



# INFORME SEMESTRAL INDICADORES DE CALIDAD

E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

## Contenido

INTRODUCCIÓN .....	8
1. DESCRIPCIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DUITAMA.....	9
1.1. MISIÓN .....	9
1.2. VISIÓN .....	9
1.3. PRINCIPIOS Y VALORES.....	9
1.4. SUBRED 7 TUNDAMA .....	9
2. CARACTERIZACION DE LA POBLACION ATENDIDA POR LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA.....	10
3. ESTADISTICAS VITALES .....	12
3.1. Natalidad .....	13
3.2. Mortalidad.....	14
4. MORBILIDAD .....	15
4.1. Hospitalización .....	16
4.2. Consulta Externa .....	16
4.3. Servicio de Urgencias .....	17
5. Dominio Efectividad .....	17
5.1 Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación. Código P.1.1 .....	17
Estrategias o medidas implementadas .....	18
5.2 Proporción de gestantes con valoración por odontología. Código P.1.2.....	19
Estrategias o medidas tomadas .....	19
5.3 Proporción de partos por cesárea. Código P.1.3.....	20
Estrategias o medidas tomadas .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
5.4 Tasa de mortalidad perinatal. Código P.1.4 .....	21
Estrategias o medidas tomadas .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
5.5 Relación Morbilidad Materna Extrema/ Muerte Materna temprana (MME/MM). Código P.1.5.....	22
Estrategias o medidas tomadas .....	22
5.6 Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo. Código P.1.6.....	23
Estrategias o medidas tomadas .....	23

5.7 Proporción de reingreso hospitalario por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años. Código P.1.7 .....	24
5.8 Letalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años. Código P.1.8 ..	25
5.9 Letalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Código P.1.9 .	25
5.10 Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Código P.1.10 .....	26
Medidas o estrategias tomadas .....	26
5.11 Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH), con diagnóstico de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH). Código P.1.11.....	27
5.12 Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto. Código P.1.12.....	28
5.13 Proporción de pacientes hospitalizados por Dengue Grave. Código P.1.13.....	29
5.14 Proporción de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realiza medición de LDL. Código P1.14.....	29
Estrategias o medidas tomadas .....	30
5.15 Proporción de personas con Diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre. Código P1.15.....	30
5.16 Proporción de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL. Código P.1.16 .....	31
Estrategias o medidas tomadas .....	31
5.17 Proporción de personas con Hipertensión Arterial (HTA), estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC). Código P.1.17.....	32
Estrategias o medidas tomadas .....	32
5.18 Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC). Código P.1.18.....	33
Estrategias o medidas tomadas .....	33
5.19 Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año. Código P.1.23.....	34
Estrategias o medidas tomadas .....	34
6. DOMINIO SEGURIDAD.....	35
6.1 Proporción de endometritis post parto vaginal. Código P.2.4.....	35
Estrategias o medidas tomadas .....	35
6.2 Proporción de endometritis pos cesárea. Código P.2.5 .....	36
Estrategias o medidas planteadas.....	36
6.3 Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización. Código P.2.6 .....	36
Estrategias o medidas tomadas .....	37

6.4 Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias. Código P.2.7 .....	38
Estrategias o medidas tomadas .....	38
6.5 Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa. Código P.2.8.....	39
Estrategias o medidas tomadas .....	39
6.6 Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. Código P.2.9.....	40
Estrategias o medidas tomadas .....	40
6.7 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización. Código P.2.10 .....	41
Estrategias o medidas tomadas .....	41
6.8 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias. Código P.2.11 .....	42
Estrategias o medidas tomadas .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.9 Tasa de úlceras por presión. Código P.2.12 .....	44
6.10 Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas. Código P.2.13 .....	44
Estrategias o medidas tomadas .....	45
6.11 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días. Código P.2.14.....	45
Estrategias o medidas tomadas .....	46
6.12 Proporción de cancelación de cirugía. Código P.2.15 .....	46
Estrategias o medidas tomadas .....	47
7. DOMINIO EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN.....	47
7.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General. Código P.3.1 .....	47
Estrategias o medidas tomadas .....	48
7.2 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General. Código P.3.2.....	48
7.3 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina interna. Código P.3.3 .....	49
Estrategias o medidas tomadas .....	49
7.4 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría. Código P.3.4.....	50
Estrategias o medidas tomadas .....	50
7.5 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología. Código P.3.5 ....	51
Estrategias o medidas tomadas .....	51
7.6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia. Código P.3.6.....	52
Estrategias o medidas tomadas .....	52

7.7 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía general. Código P.3.753	
Estrategias o medidas tomadas .....	53
7.8 Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía. Código P.3.8.....	54
Estrategias o medidas tomadas .....	54
7.9 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II. Código P.3.10 .....	55
Estrategias o medidas tomadas .....	55
7.10 Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas. Código P.3.11 .....	56
Estrategias o medidas tomadas .....	56
7.11 Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de Cadera. Código P.3.12 .....	57
Estrategias o medidas tomadas .....	57
7.12 Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS. Código 3.14 .....	58
7.13 Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo. Código P.3.1558	

## TABLAS

Tabla 1 Distribución de población atendida según municipio de procedencia. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio 2019. Fuente: RIPS enero - junio 2019. Oficina de Sistemas E.S.E HRD .....	11
Tabla 2 Distribución de población atendida según género y grupos étnicos. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – Junio 2019. Fuente: RIPS Enero - junio 2019. Oficina de Sistemas E.S.E HRD .....	12
Tabla 3 Distribución de partos atendidos según procedencia de la madre. ESE Hospital Regional de Duitama. enero – junio 2019. Fuente: RIPS Enero – junio 2019. Coordinación Hospitalaria E.S.E HRD.....	13
Tabla 4 Principales diagnósticos de egreso en Hospitalización. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio 2019. Fuente: RIPS Enero – junio 2019. Oficina de Sistemas E.S.E HRD.....	16
Tabla 5 Principales motivos de consulta en el servicio de consulta externa. ESE Hospital Regional de Duitama. enero – junio 2019. Fuente: RIPS Enero – Junio 2019. Oficina de Sistemas E.S.E HRD .....	16
Tabla 6 Principales motivos de consulta en el Servicio de Urgencias. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio 2019. Fuente: RIPS enero – junio 2019. Oficina de estadística E.S.E HRD .....	17

## GRÁFICAS

Gráfico 1 Distribución de población atendida según unidad funcional. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio de 2019. Fuente: RIPS enero - junio 2019. Oficina de Sistemas E.S.E HRD .....	10
Gráfico 2 Distribución de población atendida según Régimen de afiliación al SGSSS. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio 2019. Fuente: RIPS enero - junio 2019. Oficina de estadística E.S.E HRD .....	12
Gráfico 3 Principales pagadores, según Régimen de afiliación al SGSSS. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio 2019. Fuente: RIPS enero - junio 2019. Oficina de estadística E.S.E HRD .....	12
Gráfico 4 Partos atendidos en la ESE Hospital Regional de Duitama. Enero a junio de los años 2015 a 2019. Fuente: RIPS Enero - Junio 2019. Coordinación Hospitalaria E.S.E HRD .....	13
Gráfico 5 Distribución de partos atendidos según grupo de edad de la madre. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – Junio 2019. Fuente: RIPS Enero - Junio 2019. Oficina de estadística E.S.E HRD .....	14
Gráfico 6 Distribución porcentual de defunciones según la edad. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio 2019. Fuente: Oficina seguridad del paciente .....	15
Gráfico 7 Distribución de defunciones según estado patológico. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – Junio 2019. Fuente: Oficina seguridad del paciente .....	15
Gráfico 8 Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación. Código P.1.1. Fuente tablero de indicadores institucional .....	17
Gráfico 9 Proporción de gestantes con valoración por odontología. Código P.1.2. Fuente tablero de indicadores institucional .....	19
Gráfico 10 Proporción de partos por cesárea. Código P.1.3. Fuente tablero de indicadores institucional.....	20
Gráfico 11 Tasa de mortalidad perinatal. Código P.1.4. Fuente tablero de indicadores institucional.....	21
Gráfico 12 Relación Morbilidad Materna Extrema/ Muerte Materna temprana (MME/MM). Código P.1.5. Fuente tablero de indicadores institucional .....	22
Gráfico 13 Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo. Código P.1.6. Fuente tablero de indicadores institucional.....	23
Gráfico 14 Proporción de reingreso hospitalario por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años. Código P.1.7. Fuente tablero de indicadores institucional.....	24
Gráfico 15 Letalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años. Código P.1.8. Fuente tablero de indicadores institucional .....	25
Gráfico 16 Letalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Código P.1.9. Fuente tablero de indicadores institucional .....	25
Gráfico 17 Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Código P.1.10. Fuente tablero de indicadores institucional	26
Gráfico 18 Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH), con diagnóstico de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH). Código P.1.11. Fuente tablero de indicadores institucional.....	27
Gráfico 19 Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto. Código P.1.12. Fuente tablero de indicadores institucional.....	28

Gráfico 20 Proporción de pacientes hospitalizados por Dengue Grave. Código P.1.13. Fuente tablero de indicadores institucional.....	29
Gráfico 21 Proporción de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realiza medición de LDL. Código P1.14. Fuente tablero de indicadores institucional.....	29
Gráfico 22 Proporción de personas con Diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre. Código P1.15. Fuente tablero de indicadores institucional .	30
Gráfico 23 Proporción de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL. Código P.1.16. Fuente tablero de indicadores institucional .....	31
Gráfico 24 Proporción de personas con Hipertensión Arterial (HTA), estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC). Código P.1.17. Fuente tablero de indicadores institucional.....	32
Gráfico 25 Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC). Código P.1.18. Fuente tablero de indicadores institucional.....	33
Gráfico 26 Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año. Código P.1.23. Fuente tablero de indicadores institucional .....	34
Gráfico 27 Proporción de endometritis post parto vaginal. Código P.2.4. Fuente tablero de indicadores institucional .....	35
Gráfico 28 Proporción de endometritis pos cesárea. Código P.2.5. Fuente tablero de indicadores institucional.....	36
Gráfico 29 Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización. Código P.2.6. Fuente tablero de indicadores institucional.....	36
Gráfico 30 Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias. Código P.2.7. Fuente tablero de indicadores institucional .....	38
Gráfico 31 Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa. Código P.2.8. Fuente tablero de indicadores institucional.....	39
Gráfico 32 Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. Código P.2.9. Fuente tablero de indicadores institucional.....	40
Gráfico 33 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización. Código P.2.10. Fuente tablero de indicadores institucional .....	41
Gráfico 34 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias. Código P.2.11. Fuente tablero de indicadores institucional.....	42
Gráfico 35 Tasa de úlceras por presión. Código P.2.12. Fuente tablero de indicadores institucional.....	44
Gráfico 36 Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas. Código P.2.13. Fuente tablero de indicadores institucional .....	44
Gráfico 37 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días. Código P.2.14. Fuente Tablero de indicadores institucional.....	45
Gráfico 38 Proporción de cancelación de cirugía. Código P.2.15. Fuente tablero de indicadores institucional.....	46
Gráfico 39 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General. Código P.3.1. Fuente tablero de indicadores institucional .....	47
Gráfico 40 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General. Código P.3.2. Fuente tablero de indicadores institucional .....	48
Gráfico 41 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina interna. Código P.3.3. Fuente tablero de indicadores institucional .....	49
Gráfico 42 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría. Código P.3.4. Fuente tablero de indicadores institucional .....	50

Gráfico 43 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología. Código P.3.5. Fuente tablero de indicadores institucional .....	51
Gráfico 44 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia. Código P.3.6. Fuente tablero de indicadores institucional .....	52
Gráfico 45 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía general. Código P.3.7. Fuente tablero de indicadores institucional .....	53
Gráfico 46 Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía. Código P.3.8. Fuente tablero de indicadores institucional .....	54
Gráfico 47 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II. Código P.3.10. Fuente tablero de indicadores institucional .....	55
Gráfico 48 Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas. Código P.3.11. Fuente tablero de indicadores institucional .....	56
Gráfico 49 Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de Cadera. Código P.3.12. Fuente tablero de indicadores institucional .....	57
Gráfico 50 Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS. Código 3.14. Fuente tablero de indicadores institucional .....	58
Gráfico 51 Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo. Código P.3.15. Fuente tablero de indicadores institucional .....	58

## INTRODUCCIÓN

La E.S.E Hospital Regional de Duitama en el marco del Plan Nacional de mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) plan estratégico nacional 2016-2021, la resolución 256 de 2016 y el plan de desarrollo institucional Humanizamos la Salud Trabajando Juntos 2016-2020 ha desarrollado acciones de mejoramiento continuo de la calidad basada en los principios establecidos por los ejes fundamentales tanto del plan de mejoramiento de la calidad en salud como del plan de desarrollo institucional mediante la toma de decisiones basadas en los datos registrados a través de los indicadores de calidad establecidos en la resolución 256 de 2016.

De manera mensual los líderes de comité operativo de la institución realizan el análisis y toma de decisiones basados en la información de los indicadores de calidad y las metas de mejoramiento institucional.

Los indicadores se presentarán teniendo en cuenta los dominios establecidos en la resolución 256 de 2015 que son:

- 1.Efectividad.
2. Seguridad.
3. Experiencia de la atención.

## 1. DESCRIPCIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DUITAMA.

### 1.1. MISIÓN

Nos comprometemos con la atención humanizada y segura de nuestros usuarios, buscamos la comprensión de su dolor, la respuesta oportuna a sus necesidades y reconocemos al usuario y su familia como parte de nuestro compromiso institucional, promoviendo el desarrollo integral de nuestros colaboradores.

### 1.2. VISIÓN

Seremos reconocidos en los próximos cinco años por ser la mejor entidad prestadora de servicios de salud del Departamento de Boyacá, por nuestra atención humanizada, bajo criterios de sostenibilidad financiera, apuntando a la competitividad y excelencia.

### 1.3. PRINCIPIOS Y VALORES

- **Calidad:** Es una doctrina institucional que busca alcanzar estándares superiores de atención asistencial y la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.
- **Seguridad en la atención del paciente:** Atendemos bajo la premisa de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, procuramos reducir los eventos adversos y a la vez generamos confianza entre nuestros usuarios. Consideramos que la seguridad del paciente prevalece sobre todas las acciones asistenciales y administrativas.
- **Humanismo:** Concebida como la valoración y comprensión de la condición del usuario y su familia, con humildad y sin discriminación.
- **Vocación del servicio:** Es el convencimiento de que nuestra misión está orientada al mejoramiento de las condiciones de salud y/o calidad de vida de los pacientes y en todo caso brindando apoyo cuando la ciencia o la tecnología no permitan ofrecer más.
- **Trabajo en equipo:** Es el actuar sinérgico del talento humano para el logro de propósitos y fines comunes
- **Responsabilidad social:** Es contribuir al desarrollo de la comunidad de la cual hacemos parte, atendiendo las necesidades de nuestros usuarios con la prestación de mejores servicios que generen impactos positivos en la salud de la población.

### 1.4. SUBRED 7 TUNDAMA

La E.S.E. Hospital Regional Duitama, es una institución de Segundo Nivel de Atención, el cual garantiza portafolio de Mediana Complejidad Integral en la Subred 7 Tundama, Conformada por 14 municipios, que cuentan con las instituciones de salud que se enuncian a continuación:

-Mediana Complejidad Integral: ESE Hospital Regional de Duitama, cuenta con dos Unidades Básicas de atención en los municipios de Santa Rosa de Viterbo y Sativasur.

-Baja complejidad Gestión de Riesgo Integral: ESE. Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Socha, ESE. Centro de Salud San Antonio de Socotá, y ESE. Hospital San Vicente de Paúl de Paipa cuenta con una Unidad Básica de Atención.

-Baja Complejidad Gestión del Riesgo Ambulatorio: ESE. Centro de Salud Tundama cuenta con 7 Unidades Básicas de Atención, ESE Centro de Salud de Floresta, ESE. Centro de Salud Nuestra Señora de Belén, ESE Centro de Salud Simón Bolívar de Tutazá, cuenta con una Unidad Básica de atención, ESE Centro de Salud de Cerinza, ESE Centro de Salud Paz de Río, ESE Centro de Salud Nuestra Señora de la Natividad, ESE Centro de Salud San Miguel de Tuta y ESE Centro de Salud Manuel Alberto Fonseca Sandoval de Sotaquirá cuenta con una Unidad Básica de atención,

## 2. CARACTERIZACION DE LA POBLACION ATENDIDA POR LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

En el periodo comprendido entre el 1 de enero y 30 de junio de 2019, el hospital atendió 68.619 pacientes, de los cuales, 35.547 (51,8%) ingresaron por el servicio de Consulta externa; El 48,2% restante ingreso por los servicios de urgencias y cirugía ambulatoria. La distribución por servicio de ingreso del paciente se presenta en la Gráfica 1.

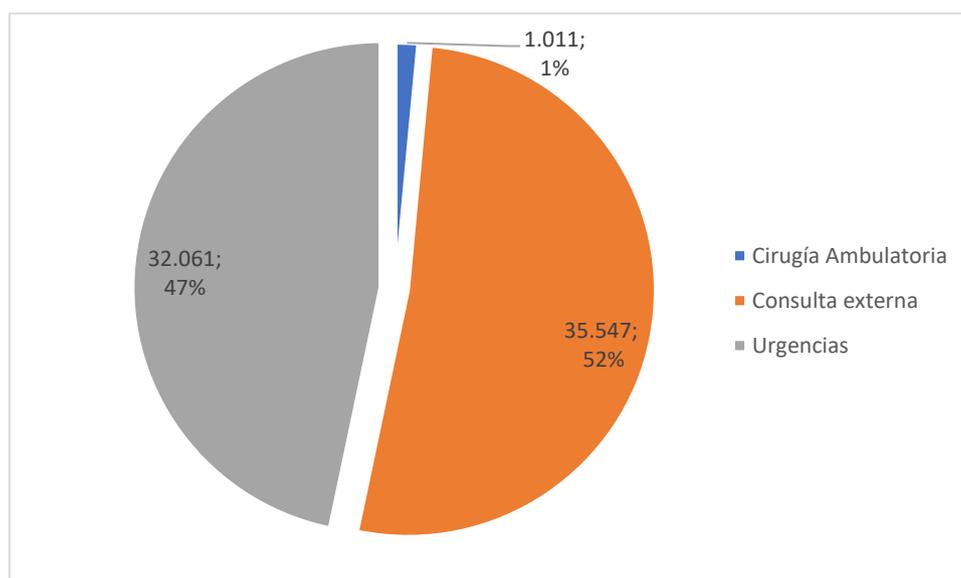


Gráfico 1 Distribución de población atendida según unidad funcional. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio de 2019. Fuente: RIPS enero - junio 2019. Oficina de Sistemas E.S.E HRD

En su gran mayoría, el 74.2%, los usuarios atendidos proceden de los municipios de Duitama y Paipa; conforme con el papel de Hospital de segundo nivel de referencia de la Subred 7, 13 de

los primeros 20 municipio de procedencia, pertenecen a la subred 7; los usuarios de estos municipios corresponden al 92,7% de los pacientes atendidos. La distribución de la población atendida por municipio de procedencia se muestra en la Tabla 1.

MUNICIPIO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
DUITAMA	43.561	63,5%
PAIPA	7.350	10,7%
SANTA ROSA DE VITERBO	2.975	4,3%
BELEN	1.597	2,3%
TIBASOSA	1.242	1,8%
SOCHA	1.112	1,6%
FLORESTA	1.100	1,6%
SOCOTA	955	1,4%
SOGAMOSO	926	1,3%
CERINZA	753	1,1%
SOTAQUIRA	693	1,0%
TUTAZA	650	0,9%
JERICO	584	0,9%
TUTA	490	0,7%
NOBSA	456	0,7%
PAZ DE RIO	417	0,6%
BOGOTA	350	0,5%
TUNJA	304	0,4%
SOATA	297	0,4%
BOAVITA	178	0,3%
OTROS	2.629	3,8%
<b>TOTAL</b>	<b>68.619</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 1 Distribución de población atendida según municipio de procedencia. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio 2019. Fuente: RIPS enero - junio 2019. Oficina de Sistemas E.S.E HRD

Con respecto a la distribución por edad y género, la cual se presenta en la tabla 2, se evidencia que en el grupo de menores de 15 años hubo mayor número de consultas de pacientes del género masculino, sin embargo, respecto al total de pacientes atendidos, las atenciones de las mujeres corresponden al 60,5%. Respecto al grupo etáreo, se evidencia que el de 15 a 44 años fue el que más consultó, seguido del grupo de 45 a 64 años.

Grupo etáreo	Femenino	%	Masculino	%	Total	% Total
0-4	3.519	8,5%	4.292	15,8%	7.811	11,4%
5-14	2.428	5,8%	2.772	10,2%	5.200	7,6%
15-44	18.717	45,1%	8.378	30,9%	27.095	39,5%
45-64	10.023	24,1%	5.958	22,0%	15.981	23,3%
>65	6.825	16,4%	5.707	21,1%	12.532	18,3%
	<b>41.512</b>	<b>100,0%</b>	<b>27.107</b>	<b>100,0%</b>	<b>68.619</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 2 Distribución de población atendida según género y grupos étnicos. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio 2019. Fuente: RIPS enero - junio 2019. Oficina de Sistemas E.S.E HRD

En lo referente a régimen de atención, se evidencia que el 62% de la población atendida se encuentra afiliada al régimen subsidiado, seguida por el 19% correspondiente al régimen contributivo, ver gráfica 2.

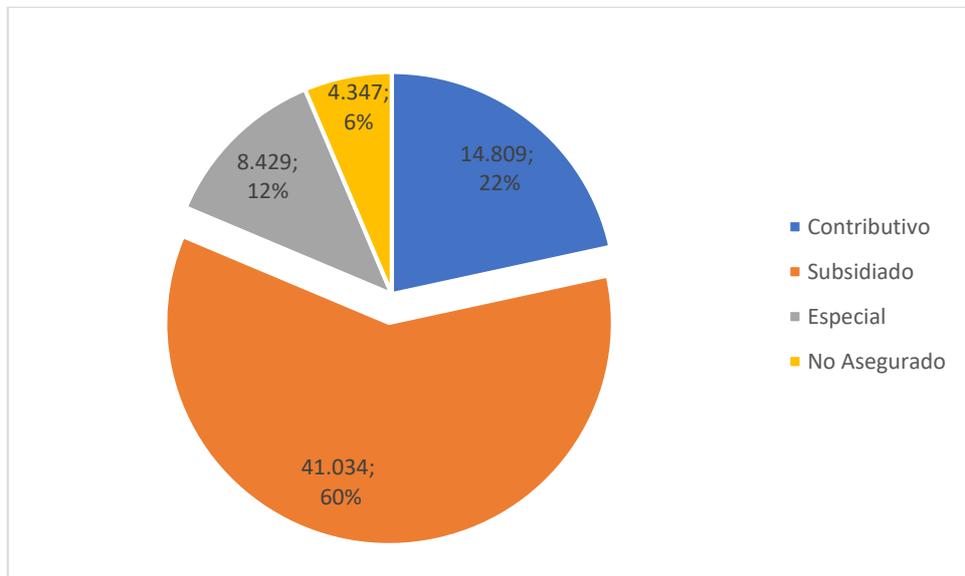


Gráfico 2 Distribución de población atendida según Régimen de afiliación al SGSSS. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio 2019. Fuente: RIPS enero - junio 2019. Oficina de estadística E.S.E HRD

Como se evidencia en la gráfica 3, los principales pagadores, según el régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud, son Medimás, en el régimen Contributivo, Comparta en el régimen Subsidiado y Policía Metropolitana en el régimen Especial.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	RÉGIMEN ESPECIAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medimás</li> <li>• Nueva EPS</li> <li>• Famisanar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparta</li> <li>• Comfamiliar</li> <li>• Nueva EPS</li> <li>• Coosalud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Policía Metropolitana</li> <li>• Sanidad Militar</li> <li>• Medisalud</li> </ul>

Gráfico 3 Principales pagadores, según Régimen de afiliación al SGSSS. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio 2019. Fuente: RIPS enero - junio 2019. Oficina de estadística E.S.E HRD

### 3. ESTADÍSTICAS VITALES

### 3.1. Natalidad

Entre el 1 de enero y el 31 de junio de 2019, se atendieron 741 partos, de los cuales 533, es decir el 71.9%, fueron correspondieron a partos espontáneos, 205 a partos por cesárea y 3 a partos instrumentados. Al analizar el comportamiento de los partos atendidos en los últimos cinco años, el cual se presenta en la gráfica 4, se observa una tendencia a la disminución; con corte a junio de 2019 se han atendido 142 partos menos respecto del mismo periodo del año 2015. Lo anterior es coherente con el comportamiento de la tasa de fecundidad a nivel nacional.

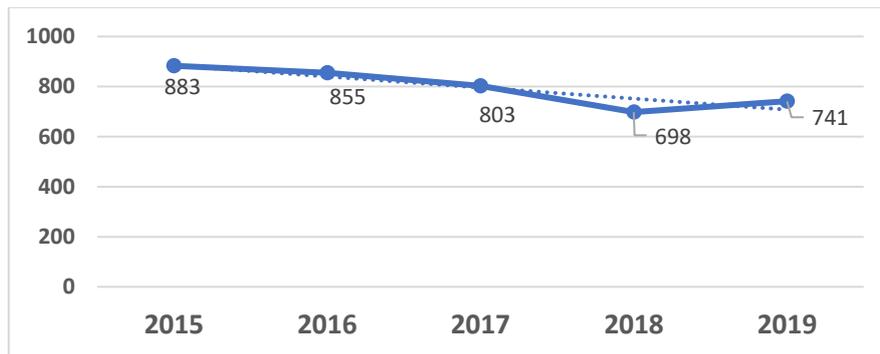


Gráfico 4 Partos atendidos en la ESE Hospital Regional de Duitama. Enero a junio de los años 2015 a 2019. Fuente: RIPS enero - junio 2019. Coordinación Hospitalaria E.S.E HRD

Respecto al municipio de procedencia de la madre, se evidencia que, conforme a la distribución general de la población atendida, la procedencia de las madres a quienes se les atendió el parto en el hospital es en su mayoría de los municipios de Duitama y Paipa, respectivamente. Se evidencia que los municipios de residencia corresponden a la subred 7 – Tundama. Los datos se muestran en la tabla 3.

MUNICIPIO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
DUITAMA	411	55,5%
PAIPA	80	10,8%
BELEN	33	4,5%
SANTA ROSA	31	4,2%
SOCOTA	30	4,0%
SOCHA	23	3,1%
SOTAQUIRA	23	3,1%
TIBASOSA	20	2,7%
TUTA	18	2,4%
JERICO	14	1,9%
OTROS	58	7,8%
<b>TOTAL</b>	<b>741</b>	<b>100%</b>

Tabla 3 Distribución de partos atendidos según procedencia de la madre. ESE Hospital Regional de Duitama. enero – junio 2019. Fuente: RIPS Enero – junio 2019. Coordinación Hospitalaria E.S.E HRD

Tal como se evidencia en la tabla 4, respecto a la edad de las madres, se evidencia que el 55,2% de las madres atendidas tenía entre 20 y 29 años. Se destaca que se atendieron 3 partos en

menores de 15 años y 22 en mayores de 40, estos últimos, considerados grupos en edad de riesgo representan el 3,4% de los partos atendidos. Ver gráfica 5.

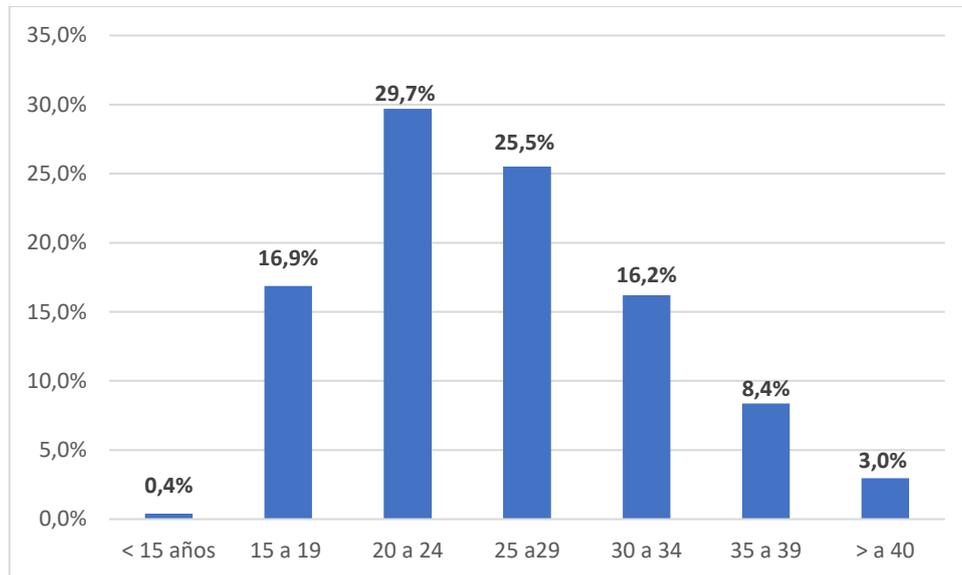


Gráfico 5 Distribución de partos atendidos según grupo de edad de la madre. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio 2019. Fuente: RIPS enero - junio 2019. Oficina de estadística E.S.E HRD

En cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se observó que el 66,7% de las gestantes se encontraba afiliada al régimen Subsidiado, el 24,8% al contributivo, 1,2% a regímenes especiales y 7,3% fueron clasificados como población PPNA.

### 3.2. Mortalidad.

En este aparte se analizan las defunciones ocurridas en las instalaciones del hospital, tanto en el servicio de hospitalización como en el servicio de urgencias. El 100% de los casos corresponde a muertes ocurridas por causas naturales. Entre el 1 de enero y el 31 de junio de 2019 se reportaron 150 defunciones correspondientes, las cuales correspondieron en un 54% a pacientes procedentes del municipio de Duitama.

Se evidencia que el grupo de edad en el que se reportaron mayor número de defunciones fue el de mayores de 81 años, seguido del grupo de 61 a 80; las defunciones en estos grupos de edad representan el 81% de los casos. Los datos se presentan en la gráfica 6.

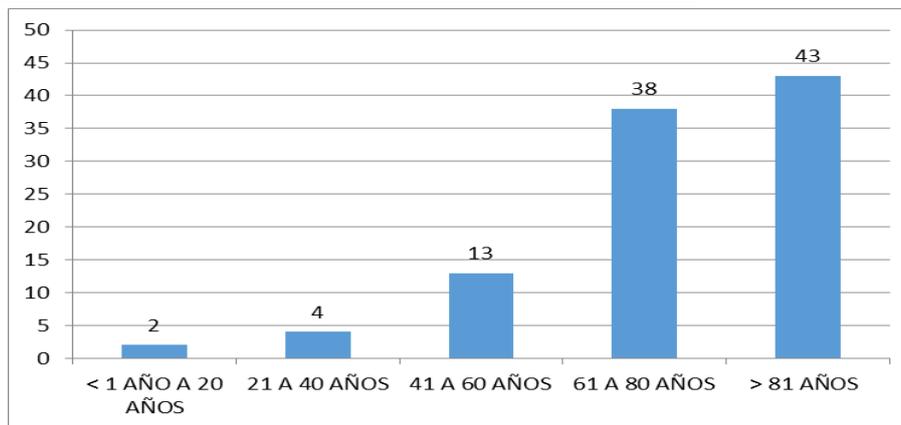


Gráfico 6 Distribución porcentual de defunciones según la edad. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio 2019. Fuente: Oficina seguridad del paciente

Al realizar el análisis de mortalidad según estado patológico, se evidencia que la gran mayoría ocurrió como consecuencia de enfermedades crónicas, constituyéndose las enfermedades del Sistema respiratorio como el principal grupo de causas de muerte, con un 26%, seguido por el cáncer que representa el 24% de los casos. Los principales tipos de cáncer identificados son el de estómago y otros órganos del sistema digestivo, próstata y mama. Datos presentados en Gráfica 7.

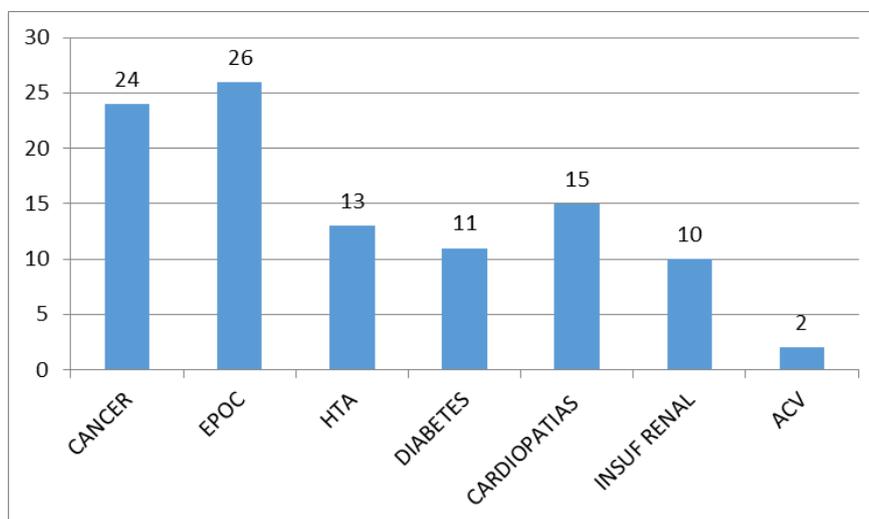


Gráfico 7 Distribución de defunciones según estado patológico. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio 2019. Fuente: Oficina seguridad del paciente

#### 4. MORBILIDAD

En este capítulo se presentan los 10 primeros diagnósticos registrados, en los RIPS, como motivo de consulta o como diagnóstico de egreso; se presentan los datos desagregados teniendo en cuenta las unidades funcionales de Hospitalización, Consulta Externa y Urgencias.

#### 4.1. Hospitalización

Dentro de los 10 primeros diagnósticos de egreso, los cuales se presentan en la tabla 4, se encuentran los relacionados con la atención posterior al parto y, conforme al perfil epidemiológico del municipio, se encuentran también la atención de pacientes con enfermedades crónicas con alta prevalencia como son la Hipertensión Arterial y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO
<b>PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE</b>
<b>INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO</b>
<b>ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA</b>
<b>HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)</b>
<b>ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA</b>
<b>NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA</b>
<b>NEUMONIA, NO ESPECIFICADA</b>
<b>APENDICITUS AGUDA</b>
<b>ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA</b>
<b>CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA</b>

Tabla 4 Principales diagnósticos de egreso en Hospitalización. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio 2019. Fuente: RIPS Enero – junio 2019. Oficina de Sistemas E.S.E HRD

#### 4.2. Consulta Externa

Dentro de los 10 primeros diagnósticos en consulta externa se encuentran aquellos relacionados con enfermedades crónicas, se evidencia que la Hipertensión arterial fue la primera causa de consulta. Lo anterior es coherente con el perfil epidemiológico del Departamento de Boyacá. Datos presentados en la tabla 5.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO
<b>HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)</b>
<b>LUMBAGO NO ESPECIFICADO</b>
<b>HIPERPLASIA DE LA PROSTATA</b>
<b>RINITIS CRONICA</b>
<b>DOLOR EN ARTICULACIÓN</b>
<b>CERVICALGIA</b>
<b>DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES MULTIPLES</b>
<b>SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO</b>
<b>HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO</b>
<b>DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE CON COMPLICACIONES MULTIPLES</b>

Tabla 5 Principales motivos de consulta en el servicio de consulta externa. ESE Hospital Regional de Duitama. enero – junio 2019. Fuente: RIPS Enero – junio 2019. Oficina de Sistemas E.S.E HRD

### 4.3. Servicio de Urgencias

En la Tabla 6 se presentan los 10 primeros motivos de consulta al servicio de urgencias. Cabe resaltar que en estos se incluyen varios diagnósticos que deberían ser atendidos como consulta prioritaria según red de servicios de la diferentes EPS, no obstante, el Hospital en la actualidad atiende un porcentaje importante de estos casos.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSOS
NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA
BRONQUIOLITIS AGUDA
NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA
DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR
HIPERTENSIÓN ESENCIAL

Tabla 6 Principales motivos de consulta en el Servicio de Urgencias. ESE Hospital Regional de Duitama. Enero – junio 2019. Fuente: RIPS enero – junio 2019. Oficina de estadística E.S.E HRD

## 5. Dominio Efectividad

### 5.1 Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación. Código P.1.1

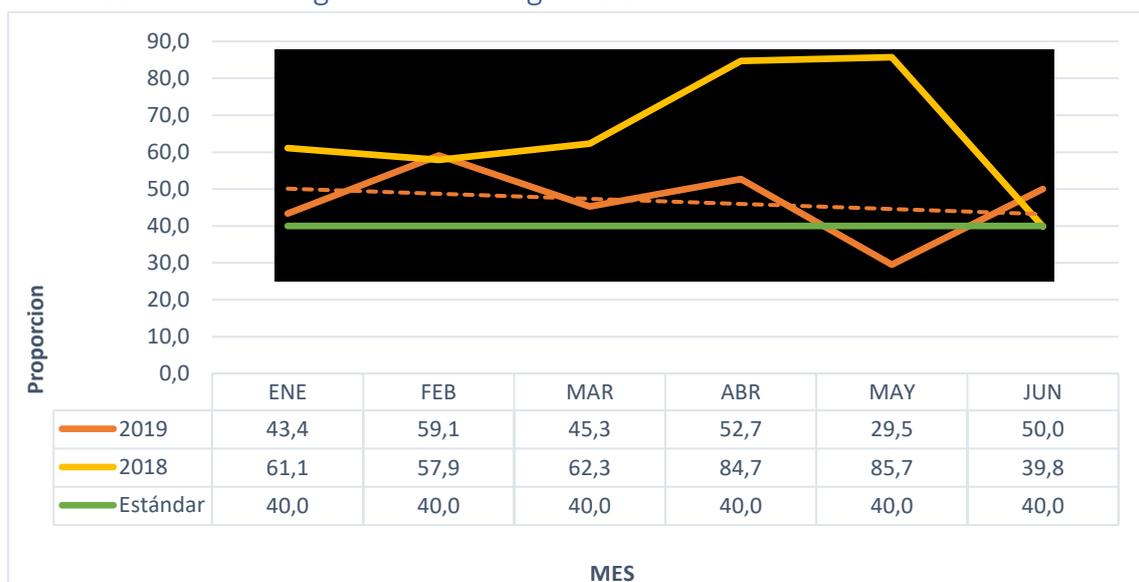


Gráfico 8 Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación. Código P.1.1. Fuente tablero de indicadores institucional

Para el mes de Junio en la ESE de Santa Rosa se tienen 33 gestantes con un 78,7% de usuarias que ingresaron antes de la semana 12 de gestación, las causas de inicio tardío del control prenatal de las 7 usuarias gestantes son: tres (3) por procedencia de otro municipio o país, una (1) se encontraba lactando por lo cual consulto tardíamente y tres (3) sin causa identificada, Para el municipio de Sativasur se tienen tres (3) usuarias gestantes, las cuales iniciaron control prenatal tardío con causas externas a la institución y por las siguientes causas: una (1) no sabía que estaba en gestación, una (1) por procedencia otro municipio y una (1) no quería que supieran de su gestación y realizó prueba de embarazo en otro municipio con otra IPS.

Como se puede observar en el gráfico 8 para el primer semestre del año 2019 la entidad ha permanecido sobre el estándar de cumplimiento del indicador con una ligera tendencia al descenso lo cual está acorde con la disminución de la tasa de natalidad de la subred 7, en este momento la fluctuación marcada del indicador está dada principalmente por la población migrante pues su condición de paso por la región disminuye el impacto de las medidas establecidas en la ruta de atención materno perinatal establecida por la entidad pues son gestantes que no han asistido a controles prenatales y su identificación se hace en etapas de gestación superiores a las 12 semanas.

### Estrategias o medidas implementadas

Se capacita a los funcionarios de las sedes de primer nivel en la ruta materno perinatal según resolución 3280 de 2018, haciendo énfasis en la demanda inducida y captación temprana de las gestantes.

La ESE cuenta con dos estrategias principales para la captación temprana de usuarias en estados de gestación, las cuales son: (1) El laboratorio clínico de la Sede de Santa Rosa de Viterbo, entrega a la Enfermera de la ESE todos los reportes de gravindex positivos el mismo día que se genera el reporte, la cual se encarga inmediatamente de generar las órdenes para realizar inscripción en el programa de control prenatal, así mismo agenda las consultas del programa; (2) la segunda estrategia es la verificación de los resultados de gravindex positivos del laboratorio clínico de la sede central en Duitama la cual es remitida por correo una vez a la semana; sin embargo estas medidas se ven afectadas por que varias usuarias no cuentan con afiliación al sistema de seguridad social por condiciones de migración, y/o por usuarias que no responden al llamado telefónico oportunamente.

5.2 Proporción de gestantes con valoración por odontología. Código P.1.2



Gráfico 9 Proporción de gestantes con valoración por odontología. Código P.1.2. Fuente tablero de indicadores institucional

Este indicador es medido en las sedes de primer nivel de la entidad ubicadas en los municipios de Santa Rosa de Viterbo y Sativa Sur. De las 36 usuarias en gestación, el 88% de las usuarias de Santa Rosa tienen valoración por odontología, y el 66% de las usuarias de Sativa sur. Las casusas por las cuales no se han realizado estas consultas de las cuales 4 corresponden a usuarias de la sede de Santa Rosa de Viterbo y una a la sede de Sativasur. De las 4 de Santa Rosa de Viterbo 3 ya tienen agendada su cita y está pendiente su asistencia y 1 usuaria no ha sido posible contactarla, situación que ya fue notificada a la EAPB buscando apoyo para localizarla. En la sede de Sativasur solo se encuentra pendiente una usuaria por ser valorada a quien se le ha programado su consulta para el mes de julio.

Este indicador tiene una afectación importante por situaciones ajenas a la institución, pues depende de la adherencia de las gestantes a los programas establecidos en la ruta de atención y en ocasiones no acuden a la consulta odontológica programada o no responden a los llamados realizados por la entidad, a pesar de agendar dicha consulta el mismo día de la consulta médica algunas usuarias no esperan las consultas de asesoría en la gestación y la de odontología.

Estrategias o medidas tomadas

La entidad buscando mejorar el acceso de las gestantes a la consulta odontológica ha planteado la estrategia de atención odontológica el mismo día de la consulta de control por médico general con lo cual se evitan varios desplazamientos de la gestante para acceder a los servicios, adicionalmente las usuarias que no ingresan a esta consulta se les programa la consulta de manera telefónica.

5.3 Proporción de partos por cesárea. Código P.1.3

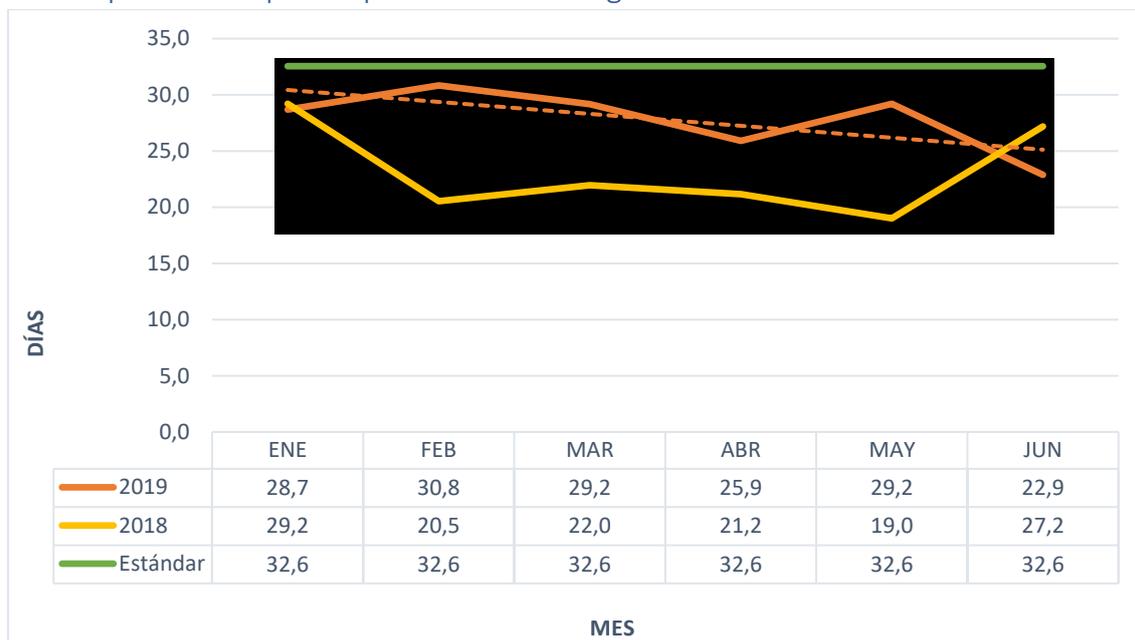


Gráfico 10 Proporción de partos por cesárea. Código P.1.3. Fuente tablero de indicadores institucional

Revisando los datos aportados por el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015 en el cual se establece que “Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral (Organización Mundial de la Salud, 2015).”<sup>1</sup> La E.S.E Hospital Regional de Duitama viene trabajando para mantener el porcentaje de partos por cesárea por debajo del a media nacional “el cual muestra una tendencia creciente: pasó de 31,5% desde 2005, a 45,5% en el 2013.”<sup>2</sup> por lo cual la meta institucional se planteó en el 32.6%

Las principales causas de cesárea son:

1. Cesárea iterativa 33%.
2. Estado fetal insatisfactorio 15%.
3. Preeclampsia grave - eclampsia 11%.

<sup>1</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015, página 83.

<sup>2</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015, página 83.

- 4. Dilatación estacionaria 11%.
- 5. Mal posición fetal 7%.
- 6. Ruptura de prematura de membranas 7% (2 eventos)

El comité institucional IAMII reviso los casos de parto por cesárea y determinó que todos fueron por causa pertinente.

Como se puede observar en el gráfico 10, la entidad ha mantenido su desempeño por debajo de la meta establecida y con tendencia al descenso.

5.4 Tasa de mortalidad perinatal. Código P.1.4



Gráfico 11 Tasa de mortalidad perinatal. Código P.1.4. Fuente tablero de indicadores institucional

Para e primer semestre del año se presentaron un total de 9 muertes perinatales.

5.5 Relación Morbilidad Materna Extrema/ Muerte Materna temprana (MME/MM). Código P.1.5

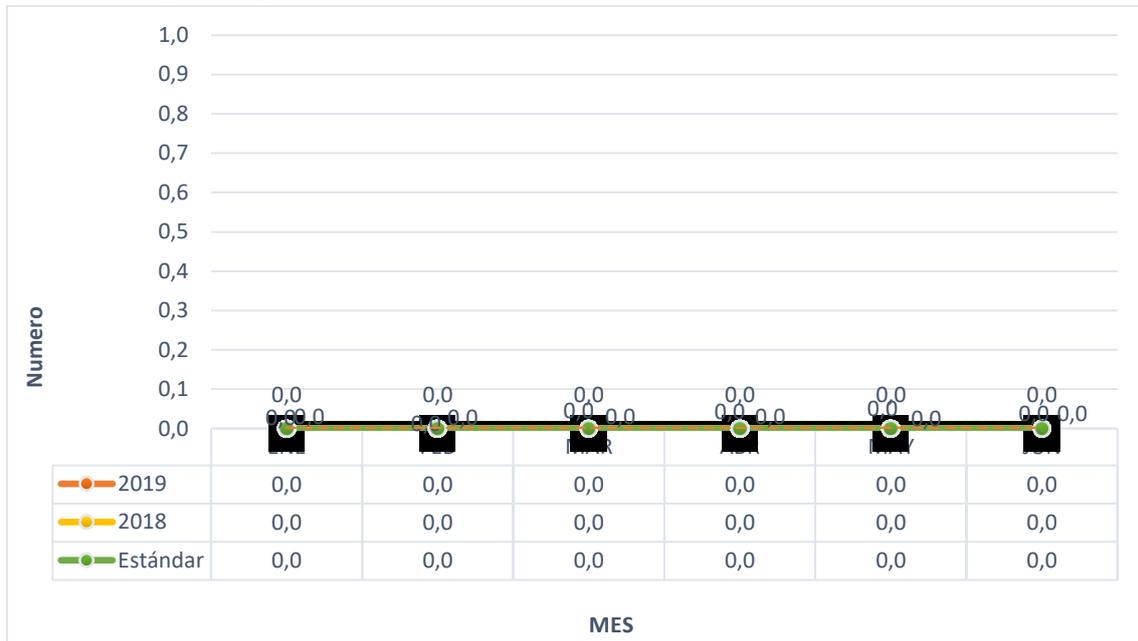


Gráfico 12 Relación Morbilidad Materna Extrema/ Muerte Materna temprana (MME/MM). Código P.1.5. Fuente tablero de indicadores institucional

No se presentaron casos de morbilidad materna extrema ni de muerte materna temprana.

Estrategias o medidas tomadas

5.6 Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo. Código P.1.6

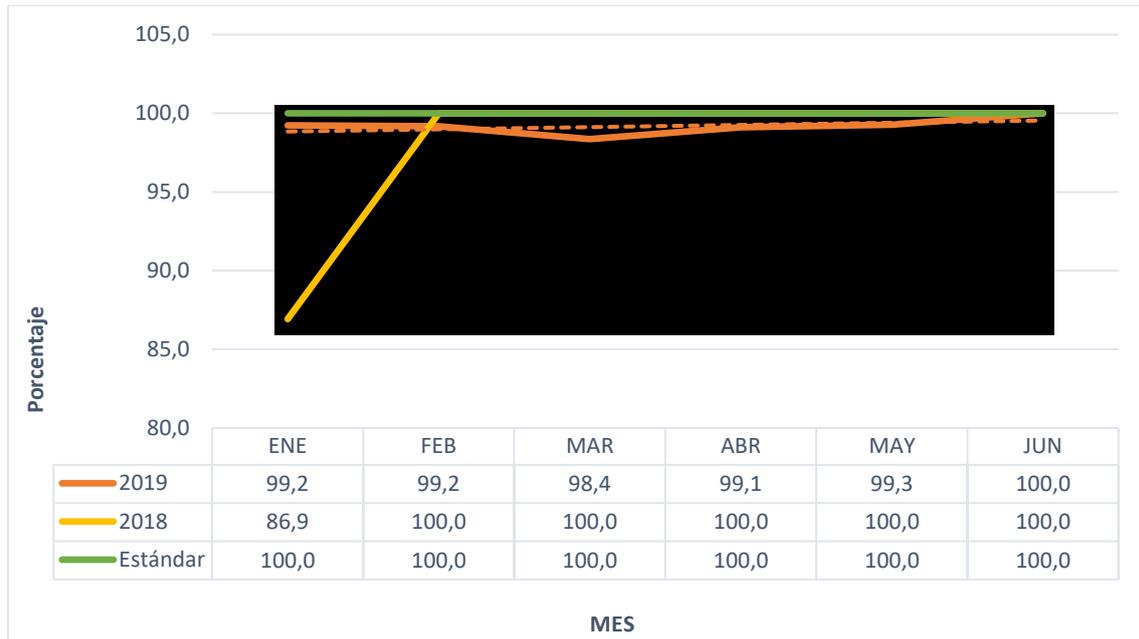


Gráfico 13 Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo. Código P.1.6. Fuente tablero de indicadores institucional

De 788 nacidos se realizan 788 TSH Neonatales de los cuales se presentaron 3 resultados alterados, los demás se encontraron dentro de los rangos normales. A todos se les realizan pruebas de TSH y T4 libre obteniendo resultados normales. Se evidencia mejoría en la toma de las muestras, predomina la muestra de cordón umbilical sobre la muestra de talón.

Estrategias o medidas tomadas

Seguir fortaleciendo adherencia al protocolo de toma de muestras de cordón umbilical.

Recordar a los padres la importancia de reclamar el resultado de TSH neonatal dentro de los tiempos establecidos.

5.7 Proporción de reingreso hospitalario por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años. Código P.1.7

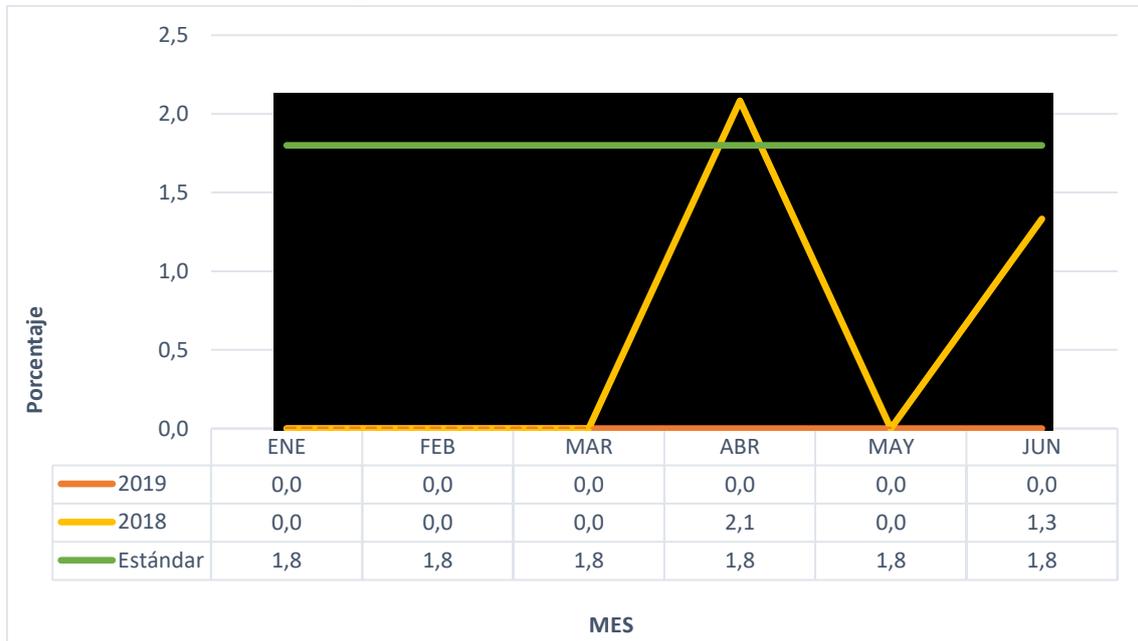


Gráfico 14 Proporción de reingreso hospitalario por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años. Código P.1.7. Fuente tablero de indicadores institucional

Durante el primer semestre del año 2019 no se presentaron casos de reingreso hospitalario por infección respiratoria aguda en menores de 5 años

5.8 Letalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años. Código P.1.8

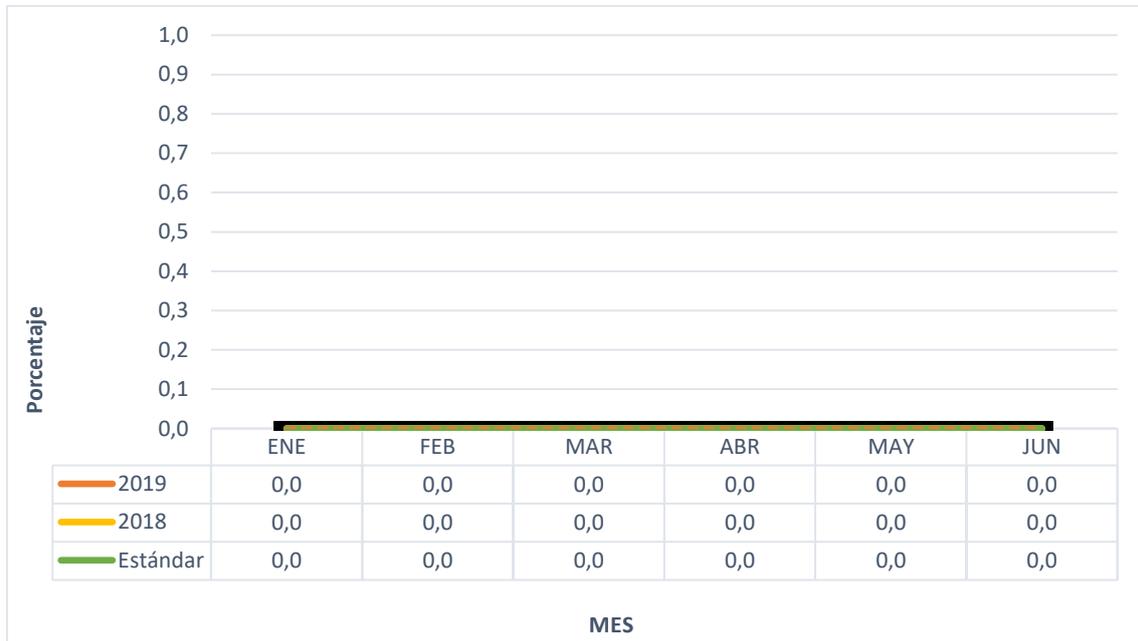


Gráfico 15 Letalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años. Código P.1.8. Fuente tablero de indicadores institucional

Para el primer semestre del año 2019 no se presentaron casos de letalidad por infección respiratoria aguda en menores de 5 años en la entidad.

5.9 Letalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Código P.1.9

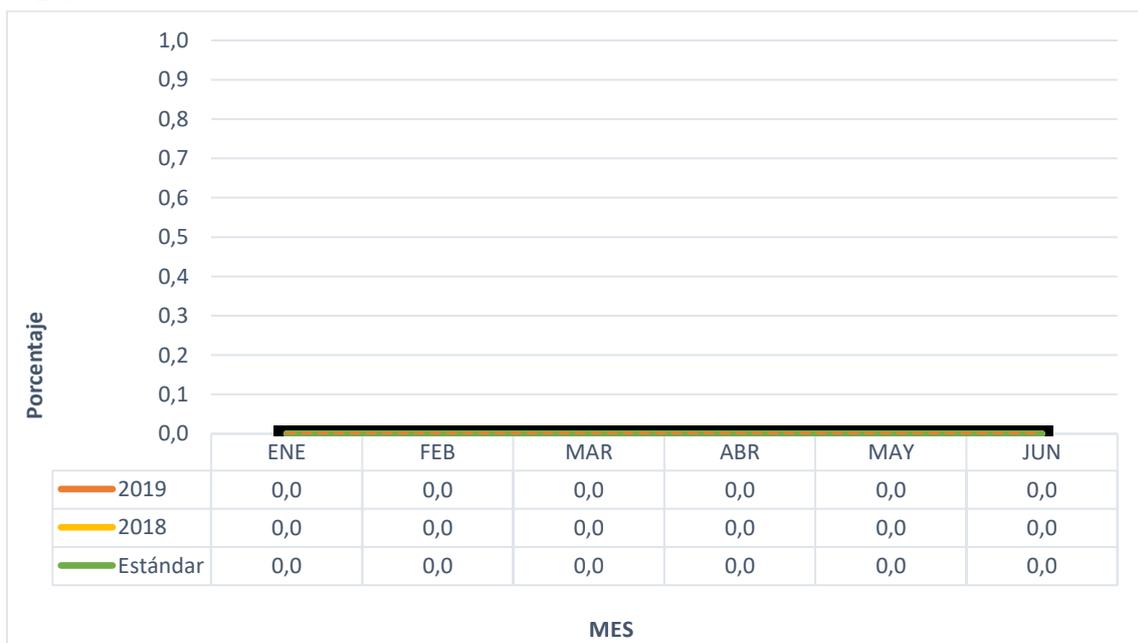


Gráfico 16 Letalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA). Código P.1.9. Fuente tablero de indicadores institucional

Para el primer semestre del año 2019 no se presentaron casos de letalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA) en la entidad.

### 5.10 Proporción de gestantes con asesoría pretest para prueba de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Código P.1.10

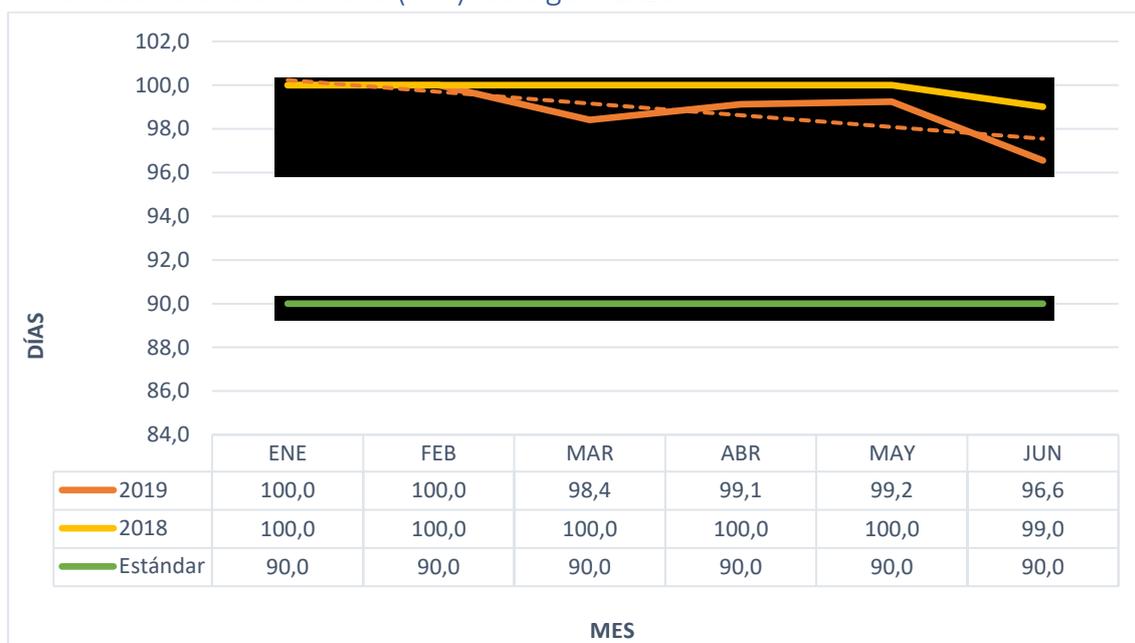


Gráfico 17 Proporción de gestantes con asesoría pretest para prueba de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Código P.1.10. Fuente tablero de indicadores institucional

La entidad ha logrado una cobertura del 98.9% en el acumulado del primer semestre de 2019 en las actividades de asesoría pretest para prueba de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se ha evidenciado que el proceso de acompañamiento generado a través de la política IAMII que implementa la entidad permite un mejor entendimiento de las gestantes sobre la necesidad de realizar la prueba de VIH, la leve tendencia en disminución de los resultados obtenidos en el indicador está asociada a gestantes que ya tenían reporte de este examen en el último trimestre tomado en otras IPS. Estas acciones evidencian que nuestras usuarias están sensibilizadas en la importancia de conductas de autocuidado, así como en la importancia de la realización de la prueba.

#### Medidas o estrategias tomadas

Mantener comunicación asertiva con las gestantes para realizar un acompañamiento basado en la confianza y la claridad en la explicación del tema. Es importante continuar recordando al personal médico o de enfermería que atienden a la gestante en consulta, que son ellos principalmente quienes deben realizar en ese momento la asesoría pretest de manera clara y directa para que la paciente entienda, aclare sus dudas y acepte la importancia tanto del autocuidado como de la realización de la prueba.

5.11 Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH), con diagnóstico de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH). Código P.1.11

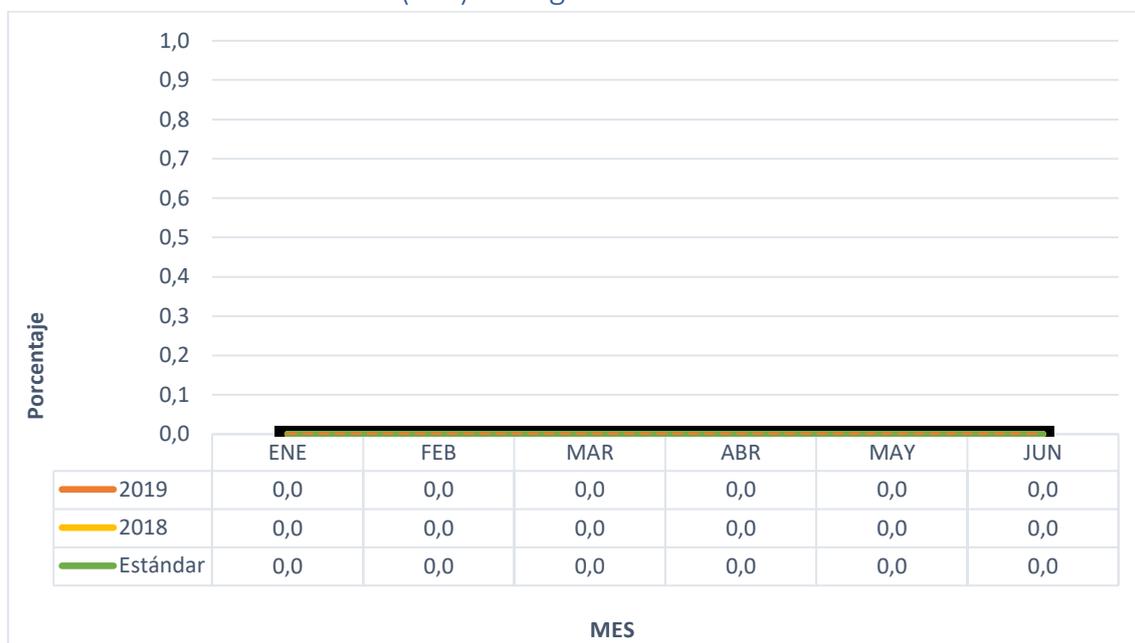


Gráfico 18 Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH), con diagnóstico de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH). Código P.1.11. Fuente tablero de indicadores institucional

Para el primer semestre del año 2019 no se presentaron casos de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH.

5.12 Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto. Código P.1.12

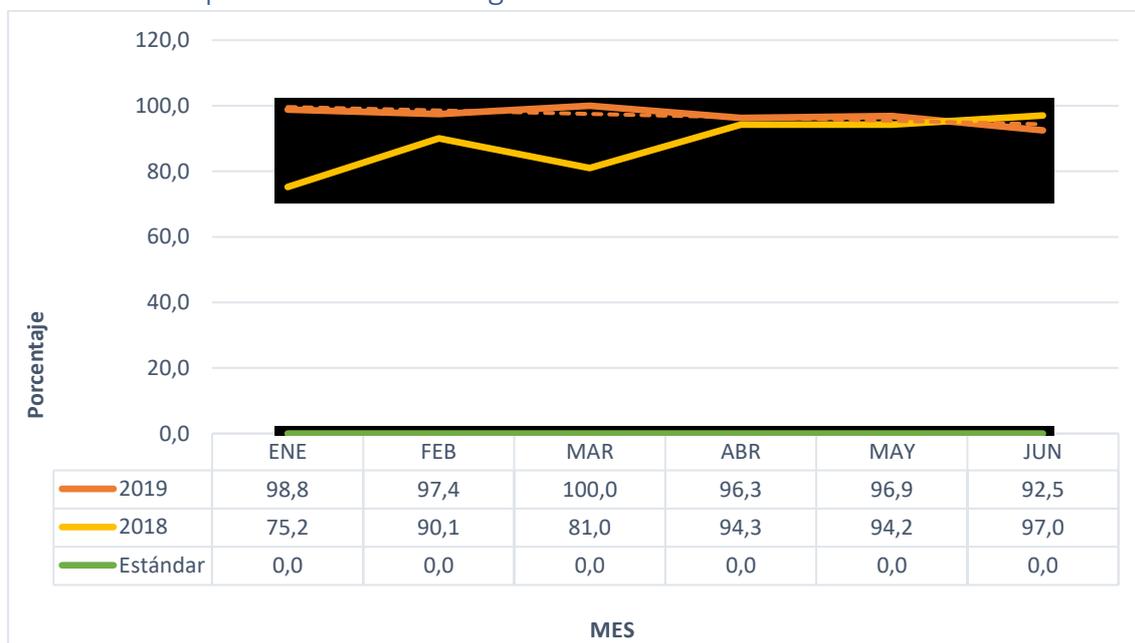


Gráfico 19 Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto. Código P.1.12. Fuente tablero de indicadores institucional

A 475 de las 482 gestantes se les realizó la toma de muestra para serología en el momento del parto. Las demás, traían reporte de su examen vigente. A todas las serologías positivas encontradas se les realizó el tratamiento y seguimiento correspondientes hasta el momento del parto.

Estrategias o medidas tomadas

Se debe continuar con el compromiso de realizar sensibilización a las gestantes desde el interior de los controles neonatales.

5.13 Proporción de pacientes hospitalizados por Dengue Grave. Código P.1.13

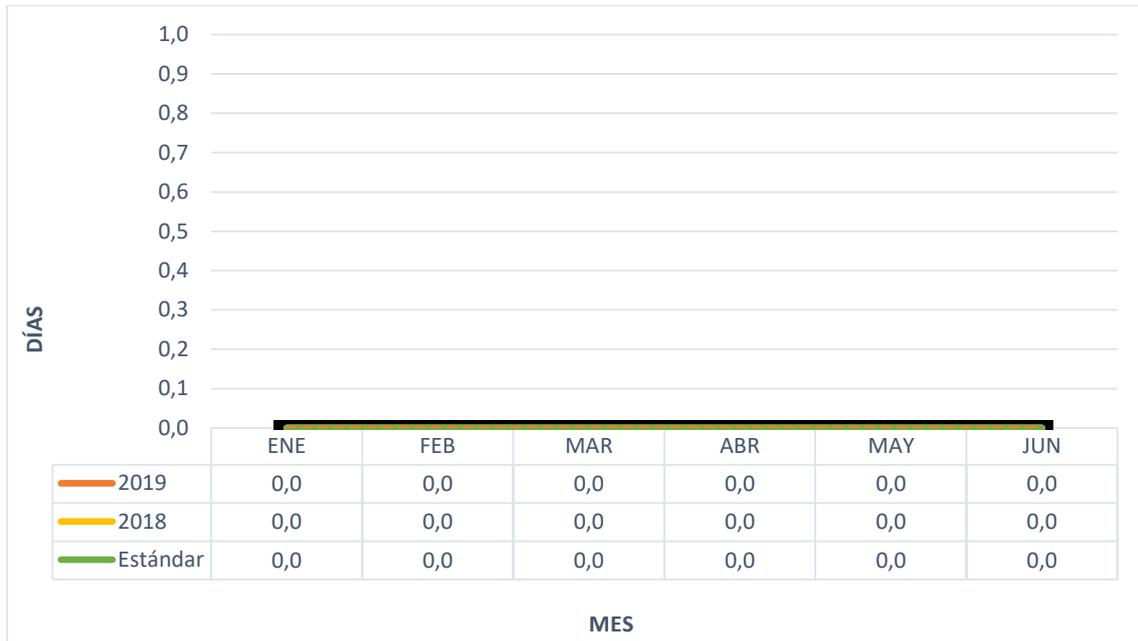


Gráfico 20 Proporción de pacientes hospitalizados por Dengue Grave. Código P.1.13. Fuente tablero de indicadores institucional

Para el primer semestre del año 2019 no se presentaron casos de pacientes hospitalizados por Dengue Grave.

5.14 Proporción de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realiza medición de LDL. Código P1.14

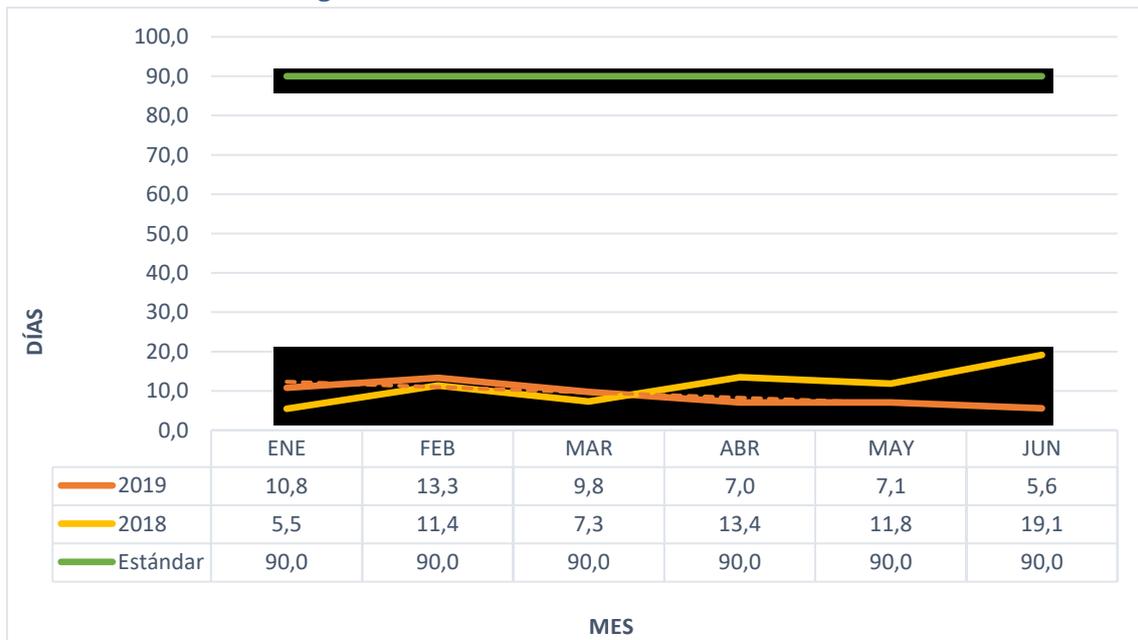


Gráfico 21 Proporción de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realiza medición de LDL. Código P1.14. Fuente tablero de indicadores institucional

Para el mes de junio se tienen identificados en total de 787 usuarios con diagnóstico de hipertensión entre las 2 sedes de I nivel, para un total de 58,3% de usuarios que ya cuentan con medición de LDL, el 43% de las muestras reportan un valor normal de LDL menor a de 130mg/dl

Estrategias o medidas tomadas

Para el primer semestre del año 2019 se continua con el seguimiento del usuario identificado con enfermedad crónica y dependiendo del riesgo identificado será atendido por el médico o la enfermera.

Se cuenta con la consulta de medicina interna en la sede de Santa Rosa de Viterbo para el seguimiento de los pacientes del programa de crónicos buscando mejorar la accesibilidad

Se tiene tiempo de consulta de media hora para la consulta por el médico, se continua con la historia clínica de precursoras.

Se genera proyectos de contratación por ruta de riesgo cardiovascular

5.15 Proporción de personas con Diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre. Código P1.15

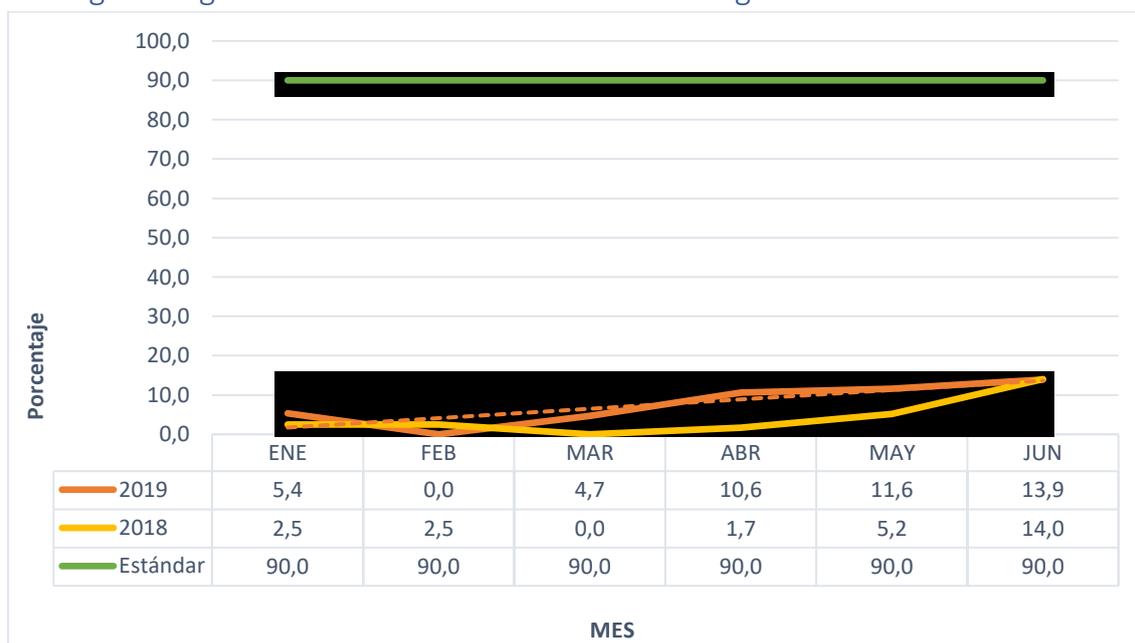


Gráfico 22 Proporción de personas con Diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre. Código P1.15. Fuente tablero de indicadores institucional

Para el mes de Junio se tienen identificados 158 usuarios con diagnóstico de diabetes mellitus, para los cuales al 13,9% se le ha tomado prueba de hemoglobina glicosilada, aunque los médicos de la institución por adherencia a la guía de manejo de éstos usuarios, la ordenan para establecer el control de su patología, éste paraclínico es de segundo nivel y las EAPB no lo tienen contratado de manera integral con la ESE Hospital Regional de Duitama, por tal motivo es un indicador de difícil control.

En cuanto a las estrategias implementadas por la institución ha sido notificar por correo electrónico a las EAPB que no autorizan con oportunidad dicho examen.

### 5.16 Proporción de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL. Código P.1.16

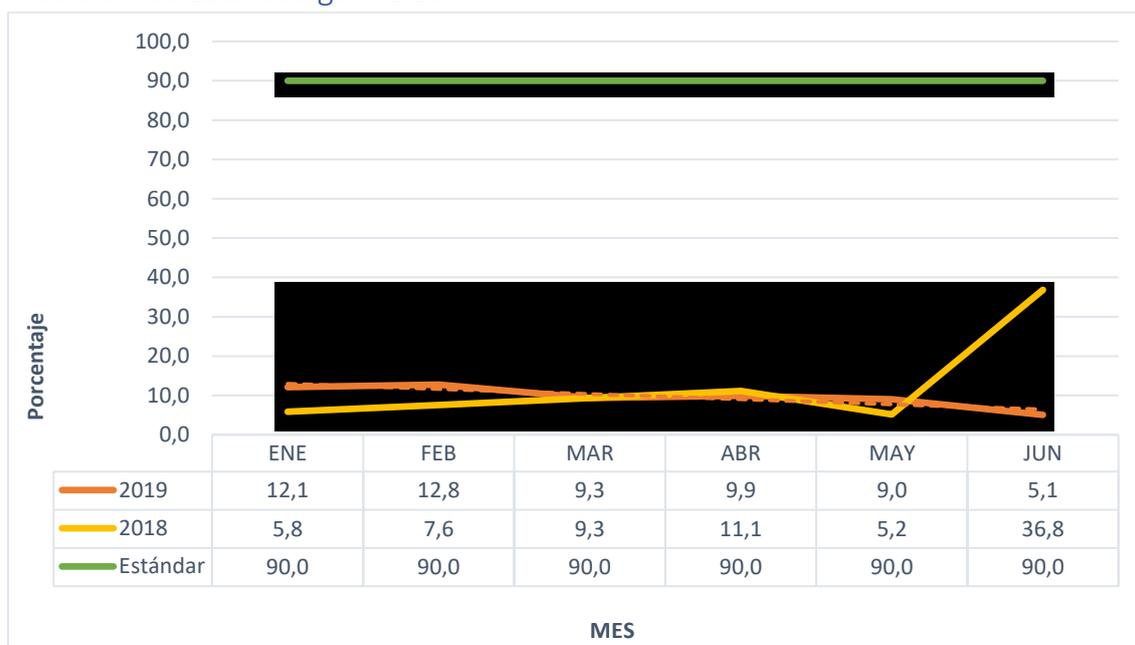


Gráfico 23 Proporción de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL. Código P.1.16. Fuente tablero de indicadores institucional

Para el mes de junio el total de usuarios con Diabetes fue de 158 de los cuales 117 son de Santa Rosa y 41 de Sativasur, al 71,7% de los usuarios de Santa Rosa se les ha realizado la toma, mientras que al 58% de los usuarios de Sativasur se les ha realizado la misma. Entre los resultados normales Santa Rosa tiene un porcentaje de reportes menor de 130mg/dl de 71,6 y Sativasur de 87,5%.

#### Estrategias o medidas tomadas

Para el primer semestre del año 2019 se continua con el seguimiento del usuario identificado con enfermedad crónica y dependiendo del riesgo identificado será atendido por el médico o la enfermera.

Se cuenta con la consulta de medicina interna en la sede de Santa Rosa de Viterbo para el seguimiento de los pacientes del programa de crónicos buscando mejorar la accesibilidad

Se tiene tiempo de consulta de media hora para la consulta por el médico, se continua con la historia clínica de precursoras.

5.17 Proporción de personas con Hipertensión Arterial (HTA), estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC). Código P.1.17



Gráfico 24 Proporción de personas con Hipertensión Arterial (HTA), estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC). Código P.1.17. Fuente tablero de indicadores institucional

Para solo mes de junio las personas con hipertensión arterial, evaluadas fueron 137 en Santa Rosa (21,5%) y (44%) en Sativasur, sin embargo, los usuarios que de enero a junio han recibido evaluación de ERC ha sido de 352(55,4%) en Santa Rosa y 94(61,8%) para Sativasur.

Estrategias o medidas tomadas

Para el año 2019 se continua con el seguimiento del usuario identificado con enfermedad crónica y teniendo en cuenta el riesgo identificado será atendido por el médico o la enfermera.

Se realiza capacitación virtual con la coordinadora de programas especiales de una de las EAPB con las cuales se tiene contrato, además se asisten a 2 capacitaciones, una con el Ministerio de salud y otra con la dimensión de vida y estilos saludable de la secretaria de salud para la Implementación de la Ruta Cardiovascular; dichas capacitaciones han mejorado la clasificación y registro por parte de los médicos en la historia clínica.

Se cuenta con la consulta de medicina interna para los usuarios de Comfamiliar huila y algunos usuarios de Emdisalud (mayores de edad solos o con alguna condición de discapacidad).

Se tiene tiempo de consulta de media hora para la consulta por el médico, se continua con la historia clínica de precursoras.

5.18 Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC). Código P.1.18

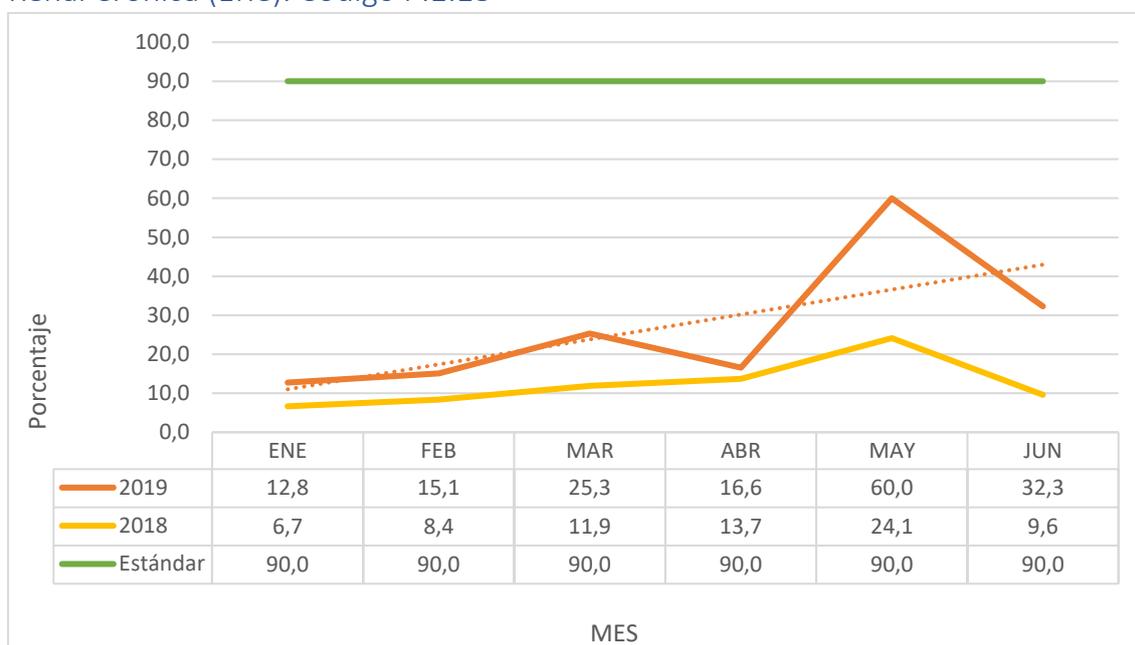


Gráfico 25 Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC). Código P.1.18. Fuente tablero de indicadores institucional

Para solo mes de junio las personas con Diabetes Mellitus, evaluadas fueron 32 en Santa Rosa (27,3%) y 19(46,3%) en Sativasur, sin embargo, los usuarios que de enero a junio han recibido evaluación de ERC ha sido de 78(66,6%) en Santa Rosa y 24(58,5%) para Sativasur.

Estrategias o medidas tomadas

Para el año 2019 se continua con el seguimiento del usuario identificado con enfermedad crónica y teniendo en cuenta el riesgo identificado será atendido por el médico o la enfermera.

Se realiza capacitación virtual con la coordinadora de programas especiales de una de las EAPB con las cuales se tiene contrato, además se asisten a 2 capacitaciones, una con el Ministerio de salud y otra con la dimensión de vida y estilos saludable de la secretaria de salud para la Implementación de la Ruta Cardiovascular; dichas capacitaciones han mejorado la clasificación y registro por parte de los médicos en la historia clínica.

Se cuenta con la consulta de medicina interna para los usuarios de Comfamiliar Huila y algunos usuarios de Emdisalud (mayores de edad solos o con alguna condición de discapacidad).

Se tiene tiempo de consulta de media hora para la consulta por el médico, se continua con la historia clínica de precursoras.

5.19 Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año. Código P.1.23

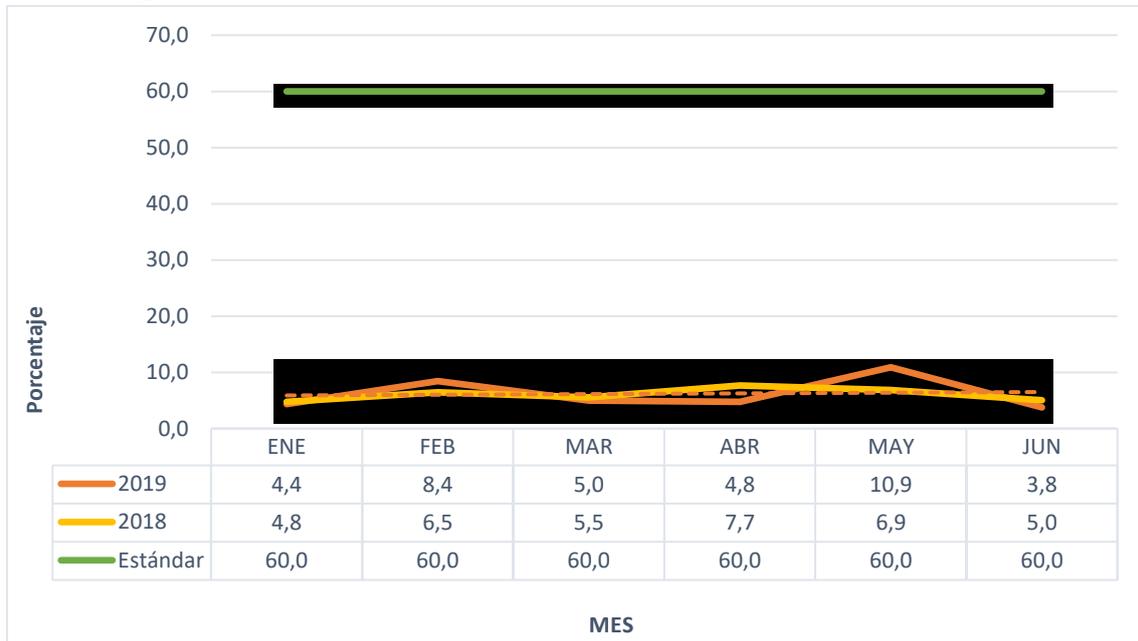


Gráfico 26 Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año. Código P.1.23. Fuente tablero de indicadores institucional

Para el mes de junio se tomaron 8 citologías en Sativa y 30 en Santa Rosa, se realizó el 15 de mayo una jornada de toma de citologías en coordinación con las EAPB Nueva EPS y Comfamiliar, y el 30 de mayo se volvieron a realizar las brigadas extramurales en la vereda la Creciente

Estrategias o medidas tomadas

Para este año se contrata con Nueva EPS el 60% del total de mujeres entre 25 a 69 años para la toma de citologías.

Con EAPB de Comfamiliar se tiene estimaciones de 150 citologías anuales lo que constituye el 62%.

Con la EAPB Emidsalud el porcentaje de cumplimiento es del 60%.

Las diferentes actividades de demanda inducida en horas de la tarde, empoderamiento de las promotoras de las EAPB, se han visto reflejadas en un aumento de la captación de usuarias para citología.

## 6. DOMINIO SEGURIDAD

### 6.1 Proporción de endometritis post parto vaginal. Código P.2.4

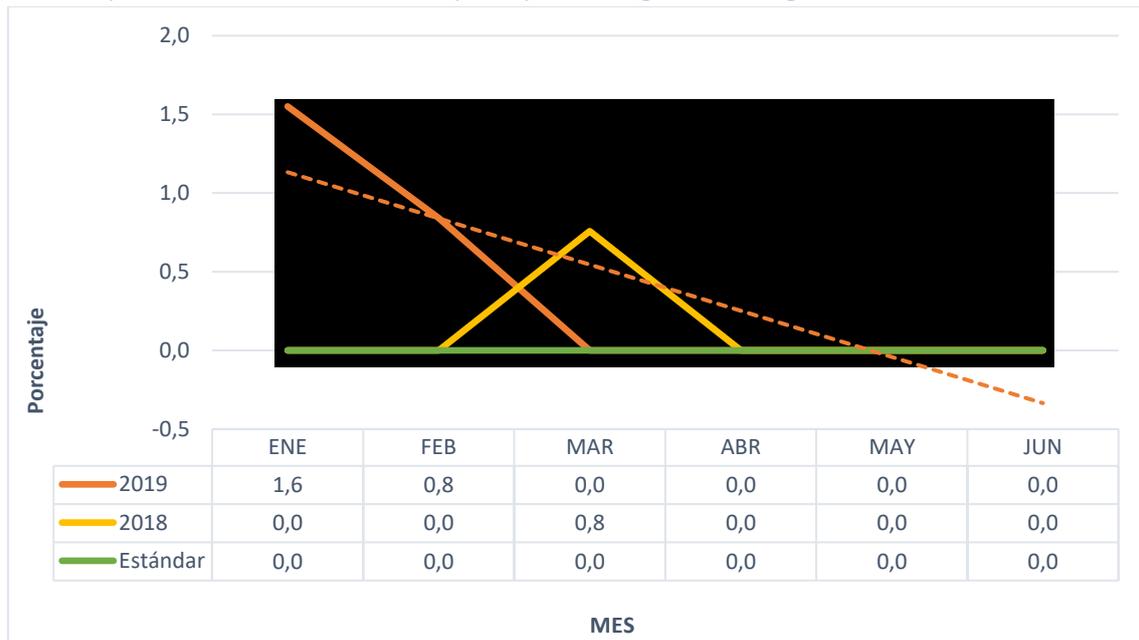


Gráfico 27 Proporción de endometritis post parto vaginal. Código P.2.4. Fuente tablero de indicadores institucional

Estrategias o medidas tomadas

6.2 Proporción de endometritis pos cesárea. Código P.2.5

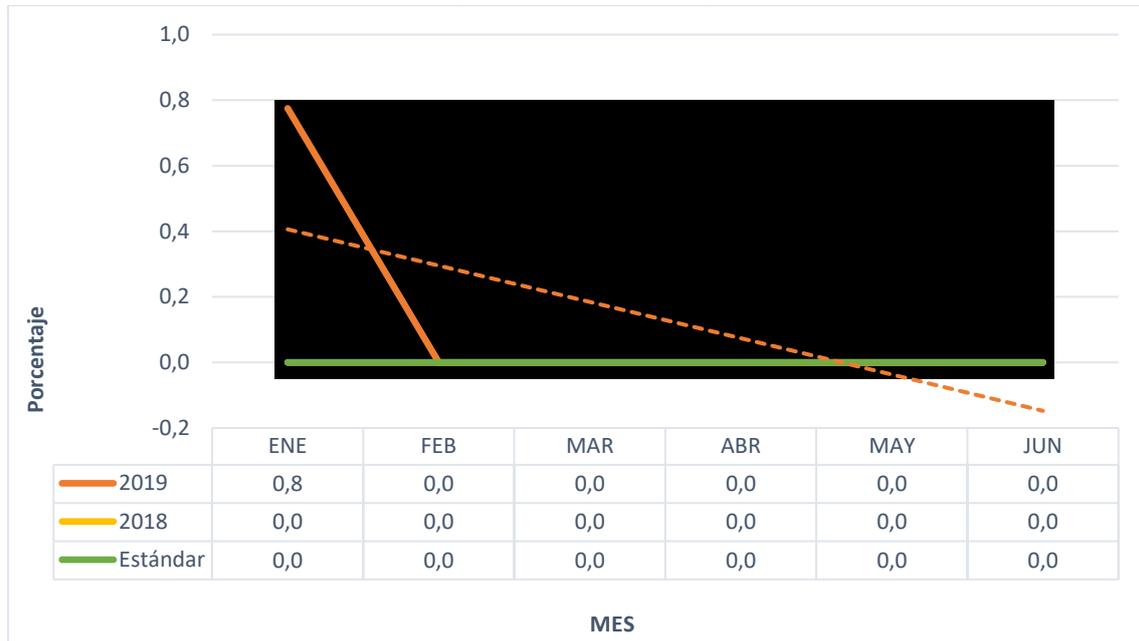


Gráfico 28 Proporción de endometritis pos cesárea. Código P.2.5. Fuente tablero de indicadores institucional

Estrategias o medidas planteadas

6.3 Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización. Código P.2.6

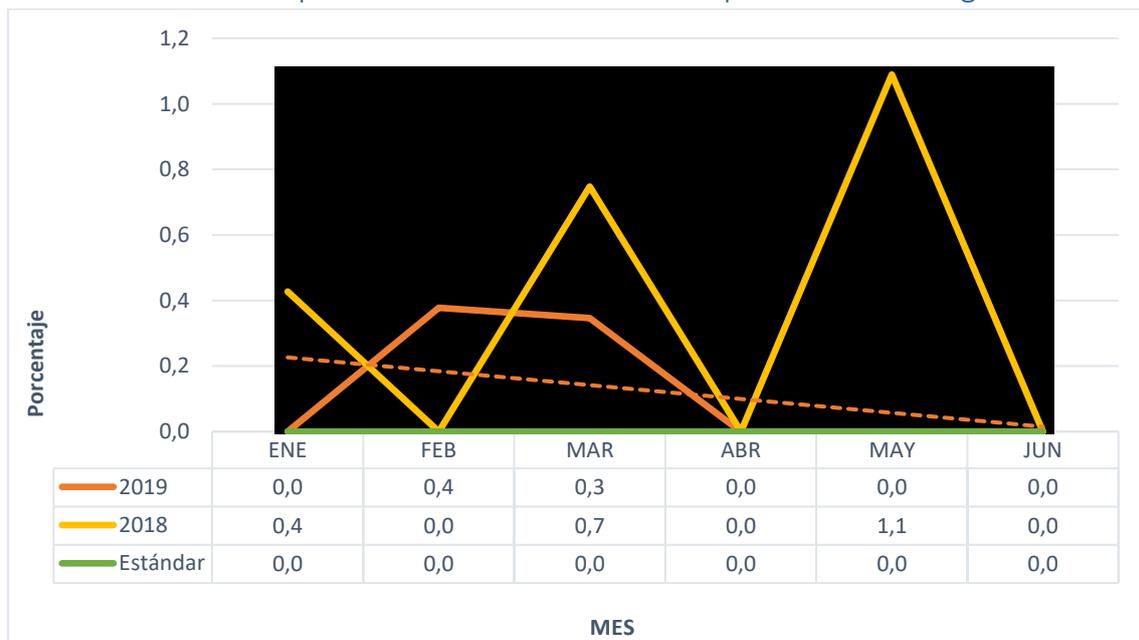


Gráfico 29 Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización. Código P.2.6. Fuente tablero de indicadores institucional

La institución viene mejorando la infraestructura para minimizar los riesgos a través de las rampas de fácil acceso a las duchas, pisos antideslizantes, colocación de ganchos en los baños que permita colgar los líquidos endovenosos.

Respeto a la implementación del protocolo de prevención de caídas, se programa la socialización en el primer semestre y segundo semestres del año recordando la identificación de riesgos, la educación al paciente e involucramiento del paciente y cuidador en la prevención de caídas.

Se identifica subregistro de caídas al no identificarse posibles daños o cuando ocurre en personal diferente a los pacientes, muchos de las situaciones no son reportadas.

La prevención de caídas se hace a través del cumplimiento del protocolo, pero se aclara que es una estrategia de difícil control; ya que, algunos factores extrínsecos potencializan los riesgos y no son de control del personal asistencial ni institucional.

De forma general se observa que la omisión de la estrategia por el personal asistencial, paciente y cuidador potencializa los riesgos.

#### Estrategias o medidas tomadas

- Promover y orientar reiterativamente al usuario sobre el uso del llamado de enfermería en internación
- Mantener la socialización del protocolo de prevención orientada a la identificación de los riesgos, la necesidad e involucrar al paciente y su cuidador en la adopción de conductas seguras hacia la minimización y prevención de caídas.
- Seguimiento al cumplimiento al protocolo de prevención de caídas; el cual incluye la verificación de la escala de identificación de riesgos, plan de cuidados individual y educación al paciente y cuidador.
- La infraestructura que se modifica incluye mejorar los accesos a los baños para facilitar la movilización de los usuarios y disminuir riesgos.
- Mantener comunicación efectiva entre el cuidador y el personal asistencial para responder de manera proactiva a la ausencia del cuidador a las demandas del usuario hospitalizado.

6.4 Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias. Código P.2.7

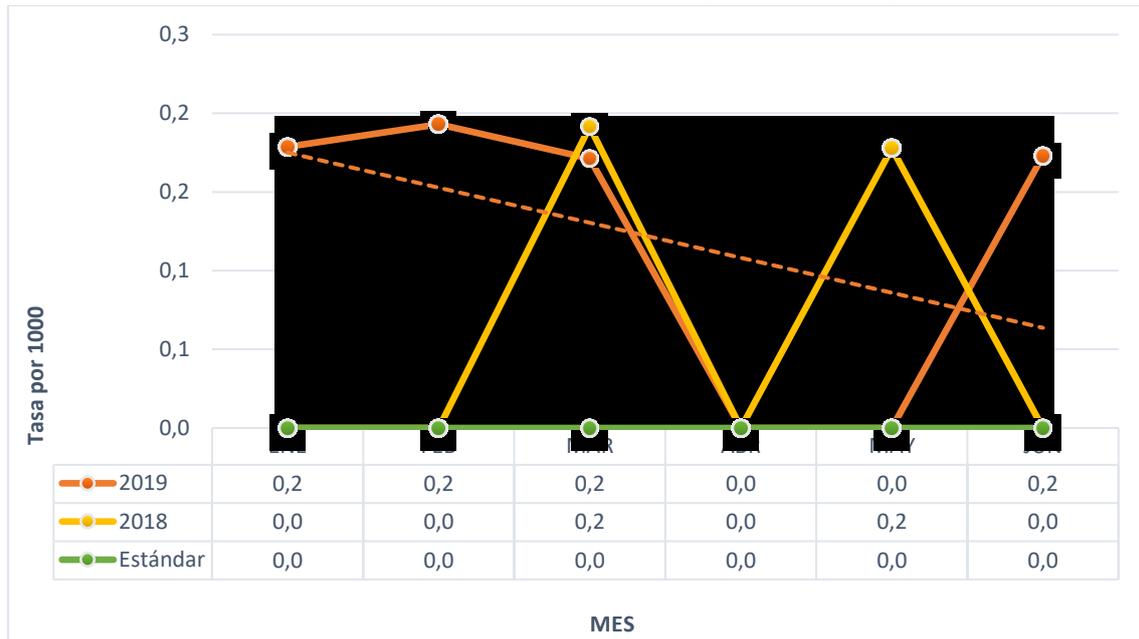


Gráfico 30 Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias. Código P.2.7. Fuente tablero de indicadores institucional

La institución realizó unas mejoras en la infraestructura del servicio de urgencias, cambios que han contribuido a la movilización segura del paciente, disminuyendo de forma significativa el número de eventos que ocurrían en los baños.

Es necesario mejorar la comunicación efectiva entre el cuidador y el personal asistencial para responder de manera proactiva a la ausencia del cuidador a las demandas del usuario que queda en el servicio de observación de urgencias, reanimación y pasillo.

La demanda del servicio de urgencias con estancias en espacios no indicados para atención de pacientes potencializa los riesgos, sin embargo, esta situación es resultado de una deficiente red de atención de parte de las EAPB y del concepto que tienen las personas del servicio de urgencias.

Estrategias o medidas tomadas

- Promover y orientar reiterativamente al usuario sobre el llamado verbal por el nombre del funcionario a cargo del paciente.
- Mantener la socialización del protocolo de prevención orientada a la identificación de los riesgos, la necesidad e involucrar al paciente y su cuidador en la adopción de conductas seguras hacia la minimización y prevención de caídas.
- Seguimiento al cumplimiento al protocolo de prevención de caídas; el cual incluye la verificación de la escala de identificación de riesgos, plan de cuidados individual y educación al paciente y cuidador.



6.6 Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. Código P.2.9

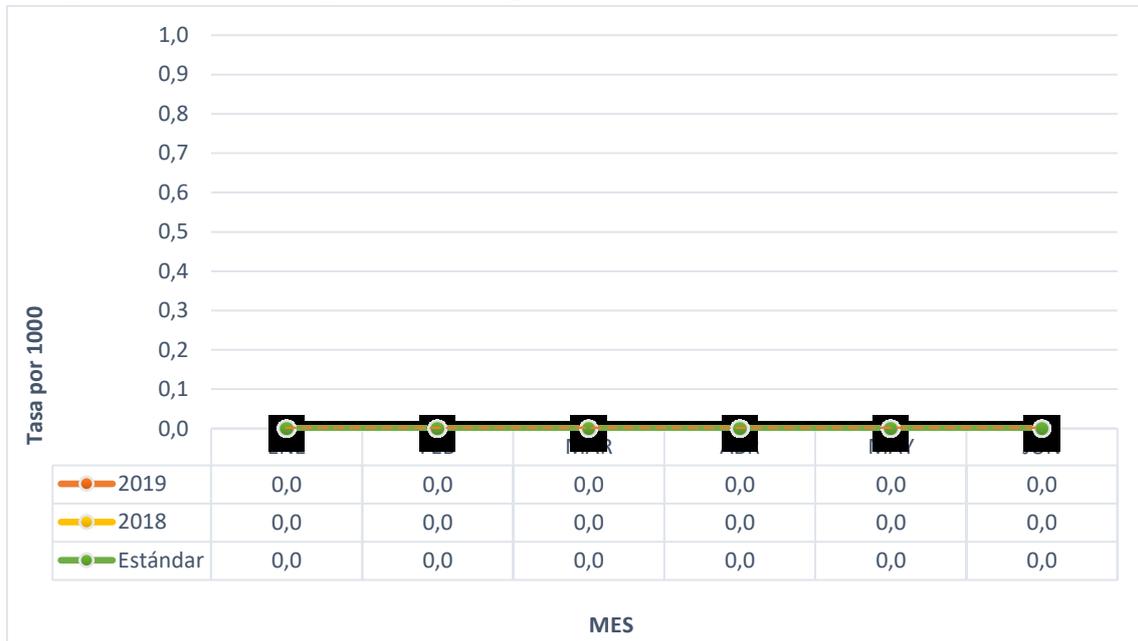


Gráfico 32 Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. Código P.2.9. Fuente tablero de indicadores institucional

No se tienen reportes de caídas durante la prestación del servicio en apoyos diagnósticos.

Estrategias o medidas tomadas

El equipo asistencial está capacitado para reportar cualquier situación de caída, realizar valoración y de acuerdo con cada situación, generar las acciones pertinentes, siguiendo el protocolo de prevención de caídas.

6.7 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización. Código P.2.10

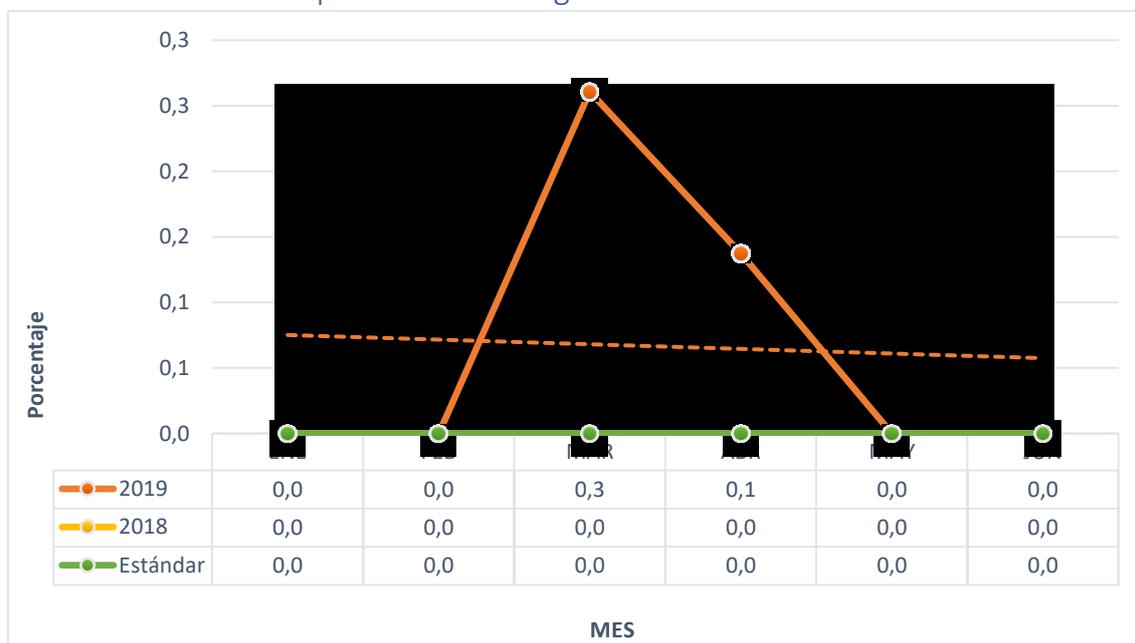


Gráfico 33 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización. Código P.2.10. Fuente tablero de indicadores institucional

La institución cuenta con el programa de Farmacovigilancia a cargo de un Químico farmacéuta, quien realiza búsqueda activa de RAM y asesora al personal asistencial en caso de duda en cuanto a las mezclas y diluciones (basado en la guía de administración segura de medicamentos, en la cual se tienen mezclas estandarizadas para minimizar riesgos).

La institución viene justificando la central de preparación de unidosis para el año 2020, y en cuyo proceso se ha venido implementando el ajuste a los documentos para contribuir a cumplimiento de la guía de administración segura de medicamentos.

Durante los avances se han realizado auditorías enfocadas a la fase de alistamiento, preparación, administración y registro a cargo de la Enfermera de cada uno de los servicios; resultados que son informados a la persona auditada y son reportados a los coordinadores de las áreas para generar mejorar individuales y grupales.

Estrategias o medidas tomadas

- En el primer semestre se hizo socialización de los 10 correctos en administración de medicamentos; medicamentos que requieren acceso venoso único por su PH, Osmolaridad y riesgo de lesión del vaso para minimizar riesgos.
- Socialización sobre los cuidados de los accesos venosos para administración de medicamentos.
- Certificación de central de preparación de unidosis vía endovenosa para los servicios de internación.
- Formulación acorde a las necesidades de los pacientes para evitar reprocesos en el despacho, facturación y control de inventarios.

- Certificación en administración de medicamentos como requisito para el año 2019 para las enfermeras contratadas. (Cobertura del 50% en el primer semestre)
- Auditorias bimensuales en administración de medicamentos
- Mantener el análisis de casos para el segundo semestre relacionados con administración de medicamentos.

6.8 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias. Código P.2.11



Gráfico 34 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias. Código P.2.11. Fuente tablero de indicadores institucional

La institución cuenta con el programa de Farmacovigilancia a cargo de un Químico farmacéuta, quien realiza búsqueda activa de RAM y asesora al personal asistencial en caso de duda en cuanto a las mezclas y diluciones (basado en la guía de administración segura de medicamentos, en la cual se tienen mezclas estandarizadas para minimizar riesgos).

La infraestructura y dinámica del servicio de Urgencias potencializa los riesgos durante la administración de medicamentos, riesgos que con frecuencia no son evidenciados por el

personal asistencial ni por el paciente y solo posterior a la prestación de los servicios algunos de ellos son evidenciados o motivo de consulta.

Los profesionales de Enfermería que allí se encuentran cuentan con habilidades para responder al manejo del paciente crítico; sin embargo, la alta carga laboral y la presión del personal interno y externo potencializa los riesgos.

Se identifica subregistro de los casos asociados a fallas en la administración de medicamentos; es un indicador sujeto a la cultura de la seguridad del paciente y a eliminar los temores del juzgamiento frente al error.

#### Estrategias o medidas tomadas

- Formulación con preferencia a la vía oral.
- Mejorar la comunicación y trabajo en equipo del personal asistencial a cargo del servicio de urgencias.
- Certificación en administración de medicamentos como requisito para el año 2020.
- Mantener la actualización en los 10 correctos en administración de medicamentos; medicamentos que requieren acceso venoso único por su PH, Osmolaridad y riesgo de lesión del vaso para minimizar riesgos.
- Auditorias bimensuales en administración de medicamentos
- Mantener el análisis de casos para el segundo semestre relacionados con administración de medicamentos.

6.9 Tasa de úlceras por presión. Código P.2.12

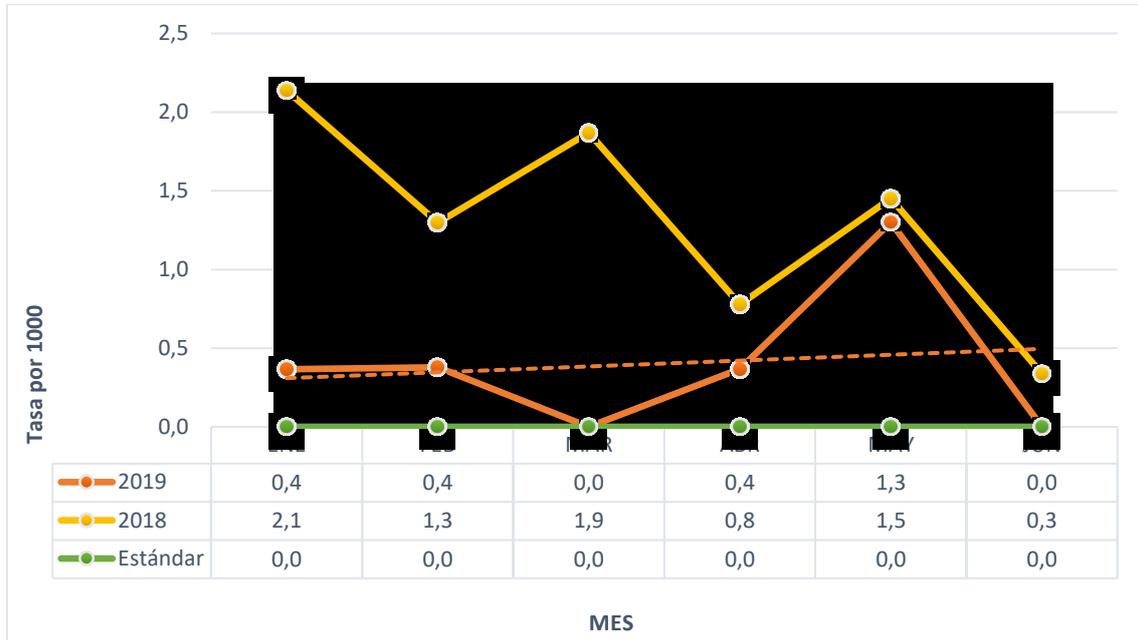


Gráfico 35 Tasa de úlceras por presión. Código P.2.12. Fuente tablero de indicadores institucional

6.10 Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas. Código P.2.13

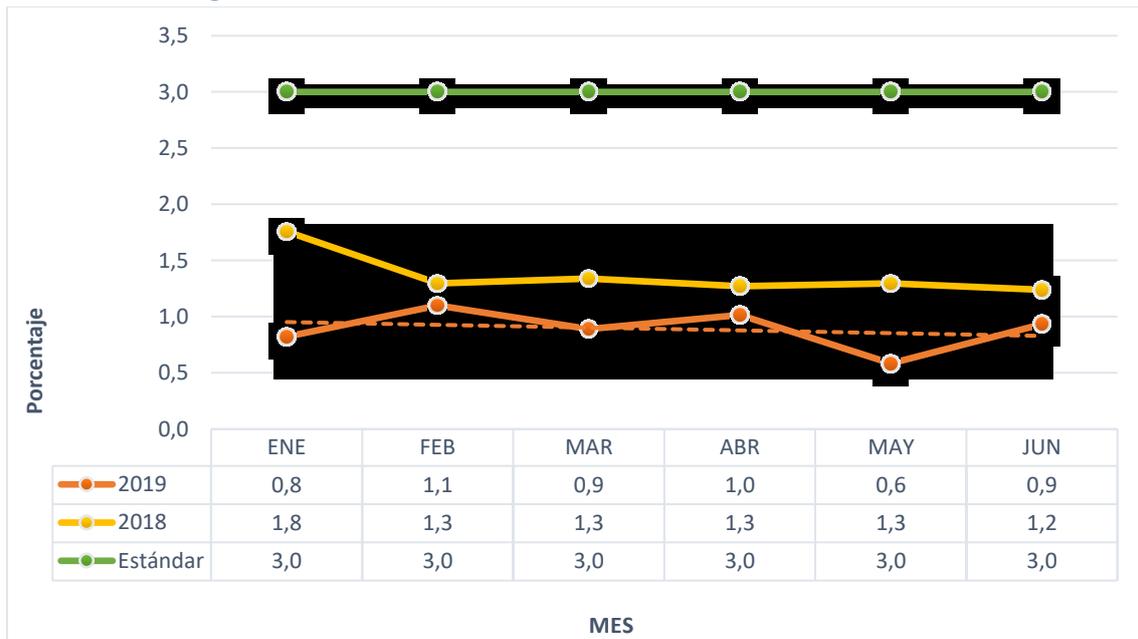


Gráfico 36 Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas. Código P.2.13. Fuente tablero de indicadores institucional

El indicador de reingreso para el mes de junio de 2019 fue de 1.0 % - 54/5677. Con un promedio del indicador para el primer semestre de 2019 de 0.89 % Continua muy controlado por debajo de 1.0 % y razonable dentro del contexto y la Dinámica del Servicio de Urgencias, las causas de reingresos continúan siendo las mismas y en caso críticos seguridad de paciente realiza los respectivos análisis.

Estrategias o medidas tomadas

Realizar seguimiento a Reingresos cuando son por causa médica por parte de seguridad de Paciente. Continuar socializando y capacitando sobre manejo de enlace de reingresos en DGH y significado de Reingresos Urgencias y de Indicador de Reingreso Urgencias, de manera que haya más efectividad en Diagnóstico y Tratamiento Médico. Hacer énfasis a Grupo de Urgencias, Ginecobstetras y Pediatras en el manejo adecuado de este enlace en DGH.

Mantener el Indicador de Reingreso por debajo de 3% de los Pacientes que solicitan Consulta por Urgencias a ESE HRD.

6.11 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días. Código P.2.14

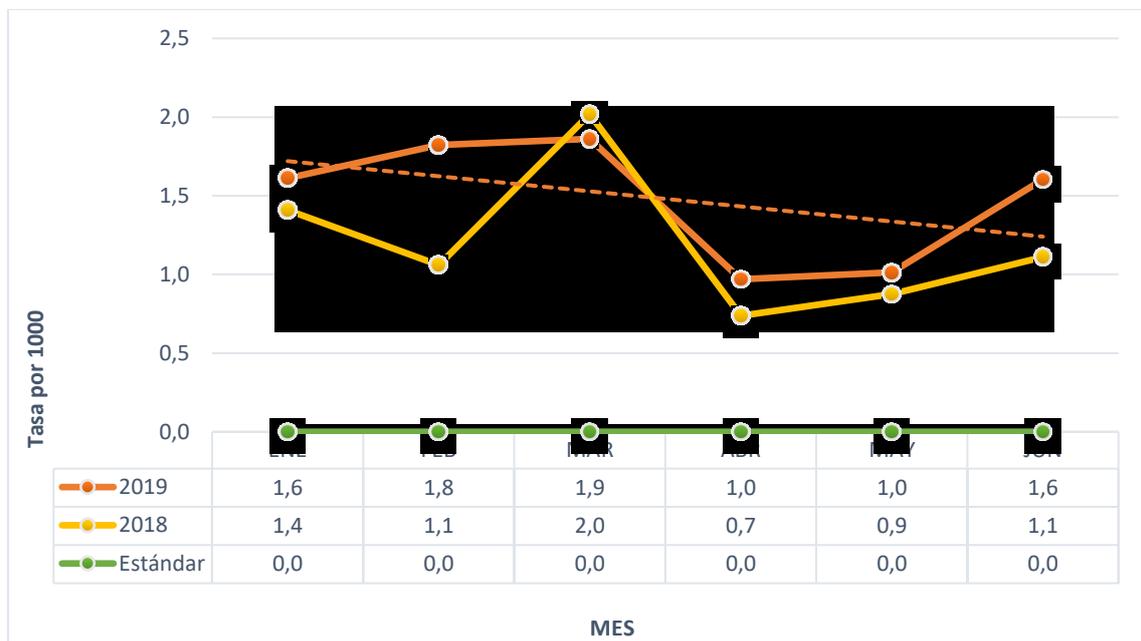


Gráfico 37 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días. Código P.2.14. Fuente Tablero de indicadores institucional

12 reingresos:

3 casos Medicina Interna:

-1 sepsis de tejidos blandos

- 2 Neumonía EPOC

2 casos cirugía:

- 1 Infección sitio operatoria herida quirúrgica antecedente apendicetomía
- 1 neumonía, íleo, antecedente de hernia incisional

2 caso ortopedia:

- sangrado Herida quirúrgica, anemia 2, trombocitopenia, antes de remplazo de cadera
- osteomielitis, antecedente de retiro material, comorbilidad artritis reumatoidea

2 casos de obstetricia:

1 Hx Qx pop cesárea

1. THAE en puerperio pop cesárea

3 casos de urología:

-1 IVu antecedente de prostatectomía

1 mismo paciente, hematuria, anemia 2, dehiscencia de sutura, fistula vesical, neumonía

1, orquiepidimitis, antec prostatectomía

Estrategias o medidas tomadas

### 6.12 Proporción de cancelación de cirugía. Código P.2.15

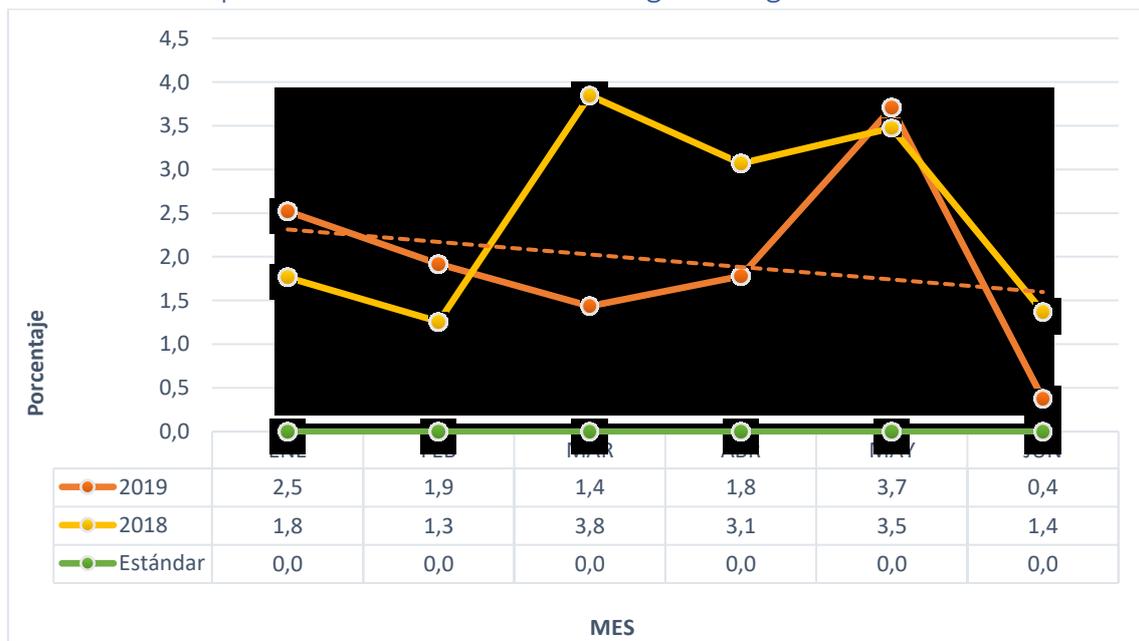


Gráfico 38 Proporción de cancelación de cirugía. Código P.2.15. Fuente tablero de indicadores institucional

- Estamos dentro de la meta institucional, se han adicionado jornadas quirúrgicas (pare el mes de junio se adicionaron 2 jornadas: una de oftalmología y una de ginecobstetricia) con el fin de mantener controlado el indicador. En el proceso esta normalizado como prioridad los pacientes hospitalizados.
- En este mes se incrementaron las autorizaciones de algunas EPS como MEDIMAS que tenían represadas lo que hace que la oportunidad en algunas especialidades como cirugía y gineco se haya prolongado por el volumen de pacientes tan alto.
- Algunas especialidades como ortopedia de pacientes ambulatorios esta alta por pacientes de artroscopias pendientes.
- Para dar una atención con calidad e integral a los usuarios se han tenido que organizar cirugías con dos especialidades quirúrgicas para hacer procedimientos en un solo tiempo quirúrgico como es ginecología y urología. Por lo que el hospital coordina las agendas y tiempos de los especialistas y de salas de cirugía para poder realizar dichos procedimientos.

Estrategias o medidas tomadas

- A partir del primero de julio se incrementó el refuerzo de cirugía general dos horas en la mañana para realización de procedimientos quirúrgicos de pacientes hospitalizados ya que las agendas programadas ya están completas con pacientes ambulatorios.

## 7. DOMINIO EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN

### 7.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General. Código P.3.1

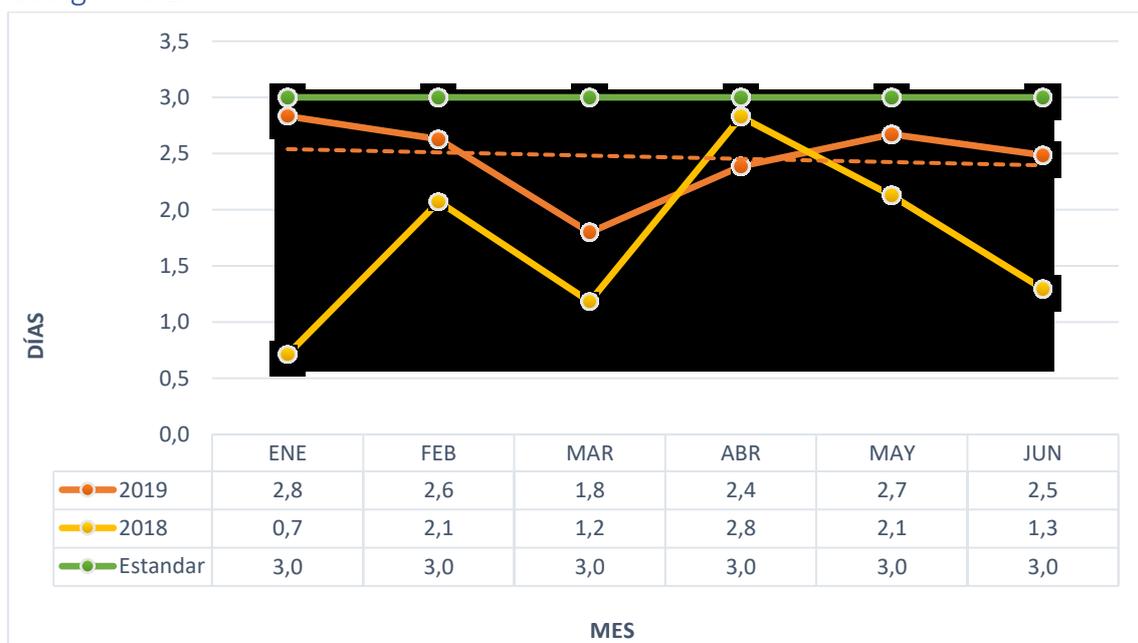


Gráfico 39 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General. Código P.3.1. Fuente tablero de indicadores institucional

Para el mes de junio se asignaron 30 citas en Santa Rosa y 7 en Sativasur consultas de primera vez con una oportunidad de 2,8 días.

Estrategias o medidas tomadas

Se están implementando los comparendos pedagógicos, así como se remiten a las EAPB, atención al usuario y secretaria de salud local, el listado de usuarios inasistentes, como estrategia para disminuir las inasistencia.

7.2 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General. Código P.3.2

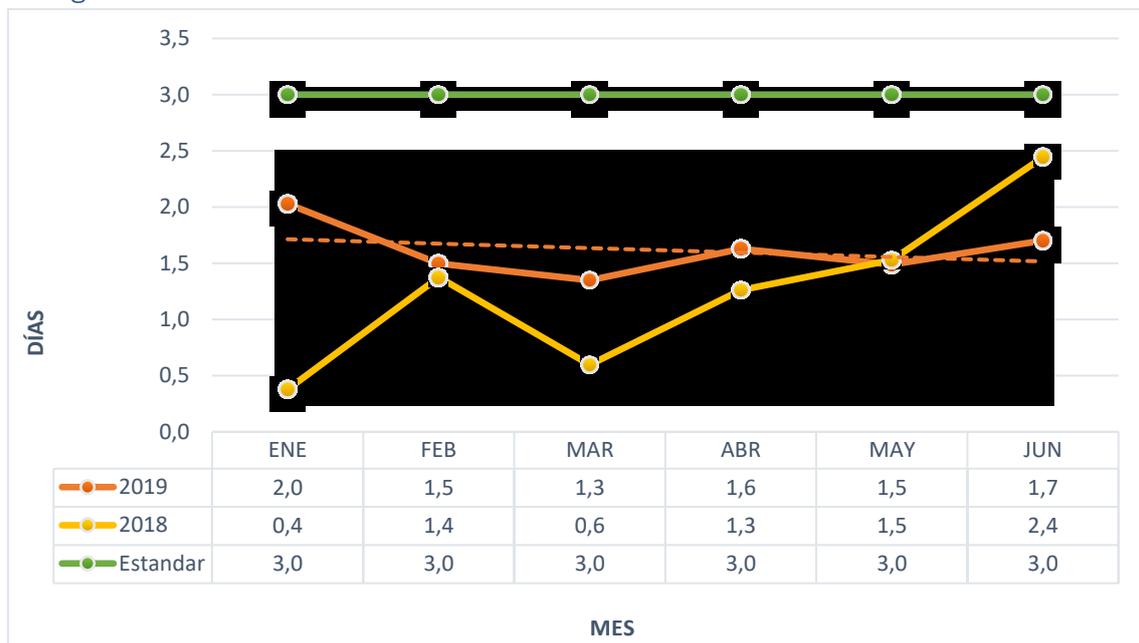


Gráfico 40 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General. Código P.3.2. Fuente tablero de indicadores institucional

Para el mes de junio se asignaron 14 citas de primera vez por odontología en Santa Rosa y 26 en Sativasur, un factor que aumenta la oportunidad de las citas, son los días festivos del mes.

7.3 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina interna. Código P.3.3

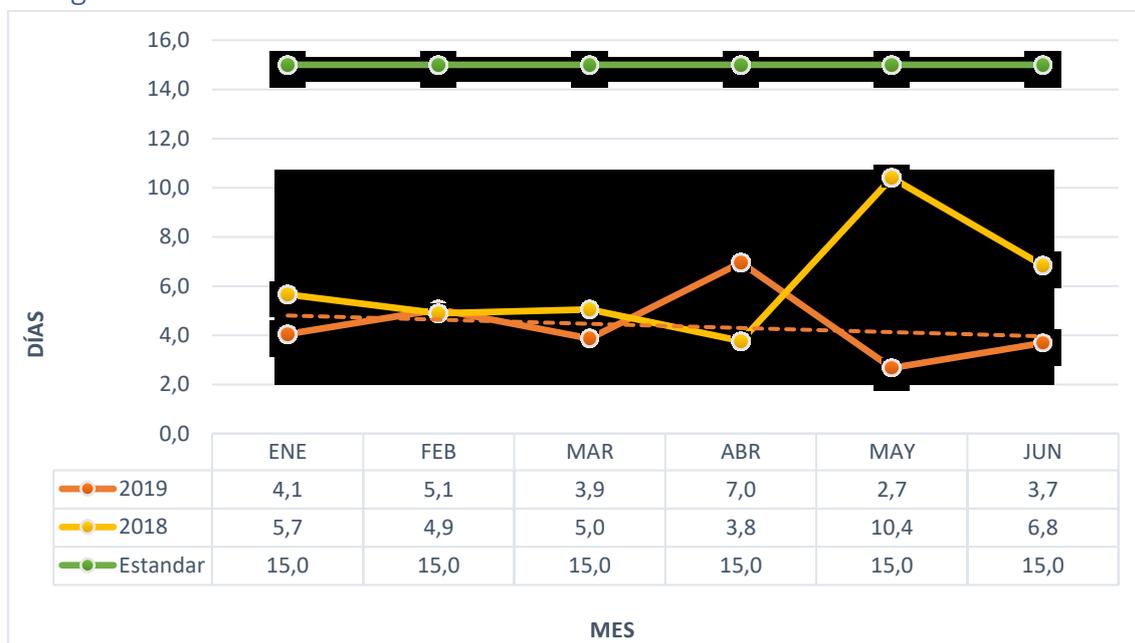


Gráfico 41 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina interna. Código P.3.3. Fuente tablero de indicadores institucional

El indicador de oportunidad para el primer semestre 2019 fue 4.3 días encontrándose dentro del rango establecido para el servicio de Medicina Interna por la Resolución 256 de 2016, se evidencia una mejoría del indicador con relación al mismo semestre del año 2018 que fue de 5.9 días.

Estrategias o medidas tomadas

Se organizo una agenda con los Médicos Internistas para garantizar consulta todos los días de lunes a viernes lo cual permitió dar una respuesta a la demanda del servicio para lograr el cumplimiento optimo del indicador para esta especialidad, adicionalmente se optimizo el horario de citas médicas presenciales y telefónicas

7.4 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría. Código P.3.4



Gráfico 42 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría. Código P.3.4. Fuente tablero de indicadores institucional

El indicador de oportunidad de consulta de Pediatría para el primer semestre 2019 fue de 3.2 días cumpliendo con el estándar establecido por la Resolución 256 de 2016, con una disminución con relación al primer semestre del año 2018 que fue de 3.7 días.

Estrategias o medidas tomadas

Se organizo una agenda con todos los Pediatras para ofertar consulta todos los días de lunes a viernes para dar respuesta al aumento de la demanda en la consulta como resultado del pico epidemiológico de ERA a través de la cual se logró garantizar una oportunidad adecuada a lo establecido por la normatividad. Adicionalmente se optimizo el horario de asignación de citas presenciales y telefónicas.

7.5 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología. Código P.3.5



Gráfico 43 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología. Código P.3.5. Fuente tablero de indicadores institucional

El indicador de oportunidad de consulta de Ginecología para el primer semestre de 2019 fue de 4.9 días manteniéndose en un valor similar al mismo periodo del año 2018.

Estrategias o medidas tomadas

Se organizo la agenda de las horas ofertadas por los Ginecólogos para garantizar consulta todos los días de lunes a viernes, adicionalmente se optimizo el horario de asignación de citas médicas presenciales y telefónicas lo cual nos ha permitido cumplir con el estándar de la resolución 256 para la oportunidad de consulta de esta especialidad.

7.6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia. Código P.3.6

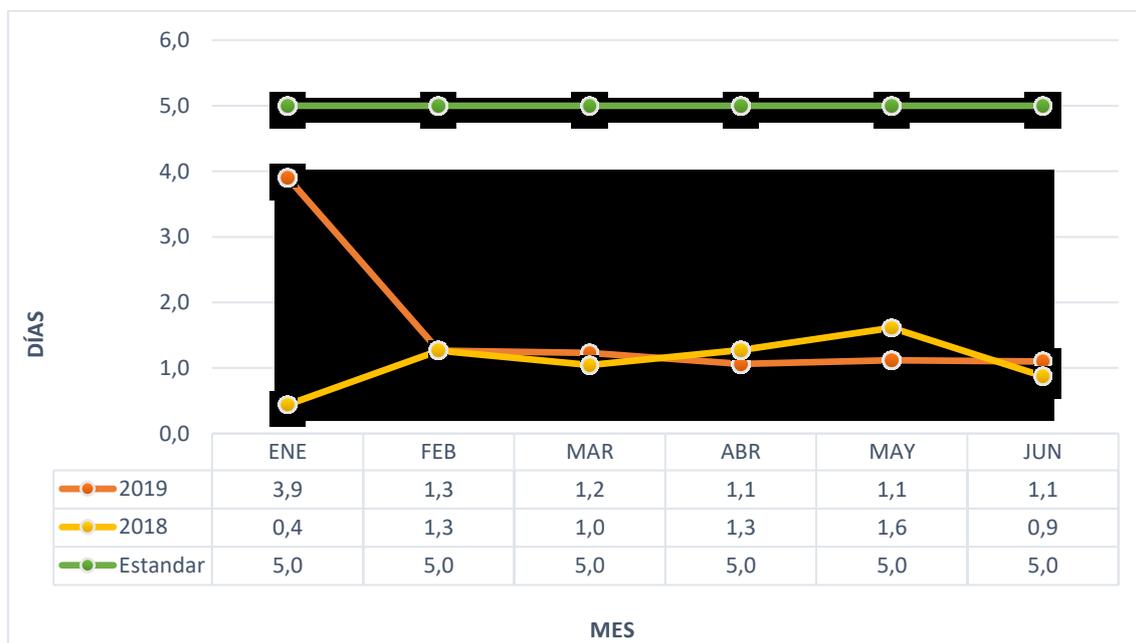


Gráfico 44 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia. Código P.3.6. Fuente tablero de indicadores institucional

El indicador de oportunidad de consulta de Obstetricia para el primer semestre de 2019 fue de 1.7 días con un incremento leve con respecto al mismo periodo del 2018 que fue de 1.1 días que es un estándar ideal para una IPS que está en tarea de certificarse como una institución IAMI.

Estrategias o medidas tomadas

Se organizo la agenda de los Ginecobstetras para garantizar la atención integral de las maternas de lunes a viernes y además se optimizo el horario del servicio de citas médicas priorizando las embarazadas y asignando una línea de celular para este grupo de pacientes.

7.7 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía general. Código P.3.7

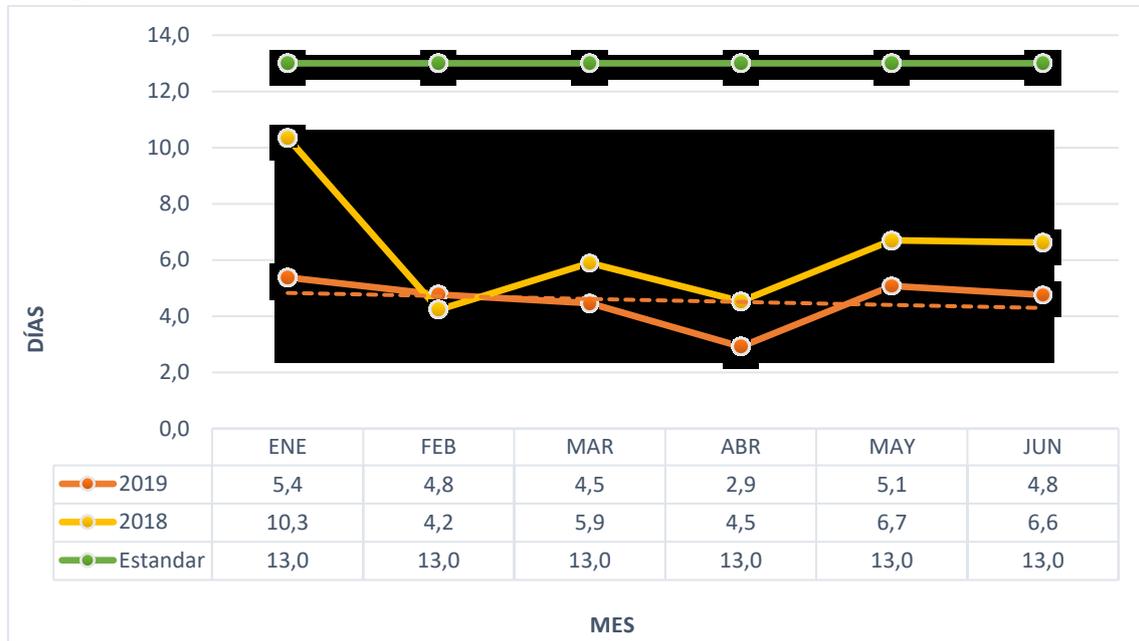


Gráfico 45 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía general. Código P.3.7. Fuente tablero de indicadores institucional

El indicador de oportunidad de consulta de cirugía general para el primer semestre de 2019 fue de 4.6 días cumpliendo con el estándar de la Resolución 2596 y evidenciando una disminución importante del mismo periodo del año 2018 que fue de 6.9 días.

Estrategias o medidas tomadas

Se organizo la oferta de horas de los cirujanos para garantizar consulta la mayoría de los días de lunes a viernes y adicionalmente se optimizo el horario de asignación de citas presenciales y telefónicas.

7.8 Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía. Código P.3.8

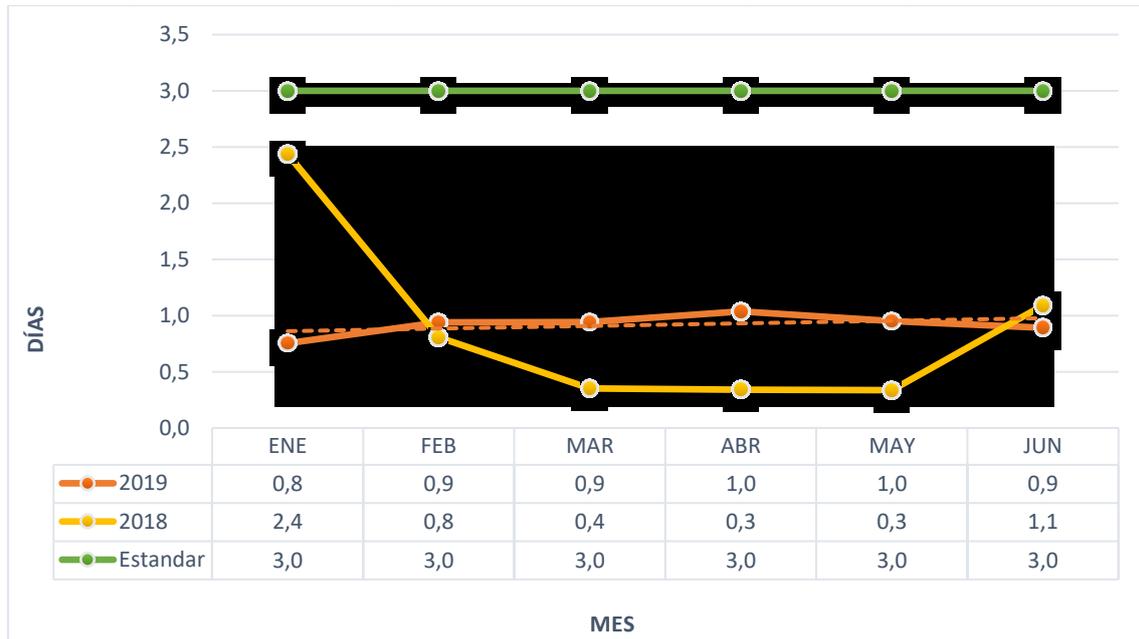


Gráfico 46 Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía. Código P.3.8. Fuente tablero de indicadores institucional

El tiempo promedio para la asignación de citas para la realización de ecografías en nuestra institución es de 0,9 días para el mes de JUNIO, la oportunidad acumulada para el segundo trimestre es de un día, oportunidad mensual institucional que se mantiene dentro de rangos recomendables. Pese al incremento significativo de usuarios en el servicio de imagenología.

Estrategias o medidas tomadas

Se le ha realizado seguimiento a la oportunidad de los tecnólogos y radiólogos del servicio de imagenología, en cuanto a la toma de estudios, lectura, entrega al usuario y/o cargue del reporte al sistema de MEDILAB, redundando en los indicadores de oportunidad del servicio de imagenología. En el segundo trimestre se realizaron jornadas de ecografías por parte de médicos ginecobstetras y médicos radiólogos y así mantener la oportunidad en el servicio.

7.9 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II. Código P.3.10

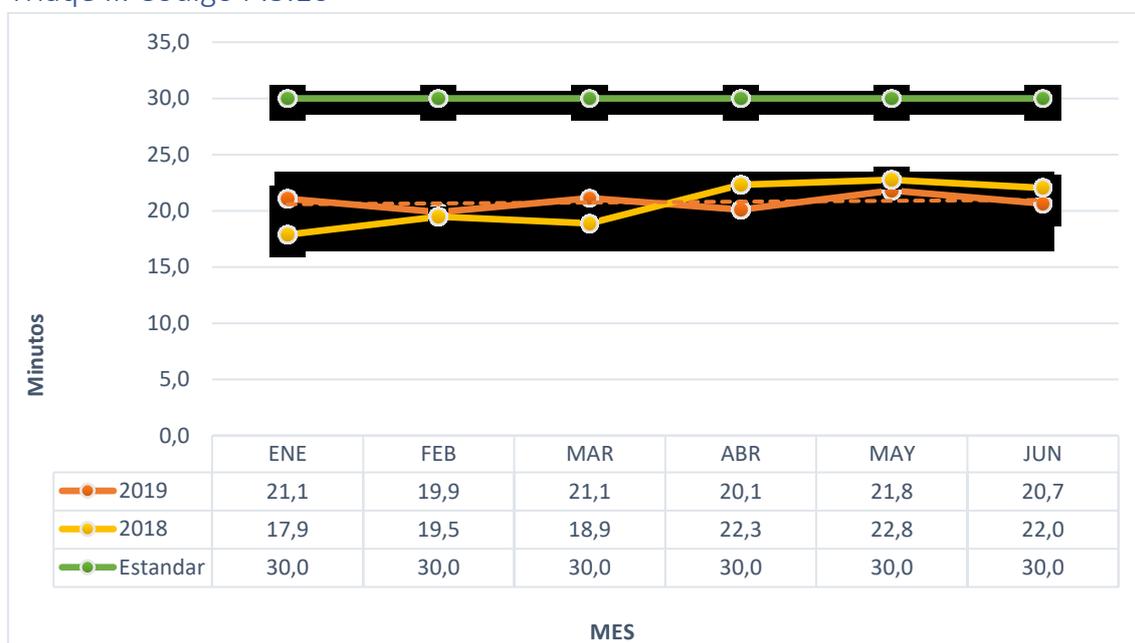


Gráfico 47 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II. Código P.3.10. Fuente tablero de indicadores institucional

Para el mes de junio de 2019 el indicador de Triage 2 Medicina General + Especialistas fue de 21.36 min. para el primer semestre de año 2019 se mantiene un promedio de 20.9 min, se encuentra controlado por debajo de 30 min. que es el estándar, y alrededor de los 20 min. que es nuestra meta institucional. En general la oportunidad para todos los triages en junio de 2019 comparativo con junio de 2018 se sostuvo en los mismos tiempos, no obstante que el número de pacientes comparativo en junio 2018 y junio de 2019 fue en aumento (323 pacientes y es la tendencia mensual para el periodo de tiempo que llevamos en este año.-. - Durante el periodo de año 2019 en comparativo a 2018 se ha aumentado en +/- 3.200 el Número de pacientes que consultan a urgencias. En junio de 2019 se detectó una inconsistencia en el informe de tiempo de oportunidad para consulta de pediatría la cual se reportó a oficina de sistemas para detectar las causas y realizar el respectivo seguimiento. -- Se continúa realizando acciones para el control de indicador, con todo el personal asistencial de urgencias y además para el control del alto flujo de pacientes hacia urgencias. -

Estrategias o medidas tomadas

A partir de Julio de 2019 se contará con un turno más de Profesional de Enfermería debido al gran aumento en la demanda de atención de consulta de urgencias. Se ha mejorado el proceso de egreso de urgencias hacia los servicios de hospitalización y ambulatorios con un Plan Piloto realizado por la Jefe de Gestión de Hospitalización. Se incremento en número de horas Médico y Auxiliar de Enfermería para el Servicio de Urgencias desde febrero de 2019. Continuar controlando el Triage 2 por debajo de 30 min. y cumpliendo nuestra meta institucional. Continuar socializando y Controlando Procedimiento Triage. Se continúan realizando acciones con el fin de Optimizar el recurso para controlar los tiempos de atención los cuales son prolongados para Triage 3, 4, 5. Sin embargo, es de anotar que, de acuerdo con la Normatividad



7.11 Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de Cadera. Código P.3.12



Gráfico 49 Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de Cadera. Código P.3.12. Fuente tablero de indicadores institucional

\*En el mes de junio se realizaron 6 reemplazos de cadera con una oportunidad de 11 días, para el mismo periodo en el año 2018 fue de 8,5 días, para una diferencia de 2,5 días más para el año 2019.

\*Se respeta el derecho del usuario a escoger que especialista desea le realice el procedimiento, el hospital tiene dos ortopedistas que realizan estos procedimientos.

Estrategias o medidas tomadas

- \*Definir estrategias de mercadeo y contratación para ofertar el servicio.
- \*Elaborar paquetes quirúrgico institucional para ver posibilidad de ser más competitivos y así se incrementen el número de estas cirugías en la institución.
- \*En las mesas de trabajo con médicos ortopedistas diseñar un folleto educativo para los usuarios sobre reemplazos articulares.
- \*Hacer el protocolo de reemplazos articulares.
- \*Trabajar en conjunto con seguridad del paciente para lograr incluir el protocolo ERAS.

7.12 Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS. Código 3.14

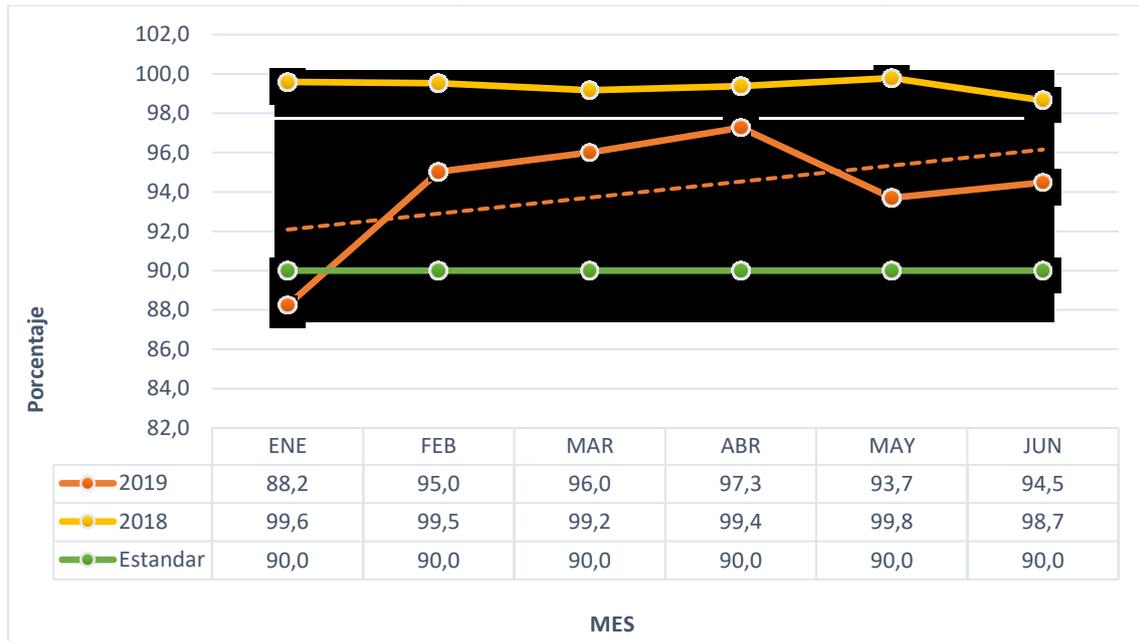


Gráfico 50 Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS. Código 3.14. Fuente tablero de indicadores institucional

7.13 Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo. Código P.3.15

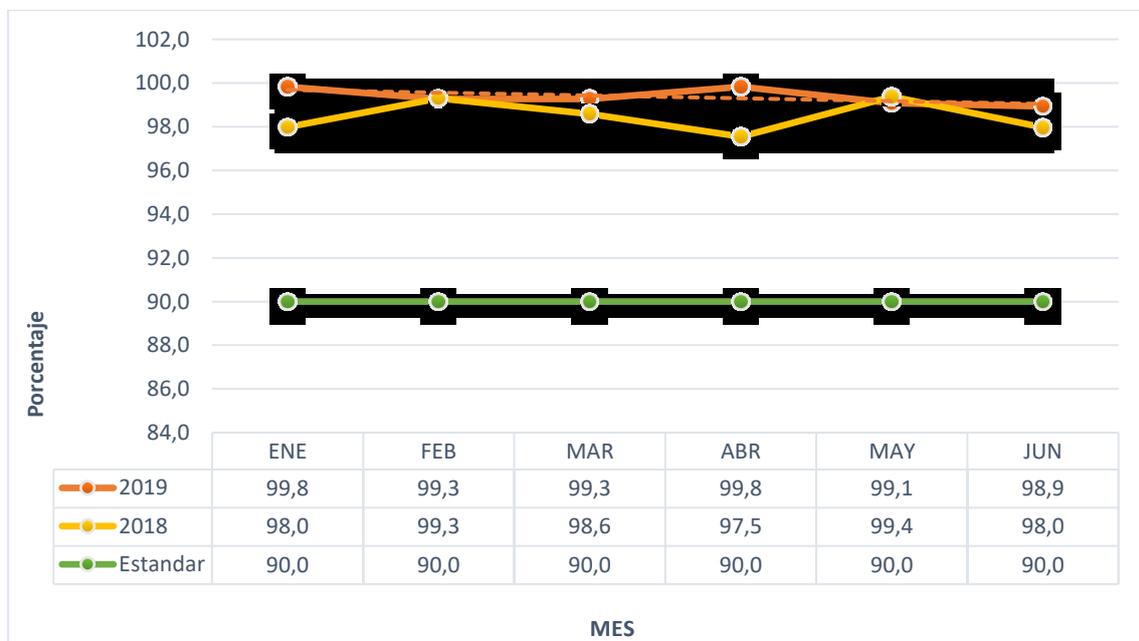


Gráfico 51 Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo. Código P.3.15. Fuente tablero de indicadores institucional