

Análisis de indicadores de la resolución 256 del 2016 y MASTER

PROCESO AUDITADO	Evaluación indicadores de la resolución 256 del 2016 y MASTER
AUDITORES	María Eufrasia Sandoval Pino, y Edna Mercedes López Molina
OBJETO	Realizar evolución indicadores de alerta temprana resolución 256 del 2018 y los Master
ALCANCE	Revisar la información entregada por el área de calidad
MARCO LEGAL	<p>Decreto 1011 del 2006, 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</p> <p>Decreto 1499 del 2017 por medio del cual se modifica el decreto 1083 del 2015, Decreto único Reglamentario del Sector Función pública, en lo relacionado con el sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la ley 1753 del 2015 "MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultado que atienda los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problema de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio</p> <p>Decreto 2193 del 2004, por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la ley 715 del 2001 y 17 de la ley 812 del 2003</p> <p>Resolución 0253 del 2016 Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud</p> <p>Resolución 123 del 2012, por el cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 del 2006 y se adopta el Manual de Estándares de la acreditación de estándares de acreditación ambulatoria y hospitalarios</p>



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
POPAYÁN

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

Oficina Asesora de Control Interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1

	Resolución 2003 del 2014, por el cual se definen los procedimientos y condiciones de la inscripción de los prestadores de Servicios de salud y habitación de los servicios de salud
	Resolución 408 del 2018 por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las Empresa Social del Estado del orden territorial su evolución por parte de la junta directiva y se dictan otras disposiciones
FECHA DE AUDITORIA	Inicio: 14 de marzo del 2019. Finaliza el 14 de marzo del 2019
METODOLOGIA	Solicita información al área de calidad mediante oficio. Verificación de cumplimiento de requerimiento realizado y las evidencias.
CRITERIOS DE AUDITORIA	Verificar el cumplimiento de los indicadores de la resolución 256 de 2016 y MASTER

El Hospital Universitario San José de Popayán ESE cuenta con un Sistema de Información para la Calidad eficiente que permite evaluar el desempeño y resultados de los procesos institucionales a través de indicadores definidos por los líderes con el fin de brindar una información objetiva para la toma de decisiones.

El master de la institución cuenta con indicadores administrativos y asistenciales, que son analizados por los líderes de los procesos de acuerdo a seguimientos trimestrales, semestrales o anuales. Asimismo, el proceso da respuesta a la normatividad nacional a través del reporte de los indicadores solicitados en las resoluciones 408 de 2018, 0256 de 2016 y Plan de Gestión – PGIR.

Durante el año 2018, se implementaron los indicadores institucionales según la directriz del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) con los cuales los procesos realizan autocontrol y toman las decisiones de carácter institucional.

En el primer semestre del año 2018, se realizó la primera depuración de indicadores quedando el resultado de la siguiente manera.

PROCESOS	AÑO 2017	AÑO 2018
ASISTENCIALES	226	145
ADMINISTRATIVOS	127	89
DIRECCIONAMIENTO	12	11
TOTAL	365	245

División de indicadores por procesos

Proceso	Nº indicadores
Sistema de Información y Atención al Usuario	3
Quirófano	6
Endoscopia	2
Laboratorio Clínico	10
Banco de Sangre	13
Consulta Externa	8
Convenio Docencia Servicio	4
Imágenes Diagnosticas	9
Seguridad y Salud en el Trabajo	5
Tesorería	3
Epidemiología	10
Cardiología	1
Gestión Documental	3
Gestión de Infraestructura	15
Gestión de la tecnología.	6
Neonatos	17
UCI Pediatría	17
Quemados Pediatría	10
UCI Adultos	17
UCIN Adultos	17
Urgencias Pediatría	8
Pediatría Salas	8
Traumatología	9



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN JOSE**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PAPIYAN
"Juntos mejoramos tu salud"
NIT 891.580.002-5

Oficina Asesora de Control Interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 1

Medicina Interna	9
Medico Quirúrgicas	9
Quirúrgicas	9

Indicador	Resultado I Trimestre	Resultado II trimestre	Resultado III Trimestre	Resultado IV Trimestre	TOTAL
Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	17	7	15	9	48
Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	10	7	7	8	32
Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	0	0	0	0	0
Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	1	1	0	0	2
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	2	5	3	3	13
Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	0	1	0	3	4
Tasa de úlceras por presión	24	31	24	38	117
Proporción de cancelación de cirugía	252	270	118	168	808
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	6	5	4	3	5

Se analiza:

- Que la oficina asesora de control interno no ha llegado la información de indicadores de calidad master de la institución que cuenta con indicadores administrativos y asistenciales, que son analizados por los líderes de los procesos de acuerdo a seguimientos trimestrales, semestrales y anuales.
- De los indicadores de la 256 del 2016, se debe realizar plan de mejoramiento de indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

- Capacitar al personal de enfermería sobre los 10 correctos de la aplicación de medicamentos.
- Brindar capacitación sobre la prevención de úlceras por presión.

Se sugiere:

- Realizar seguimiento a los indicadores que conducen a logro, el cumplimiento de los resultados propuesto por el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Capacitar a los coordinadores de los procesos para desarrollar la cultura de la medición soportada en la autoevaluación, la importancia de las evidencias y el mejoramiento continuo, para la toma de decisiones estratégicas y de gestión y así general información suficiente, confiable y oportuna para soportar la toma de decisiones estratégicas y de gestión
- En caso de que los indicadores no cumplan las metas establecidas, los coordinadores y líderes de calidad deben realizar un plan de mejora
- Fortalecer la comunicación de los resultados de los indicadores a todo el talento humano de la institución tanto asistenciales como administrativos, para crear el interés en su gestión y sus resultados.

Realizado por:


MARIA EUFRACIA SANDOVAL PINO.

Enfermera de apoyo asistencial oficina de control interno.

Entregado a:


EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA
Jefe de la oficina asesora de control interno