



**GOBERNACIÓN
VALLE DEL CAUCA**
Secretaría de Salud



SC-CER724364



AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESULTADO DEL SEGUIMIENTO A LA RED PÚBLICA

Subsecretaría de Aseguramiento y Desarrollo de Servicios de Salud

Santiago de Cali, mayo de 2023

AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Componente del SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD-SOGC

Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto No. 780 del 6 de mayo de 2016. Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Compila y racionaliza las normas de carácter reglamentario que rigen en el Sector Salud y Protección Social. Libro 2 Parte 5 Título 1 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, D.C (Artículos 2.5.1.1.1 a 2.5.1.5.4)

AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Componente del Mejoramiento Continuo en el SOGC

Mecanismo sistemático y continuo



evaluación



cumplimiento de estándares de calidad

PROCESOS DE AUDITORÍA SEGÚN TIPOS DE ENTIDAD

Será implementado de acuerdo al ámbito de acción de las diferentes entidades.



Elevar:

**La calidad de atención y
El grado de satisfacción de los usuarios**

DEBEN DESARROLLAR PAMEC

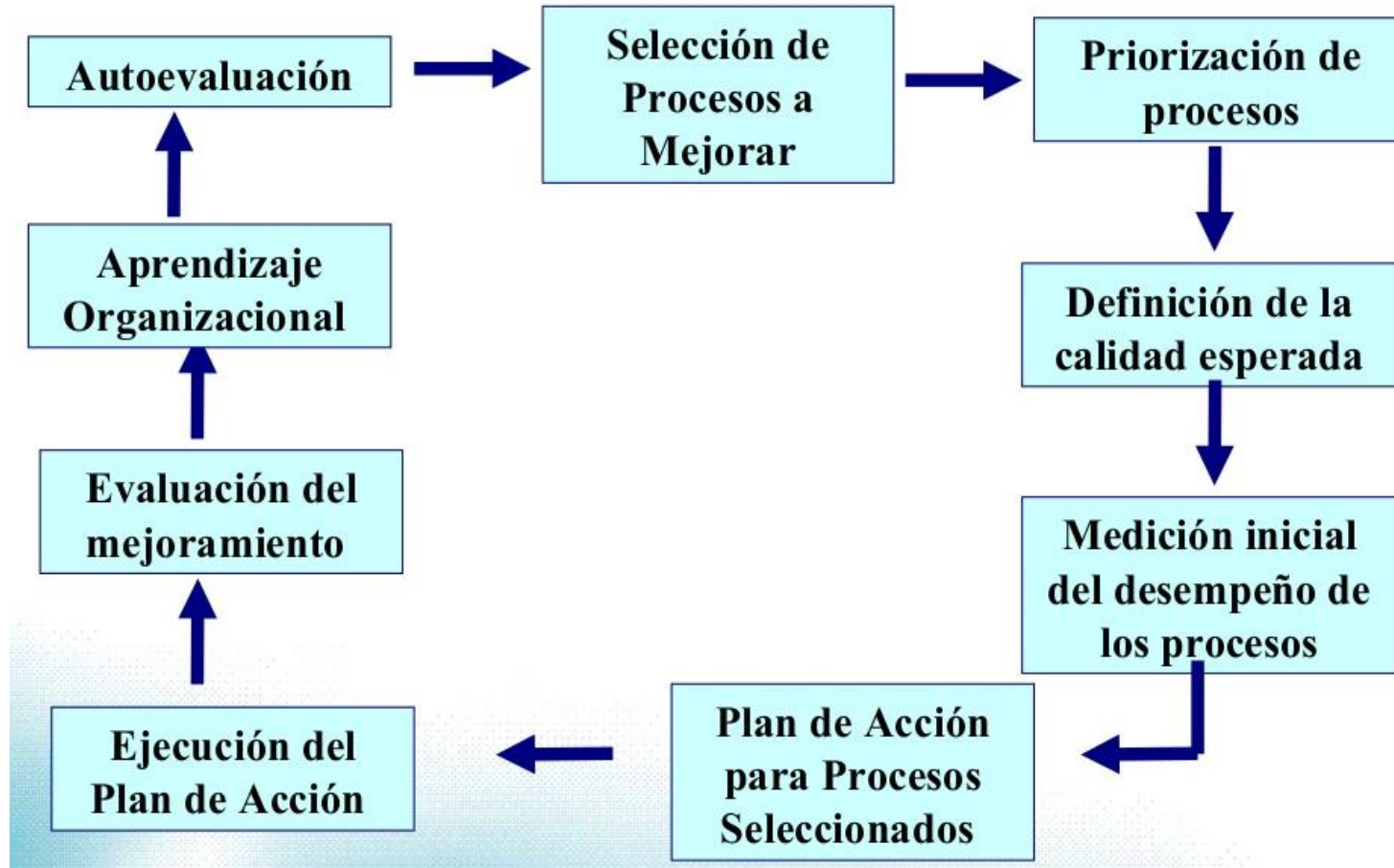


- Entidades Territoriales de Salud:
 - Departamental
 - Distrital
 - Municipios Certificados
- EAPB
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Se desarrolla con base en las pautas indicativas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social

Con la ejecución de los pasos de la RUTA CRÍTICA

RUTA CRÍTICA



ENTIDADES TERRITORIALES EN SU RED DE PRESTADORES (EN SU CONDICIÓN DE COMPRADORES DE SERVICIOS DE SALUD)



Deben adoptar un Programa que les permita:

- Hacer seguimiento y evaluación de la calidad en su red de Prestadores
- Que sirva de retroalimentación para brindar mejor atención a los usuarios
- Se levanten planes de mejora a los procesos para impactar todo el Sistema de Garantía de Calidad en Salud.

Le aplica los mismos procesos de las EAPB.

ENTIDADES TERRITORIALES EN SU RED DE PRESTADORES (EN SU CONDICIÓN DE COMPRADORES DE SERVICIOS DE SALUD)



La Auditoría debe centrarse como mínimo en los siguientes procesos:

- **Autoevaluación de la red de prestadores:**

- Suficiencia de la red
- Sistema de referencia y contrarreferencia
- Habilitación de Prestadores
- Características de calidad (AOSPC)

- **Atención al usuario:**

Evaluar sistemáticamente la satisfacción de usuarios

- Procesos de atención en salud (quejas y reclamos)
- Encuestas y entrevistas de satisfacción
 - Percepción del usuario posterior al servicio
 - Conocer necesidades y expectativas de los servicios a recibir

- **Procesos de auditoría externa:** evaluar sistemáticamente los procesos de atención por los Prestadores

Reporte a Supersalud conforme a Circular No. 012 de 2016.

Archivos ST001



	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA 000012	VERSIÓN	1

- DV: Dígito de verificación
PP: Período de corte de la información reportada
ANNO: Año de corte de la información reportada
FFFF: Número de archivo
EXT: Extensión del archivo de texto (TXT)
- Delimitado por *Pipeline* (|)
 - Firmado digitalmente por Representante Legal
 - La información debe remitirse de manera completa

6. ANEXOS TÉCNICOS

Los siguientes son los Anexos técnicos – Archivos tipo que se deberán tener en cuenta para la presentación de la información con los periodos de corte y fecha máxima del reporte:

ARCHIVO TIPO ST001

Formulación y Seguimiento/Evaluación del Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada

TIPO DE ENTIDAD A LA QUE APLICA: Entidades Promotoras de Salud del régimen Subsidiado, Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo, Entidades adaptadas, Empresas de Medicina Prepagada, Servicio de Ambulancia Prepagada y Entidades Territoriales de Salud del orden Departamental y Distrital

PERIODICIDAD: semestral
FECHA DE CORTE: Junio 30, diciembre 31
FECHA DE REPORTE: Agosto 31, febrero 28

Campo	Variable	Descripción	Longitud Máxima	Registro permitido
1	Línea de negocio	Escriba la línea de negocio Acreedora de la obligación (del reportante) 1:= Aseguramiento obligatorio 2:= Aseguramiento voluntario 3:= No Aplica (cuando el reportante es Entidad Territorial) Las entidades que tienen más de una línea de negocio deberán reportar toda la información en el mismo archivo.	1	Numérico
2	Tipo de reporte	1:= Plan de mejoramiento nuevo 2:= Seguimiento a plan de mejoramiento / Evaluación a plan de mejoramiento	1	Numérico
3	Código Municipio	Digite el código DANE (DIVIPOLA) del Municipio principal donde se encuentra ubicado la entidad que suscribe el plan de mejoramiento del PAMEC	5	Alfanumérico

ELO

*

2017

Reporte a Supersalud conforme a Circular No. 012 de 2016.

Archivos ST001

Periodicidad: Semestral

Fecha de corte: 30 junio y 31 diciembre

Fecha de reporte: 31 agosto y 28 febrero

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL- VALLE DEL CAUCA

OBJETIVO.

Establecer los proceso críticos de seguimiento y evaluación del mejoramiento continuo de la calidad

↓ mediante la

utilización de herramientas diagnósticas y de mejora continua de la calidad de la atención en salud

↓ provistas por

el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

↓ aplicables

a la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca-SDS con la red pública de prestadores de servicios de salud

Con el fin de:

- Disminuir en los usuarios los riesgos potenciales en la prestación de servicios de salud y
- Aumentar los beneficios de la atención

Con un enfoque hacia el mejoramiento de los resultados del proceso asistencial.

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL- VALLE DEL CAUCA

ACTIVIDADES.

1. Realizar reunión con ESE e IPS de la red pública sobre el mejoramiento continuo de la calidad en salud.
2. Realizar seguimiento a la medición de la satisfacción del usuario y a la gestión de las PQRS en las ESE e IPS de la red pública del Dpto. FO-SP-M3-P6-02-06
3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL- VALLE DEL CAUCA

ACTIVIDADES.

4. Realizar seguimiento a las ESE e IPS de la red pública sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia a través de los indicadores de seguimiento del funcionamiento de red FO-SP-M3-P6-02-01
5. Realizar seguimiento a las ESE e IPS de la red pública sobre el análisis del Sistema de Referencia y Contrarreferencia a través de instrumento con criterios de verificación FO-SP-M3-P6-02-04

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL- VALLE DEL CAUCA

ACTIVIDADES.

6. Realizar seguimiento al sistema de referencia y contrarreferencia a través de la regulación de los pacientes de urgencias y hospitalarios realizada en el CRUE y registradas en el SIGCRUE.
7. Realizar seguimiento a la red pública sobre el reporte de la información en producción e indicadores de calidad (Decreto 2193 de 2004)

- 1. Realizar reunión con ESE e IPS de la red pública sobre el mejoramiento continuo de la calidad en salud.**

1. Realizar reunión con ESE e IPS de la red pública sobre el mejoramiento continuo de la calidad en salud.

La reunión se desarrolla teniendo en cuenta:

- Los procesos institucionales en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia y Misión Médica con el CRUE
- El seguimiento realizado por la Secretaría de Salud a la red pública sobre:
 - Medición de la satisfacción de los usuarios
 - Indicadores de calidad (oportunidad y satisfacción)
 - Indicadores de funcionamiento de red
 - Sistema de referencia y contrarreferencia
- La implementación del PAMEC en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

2. Realizar seguimiento a la medición de la satisfacción del usuario y la gestión de las PQRS en las ESE e IPS de la red pública del Dpto.

2. Realizar seguimiento a la medición de la satisfacción del usuario y la gestión de las PQRS en las ESE e IPS de la red pública del Dpto.

Formato: Seguimiento a la medición de satisfacción del usuario en ESE e IPS.

Código: FO-SP-M3-P6-02-06

Versión: 03

Fecha de aprobación: 04/05/2022

Solicitud de información: trimestral

FO-SP-M3-P6-02-06 V03 Seguimiento a la medición de satisfacción del usuario en ESE e IPS.

CRITERIO		SI	NO	OBSERVACIONES
La institución realiza seguimiento al grado de satisfacción del usuario y a las PQRS				
SATISFACCIÓN DEL USUARIO				
1	Para la medición de la satisfacción del usuario la institución cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> Instrumentos Determinación de la muestra Lugares donde se aplica Metodología para la medición 			
2	La institución realiza encuestas de satisfacción del usuario. Especifique.			
3	Existe documentación del proceso de medición de la satisfacción del usuario. Especifique.			
4	La institución realizó la medición del grado de satisfacción del usuario. Especifique el período y el resultado de la última medición: <ul style="list-style-type: none"> Proporción de satisfacción global del usuario de IPS Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo 			
PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS - PQRS				
5	La institución realiza informes estadísticos periódicos y análisis respecto de las PQRS presentadas. Especifique			
6	La institución ha identificado las 5 primeras causas de las PQRS. Especifique.			
ACCIONES DE MEJORAMIENTO				
7	La institución ha identificado las oportunidades de mejora para elevar el nivel de satisfacción del usuario. Especifique.			
8	La institución ha implementado acciones correctivas o de mejora para que no vuelvan a presentarse las PQRS por las mismas causas. Especifique			

2. Realizar seguimiento a la medición de la satisfacción del usuario y la gestión de las PQRS en las ESE e IPS de la red pública del Dpto. Consolidado 2022



SEGUIMIENTO A LA MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO																			
Municipio	Hospitales	Criterio		Satisfacción del usuario								Resolución 256 de 2016				Acciones de mejora en satisfacción del usuario	Observaciones		
		La institución realiza seguimiento al grado de satisfacción del usuario y a las PQRS	1. Para la medición de la satisfacción del usuario la institución cuenta con: • Instrumentos • Determinación de la muestra • Lugares donde se aplica • Metodología para la medición	2. La institución realiza encuestas de satisfacción del usuario.	3. Existe documentación del proceso de medición de la satisfacción del usuario.	4. La institución realizó la medición del grado de satisfacción del usuario. Especifique el período y el resultado de la última medición:	*Proporción de satisfacción global del usuario de IPS	**Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	Proporción de satisfacción global del usuario de IPS	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	7. La institución ha identificado las oportunidades de mejora para elevar el nivel de satisfacción del usuario.								
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No			Si	No				
Total ESE e IPS	48	48		48		48		48		48		36	36	48	48	47	1		Debido a que el indicador de satisfacción no se ha encontrado en el último trimestre por debajo del 95% no se han implementado acciones de mejoramiento.
												SD: 12	SD:12						
Estándar												90%	90%	90%	90%				
Promedio indicador												95%	94%	96,21%	97,83%				
* SD: sin dato 12 instituciones.																			
**SD: sin dato 12 instituciones																			

2. Realizar seguimiento a la medición de la satisfacción del usuario y la gestión de las PQRS en las ESE e IPS de la red pública del Dpto. Consolidado 2022

SEGUIMIENTO A LA MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO													
Municipio	Hospitales	Criterio		Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias PQRS									
		La institución realiza seguimiento al grado de satisfacción del usuario y a las PQRS		5. La institución realiza informes estadísticos periódicos y análisis respecto de las PQRS presentadas.		6. La institución ha identificado las 5 primeras causas de las PQRS.		Especifique		8. La institución ha implementado acciones correctivas o de mejora para que no vuelvan a presentarse las PQRS por las mismas causas.		Acciones de mejora en PQRS	Observaciones
		Si	No	Si	No	Si	No		Si	No			
Total ESE e IPS	48	48		48		48		*	47	1		Pendiente contratación de personal médico para cubrir la alta demanda.	**

2. Realizar seguimiento a la medición de la satisfacción del usuario y la gestión de las PQRS en las ESE e IPS de la red pública del Dpto. Consolidado 2022

*Primeras causas de las PQRS.

- Actitud del personal, humanización (vigilancia, asistencial, farmacia, administrativo).
- Mala atención por parte de algún funcionario o colaborador del hospital.
- Limitaciones en la información.
- Insatisfacción en acceso a citas, no respuesta telefónica para asignación de citas, presencial con filas largas.
- Demora para atender el teléfono donde se solicitan las citas médicas.
- Demora en atención servicio de urgencias.
- Demora en la atención de la cita médica.
- Demora en la entrega de medicamentos.
- Demora en la facturación.
- Infraestructura: falta de agua caliente, camas y colchones en mal estado, falta de elementos de higiene en baños (papel higiénico, jabón).
- Mal estado de la infraestructura hospitalaria.
- Solicitud atención en zona rural (médico, odontólogo, laboratorio).

2. Realizar seguimiento a la medición de la satisfacción del usuario y la gestión de las PQRS en las ESE e IPS de la red pública del Dpto. Consolidado 2022

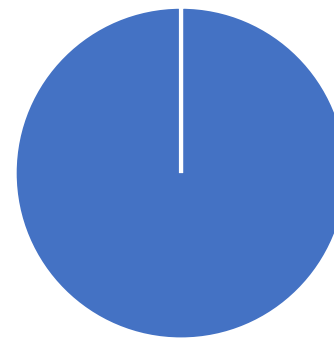


Observaciones	
Satisfacción	PQRS
Se aplica encuesta de satisfacción en los diferentes servicios y sedes. Se realiza informe mensual sobre las encuestas realizadas con porcentaje de satisfacción e insatisfacción.	Se realiza consolidado y análisis de PQRS por servicio y se presenta en el Comité Técnico Científico y de Ética Hospitalaria.
La institución cuenta con una oficina exclusiva para el SIAU donde se realizan el análisis y las estadísticas de las encuestas de satisfacción, realizadas en los diferentes servicios de la institución, mensualmente.	Cuenta con un consolidado donde se registran todos los datos estadísticos de las PQRSF mensualmente.
Aplicación diaria de encuestas de satisfacción. La institución realiza encuestas tomadas de los diferentes servicios ofertados en el hospital. Se realiza semanalmente el análisis y mensualmente el informe y trimestral se sube el informe a la página web de la institución con su respectivo plan de mejora.	PQRS: Se realiza informe mensual y se entrega a líder de proceso asistencial
Reporte de acciones de mejora en satisfacción del usuario	Reporte de acciones de mejora en PQRS
La institución cuenta con proceso de medición de satisfacción del usuario, donde nos permite medir la satisfacción de los usuarios	Se tiene buzón de PQRS
Se cuenta con el formato de encuestas de satisfacción.	Se cuenta con formato de radicación de PQRS.
Se cuenta con el Procedimiento de monitoreo de satisfacción de usuarios en el que se especifica todo lo relacionado al proceso de encuestas de satisfacción, muestreo, metodología y medición.	Se cuenta con procedimiento de PQRSF

2. Realizar seguimiento a la medición de la satisfacción del usuario y la gestión de las PQRS en las ESE e IPS de la red pública del Dpto. Consolidado 2022

Período	Enviaron	No enviaron	Universo
Año 2022	48	0	48
Porcentaje	100,00%	0,00%	100,00%

Consolidado Satisfacción del Usuario y PQRS
Año 2022



■ Enviaron ■ No enviaron

2. Realizar seguimiento a la medición de la satisfacción del usuario y la gestión de las PQRS en las ESE e IPS de la red pública del Dpto. Consolidado 2022



Acciones a fortalecer:

- Conocer el resultado de los indicadores de: Proporción de satisfacción global del usuario de IPS y Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo.
- Identificar las oportunidades de mejora para elevar el nivel de satisfacción del usuario, así se tenga el indicador >95%.
- Realizar acciones de mejora en satisfacción del usuario y en PQRS.
- Identificar causas de insatisfacción del usuario.
- Identificar necesidades y expectativas de los usuarios, de los servicios a recibir.

3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).

3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).

Para el análisis de los indicadores de calidad se tienen en cuenta los indicadores sobre Experiencia de la Atención en la red pública, conforme a la Resolución 0256 de 2016.

Estos indicadores están publicados en el Observatorio de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social desde el primer semestre de 2017. Anterior a esta información, se contaba con la información reportada por la red pública a través del SIHO, Sistema de Información Hospitalaria, conforme al Decreto 2193 de 2004.

Se seleccionaron 11 indicadores para hacerles seguimiento:

3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).

Se seleccionaron 11 indicadores para hacerles seguimiento:

- P3.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General M: 3 días
- P3.2 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General M: 3 días
- P3.3 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna M:15 días
- P3.4 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría M: 5 días
- P3.5 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología M: 10 días
- P3.6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia M: 5 días
- P3.7 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General M: 20 días
- P3.8 Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía M: 3 días
- P3.10 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II M: 30 min.
- P3.14 Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS M: 90%
- P3.15 Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo M:90%

3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).

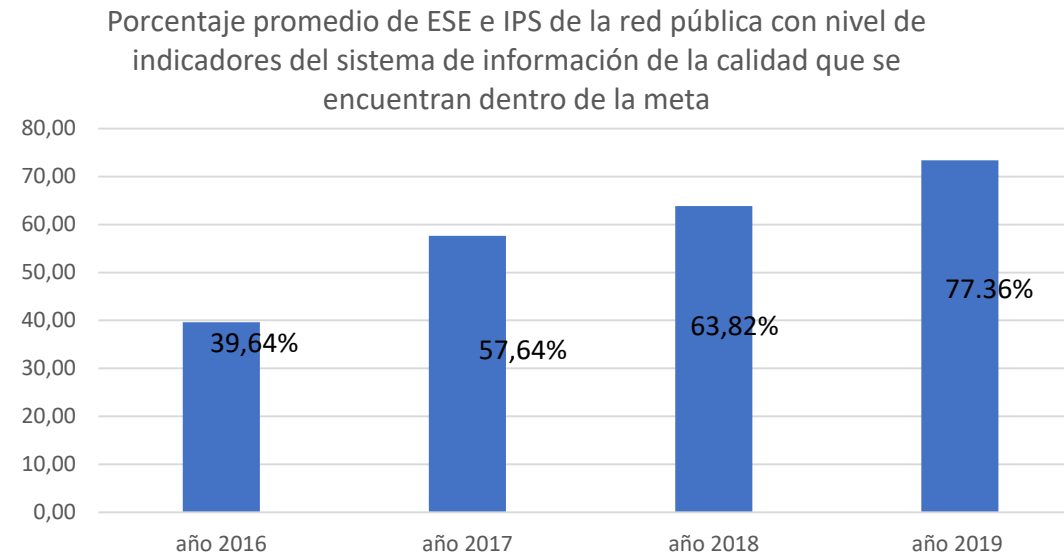
El seguimiento se viene haciendo desde el año 2016, tomando esta información como línea de base. A partir de allí, se comparan los datos cada año.

- Análisis de indicadores durante el cuatrienio 2016 a 2019.

A continuación, se presenta el resultado cada año durante el cuatrienio 2016 a 2019 del “Porcentaje promedio de ESE e IPS de la red pública con nivel de indicadores del sistema de información de la calidad que se encuentran dentro de la meta”.

Período	Sumatoria %	Indicadores calidad evaluados	Resultado
Año 2016	436	11	39,64%
Año 2017	634	11	57,64%
Año 2018	702	11	63,82%
Año 2019	851	11	77.36%
Línea base:			39.64%
Meta final a dic. 2019:	Aumentar 10 puntos porcentuales cada año iniciando en el 2016.		69.64%

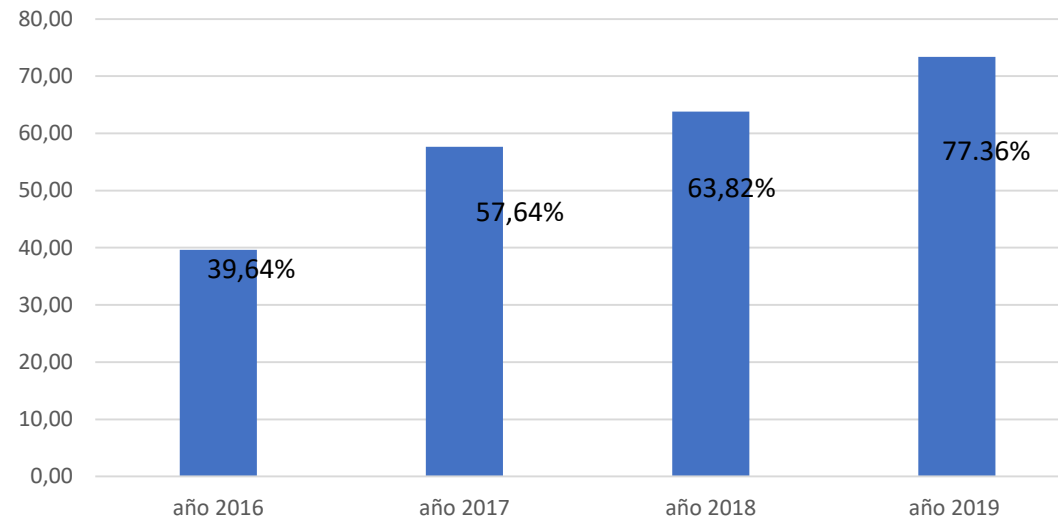
3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).



Con corte a dic de 2016 se encontró que el porcentaje promedio de ESE e IPS de la red pública con nivel de los indicadores dentro de la meta fue del 39.64%, a dic. de 2017 fue del 57.64% y a dic. de 2018 fue del 63.82%, a dic. 2019 fue de 77.36% observándose que ha habido una mejora de los indicadores cada año, sobrepasando la meta definida para los 4 años de 69,64%.

3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).

Porcentaje promedio de ESE e IPS de la red pública con nivel de indicadores del sistema de información de la calidad que se encuentran dentro de la meta



Los indicadores con menor oportunidad en la atención fueron:

P3.4 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría

P3.6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia

P3.8 Tiempo promedio de espera para la Toma de Ecografía

3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).

- Análisis de indicadores durante el cuatrienio 2020 a 2023.

A continuación, se presenta el resultado cada año durante el cuatrienio 2020 a 2022 del “Porcentaje promedio de ESE e IPS de la red pública con nivel de indicadores del sistema de información de la calidad que se encuentran dentro de la meta”.

Periodo	Sumatoria %	Indicadores de calidad evaluados	Resultado
Año 2020	937,36	11	85,21%
Año 2021	876,34	11	79,67%
Año 2022	846,70	11	76,97%
Año 2023		11	-
Línea base:			77.36%
Meta final:			84.00%

- Análisis de indicadores durante el cuatrienio 2020 a 2023.

Periodo	Sumatoria %	Indicadores de calidad evaluados	Resultado
Año 2020	937,36	11	85,21%
Año 2021	876,34	11	79,67%
Año 2022	846,70	11	76,97%
Año 2023		11	-
Línea base:			77,36%
Meta final:			84,00%

El porcentaje promedio de ESE e IPS de la red pública con nivel de los indicadores dentro de la meta a dic 2020 fue del 85,21%. La línea de base año 2019 fue de 77,36%.

El aumento del indicador entre los años 2019 y 2020 podría deberse a la disminución de la presencialidad en la prestación de los servicios por la pandemia del Covid-19 y la prestación de servicios no presenciales (telefónica, virtual).

- **Análisis de indicadores durante el cuatrienio 2020 a 2023.**

Periodo	Sumatoria %	Indicadores de calidad evaluados	Resultado
Año 2020	937,36	11	85,21%
Año 2021	876,34	11	79,67%
Año 2022	846,70	11	76,97%
Año 2023		11	-
Línea base:			77,36%
Meta final:			84,00%

En cambio, entre los años 2020 y 2021 se observa disminución comparado con el año inmediatamente anterior del promedio de ESE con indicadores dentro de la meta; de 85,21% pasó a 79,67%.

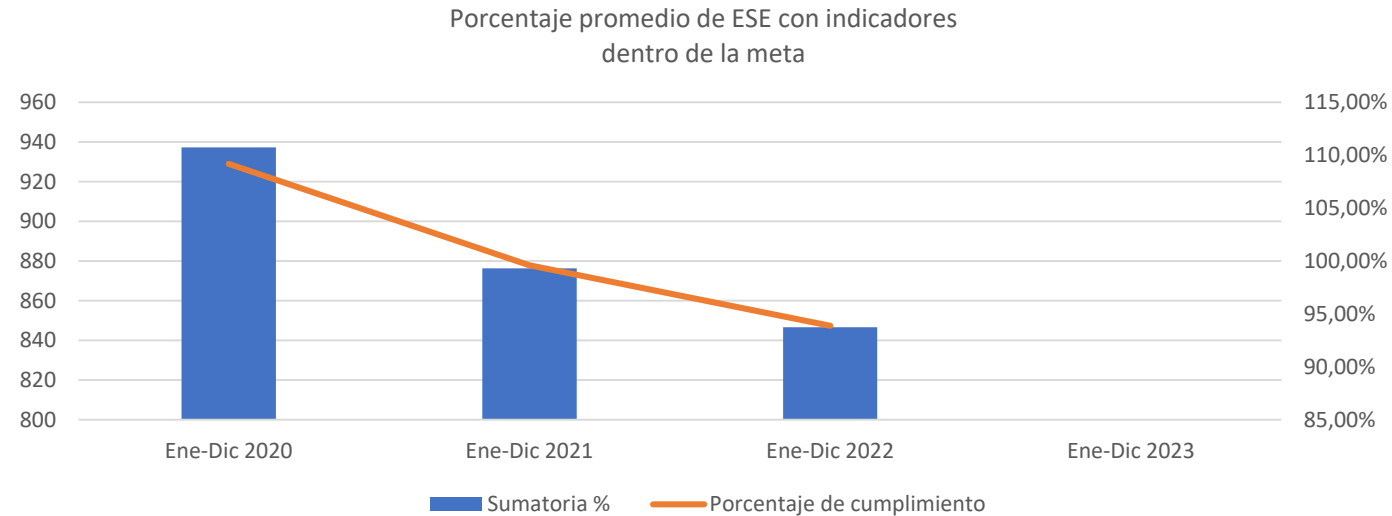
Podría haberse presentado como consecuencia de la situación de la emergencia sanitaria por Covid-19 y por la situación de orden público presentada en el País y el Valle del Cauca a finales del mes de abril y el mes de mayo de 2021 que ocasionó en el Departamento cierre de varios servicios de salud en las IPS y de Prestadores de Servicios de Salud en general.

- Análisis de indicadores durante el cuatrienio 2020 a 2023.

Periodo	Sumatoria %	Indicadores de calidad evaluados	Resultado
Año 2020	937,36	11	85,21%
Año 2021	876,34	11	79,67%
Año 2022	846,70	11	76,97%
Año 2023		11	-
Línea base:			77,36%
Meta final:			84,00%

A diciembre de 2022 el porcentaje promedio de ESE e IPS de la red pública con nivel de los indicadores dentro de la meta fue de 76,97% observándose que continúa el descenso porcentual, siendo a dic 2021 de 79,67%.

3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).



Al comparar el porcentaje de ESE con indicadores dentro de la meta años 2021 y 2022 se observó disminución del porcentaje de ESE con nivel de indicadores dentro de la meta en los servicios de Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General y continúa bajo el porcentaje de ESE para Obstetricia, Toma de Ecografía y Triage II.

3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).

Presentación de los Indicadores de red pública B M A Dic. 2022 publicados en el Observatorio de Calidad de MinSalud, por áreas geográficas.

- AG Norte
- AG Centro Tuluá
- AG Centro Buga
- AG Sur Oriente
- AG Sur Occidente

3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).

A partir del año 2000, para el análisis se separaron las instituciones de baja complejidad de las de mediana y alta complejidad.

- Análisis de indicadores durante el cuatrienio 2020 a 2023 en instituciones de baja complejidad**

Porcentaje promedio de ESE de la red pública de baja complejidad con nivel de indicadores del sistema de información de la calidad que se encuentran dentro de la meta:

Periodo	Meta	Ejecutado	Porcentaje de Cumplimiento
Ene-Dic 2020	90	90,96	101,1%
Ene-Dic 2021	90	87,48	97,2%
Ene-Dic 2022	90	85,10	94,6%
Ene-Dic 2023	90		
Línea base:			89%
Meta final:			90

Análisis de indicadores durante el cuatrienio 2020 a 2023 en instituciones de baja complejidad

Porcentaje promedio de ESE de la red pública de baja complejidad con nivel de indicadores del sistema de información de la calidad que se encuentran dentro de la meta:

Periodo	Meta	Ejecutado	Porcentaje de Cumplimiento
Ene-Dic 2020	90	90,96	101,1%
Ene-Dic 2021	90	87,48	97,2%
Ene-Dic 2022	90	85,10	94,6%
Ene-Dic 2023	90		
Línea base:			89%
Meta final:			90

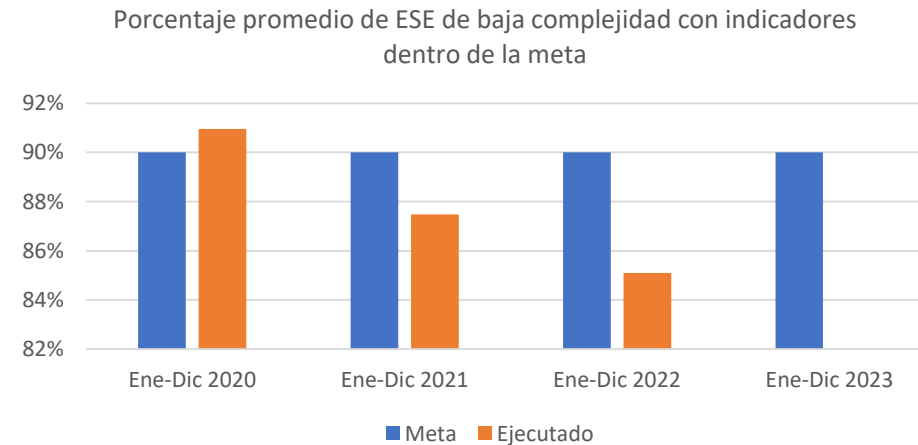
Se observa que a dic 2020 se obtuvo un porcentaje de 90,96% de las ESE de baja complejidad que tienen los indicadores dentro de la meta.

A dic 2021 se obtuvo un porcentaje de 87,48%.

A dic 2022 continuó en descenso con 85,10%.

3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).

Porcentaje promedio de ESE de la red pública de baja complejidad con nivel de indicadores del sistema de información de la calidad que se encuentran dentro de la meta 2020-2022



Con relación al indicador del triage II se observa que entre los años 2020 y 2021 bajó de 84.62% a 78.57%.

En el 2022 mejoró el porcentaje promedio de ESE con indicador dentro de la meta del 86,11% comparado con el año 2021 que fue de 78,57%.

Hay algunas ESE de baja complejidad que brindan servicios de mediana complejidad pero la oportunidad de estos servicios no está dentro de la meta para Pediatría, Obstetricia y Toma de Ecografía.

3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).

- **Análisis de indicadores durante el cuatrienio 2020 a 2023 en instituciones de mediana y alta complejidad**

Porcentaje promedio de ESE e IPS de la red pública de mediana y alta complejidad con nivel de indicadores del sistema de información de la calidad que se encuentran dentro de la meta.

Periodo	Meta	Ejecutado	Porcentaje de Cumplimiento
Ene-Dic 2020	72	78,67	109,3%
Ene-Dic 2021	74	68,25	92,2%
Ene-Dic 2022	76	67,20	88,41%
Ene-Dic 2023	78		
Línea base:			70
Meta final:			78

- Análisis de indicadores durante el cuatrienio 2020 a 2023 en instituciones de mediana y alta complejidad**

Porcentaje promedio de ESE e IPS de la red pública de mediana y alta complejidad con nivel de indicadores del sistema de información de la calidad que se encuentran dentro de la meta.

Periodo	Meta	Ejecutado	Porcentaje de Cumplimiento
Ene-Dic 2020	72	78,67	109,3%
Ene-Dic 2021	74	68,25	92,2%
Ene-Dic 2022	76	67,20	88,41%
Ene-Dic 2023	78		
Línea base:			70
Meta final:			78

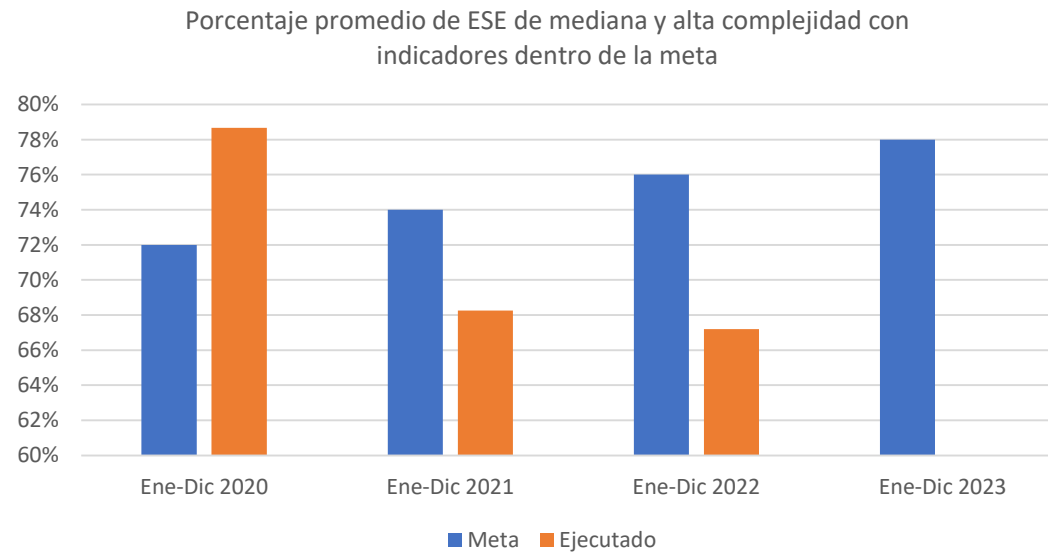
Al hacer comparación de los indicadores se observa que para el año 2020 el 78,67% de las ESE de mediana y alta complejidad tienen los indicadores dentro de la meta.

A diciembre de 2021 se obtuvo un porcentaje de 68,25%.

A diciembre 2022 continúa bajando, con un porcentaje de 67,20%.

3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).

Porcentaje promedio de ESE e IPS de la red pública de mediana y alta complejidad con nivel de indicadores del sistema de información de la calidad que se encuentran dentro de la meta 2020-2022



3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).

Para el año 2020, los indicadores que estuvieron fuera de la meta fueron:

- P3.6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia
- P3.8 Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía

Con un porcentaje promedio de ESE de mediana y alta complejidad con indicador dentro de la meta inferior del 50%.

Para el año 2021, los indicadores que estuvieron fuera de la meta fueron:

- P3.2 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General
- P3.4 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría
- P3.6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia (continúa)
- P3.8 Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía (continúa)

Para el año 2022 continúan estos indicadores fuera de la meta.

3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).

Los indicadores con menor porcentaje promedio de ESE e IPS con nivel de indicadores dentro de la meta a Dic. 2022 en instituciones de M y A complejidad fueron:

- P3.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General
- P3.2 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General
- P3.4 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría
- P3.5 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología
- P3.6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia
- P3.7 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General
- P3.8 Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía
- P3.10 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II.

3. Realizar seguimiento a la atención efectiva a través de indicadores de oportunidad y satisfacción definidos en la Resolución 256 de 2016 (indicadores de experiencia de la atención).

Acciones a fortalecer:

Realizar análisis y plan de mejoramiento de los indicadores de oportunidad hacia el logro de la meta, en especial los de:

- P3.4 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría
- P3.6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia
- P3.7 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General
- P3.8 Tiempo promedio de espera para la Toma de Ecografía
- P3.10 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II.

4. Realizar seguimiento a las ESE e IPS de la red pública sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia a través de los indicadores de seguimiento del funcionamiento de red.

4. Realizar seguimiento a las ESE e IPS de la red pública sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia a través de los indicadores de seguimiento del funcionamiento de red.

Formato: Indicadores de seguimiento del funcionamiento de la red de servicios

Código: FO-SP-M3-P6-02-01

Versión: 04

Fecha de aprobación: 04/05/2022

Solicitud de información: trimestral

FO-SP-M3-P6-02-01 Indicadores de seguimiento del funcionamiento de la red de servicios

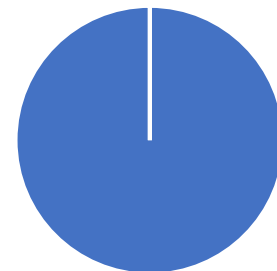


	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FÓRMULA	VALORES SEGÚN FÓRMULA	RESULTADO DEL INDICADOR
1	Porcentaje de remisiones según grado de complejidad de las instituciones	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad a la mediana complejidad} \times 100}{\text{Total de remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad en el mismo periodo}}$		
		$\frac{\text{N}^\circ \text{ de remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad a la alta complejidad} \times 100}{\text{Total de remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad en el mismo periodo}}$		
		$\frac{\text{N}^\circ \text{ de remisiones realizadas por los hospitales de mediana complejidad a la alta complejidad} \times 100}{\text{Total de remisiones realizadas por los hospitales de mediana complejidad en el mismo periodo}}$		
2	Promedio en la oportunidad en la atención en consulta de urgencias	$\frac{(\sum \text{ del número de minutos entre la solicitud de atención en urgencias y la atención por el medico} + \sum \text{ del número de minutos entre la solicitud de atención en urgencias y la atención por el medico} + \dots)}{\text{Total de usuarios atendidos en la consulta de urgencias}}$		
3	Porcentaje de remisiones rechazadas por los hospitales de referencia, frente al total de solicitudes de remisiones realizadas en el mismo periodo a los hospitales de referencia	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de remisiones rechazadas por los hospitales de referencia} \times 100}{\text{Total de solicitudes de remisiones realizadas a los hospitales de referencia en el mismo periodo}}$		
4	Porcentaje de pertinencia de las remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad a los centros de referencia de mediana complejidad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de remisiones pertinentes} \times 100}{\text{Total de remisiones realizadas a los hospitales de referencia de mediana complejidad}}$		
5	Porcentaje de contra referencias realizadas en un periodo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de contra-referencias realizadas por los hospitales de referencia al municipio remitente} \times 100}{\text{Total de remisiones recibidas por los hospitales de mediana complejidad}}$		
6	Porcentaje de remisiones realizadas a través del CRUE	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de remisiones realizadas a través del CRUE} \times 100}{\text{Total de remisiones realizadas en el mismo periodo}}$		

4. Realizar seguimiento a las ESE e IPS de la red pública sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia a través de los indicadores de seguimiento del funcionamiento de red. 2022

Consolidado Indicadores de Seguimiento del Funcionamiento de Red de Servicios 2022			
Período	Enviaron	No enviaron	Universo
2022	48	0	48
Porcentaje	100%	0%	100%

Consolidado Indicadores de Seguimiento del Funcionamiento de Red de Servicios 2022



■ Enviaron ■ No enviaron

FO-SP-M3-P6-02-01 Indicadores de seguimiento del funcionamiento de la red de servicios 2021-2022

Descripción del indicador	Fórmula	Resultado promedio 2021	Resultado promedio 2022
1. Porcentaje de remisiones según grado de complejidad de las instituciones	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad a la mediana complejidad}}{\text{Total de remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad en el mismo periodo}} \times 100$	62.62%	65.34%
	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad a la alta complejidad}}{\text{Total de remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad en el mismo periodo}} \times 100$	47.33%	33.67%
	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de remisiones realizadas por los hospitales de mediana complejidad a la alta complejidad}}{\text{Total de remisiones realizadas por los hospitales de mediana complejidad en el mismo periodo}} \times 100$	76,00%	71.55%
2. Promedio en la oportunidad en la atención en consulta de urgencias	$\frac{(\sum \text{ del número de minutos entre la solicitud de atención en urgencias y la atención por el medico} + \sum \text{ del número de minutos entre la solicitud de atención en urgencias y la atención por el medico} + \dots)}{\text{Total de usuarios atendidos en la consulta de urgencias}}$	*21.13 min	*22.48 min
3. Porcentaje de remisiones rechazadas por los hospitales de referencia, frente al total de solicitudes de remisiones realizadas en el mismo periodo a los hospitales de referencia.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de remisiones rechazadas por los hospitales de referencia}}{\text{Total de solicitudes de remisiones realizadas a los hospitales de referencia en el mismo periodo}} \times 100$	7.93%	5.80%
4. Porcentaje de pertinencia de las remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad a los centros de referencia de mediana complejidad.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de remisiones pertinentes}}{\text{Total de remisiones realizadas a los hospitales de referencia de mediana complejidad}} \times 100$	95.84%	94.53%
5. Porcentaje de contra referencias realizadas en un periodo.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de contrarreferencias realizadas por los hospitales de referencia al municipio remitente}}{\text{Total de remisiones recibidas por los hospitales de mediana complejidad}} \times 100$	12,80%	13.16%
6. Porcentaje de remisiones realizadas a través del CRUE.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de remisiones realizadas a través del CRUE}}{\text{Total de remisiones realizadas en el mismo periodo}} \times 100$	12.44%	16.03%

4. Realizar seguimiento a las ESE e IPS de la red pública sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia a través de los indicadores de seguimiento del funcionamiento de red

Acciones a fortalecer:

- Porcentaje de remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad a la mediana complejidad debe ser mayor que la realizada a la alta complejidad.
- Análisis de las remisiones rechazadas por los hospitales de referencia.
- Análisis de la pertinencia de las remisiones realizadas por los hospitales de baja complejidad a los centros de referencia de mediana complejidad.
- Contrarreferencias realizadas por los hospitales de referencia al municipio remitior



5. Realizar seguimiento a las ESE e IPS de la red pública sobre el análisis del Sistema de Referencia y Contrarreferencia a través de instrumento con criterios de verificación.

5. Realizar seguimiento a las ESE e IPS de la red pública sobre el análisis del Sistema de Referencia y Contrarreferencia a través de instrumento con criterios de verificación.

Formato: Seguimiento al Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Código: FO-SP-M3-P6-02-04

Versión: 03

Fecha de aprobación: 04/05/2022

Solicitud de información: trimestral

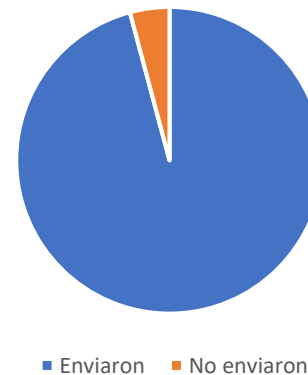
5. Realizar seguimiento a las ESE e IPS de la red pública sobre el análisis del Sistema de Referencia y Contrarreferencia a través de instrumento con criterios de verificación. Consolidado 2022

SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA									
Municipio	Hospitales	1. Para la referencia de pacientes, el Prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada conforme lo establece la Resolución 3100 de 2019	2. Número de ambulancias en funcionamiento y actualización en el REPS	3. La institución cuenta con registro de referencias y contrarreferencias realizadas en el período	4. Cuenta con indicadores que permitan el seguimiento y evaluación del funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.	5. Cuáles son las 10 primeras causas de remisión en la institución. Describa las causas	6. Realiza análisis y acciones de mejoramiento del sistema de referencia y contrarreferencia. Indique la periodicidad	Periodicidad (mensual, bimensual, trimestral, semestral, anual)	Observaciones
Total ESE e IPS (Rta afirmativa)	46	45	41	46	46	46	32	46	
							SD:17 Mes: 12 Bim: 2 Trim: 10 Sem: 4 Anual: 1		

5. Realizar seguimiento a las ESE e IPS de la red pública sobre el análisis del Sistema de Referencia y Contrarreferencia a través de instrumento con criterios de verificación. Gráfica del consolidado 2022.

Seguimiento Sistema Referencia y Contrarreferencia			
Período	Enviaron	No enviaron	Universo
Año 2022	46	2	48
Porcentaje	95,83%	4,17%	100,00%

Consolidado R y CR Año 2022



5. Realizar seguimiento a las ESE e IPS de la red pública sobre el análisis del Sistema de Referencia y Contrarreferencia a través de instrumento con criterios de verificación.

Acciones a fortalecer:

- Mantener la información documentada y actualizada sobre el Sistema de Referencia y Contrarreferencia (conforme lo establece el Sistema Único de Habilitación).
- Mantener actualizado el REPS que incluya la capacidad instalada sobre las ambulancias.
- Realizar análisis y acciones de mejoramiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

6. Realizar seguimiento al sistema de referencia y contrarreferencia a través de la regulación de los pacientes de urgencias y hospitalarios realizada en el CRUE y registradas en el SIGCRUE.

Presentación por integrantes del equipo de trabajo del CRUE.

7. Realizar seguimiento a la red pública sobre el reporte de la información en producción e indicadores de calidad (Decreto 2193 de 2004).

Seguimiento realizado por integrantes del equipo de trabajo de seguimiento de Producción e Indicadores de Calidad Decreto 2193 de 2004.

CONCLUSIONES



- De 2016 a 2020 se observa mejora en los indicadores de experiencia de la atención.
- Aún se encuentran instituciones que no reportan todos los indicadores que les corresponde, a la plataforma PISIS de MinSalud (Res. 256 de 2016 y Res. 3539 de 2019)
- Realizar acciones de mejora frente a indicadores con menor porcentaje promedio de ESE e IPS con nivel de indicadores dentro de la meta (pediatría, obstetricia, cirugía general, toma de ecografía, triage II).
- Importante realizar análisis de las remisiones rechazadas, pertinencia de las remisiones, fortalecer la contrarreferencia.

CONCLUSIONES

- El reporte de la información solicitada en los formatos establecidos es importante con el fin de conocer el estado actual de las instituciones y las oportunidades de mejora, tanto al interior de las instituciones dentro de su proceso de autoevaluación como a nivel del Departamento, logrando entre todos la mejora continua en la calidad de la prestación de los servicios de salud.
- Se observa buen desarrollo y gestión en las ESE e IPS de la red pública con reporte de la información en el sistema de referencia y contrarreferencia, indicadores de seguimiento del funcionamiento de la red de servicios, seguimiento de la medición a la satisfacción del usuario y gestión de las PQRS.

COMPROMISOS

- Diligenciar los formatos por cada una de las instituciones, los cuales permiten realizar autoevaluación y definir planes de mejoramiento según sea el caso y enviar la información solicitada a la Secretaría de Salud Departamental trimestralmente con los respectivos soportes.
- Revisar el REPSS – Servicios Habilitados- Vs. Servicios que Prestan. Actualizar la información. Definir los indicadores que les aplica y reportarlos de acuerdo a los servicios que ofrecen.
- Tener en cuenta las “Acciones a Fortalecer” en cada uno de los temas y establecer los planes de acción hacia la mejora continua.



GRACIAS

Luz Mabel Ramírez Montes, Profesional Especializada

lmramirez@valledelcauca.gov.co