395.288,8) = 10.079} = 1.1021$$

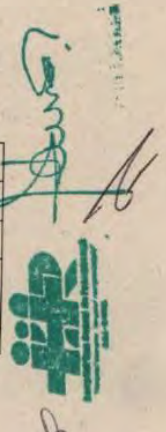
META 2018: <0.90

RESULTADO AVANCE: 1.1021

En las instituciones hospitalarias se prestan múltiples productos y servicios y con el fin de hacer comparaciones entre instituciones y ejercicios de eficiencia se establece la Unidad de Valor Relativo UVR. Para ello se utiliza una fórmula que vuelve equivalente la producción hospitalaria ya que pondera consultas electivas y urgentes, partos y cirugías (entre otros), acorde a una institución hospitalaria y discrimina algunos de estos servicios por nivel de complejidad. Este valor es determinado por el Ministerio de Salud de acuerdo a la información suministrada por la entidad a través del aplicativo SIHO.

Para el cálculo del indicador se tuvieron en cuenta los valores del gasto discriminados de la siguiente manera:

| VARIABLES PARA EL CÁLCULO DEL INDICADOR | AÑO 2018 | AÑO 2017 |
|--|----------------|----------------|
| Gasto de funcionamiento | 31.056.396.275 | 27.882.289.627 |
| Gasto de operación comercial y prestación de servicios | 16.667.954.015 | 15.052.496.387 |
| Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación | 47.724.350.290 | 42.934.786.014 |

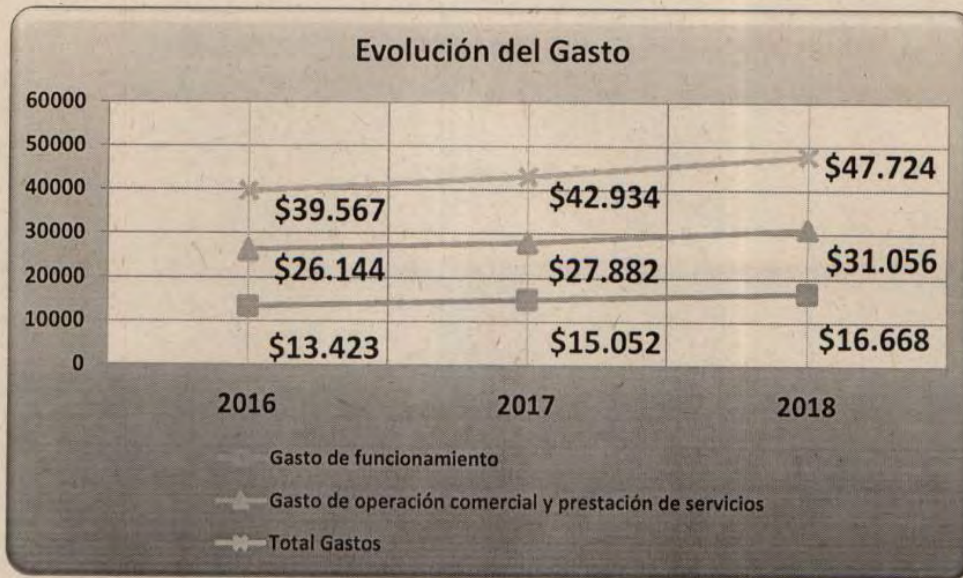




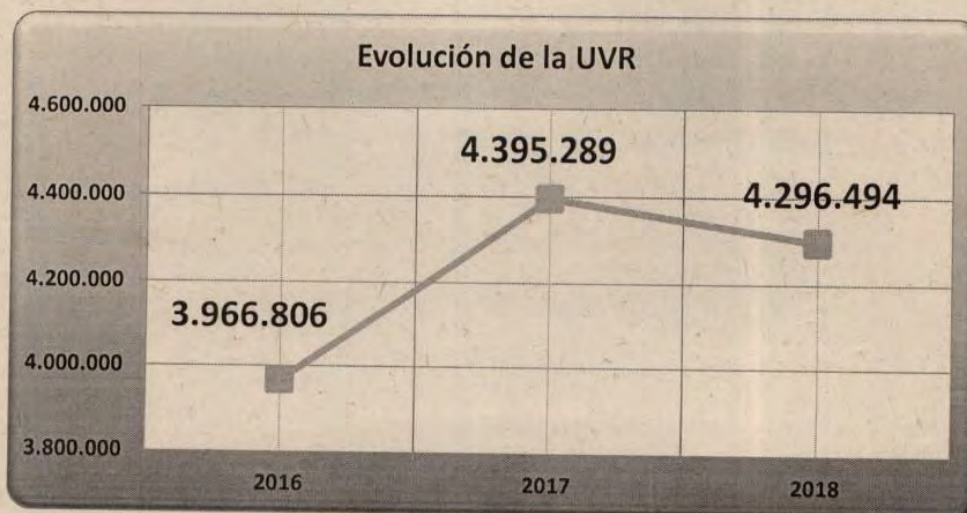
| VARIABLES PARA EL CÁLCULO DEL INDICADOR | AÑO 2018 | AÑO 2017 |
|---|----------------|----------------|
| Deflactor - DANE series de empalme | 100,00 | 96,92 |
| Valores constantes del año objeto de evaluación - Deflactor | 1,0000 | 1,0318 |
| Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación en valores constantes del año objeto de evaluación | 47.724.350.290 | 44.299.201.418 |
| Número de UVR producidas | 4.296.494 | 4.395.289 |
| Indicador en precios corrientes | 11.108 | 9.768 |
| [(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto comprometido de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)] | 11.108 | 10.079 |
| Resultado Final del Indicador | 1,1021 | |

Se hace la aclaración que a los gastos de la vigencia 2017 se les aplico el deflactor de 1.0318 para llevarlos a valores constantes del periodo de evaluación es decir 2018; este deflactor se calculó de acuerdo al índice de precios al consumidor establecido por el DANE

Este cálculo se realizó teniendo en cuenta la información registrada en el aplicativo SIHO para el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, que se encuentra en proceso de verificación y certificación por el Ministerio de Salud y la Protección Social.



Como resultado del análisis de la información financiera de la institución se puede verificar como los gastos de funcionamiento presentaron un incremento producto de una mayor destinación del gasto orientada a mejorar la prestación de servicios de salud, que se vean reflejados en la satisfacción en la atención brindada a nuestros usuarios, con una mejor calidad en los servicios ofertados, como lo es la contratación de especialistas para disminuir los tiempos de espera para mejorar la oportunidad en la prestación de los servicios, y que a su vez se ve reflejado en la producción de servicios que a pesar de no lograr superar la producción de 2017, si tiene una aumento importante del 8% frente a la producción del año 2016 al pasar de 3.966.805.76 en 2016 a 4.296.494 en 2018.



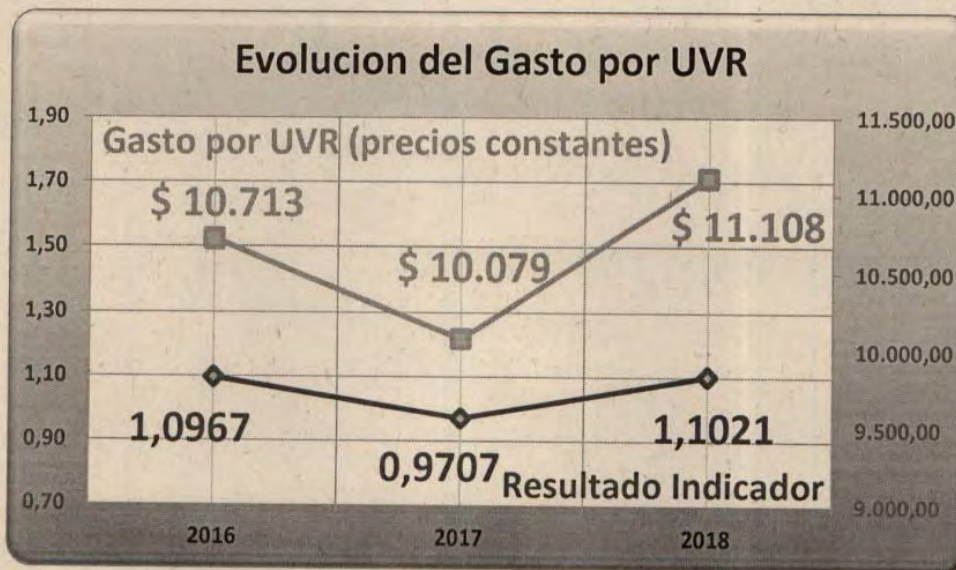


A continuación, se presenta el reporte de la ficha técnica del SIHO con el resultado del Indicador:

FICHA TÉCNICA

2529000036 - E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA DE FUSAGASUGÁ - (CUNDINAMARCA)

| EQUILIBRIO Y EFICIENCIA | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Variable | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Equilibrio presupuestal con reconocimiento | 1,57 | 1,68 | 1,78 | 1,65 |
| Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 1,10 | 1,3 | 1,31 | 1,16 |
| Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP) | 1,29 | 1,62 | 1,72 | 1,55 |
| Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP) | 0,79 | 1,18 | 1,2 | 1,03 |
| Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$) | 11.121,54 | 12.745,55 | 12.133,21 | 13.302,86 |
| Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 9.875,00 | 9.974,8 | 9.768,37 | 11.107,74 |
| Gasto de personal por UVR (\$) | 5.273,50 | 5.487,4 | 5.075,3 | 5.766,82 |



ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

- Se incrementó la contratación con los especialistas con el fin de cubrir la demanda existente.
- Se realiza control continuo a productividad de los especialistas, buscando realizar la mayor cantidad de procedimientos que están dentro de nuestro nivel de complejidad.



- Se implementaron estrategias para la racionalización del gasto como lo fue la negociación conjunta para la compra de medicamentos y material médico quirúrgico.

LOGROS

La Administración ha logrado disminuir las deudas con proveedores, lo que a su vez ha permitido conseguir precios favorables para la institución en las diferentes compras.

INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: A). COMPRAS CONJUNTAS, B). COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO C). COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS.

LINEA BASE 2017: 0.7587 (3.646.833.837 / 4.806.514.953)

FORMULA DEL INDICADOR: Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas, (b) compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.

VALORES DEL INDICADOR: 3.869.996.800 / 5.050.110.074

META 2018: ≥ 0.70

RESULTADO AVANCE: 0.7663

En el mes de Abril de 2018, la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá y la ESE Hospital Ismael Silva de Silvania, iniciaron un proceso de negociación conjunta, buscando consolidar la información pertinente a condiciones técnicas, económicas y de seguridad para cubrir las necesidades expuestas en relación con la adquisición de medicamentos e insumos medico quirúrgicos, necesarios para la prestación de los servicios de las instituciones; con base en esta consolidación y las ofertas presentadas por proveedores sobre especificaciones técnicas y precios de venta, se conformaron los listados con las ofertas que técnica y económicamente fueron más favorables para cada una de las Instituciones.

Una vez definidos los listados, se iniciaron los procesos de compra de Medicamentos e Insumos Medico Quirúrgicos en cada ESE de forma independiente, de acuerdo con su plan de compras y disponibilidad presupuestal, cumpliendo con los procesos administrativos, documentación jurídica y técnica establecida en sus manuales de contratación y conservando su autonomía administrativa.



Las ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá y la ESE Hospital Ismael Silva de Sylvania, se unieron para organizar una Negociación Conjunta de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos y así beneficiarse de las ventajas derivadas de la economía de escala frente a las adquisiciones, al conseguir volúmenes significativos de negociación frente a los proveedores, haciendo uso de principios como el de colaboración entre entidades públicas y la preservación del gasto, atendiendo a necesidades de suministro, marca y volúmenes de consumo.

Adicionalmente en enero de 2018, se realizó una negociación conjunta de tarifas para el suministro de Gases Medicinales entre la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá, ESE María Auxiliadora de Mosquera, ESE Hospital San Antonio de Chía, ESE Hospital Santa Bárbara de Vergara, ESE Hospital San Rafael de Facatativá, ESE Hospital Ismael Silva de Sylvania, ESE Hospital San Vicente de Paul Nemocon y ESE Hospital San Rafael de Guaduas.

Durante el año 2018, se realizaron compras de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico como se discrimina a continuación:

| MEDICAMENTOS | | |
|---------------------|-------------------------|----------------|
| Medio | Valor | % |
| Compra Conjunta | \$ 2.035.500.000 | 82,02% |
| Cooperativas | \$ - | 0,00% |
| Electrónico | \$ - | 0,00% |
| Otros | \$ 446.298.656 | 17,98% |
| Total | \$ 2.481.798.656 | 100,00% |

| MATERIAL MEDICO QUIRURGICO | | |
|-----------------------------------|-------------------------|----------------|
| Medio | Valor | % |
| Compra Conjunta | \$ 1.834.496.800 | 71,43% |
| Cooperativas | \$ - | 0,00% |
| Electrónico | \$ - | 0,00% |
| Otros | \$ 733.814.618 | 28,57% |
| Total | \$ 2.568.311.418 | 100,00% |

| MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO | | |
|--|-------------------------|----------------|
| Medio | Valor | % |
| Compra Conjunta | \$ 3.869.996.800 | 76,63% |
| Cooperativas | \$ - | 0,00% |
| Electrónico | \$ - | 0,00% |
| Otros | \$ 1.180.113.274 | 23,37% |
| Total | \$ 5.050.110.074 | 100,00% |

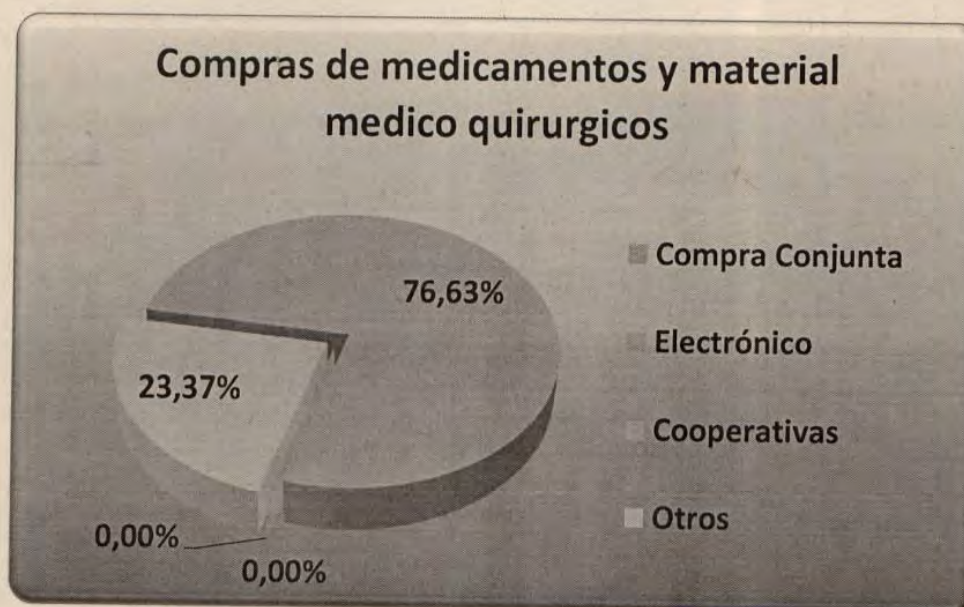
% Compras Conjuntas



76,63%

Durante la vigencia 2018, se realizaron compras por concepto de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico por valor de \$5.050.110.074, de los cuales se realizó Compra Conjunta con la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá, ESE María Auxiliadora de Mosquera, ESE Hospital San Antonio de Chía, ESE Hospital Santa Bárbara de Vergara, ESE Hospital San Rafael de Facatativá, ESE Hospital Ismael Silva de Sylvania, ESE Hospital San Vicente de Paul Nemocon y la ESE Hospital San Rafael de Guaduas por valor de \$3.869.996.800, lo que equivale al 76.63% del total de las compras efectuadas; lo que quiere decir que del total de las compras de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico realizadas en el año 2018, el 76,63% se realizó por los medios establecidos en la Resolución 743 de 2013.

Compras de medicamentos y material medico quirurgicos



ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

Se realizó contacto con la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá, ESE María Auxiliadora de Mosquera, ESE Hospital San Antonio de Chía, ESE Hospital Santa Bárbara de Vergara, ESE Hospital San Rafael de Facatativá, ESE Hospital Ismael Silva de Sylvania, ESE Hospital San Vicente de Paul Nemocon y ESE Hospital San Rafael de Guaduas, con las cuales se realizó el proceso para realizar compra conjunta para que dichas compras fueran económicamente más favorables para cada una de las Instituciones.

La institución para la adquisición de los diferentes Insumos Hospitalarios realiza cuadros comparativos, donde se tiene en cuenta precio, calidad, oportunidad, y capacidad de respuesta a los requerimientos.



LOGROS

Se alcanzó un buen nivel de proporción de compras conjuntas, lo que se ve reflejado en el resultado del indicador, adicionalmente con esto se logró realizar compras a precios más favorables aprovechando las economías de escala al comprar en mayores volúmenes.

DIFICULTADES

La negociación para compra conjunta requirió un proceso dispendioso, lo que obligo a que, durante los primeros cinco meses del año, las compras que se realizaron no se dieran por este mecanismo, lo que afecto el resultado final del indicador. Sin embargo, es de aclarar que las compras realizadas durante este periodo se realizaron bajo los principios de calidad, oportunidad y precio realizando cuadros comparativos para la toma de decisiones más adecuada para la institución.

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

LINEA BASE 2017: Variación Negativa de \$-99.746.385 (466.466.346 – 566.212.731)

FORMULA DEL INDICADOR: Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación / [(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) – (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)]

VALORES DEL INDICADOR: ((\$0) – (466.466.346))

META 2018: Cero (0) o variación negativa.

RESULTADO AVANCE: Cero (\$0)

A 31 de diciembre el monto de la deuda superior a 30 días se encuentra discriminado de la siguiente manera:

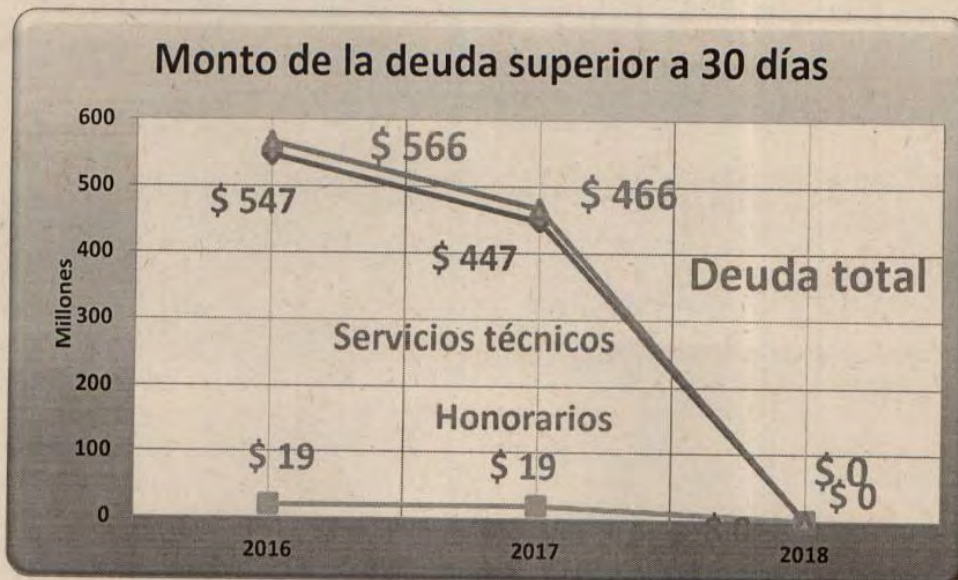
| Clase | % | Valor |
|----------------------------|----------------|----------|
| Honorarios | 0% | 0 |
| Servicios Técnicos | 0% | 0 |
| Nomina | 0% | 0 |
| Total Vigencia 2018 | 100,00% | 0 |



| Clase | % | Valor |
|------------------------------|---|--------------|
| Vigencia Anterior (Año 2017) | | 466.466.346 |
| Variación | | -466.466.346 |
| Resultado del Indicador | | 0 |

teniendo en cuenta lo anterior se puede concluir que la deuda laboral superior a 30 días para la vigencia 2018 presenta un valor de cero "0".

El resultado favorable de este indicador obedece a los esfuerzos realizados por la Administración en la recuperación de cartera y el compromiso gerencial para mantener los pagos del personal al día logrando que no exista deuda salarial al cierre de la vigencia 2018.

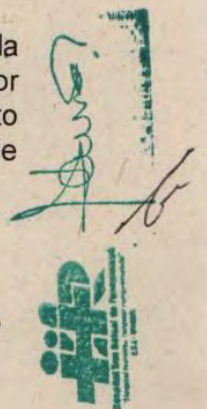


Esta Administración, dentro de sus políticas tiene como compromiso con la priorización del pago de las deudas laborales con el fin de buscar mayor compromiso institucional en los resultados de producción del talento humano. Esto se puede evidenciar con la disminución de la deuda, tanto así que la deuda de salarios del personal de planta se encuentra en ceros.

ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

Se tiene como prioridad de la Administración el pago de la deuda laboral logrando una disminución de los valores adeudados frente a la vigencia anterior.

LOGROS





Los pagos de nómina han sido prioridad por parte de la administración para que antes de terminar el mes hayan sido cancelados, de igual forma el pago a contratistas se viene realizando oportunamente en tanto se surtan los procesos de revisión y verificación de las actividades desarrolladas de acuerdo a las obligaciones contractuales y el pago de seguridad social, quedando finalmente en ceros la deuda mayor a 30 días.

INDICADOR 8: UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES – RIPS

LINEA BASE 2017: 4 Informes presentados

FORMULA DEL INDICADOR: Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios

VALORES DEL INDICADOR: 4 Informes presentados

META 2018: 4 Informes presentados

RESULTADO AVANCE: 4 Informes presentados

Las orientaciones dadas por las resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, indican que las instituciones prestadoras de servicios deben generar planes de gestión orientados a la generación de resultados gerenciales, administrativos y clínicos. Este informe realiza un análisis que incluye todas las actividades, procedimientos o intervenciones de salud que realiza la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá en aras de realizar una mejora constante en su productividad y en la canalización de esfuerzos hacia la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las patologías más recurrentes en la población del área de influencia de la ESE.

La generación de información Institucional basada en RIPS corresponde a un mecanismo esencial para los procesos de radicación de facturas por concepto de venta de servicios ante los pagadores (EAPB) y son el insumo para la generación de información para su seguimiento y análisis al interior del Hospital a fin de lograr el mejoramiento de los indicadores de calidad en la atención y de productividad que se reflejen en el cumplimiento de las metas institucionales.

| PERIODO DEL INFORME | FECHA DE PRESENTACIÓN |
|------------------------|---------------------------------|
| Primer trimestre 2018 | 30 de abril de 2018 |
| Segundo trimestre 2018 | 31 de julio a agosto 10 de 2018 |
| Tercer trimestre 2018 | 27 y 28 de noviembre de 2018 |
| Cuarto Trimestre 2018 | 7, 11 y 12 de febrero de 2019 |



ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

La generación de facturas por concepto de venta de servicios en la Institución se soporta en el software Dinámica Gerencial, que integra los módulos de cartera, presupuesto, contabilidad, tesorería, almacén, entre otros a la historia Clínica de la entidad. Toda esta información permite la generación de RIPS, sobre los cuales se establecen las estadísticas institucionales de producción de servicios.

Debido a que los RIPS, se generan en forma electrónica, en algunos casos cuando se valida con la facturación se presentan inconsistencias de códigos, campos sin diligenciar y diferencias en valores; por consiguiente, se requiere tiempo para hacer los ajustes necesarios para poder validar con éxito los archivos planos y radicar las cuentas de cobro.

En el área de facturación se cuenta con una persona encargada de la generación de los archivos planos "RIPS", proceso que se debe desarrollar en un tiempo no mayor a 10 días posteriores al cierre del mes y se desarrolla en los siguientes pasos:

- Detectar y ajustar las inconsistencias internas con base en las facturas del mes para soportar las cuentas de cobro que se radican mensualmente.
- Validar en el software diseñado.
- Si los resultados de la validación arrojan errores, deben ajustarse hasta lograr la validación con éxito; de lo contrario no es posible radicar la facturación del mes.
- Se procede a grabar la validación con éxito en un CD para unas entidades y en otras se envía el reporte a través de páginas web y/o correos electrónicos.
- Una vez cursado el proceso anterior se pasa el respectivo soporte (CD, Pantallazo Web, E-mail remitido) a facturación para armar la cuenta con todas las facturas, sus soportes y la respectiva cuenta de cobro del mes.

Esta información posteriormente es consolidada por la unidad de sistemas de Información y remitida al área de epidemiología, quien se encarga de analizarla, consolidarla y generar insumos valiosos para la institución, como son el perfil epidemiológico institucional y el informe de RIPS.

LOGROS

- Actualización de los indicadores de morbilidad, mortalidad y producción de servicios.
- Disponibilidad de datos para análisis de la información acorde a la situación de salud de la población.
- Capacitación y adaptación del personal en fundamentos del Software para el diligenciamiento.
- Se fortalecimiento la conectividad en cada centro y puesto de salud.





- Parametrización del Software a en sus diferentes módulos aplicables a la institución.

DIFICULTADES

- Correcto diligenciamiento de los RIPS en todos los puntos de atención.
- Grado de conocimiento del personal frente al manejo del Software.
- Se requiere mejorar la calidad de la información cargada en el sistema para los diagnósticos tanto de ingreso como de egreso.

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

LINEA BASE 2017: 1.3139 (\$63.153.073.594 / \$48.066.755.698)

FORMULA DEL INDICADOR: Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de las CxP de vigencias anteriores).

VALORES DEL INDICADOR: (\$60.669.070.163 / \$52.087.908.791)

META 2018: $\geq 1,00$

RESULTADO: 1.1647

El Cálculo del indicador arroja un resultado de **1.1647**, teniendo en cuenta los Ingresos totales recaudados en la vigencia incluyendo CXC vigencias anteriores, frente al total de Gastos comprometidos incluyendo CXP vigencias anteriores, así:

| Año | Recaudo | Gasto Comprometido |
|------|------------------|--------------------|
| 2018 | \$60.669.070.163 | \$52.087.908.791 |

En la siguiente tabla se presenta el discriminado de los ingresos y gastos de la Institución durante la vigencia 2018:

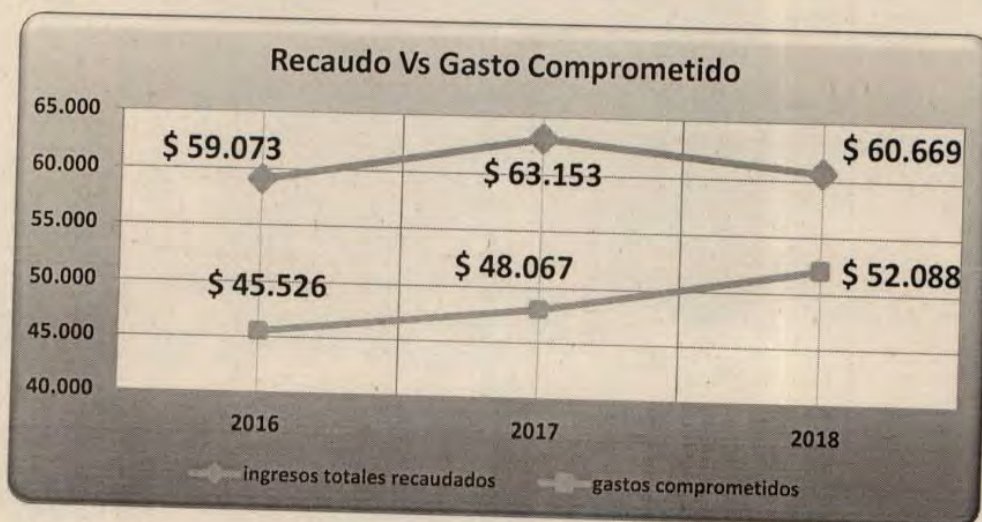
| RUBRO PRESUPUESTAL | Año 2016 | Año 2017 | Año 2018 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes) | | | |
| Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC) | 46.953.166.730 | 52.244.371.960 | 50.081.233.290 |
| Total Venta de Servicios | 33.310.102.690 | 30.822.194.680 | 33.874.611.209 |
|Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda | 1.468.934.980 | 802.692.740 | 802.879.917 |
|Régimen Subsidiado | 23.332.004.930 | 22.439.580.860 | 22.154.793.118 |
|Régimen Contributivo | 4.469.885.010 | 4.018.187.510 | 7.051.517.986 |
| Otras ventas de servicios | 4.039.277.770 | 3.561.733.570 | 3.865.420.188 |





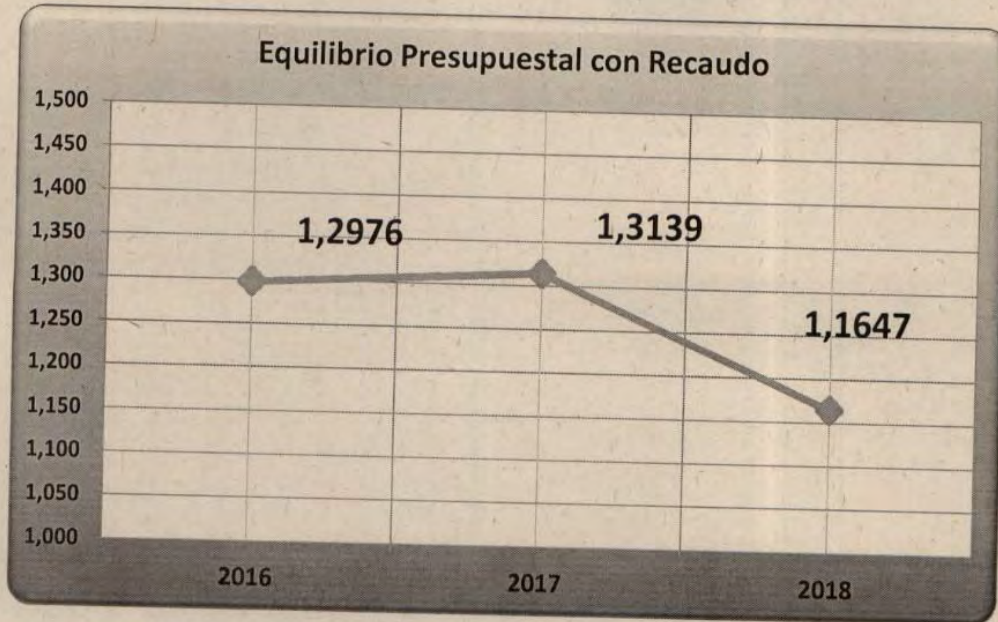
| RUBRO PRESUPUESTAL | Año 2016 | Año 2017 | Año 2018 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Aportes | 2.112.551.020 | 3.189.511.920 | 1.012.351.231 |
| Otros Ingresos | 281.160.382 | 110.172.526 | 101.243.006 |
| Disponibilidad Inicial | 11.249.352.639 | 18.122.492.838 | 15.093.027.844 |
| Cuentas por cobrar Otras vigencias | 12.120.172.710 | 10.908.701.630 | 10.587.836.873 |
| Ingreso Total Recaudado | 59.073.339.440 | 63.153.073.590 | 60.669.070.163 |
| GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos corrientes) | | | |
| Gastos Total Comprometido (Excluye CxP) | 39.662.265.944 | 43.456.313.099 | 48.593.871.170 |
| Gasto de Funcionamiento | 26.144.787.040 | 27.882.289.630 | 31.056.396.275 |
| Gastos de Personal | 21.767.466.520 | 22.307.397.800 | 24.776.256.825 |
| Gasto de Personal de Planta | 4.305.501.910 | 4.174.289.030 | 4.240.588.898 |
| Servicios Personales Indirectos | 17.461.964.610 | 18.133.108.770 | 20.535.667.927 |
| Gastos Generales | 4.186.056.800 | 4.771.665.530 | 6.019.981.373 |
| Transferencias Corrientes | 191.263.726 | 803.226.297 | 260.158.077 |
| Gastos de Operación y Prestación de Servicios | 13.423.307.650 | 15.052.496.390 | 16.667.954.015 |
| Inversión | 94.171.254 | 521.527.079 | 869.520.880 |
| Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores | 5.863.632.780 | 4.610.442.610 | 3.494.037.621 |
| Gastos Totales con Cuentas por Pagar | 45.525.898.724 | 48.066.755.709 | 52.087.908.791 |
| Resultado del Indicador | 130% | 131% | 116% |

Como resultado del análisis de la información financiera de la institución se puede establecer se tiene un valor superior en el recaudo frente al gasto comprometido, manteniendo un respaldo total de los compromisos, lo que le permite a la Institución mantener un equilibrio presupuestal con recaudo adecuado.





Estos valores permiten establecer que la institución ha mantenido el equilibrio financiero por encima de 1 lo que indica que la institución ha podido respaldar sus gastos con el recaudado.



A continuación, se presenta el reporte de la ficha técnica del SIHO con el resultado del Indicador:

FICHA TÉCNICA

2529000036 - E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA DE FUSAGASUGÁ - (CUNDINAMARCA)

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA

| Variable | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|------|------|------|------|
| Equilibrio presupuestal con reconocimiento | 1,57 | 1,68 | 1,78 | 1,65 |
| Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 1,10 | 1,3 | 1,31 | 1,16 |
| Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXK y CXP) | 1,29 | 1,62 | 1,72 | 1,55 |

ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

Las cifras antes reflejadas son el resultado de estrategias adoptadas por la administración, basadas en el monitoreo y seguimiento periódico de la situación financiera de la institución, a fin de analizar las cifras y tomar acciones de mejoramiento.

LOGROS





La institución ha logrado mantener el equilibrio financiero con un resultado positivo del 1,16 de recaudos frente a gastos comprometidos.

INDICADOR 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA

LINEA BASE 2017: Oportuno

FORMULA DEL INDICADOR: Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.

VALORES DEL INDICADOR: Informes presentados oportunamente

META 2018: Oportuno

RESULTADO AVANCE: Extemporaneo

De conformidad con el reporte de indicadores realizado para la vigencia 2018 la superintendencia Nacional de Salud Informa que para la certificación del Indicador 10 se tuvo en cuenta los siguientes archivos tipo:

Tabla. Relación de archivos y periodicidad

| Archivo | Periodicidad | Periodo/ Vigencia | Año de reporte |
|---------|--------------|--|-------------------|
| FT002 | Anual | 80/2017 | 2018 |
| FT004 | Trimestral | 43/2017 40/2018 41/2018 42/2018 | 2018 |
| 502 | Semestral | 43/2017 41/2018 | 2018 |
| ST002 | Anual | 80/2017 | 2018 |

Fuente: Circulares: Única

Los informes mencionados en la tabla anterior corresponden al siguiente detalle:

| N | Formato | Título del Instructivo | Descripción Formatos XSD |
|---|---------|---------------------------------|--|
| 1 | FT002 | Publicación Estados Financieros | Información relacionada con el medio, fecha y lugar de publicación de los estados financieros. |
| 2 | FT004 | Cuentas por pagar acreedores | Todas las cuentas por pagar de la entidad desagregadas por línea de negocio, acreedor, concepto acreedor según edad de la cuenta e información complementaria. |
| 3 | ST002 | Aplicación del PAMEC | La Información debe contener el consolidado de la aplicación de la Ruta Crítica del PAMEC. |





| N | Formato | Título del Instructivo | Descripción Formatos XSD |
|---|---------|---|--|
| 4 | 502 | Certificación ejecución anual del mantenimiento Hospitalario. | Certificación de la ejecución anual del mantenimiento Hospitalario. Reportes 41 y 43 de la Plataforma de la Supersalud |

Para la vigencia 2018, por parte de la Institución se realiza seguimiento a cada uno de los informes a reportar ante la Superintendencia Nacional de Salud en especial a los mencionados en la tabla anterior realizando el envío de los informes teniendo en cuenta los plazos establecidos así:

| Informe | Periodicidad | Fecha de corte | Fecha de reporte establecida | Fecha de reporte | Estado |
|---------|--------------|--------------------|------------------------------|------------------|-------------|
| FT002 | Anual | Diciembre 31/2017 | 30-abr-2018 | 28-mar-2018 | Oportuno |
| FT002 | Anual | Diciembre 31/2018 | 30-abr-2019 | Sin dato | Oportuno |
| FT004 | Trimestral | Diciembre 31/2017 | 20-feb-2018 | 09-mar-2018 | No oportuno |
| FT004 | Trimestral | marzo 31/2018 | 20-abr-2018 | 19-abr-2018 | Oportuno |
| FT004 | Trimestral | junio 30/2018 | 20-jul-2018 | 20-jul-2018 | Oportuno |
| FT004 | Trimestral | septiembre 30/2018 | 20-oct-2018 | 19-oct-2018 | Oportuno |
| FT004 | Trimestral | Diciembre 31/2018 | 20-feb-2019 | 20-feb-2019 | Oportuno |
| ST002 | Anual | Diciembre 31/2017 | 28-feb-2018 | 27-feb-2018 | Oportuno |
| ST002 | Anual | Diciembre 31/2018 | 28-feb-2019 | 22-feb-2019 | Oportuno |
| 502 | Semestral | Diciembre 31/2017 | 25-feb-2018 | 22-feb-2018 | Oportuno |
| 502 | Semestral | junio 30/2018 | 31-07-2018 | 17-jul-2018 | Oportuno |
| 502 | Semestral | Diciembre 31/2018 | 25-feb-2019 | 22-feb-2019 | Oportuno |

De igual forma la institución realizó el reporte semestral de la circular 256 de 2016 de conformidad con los plazos establecidos en la misma así:

| FECHA DE CORTE | FECHA DE REPORTE ESTABLECIDO | FECHA DE REPORTE | ESTADO |
|----------------------|------------------------------|------------------|----------|
| 31 de Diciembre 2017 | 31 de enero de 2018 | Enero 30 de 2018 | Oportuno |
| 30 de Junio 2018 | 31 de Julio 2018 | Julio 31 de 2018 | Oportuno |
| 31 de Diciembre 2018 | 31 de enero de 2019 | Enero 29 de 2019 | Oportuno |

ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS





Se elaboró cronograma de presentación de informes con sus correspondientes responsables de seguimiento.

LOGROS

Se realiza seguimiento para la presentación oportuna de los informes correspondientes.

DIFICULTADES

El alto volumen de informes a presentar a las diferentes entidades de control y la expedición de nuevos informes sin la debida socialización por parte de los organismos de control.

Cuando la Institución inicia el seguimiento a la presentación de informes de la Circular Única, ya se tenía extemporáneo el primer reporte del formato FT004. Anteriormente solo se realizaba un único reporte para el envío de la circular, pero cuando se expide el reporte de cumplimiento de este indicador en el año 2018 (Información 2017) se informa cuáles son los informes tenidos en cuenta para la evaluación del indicador.

INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016 – DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

LINEA BASE 2017: Oportuno

FORMULA DEL INDICADOR: Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.

VALORES DEL INDICADOR: Informes presentados oportunamente

META 2018: Oportuno

RESULTADO AVANCE: Oportuno

A continuación, se presenta la relación de las fechas de entrega para cada uno de los periodos de reporte de conformidad con lo establecido en el decreto 2193 de 2004:

| FECHA DE CORTE | FECHA DE ENTREGA ESTABLECIDA | FECHA DE ENVIO DEL REPORTE | ESTADO DEL ENVIO |
|-----------------------|------------------------------|----------------------------|------------------|
| Primer Trimestre 2018 | 06 de junio de 2018 | 24 de mayo de 2018 | Oportuno |





| FECHA DE CORTE | FECHA DE ENTREGA ESTABLECIDA | FECHA DE ENVIO DEL REPORTE | ESTADO DEL ENVIO |
|------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------|
| Segundo Trimestre 2018 | 06 de septiembre de 2018 | 16 de agosto de 2018 | Oportuno |
| Tercer Trimestre 2018 | 05 de diciembre de 2018 | 26 de Noviembre de 2018 | Oportuno |
| Cuarto Trimestre 2018 | 06 de marzo de 2019 | 12 de Febrero de 2019 | Oportuno |
| Primer Semestre 2018 | 06 de septiembre de 2018 | 01 de agosto de 2018 | Oportuno |
| Segundo Semestre 2018 | 06 de marzo de 2019 | 06 de marzo de 2019 | Oportuno |

Esta información es ratificada por el ministerio de salud y protección social mediante el informe de oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2018 en cumplimiento del decreto 2193 de 2004.



La salud es de todos

Minsalud

DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2018 de que trata el Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
 Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

Nota: Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2018 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

| Departamento | Municipio | Nombre Institución | Nivel | Primer Trimestre | | Segundo Trimestre | | Tercer trimestre | | Cuarto trimestre | | Resultado Final de Cumplimiento |
|--------------|------------|---|-------|------------------|---------------------------|-------------------|---------------------------|------------------|---------------------------|------------------|---------------------------|---------------------------------|
| | | | | Fecha de entrega | Oportunidad en el reporte | Fecha de entrega | Oportunidad en el reporte | Fecha de entrega | Oportunidad en el reporte | Fecha de entrega | Oportunidad en el reporte | |
| Cundinamarca | EL COLEGIO | ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO | 1 | 16/05/2018 | Oportuno | 17/08/2018 | Oportuno | 26/11/2018 | Oportuno | 08/02/2019 | Oportuno | Cumple |
| Cundinamarca | EL PEÑÓN | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CAYETANO MARIA DE ROJAS | 1 | 15/05/2018 | Oportuno | 03/08/2018 | Oportuno | 16/11/2018 | Oportuno | 15/02/2019 | Oportuno | Cumple |
| Cundinamarca | FACATATIVÁ | E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVÁ | 2 | 15/05/2018 | Oportuno | 24/08/2018 | Oportuno | 25/11/2018 | Oportuno | 21/02/2019 | Oportuno | Cumple |
| Cundinamarca | FOMEQUE | E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE | 1 | 24/05/2018 | Oportuno | 21/08/2018 | Oportuno | 29/11/2018 | Oportuno | 15/02/2019 | Oportuno | Cumple |
| Cundinamarca | FOSCA | CENTRO DE SALUD DE FOSCA E.S.E. | 1 | 03/05/2018 | Oportuno | 26/07/2018 | Oportuno | 31/10/2018 | Oportuno | 15/02/2019 | Oportuno | Cumple |
| Cundinamarca | FUNZA | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA | 1 | 07/05/2018 | Oportuno | 02/08/2018 | Oportuno | 14/11/2018 | Oportuno | 05/02/2019 | Oportuno | Cumple |
| Cundinamarca | FUSAGASUGÁ | E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA | 2 | 24/05/2018 | Oportuno | 16/08/2018 | Oportuno | 26/11/2018 | Oportuno | 12/02/2019 | Oportuno | Cumple |
| Cundinamarca | GUACHETA | ESE HOSPITAL SAN JOSE DE GUACHETA | 1 | 15/05/2018 | Oportuno | 15/08/2018 | Oportuno | 16/11/2018 | Oportuno | 14/02/2019 | Oportuno | Cumple |

ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

Se elaboró cronograma de presentación de informes con sus correspondientes responsables de seguimiento.

LOGROS

Se realiza presentación oportuna de los informes correspondientes.

DIFICULTADES

Dirección: Transversal 12 No 22 - 51 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia
 Email: hospifusa@yahoo.com / Oficina Gerencia: 8733000 Ext 102



El alto volumen de informes a presentar a las diferentes entidades de control y la expedición de nuevos informes sin la debida socialización por parte de los organismos de control.

INDICADORES ÁREA CLINICA ASISTENCIAL (40%)

| |
|--|
| INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES |
| LINEA BASE 2017: 0,70 (19/27 HC Hemorragias del III trimestre del embarazo) |
| FORMULA DEL INDICADOR: Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación. |
| VALORES DEL INDICADOR: 32 / 39 (HC auditadas de Hemorragias del III trimestre del embarazo) |
| META 2018: ≥ 0.80 |
| RESULTADO AVANCE: 0.82 |

La institución cuenta con un programa de atención a la gestante el cual es operativizado a través de la ruta de atención a la materna desde el acceso hasta el egreso y su canalización efectiva a las diferentes actividades de Promoción y Detección Temprana como: Planificación Familiar, Crecimiento y Desarrollo y Programa de detección del Cáncer Cervico Uterino entre otros.

La institución tiene establecidas guías únicas de atención para la gestante, las cuales fueron adoptadas por la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá con el fin de realizar medición periódica a la adherencia de los profesionales a estas, las cuales permiten garantizar una atención estandarizada del control prenatal, parto y post parto, así como el manejo de los principales eventos que afectan la salud materna perinatal en caso de presentarse como: trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias del tercer trimestre de gestación, infección de vías urinarias, y otras complicaciones.

Se tiene estructurado un plan de Auditoria de Adherencia a Guías de Práctica Clínica, que hace parte de la directriz administrativa concerniente a la formulación de indicadores e implementación del sistema de gestión de auditoría integral, donde





también participa Calidad, Auditoria de Concurrencia, Seguridad del Paciente, Seguridad y Ruta Materna.

Se determinó el nivel o el porcentaje de adherencia a las guías de manejo de obligatorio seguimiento (hipertensión gestacional, hemorragia del tercer trimestre, apendicitis, oportunidad apendicectomía, infección de vías urinarias, neumonía aspirativa, infarto agudo del miocardio), y para algunas que hacen parte de la primera causa de morbilidad por servicio habilitado, de tal manera que permita establecer acciones que aporten al mejoramiento de la calidad de la atención en la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá. De acuerdo al plan de auditorías para el año 2018 se realizó ajuste al proceso de evaluación de la adherencia de esta forma las matrices o papeles de trabajo para la medición fueron sometidas a revisión y modificación permitiendo que estas respondan a las recomendaciones trazadoras adoptadas e implementadas, de igual forma se estableció la evaluación de la adherencia a través de la oficina de auditoría y de los especialistas y profesionales de la salud que intervienen en la atención es así como en la evaluación de la adherencia a las guías gineco-obstétricas participo en el proceso el especialistas y los médicos hospitalarios y el medico auditor, esto permitió la retroalimentación efectiva e inmediata de los hallazgos, la generación y seguimiento a los planes de mejoramiento u compromisos generados de manera efectiva y eficaz, situación que se reflejó en el incremento porcentual de la adherencia global.

Como se mencionó el plan de auditoría y la evaluación permitió el establecimiento de las causas de baja adherencia, mediante la identificación de no conformidades y de oportunidades de mejora.

Se cuenta con Guía de práctica clínica (GPC) de abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo y Guía de práctica clínica (GPC) complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo (hemorragia posparto y complicaciones de choque hemorrágico por placenta previa, abrupción de placenta y hemorragia posparto) adoptadas mediante resolución 0120 del 02 de junio de 2017 y que hacen parte del guía de Práctica Clínica (GPC) Complicaciones del Embarazo, Parto, o Puerperio.

Se tiene establecida Lista de chequeo- Formato de evaluación de historia clínica institucional, validada, codificada y de conocimiento institucional, la cual se basa en lo establecido en la guía de práctica clínica para la patología y en la Resolución 1995 de 1999.

La unidad de gestión de información, aporta los datos de los dos grupos de patologías. Informe Dinámica gerencial e Informe RIPS del periodo mencionado. Se toma la totalidad de los pacientes con diagnósticos de hipertensión en el embarazo, hemorragias de tercer trimestre y relacionados, correspondientes a usuarias atendidas durante el año 2018, los códigos CIE 10 asociados se relacionan a continuación:



| CODIGOS CIE 10 RELACIONADOS | |
|--|--|
| PATOLOGIA | CIE 10 |
| Hipertensión Gestacional | O100, O11X, O13X, O140, O141, O149, O150, O152, O16X |
| Hemorragia Del Tercer Trimestre Y Hemorragia Postparto | N939, O439, O440, O441, O439, O679, O720, O721, O730 |

La institución se constituye como un segundo nivel de atención por lo que atiende estos eventos en las fases de prevención, diagnóstico y tratamiento, sin embargo en algunos casos se requieren intervenciones adicionales que superan la capacidad técnico científica y de resolución de la institución por lo que a través de referencia y contrarreferencia muchas usuarias deben ser emitidas a un mayor nivel de complejidad que permita dar continuidad a la atención garantizando el bienestar final del binomio madre hijo.

Las complicaciones hemorrágicas durante el embarazo o el parto representan la tercera causa de la morbilidad y mortalidad materna en el país, tienen graves consecuencias para la salud de la madre y del recién nacido y están asociadas a fallas en el acceso y deficiente capacidad instalada en los organismos de salud. Con las guías de práctica clínica incluyendo las relacionadas con la circular 016 de 2017 se pretende establecer los parámetros mínimos de calidad, con racionalidad científica, para dar respuesta a los derechos de las mujeres gestantes, disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad materno - perinatal existentes en el país.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son la primera causa de defunción materna, por lo que, la prevención, detección temprana, referencia oportuna y tratamiento adecuado son factores esenciales en el control de la morbilidad y mortalidad materna, la cual refleja el grado de desarrollo social y económico de un país.

La metodología utilizada para realizar la evaluación de adherencia a guía se realiza siguiendo los siguientes pasos:

- Utilización de lista de chequeo - Formato de evaluación de historia clínica institucional.
- Realización de filtro de cada mes con los diagnósticos de interés.
- Realización del cálculo de la muestra estadísticamente representativa para cada uno de los grupos de historias a revisar, con una confiabilidad del 95%, para posteriormente realizar la evaluación en el formato institucional aprobado para tal fin.

La muestra a auditar se determinó de acuerdo a la siguiente fórmula estadística:



$$n = \frac{Z^2 pq \cdot N}{(N - 1)e^2 + Z^2 pq}$$

HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACION AÑO 2018

Para la evaluación de la adherencia a la guía de hemorragias del tercer trimestre del embarazo se realizó el análisis del 100% de las historias clínicas aportadas por sistemas de información concernientes a usuarias atendidas en la E.S.E con diagnósticos de hemorragia del tercer trimestre y relacionados, se realiza la aplicación de un instrumento previamente validado que evalúa el cumplimiento en 32 ítems, dentro de los cuales se incluyen aspectos como: datos de identificación de historias, presencia de factores de riesgo, descripción de síntomas y signos cumplimiento del examen físico, toma y reporte de ayudas diagnóstica adherencia al manejo médico, indicación de desembrazar, y conducta de remisión, dicha herramienta se basa en la guía de práctica clínica del ministerio denominada GPC Complicaciones hemorrágicas asociadas del embarazo (hemorragia pos parto y complicaciones del choque hemorrágico, por placenta previa, abrupción de Placenta y hemorragia pos parto), que cumple con los requisitos de adopción e implementación del Ministerio mediante la resolución institucional 0120 del 02 de junio de 2017.

Durante el año 2018 se realizó la evaluación de 39 historias clínicas correspondientes a los datos reportados por Dinámica y RIPS de egresos con diagnósticos de Hemorragias del Tercer Trimestre del Embarazo y relacionados.

| MES | DATO RIPS | IC | MARGEN DE ERROR | MUESTRA |
|---------------|-----------|-----|-----------------|---------|
| I TRIMESTRE | 17 | 95% | 5% | 15 |
| II TRIMESTRE | 9 | 95% | 5% | 7 |
| III TRIMESTRE | 10 | 95% | 5% | 9 |
| IV TRIMESTRE | 3 | 95% | 5% | 8 |
| TOTAL | 39 | | | 39 |

Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

En el año 2018 se atendieron aproximadamente **18,193** mujeres en edad fértil, entre estas, en los servicios de urgencias se atendieron más de **14.101** usuarias, de las cuales más de **4.092** recibieron atención en hospitalización, del total de usuarias que ingresaron a urgencias el 21% (2.990 usuarias) presentaron diagnósticos relacionados con el embarazo, entre estas el **71%** fue considerada en algún momento de su intervención o su gestación como Embarazos de Alto Riesgo, del





total de usuarias embarazadas que acudieron a los servicios de urgencias se le realizó atención del parto a más del **65%** de estas gestantes (**1.944 partos**).

Por su parte del total de atenciones a población en etapa gestacional el **1,3% (39 casos)** presento ingresos relacionados con Hemorragias del Tercer Trimestre o hemorragias postparto, siendo esta última, la responsable de más del 0,7% de los casos de complicaciones relacionadas con la atención del parto.

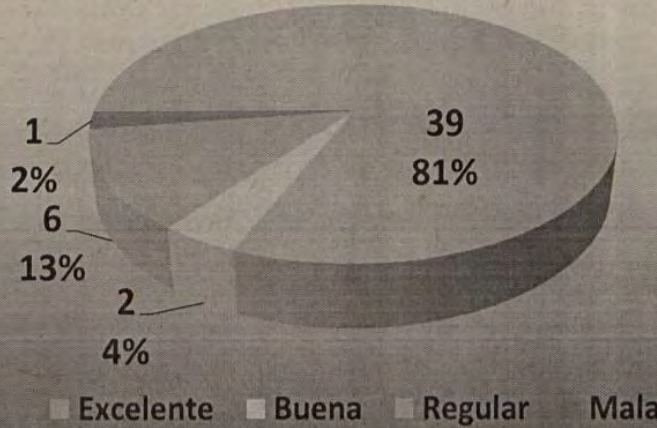
Respecto a la adherencia es posible mencionar que el **82%** de las historias objeto de evaluación presentaron adherencia, con cumplimiento de los criterios superior al 90% calificadas como excelentes y buenas, en contraste el **3%** presento una apreciación de mala para el sistema de evaluación.

| ADHERENCIA HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO CONSOLIDADO 2018 | | | | | | | | | |
|---|------------------------------|----------------|------------|-----------------|-----------|-------------------|------------|---------------|-----------|
| MES | TOTAL DE HISTORIAS AUDITADAS | EXCELENTE 100% | | BUENA 90% A 99% | | REGULAR 80% A 89% | | MALA 0% A 79% | |
| | | TOTAL | % | TOTAL | % | TOTAL | % | TOTAL | % |
| Enero | 9 | 5 | 56% | 1 | 11% | 3 | 33% | 0 | 0% |
| Febrero | 2 | 2 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Marzo | 4 | 2 | 50% | 1 | 25% | 0 | 0% | 1 | 25% |
| Abril | 3 | 2 | 67% | 0 | 0% | 1 | 33% | 0 | 0% |
| Mayo | 2 | 2 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Junio | 2 | 2 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Julio | 5 | 4 | 80% | 0 | 0% | 1 | 20% | 0 | 0% |
| Agosto | 0 | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Septiembre | 4 | 3 | 75% | 0 | 0% | 1 | 25% | 0 | 0% |
| Octubre | 3 | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Noviembre | 2 | 2 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Diciembre | 3 | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| TOTAL | 39 | 30 | 77% | 2 | 5% | 6 | 15% | 1 | 3% |

Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.



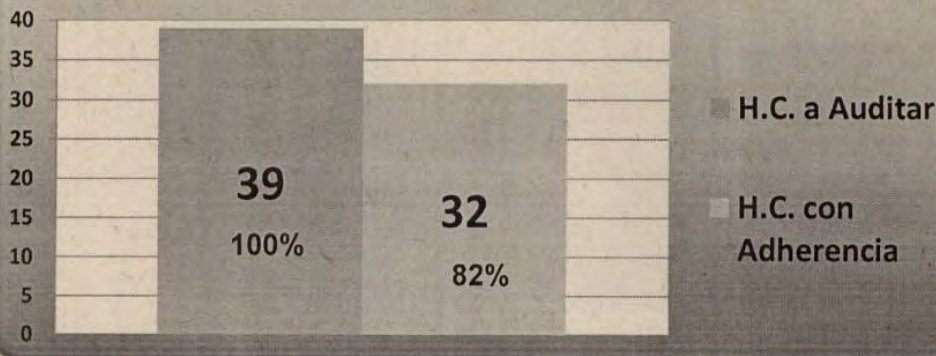
Adherencia Hemorragias del III Trimestre de la Gestacion



Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

Dentro del consolidado del año es posible mencionar que de enero a diciembre más del **82%** de las historias evaluadas (32 historias) presentaron adherencia a la guía de práctica clínica para la patología en contraste el 18% es decir 6 historias incumplieron con uno o más criterios de evaluación.

Adherencia Hemorragias del III Trimestre de la Gestacion

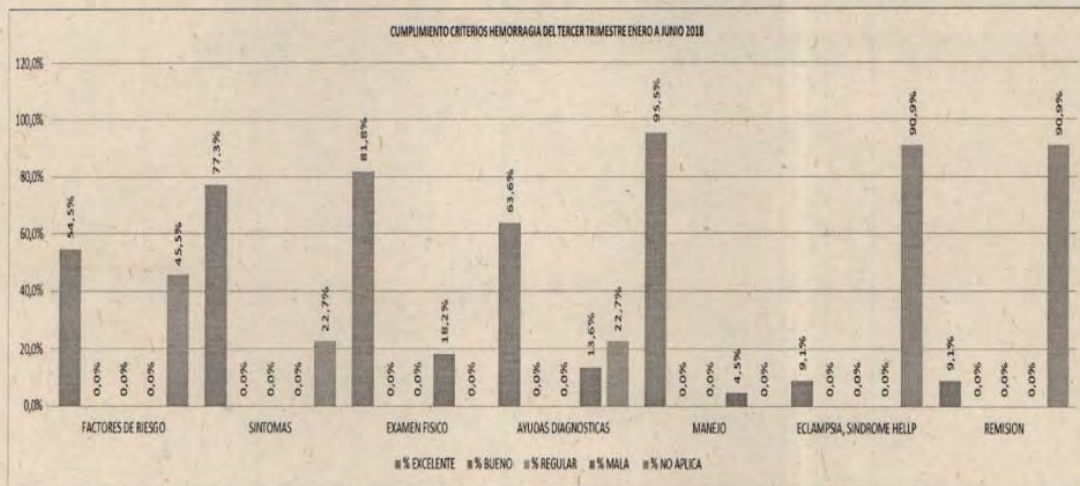


Respecto a las no conformidades es posible mencionar que: los estudios de laboratorio no son reportados o interpretados en su totalidad, se indican paraclínicos o manejos no contemplados en la guía clínica sin la debida y expresa justificación, en el examen físico no se reportan todas las constantes vitales, en varias historias clínicas las notas son inoportunas o tardías y no se identifican como retrospectivas,



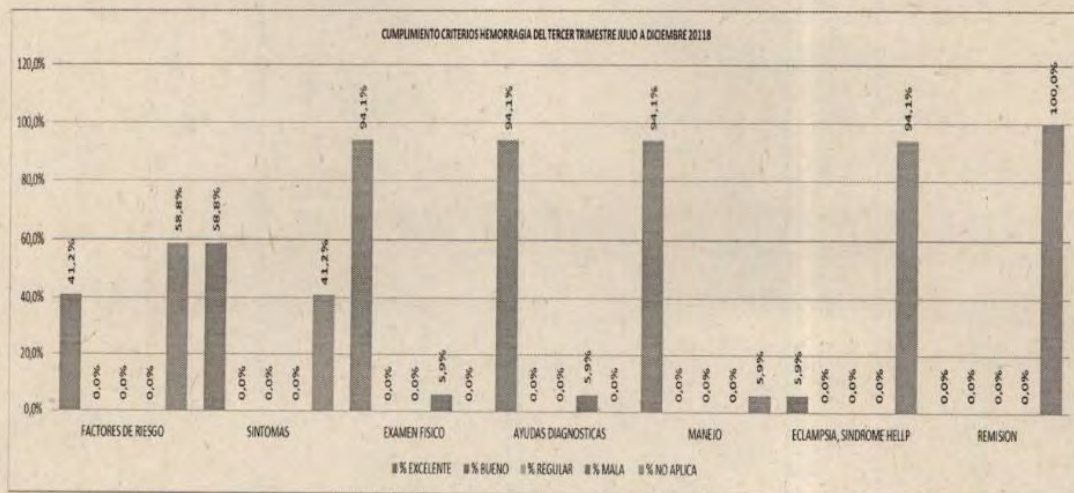
durante el trabajo de parto, atención del parto y postparto no se realizan notas de seguimiento continuo horarias, entre otros hallazgos también se destacan: La historia clínica de ingreso a hospitalización es transcrita sin cambios a partir de la respuesta interconsulta por lo que no guarda pertenencia ni secuencialidad, por ultimo al egreso no se otorgan las recomendaciones y signos de alarma claros y específicos.

No conformidades hemorragias del tercer trimestre del embarazo enero a junio de 2018



Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

No conformidades hemorragias del tercer trimestre del embarazo julio a diciembre de 2018



Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

SINDROME HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO AÑO 2018

Dirección: Transversal 12 No 22 - 51 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia
 Email: hospifusa@yahoo.com / Oficina Gerencia: 8733000 Ext 102

[Handwritten signature]



Para la evaluación de la adherencia a la guía de síndrome hipertensivo en el embarazo, se analizó el 100% de las historias clínicas aportadas correspondiente a usuarias atendidas en la E.S.E con diagnóstico de trastorno hipertensivo en el embarazo, pre eclámpsia, eclampsia, hipertensión crónica y relacionados.

Durante el año 2018 se realizó la evaluación de 83 historias clínicas correspondientes a los datos reportados por Dinámica y RIPS de egresos con diagnósticos de Trastornos Hipertensivos en el Embarazo y relacionados.

| MES | DATO RIPS | IC | MARGEN DE ERROR | MUESTRA |
|---------------|-----------|-----|-----------------|-----------|
| I TRIMESTRE | 12 | 95% | 5% | 26 |
| II TRIMESTRE | 14 | 95% | 5% | 20 |
| III TRIMESTRE | 29 | 95% | 5% | 12 |
| IV TRIMESTRE | 28 | 95% | 5% | 25 |
| TOTAL | 83 | | | 83 |

Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

Respecto a la adherencia es posible mencionar que el 78% de las historias objeto de evaluación presentaron adherencia con cumplimiento de los criterios superior al 90% calificadas como excelentes y buenas, en contraste el 22% presenta uno o más inconformidades por lo que no cumplieron con la adherencia entre estas el 1% presento apreciación de mala para el sistema de evaluación.

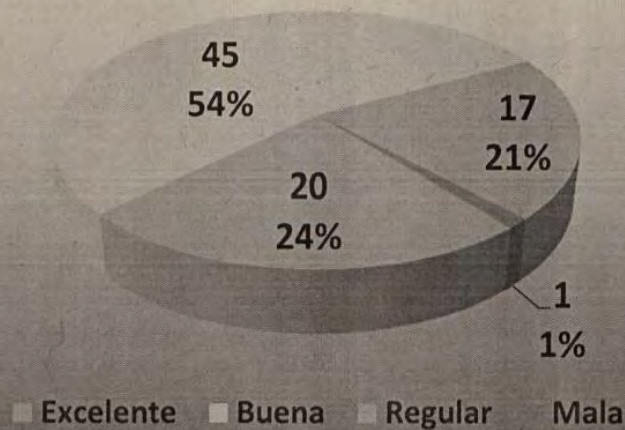
ADHERENCIA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMABRAZO CONSOLIDADO 2018

| MES | TOTAL DE HISTORIAS AUDITADAS | EXCELENTE 100% | | BUENA 90% A 99% | | REGULAR 80% A 89% | | MALA 0% A 79% | |
|--------------|------------------------------|----------------|------------|-----------------|------------|-------------------|------------|---------------|-----------|
| | | TOTAL | % | TOTAL | % | TOTAL | % | TOTAL | % |
| Enero | 16 | 4 | 25% | 7 | 44% | 4 | 25% | 1 | 6% |
| Febrero | 3 | 1 | 33% | 1 | 33% | 1 | 33% | 0 | 0% |
| Marzo | 7 | 0 | 0% | 6 | 86% | 1 | 14% | 0 | 0% |
| Abril | 8 | 2 | 25% | 5 | 63% | 1 | 13% | 0 | 0% |
| Mayo | 7 | 2 | 29% | 3 | 43% | 2 | 29% | 0 | 0% |
| Junio | 5 | 1 | 20% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% |
| Julio | 5 | 0 | 0% | 4 | 80% | 1 | 20% | 0 | 0% |
| Agosto | 3 | 1 | 33% | 1 | 33% | 1 | 33% | 0 | 0% |
| Septiembre | 4 | 1 | 25% | 2 | 50% | 1 | 25% | 0 | 0% |
| Octubre | 16 | 6 | 38% | 7 | 44% | 3 | 19% | 0 | 0% |
| Noviembre | 4 | 1 | 25% | 3 | 75% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Diciembre | 5 | 1 | 20% | 3 | 60% | 1 | 20% | 0 | 0% |
| TOTAL | 83 | 20 | 24% | 45 | 54% | 17 | 20% | 1 | 1% |

Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.



Adherencia síndrome hipertensivo en el embarazo

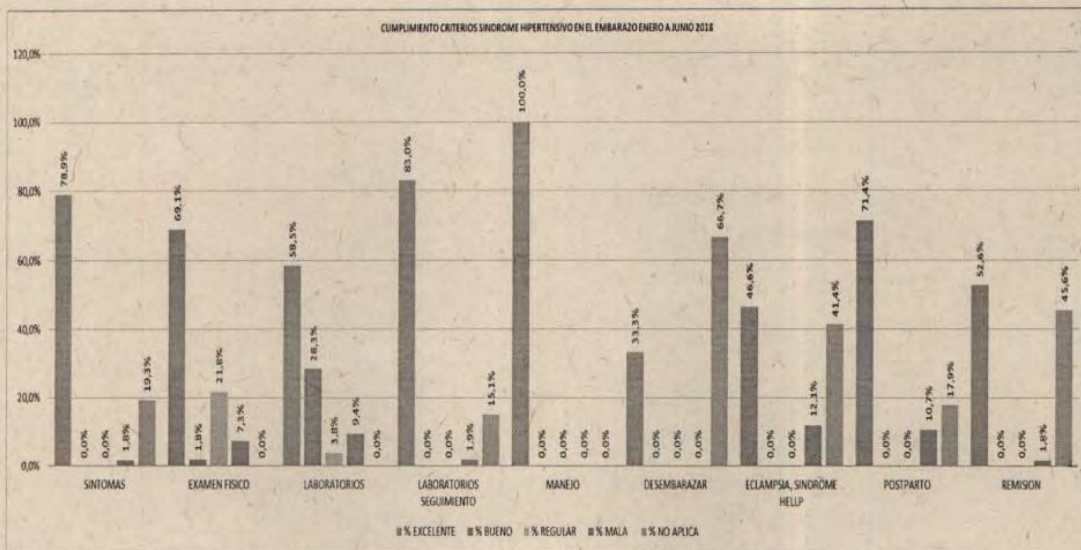


Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

Dentro del consolidado del año, durante los meses de enero a diciembre es posible mencionar que el 78% de las historias objeto de evaluación, es decir más de 61 historias presentan cumplimiento de la adherencia, en contraste el 22% (18 historias) incumplen con uno o más criterios de evaluación.

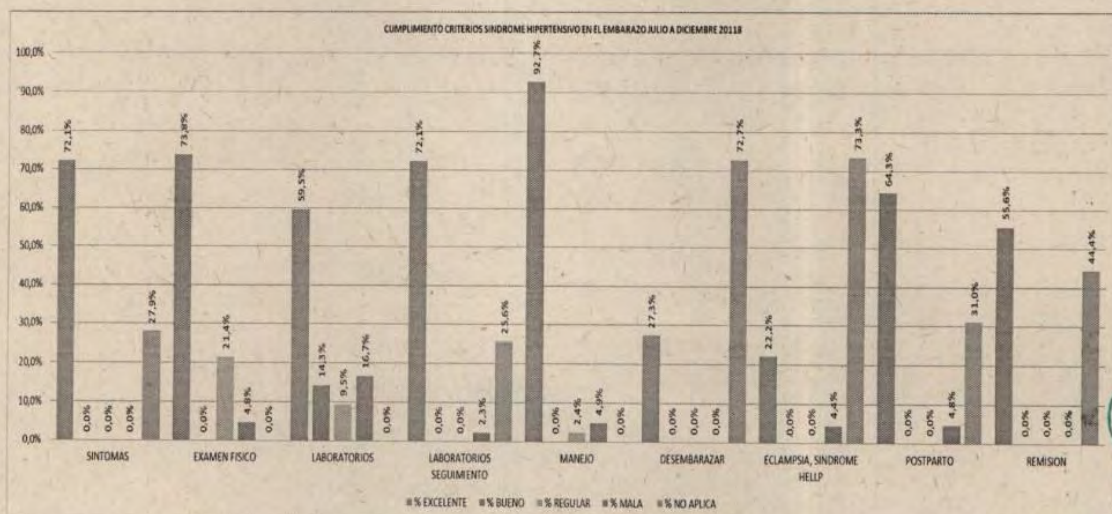
Respecto a las no conformidades es posible mencionar que: los estudios de laboratorio no son reportados o interpretados, en ocasiones no se indican los paraclínicos contemplados en la guía principalmente los relacionados con estudios de control o seguimiento, se indican paraclínicos no contemplados en la guía clínica sin la debida y expresa justificación, en el examen físico no se reportan todas las constantes vitales o no hay seguimiento continuo de los signos vitales como indica la guía de práctica clínica, entre otros hallazgos también se destaca: La falta de notas de seguimiento constante principalmente en pacientes críticas, y en muchas historias no se cumple tiempo de observación o de estancia hospitalaria de acuerdo a la guía.

No Conformidades Trastornos Hipertensivos en el Embarazo enero a junio de 2018



Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

No Conformidades Trastornos Hipertensivos en el Embarazo Julio a diciembre de 2018



Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

- Se revisan los egresos hospitalarios por mes para identificar las usuarias que aparecen con diagnóstico de egreso de Hipertensión Inducida por el Embarazo y Hemorragias del Tercer Trimestre.
- Se entrega a la Auditora Medica mensualmente la relación de egresos, quien realiza la evaluación de la adherencia a las guía.





- Se prioriza la atención a la materna en todos los procesos misionales: Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización.
- Retroalimentación al personal de al área, la subgerencia científica y comités.
- Difusión al personal profesional, médico y especializado de las guías de manejo.
- Establecimiento planes de mejoramiento ante las desviaciones identificadas, donde se mencionan compromisos, responsables y fechas de cumplimiento, seguimiento o revisión.
- Capacitación y seguimiento trimestral.

LOGROS

- Se ha concientizado y sensibilizado al personal misional sobre la importancia de atender prioritariamente la mujer embarazada.

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

LINEA BASE 2017: 0.76 (490 / 643)

FORMULA DEL INDICADOR: 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 de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.

VALORES DEL INDICADOR: 523 / 631

META 2018: ≥ 0.80

RESULTADO AVANCE: 0.83

La información de los egresos hospitalarios, permite obtener una aproximación del perfil de morbilidad de nuestra la población, poniéndola a disposición de los distintos agentes del Sistema de Salud. La información disponible sobre los egresos hospitalarios representa un indicador grueso de la morbilidad (enfermedades que afectan a las personas), ya que, por una parte, puede estar referido a la demanda y, por otra parte, al estado de la oferta de los servicios de salud. Para propósitos de análisis se usan los valores absolutos, así como las tasas de egresos hospitalarios, según patologías o condiciones de salud, que dan cuenta del grado de uso de los servicios hospitalarios de alta complejidad por parte de los beneficiarios para la resolución de los problemas de salud más relevantes. Es indispensable conocer esta información para adecuar la oferta de los servicios de salud y para disponer los recursos financieros necesarios para satisfacer las necesidades actuales y futuras de la población atendida.



Hospital San Rafael de Fusagasugá

"Hospital humano, hospital comprometido"

E.S.E - II NIVEL

Se tiene estructurado un plan de Auditoria de Adherencia a Guías de Práctica Clínica, que hace parte de la directriz administrativa concerniente a la formulación de indicadores e implementación del sistema de gestión de auditoría integral, donde también participa Calidad, Auditoria de Concurrencia, Seguridad del Paciente, Seguridad y Ruta Materna.

Se determina el nivel o el porcentaje de adherencia a las guías de manejo de obligatorio seguimiento (hipertensión gestacional, hemorragia del tercer trimestre, apendicitis, oportunidad apendicetomía, infección de vías urinarias, neumonía espirativa, infarto agudo del miocardio), y para algunas que hacen parte de la primera causa de morbilidad por servicio habilitado, de tal manera que permita establecer acciones que aporten al mejoramiento de la calidad de la atención en la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá.

Se establecen las causas de baja adherencia, mediante la identificación de no conformidades y de oportunidad de mejora.

Se tiene la Guía de práctica clínica (GPC) diagnóstico y tratamiento de la pielonefritis no complicada en el adulto adoptada mediante la resolución 0441 del 30 de diciembre de 2016. Esta guía presenta una vigencia de 3 años antes de realizar procesos de actualización de acuerdo al procedimiento de adopción de guías de práctica para la institución el cual sigue los lineamientos del manual de adopción del ministerio de salud y protección social, es decir se priorizara para el año 2019 la adopción de una guía enfocada a la atención de la infección urinaria de acuerdo a la carga de morbilidad para el año en mención.

Se cuenta con lista de chequeo Formato de evaluación de historia clínica institucional. De acuerdo a guía y Resolución 1995 de 1999.

La unidad de gestión de información y epidemiología aportan los datos, encontrando que la primera causa de morbilidad (diagnósticos egreso hospitalización) y de consulta en urgencias de la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá durante el año 2018, correspondió a la atención de INFECCION DE VIAS URINARIAS.

La unidad de gestión de información y epidemiología aportan los datos de los dos grupos de patologías. Informe Dinámica gerencial e Informe RIPS de cada periodo mencionado.

Se toma la totalidad de los pacientes con diagnósticos de Infección de Vías Urinarias, Infección Urinaria en el Embarazo y relacionados, correspondientes a usuarios (as) atendidos (as) durante el año 2018, los códigos CIE 10 asociados se relacionan a continuación:



| CODIGOS CIE 10 RELACIONADOS | |
|---|------------|
| PATOLOGIA | CIE 10 |
| Infección de vías Urinarias, Infección Urinaria en el Embarazo y Relacionados | N390, O234 |

Principales diagnósticos urgencias y hospitalización 2018

Como se mencionó la adherencia corresponde a la primera o principal patología atendida durante la vigencia en los servicios de urgencias y hospitalización, es así como la infección urinaria respondió al **4,4%** del total de ingresos y atenciones por **urgencias**, en el año 2018 se realizaron entonces, más de **4.050** historias de usuarios con diagnósticos de Infección de Vías Urinarias y relacionados.

| PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE CONSULTA URGENCIAS E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ 2018 | | | |
|--|---|---------------|-----|
| No | DIAGNOSTICO | CANTIDAD | % |
| 1 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 4.050 | 7% |
| 2 | OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS | 2.661 | 4% |
| 3 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 2.488 | 4% |
| 4 | RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN) | 2.092 | 3% |
| 5 | CEFALEA | 1.539 | 3% |
| 6 | AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 1.184 | 2% |
| 7 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO | 1.098 | 2% |
| 8 | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA | 1.002 | 2% |
| 9 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | 999 | 2% |
| 10 | DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO | 922 | 2% |
| 11 | GASTRITIS, NO ESPECIFICADA | 818 | 1% |
| 12 | NAUSEA Y VOMITO | 700 | 1% |
| 13 | BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 669 | 1% |
| 14 | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) | 586 | 1% |
| 15 | INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA | 533 | 1% |
| 16 | OTROS DIAGNOSTICOS | 39.773 | 65% |
| TOTAL | | 61.114 | |

Fuente Informes RIPS 2018.

Por su parte, para lo servicios de hospitalización, la infección de vías urinarias correspondió al **7%** del total de atenciones en **hospitalización** realizadas en 2018.





| PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE EGRESO HOSPITALARIO E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ 2018 | | | |
|---|---|--------------|-----|
| No. | DIAGNÓSTICO | CANTIDAD | % |
| 1 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 532 | 7% |
| 2 | APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 261 | 3% |
| 3 | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA | 258 | 3% |
| 4 | CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO | 212 | 3% |
| 5 | NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA | 193 | 2% |
| 6 | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 193 | 2% |
| 7 | BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 180 | 2% |
| 8 | ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA | 129 | 2% |
| 9 | FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO | 124 | 2% |
| 10 | HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA | 116 | 1% |
| 11 | INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA | 111 | 1% |
| 12 | CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA | 110 | 1% |
| 13 | DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION | 106 | 1% |
| 14 | OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS | 97 | 1% |
| 15 | ASMA, NO ESPECIFICADA | 80 | 1% |
| 16 | OTROS DIAGNOSTICOS | 5.463 | 67% |
| TOTAL | | 8.165 | |

Fuente Informes RIPS 2018.

Diagnósticos relacionados en urgencias y hospitalización

En los servicios de Urgencias se realizó la atención de **2.485** usuarios con diagnósticos de Infección de Vías Urinarias, Infección Urinaria en el Embarazo y relacionados.

Del total de atenciones en los servicios de urgencias la Infección de Vías Urinarias responde por el **4,4%** de todas las causas de ingreso a urgencias.

El **56%** de los usuarios, que ingresaron por los diagnósticos antes mencionados correspondían a pacientes del género Femenino.



| DIAGNÓSTICOS DE ATENCION SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO 2018- RELACIONADOS CON IVU | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| DIAGNÓSTICO | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Total |
| Infección de la vejiga urinaria en el embarazo | | | | | 1 | 5 | 4 | 4 | | 6 | 9 | 3 | 32 |
| Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo | 1 | 6 | 5 | | 3 | 2 | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 21 |
| Infección de vías urinarias, sitio no especificado | 216 | 235 | 208 | 173 | 165 | 157 | 124 | 196 | 193 | 189 | 151 | 134 | 2.141 |
| Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo | 41 | 30 | 33 | 18 | 15 | 20 | 25 | 18 | 24 | 24 | 21 | 18 | 287 |
| Otras infección y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo | | | | | | | 1 | | | | | | 1 |
| Otros trastornos especificados del sistema urinario | | | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Trastorno del sistema urinario, no especificado | | | | | 1 | | | | | | | 1 | 2 |
| TOTAL | 258 | 271 | 247 | 191 | 185 | 184 | 154 | 219 | 217 | 220 | 182 | 157 | 2.485 |

Fuente Dinámica Gerencial 2018.

Del total de usuarios que ingresaron por los servicios de urgencias con diagnóstico de Infección de vías Urinarias y relacionadas, el 21% fueron hospitalizados (532 pacientes).

| DIAGNÓSTICOS DE ATENCION SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO 2018 - RELACIONADOS CON IVU | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| DIAGNÓSTICO | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Total |
| Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | 1 | 2 | 7 |
| Infección de vías urinarias, sitio no especificado | 37 | 26 | 27 | 37 | 46 | 31 | 26 | 48 | 44 | 61 | 34 | 31 | 448 |
| Infección no especificada de | 10 | 6 | 3 | 8 | 7 | 3 | 5 | 4 | 9 | 12 | 4 | 6 | 77 |





| DIAGNÓSTICOS DE ATENCION SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO 2018 - RELACIONADOS CON IVU | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| DIAGNÓSTICO | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Total |
| las vías urinarias en el embarazo | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | 47 | 32 | 31 | 46 | 54 | 35 | 31 | 52 | 53 | 73 | 39 | 39 | 532 |

Fuente Dinámica Gerencial 2018.

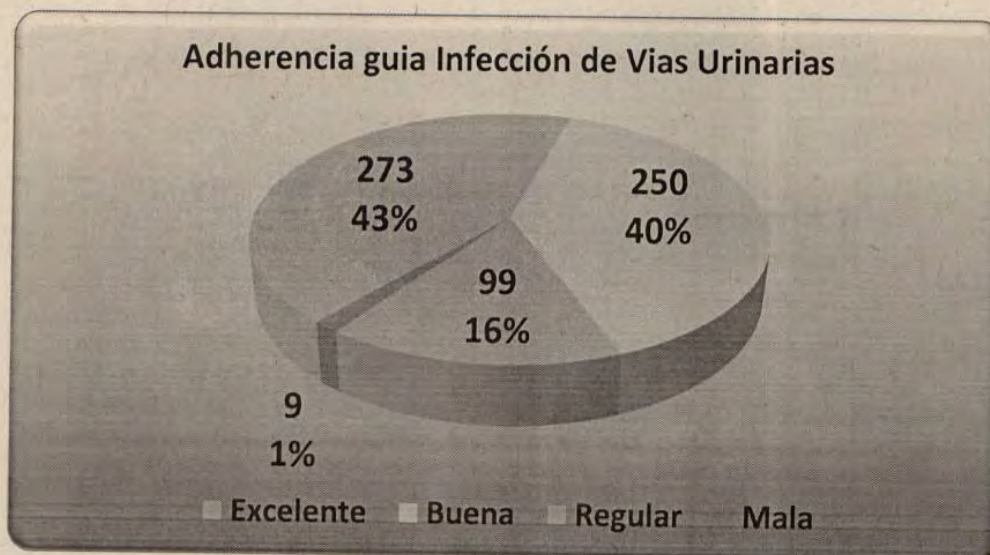
Adherencia a la Guía de Práctica Clínica de infección de vías urinarias 2018

En el año 2018 se realizó el análisis de más de **631** historias con diagnóstico de Infección de Vías Urinarias y relacionados de usuarios atendido en la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá.

| INFECCION DE VIAS URINARIAS HOSPITALIZACION 2018 | | | | | |
|--|---------------|------------|-----|-----------------|------------|
| MES | DATO DINAMICA | DATO RIPS | IC | MARGEN DE ERROR | MUESTRA |
| I TRIMESTRE | 166 | 110 | 95% | 5% | 152 |
| II TRIMESTRE | 170 | 135 | 95% | 5% | 140 |
| III TRIMESTRE | 189 | 136 | 95% | 5% | 179 |
| IV TRIMESTRE | 171 | 151 | 95% | 5% | 160 |
| TOTAL | 696 | 532 | | | 631 |

Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

Del total de historias clínicas analizadas con diagnóstico de Infección de Vías Urinarias y relacionados, **371** historias es decir más del **83%** cumplieron con la adherencia de acuerdo a los criterios de evaluación, en contraste el **17%** (**108** Historias), incumplieron con uno o más de los criterios.



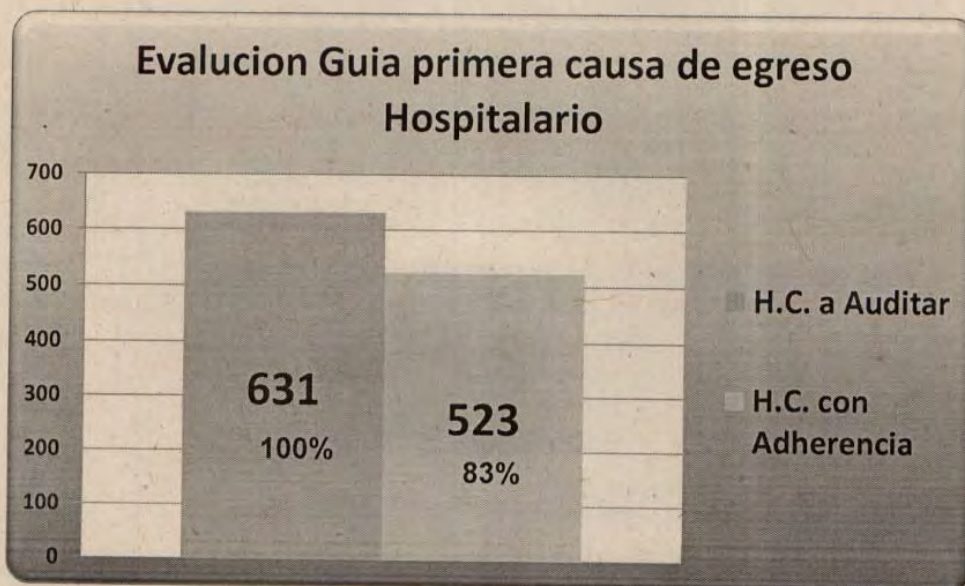


Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

Enero, mayo y octubre fueron los meses en donde se presentaron mayores no conformidades con porcentajes de adherencia por debajo del 80%.

| ADHERENCIA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|----------------|-----|-----------------|-----|-------------------|-----|---------------|----|
| MES | TOTAL DE HISTORIAS AUDITADAS | EXCELENTE 100% | | BUENA 90% A 99% | | REGULAR 80% A 89% | | MALA 0% A 79% | |
| | | TOTAL | % | TOTAL | % | TOTAL | % | TOTAL | % |
| ENERO | 43 | 6 | 14% | 24 | 56% | 12 | 28% | 1 | 2% |
| FEBRERO | 43 | 23 | 53% | 15 | 35% | 5 | 12% | 0 | 0% |
| MARZO | 66 | 34 | 52% | 19 | 29% | 11 | 17% | 2 | 3% |
| ABRIL | 23 | 11 | 48% | 9 | 39% | 3 | 13% | 0 | 0% |
| MAYO | 60 | 28 | 47% | 19 | 32% | 13 | 22% | 0 | 0% |
| JUNIO | 57 | 16 | 28% | 34 | 60% | 7 | 12% | 0 | 0% |
| JULIO | 59 | 24 | 41% | 28 | 47% | 7 | 12% | 0 | 0% |
| AGOSTO | 60 | 26 | 43% | 24 | 40% | 9 | 15% | 1 | 2% |
| SEPTIEMBRE | 60 | 32 | 53% | 22 | 37% | 6 | 10% | 0 | 0% |
| OCTUBRE | 60 | 25 | 42% | 23 | 38% | 11 | 18% | 1 | 2% |
| NOVIEMBRE | 40 | 14 | 35% | 17 | 43% | 6 | 15% | 3 | 8% |
| DICIEMBRE | 60 | 34 | 57% | 16 | 27% | 9 | 15% | 1 | 2% |
| TOTAL | 631 | 273 | 43% | 250 | 40% | 99 | 16% | 9 | 1% |

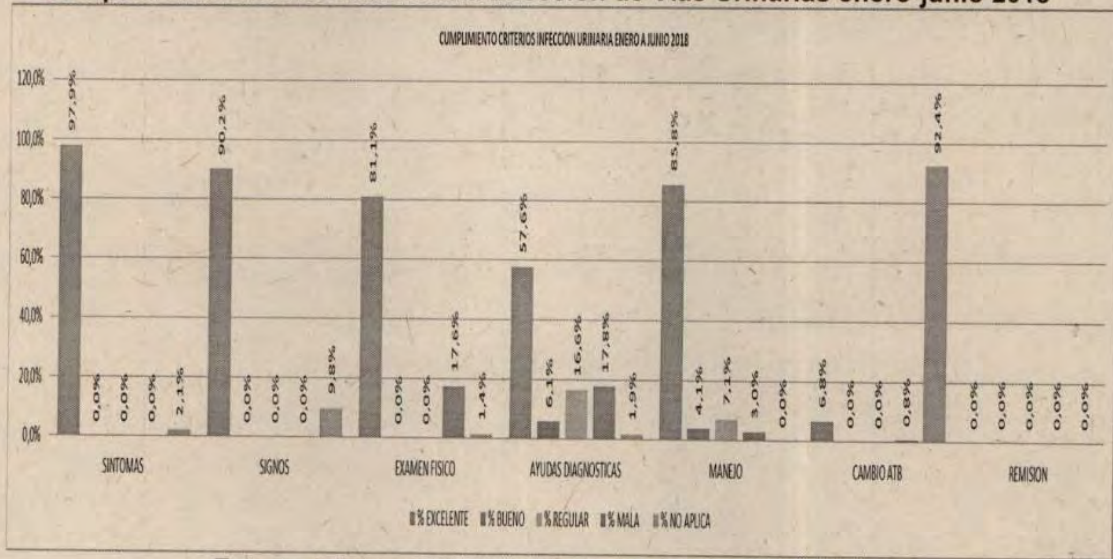
Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.





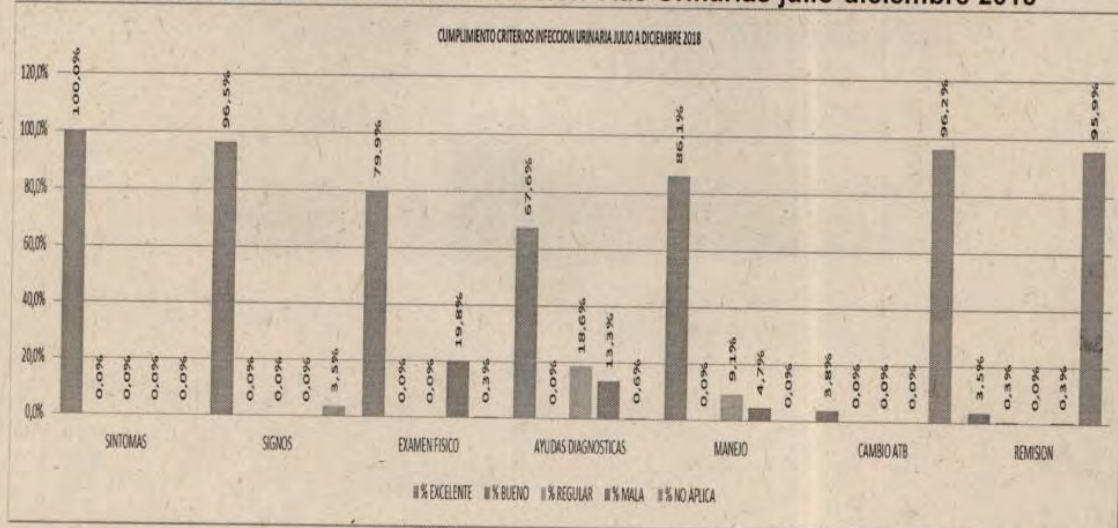
Concerniente a los criterios objeto de evaluación y la adherencia se hace posible mencionar que: como primera causa de incumplimiento se identifica el registro inadecuado o incompleto de las constantes vitales principalmente en las evoluciones médicas y notas médicas, seguido de la falta de reporte e interpretación de paraclínicos, la ausencia de solicitud de urocultivo de acuerdo a la guía y la ausencia de indicación del estudio ecográfico urinario principalmente en paciente pediátrico, lactante, refractario al manejo o con IVU recurrente, así mismo la falta en el diligenciamiento adecuado del control de líquidos administrados y eliminados, el cambio o la suspensión de la antibioticoterapia sin la debida justificación en historia clínica y por último, la falta de identificación adecuada del día de manejo antibiótico.

Cumplimiento criterios adherencia Infección de Vías Urinarias enero-junio 2018



Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

Cumplimiento Criterios Adherencia Infección Vías Urinarias julio-diciembre 2018



Dirección: Transversal 12 No 22 - 51 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia
 Email: hospifusa@yahoo.com / Oficina Gerencia: 8733000 Ext 102

[Handwritten signature]



Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

Resumen hallazgos:

- En algunos registros no se evidencian signos vitales completos o estos se describen en un espacio diferente al destinado para tal fin.
- No se encuentra soporte de la información dada a los pacientes o familiares, así como no se logró evidenciar en ninguna historia objeto de evaluación las recomendaciones, la educación sobre el paciente, los cambios en estilos de vida, etc.
- Algunas historias clínicas no cuentan con nota de egreso del paciente o la misma se presenta de manera incompleta, principalmente en aquellas relacionadas con salida por remisión.
- No hay continuidad en la selección de los diagnósticos principales.
- No se están reportando ni interpretando la totalidad de los estudios diagnósticos solicitados para cada paciente.
- En algunas historias clínicas no se realiza la solicitud de urocultivo, o el mismo es solicitado luego de iniciado el antibiótico lo que entra en contraposición de lo establecido en la guía para la patología.
- Es posible evidenciar solicitudes de ecografía renal no soportadas ni justificadas y que tampoco responden a lo establecido en la guía.
- Algunas historias clínicas no tienen el diligenciamiento o interpretación del urocultivo ni de la ecografía renal.
- Se evidencia gran rotación antibiótica o se extienden los días de antibiótico más allá de lo establecido y la historia no muestra la justificación pertinente.
- No se lleva el seguimiento adecuado de los días de antibioticoterapia establecida.
- En la mayoría de las historias clínicas no se encontró balance de líquidos.

ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

- Se revisan los egresos hospitalarios por mes para identificar los usuarios que aparecen con diagnóstico de egreso de Infección de vías urinarias durante el año.
- Se entrega mensualmente a la Oficina de auditora medica la relación de egresos para realizar la evaluación de adherencia a la guía.
- Se realizan actividades y estrategias tendientes a socializar las recomendaciones adoptadas sobre las guías a través del equipo implementador.
- Retroalimentación al personal de al área, la subgerencia científica y comités.
- Difusión al personal profesional, médico y especializado de las guías de manejo.
- Establecimiento planes de mejoramiento ante las desviaciones identificadas, donde se mencionan compromisos, responsables y fechas de cumplimiento, seguimiento o revisión.

Handwritten signature and a green stamp.



- Capacitación y seguimiento trimestral.

INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMIA

LINEA BASE 2017: 0,94 (344 / 366)

FORMULA DEL INDICADOR: Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.

VALORES DEL INDICADOR: 407 / 452

META 2018: ≥ 0.90

RESULTADO AVANCE: 0.9004

Este indicador busca medir la oportunidad para la realización de apendicectomías en la institución, una vez sea confirmado el diagnóstico por el médico de urgencias y/o el especialista de cirugía.

La institución cuenta con una ruta de atención de urgencias, la cual define los pasos que realiza el usuario para su atención, incluyendo triage, valoración médica inicial, solicitud y realización de apoyo diagnóstico e imagenología, revaloración, interconsulta y definición de conducta, lo que permite al profesional contar con las herramientas para un diagnóstico oportuno y pertinente.

Se tiene estructurado un plan de Auditoría de Adherencia a Guías de Práctica Clínica, que hace parte de la directriz administrativa concerniente a la formulación de indicadores e implementación del sistema de gestión de auditoría integral, donde también participa Calidad, Auditoría de Concurrencia, Seguridad del Paciente, Seguridad y Ruta Materna.

Se determina el nivel o el porcentaje de adherencia a las guías de manejo de obligatorio seguimiento (hipertensión gestacional, hemorragia del tercer trimestre, apendicitis, oportunidad apendicetomía, infección de vías urinarias, neumonía aspirativa, infarto agudo del miocardio), y para algunas que hacen parte de la primera causa de morbilidad por servicio habilitado, de tal manera que permita establecer acciones que aporten al mejoramiento de la calidad de la atención en la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá.

Se establecen las causas de baja adherencia, mediante la identificación de no conformidades y de oportunidad de mejora.

Se establece la oportunidad en la realización de apendicetomía una vez establecido el diagnóstico e indicada la conducta quirúrgica. Además se realiza la medición de





la adherencia a la guía de práctica clínica para la patología, lo que permite además de definir la eficacia en términos de oportunidad definir el grado de cumplimiento de la atención global de acuerdo a la GPC.

Se cuenta con Guía de práctica clínica (GPC) para el diagnóstico y manejo del dolor abdominal agudo adoptada mediante resolución 099 del 10 de mayo 2017.

Se tiene implementada lista de chequeo Formato de evaluación de historia clínica institucional. De acuerdo a guía y Resolución 1995 de 1999, de igual forma se dispone de instrumento validado, Lista de chequeo para valoración de la oportunidad en la ejecución de apendicectomía.

La unidad de gestión de información, aporta los datos de los dos grupos de patologías. Informe Dinámica gerencial e Informe RIPS de los periodos mencionados.

Se toma la totalidad de los pacientes con diagnósticos de Apendicitis Aguda, Peritonitis, Dolor abdominal agudo y/o relacionados, correspondientes a usuarios (as) atendidos (as) durante el año 2018, los códigos CIE 10 asociados se relacionan a continuación:

| CODIGOS CIE 10 RELACIONADOS | |
|-----------------------------|------------------|
| PATOLOGIA | CIE 10 |
| Apendicitis Aguda | K359, K37X, R104 |

En los servicios de Urgencias se realizó la atención de **2.405** usuarios con diagnósticos de Abdomen Agudo, Dolor Abdominal Localizado en Partes Inferiores, otros Dolores Abdominales y los no Especificados, Apendicitis Aguda con absceso o con peritonitis o las no especificadas, otros tipos de apendicitis, enfermedades del apéndice y peritonitis.

Del total de atenciones en los servicios de urgencias el dolor abdominal y la apendicitis respondieron por el **4,2%** de todas las causas de ingreso a urgencias.

El **54%** de los usuarios (**1.298 usuarios**), que ingresaron por los diagnósticos antes mencionados correspondían a pacientes del género masculino, entre estos más del **76%** se encontraban comprendidos entre las edades de 10 a 49 años.

| DIAGNÓSTICOS DE URGENCIAS RELACIONADOS CON DOLOR ABDOMINAL Y APENDICITIS AÑO 2018 | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|
| DIAGNÓSTICOS | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOT AL |
| ABDOMEN AGUDO | 2 | 1 | 4 | | | | | | | 2 | 1 | 1 | 11 |
| DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN | 64 | 76 | 66 | 67 | 43 | 36 | 29 | 48 | 37 | 31 | 22 | 22 | 541 |



| DIAGNÓSTICOS DE URGENCIAS RELACIONADOS CON DOLOR ABDOMINAL Y APENDICITIS AÑO 2018 | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| DIAGNÓSTICOS | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOT AL |
| OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS | 186 | 169 | 160 | 132 | 135 | 113 | 95 | 158 | 170 | 125 | 81 | 80 | 1604 |
| OTROS SINTOMAS Y SIGNOS ESPECIFICADOS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA DIGESTIVO Y EL ABDOMEN | | | | | | | | | 1 | | 1 | | 2 |
| APENDICITIS AGUDA CON ABSCESO PERITONEAL | | 2 | | | | | 2 | 3 | | | | | 7 |
| APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA | 3 | 1 | | 1 | | 2 | | 2 | 2 | 1 | 1 | | 13 |
| APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 12 | 14 | 13 | 16 | 16 | 16 | 19 | 18 | 29 | 8 | 5 | 12 | 178 |
| APENDICITIS, NO ESPECIFICADA | 2 | 2 | 4 | 5 | 8 | 2 | 4 | 7 | 5 | | | 1 | 40 |
| ENFERMEDAD DEL APENDICE, NO ESPECIFICADA | | | | | | 3 | | | | 1 | | | 4 |
| OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DEL APENDICE | | | | | | 1 | | | | | | | 1 |
| OTROS TIPOS DE APENDICITIS | | 2 | | | | | | | | | | | 2 |
| PERITONITIS AGUDA | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| PERITONITIS, NO ESPECIFICADA | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| TOTAL | 269 | 268 | 247 | 221 | 202 | 173 | 149 | 236 | 244 | 168 | 111 | 117 | 2405 |

Adherencia a la Guía de Práctica Clínica de dolor abdominal - apendicitis aguda 2018

Para la evaluación de la oportunidad en la realización de la apendicectomía, se efectúa la revisión de la totalidad de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda y semejantes, que son aportadas previamente por la unidad de sistemas de información hospitalaria.

En el año 2018 se realizó el análisis de **454** historias con diagnóstico de Apendicitis Aguda y relacionados de usuarios atendido en la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá.

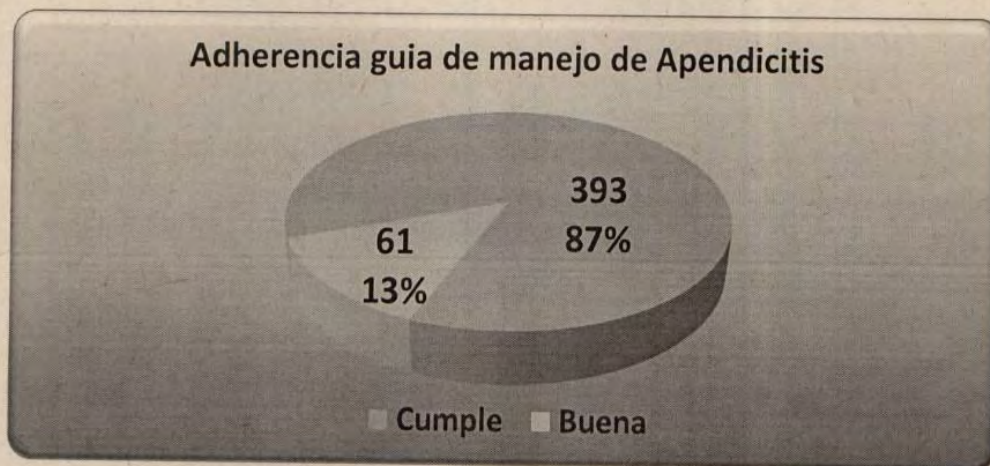




| APENDICITIS AGUDA 2018 | | | |
|------------------------|---------------|-----------|---------|
| MES | DATO DINAMICA | DATO RIPS | MUESTRA |
| I TRIMESTRE | 99 | 74 | 99 |
| II TRIMESTRE | 108 | 112 | 108 |
| III TRIMESTRE | 144 | 111 | 144 |
| IV TRIMESTRE | 103 | 94 | 103 |
| TOTAL | 454 | 391 | 454 |

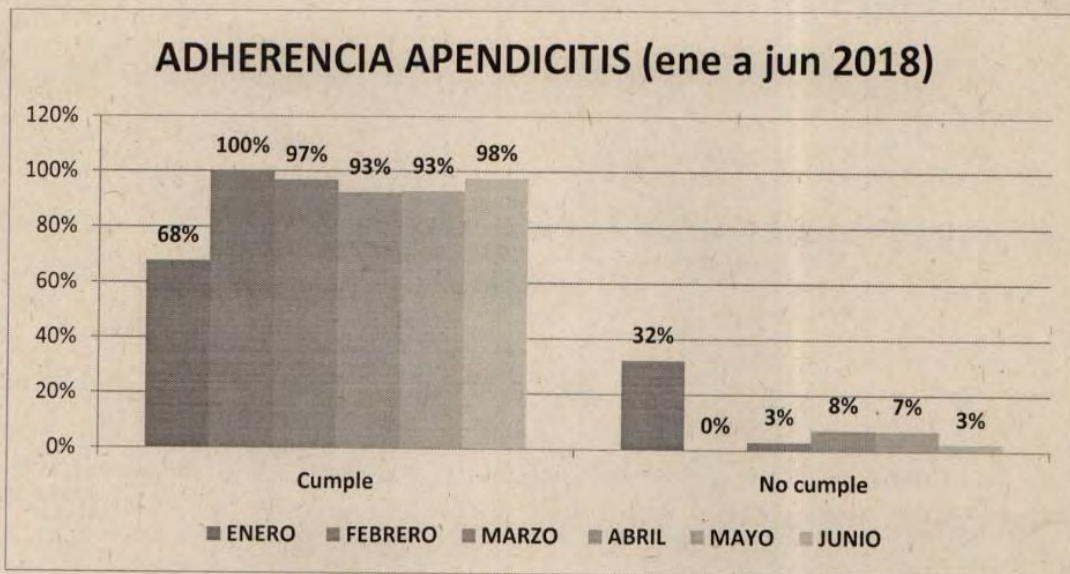
Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

Del total de historias clínicas analizadas con diagnóstico de Apendicitis Aguda y relacionado, **393** historias es decir más del **87%** cumplieron con la adherencia de acuerdo a los criterios de evaluación, en contraste el **13%** incumplió con uno o más de los criterios (**61 Pacientes**).

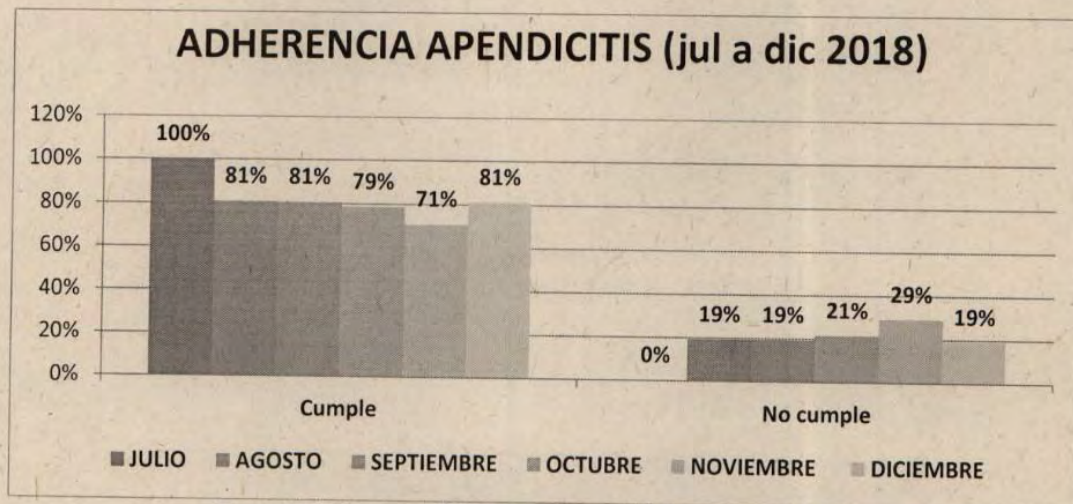


Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

Enero, octubre y noviembre fueron los meses en donde se presentaron mayores no conformidades con porcentajes de adherencia por debajo del 80%.



Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.



Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

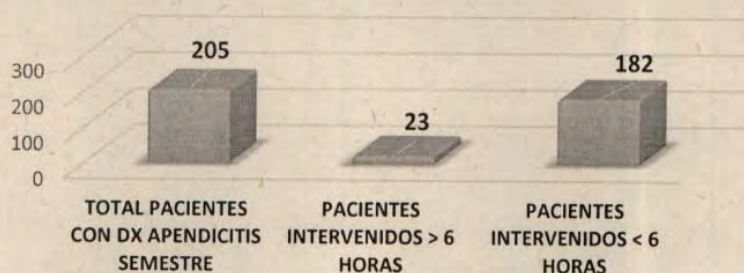
Oportunidad en la realización de apendicetomía

Para el año 2018 se realizó la intervención quirúrgica a más de 453 pacientes por apendicetomía con una oportunidad inferior a 6 horas en el **90%** de estos usuarios.

En el primer semestre del año 2018 se intervinieron **205 pacientes**, de los cuales 182 se les realizó el procedimiento antes de las 6 horas en contraste 23 paciente incumplieron con la oportunidad, la oportunidad para el semestre fue del **89,7%**.



OPORTUNIDAD APENDICECTOMIA (ene a jun 2018)



Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

Por su parte, para el segundo semestre del año 2018, se intervinieron **247 pacientes**, de los cuales 225 se les realizó el procedimiento antes de las 6 horas en contraste 22 paciente incumplieron con la oportunidad, la oportunidad para el semestre fue del **90%**.

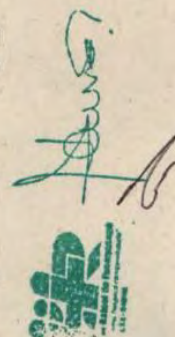
OPORTUNIDAD APENDICECTOMIA (jun a dic 2018)



Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.

Sin embargo, en las historias clínicas donde se presentó inoportunidad fue posible evidenciar los siguientes hallazgos:

- No se está consignando en la historia clínica el motivo por el cual se superan las 6 horas establecidas desde el diagnóstico hasta la realización del acto quirúrgico.
- Inoportunidad en la solicitud y disponibilidad de los paraclínicos.
- Descripciones quirúrgicas incompletas, no se detallan todos los procedimientos quirúrgicos realizados.
- Inoportunidad en la respuesta a interconsulta.
- Se evidencian notas intermedias en la historia clínica lo que da cuenta de falta de secuencialidad adecuada dentro de la historia clínica.

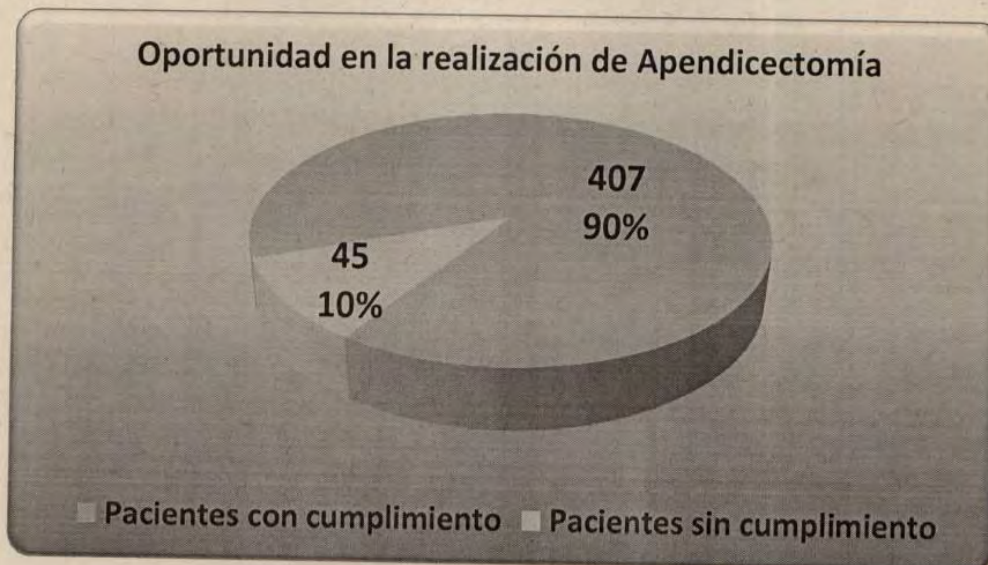




La oportunidad en la realización de apendicetomía para el año 2018 de los **452** usuarios intervenidos quirúrgicamente por apendicetomía, laparotomía con o sin peritonitis fue del **90%**, se realizó, entonces la intervención quirúrgica antes de las 6 horas de establecido el diagnóstico a más de **407** pacientes, en promedio a este grupo le fue realizado el procedimiento a las **3h y 35 minutos** tras el establecimiento diagnóstico, en contraste **45** usuarios no cumplieron con la oportunidad.

| CUMPLIMIENTO OPORTUNIDAD APENDICETOMÍA 2018 | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--------------------|
| Total pacientes con dx apendicitis | Total horas para cirugía | Promedio horas por paciente para cx | Pacientes con cumplimiento | % cumplimiento año |
| 452 | 1617:02 | 3:34 | 407 | 90% |

Fuente Informes RIPS y Dinámica Gerencial 2018.



ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

- Revisión de los Egresos hospitalarios de las usuarias con Diagnóstico de Apendicitis.
- Se registra en matriz establecida para esta actividad.
- Se mide mensualmente la oportunidad de la realización de Apendicectomía.
- Se establecieron estrategias con el fin de impactar los tiempos de espera como:



- Todo paciente que ingresa al servicio de urgencias con dolor abdominal y síntomas sugestivos de apendicitis, en quien se considere probable la necesidad de intervención quirúrgica, se estableció la prioridad y los tiempos para la toma, procesamiento, reporte e interpretación de resultados de laboratorio.
- Todo paciente que ingresa al servicio de urgencias con dolor abdominal de posible causa quirúrgica, le es suspendido de inmediato la vía oral ya que la ausencia del tiempo de ayuno retrasa la realización del acto quirúrgico.
- Aquel paciente menor de edad que ingresa al servicio de urgencias con dolor abdominal de posible causa quirúrgica o no, permanece con familiar o acudiente directo mayor de edad de manera permanente.
- Todo paciente con diagnóstico de apendicitis de alta probabilidad en el cual se ha decidido la conducta quirúrgica debe ser intervenido quirúrgicamente lo antes posible minimizando la probabilidad estadística de complicaciones (<6 horas).
- Despliegue y resocialización de la guía de apendicitis.
- Medición de la adherencia a la guía de apendicitis.
- Disponibilidad del equipo quirúrgico durante las 24 horas.
- Se realizan actividades y estrategias tendientes a socializar las recomendaciones adoptadas sobre las guías a través del equipo implementador.
- Retroalimentación al personal de al área, la subgerencia científica y comités.
- Difusión al personal profesional, médico y especializado de las guías de manejo.
- Establecimiento planes de mejoramiento ante las desviaciones identificadas, donde se mencionan compromisos, responsables y fechas de cumplimiento, seguimiento o revisión.

DIFICULTADES

- La disponibilidad de los para clínicos necesarios previos a la valoración médica por especialista, necesarios para el establecimiento del diagnóstico.
- La disponibilidad de salas de cirugía, ya que en las mismas se intervienen pacientes de otras especialidades, así como el retraso quirúrgico por presentar contaminación previa en las mismas.
- En varias oportunidades existe prioridad por pacientes mayoritariamente comprometidos Ej: pacientes con trauma toraco - abdominal, pacientes politraumatizados, gestantes, etc.
- La ingesta de alimentos que retrasa el tiempo de ayuno necesario para la intervención quirúrgica.
- Existen otras variables como la ausencia de familiar o acudiente para la firma del consentimiento informado, no autorización administrativa para la realización del procedimiento, la decisión de familiar o paciente al no autorizar la realización del procedimiento, y en ocasiones la necesidad de



UCI postoperatoria sin disponibilidad de la misma, variables que influyen de manera directa y retrasan la realización del procedimiento.

| INDICADOR 15: NUMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL |
|--|
| LINEA BASE 2017: 0 |
| FORMULA DEL INDICADOR: 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 neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior |
| VALORES DEL INDICADOR: 0 Casos |
| META 2018: 0 |
| RESULTADO AVANCE: 0 Casos |

Con este indicador se pretende identificar las complicaciones respiratorias en los pacientes pediátricos hospitalizados, con el fin de evitar este evento adverso, que agrava el estado de salud del paciente y por ende prolonga su estancia hospitalaria exponiéndolo así a mayores riesgos.

Se tiene estructurado un plan de Auditoria de Adherencia a Guías de Práctica Clínica, que hace parte de la directriz administrativa concerniente a la formulación de indicadores e implementación del sistema de gestión de auditoría integral, donde también participa Calidad, Auditoria de Concurrencia, Seguridad del Paciente, Seguridad y Ruta Materna.

Se determina el nivel o el porcentaje de adherencia a las guías de manejo de obligatorio seguimiento (hipertensión gestacional, hemorragia del tercer trimestre, apendicitis, oportunidad apendicectomía, infección de vías urinarias, neumonía aspirativa, infarto agudo del miocardio), y para algunas que hacen parte de la primera causa de morbilidad por servicio habilitado, de tal manera que permita establecer acciones que aporten al mejoramiento de la calidad de la atención en la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá.

Se establecen las causas de baja adherencia, mediante la identificación de no conformidades y de oportunidad de mejora. Para ello se dispone de dos Guías de práctica clínica (GPC):

- Guía de Práctica Clínica Para La Evaluación Del Riesgo Y Manejo Inicial Neumonía En Niños Y Niñas Menores De 5 Años Y Bronquiolitis En Niños Y Niñas Menores De 2 Años



- Guía de Práctica Clínica Recomendaciones Para El Diagnóstico, Tratamiento Y Prevención De La Neumonía Adquirida En La Comunidad En Adultos Inmunocompetentes, adoptada mediante Resolución 166 del 28 de Julio de 2018.

La unidad de gestión de información, aporta los datos de los dos grupos de patologías. Informe Dinámica gerencial e Informe RIPS del periodo mencionado.

Se toma la totalidad de los pacientes con diagnósticos de Infección respiratoria alta y baja, entre ellos pacientes con diagnósticos de neumonía y relacionados, finalmente el número de usuarios con diagnóstico de Neumonía Aspirativa, durante el año 2018, los códigos CIE 10 asociados se relacionan a continuación:

| CODIGOS CIE 10 RELACIONADOS | |
|-----------------------------|------------------|
| PATOLOGIA | CIE 10 |
| Neumonía Aspirativa | J690, J691, J698 |

En lo que corresponde a la Neumonía broncoaspirativa es posible mencionar que, durante el curso del año 2018, no se presentó ningún evento de este tipo en la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá.

Sin embargo, es importe analizar el contexto de la Infección Respiratoria Aguda en la institución, de esta manera se identifica que para el curso del año 2018 se realizó la atención en urgencias de más de **16.286** usuarios **menores de 16 años** entre estos fue posible documentar **1770** hospitalizaciones en la institución de menores de edad; de las cuales **491** pacientes correspondieron a casos relacionados con patologías respiratorias que incluyen vías respiratorias altas y/o bajas.

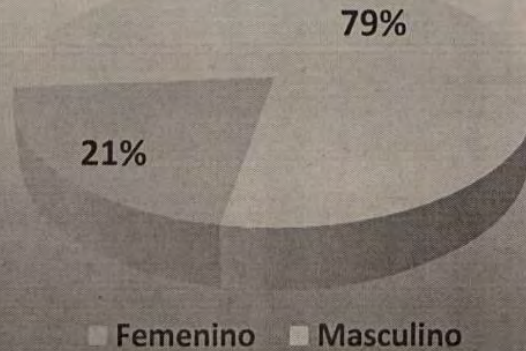
De los 491 pacientes pediátricos hospitalizados con diagnóstico de patología respiratoria, **107** egresaron con diagnósticos asociados a **neumonía**, entre estos no se presentaron egresos por neumonía bronco-aspirativa.

| total egresos respiratorios y neumonía | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| Total egresos pediatría en el año 2018 | Total egresos pediatría por enfermedad respiratoria en el año 2018 | Total de pacientes diagnosticados con neumonía | Total neumonía bronco aspirativa |
| 1.770 | 491 | 107 | 0 |

De los pacientes hospitalizados por enfermedades respiratorias, el **79%** corresponden a menores de edad del sexo **masculino** y el restante **21%** corresponden a menores de edad del sexo **femenino**. Del total de atenciones por patología respiratoria el grupo etario con mayor incidencia de neumonía corresponde a pacientes entre **1 a 5 años** seguidos por pacientes de 0 a 1 año.



Pacientes hospitalizados por enfermedades respiratorias año 2018



Es de resaltar el esfuerzo institucional durante el periodo 2016 a 2018, ya que se mantiene en cero el número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario, manteniendo la tendencia de cumplimiento del indicador, para lo cual se realizaron grandes esfuerzos institucionales entre ellos la ejecución del programa de seguridad del paciente.

No. de casos de Neumonías Bronco-aspirativas



| Pacientes con Neumonías Bronco-aspirativas | |
|--|---|
| Vigencia objeto de evaluación (2018) | 0 |
| Vigencia Anterior (2017) | 0 |
| Variación | 0 |

ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS



Dentro de las estrategias para el fortalecimiento de la vigilancia activa frente a este indicador se tiene para este año:

- La socialización del indicador con líderes y especialistas del servicio de pediatría, así como con el personal de enfermería.
- Sensibilizar al equipo interdisciplinario de salud sobre la importancia de la notificación de estos casos.
- Revisar e implementar nuevos procesos de inducción y reinducción al personal que labora en los servicios que atiendan pacientes pediátricos.
- Brindar educación específica al cuidador de los pacientes pediátricos durante la estancia hospitalaria y en casa sobre las medidas preventivas de broncoaspiración.
- Actualización y socialización de la guía de manejo de bronconeumonía.

LOGROS

- Es importante resaltar el mantenimiento del indicador en cero, lo cual implica un manejo integral seguro, continuo y pertinente en los menores de 5 años durante su estancia en la institución.
- Es importante para la comunidad del Sumapaz, mantener este indicador en 0%, por lo anterior es necesario continuar con énfasis en la búsqueda de activa e casos notificación y tratamiento.

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

LINEA BASE 2017: 0,9079 (138 / 152)

FORMULA DEL INDICADOR: Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de 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 de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.

VALORES DEL INDICADOR: 140 /149

META 2018: ≥ 0.90

RESULTADO AVANCE: 0,94

Un infarto de miocardio es una urgencia médica por definición y se debe buscar atención médica inmediata. El pronóstico vital de un paciente con infarto depende de la extensión del mismo y la rapidez de la atención recibida.



En la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá, todo paciente que ingresa al servicio de urgencias, sigue la ruta de atención de urgencias, y si presentan síntomas característicos de un proceso anginoso como: alteración del electrocardiograma, horas de evolución de dolor torácico, antecedentes del paciente, se clasifica como TRIAGE 1 lo cual indica atención médica inmediata, para definición de inicio o no de terapia TROMBOLITICA.

Las decisiones tomadas de acuerdo con la evaluación inicial, tienen consecuencias clínicas y económicas importantes. La evaluación inicial de un paciente con dolor torácico en el servicio de urgencias debe encaminarse al diagnóstico temprano del infarto agudo de miocardio. Una variedad de opciones de tratamiento pueden disminuir la morbilidad y mortalidad en pacientes con esta clase de infarto, pero la efectividad de estos tratamientos disminuye sustancialmente en las primeras horas después del inicio de los síntomas. Es en los primeros momentos cuando se presentan las mayorías de las muertes debido principalmente a arritmias potencialmente tratables, que si son diagnosticadas durante la asistencia y tratadas con desfibrilación inmediata, tendrán una sobrevida elevada y una recuperación completa.

Para la medición del indicador se viene realizando la revisión sistematizada de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio y relacionados, en donde se puede valorar género, edad de los pacientes, fecha de diagnóstico, hora de diagnóstico, fecha inicio terapia anti isquémica, hora de inicio de terapia anti isquémica, relación entre tiempo de diagnóstico e inicio de tratamiento, y confirmación de diagnóstico con resultado de troponina positiva.

Con la colaboración del área de sistemas de información se obtiene el reporte y la base de datos de usuarios que acudieron durante cada mes del año 2108 con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio o afines.

Se toman la totalidad de historias reportadas por el sistema Dinamica Gerencial e informe RIPS, con diagnóstico de Infarto agudo de miocardio durante los meses de enero a diciembre de 2018.

Se realiza tabla de relación por mes en donde se puede anotar según los datos encontrados en las historias clínicas. Numero de documento y nombre del paciente, edad, régimen, fecha de diagnóstico de IAM, hora de diagnóstico de IAM, fecha de inicio de terapia anti isquémica, hora de diagnóstico de IAM, fecha de inicio de terapia, hora de inicio de terapia, tiempo entre diagnóstico de IAM e inicio de terapia, condición de muerte o no, antes o después de 48 horas, remisión a otro nivel en caso de presentarse, y sitio de remisión. Con lo cual se define si se cumple la meta de atención, diagnóstico y tratamiento antes de 60 minutos.

Los pacientes que no cumplen con la meta diagnostico-tratamiento son los que finalmente reducen el porcentaje de cumplimiento por mes, dado que se toma tiempo promedio de pacientes para consolidado de mes. Y deben tenerse en cuenta





registros en historia clínica, registro de horario de formulación, omitiendo posibles órdenes verbales y la no descripción de notas retrospectivas en historia clínica. Por lo que pueden encontrarse meses con escasos paciente fuera de metas, que por alteración en la relación tiempo de diagnóstico tiempo de tratamiento, alteran el resultado definitivo.

Las notas de ingreso a urgencias y evolución se registran posteriormente en el sistema, siendo estas inoportunas en el tiempo, por lo tanto, el atributo de secuencialidad y oportunidad que vienen directamente relacionados con la cronología de la historia clínica pueden determinar resultados negativos sin ser estos reales en el tiempo de atención, diagnóstico o tratamiento.

Durante el año 2018 se realizó el análisis del 100% de las historias clínicas con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio informadas a través de RIPS e Informe Dinámica Gerencial. Según la base de datos de dinámica gerencial por egresos tenemos un total de 149 historias clínicas para el periodo comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2018. Al cruzar los datos con la base RIPS encontramos una diferencia de 28 pacientes; el cual es causado por falta de adherencia por parte de los profesionales médicos al momento de diligenciar el RIPS.

| | ± ene | ± feb | ± mar | ± abr | ± may | ± jun | ± jul | ± ago | ± sep | ± oct | ± nov | ± dic | Total |
|---|-----------|----------|----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Etiquetas de fila | | | | | | | | | | | | | |
| ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA | | | | | | | | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 8 |
| ANGINA INESTABLE | | | | | | | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 4 |
| CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA | 1 | | | 1 | | 1 | | | | | | 2 | 5 |
| CARDIOMIOPATIA, NO ESPECIFICADA | | | | | 1 | | | | | | | | 1 |
| CHOQUE CARDIOGENICO | 6 | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 3 | 1 | | 2 | 2 | 18 |
| DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO | | | | 1 | | | 1 | | | | | | 2 |
| DOLOR PRECORDIAL | | 1 | | | | | | | | 1 | | | 2 |
| INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION | 1 | 2 | 4 | 3 | 2 | | 3 | 2 | 5 | 7 | 3 | | 32 |
| INFARTO AGUDO TRANSMURAL DEL MIOCARDIO DE OTROS SITIOS | | | | 1 | 1 | | | | | | 1 | | 3 |
| INFARTO ANTIGUO DEL MIOCARDIO | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| INFARTO SUBENDOCARDICO AGUDO DEL MIOCARDIO | | | | | | | | | | 1 | | | 1 |
| INFARTO SUBSECUENTE DEL MIOCARDIO DE OTROS SITIOS | | | | | | | | | 1 | | | | 1 |
| INFARTO TRANSMURAL AGUDO DEL MIOCARDIO DE LA PARED ANTERIOR | | | | | | | | 1 | 1 | | | | 2 |
| PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO | 2 | 2 | 1 | 4 | 7 | | | 1 | 2 | 2 | 9 | 11 | 41 |
| Total | 10 | 5 | 6 | 11 | 11 | 2 | 5 | 9 | 12 | 13 | 20 | 17 | 121 |

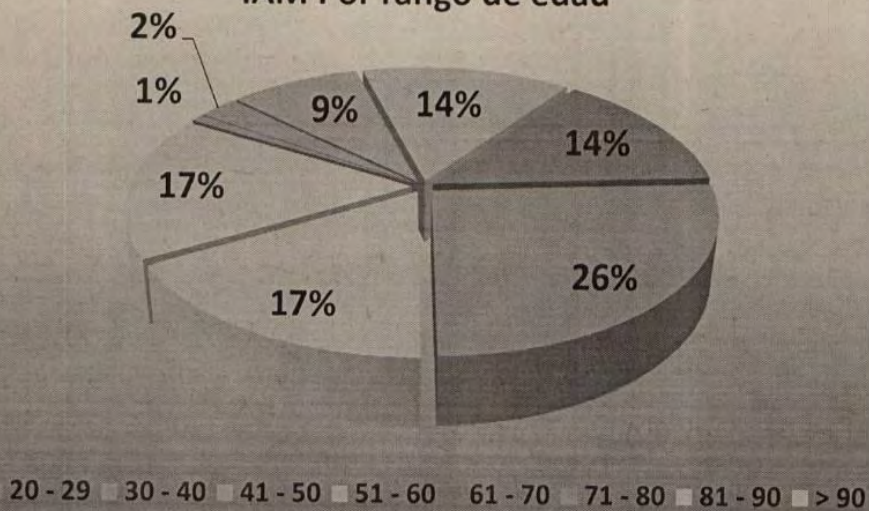


Porcentaje de atención por genero en pacientes con IAM



Durante el año se encuentra que el mayor porcentaje de consultas por urgencias con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio es del género masculino con más de 97 casos, que corresponde al 65% y 52 mujeres con el 35%.

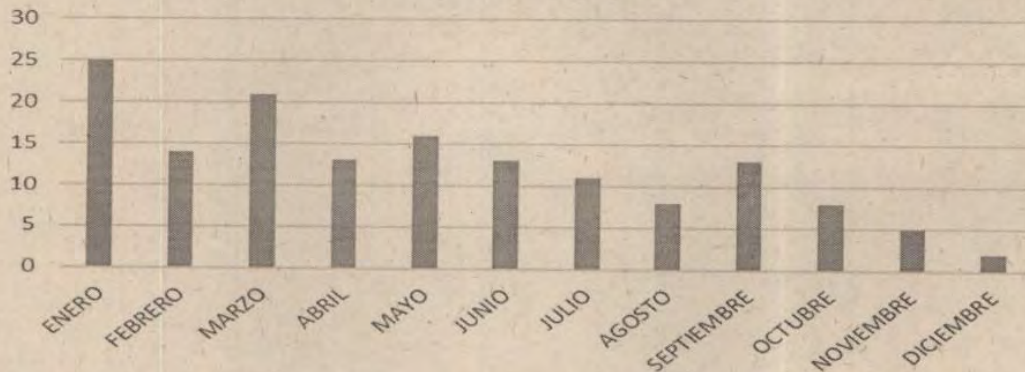
IAM Por rango de edad



Al realizar la revisión por rangos de edad se tiene que 44 pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio se encontraban entre los 71 a 80 años (29%), seguido de personas en la octava década de la vida (19%)

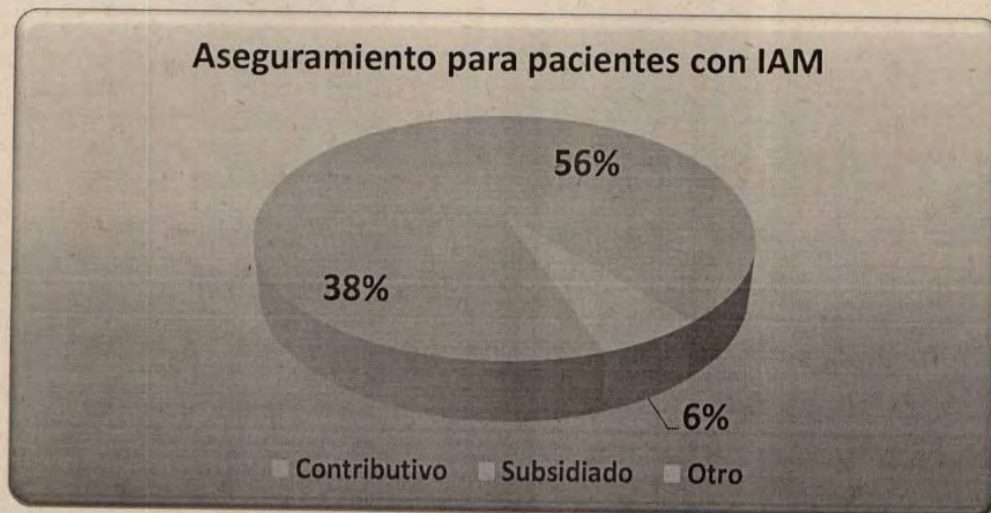


PACIENTES ATENDIDOS CON DIAGNOSTICO DE IAM POR MESES



Dentro del comportamiento del semestre es posible mencionar que en el mes de enero se presentó un pico en la presentación de eventos coronarios agudos tipo Infarto Agudo de Miocardio el cual responde por el 17% de los eventos generados en todo el año, seguido por el mes de marzo con el 14% de los eventos. Durante el resto del año se evidencia que no hay aumento mayor a 16 pacientes por mes; teniendo un descenso considerable para el mes de diciembre.

Aseguramiento para pacientes con IAM



Al discriminar la población por EPS. Se encuentra que el 38% de los pacientes atendidos corresponden al régimen contributivo con 57 pacientes, 56% en el régimen subsidiado con 83 pacientes y el 6% al régimen especial con 9 pacientes.

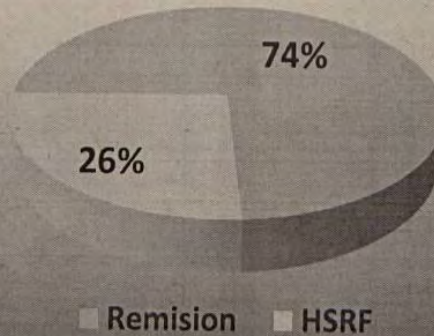


Estado final del paciente durante la estancia en la Institución



De los 149 pacientes a los cuales se les inicio manejo el 89% es decir 133 pacientes egresaron con estado vivo de la institución, en contraste el 11% de los usuarios con diagnósticos de Infarto y relacionados presento defunción durante su atención.

Porcentaje de manejo Institucional



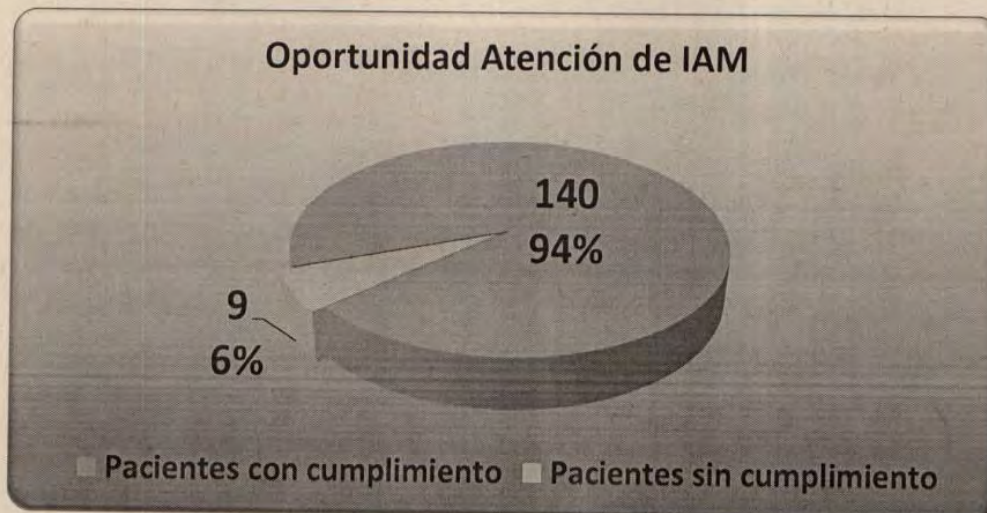
Los tramites de remisión de usuarios es posible mencionar que el 74% de los usuarios, es decir 110 pacientes fueron remitidos en algún momento de su estancia en observación o urgencias a instituciones de mayor complejidad, la mayor parte de estos usuarios fueron derivados a unidades de cuidado coronario, cateterismo cardiaco, y cardiología de mayor nivel de complejidad

| Total pacientes con dx IAM | Tiempo total de diagnóstico a inicio de tratamiento | Tiempo promedio por paciente | Pacientes con cumplimiento | % cumplimiento mes |
|----------------------------|---|------------------------------|----------------------------|--------------------|
| 149 | 86:29 | 0:34 | 140 | 94% |



Concerniente a la oportunidad es posible mencionar que al realizar la revisión de las historias clínicas se tiene un cumplimiento del 94% de inicio de tratamiento menor a 60 minutos. En promedio los usuarios con diagnóstico de Infarto Agudo de miocardio recibieron tratamiento específico a los 34 minutos de establecido el diagnóstico, este tiempo se ve prolongado debido aquellos pacientes que sobrepasan el tiempo establecido que al momento de promediar elevan las horas de inicio de tratamiento. 9 usuarios fueron intervenidos en un tiempo superior por lo que se considera que no cumplieron con la oportunidad.

| | | |
|---|-----|-----|
| Pacientes con Diagnóstico de IAM | 149 | |
| Con Tratamiento específico dentro de la 1 hora | 140 | 94% |
| Sin Tratamiento específico dentro de la 1 hora | 9 | 6% |



ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

- Revisión de los Egresos hospitalarios de las usuarias con Diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio.
- Medición mensualmente de la oportunidad de la atención de los casos de diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM).
- Identificación de tiempos de atención para instaurar tratamiento específico.

LOGROS

Durante el año 2018 se atendieron 140 pacientes con diagnóstico de IAM, quienes recibieron tratamiento específico en promedio a los 34 minutos de realizado el diagnóstico.

DIFICULTADES



- Durante el año el 6% de los casos se reportó tratamiento después de una hora de realizar el diagnóstico.
- Las notas de ingreso a urgencias y evolución se registran posteriormente en el sistema, por lo tanto, dichas notas no son realmente confiables en tiempo, por lo que, el atributo de secuencialidad y oportunidad que vienen directamente relacionados con la cronología de la historia clínica pueden determinar resultados negativos sin ser estos reales en el tiempo de atención, diagnóstico o tratamiento.

| INDICADOR 17: ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA |
|--|
| LINEA BASE 2017: 1,00 (263 / 263) |
| FORMULA DEL INDICADOR: Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación. |
| VALORES DEL INDICADOR: 280 / 280 |
| META 2018: ≥ 0.90 |
| RESULTADO AVANCE: 1,00 |

La tasa de mortalidad hospitalaria es un indicador que ha sido utilizado dentro de los sistemas de salud 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.

El análisis de la mortalidad intrahospitalaria se interpreta teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Cuando la mortalidad ocurre en las primeras 48 horas de ingreso a la institución tiene una relación más directa con las causas del ingreso del paciente y las condiciones de compromiso de la vida del mismo.
- Cuando ocurre después de las primeras 48 horas posteriores al ingreso del paciente, tiene una mayor relación con la capacidad resolutive de la Institución en cuanto a la oportunidad, racionalidad técnica-científica e integralidad de la atención y calidad en la atención.



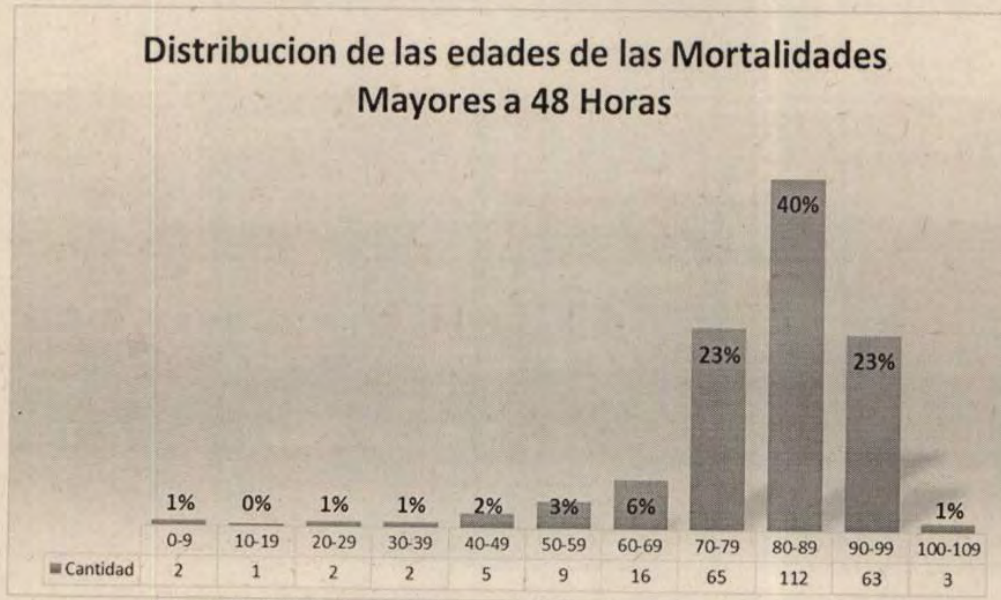
| Total muertes intrahospitalarias mayores a 48 horas | Revisadas en el comité | Cumplimiento |
|---|------------------------|--------------|
| 280 | 280 | 100% |

Fuente. Comité de mortalidad



Fuente: Comité de Mortalidad Mayor a 48 horas E.S.E. HSR Fusagasugá

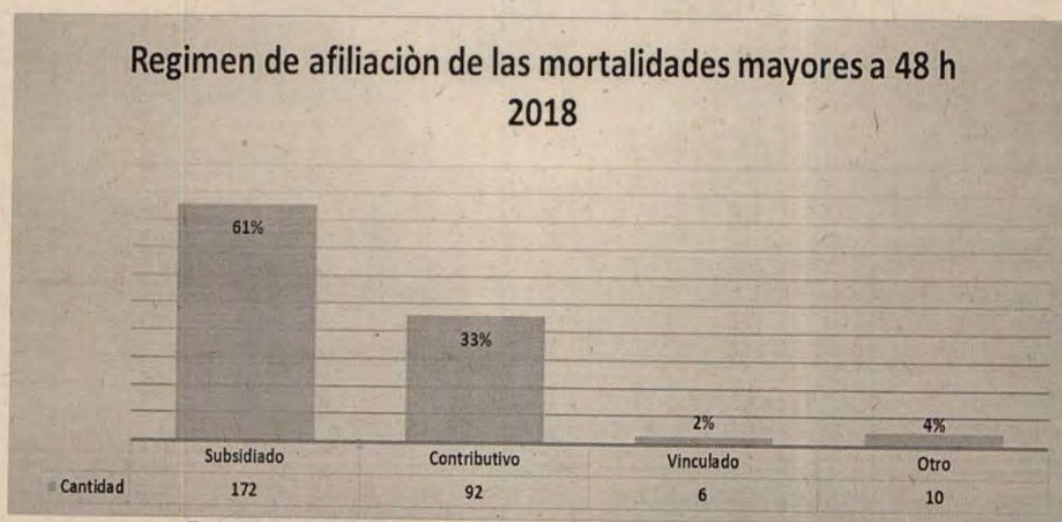
Durante el año 2018 en la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá falleció un total de 280 personas (con una estancia hospitalaria mayor a 48 horas) en los que se identifica un mayor índice en las mujeres (51%) que en los hombres con 49%.



Fuente: Comité de Mortalidad Mayor a 48 horas E.S.E. HSR Fusagasugá



Del total de casos analizados de mortalidad hospitalaria mayor a 48 horas, p en la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá durante el año 2018, el 40% (n=112) corresponden a pacientes entre 80 y 89 años, lo cual es reflejo de la tendencia demográfica en el área de influencia de la ESE; por lo que se resalta el impacto de las enfermedades crónica no transmisibles (HTA, EPOC, DM), además de este aspecto es de relevancia tener en cuenta los factores de riesgo que impactan en el desenlace de los casos como son pacientes con múltiples comorbilidades, estado inmunológico deteriorado, enfermedad terminal, orden de no maniobras invasivas y heroicas lo que conlleva a un mayor número de defunciones no prevenibles.



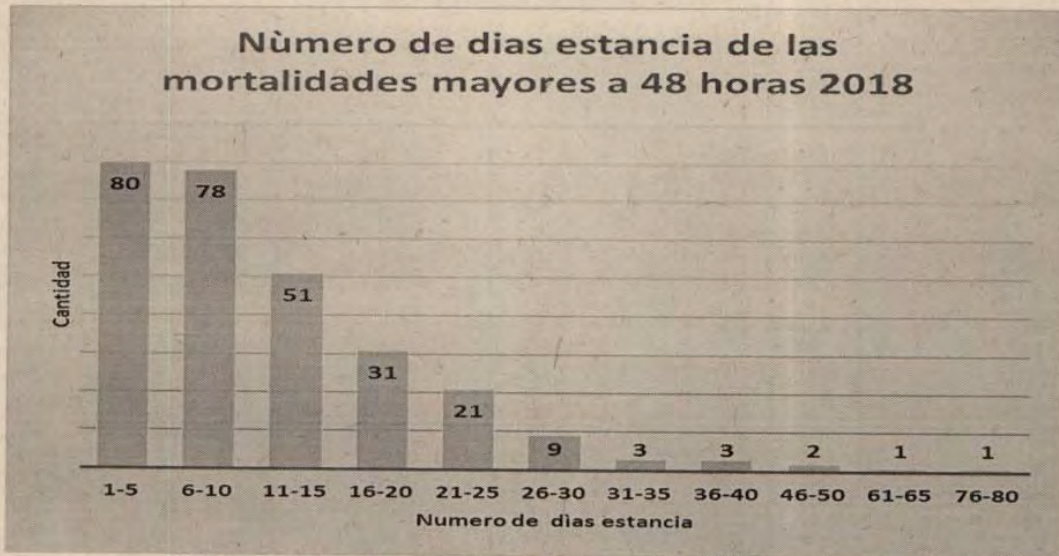
Fuente: Comité de Mortalidad Mayor a 48 horas E.S.E. HSR Fusagasugá

En lo que corresponde al régimen de afiliación en salud, el 61% de los fallecidos corresponden al régimen subsidiado; esto principalmente relacionado a que la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá es la IPS que atiende tanto el primero como el segundo nivel para este régimen, por otro lado, el 33% de los fallecidos se encontraban afiliados al régimen contributivo. Y en una pequeña proporción 2% se encuentran vinculados.





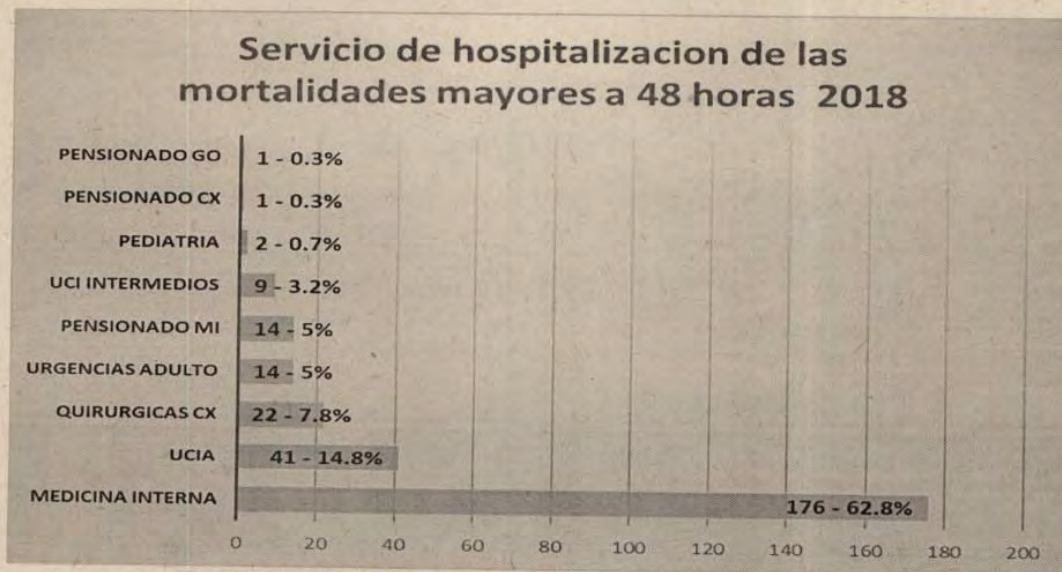
Número de días estancia de las mortalidades mayores a 48 horas 2018



Fuente: Comité de Mortalidad Mayor a 48 horas E.S.E. HSR Fusagasugá

Los días de estancia de los fallecimientos se puede apreciar que la mayoría se encuentran en el rango de tiempo de 3 a 10 días con 158 usuarios.

Servicio de hospitalización de las mortalidades mayores a 48 horas 2018



Fuente: Comité de Mortalidad Mayor a 48 horas E.S.E. HSR Fusagasugá

Como se aprecia en la gráfica el servicio tratante que más registra defunciones es Medicina Interna con el 62.8% (176) de los fallecimientos superiores a 48 horas, Seguido de la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto con el 14.8% (41). Servicios como ginecología aportan a la estadística con caso de paciente con diagnóstico de cáncer de ovario en mujer de 51 años, pediatría con 2 casos uno por Infección de vías respiratorias el otro por infarto cerebral en menores de 1 año.





A continuación, se presentan los principales diagnósticos de egreso de los pacientes con mortalidad mayor a 48 horas, se realizó revisión de las historias clínicas con diagnósticos inespecíficos como paro cardiorrespiratorio, muerte súbita y signos y síntomas como disnea, derrame pleural, para poder tener datos precisos y exactos de las principales causas de egreso en el año 2018.

| PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE MORTALIDAD MAYOR a 48 HORAS | | | |
|---|--|----------|-----|
| No | DIAGNÓSTICO | CANTIDAD | % |
| 1 | NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA | 38 | 14% |
| 2 | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES | 38 | 14% |
| 3 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 25 | 9% |
| 4 | CHOQUE CARDIOGENICO | 19 | 7% |
| 5 | SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA | 17 | 6% |
| 6 | ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO | 17 | 6% |
| 7 | INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION | 16 | 6% |
| 8 | INSUFICIENCIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA | 12 | 4% |
| 9 | SEPSIS TEJIDOS BLANDOS | 11 | 4% |
| 10 | ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA | 6 | 2% |
| 11 | SEPSIS ABDOMINAL | 5 | 2% |
| 12 | CIRROSIS HEPATICA | 4 | 1% |
| 13 | CHOQUE SEPTICO | 3 | 1% |
| 14 | FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR | 3 | 1% |
| 15 | TUMOR MALIGNO DEL COLON SIGMOIDE | 2 | 1% |
| OTROS DIAGNÓSTICOS | | 64 | 23% |
| TOTAL | | 280 | |

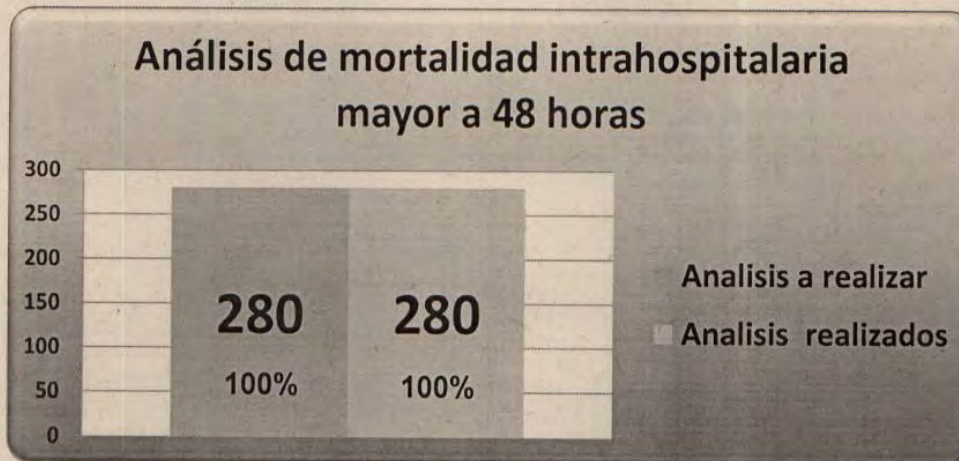
Fuente: Comité de Mortalidad Mayor a 48 horas E.S.E. HSR Fusagasugá

Para el año 2018 en la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá la primera causa de defunción corresponde a Neumonía Bacteriana, no especificada con el 14% (38), la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con Infección Aguda de las Vías Respiratorias Inferiores (14%), la cual es el resultado de procesos infecciosos de origen respiratorio principalmente; en el tercer lugar continua la infección de vías urinarias con el 9% (25) y cuarto lugar se encuentran las causas de tipo cardiovascular con el choque cardiogénico por lo que es importante evaluar el impacto de los planes de promoción y prevención desde todos los niveles de atención.

Según en el análisis realizado por el grupo de médicos de la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá, se concluye que del total de mortalidades intrahospitalarias analizadas (n=280), el 99,75% (n=279) se consideran no evitables, es decir que de acuerdo al plan de manejo instaurado se tomaron las conductas pertinentes orientadas a preservar la vida del paciente. Por otro lado, el 0,35% (n=1) de las defunciones fueron consideradas como evitables en las cuales se resaltan varios



factores desencadenantes de la defunción entre otros: Demora en la decisión del paciente y familiares (cuidadores) de consultar al servicio médico, demora en la autorización de la EPS para ser remitido a un centro de mayor nivel de complejidad, comorbilidades que agudizan el cuadro clínico presentado e insuficiencia técnica científica en la red prestadora de servicios.



ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

- Se identifican las fuentes de información institucional para obtener este indicador.
- Se realiza filtro de los egresos hospitalarios vs, estado de salida (muerto) y tiempo de estancia hospitalaria y se compara con las defunciones ingresadas al RUAFA.
- Se asigna al médico correspondiente la preparación del estudio del caso, y realiza análisis de los casos de mortalidad hospitalaria mayor a 48 horas.
- Se analizan los casos de Mortalidad Intrahospitalaria mayores a 48 horas que se identificaron y son presentados ante el comité respectivo para su estudio así como la elaboración de los planes de mejoramiento cuando así se ha requerido.

DIFICULTADES

- La principal dificultad presentada para este año fue el diagnóstico de egreso diligenciado por los médicos, este dato al no ser de calidad, no proporciona información real para la toma de decisiones, en este aspecto se ha realizado capacitación y sensibilización con este grupo de funcionarios para de esta manera optimizar el registro de la historia clínica.



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

LINEA BASE 2017: 13,20 días

FORMULA DEL INDICADOR: 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.

VALORES DEL INDICADOR: 9.429 / 2.569

META 2018: ≤ 5 días.

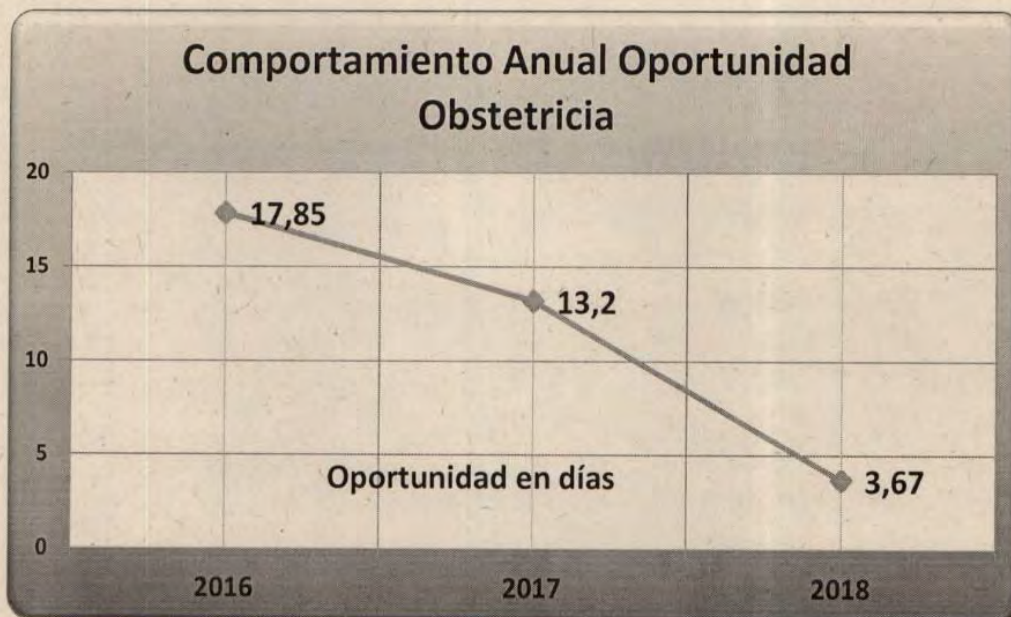
RESULTADO AVANCE: 3,67 días

Para la vigencia 2018, la oportunidad en la consulta de primera vez de Pediatría presentó un resultado acumulado de 3,67 días.

A continuación se presenta cuadro consolidado de la oportunidad su totalización de conformidad a la Información reportada en el aplicativo 2193.

| VARIABLES DEL INDICADOR | I SEM | II SEM | TOTAL AÑO |
|---|-------------|-------------|-------------|
| <u>P.3.4 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.</u> | 6.208 | 3.221 | 9.429 |
| <u>P.3.4 Número total de citas de Pediatría de primera vez asignadas.</u> | 1.574 | 995 | 2.569 |
| <u>INDICADOR TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA CONSULTAS DE PRIMERA VEZ – PEDIATRIA</u> | 3,94 | 3,24 | 3,67 |

Es de resaltar el esfuerzo que se ha realizado durante la gestión de esta administración, evidenciándose la disminución notable en la oportunidad de la consulta de Pediatría de primera vez. Se puede verificar como se ha logrado disminuir la oportunidad pasando de 17,85 días en 2016, 13,20 días en 2017 y 3,67 días en 2018.



A continuación, se presenta el reporte de la ficha técnica del SIHO con el resultado del Indicador:

FICHA TÉCNICA

2529000036 - E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA DE FUSAGASUGÁ - (CUNDINAMARCA)

| CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016) | | | | |
|---|---------|--------|--------|--|
| Variable | 2016 | 2017 | 2018 | |
| % pacientes atendidos por urgencias remitidos | 1,804 | 2,219 | 2,148 | |
| Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos | 0,352 | 0,16 | 0,235 | |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016). | 1,143 | 0,44 | 0,19 | |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 0,011 | 0,004 | 0,002 | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 4,482 | 5,627 | 3,229 | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general | 9,851 | 11,07 | 6,58 | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 20,809 | 13,287 | 8,952 | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 17,851 | 13,198 | 3,67 | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología | 12,35 | 10,467 | 4,717 | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 11,095 | 8,639 | 4,413 | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general | 19,728 | 13,462 | 8,503 | |
| Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias | 119,844 | 20,889 | 22,459 | |
| Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS | 0,988 | 0,963 | 0,947 | |

ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS





Se realiza monitoreo semanal de la oportunidad de consulta por médico y especialidad.

Se efectúa informe semanal y mensual de consulta.

Se realiza informe a la Subgerencia Científica y Entes de control.

Se incrementa el número de horas medico contratadas.

DIFICULTADES

La consecución de horas médico es bastante difícil pues la oferta de especialistas en el país NO alcanza para suplir la demanda del servicio.

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

LINEA BASE 2017: 8,64 días

FORMULA DEL INDICADOR: 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.

VALORES DEL INDICADOR: 8.354 / 1.893

META 2018: ≤ 8 días.

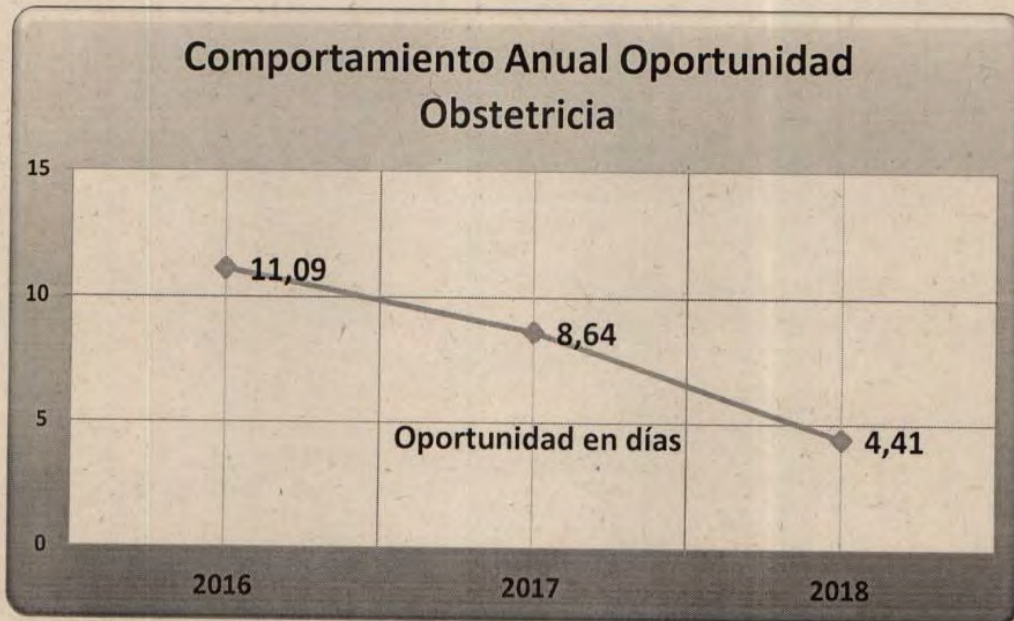
RESULTADO AVANCE: 4.41 días

Para la vigencia 2018, la oportunidad en la consulta de primera vez de obstetricia presentó un resultado acumulado de 4,41 días.

A continuación se presenta cuadro consolidado de la oportunidad su totalización de conformidad a la Información reportada en el aplicativo 2193.

| VARIABLES DEL INDICADOR | I SEM | II SEM | TOTAL AÑO |
|--|-------------|-------------|-------------|
| P.3.6 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 solicitó. | 2.664 | 5.690 | 8.354 |
| P.3.6 Número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas. | 444 | 1.449 | 1.893 |
| INDICADOR TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA CONSULTAS DE PRIMERA VEZ - OBSTETRICIA | 6,00 | 3,93 | 4,41 |

Es de resaltar el esfuerzo que se ha realizado durante la gestión de esta administración, evidenciándose la disminución notable en la oportunidad de consulta de obstetricia de primera vez. Se puede verificar como se ha logrado disminuir la oportunidad al pasar de 11,09 días en 2016, 8,64 días en 2017 y 4,41 días en 2018.



A continuación, se presenta el reporte de la ficha técnica del SIHO con el resultado del Indicador:

FICHA TÉCNICA

2529000036 - E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ DE FUSAGASUGÁ - (CUNDINAMARCA)

| CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016) | | | |
|---|---------|--------|--------|
| Variable | 2016 | 2017 | 2018 |
| % pacientes atendidos por urgencias remitidos | 1,804 | 2,219 | 2,148 |
| Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos | 0,352 | 0,16 | 0,235 |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016). | 1,143 | 0,44 | 0,19 |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 0,011 | 0,004 | 0,002 |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 4,482 | 5,627 | 3,229 |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general | 9,851 | 11,07 | 6,58 |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 20,809 | 13,287 | 8,962 |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 18, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 17,851 | 13,198 | 3,67 |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología | 12,38 | 10,487 | 4,717 |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 11,095 | 8,639 | 4,413 |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general | 19,728 | 13,462 | 8,503 |
| Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias | 119,844 | 20,889 | 22,459 |
| Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS | 0,988 | 0,963 | 0,947 |

ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS



Se realiza monitoreo semanal de la oportunidad de consulta por médico y especialidad.

Se efectúa informe semanal y mensual de consulta.

Se realiza informe a la Subgerencia Científica y entes de control.

Se incrementa el número de horas medico contratadas.

DIFICULTADES

La población de la región está en aumento, así como el número de mujeres en embarazo y las patologías cervicales haciendo que la demanda del servicio cada día aumente.

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

LINEA BASE 2017: 13.29 días

FORMULA DEL INDICADOR: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación

VALORES DEL INDICADOR: 28.249 / 3.152

META 2018: ≤ 15 días

RESULTADO AVANCE: 8,96 días

Para la vigencia 2018, la oportunidad en la consulta de Medicina Interna de primera vez presentó un resultado acumulado de 8,96 días.

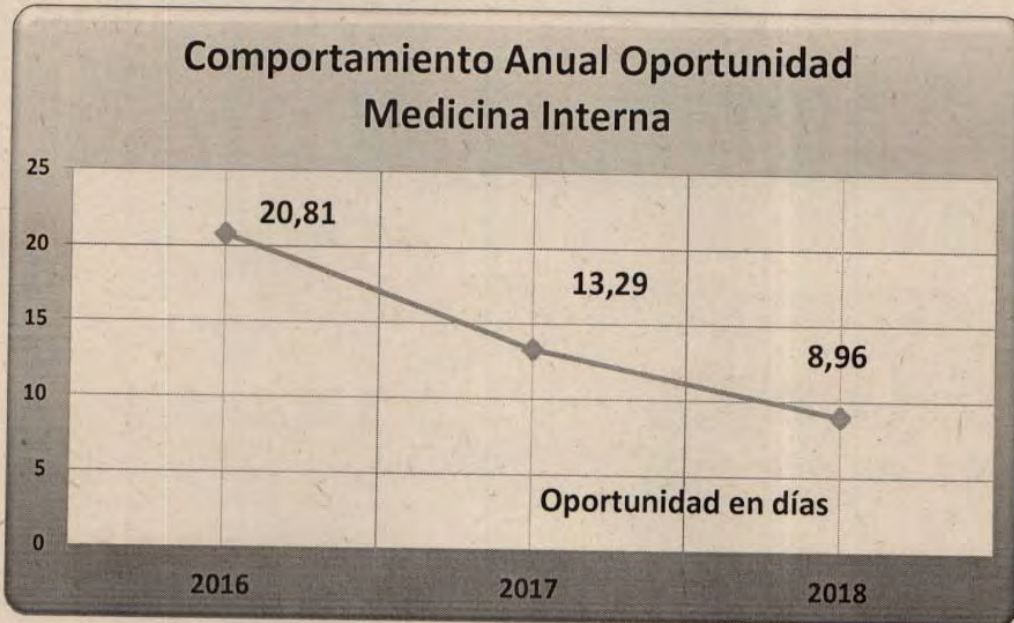
A continuación se presenta cuadro consolidado de la oportunidad su totalización de conformidad a la Información reportada en el aplicativo 2193.

| VARIABLES DEL INDICADOR | I SEM | II SEM | TOTAL AÑO |
|---|-------------|--------------|-------------|
| P.3.3 Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó. | 15.092 | 13.157 | 28.249 |
| P.3.3 Número total de citas de Medicina interna de primera vez asignadas. | 1.894 | 1.258 | 3.152 |
| INDICADOR TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA CONSULTA DE PRIMERA VEZ - MEDICINA INTERNA | 7,97 | 10,46 | 8,96 |

Es de resaltar el esfuerzo que se ha realizado durante la gestión de esta administración, evidenciándose la disminución notable en la oportunidad de consulta de Medicina Interna de primera vez, para mantenerlo dentro los estándares



esperados. Se puede verificar como se ha logrado disminuir la oportunidad pasando de 20,81 días en 2016, 13,29 días en 2017 y a 8,96 días en 2018.



A continuación, se presenta el reporte de la ficha técnica del SIHO con el resultado del Indicador:

FICHA TÉCNICA

2529000036 - E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA DE FUSAGASUGÁ - (CUNDINAMARCA)

| CALIDAD DE ATENCIÓN (Indicadores Resolución 256 del año 2016) | | | | |
|---|---------|--------|--------|--|
| Variable | 2016 | 2017 | 2018 | |
| % pacientes atendidos por urgencias remitidos | 1,804 | 2,219 | 2,148 | |
| Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos | 0,352 | 0,16 | 0,235 | |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016). | 1,143 | 0,44 | 0,19 | |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 0,011 | 0,004 | 0,002 | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 4,482 | 5,627 | 3,229 | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general | 9,094 | 11,07 | 6,50 | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna (Indicador 20, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 20,809 | 13,287 | 8,962 | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría (Indicador 10, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 17,851 | 13,198 | 3,67 | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología | 12,38 | 10,487 | 4,717 | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia (Indicador 19, anexo 2 Resolución 408 de 2018) | 11,095 | 8,639 | 4,413 | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general | 19,728 | 13,462 | 8,503 | |
| Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias | 119,844 | 20,889 | 22,459 | |
| Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS | 0,988 | 0,963 | 0,947 | |



Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"
E.S.E - II NIVEL

ACCIONES Y ESTRATEGIAS DESARROLLADAS

Se realiza monitoreo semanal de la oportunidad de consulta por médico y especialidad.

Se efectúa informe semanal y mensual de consulta.

Se realiza informe a la Subgerencia Científica y Entes de control.

Se incrementa el número de horas medico contratadas.

Es importante manifestar, que la institución cuenta con un programa de atención de pacientes crónicos el cual tiene como objetivo fundamental que el usuario aprenda a controlar su proceso de enfermedad, garantizando que asista periódicamente a sus controles, utilice correctamente los medicamentos y aprenda a mejorar su calidad de vida entregando pautas rutinarias de alimentación y ejercicio, lo anterior también con la finalidad de enseñarles a hacer uso racional de los servicios de salud.



Tabla 1. Matriz de Calificación

| AREA | N. | INDICADOR | META | LINEA DE BASE AÑO 2017 | RESULTADO AVANCE DEL PERIODO | CALIFICACIÓN | PONDERACIÓN | RESULTADO |
|---------------------------------|----|---|--------------------------|------------------------|------------------------------|--------------|-------------|-----------|
| Dirección y Gerencia 20% | 1 | Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior | ≥ 1,20 | 1,2063 | 1,3350 | 5 | 0,05 | 0,25 |
| | 2 | Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud | ≥ 0,90 | 0,9200 | 0,9565 | 5 | 0,05 | 0,25 |
| | 3 | Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional | ≥ 0,90 | 0,8947 | 0,9400 | 5 | 0,10 | 0,50 |
| Financiera y Administrativa 40% | 4 | Riesgo fiscal y financiero | Adopción PSFF | NA | NA | NA | NA | NA |
| | 5 | Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida | < 0,90 | 0,9409 | 1,1021 | 0 | 0,06 | 0,00 |
| | 6 | Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a). compras conjuntas, b). Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado c). Compras a través de mecanismos electrónicos. | ≥ 0,70 | 0,7587 | 0,7663 | 5 | 0,06 | 0,29 |
| | 7 | Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de | "0" o variación negativa | -99.746.385 | 0 | 5 | 0,06 | 0,29 |





Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"
E.S.E. - II NIVEL

| AREA | N. | INDICADOR | META | LINEA DE BASE AÑO 2017 | RESULTADO AVANCE DEL PERIODO | CALIFICACIÓN | PONDERACIÓN | RESULTADO |
|-------------|----|--|----------|------------------------|------------------------------|--------------|-------------|-----------|
| | | planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior | | | | | | |
| | 8 | Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS | 4 | 4 | 4 | 5 | 0,06 | 0,29 |
| | 9 | Resultado equilibrio presupuestal con recaudo | ≥ 1 | 1,3139 | 1,1647 | 5 | 0,06 | 0,29 |
| | 10 | Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya | Oportuno | Extemporáneo | extemporaneo | 0 | 0,06 | 0,00 |
| | 11 | Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social o la norma que la sustituya. | Oportuno | Oportuno | oportuno | 5 | 0,06 | 0,29 |
| Clinica 40% | 12 | Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes | ≥ 0,80 | 0,7037 | 0,8205 | 5 | 0,07 | 0,35 |
| | 13 | Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera | ≥ 0,80 | 0,7621 | 0,8288 | 5 | 0,05 | 0,25 |



| AREA | N. | INDICADOR | META | LINEA DE BASE AÑO 2017 | RESULTADO AVANCE DEL PERIODO | CALIFICACIÓN | PONDERACIÓN | RESULTADO |
|------|----|---|-----------|------------------------|------------------------------|----------------------|-------------|-------------|
| | 14 | causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida | ≥ 0,90 | 0,9399 | 0,9004 | 5 | 0,05 | 0,25 |
| | 15 | Oportunidad en la realización de Apendicetomía | "0" | 0 | 0 | 5 | 0,05 | 0,25 |
| | 16 | Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual | ≥ 0,90 | 0,9079 | 0,9320 | 5 | 0,05 | 0,25 |
| | 17 | Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM) | ≥ 0,90 | 1,0000 | 1,0000 | 5 | 0,05 | 0,25 |
| | 18 | Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria | ≤ 5 días | 13,20 | 3,67 | 5 | 0,03 | 0,15 |
| | 19 | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría. | ≤ 8 días | 8,64 | 4,41 | 5 | 0,03 | 0,15 |
| | 20 | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia. | ≤ 15 días | 13,29 | 8,96 | 5 | 0,02 | 0,10 |
| | | | | | | 85,00 | 1,00 | 4,43 |
| | | | | | | SATISFACTORIA | | |

Dirección: Transversal 12 No 22 - 51 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia
Email: hospifusa@yahoo.com / Oficina Gerencia: 8733000 Ext 102



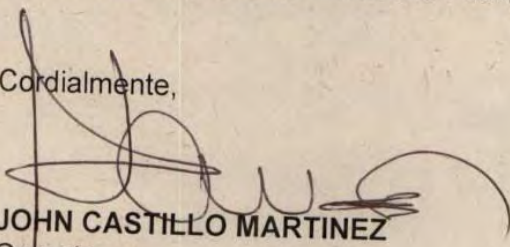
Tabla 2. Escala de Resultados

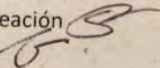

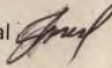
| Rango Calificación (0,0 – 5,0) | Criterio | Cumplimiento Plan de Gestión |
|--------------------------------|-----------------|------------------------------|
| Puntaje total entre 0,0 y 3,49 | Insatisfactoria | Menor al 70% |
| Puntaje total entre 3,50 y 5,0 | Satisfactoria | Igual o superior al 70% |

El anterior Informe ha sido presentado siguiendo la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las Resoluciones 710 del 30 de Marzo de 2012, 743 del 15 de Marzo de 2013, 408 del 15 de febrero de 2018 y sus anexos, teniendo en cuenta el análisis de los indicadores a 31 de Diciembre de 2018.

También se consideraron las debilidades y fortalezas de la institución con el fin de impactarlas a través de la visión del actual Gerente y los Directivos de la Entidad, para lograr un desarrollo institucional como Empresa Social del Estado, donde el principal capital es el Talento Humano, orientado a mejorar continuamente la prestación de los servicios de salud para llegar a estándares óptimos de calidad, eficiencia y utilización de los recursos, para brindar una respuesta a las necesidades de salud de la población de nuestra zona de influencia – Fusagasugá, Tibacuy, Pasca y demás municipios de la Región del Sumapaz contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la comunidad; todo esto bajo los preceptos de compromiso o pacto por la transparencia que adquirí, al momento de asumir el cargo de Gerente de la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá II Nivel.

Cordialmente,


JOHN CASTILLO MARTINEZ
Gerente

Elaboro: Carlos Eduardo Mogollón / Profesional de Planeación 
Revisó: Saúl Parra García / Subgerente Administrativo 
Andrei Rojas Martínez / Subgerente Científico
Diana Marcela Forero / Subgerente Comunitario
John Jairo Bobadilla Montenegro / Líder Planeación Institucional 
Enrique Baquero / Contador 