ACTA DE INFORME DE GESTION

JORGE ENRRIQUE TAMAYO
RED DE SALUD DEL CENTRO
E.S.E.

Período 2020 - 2023

Santiago de Cali, marzo del 2024

El acta Informe de gestión comprende la gestión de los recursos asistenciales, financieros, y administrativos que fueron desarrollados durante el desarrollo de mis funciones como Gerente de la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E durante el 15 de mayo del 2020 al 31 de marzo del 2023, conforme a las formalidades previstas en la ley 951 de 2005.

TABLA DE CONTENIDO.

INTRODUCCION O GENERALIDADES

1. COMPONENTE ASISTENCIAL 12

1.1. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE LA SUBGERENCIA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD. 12

1.1.1. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA 12

1.1.2. EVENTOS CENTINELA 17

1.1.3. CASOS DE DENGUE EN 2023 REPORTE SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE CALI 20

1.1.4. RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL 24

1.1.5. MATERNO PERINATAL 32

1.1.6. RIA CARDIOVASCULAR "CUIDA TU CORAZON" 39

1.1.7. INFORME DE VACUNACION 42

1.1.8. PROGRAMA TUBERCULOSIS RED DE SALUD CENTRO E.S.E 46

1.1.9. PROGRAMA HANSEN 57

1.1.10. RIA CANCER 66

1.1.10.1. CANCER DE CUELLO UTERINO – PROGRAMA POR TI MUJER 66

1.1.10.2. DETECCIÓN TEMPRANA CANCER DE MAMA 81

1.1.10.3. DETECCIÓN TEMPRANA CANCER DE PROSTATA 95

1. *Cobertura de ordenamiento. Población objeto año 2023.* 98

2. *Ordenamiento de Antígeno prostático por médico general a la población objeto de tamizaje. Año 2023.* 99

3. *Comparativo ordenamiento de Antígeno prostático. Año 2020 – 2023.* 100

4. *Seguimiento a la base de datos de ordenamientos de Antígeno Prostático a población objeto. Año 2023.* 101

***10. Tamizajes realizados Antígeno Prostático (PSA)* 105**

1.2. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE LA SUBGERENCIA CIENTÍFICA. 109

1.2.1. PROCESO DE ATENCION INTRAHOSPITALARIA 109

1.2.1.1. SERVICIO DE URGENCIAS 109

1.2.1.1.1. NÚMERO DE CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL URGENTES REALIZADAS EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 109

1.2.1.1.2. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE OPORTUNIDAD PARA EL TRIAGE II EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 113

1.2.1.2. SERVICIO DE PARTOS 116

1.2.1.2.1. COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE PARTOS ATENDIDOS EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 116

1.2.1.2.2. COMPARACIÓN DE LAS REMISIONES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS A OTROS NIVELES DE COMPLEJIDAD EN LOS AÑOS 2021, 2022 Y 2023. 117

1.2.1.2.3. COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE PARTOS ATENDIDOS SIN CONTROL PRENATAL EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 118

1.2.1.2.4. COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE TRAUMA OBSTÉTRICO EN PARTO VAGINAL EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 119

1.2.1.3. SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN 121

1.2.1.3.1. COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS DE LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 123

1.2.1.3.2. COMPARACIÓN DEL GIRO PROMEDIO DE CAMA HOSPITALARIA DE LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 124

1.2.1.4. INDICADORES DE CALIDAD PROCESO DE ATENCIÓN INTRAHOSPITALARIA 125

1.2.1.4.1. COMPARATIVO ANUAL ADHERENCIA A GUÍAS Y PROTOCOLOS ENTRE LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 125

1.2.1.4.2. REMISIONES EN EL AÑO 2023. 126

1.2.1.4.3. COMPARATIVO ANUAL DE TIEMPOS DE ATENCIÓN EN LAS DIFERENTES ETAPAS A USUARIOS CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 ENTRE LOS AÑOS 2020 HASTA 2023. 127

1.2.1.4.4. COMPARATIVO ANUAL DE TIEMPOS DE ATENCIÓN EN LAS DIFERENTES ETAPAS A USUARIOS CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 ENTRE LOS AÑOS 2020 HASTA 2023. 128

1.2.2. PROCESO DE ATENCION AMBULATORIA 129

1.2.2.1. ANTECEDENTES Y ESTRUCTURA ORGANIZATIVA 129

1.2.2.2. CONSULTA MÉDICA GENERAL Y ESPECIALIZADA 130

1.2.2.3. NÚMERO DE CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL DE ENERO A DICIEMBRE DE LOS AÑOS 2019, 2020, 2021, 2022 Y 2023. 130

1.2.2.4. NÚMERO DE CONSULTAS DE GINECOBSTETRICIA REALIZADAS DE ENERO A SEPTIEMBRE DE LOS AÑOS 2019, 2020, 2021, 2022 Y 2023. 131

1.2.2.5. NÚMERO DE CONSULTAS DE PEDIATRÍA REALIZADAS DE ENERO A SEPTIEMBRE DE LOS AÑOS 2019, 2020, 2021, 2022 Y 2023. 132

1.2.2.6. NÚMERO DE CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA REALIZADAS DE LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 134

1.2.2.7. NÚMERO DE CONSULTAS DE MEDICINA FAMILIAR DE LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 134

1.2.2.8. NÚMERO DE CONSULTAS DE OFTALMOLOGÍA DE LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 136

1.2.2.9. NÚMERO DE CONSULTAS DE PSIQUIATRÍA DE LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 137

1.2.2.10. NÚMERO DE CONSULTAS DE DERMATOLOGÍA DE ENERO A SEPTIEMBRE DE LOS AÑOS 2019, 2020, 2021, 2022 Y 2023. 138

1.2.2.11. NÚMERO DE CONSULTAS DE NUTRICIÓN DE LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 139

1.2.2.12. CUADRO 6. RESUMEN DE PRODUCCIÓN Y PRODUCTIVIDAD 140

1.2.2.13. INDICADOR DE OPORTUNIDAD EN ATENCIÓN 140

1.2.2.14. INDICADOR DE INASISTENCIA 143

1.2.2.15. RESUMEN DE INASISTENCIA 149

1.2.3. SERVICIO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMADA. 150

1.2.3.1. ANTECEDENTES Y ESTRUCTURA ORGANIZATIVA 150

1.2.3.2. COMPARACIÓN EN EL NÚMERO DE CONSULTAS DE PRIMERA VEZ REALIZADAS EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 152

1.2.3.3. COMPARACIÓN EN EL NÚMERO DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS URGENTES REALIZADAS EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 153

1.2.3.4. COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE SELLANTES REALIZADOS EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 154

1.2.3.5. COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE SUPERFICIES OBTURADAS EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 155

1.2.3.6. COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE EXODONCIAS REALIZADAS EN LOS AÑOS, 2020, 2021, 2022 Y 2023. 157

1.2.3.7. RESUMEN DE LA PRODUCCIÓN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DE LOS AÑOS, 2020, 2021, 2022 Y 2023. 158

1.2.3.8. COMPARACIÓN EL NÚMERO DE TRATAMIENTO TERMINADOS EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 158

1.2.3.9. COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE ADHERENCIA Y DILIGENCIAMIENTO A GUÍAS Y PROTOCOLOS DE ODONTÓLOGOS EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 160

1.2.3.10. COMPARACIÓN DE LOS INGRESOS POR PARTICULAR PERCIBIDOS POR EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 161

1.2.3.11. COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE PRODUCTIVIDAD DE LOS ODONTÓLOGOS EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 162

1.2.3.12. COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE PRODUCTIVIDAD DE HIGIENISTAS ORALES EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 163

1.2.3.13. PORCENTAJE DE INASISTENCIA A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA EN LOS AÑOS 2022 Y 2023. 164

1.2.3.14. PORCENTAJE DE INASISTENCIA A LA CONSULTA DE HIGIENE ORAL EN LOS AÑOS 2022 Y 2023. 165

1.2.3.15. COMPARACIÓN DEL TIEMPO PROMEDIO EN DÍAS PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA ODONTOLÓGICA EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023._____ 166

1.2.3.16. USO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL AÑO 2023. 167

1.2.4. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL. _____ 168

1.2.4.1. ANTECEDENTES Y ESTRUCTURA ORGANIZATIVA _____ 168

1.2.4.2. SERVICIO DE FISIOTERAPIA _____ 168

1.2.4.2.1. NÚMERO TOTAL DE ACTIVIDADES DE FISIOTERAPIA REALIZADAS EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023._____ 168

1.2.4.2.2. ACTIVIDADES POR MES DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA EN LOS AÑOS 2020, 2021,2022 Y 2023. _____ 169

1.2.4.2.3. COMPARACIÓN DE PRODUCTIVIDAD POR AÑOS 2020,2021,2022,2023 DE FISIOTERAPIA. _____ 170

1.2.4.2.4. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE OPORTUNIDAD PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE FISIOTERAPIA EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 171

1.2.4.2.5. COMPARATIVO POR MES DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE OPORTUNIDAD PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE FISIOTERAPIA EN LOS AÑOS 2020, 2021,2022,2023 _____ 172

1.2.4.3. SERVICIO DE FONOAUDIOLOGÍA _____ 173

1.2.4.3.1. NÚMERO DE ACTIVIDADES DE FONOAUDIOLOGÍA REALIZADAS EN LOS AÑOS 2020, 2021 2022 Y 2023._____ 173

1.2.4.3.2. COMPARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO DE FONOAUDIOLOGÍA POR MES EN LOS AÑOS 2020,2021.2022,2023 _____ 174

1.2.4.3.3. COMPARACIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD DEL SERVICIO DE FONOAUDIOLOGÍA EN LOS AÑOS 2020, 2021,2022 Y 2023._____ 174

1.2.4.3.4. COMPARACIÓN DE TIEMPO EN PROMEDIO PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE FONOAUDIOLOGÍA EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. _____ 175

1.2.4.3.5. COMPARACIÓN DE TIEMPO EN PROMEDIO MENSUAL PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE FONOAUDIOLOGÍA EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. _____ 176

1.2.4.4. TERAPIA OCUPACIONAL _____ 176

1.2.4.4.1. NÚMERO DE ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL REALIZADAS EN LOS AÑOS 2020, 2021 Y 2022._____ 177

1.2.4.4.2. COMPARACIÓN DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL POR MES EN LOS AÑOS 2021, 2022 Y 2023._____ 178

1.2.4.4.3. COMPARACIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD DEL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LOS AÑOS 2021, 2022 Y 2023. _____ 178

1.2.4.4.4. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE OPORTUNIDAD PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. _____ 179

1.2.4.4.5. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE OPORTUNIDAD PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE TERAPIA OCUPACIONAL MENSUAL, EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. _____ 180

1.2.4.5. PSICOLOGÍA_____ 180

1.2.4.5.1. NÚMERO DE ACTIVIDADES DE PSICOLOGÍA REALIZADAS EN LOS AÑOS 2020,2021 2022 Y 2023. _____ 181

1.2.4.5.2. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE OPORTUNIDAD PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PSICOLOGÍA EN LOS AÑOS 2020,2021,2022 Y 2023. ¡Error! Marcador no definido.

1.2.4.5.3. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE OPORTUNIDAD PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PSICOLOGÍA POR MES EN LOS AÑOS 2020,2021,2022 Y 2023. 182

1.2.4.6. TRABAJO SOCIAL _____ 182

1.2.4.6.1. NÚMERO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL REALIZADAS EN LOS AÑOS 2020,2021, 2022 Y 2023._____ 183

1.2.4.6.2. NÚMERO DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL REALIZADAS MENSUALES, EN LOS AÑOS 2020,2021, 2022 Y 2023._____ 183

1.2.4.6.3. COMPARACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE OPORTUNIDAD PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE TRABAJO SOCIAL LOS AÑOS 2020,2021, 2022 Y 2023. 184

1.2.4.7. LÍNEA 106 _____ 185

1.2.5. PROCESO DE APOYO DIAGNÓSTICO _____ 190

1.2.5.1. ANTECEDENTES Y ESTRUCTURA ORGANIZATIVA ¡Error! Marcador no definido.

1.2.5.2. SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO._____ 190

1.2.5.2.1. PRUEBAS PROCESADAS EN EL LABORATORIO CLÍNICO DE ENERO A DICIEMBRE EN LOS AÑOS 2019 A 2023 _____ 192

1.2.5.2.2. PACIENTES ATENDIDOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO EN LOS AÑOS 2020 HASTA 2023 _____ 193

1.2.5.2.3. CUADRO COMPARATIVO COSTOS REACTIVOS E INSUMOS LABORATORIO AÑOS 2020 A 2023_____ 194

1.2.5.2.4. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO_____ 195

1.2.5.2.5. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLINICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN LOS AÑOS 2020 A 2023_ 195

1.2.5.2.6. TIEMPO PROMEDIO DE SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIOS CLÍNICO HASTA SU INTERPRETACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE LOS AÑOS 2022- 2023_____ 196

1.2.5.2.7. OPORTUNIDAD ENTREGA DE RESULTADOS DE TROPONINA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN LOS AÑOS 2022 A 2023 _____ 197

1.2.5.2.8. TIEMPO PROMEDIO ETAPAS DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE IAH DESDE EL ORDENAMIENTO A LA INTERPRETACIÓN DEL EXAMEN DE TROPONINA ENERO A DICIEMBRE AÑO 2023 198

1.2.5.2.9. OPORTUNIDAD ENTREGA DE RESULTADOS AL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS AÑOS 2022 A 2023 199

1.2.5.2.10. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL REPORTE DE DATO CRITICO AL SERVICIO DE URGENCIAS EN LOS AÑOS 2021 A 2023 200

1.2.5.2.11. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALIDACIÓN DE EXÁMENES ESPECIALES DE LABORATORIO SYNLAB AÑO 2023 201

1.2.5.3. SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA. 201

1.2.5.3.1. NUMERO DE RAYOS X REALIZADOS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA 201

1.2.5.3.2. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA EN EL PERIODO AÑO 2020, 2021, 2022 Y 2023 202

1.2.5.3.3. OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE IMÁGENES RADIOLÓGICAS DE URGENCIAS EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023 204

1.2.5.3.4. CUADRO COMPARATIVO DE PRODUCCIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO REALIZADAS EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023. 205

1.2.5.4. INDICADORES DE GESTIÓN CONSOLIDADOS DE APOYO DIAGNÓSTICO EN LOS AÑOS 2020 A 2023 206

1.2.5.4.1. TIEMPO PROMEDIO DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS SEGÚN PRIORIDAD PARA FACTURAR EXÁMENES DE LABORATORIO AÑO 2023 207

1.2.5.4.2. TIEMPO PROMEDIO DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LABORATORIO YA FACTURADOS AÑO 2023 208

1.2.5.5. LABORATORIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR 209

1.2.5.5.1. COMPARATIVO PRUEBAS REALIZADAS LABORATORIO MOLECULAR EN EL PERIODO AÑOS 2022 A 2023 210

1.2.6. SERVICIOS DE REFERENCIA Y TRASLADO DE PACIENTES. 212

1.2.6.1. ANTECEDENTES Y ESTRUCTURA ORGANIZATIVA 212

1.2.6.2. REFERENCIA DE PACIENTES 215

1.2.6.2.1. NÚMERO DE REFERENCIAS REALIZADAS ENERO - DICIEMBRE AÑOS 2020 A 2023 215

1.2.6.2.2. GESTION DE UBICACIÓN DE LA REFERENCIA COMPORTAMIENTO AÑOS 2020-2023 216

1.2.6.2.3. ACTIVIDADES DE GESTION DE LA REFERENCIA AÑO 2023. 217

1.2.6.2.4. REFERENCIA POR DIAGNOSTICO AÑO 2023 217

1.2.6.2.5. REFERENCIA POR ESPECIALIDAD AÑO 2023 218

1.2.6.2.6. REFERENCIAS SEGÚN IPS ORIGEN AÑO 2023 219

1.2.6.2.7. REFERENCIAS SEGÚN IPS DESTINO AÑO 2023 _____ 220

1.2.6.2.8. TIEMPO PROMEDIO DE REFERENCIA AÑO 2021 – 2023 _____ 221

1.2.6.2.9. TIEMPO PROMEDIO DE UBICACIÓN EN HORAS POR EAPB. AÑO 2020 – 2023. 221

1.2.6.2.10. NUMERO DE CONTRAREMITIDOS AÑOS 2020-2023. _____ 222

1.2.6.2.11. CAUSA DE CONTRAREMISION AÑO 2023 _____ 222

1.2.6.3. TRASLADO DE PACIENTES _____ 223

1.2.6.3.1. TRASLADOS TOTALES - AÑOS 2020 - 2023 _____ 223

1.2.6.3.2. TIEMPO PROMEDIO EN MINUTOS DE TRASLADO AÑO 2020 – 2023 _____ 224

1.2.6.3.3. CANTIDAD DE CASOS ANUAL _____ 224

1.2.6.4. CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (CRUE MUNICIPAL) 225

1.2.6.4.1. RESUMEN EJECUTIVO DEL AÑO 2023. _____ 225

1.2.2. PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO _____ ¡Error! Marcador no definido.

2. DETALLE PORMENORIZADO SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS RECURSOS MATERIALES, FINANCIEROS Y HUMANOS ASÍ COMO LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES A SU CARGO, DEBIDAMENTE ACTUALIZADOS A LA FECHA DE LA ENTREGA. 226

2.2. SITUACIÓN DEL RIESGO FINANCIERO DE LA RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E. 226

1.2. RECURSOS FINANCIEROS _____ 227

1.3. INFORME DE GESTION DE INSUMOS. _____ 272

1.4. RECURSO HUMANO _____ 273

1.4.2. EJE DE TRANSFORMACIÓN CULTURAL _____ 280

Indicadores acumulados para transformación cultural de los 5 ejes de acreditación. __ 281

Presupuesto invertido en los años 2021, 2022 y 2023 _____ 285

1.5. DETALLE DE LOS PRESUPUESTOS, PROGRAMAS, ESTUDIOS Y PROYECTOS 293

1.6. INVERSIONES REALIZADAS _____ 293

1.6.2. INFRAESTRUCTURA _____ 293

1.6.2.1. COMUNA 8 _____ 303

1.6.2.1.1. HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS _____ 303

1.6.2.1.2. IPS PRIMITIVO CRESPO _____ 305

1.6.2.1.3. IPS DIEGO LALINDE _____ 306

1.6.2.2. COMUNA 9 _____ 308

1.6.2.2.1. IPS OBRERO ***308***

1.6.2.2.2. IPS BELALCAZAR ***310***

1.6.2.2.3. IPS BRETAÑA (RAMIRO GUERRERO) ***311***

1.6.2.3. COMUNA 10 ***312***

1.6.2.3.1. IPS CRISTOBAL COLÓN ***312***

1.6.2.3.2. IPS PANAMERICANO ***314***

1.6.2.3.3. IPS ALFONSO YOUNG ***315***

1.6.2.3.4. IPS DIVINO NIÑO (GUABAL) ***317***

1.6.2.4. COMUNA 11 ***318***

1.6.2.4.1. IPS LUIS H. GARCES ***318***

1.6.2.4.2. IPS AGUA BLANCA ***320***

1.6.2.4.3. IPS PRIMAVERA ***321***

1.6.2.5. COMUNA 12 ***322***

1.6.2.5.1. IPS RODEO ***322***

1.6.2.5.2. IPS DOCE DE OCTUBRE ***324***

1.6.2.5.3. IPS SANTIAGO RENGIFO ***325***

1.7. GESTION DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO ***326***

1.8. EQUIPOS *¡Error! Marcador no definido.*

1.9. GESTION DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO *¡Error! Marcador no definido.*

1.10. SISTEMAS DE INFORMACION Y SOFTWARE ***330***

1.11. OBRAS PÚBLICAS Y PROYECTOS EN PROCESO ***359***

1.12. REGLAMENTOS, MANUALES DE ORGANIZACIÓN, DE PROCEDIMIENTOS *¡Error! Marcador no definido.*

2. EN GENERAL, LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SITUACIÓN ADMINISTRATIVA, DESARROLLO, CUMPLIMIENTO O EN SU CASO DESVIACIÓN DE PROGRAMAS Y DEMÁS INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN RELATIVA QUE SEÑALE EL REGLAMENTO Y/O MANUAL DE NORMATIVIDAD CORRESPONDIENTE ***364***

3. MEJORAMIENTO ***406***

3.2. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD ***368***

3.2.2. HABILITACIÓN ***368***

3.2.3. ACREDITACION ***373***

3.2.4. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD ***381***

3.2.5. PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC) 381

3.3. SEGURIDAD DEL PACIENTE _____ 383

3.4. INFORMACION Y ATENCIÓN AL USUARIO_____ 396

4. GESTIÓN OFICINA DE CONTROL INTERNO _____ 411

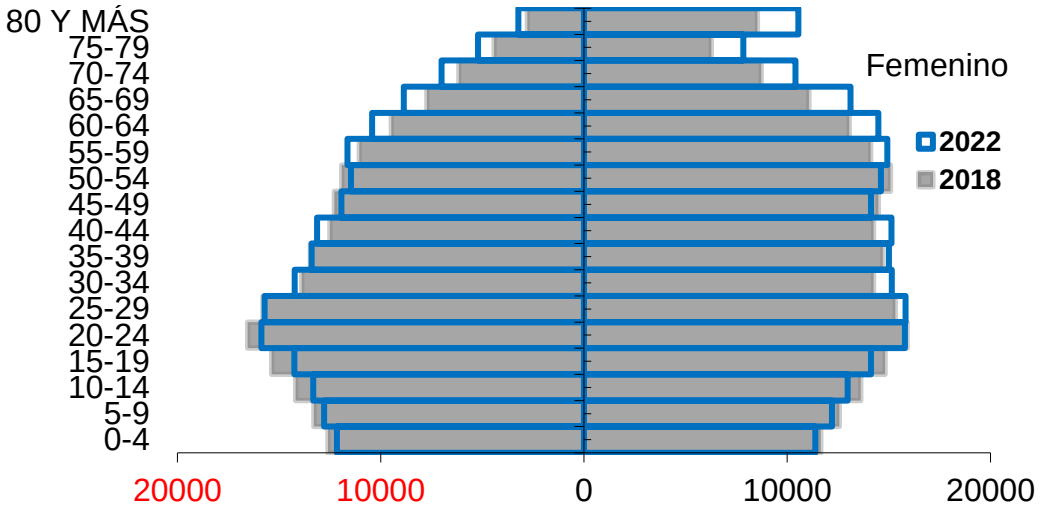
INTRODUCCION O GENERALIDADES

A continuación se suministra el informe de gestión Gerencial de la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E, bajo los lineamientos jurídicos de los servidores públicos del periodo 2020 a 2023, importante resaltar que mediante Decretos Nos .4112.010.20.0002 de Enero 1 de 2020 (periodo 1 de Enero hasta el 31 de Marzo de 2020) y 4112.010.20.0755 de Marzo 30 de 2020 (periodo 1 de Abril al 15 de Mayo de 2020), el Doctor Jorge Enrique Tamayo Naranjo fue nombrado como GERENTE ENCARGADO de la Red de Salud del Centro E.S.E. y mediante Decreto No. 4112.010.20.0858 de mayo 15 de 2020, para el período del 16 de Mayo de 2020 al 31 de Mayo de 2024, fue nombrado GERENTE de la Red de Salud del Centro E.S.E.

1. COMPONENTE ASISTENCIAL

1.1. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE LA SUBGERENCIA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

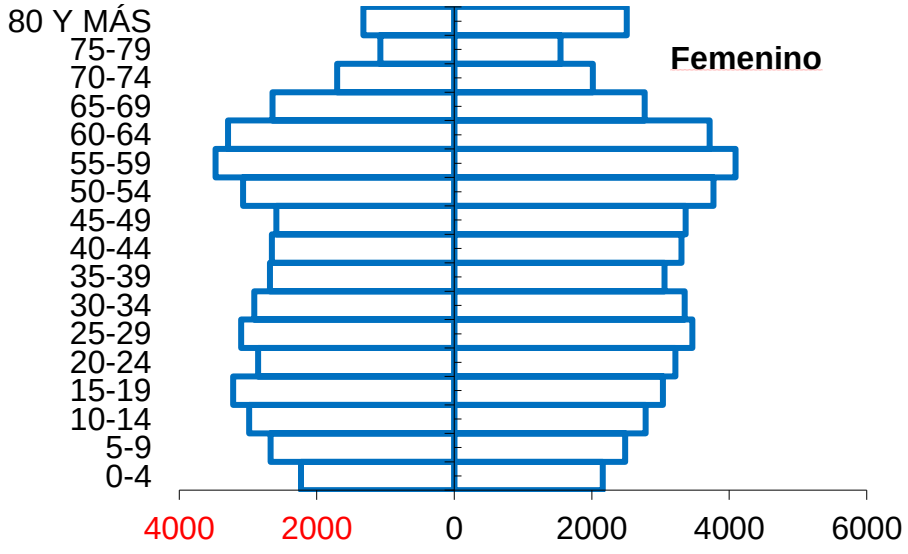
1.1.1. Vigilancia Epidemiológica



Se realiza el comparativo de la población de la zona de influencia de la ESE Centro comparando los periodos de 2018 vs 2022 que es la última proyección que se tiene. Se presenta una disminución de la base poblacional, indicando un decremento en la natalidad lo que se reflejará en una tasa de recuperación que disminuirá. Se observa un incremento en las edades superiores a los 30 años, y se mantiene esa tendencia con el tiempo hasta llegar a edades superiores donde aumenta la esperanza de vida.

Índice Demográfico	Año 2022						
	Cali	ESE Centro	Comuna 8	Comuna 9	Comuna 10	Comuna 11	Comuna 12
Población total	2.280.907	425.292	100.702	37.341	105.232	111.731	70.286
Población Masculina	1.052.717	197.681	46.504	17.265	47.453	53.522	32.936
Población femenina	1.228.190	227.612	54.198	20.076	57.779	58.209	37.350
Mujeres en edad reproductiva de 15 a 44 años	1.010.062	177.593	41.830	13.889	44.148	46.928	30.799
Menor 5 año	155.528	23.535	4.928	2.310	5.070	7.152	4.075
Menor de 15 años	471.258	74.825	16.354	6.478	16.508	22.211	13.274
Jóvenes 15-29	531.740	91.567	21.045	7.478	22.859	24.443	15.742
Vejez >65	278.928	69.300	17.285	7.171	17.613	16.689	10.542
Adultos 15-64	1.530.721	281.168	67.063	23.692	71.111	72.831	46.470
Relación hombres:mujer	86	87	86	86	82	92	88
Razón ninos:mujer	154	133	118	166	115	152	132
Índice de infancia	21	18	16	17	16	20	19
Índice de juventud	23	22	21	20	22	22	22
Índice de vejez	12	16	17	19	17	15	15
Índice de envejecimiento	59	93	106	111	107	75	79
Índice demográfico de dependencia	49	51	50	58	48	53	51
Índice de dependencia infantil	31	27	24	27	23	30	29
Índice de dependencia mayores	18	25	26	30	25	23	23
Menor 19 años	639.945	103.199	22.791	8.829	23.380	29.938	18.261
Población 30-49	613.604	112.068	27.184	8.651	27.975	28.985	19.273
Índice de Friz	104	92	84	102	84	103	95

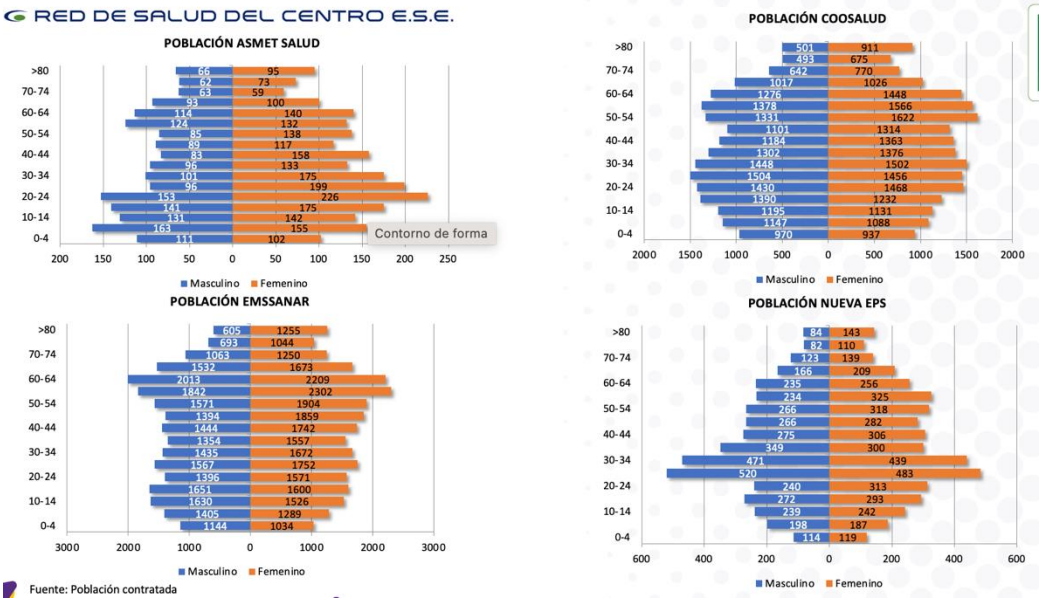
Las diferentes comunas de la ESE Centro presentan unos parámetros poblacionales específicos dentro de los indicadores sociodemográficos más referentes. La comuna 8 y 10 tiene la población menos joven y la comuna 11 y 12 tiene a mayor cantidad de población joven. Se destaca la comuna 9 con la población de mayor edad lo que va correlacionado con un mayor índice de envejecimiento. Existe tres comunas que manejan poblaciones similares que no diferencian entre ellas por más de 10.000 habitantes, estas son la comuna 8 con 100.702 personas, la comuna 10 con 105.232 personas y la comuna 11 con 111.731 habitantes. La otras dos, la 12, tiene 70.286 habitantes y la 9, con 37.341 habitantes.



La población dada por la EPS está en un proceso regresivo, con una base reducida que se amplía a medida que la edad aumenta y finalmente en la mayoría de edad se reduce. Este tipo de población se presenta en poblaciones de países desarrollados, peor que para nuestro caso aún estamos transformándonos en ello. Como van las tendencias poblacionales se reducirá más la población que nace y la esperanza de vida será mayor con años futuros.

POBLACIÓN OBJETO POR EAPB A SEPTIEMBRE DE 2023						
CURSO DE VIDA	NUEVA EPS	ASMET SALUD	COOSALUD	EMSSANAR	TOTAL	%
Priemera infancia	317	260	2363	2662	5602	5%
Infancia	461	390	2663	3439	6953	7%
Adolescencia	677	328	2971	3882	7858	8%
Juventud	1564	767	6284	6939	15554	15%
Adultez	4032	1480	17154	20719	43385	42%
Vejez	1547	865	8759	13337	24508	24%
Total	8598	4090	40194	50978	103860	100%
%	8.3%	3.9%	38.7%	49.1%	100.0%	

Se tiene una mayor carga de la población en la edad de adultez, lo cual se espera que suceda ya que tiene la mayor amplitud en las edades. La población adolescente y menos a esta son de una carga baja a la población total, sumando el 20%. La nueva EPS tiene una mayor carga diferencial de población adultez en comparación con las demás EPS.



Asmet Salud: Tiene diferentes distribuciones según el sexo, donde las mujeres están en fase regresiva inicial, donde la base aun es amplia, si hay incremento en las edades de la población adolescente o juventud tiene una reducción en la adultez y vejez. La población masculina tiene fases estacionarias en diferentes momentos y en general también mantienen esta estructura.

Coosalud: Marca el cambio de una población progresiva a estacionaria, es la segunda población más grande vinculada con la ESE Centro con 40194 personas con alto número en la población económicamente activa.

Emssanar: Es la población que presenta la mayor tendencia a una población progresiva y simétrica por sexo. Se va expandiendo desde una base estrecha hasta la edad de 64 años donde inicia una reducción por la mortalidad y como se visualiza en las demás poblaciones es más notoria en los hombres la rápida reducción que en las mujeres.

Nueva EPS: Baja natalidad, donde un grupo se marca la cantidad diferencial con el resto de los grupos (25 a 35). Baja la cantidad de la población de manera normal como se presenta en las otras EPS por el ciclo natural de la vida.

DIAGNOSTICOS AÑO 2023 GRANDES CAUSAS	FEMENINO		MASCULINO		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Enfermedades del Sistema cardiocirculatorio	31384	22.8 %	15549	19.0 %	46933	21. 4%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.	17288	12.6 %	8065	9.9 %	25353	11. 6%
Síntomas y observaciones clínicas o de laboratorio anormales no clasificados en otras partes	14035	10.2 %	8068	9.9 %	22103	10. 1%
Enfermedades del Sistema digestivo	11854	8.6%	7511	9.2 %	19365	8.8 %
Enfermedades del Sistema genitourinario	10248	7.5%	5109	6.2 %	15357	7.0 %
Lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos	6602	4.8%	7758	9.5 %	14360	6.5 %
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo.	9478	6.9%	4103	5.0 %	13581	6.2 %
Enfermedades infecciosas y parasitarias	6189	4.5%	5824	7.1 %	12013	5.5 %
Enfermedades del Sistema respiratorio	5961	4.3%	5474	6.7 %	11435	5.2 %
Trastornos mentales y del comportamiento.	4683	3.4%	3906	4.8 %	8589	3.9 %
Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	3303	2.4%	2650	3.2 %	5953	2.7 %
Enfermedades del Sistema nervioso.	3579	2.6%	2003	2.4 %	5582	2.5 %
Enfermedades del ojo y sus anexos.	2423	1.8%	1713	2.1 %	4136	1.9 %
Enfermedades del embarazo, parto y puerperio	3470	2.5%	20	0.0 %	3490	1.6 %

Enfermedades del oído y de la apófisis mastoidea	2121	1.5%	1345	1.6 %	3466	1.6 %
Neoplasias	2138	1.6%	1043	1.3 %	3181	1.5 %
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1489	1.1%	655	0.8 %	2144	1.0 %
Causas externas de mortalidad y morbilidad	724	0.5%	549	0.7 %	1273	0.6 %
Enfermedades congénitas, malformaciones y alteraciones cromosómicas	425	0.3%	331	0.4 %	756	0.3 %
Enfermedades del feto y recién nacido	144	0.1%	140	0.2 %	284	0.1 %
Total	**137538**	**63%**	**81816**	**37%**	**219354**	

Las principales causas de consulta se centran en las enfermedades del sistema circulatorio, marcado en la población adulta mayor. Le siguen las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con pacientes de alto peso en la mayoría y una minoría de bajo peso. Se debe de reforzar el trabajo en lo que corresponde a la clasificación de causas mal definidas que no permiten una visualización completa de la morbilidad de la ESE, mediante las auditorias y seguimientos a el personal asistencial que lo ajuste al momento de los seguimientos o egreso.

DIAGNOSTICOS AÑO 2023 CAUSAS INDIVIDUALES	FEMENINO		MASCULINO		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	26863	19.5 %	11755	14.4 %	38618	17.6%
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION COMPLIC	4942	3.6%	2504	3.1%	7446	3.4%
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION COMPLICACI	3604	2.6%	2009	2.5%	5613	2.6%
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	2761	2.0%	1214	1.5%	3975	1.8%
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	2202	1.6%	997	1.2%	3199	1.5%
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1747	1.3%	1294	1.6%	3041	1.4%
HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	1965	1.4%	439	0.5%	2404	1.1%
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	1497	1.1%	745	0.9%	2242	1.0%
INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	1241	0.9%	989	1.2%	2230	1.0%
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	1167	0.8%	879	1.1%	2046	0.9%
CARIES DE LA DENTINA	1174	0.9%	719	0.9%	1893	0.9%
GINGIVITIS AGUDA	1131	0.8%	704	0.9%	1835	0.8%
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	1228	0.9%	600	0.7%	1828	0.8%
DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	1187	0.9%	222	0.3%	1409	0.6%
CEFALEA	1025	0.7%	334	0.4%	1359	0.6%
DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	838	0.6%	518	0.6%	1356	0.6%
DEPOSITOS [ACRECIONES] EN LOS DIENTES	810	0.6%	509	0.6%	1319	0.6%
MAREO Y DESVANECIMIENTO	879	0.6%	373	0.5%	1252	0.6%
OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	942	0.7%	280	0.3%	1222	0.6%
OTROS DIAGNSOTICOS	80335	58.4 %	54732	66.9 %	135067	61.6%
Total	**137538**	**63%**	**81816**	**37%**	**219354**	

Se observa de manera individual que la Hipertensión es el diagnóstico más frecuente con un 17,6% dentro de las 15 primeras causas. Continua de segunda causa otra enfermedad degenerativa que es la Diabetes, seguido de las infecciones urinarias en tercer lugar que es el que más aporta de las enfermedades genitourinarias. La diabetes tanto insulinodependiente y no insulinodependiente es de gran peso y en la población adulta con mayor peso.

Indicadores SIVIGILA (Comparativo AÑOS 2020 A 2023)

TIPO DE NOTIFICACION	META	AÑO 2020			AÑO 2021			AÑO 2022			AÑO 2023		
NOTIFICACION INMEDIATA	1	3864	674	5,73	34628	1155	29,98	5236	1072	4.88	474	576	0.82
NOTIFICACION SEMANAL	8	8430	668	12,62	26953	454	59,37	2096	859	2.44	879	1088	0.81
CUMPLIMIENTO	90%	179	182	98,3%	173	194	89,1%	830	832	99.8%	780	782	99.7%
RIESGO DE SILENCIO	0%	0	572	0,00%	9	596	1,5%	0	832	0,00%	0	782	0,00%
RIESGO DE NOTIFICACION NEGATIVA	0%	3	572	0,52%	21	596	3,5%	2	832	0,16%	2	782	0;26 %

Para 2023 la notificación inmediata y semanal se realiza en menos de un día, se llegó a un cumplimiento del 99.7% manteniendo valores del año anterior, se cumple con las notificaciones de manera semanal y se presentaron unas notificaciones negativas por cierre de una IPS por dos semanas.

1.1.2. Eventos Centinela

EVENTOS CENTINELA	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PERIODO	ANUAL						
BPN<2500GRS	3	3	4	4	0	2	4
OMAS<5 AÑOS	6	6	8	5	3	7	11
HOSP IRA 3-5 AÑOS	11	6	6	1	2	7	8
HOSP EDA 3-5 AÑOS	6	5	0	0	3	2	2
MUERTE MATERNA	1	0	0	2	0	0	0
MUERTE POR MALARIA	0	0	0	0	0	0	0
MUERTE POR DENGUE	0	0	0	0	0	0	0
EXPOSICION A FLUOR	6	0	0	0	0	0	0
TOTAL	33	20	18	12	8	18	25

Siete (7) casos más en 2023 en comparación con el año anterior, de este total el evento que más contribuyó a esta alza fue la Otitis Media Supurativa Aguda (OMAS) con un incremento de 4 casos, donde los retrasos de los cuidadores de los menores fueron la principal causa de la presentación de esta complicación; lo que implica para la ESE trabajar más en el programa de Crecimiento y Desarrollo para concientizar a los cuidadores de signos y síntomas de esta patología.

Indicadores Certificados De Nacimientos Y Defunciones

Nombre indicador	Formula indicador	Formula indicador	Año 2022	Año 2023
Oportunidad en el ingreso de certificados de nacido Vivo	Proporción del Nacimientos con certificado de nacido vivo registrado en RUAF en un tiempo menor a 24 horas/Total de nacimientos reportados en el periodo evaluado	Numerador	72	80
		Denominador	76	80
		TOTAL (Meta > 95%)	95%	100%

Nombre indicador	Formula indicador	Formula indicador	Año 2022	Año 2023
Oportunidad en el ingreso de certificados de defunción	Proporción del número de fallecimientos con certificado de defunción registrados en RUAF en un tiempo menor a 24 horas/Total de defunciones presentadas en el periodo evaluado	Numerador	288	217
		Denominador	289	227
		TOTAL (Meta > 95%)	99%	96%

Nombre indicador	Formula indicador	Formula indicador	Año 2022	Año 2023
Porcentaje de Calidad en el registro de certificados de nacido vivo	Proporción del total de certificados de nacido vivo diligenciados adecuadamente/Total de certificados de nacido vivo diligenciados en el periodo evaluado	Numerador	76	80
		Denominador	76	80
		TOTAL (Meta > 95%)	**100%**	**100%**

Nombre indicador	Formula indicador	Formula indicador	Año 2022	Año 2023
Porcentaje de Calidad en el registro de certificados de defunción	Proporción del total de certificados de defunción diligenciados adecuadamente / Total de defunciones presentadas en el periodo evaluado	Numerador	285	217
		Denominador	289	227
		TOTAL (Meta > 95%)	**98.6%**	**96%**

Se presenta un ingreso de los certificados tanto de nacidos vivos como de defunción con una oportunidad de 100% 96% respectivamente, esto no llega a 100% por demoras en defunciones donde se espera para determinar adecuadamente las causas de defunción, esto no ha demorado más de dos días en los diferentes casos y se ha trabajado con los médicos en mejorar la realización de la cadena causal de defunción.

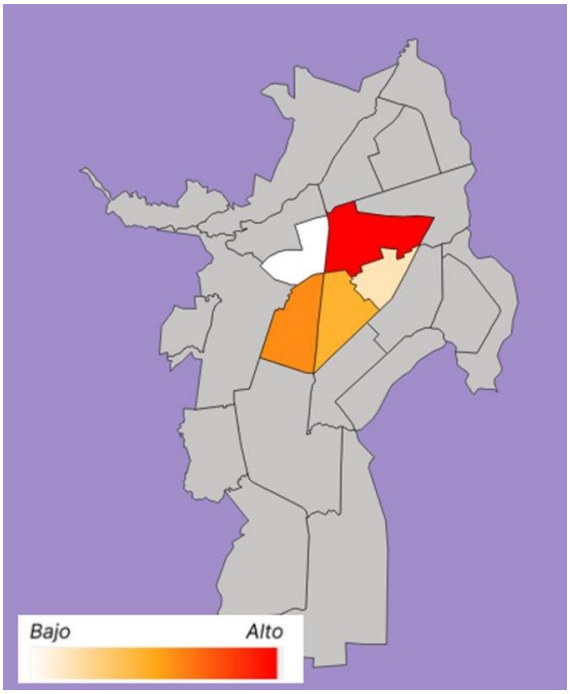
La calidad de los certificados en nacidos vivos está al 100%, en defunciones las causas de mortalidad son las que presentan problemas en la cadena lógica de defunción y esto ha generado demoras tanto en el ingreso como en la calidad del certificado, se continuara con el refuerzo de este tema con los médicos del servicio de intrahospitalaria.

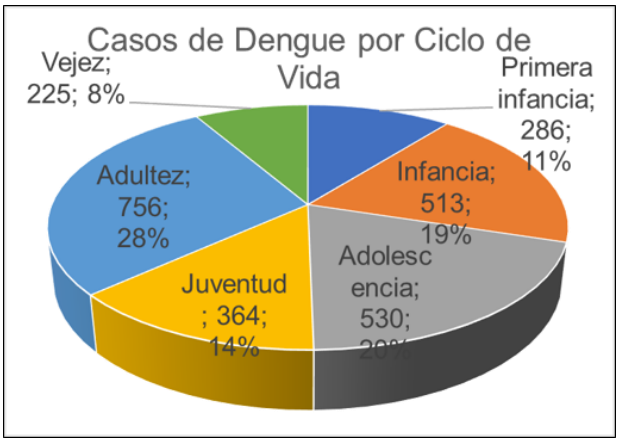
Notificación De Eventos De Interés En Salud Pública Sivigila 2020 A 2023

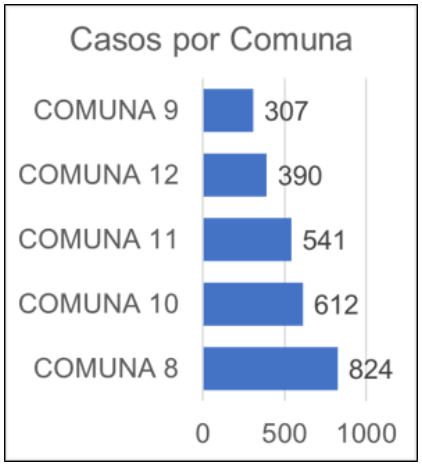
EVENTO	AÑO 2020	EVENTO	AÑO 2021	EVENTO	AÑO 2022	EVENTO	AÑO 2023
IRA POR VIRUS NUEVO	**1674**	IRA POR VIRUS NUEVO	**1448**	VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	**524**	VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	**511**
DENGUE	**572**	VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	**415**	IRA POR VIRUS NUEVO	**419**	DENGUE	**372**
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	**267**	DENGUE	**301**	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	**178**	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	**164**
VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	**158**	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	**159**	DENGUE	**124**	TUBERCULOSIS	**148**
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	**67**	CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	**109**	INTENTO DE SUICIDIO	**120**	INTENTO DE SUICIDIO	**142**
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	**64**	TUBERCULOSIS	**92**	TUBERCULOSIS	**119**	VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	**79**
TUBERCULOSIS	**52**	INTENTO DE SUICIDIO	**77**	CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	**113**	CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	**62**
SIFILIS GESTACIONAL	**42**	SIFILIS GESTACIONAL	**38**	VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	**89**	VARICELA INDIVIDUAL	**46**
VARICELA INDIVIDUAL	**31**	MALARIA	**22**	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	**87**	DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	**35**
CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	**29**	LEPRA	**18**	VARICELA INDIVIDUAL	**63**	SIFILIS GESTACIONAL	**29**
OTROS EVENTOS	**86**	OTROS EVENTOS	**46**	OTROS EVENTOS	**157**	OTROS EVENTOS	**67**
TOTAL EVENTOS	**3042**		**2725**		**1993**		**1655**

La violencia es el principal evento de notificación para el año 2023 y esto se ha mantenido en los años anteriores donde se mantienen dentro de las 3 primeras causas, esto mismo ocurre con el dengue donde el 2023 está de segundo y estar en brote, no supera lo alcanzado los 572 casos de 2020. La agresión por animales principalmente la mordida de perro fue en personal adulta y casos no graves. La tuberculosis sigue siendo un evento de alta incidencia para nuestra población, con un alto trabajo en la minimizando las perdidas ya que se tiene un porcentaje de la población que es habitante de calle. Es preocupante el aumento de intentos de suicidios con una tendencia positiva y más en población joven.

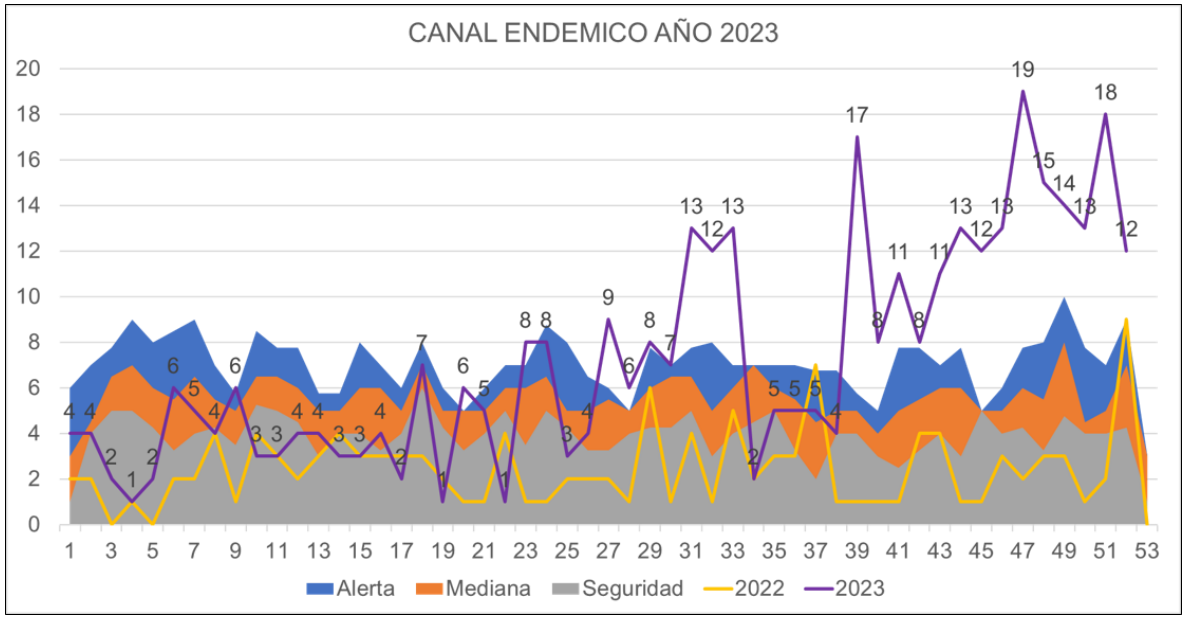
1.1.3. Casos De Dengue En 2023 Reporte Secretaría De Salud Distrital De Cali







Se tiene un incremento en los casos que son reportados por la comuna 8, donde este aporte fue significativo a partir del mes de diciembre, llegando a ser la comuna con más reportes a inicios de 2024 en todo Cali. Aunque la población más afectada es la de adultez, son los menores de 14 años los que presentan mayor gravedad en su sintomatología y recurren atenciones en niveles superiores.



El canal endémico nos permite realizarle un seguimiento a un evento y poder identificar en qué momento inicia un alza o descenso en el número del evento a medir. Se observa que en la semana 27 (Julio) ya marcaba un incremento, el cual ya para el mes de octubre puede considerarse un brote para la ESE la cual es solo un reflejo de lo que ocurre a nivel del Distrito.

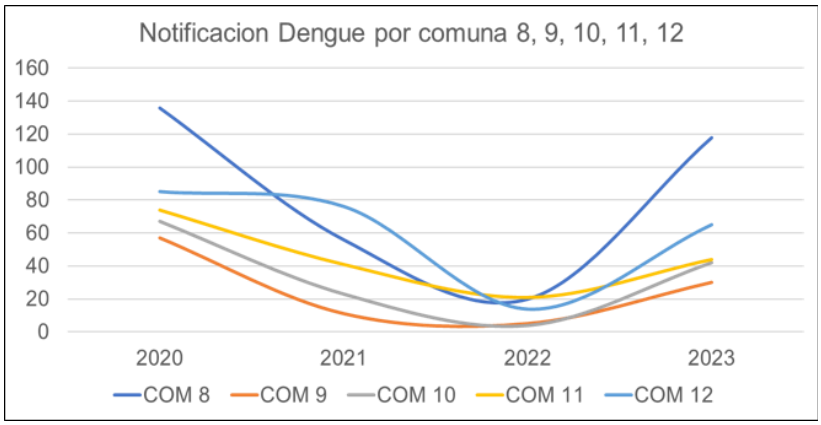
Ciclo de Vida	Dengue sin signos de alarma		Total Dengue sin signos de alarma		Dengue con signos de alarma		Total Dengue con signos de alarma		Dengue grave		Dengue Grave		Total general	
	F	M			F	M			F	M				
Adolescencia(12-18)	15 (44%)	19(56%)	34	36%	28(46%)	33(54%)	61	64%	0	0	0	0%	95	26%
Juventud(19-28)	11(44%)	14(56%)	25	29%	35(58%)	25(42%)	60	71%	0	0	0	0%	85	23%
Adultez(29-59)	15(60%)	10(40%)	25	30%	28(49%)	29(51%)	57	69%	0	1	1	1%	83	22%
Infancia(6-11)	12(48%)	13(52%)	25	49%	14(54%)	12(46%)	26	51%	0	0	0	0%	51	14%
Vejez(+60)	7(41%)	10(59%)	17	43%	10(43%)	13(57%)	23	58%	0	0	0	0%	40	11%
Primera Infancia (0-5)	5(38%)	8(62%)	13	72%	1(20%)	4(80%)	5	28%	0	0	0	0%	18	5%
Total general	**65(47%)**	**74(53%)**	**139**	37%	**116(50%)**	**116(50%)**	**232**	62%	0	0	1	0	**372**	100%

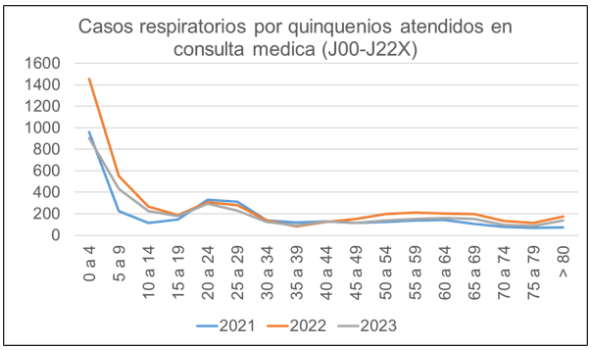
Esta información es solo de lo reportado por la ESE Centro a la secretaria por el mecanismo de SIVIGILA, de los cuales los pacientes con signos de alarma presentan una tendencia a edades superiores a 12 años, donde esta misma tendencia no se marca en los casos de dengue sin signos de alarma.

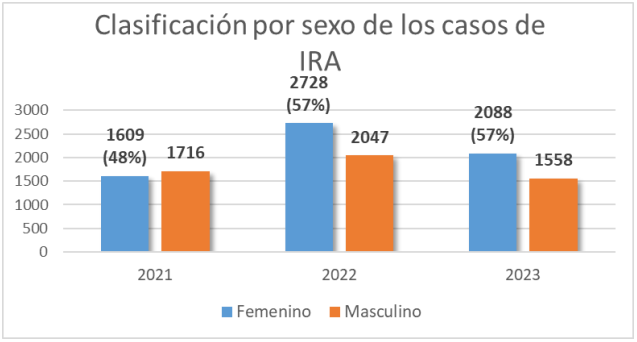
Clasificación	Ambulatorio	Hospitalización	Total general
Dengue sin signos de alarma	135	4	139
Dengue con signos de alarma	0	232	232
Dengue grave	0	1	1
Total general	**135**	**236**	**372**

CASOS DENGUE COMUNAS RED CENTRO POR AÑO						
AÑO	**COM 8**	**COM 9**	**COM 10**	**COM 11**	**COM 12**	**TOTAL**
2020	136	57	67	74	85	419
2021	56	11	23	41	76	207
2022	20	5	4	21	14	64
2023	118	30	42	44	65	299
TOTAL GENERAL	330	103	136	180	240	989

Como se describe en anteriores diapositivas, es la comuna 8 la que más aporta al número de casos de las comunas de la ESE Centro, con un valor alto en comparación al año 2021 y 2022. La segunda comuna es la 12 generando un reporte acumulado de 240 casos.







AÑO	CASOS
año 2021	3325
año 2022	4775
año 2023	3646

Para evaluar los casos de IRA en la institución hay un incremento no significativo de casos respiratorios en los últimos meses determinados por las diferentes atenciones médicas realizadas a los pacientes y con diagnósticos entre J00 a J22x.

La proporción por sexo no presento un cambio en los diferentes años, son los jóvenes los que más aportan a este tipo de enfermedades y especialmente los de primera infancia que no solo porque son un valor por considerar de casos, también por la gravedad del mismo.

Logros

- **Actualización de las fichas de notificación en el aplicativo SERVINTE y generación de informe de fallas en el diligenciamiento**
- **Revisión, monitoreo y análisis de indicadores que apuntan a la medición de infecciones**
- **Capacitación del diligenciamiento correcto al personal médico que ingresa las fichas de vigilancia y realización de pre critica de la calidad de las fichas**
- **Enrolamiento y capacitación al RUAF, anulación y contingencia, solicitud y seguimiento ajustes de causas de defunción**
- **Revisión de ítems sociodemográficos logrando ajustes antes de los 7 dias**
- **Implementar un seguimiento adecuado a la poblacion con uso de cateter en hospitalizacion**

Retos

Articular los seguimientos de la población captada mediante eventos de notificación con las rutas de PyM

Socializar el 100% de evaluaciones de casos de eventos centinela que son reportados en la ESE Centro.

Realizar un BAI semanal donde se puedan revisar las causas de mortalidad y generar mejoras con los médicos.

Buscar capacitación con entes externos o internos que permitan mejorar la calidad de la secuencia de defunciones.

Realizar mecanismos de apoyo que pueda utilizar el médico para ayuda en la realización de la cadena de defunción.

1.1.4. Rutas De Atención Integral

PRIMERA INFANCIA E INFANCIA		ENERO A DICIEMBRE					
NOMBRE DEL INDICADOR	Formula	Periodo 2021		Periodo 2022		Periodo 2023	
Cobertura de atención de primera infancia	Número total de niños atendidos en el período al programa de primera infancia (8 días a 5 años 11 meses, 29 días).	4405	91%	4430	83%	6684	122%
	Número de niños programados en el período para el programa de primera infancia (8 días a 5 años 11 meses, 29 días).	4833		5336		5487	
Cobertura de atención de infancia	Número total de niños atendidos en el período al programa de infancia (6 a 11 años).	1949	31%	1996	31%	2511	39%
	Número programado de nuevos en el período para el programa de infancia (6 a 11 años).	6285		6340		6433	

En la cobertura de atenciones realizadas por RIA de primera infancia se evidencia un aumento significativo correspondiente a un 122%, comparado con los periodos evaluados de los años anteriores, demostrando así un impacto positivo en la ejecución de diferentes estrategias tales como demanda inducida por los diferentes medios de difusión con lo que cuenta la red de salud centro, capacitación médica, remisión de otros programas, seguimiento a base de datos para captación de usuarios a la ruta.

En la cobertura de atención de la ruta infancia se evidencia un aumento entre el año 2021 y 2022 y para el año 2023 se retoman y amplían las estrategias de los anteriores años logrando un incremento de 8 puntos porcentuales, por lo que se siguen fortaleciendo las actividades realizadas dentro de las cuales están demanda inducida por llamada telefónica, seguimiento a base de datos, mensajes de texto ,actividades extramurales; además de ello, hacer énfasis en la educación a profesionales de la salud y a los cuidadores de los menores sobre las frecuencias de uso establecidas en la resolución 3280/2018.

PRIMERA INFANCIA E INFANCIA		ENERO A DICIEMBRE					
NOMBRE DEL INDICADOR	Formula	Periodo 2021		Periodo 2022		Periodo 2023	
Cobertura de vacunación con esquema completo < 1 año con biológicos trazadores	Número de niños <1 año que han recibido una dosis de BCG, 3 dosis de pentavalente y 3 dosis de VIP/VOPX100	1241	406%	1320	328%	1010	177%
	Población total de niños <1 año	306		402		572	
Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suplementación con sulfato ferroso	Número de niños entre 30 y 60 meses (a la fecha de atención) que reciben/ Ordenan suplementación con sulfato ferroso 2 veces al año	2160	60,86%	2033	57,76%	1446	41,72%
	Número total de niños entre 30 y 60 meses contratados para atención integral	3549		3520		3466	

PRIMERA INFANCIA E INFANCIA		ENERO A DICIEMBRE					
NOMBRE DEL INDICADOR	Formula	Periodo 2021		Periodo 2022		Periodo 2023	
Proporción de niños entre los 6 y 24 meses de edad con suministro de micronutrientes en polvo	Número de niños de 6 a 24 meses de edad que recibieron 2 veces en el último año micronutrientes en polvo (ATC - V06DX)	N/A		N/A		77	3,35%
	Total de niños y niñas de 6 a 24 meses de edad contratados para atención integral Para ello, en RIPS, filtrar por edad: todos los niños que en el último año hayan tenido entre 6 a 24 meses	N/A		N/A		2301	
Proporción de niños entre 30 y 60 meses con suministro de vitamina A	Número de niños entre 30 y 60 meses (a la fecha de atención) que recibieron Vitamina A, 2 veces al año	2389	67,31 %	2252	63,98 %	1975	56,98%
	Número total de niños entre 30 y 60 meses contratados para atención Integral	3549		3520		3466	

Se observa una disminución con todo lo relacionado al ordenamiento de suplementación del sulfato ferroso y vitamina A con respecto a los anteriores años, donde se evidenciaba una adecuada adherencia, por lo cual es de suprema importancia fortalecer estrategias que promuevan las constantes capacitaciones y seguimientos a los profesionales de salud encargados de la atención a estos menores.

El suministro de micronutrientes en polvo el cual se ordena a menores de 6 meses hasta los 24 meses presenta un porcentaje del 3.35% esto se debe a que este ordenamiento empezó a regir en el año 2023, por ende, no se evidencian datos de años anteriores, sin embargo, es importante realizar nuevamente capacitaciones al personal de salud, ya que no se muestra la adherencia esperada sobre el adecuado ordenamiento.

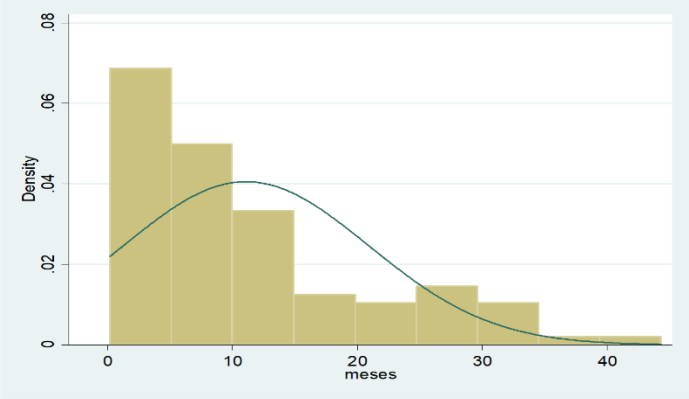
PRIMERA INFANCIA E INFANCIA		**ENERO A DICIEMBRE**		
NOMBRE DEL INDICADOR	Formula	Periodo 2021	Periodo 2022	Periodo 2023
Número de niños <5a con DNT, según clasificación. de la DNT	Número de niños menores de 5 años diagnosticados con desnutrición infantil.	92	137	121
Número casos de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	Número de niños menores de 5 años fallecidos por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales.	0	0	0

< 5 años	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**Total**
Leve	20	26	23	14	83
Moderada	18	11	24	42	95
Severa	3	13	15	14	45
No especificada	53	42	75	51	221
Total	94	92	137	121	444
tasa de desnutrición en menores de 5 años x 10000 atendidos en la E.S.E		190	256	216	
tasa de desnutrición en Cali x 10000 niños < 5 años				55	

Con respecto a la desnutrición en menores de 5 años se percibe que hubo una disminución en la detección de los casos para el año 2023 con respecto al anterior año, por lo cual, se continuará realizando sensibilización a los profesionales médicos en la correcta clasificación de los casos, de la misma manera, las jornadas de educación para fortalecer los temas en desnutrición, su identificación y tratamiento. A la par se realizarán acciones de mejora que fortalezcan las educaciones desde la consulta para prevención de la DNT y en el seguimiento para lograr la recuperación nutricional de los menores.

Para el periodo analizado no se encuentran casos de mortalidad por deficiencias y anemias nutricionales por lo que se seguirá fortaleciendo acciones de mejora que sigan contribuyendo a preservar la salud de nuestros usuarios.

Promedio En Meses De Recuperación Nutricional En Menores De 5 Años Diagnosticados Con Desnutrición.

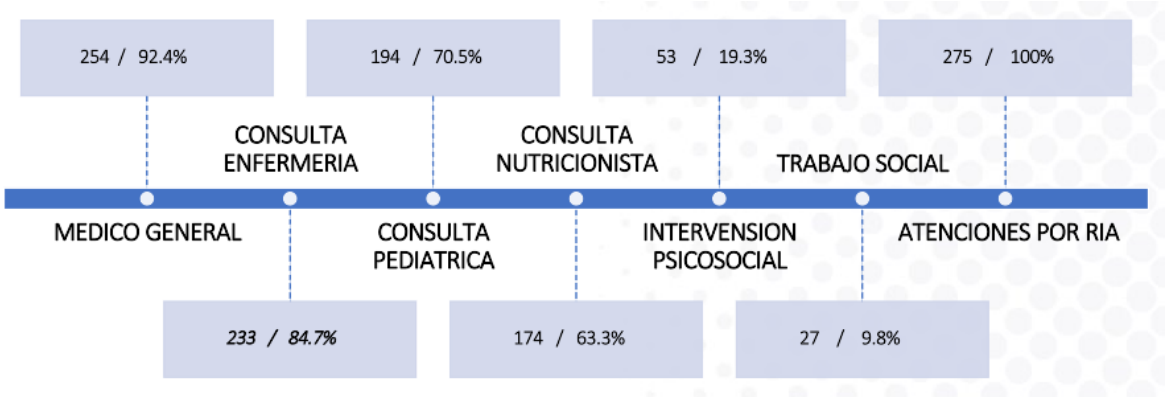


Se logra evidenciar que el promedio de recuperación nutricional se estima entre los 11.1 meses, es importante mencionar que, los menores que tardan más de lo mencionado cuentan con comorbilidades, entre las que se encuentran las alteraciones gastrointestinales lo cual retrasa su mejoría, o en algunos casos esto se debe también a la falta de adherencia al proceso de recuperación nutricional por parte de los cuidadores.

Diagnósticos	Niños	Recuperados	Sale del objeto contrato	En control
444	358	102	81	175
		28%	23%	49%

Recuperados	102	%
Promedio recuperación	11.1 mes	
Tiempo mayor al promedio	37 niños	36.3%
Recuperados < 2 meses	14 niños	13.7%

Atención Ruta Programa Recuperación Nutricional



Dentro del marco del programa de recuperación nutricional se discriminan las intervenciones con los diferentes profesionales en salud que permiten la mejora de calidad de vida y estándares nutricionales adecuados. Se presento que el 93% fue a médico general, una de las principales fuentes de captación de personas a los programas, y consulta por enfermería del 85 % de los pacientes, también se discriminan las atenciones por Pediatría (194, 71%), Nutricionista (174, 64%) y las demás atenciones presentadas en su periodo en la ESE Centro.

RIA DE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD		ENERO A SEPTIEMBRE							
NOMBRE DEL INDICADOR	**Fórmula**	Periodo 2020		Periodo 2021		Periodo 2022		Periodo 2023	
Cobertura de atención de adolescentes	N° de Adolescentes (12 a 17 años) Atendidos en el periodo	971	13%	1939	27%	1960	26%	2020	28%
	Número de adolescentes Programados en el año	7273		7161		7450		7208	
Cobertura de atención de jóvenes	No. De jóvenes atendidos en el periodo (18-28 años)	1883	14%	3533	26%	3380	24%	3157	25%
	Número Programado Juventud (18-28 años)	13410		13657		13814		12760	
Proporción de mujeres de 10 a 17 años a quienes se realizó tamizaje de hemoglobina y se detectó anemia	Número de mujeres de 10 a 17 años a quienes se les realizó tamizaje para hemoglobina; con resultado inferior a 12 g/dL para mujeres de 10 a 14 años; o inferior a 13 g/dL para mujeres de 15 a 17 años (CUPS: 90.2.2.13 - Hemoglobina).	329	3%	274	3%	666	7%	764	8%
	Mujeres de 10 a 17 años contratados con las aseguradoras	9524		9390		9707		9475	
Consumo de Tabaco/SPA Adolescentes	Número de adolescentes (12 a 17 años) nuevos que presentan consumo de Tabaco/SPA.	131		86		129		136	
Consumo de Tabaco/SPA Jóvenes	Número de jóvenes (18 a 28 años) nuevos que presentan consumo de Tabaco/SPA.	486		319		205		278	

Se observa baja cobertura en atenciones de adolescente, pero se presenta un aumento en 2023 respecto a los años anteriores 2022. Por lo que se refuerzan acciones de demanda inducida para mejorarlas mediante el apoyo de servicios amigables y jornadas extramurales priorizando instituciones educativas.

Es evidente la baja cobertura en atenciones de juventud teniendo en cuenta la frecuencia de uso de la ruta de atención. Por lo que se continúa fortaleciendo acciones de demanda inducida para la mejora de estos.

Una actividad importante es la tamización para anemia con hemoglobina-hematocrito de mujeres entre los 10-17 años de edad que se realizaron se evidencia un aumento en el dx de anemia por lo cual se vienen realizando diferentes actividades de educación en estilos de vida saludable y al personal de la salud se está realizando constantemente sensibilización de la importancia del ordenamiento y para que a su vez eduque al usuario por medio de procesos educativos sobre la importancia de realizarse el tamizaje así como llamadas de seguimiento con la Nominal entregada desde el área de gestión del dato.

En cuanto a los casos de consumo de tabaco y Spa en el presente año 2023 se observa aumento en comparación de los años anteriores 2021 y 2022, se realizará fortalecimiento de la captación para una intervención oportuna de estos usuarios de igual manera realización del reporte con la líder de cesación de tabaco para ingreso al programa y también reporte a la líder de salud mental para respectiva activación e ingreso a ruta.

RIA DE ADULTES Y VEJEZ		**ENERO A DICIEMBRE**							
NOMBRE DEL INDICADOR	**Formula**	**Periodo 2020**		**Periodo 2021**		**Periodo 2022**		**Periodo 2023**	
Cobertura de personas con atención por medicina general o familiar de acuerdo al esquema definido en adultez	"Número de adultos entre 29 y 59 años de edad, que cumplen con el esquema de atenciones por medicina general o medicina familiar de acuerdo al esquema definido en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.	5101	62%	5413	70%	5423	68%	5245	64%
	Denominador: Total de personas entre 29 a 59 años, contratados para atención integral con las aseguradoras	8174		7728		8022		8214	
Cobertura de personas con atención por medicina general o familiar de acuerdo con el esquema definido en vejez	"Número de personas de 60 años y más con atención en salud por medicina general o medicina familiar, de acuerdo con el esquema definido en la ruta de promoción y mantenimiento de la Salud.	3209	46%	3688	50%	2998	41%	4747	63%
	Denominador: Total de personas mayores de 60 años contratados para atención integral con las aseguradoras	6947		7408		7392		7586	

Se observa una baja cobertura en atenciones de la ruta adultez respecto a la meta de usuarios que se esperaba atender en este año, el periodo de 2023 ingresó en ruta 64 % de usuarios hasta ahora captados para esa población total, dentro de las acciones realizadas se replicó agendas de otras especialidades para verificar que usuarios no están en ruta e ingresarlos, se está realizando mensajes masivos de texto para la población no conocida para que accedan a los servicios de salud.

Se observa una baja cobertura en atenciones de la ruta vejez respecto a la meta de usuarios que se esperaba atender en un año, pero se presenta un aumento en 2023 respecto a los años anteriores, se ingresó en ruta 63 % de usuarios hasta ahora captados para esa población total, y se realizan las mismas actividades descritas anteriormente.

PLANIFICACION FAMILIAR	ENERO A DICIEMBRE					
	Periodo 2022			Periodo 2023		
NOMBRE DEL INDICADOR	Adolescentes	Jóvenes	Adultez	Adolescentes	Jóvenes	Adultez
No. De consultas de 1a vez en planificación familiar	342	1061	1068	305	988	375
N° De consultas de control en planificación familiar	1384	4837	3912	991	2608	1998
Total, población en planificación familiar	898	3072	2654	681	1720	1266
Total, población objeto (mujeres en edad reproductiva)	3905	13814	13859	3731	12760	13723
% de cumplimiento	**23%**	**22%**	**19%**	**18%**	**13%**	**9%**

Cobertura Por Curso De Vida

NUEVOS	2020	2021	2022	2023	TOTAL	POBLACION OBJETO	%
PRIMERA INFANCIA	3274	2631	1953	1795	9653	5602	172%
INFANCIA	1064	1346	948	837	4195	6953	60%
ADOLESCENCIA	685	1648	1265	1038	4636	7858	59%
JUVENTUD	1283	2636	2040	1750	7709	15554	50%
ADULTEZ	4035	4120	3574	3922	15651	43385	36%
VEJEZ	2153	3167	2053	3051	10424	24508	43%
TOTAL GENERAL	**12494**	**15548**	**11833**	**12393**	**52268**	**103860**	50%

La cobertura de los pacientes nuevos fue óptima para la ruta de primera infancia con un 172%, esto se debe a la migración de población, así como a la captación oportuna de estos usuarios para esta ruta, seguido de infancia con un 60%, adolescencia con un 59%, juventud 50%, adultez 36% y vejez con un 43%. Para mejorar estos ingresos se está realizando llamados telefónicos con demanda inducida y asignación de cita para cada una de las rutas acordes a la frecuencia de uso de estas.





1.1.5. Materno Perinatal

GESTANTES		ENERO A DICIEMBRE							
NOMBRE DEL INDICADOR	Formula	Periodo 2020		Periodo 2021		Periodo 2022		Periodo 2023	
No GESTANTES EN CONTROL PRENATAL (total- activas)		1983		2037		1740		1912	
No GESTANTES NUEVAS EN CONTROL PRENATAL		901		1342		1206		1353	
GESTANTES NUEVAS POR ASEGURAMIENTO	CONTRIBUTIVO	25 (3%)		46 (3%)		41 (3%)		147 (11%)	
	SUBSIDIADO	556 (62%)		675 (50%)		840 (70%)		1010 (75%)	
	PARTICULAR	0 (0%)		0 (0%)		7(1%)		0 (0%)	
	NO ASEGURADAS	320 (36%)		621 (46%)		318 (26%)		196 (14%)	
	TOTAL	901		1342		1206		1353	
GESTANTES NUEVAS MIGRANTES		351 (39%)		564 (42%)		500 (41%)		388 (29%)	
TOTAL, GESTANTES NUEVAS 10 - 19 AÑOS		190		288		194		238	
TOTAL, GESTANTES NUEVAS 10 - 14 AÑOS		11		6		4		22	
TOTAL, GESTANTES NUEVAS 15 - 19 AÑOS		179		282		190		216	
TASA DE EMBARAZO ADOLESCENTE 10-19 AÑOS	Gestantes adolescentes colombianas	119	1.2	117	2.0	98	1.7	153	2.4
	Población adolescente objeto de contratos X 100	9991		5782		5684		6341	

Fuente: Nominal, actividades y procedimiento SERVINTE, SIVIGILA,

En lo transcurrido del año 2023 han ingresado al programa 1912 gestantes, lo evidencia un aumento de ingresos comparado al mismo periodo del año anterior y la tendencia en aumento se puede explicarse por la no entrega de métodos de planificación familiar en su IPS de atención y barreras administrativas en la formulación de los métodos debido a que las farmacias contratadas por las EAPB no permiten formulas entregadas por enfermeras profesionales lo que ocasiona la deserción de las usuarias al programa de planificación familiar.

Se observa que el 75% de gestantes pertenecen al régimen subsidiado, siguiendo las no aseguradas con el 14% gestantes y el 0,37% y con un 11% las pacientes de régimen contributivo.

En cuanto a la proporción de gestantes migrantes es del 29% con tendencia al descenso de esta población en el programa debido a que en la actualidad la población extranjera está siendo direccionado a alberges en la ciudad de palmira o están retornando a su país de origen.

En relación con la tasa de embarazo en adolescentes, en lo que va del año, se observa un aumento respecto a los periodos de años anteriores y se debe a la deserción marcada de esta población al programa de PF por no entregar el método en su IPS de atención o las barreras de formulación mencionadas, y es importante mencionar que se ha evidenciado una migración de diferentes municipios a Cali.

GESTANTES		ENERO A DICIEMBRE							
NOMBRE DEL INDICADOR	**Formula**	Periodo 2020		Periodo 2021		Periodo 2022		Periodo 2023	
CAPTACION DE GESTANTES CON MENOS 10 SS	No GESTANTES NUEVAS INSCRITAS CON MENOS DE 10 SEMANAS	397	44%	684	51%	561	47%	609	45%
	TOTAL, DE GESTANTES INSCRTITAS NUEVAS	901		1342		1206		1353	
CAPTACION DE GESTANTES CON MENOS 12 SS	No GESTANTES NUEVAS INSCRITAS CON MENOS DE 12 SEMANAS	501	56%	786	59%	679	56%	742	55%
	TOTAL, DE GESTANTES INSCRTITAS NUEVAS	901		1342		1206		1353	
No GESTANTES NUEVAS CLASIFICADAS BAJO RIESGO OBSTETRICO (Z349-Z352)	Riesgo Bajo	314 (35%)		609 (45%)		372 (31%)		131 (10%)	
No GESTANTES NUEVAS CLASIFICADAS ALTO RIESGO OBSTETRICO (Z358) No GESTANTES NUEVAS CLASIFICADAS MUY ALTO RIESGO OBSTETRICO (Z359)	Riesgo Alto y muy alto	587 (65%)		733 (55%)		834 (69%)		1222 (90%)	

Fuente: Nominal, actividades y procedimiento SERVINTE, SIVIGILA

El porcentaje de captación de las gestantes antes de las 10 semanas es de 45% y de 12 semanas es del 55%. entre el análisis realizado que explique el no cumplimiento de este indicador es que las mujeres en su mayoría afirman no darse cuenta de su gestación en edades gestacionales tempranas por irregularidades menstruales entre otros, seguido de cambios de lugar de residencia y de traslados de régimen de afiliación y puntos de atención entre otros como problemas en la portabilidad.

El 90% de nuestras gestantes para el año 2023, están clasificadas como ARO o MARO, la tendencia según los periodos de los anteriores años va en aumento la morbilidad en las maternas categorizándolas como Alto riesgo y muy alto riesgo. Solo un 10% se clasifica como bajo riesgo. Entre las causalidades de riego obstétrico el más está relacionado con malnutrición (Anemia, bajo peso, sobrepeso y obesidad)

Encuesta Para Identificar Causas De No Ingreso Antes De Las 10 Semanas A CPN

N: **131** GESTANTES	¿PLANEO EL EMBARAZO?		¿CONOCE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL?		¿PLANIFICABA?	
No	103	79%	117	89%	107	82%
Si	28	21%	14	11%	24	18%

MOTIVO DE INGRESO TARDIO		
Cambio de IPS/ Prestador - Vivía en otro municipio / Portabilidad	46	35%
Sin aseguramiento	4	3%
Dificultades económicas	4	3%
Estaba enferma	11	8%
No desea dar respuesta de motivo	48	37%
Desconocía su gestación	18	14%
Total	131	100%

N: **79**	INICIO CPN PREVIO EN OTRA IPS		SEMANA DE GESTACION < 10 SS	
No	58	73%		
Sí	21	27%	7	33%

Fuente: Enlace de la encuesta https://forms.gle/TZeZ8yhJsGHcEeoKA

Debido a que el porcentaje de captación de la gestante no es el esperado desde la subgerencia de PYM se creó una encuesta con el fin de conocer los motivos del no ingreso y así elaborar un plan de acción encaminado a las dificultades mencionadas por las usuarias y dar conocer las respuestas a los diferentes Entes de control por el no cumplimiento debido a que el mayor porcentaje corresponde a motivos que se pueden intervenir por parte de la EAPB, en los casos de portabilidad aunque también es importante mencionar que se evidencia que existen retrasos propios de la usuaria ante el desconocimiento de signos y síntomas de embarazo , embarazos no planeados o deseados y factores económicos que influyen en los ingresos tardías en CPN.

El ESE Centro teniendo en cuenta los resultados de la encuesta implemento estrategias en el último trimestre del año enfocadas en el fortalecimiento de la consulta preconcepcional, Planificación familiar, signos y síntomas de embarazo y rutas de atención de la mujer gestantes mediante Plan de comunicaciones masivo con el objeto de llegar al mayor número mujeres en edad reproductiva.

GESTANTES		ENERO A DICIEMBRE			
NOMBRE DEL INDICADOR	Formula	Periodo 2020	Periodo 2021	Periodo 2022	Periodo 2023
No GESTANTES TAMIZADAS PRUEBA VIH		901	1342	1206	1353 (100%)
No GESTANTES CON DX VIH GESTACIONAL		2 (0,2%)	2 (0,4%)	2 (0,16%)	2 (0,14%)
No GESTANTES TAMIZADAS PRUEBA SIFILIS		901	1342	1206	1353 (100%)
No GESTANTES CON DX SIFILIS GESTACIONAL (control prenatal o población contratada en la ESE)		43 (5%)	34 (3%)	28 (2%)	28 (2%)
GESTANTES CON SIFILIS CON CONTACTOS TRATADOS		17 (40%)	16 (47%)	19 (68%)	20 (71%)
GESTANTES CON CRITERIO DE CURACION		43 (100%)	34 (100%	28 (100%)	28 (100%)
No RECIEN NACIDOS CON DX SIFILIS CONGENITA (Con control prenatal en la ESE o población contratada)		5	6	6	5
No RECIEN NACIDOS CON CRITERIO DE CURACION		2	3	2	1
No. MUERTES MATERNAS		0	0	0	1

Fuente: Nominal, actividades y procedimiento SERVINTE, SIVIGILA,

El tamizaje de VIH / Sífilis realiza en el 100% de las gestantes, la ESE Centro cuneta con pruebas rápidas en los consultorios de enfermería en las 16 IPS, las pruebas son realizadas por profesionales capacitadas y entrenadas en esta toma, por otro lado, mujeres con pruebas positivas realizadas en la ESE Centro se realiza de manera inmediata pruebas no treponémicas con el objeto de dar oportunidad diagnostica.

En cuanto a sífilis gestacional, la proporción de sífilis gestacional en gestantes es del 2% en lo transcurrido del año comportamiento similar en los años anteriores. El tratamiento a contactos es del 71% lo que se evidencia un aumento comparado con los periodos anteriores y esto se ha logrado por la efectiva sensibilización que se le ha brindado a la gestante y su contacto.

En este periodo del 2023 van 5 Casos de sífilis congénita identificados por a ESE Centro de nacionalidad colombiana, Todos los casos son clasificados como Sífilis congénita por Nexo epidemiológico.

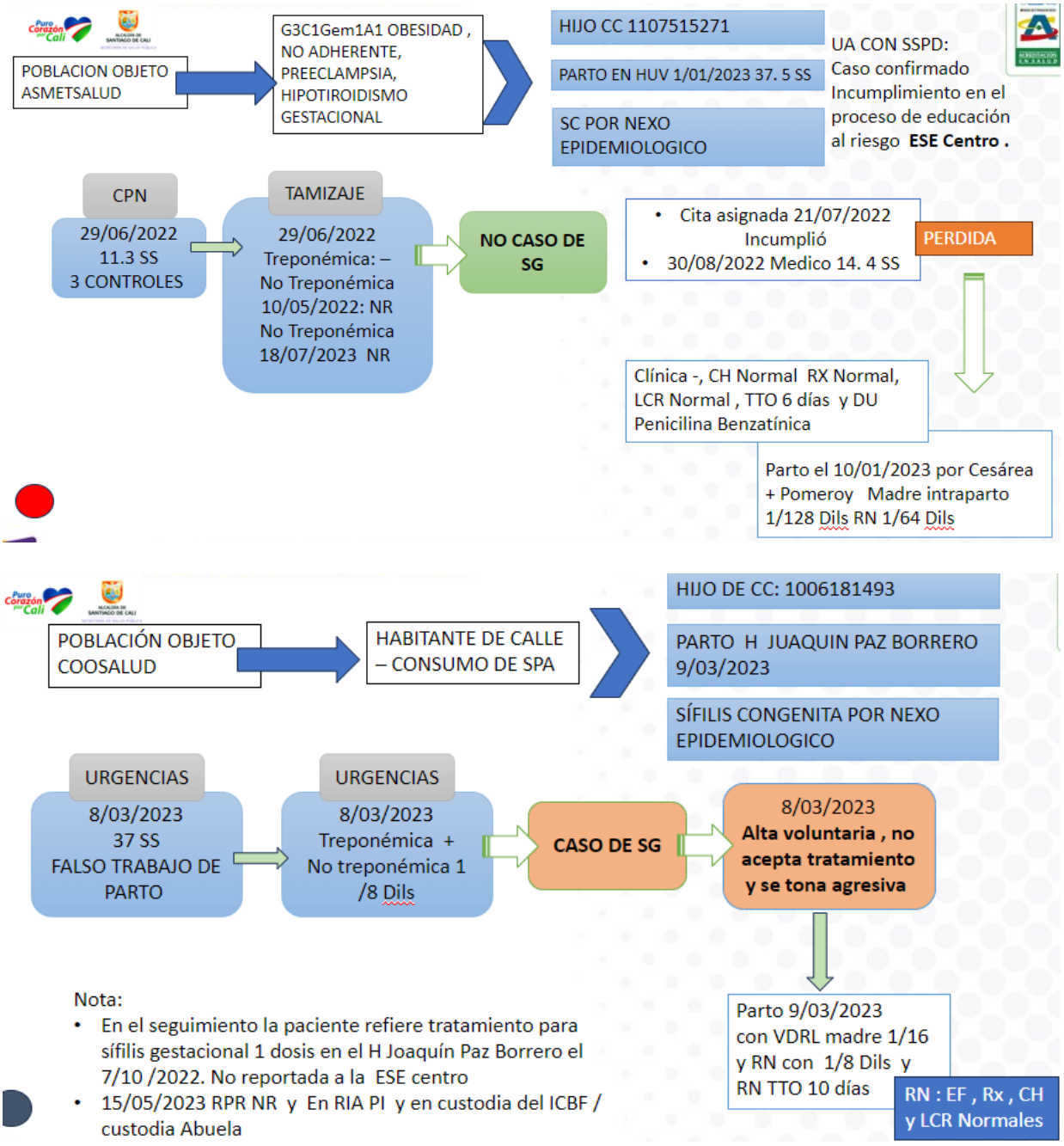
- 2 casos fueron casos de Sífilis gestacional en la ESE Centro
  - 1 de ellos se diagnostica intraparto sin CPN,
  - El otro caso se Dx a las 34 SS, recibe tratamiento usuaria y pareja
- 3 casos no fueron casos de SG durante las atenciones en la ESE Centro

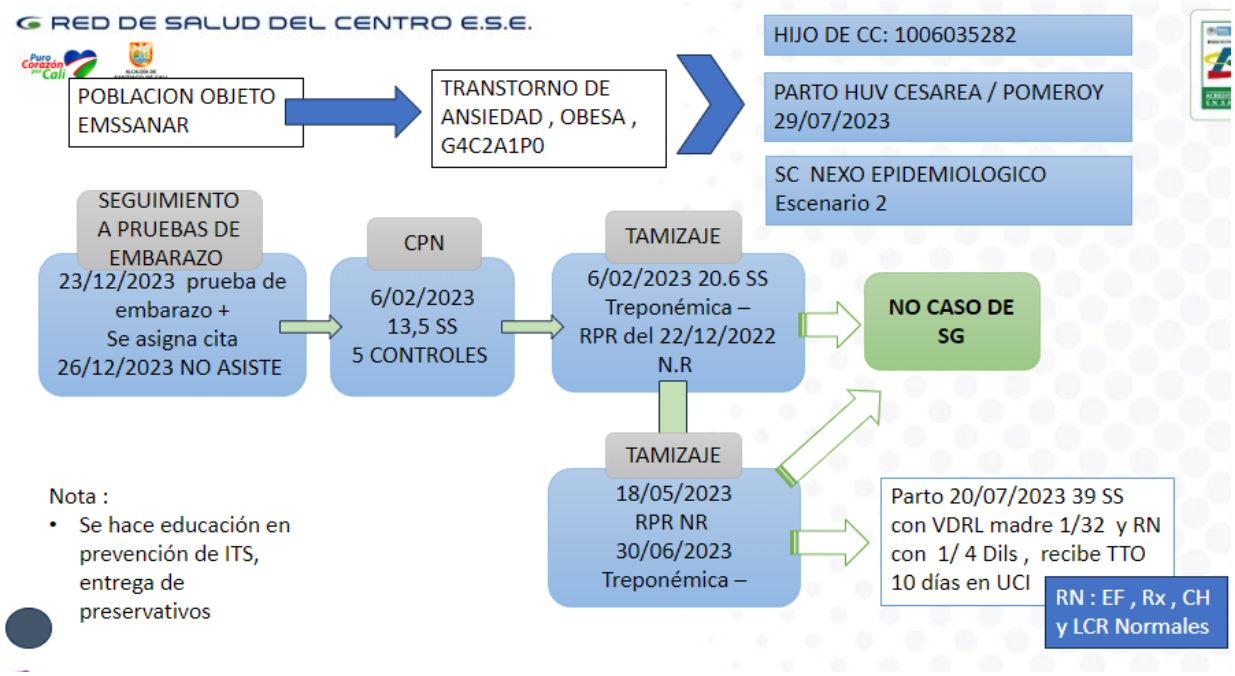
Las 5 gestante presenta de manera asociada factores de vulnerabilidad como son:

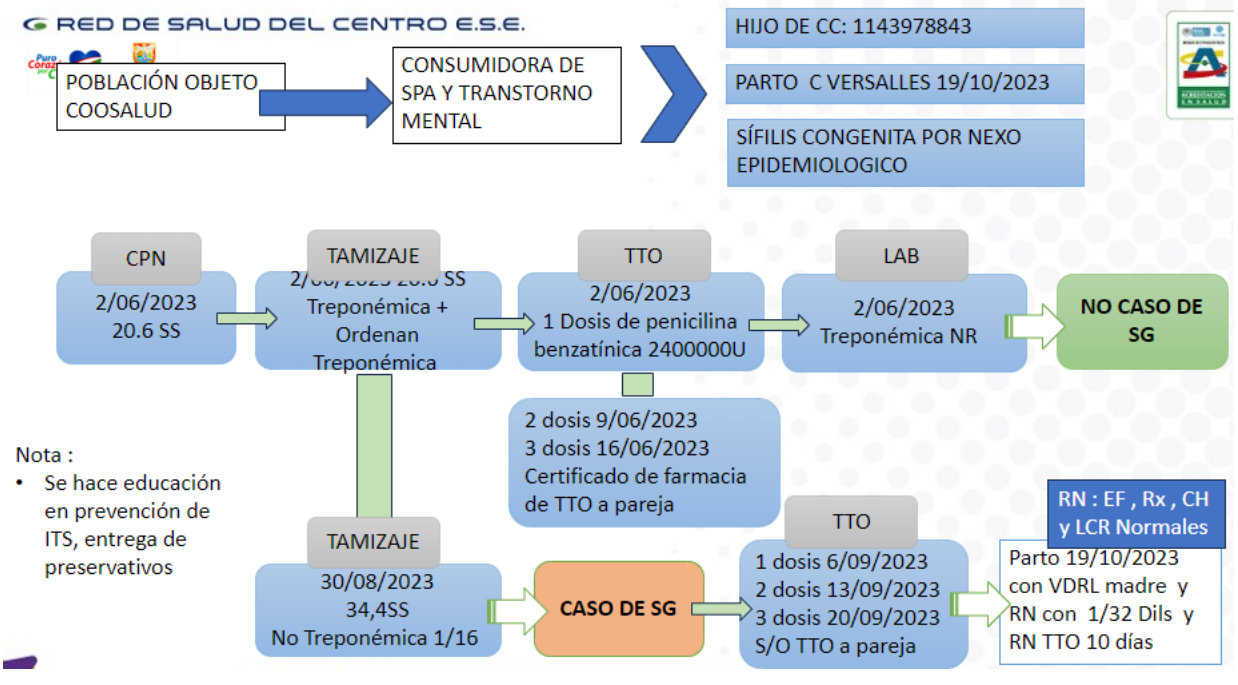
- Consumo de Sustancias Psicoactivas (Cocaína, bazuco) (2)
- Condición de calle (1)
- Trastornos / Enfermedad metal (3)
- No cuentan con red de apoyo favorable (5)
- Antecedentes de sífilis gestacional (2)

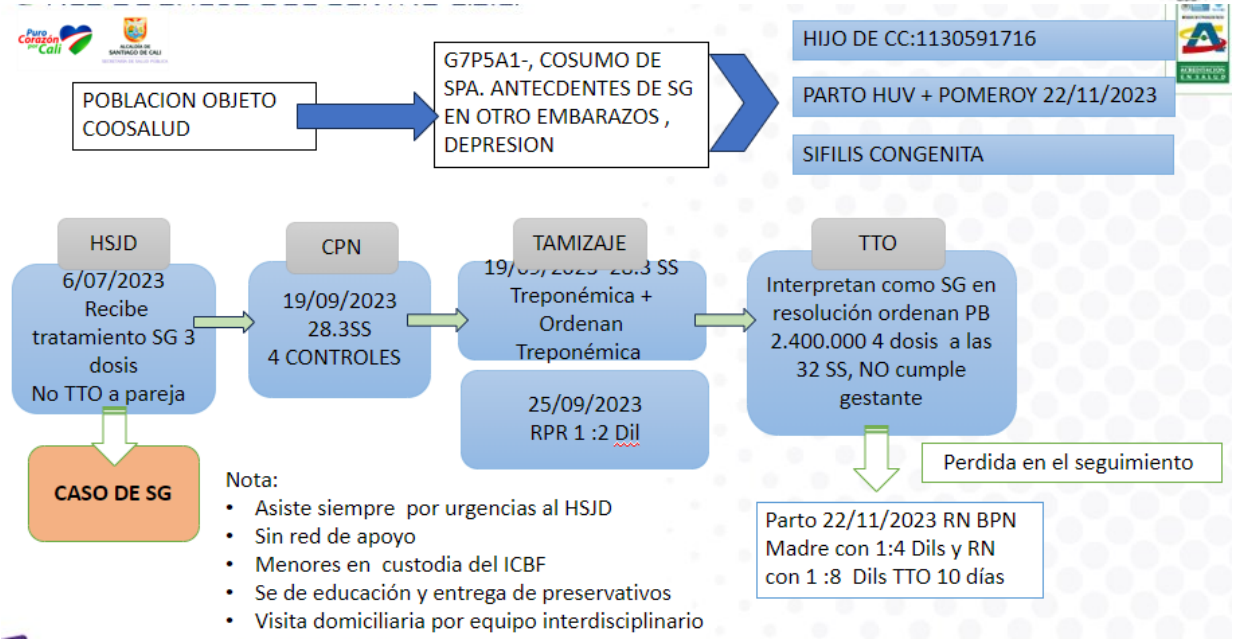
A Continuación, las unidades de análisis caso por caso:

UNIDAD DE ANALISIS CASOS SC




RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.
POBLACION OBJETO EMSSANAR
TRANSTORNO DE ANSIEDAD , OBESA , G4C2A1P0
HIJO DE CC: 1006035282
PARTO HUV CESAREA / POMEROY 29/07/2023
SC NEXO EPIDEMIOLOGICO Escenario 2
SEGUIMIENTO A PRUEBAS DE EMBARAZO
23/12/2023 prueba de embarazo + Se asigna cita 26/12/2023 NO ASISTE
CPN
6/02/2023 13,5 SS 5 CONTROLES
TAMIZAJE
6/02/2023 20.6 SS Treponémica – RPR del 22/12/2022 N.R
NO CASO DE SG
TAMIZAJE
18/05/2023 RPR NR 30/06/2023 Treponémica –
Parto 20/07/2023 39 SS con VDRL madre 1/32 y RN con 1/ 4 Dils , recibe TTO 10 días en UCI
RN : EF , Rx , CH y LCR Normales
Nota :
• Se hace educación en prevención de ITS, entrega de preservativos


RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.
POBLACIÓN OBJETO COOSALUD
CONSUMIDORA DE SPA Y TRANSTORNO MENTAL
HIJO DE CC: 1143978843
PARTO C VERSALLES 19/10/2023
SÍFILIS CONGENITA POR NEXO EPIDEMIOLOGICO
CPN
2/06/2023 20.6 SS
TAMIZAJE
Treponémica + Ordenan Treponémica
TTO
2/06/2023 1 Dosis de penicilina benzatínica 2400000U
LAB
2/06/2023 Treponémica NR
NO CASO DE SG
2 dosis 9/06/2023
3 dosis 16/06/2023
Certificado de farmacia de TTO a pareja
TAMIZAJE
30/08/2023 34,4SS No Treponémica 1/16
CASO DE SG
TTO
1 dosis 6/09/2023
2 dosis 13/09/2023
3 dosis 20/09/2023
S/O TTO a pareja
RN : EF , Rx , CH y LCR Normales
Parto 19/10/2023 con VDRL madre y RN con 1/32 Dils y RN TTO 10 días
Nota :
• Se hace educación en prevención de ITS, entrega de preservativos



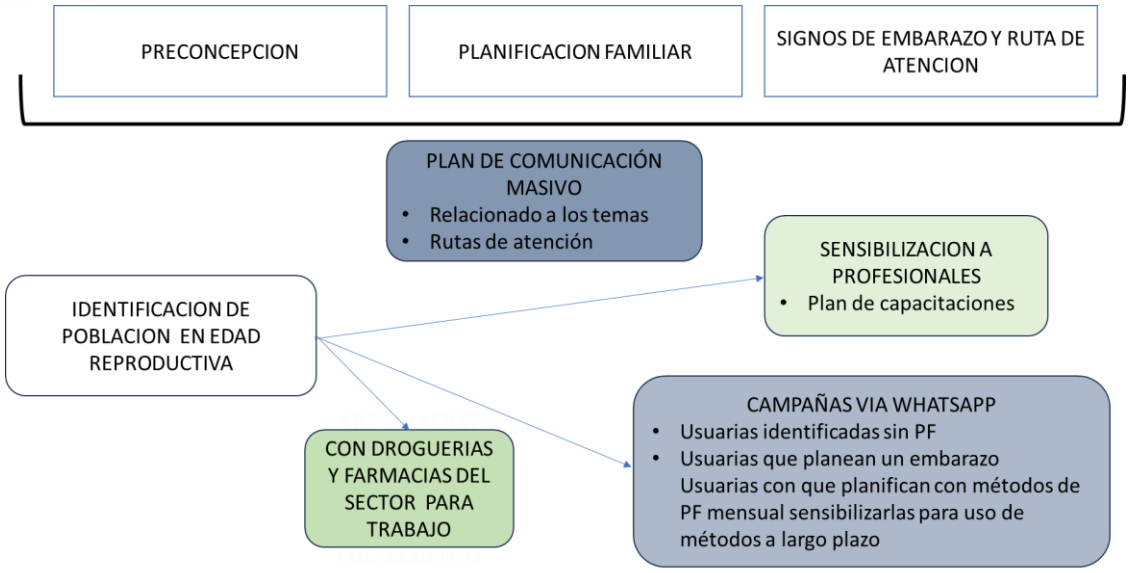
Se presentó un caso de Muerte materna en este periodo 2023 y perinatal a las 36 ss. de gestación caso analizado con clasificación de muerte materna evitable. Se realiza plan de mejoramiento el cual está en curso.

Seguimiento A Sífilis Congénita

AÑO	N° de casos SC por año	C CURACION	PERDIDA EN EL SEGUIMIENTO	TRASLADO A OTRO MUNICIPIO	NO ADHERENTE	TRASLADO OTRA ESE
2020	5	2	1	2	0	0
2021	6	3	1	1	1	0
2022	6	2	1	0	0	3
2023	5	1	1			

En cuanto al seguimiento de SC, en el 2023 de los 5 casos 2 casos son de analizar en la cohorte, de estos 1 con criterio de curación y 1 con perdida en el seguimiento el cual fue reportado al ICBF para restitución de sus derechos

Plan De Mejoramiento Ruta Maternoperinatal



El plan de mejoramiento definido para la ruta materno perinatal busca mejorar indicadores de captación temprana del embarazo antes d las 10 SS, a la prevención de embarazos no deseados y a disminuir la tasa de embarazos en adolescentes. Este plan se enfoca en 3 grandes líneas estratégicas que son pretenden el fortalecimiento de la consulta de preconcepción, planificación familiar y las capacidades de las mujeres en edad reproductiva frente a los derechos en salud sexual y reproductiva, reconocimiento de signos de embarazo y rutas de atención

1.1.6. RIA Cardiovascular "Cuida Tu Corazón"

INDICADORES DEL PROGRMA DE HTA Y DM (CUIDA TU CORAZON ESE CENTRO)			AÑO 2022 A 4 TRIM		AÑO 2023 A 4 TRIM	
> 80%	% DE PERSONAS TAMIZADAS PARA RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABOLICO	Número de personas tamizadas para riesgo cardiovascular y metabólico (consolidado)	50637	78.1%	62953	87%
		Total, de personas mayores de 18 - 69 años programados para atención integral con las aseguradoras	64868		72446	
	CLASIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABOLICO DE LAS PER4SONAS TAMIZADAS	Tamizados con Riesgo bajo	22684	60%	20830	60%
		Tamizados con Riesgo medio	12451	33%	12318	35%
		Tamizados con Riesgo alto y extremadamente alto	2461	7%	1614	5%
≥60	Nivel de Captación de pacientes con Hipertensión Arterial en personas entre 18 a 69 años en R Subsidiado y contributivo (%)	Número de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de HTA reportado	9979	67%	12018	73%
		Número total esperado de pacientes entre 18 a 69 con diagnóstico de HTA (22,8%) en el régimen subsidiado y contributivo * 100	14790		16518	
≥60	Control de Presión Arterial en pacientes con diagnóstico de HTA sin enfermedad renal crónica (< de 60 años) R Subsidiado y contributivo (%)	Número de pacientes solo hipertensos < de 60 años con cifras de presión arterial inferiores a 140/90 mmhg en el último semestre	1733	49%	3970	74%
		Número total de pacientes solo HTA < 60 años evaluados en el periodo	3521		5329	

≥60	Control de Presión Arterial en pacientes con diagnóstico de HTA sin enfermedad renal crónica (> de 60 años) R Subsidiado y contributivo (%)	Número de pacientes solo hipertensos > de 60 años con cifras de presión arterial inferiores a 150/90 mmhg en el último semestre	4488	84%	4288	84%
		Número total de pacientes solo hipertensos >de 60 años evaluado en el periodo	5315		5083	
≥60	Control de Presión Arterial en pacientes con diagnóstico de HTA+DM, DM, ERC1 a 5 (%) R Subsidiado y contributivo	Número de pacientes con HTA +DM, DM, ERC 1 a 5 con cifras de presión arterial inferiores a 140/90 mmhg en el último semestre.	9180	79%	10331	78%
			11662		13203	

Fuente: Nominal Cardiovascular 2022-2023 ESE Centro, CIE 10 cardiovascular, Base de tamizajes 2022-2023

Se evidencia un cumplimento en el indicador "**Control de Presión Arterial en pacientes con diagnóstico de HTA sin enfermedad renal crónica (< de 60 años) R Subsidiado y contributivo (74%)**" con respecto al año 2022 dado que, desde las diferentes IPS de la red de salud centro se ha realizado un oportuno seguimiento, a través de los diferentes medios de comunicación, la efectividad de las visitas por parte del equipo extramural y la educación continua a los usuarios de la ruta, lo cual genera la adherencia esperada, cabe mencionar que, las EAPB juegan un papel importante en dicho aumento, pues, su periodicidad en la supervisión de las actividades establecidas para los usuarios hace que se pueda realizar un trabajo conjunto para el cumplimiento de las metas trazadas.

≥60	Nivel de Captación de pacientes con Diabetes Mellitus en personas entre 18 a 69 años en R Subsidiado y contributivo (%)	Número de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de diabetes mellitus reportado	3217	142%	4549	179%
		Número total esperado de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de diabetes mellitus (3,5%) en el régimen subsidiado y contributivo * 100	2270		2536	
≥60	Medición de la HbA1C en pacientes con diagnóstico de DM, HTA + DM sin ERC y con ERC (%) R Subsidiado y contributivo	Número de pacientes con medición de hba1c en los últimos seis meses	2111	43%	2640	58%
		Número total de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus reportados evaluados en el periodo	4854		4578	
≥ 80	Porcentaje de pacientes diabéticos controlados	Número de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus con hemoglobina glicosilada menor a 7% en los últimos seis meses	1040	21%	1568	59.4%
		Número total de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus reportados	4845		2640	
> 60	Porcentaje de pacientes con precursoras (HTA-DM-HTA+DM) estudiados para ERC	Número de personas con enfermedades precursoras (HTA DM), estudiadas para ERC (con exámenes para confirmar o descartar dx de ERC	8454	55%	6312	53%
		Número total de la población con diagnóstico de HTA /DM x 100	15405		11901	
≤ 10%	Porcentaje de paciente hosp / atendidos por urgencias por patología relacionada	Número de pacientes HTA que se hospitalizan o tiene atención por urgencias relacionado con la patología	289	3%	375	3%
		Número total de pacientes en el programa que pertenecen al nivel 1	10634		11470	
≤ 10%	Porcentaje de paciente hosp / atendidos por urgencias por patología relacionada	Número de pacientes DM que se hospitalizan o tiene atención por urgencias relacionado con la patología	74	0.7%	75	0.65%
		Número total de pacientes en el programa que pertenecen al nivel 1	10634		11470	
≥ 80	Porcentaje de adherencia al programa	Número de pacientes que asistieron 2 o más controles en el año	8588	81%	10359	90%
		Número total de pacientes en el programa que pertenecen al nivel 1	10634		11470	

Fuente: Nominal Cardiovascular 2022-2023 ESE Centro, CIE 10 cardiovascular, Base de tamizajes 2022-2023

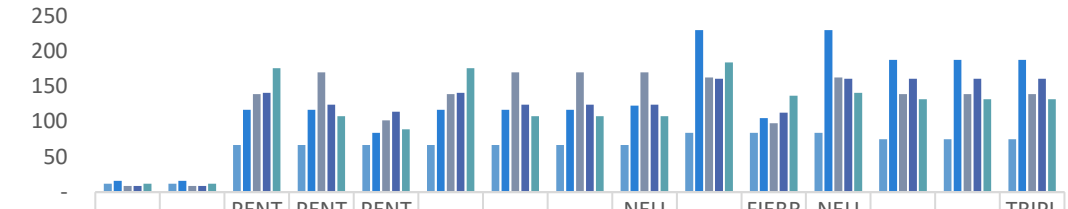
En cuanto al indicador **“Medición de la HbA1C en pacientes con diagnóstico de DM, HTA + DM sin ERC y con ERC (%) R Subsidiado y contributivo”** Se continuará en el desarrollo de actividades que promuevan la adherencia a la toma de HbA1C, por medio de llamadas y seguimiento en consulta a los usuarios sin toma en los últimos meses, realizando educación al talento humano en cuanto la periodicidad de la toma, interpretación de resultados y su tratamiento respectivamente. Todo para aumentar el indicador y disminuir factores de riesgo en el usuario.

Se evidencia un aumento (38.4%) en el indicador “**Porcentaje de pacientes diabéticos controlados**”, con respecto al año 2022, sin embargo no se logra cumplir con la meta estipulada, ya que se debe a diferentes motivos, uno de los más importantes es la no adherencia por parte del usuario a los estilos de vida saludable y a las diferentes barreras que se presentan en la no entrega de los medicamentos o de manera incompleta por parte de las EAPB, en especial EMSSANAR – ASMET –SALUD; lo cual no permite un adecuado tratamiento. Con lo anterior, es importante hacer énfasis en la educación a los usuarios con respecto a los posibles riesgos que puedan presentar al no ser adherentes a sus controles y tratamientos establecidos por el profesional de la salud, así mismo, mantener una adecuada comunicación con las EAPB logrando así disminuir las barreras administrativas

Se observa incumplimiento del indicador **“Porcentaje de pacientes con precursoras (HTA-DM-HTA+DM) estudiados para ERC”** debido a esto, se está realizando un plan de aprendizaje en el cual se realizarán intervenciones como, capacitación al talento humano encargado de la atención a usuarios pertenecientes a la ruta RCV, en donde se retroalimentarán a cerca de las actividades plasmadas en la resolución y en las guías de práctica clínica; lo cual incluye, las frecuencias de uso para llevar a cabo el seguimiento adecuado y el control de los usuarios, socialización del algoritmo de diagnóstico de ERC, la importancia del cumplimiento de los tiempos estipulados para el ordenamiento de los paraclínicos requeridos y las consultas con especialista.

En cuanto al cumplimiento de los demás indicadores, es importante resaltar que, en la Red de Salud Centro se sigue trabajando para mejorar la captación de usuarios tamizados, el seguimiento y el ingreso oportuno a la ruta RCV, trabajando de la mano con los demás profesionales de las diferentes disciplinas, logrando asi que las intervenciones más amplias.

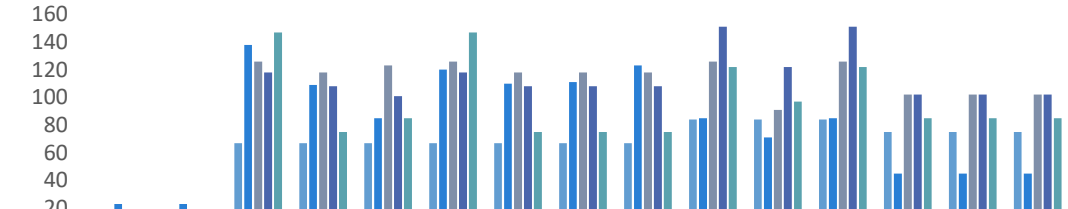
1.1.7. Informe De Vacunación - Mes De Enero- Abril



	BCG	HEPATITIS B	PENTAVALENTE 1	PENTAVALENTE 2	PENTAVALENTE 3	ROTAVIRUS 1	ROTAVIRUS 2	POLIO 2	NEUMOCOCO 2	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	NEUMOCOCO 3	DPT 2RZO	POLIO 2RZO	TRIPLE VIRAL RZO
META	12	12	67	67	67	67	67	67	67	84	84	84	75	75	75
2020	16	16	117	117	84	117	117	117	123	230	105	230	188	188	188
2021	9	9	139	170	102	139	170	170	170	163	98	163	139	139	139
2022	9	9	141	124	114	141	124	124	124	161	113	161	161	161	161
2023	12	12	176	108	89	176	108	108	108	184	137	141	132	132	132

TOTALES/ AÑO ENERO	2,020	2,021	2,022	2,023
TOTAL APLICADO TRAZADORES	1,953	1,919	1,828	1,755
TOTAL TODOS LOS BIOLOGICOS	7,309	6,008	7,156	4,248
USUARIOS VACUNADOS	3,130	3,231	3,940	2,026

TOTALES/ AÑO ABRIL	2,020	2,021	2,022	2,023
TOTAL, APLICADO TRAZADORES	1,218	1,528	1,521	1,291



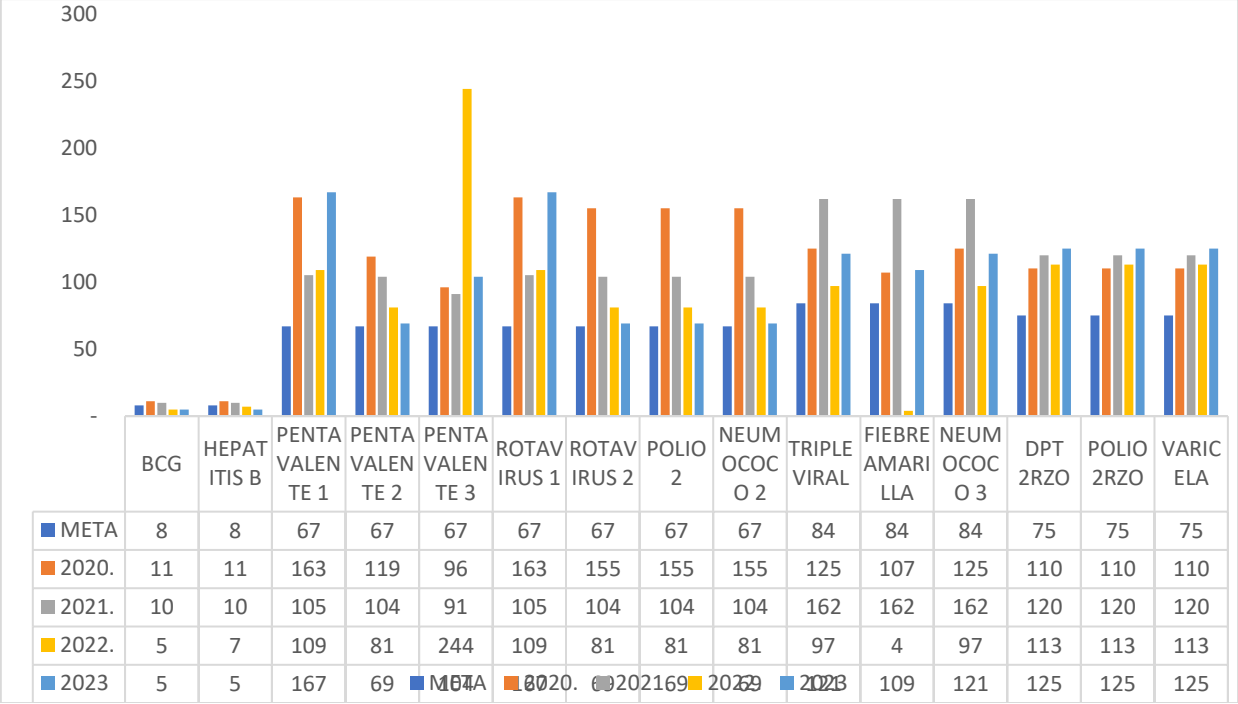
	BCG	HEPATITIS B	PENTAVALENTE 1	PENTAVALENTE 2	PENTAVALENTE 3	ROTAVIRUS 1	ROTAVIRUS 2	POLIO 2	NEUMOCOCO 2	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	NEUMOCOCO 3	DPT 2RZO	POLIO 2RZO	TRIPLE VIRAL RZO
META	8	8	67	67	67	67	67	67	67	84	84	84	75	75	75
2020.	23	23	138	109	85	120	110	111	123	85	71	85	45	45	45
2021.	16	16	126	118	123	126	118	118	118	126	91	126	102	102	102
2022.	11	11	118	108	101	118	108	108	108	151	122	151	102	102	102
2023	8	8	147	75	85	147	75	75	75	122	97	122	85	85	85

TOTAL, TODOS LOS BIOLOGICOS	2,114	3,744	4,350	3,133
USUARIOS VACUNADOS	813	1,840	2,660	1,636

Comparándonos el año anterior se evidencia lo siguiente:

Disminución en la aplicación **total** de biológicos en jornada de enero en un **49%** en abril un **38 %** debido a terminación de proyectos y desabastecimiento de influenza, cabe resaltar que la meta de la aplicación de biológicos **trazadores** (evaluación de coberturas) se alcanzó con un porcentaje positivo del **45%** y **25%** respectivamente.

Mes De Julio



	BCG	HEPATITIS B	PENTAVALENTE 1	PENTAVALENTE 2	PENTAVALENTE 3	ROTAVIRUS 1	ROTAVIRUS 2	POLIO 2	NEUMOCOCO 2	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	NEUMOCOCO 3	DPT 2RZO	POLIO 2RZO	VARICELA
META	8	8	67	67	67	67	67	67	67	84	84	84	75	75	75
2020.	11	11	163	119	96	163	155	155	155	125	107	125	110	110	110
2021.	10	10	105	104	91	105	104	104	104	162	162	162	120	120	120
2022.	5	7	109	81	244	109	81	81	81	97	4	97	113	113	113
2023	5	5	167	69	167	167	81	69	69	121	109	121	125	125	125

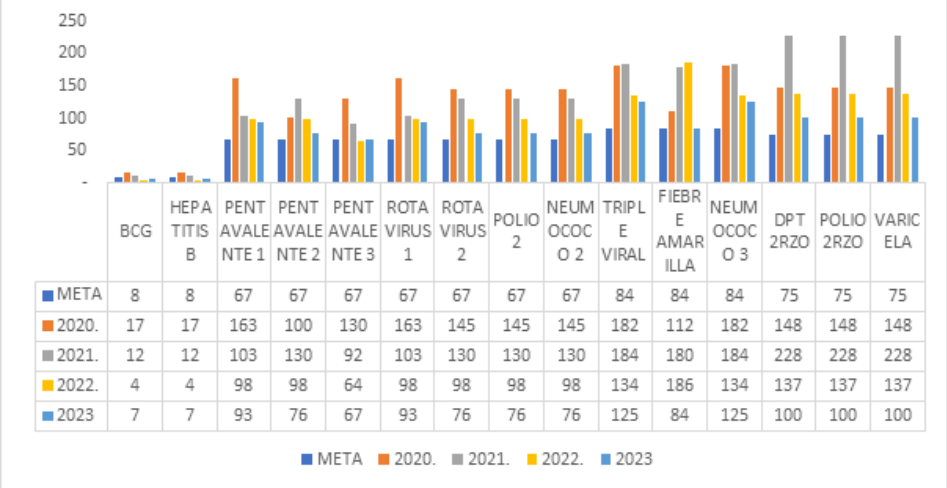
TOTALES/ AÑO	2,020	2,021	2,022	2,023
TOTAL APLICADO TRAZADORES	1,715	1,583	1,335	1,450
TOTAL TODOS LOS BIOLOGICOS	4,861	6,234	6,566	6,836
USUARIOS VACUNADOS	2,507	3,424	4,471	3,987

Fuente: informe servinte medical

Comparándonos el año anterior se evidencia lo siguiente:

Aumento en la aplicación total de biológicos en jornada de julio con un cierre de mes de 6.836, aumentando en la aplicación de 270 biológicos debido a la intensificación de acciones para aplicación de influenza, cabe resaltar que la meta de la aplicación de biológicos trazadores (evaluación de coberturas) se alcanzó con un porcentaje positivo comparado con el año anterior en un 34%.

Mes Octubre



	BCG	HEPATITIS B	PENTAVALENTE 1	PENTAVALENTE 2	PENTAVALENTE 3	ROTAVIRUS 1	ROTAVIRUS 2	POLIO 2	NEUMOCOCO 2	TRIPLE VIRAL	FIEBRE AMARILLA	NEUMOCOCO 3	DPT 2RZO	POLIO 2RZO	VARICELA
META	8	8	67	67	67	67	67	67	67	84	84	84	75	75	75
2020.	17	17	163	100	130	163	145	145	145	182	112	182	148	148	148
2021.	12	12	103	130	92	103	130	130	130	184	180	184	228	228	228
2022.	4	4	98	98	64	98	98	98	98	134	186	134	137	137	137
2023	7	7	93	76	67	93	76	76	76	125	84	125	100	100	100

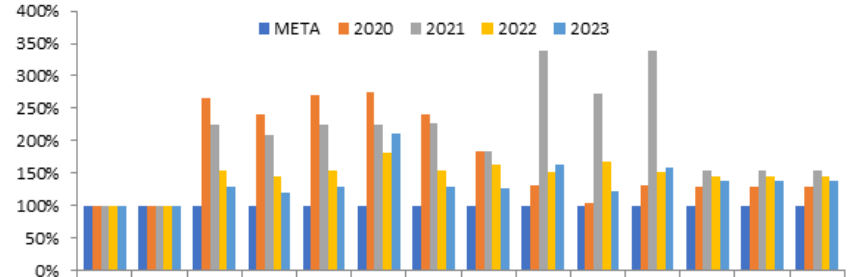
Fuente: Servinte medical.

TOTALES/ AÑO	2,020	2,021	2,022	2,023
TOTAL APLICADO TRAZADORES	1,945	2,074	1,525	1,205
TOTAL TODOS LOS BIOLOGICOS	9,168	12,473	15,054	6,528
USUARIOS VACUNADOS	5,499	8,357	12,401	3,210

Comparándonos el año anterior se evidencia lo siguiente:

Disminución en la aplicación de biológicos debido a que el año pasado se realizó el proyecto denominado “FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN” que aporto aumento en las coberturas para todas las comunas del distrito especial de Santiago de Cali.

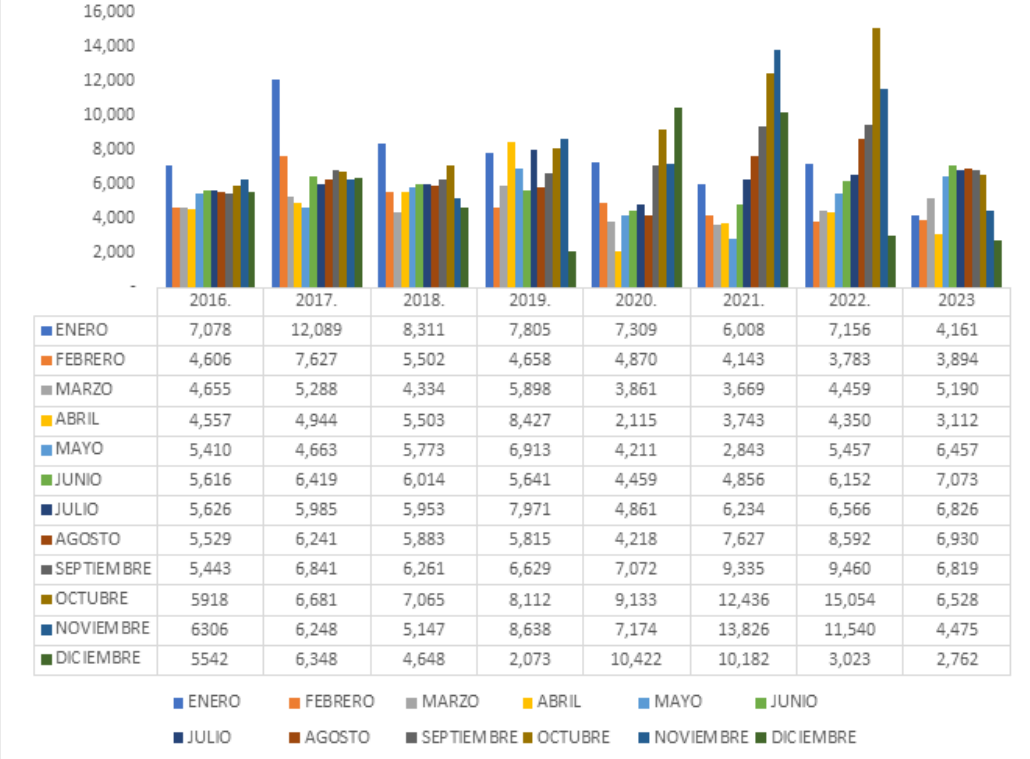
Biológicos Aplicados De Enero A Diciembre
Coberturas generales por biológico y esquema menor de 5 años.



	BCG	HB	POLIO 2	ROTA 2	NEU MO 2	PENT A 1	PENT A 2	PENT A 3	SRP	FA	NEU MO 3	DPT 2	POLIO RZO	SRP 2
META	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2020	100%	100%	265%	241%	271%	276%	241%	183%	132%	103%	132%	130%	130%	130%
2021	100%	100%	225%	208%	225%	224%	226%	183%	339%	273%	339%	154%	154%	154%
2022	100%	100%	154%	144%	154%	181%	153%	164%	152%	167%	152%	144%	144%	144%
2023	100%	100%	129%	120%	129%	212%	130%	126%	163%	121%	159%	139%	139%	139%

- ✓ Recién nacido: Cobertura optimas evaluadas con número de partos atendidos en la institución en el periodo, sobre número de recién nacidos vacunados.
- ✓ Menor de 1 y 5 años: Coberturas optimas, por encima del porcentaje esperado en meta.

INFORME DE PRODUCCION PAI 2193



	2016.	2017.	2018.	2019.	2020.	2021.	2022.	2023
ENERO	7,078	12,089	8,311	7,805	7,309	6,008	7,156	4,161
FEBRERO	4,606	7,627	5,502	4,658	4,870	4,143	3,783	3,894
MARZO	4,655	5,288	4,334	5,898	3,861	3,669	4,459	5,190
ABRIL	4,557	4,944	5,503	8,427	2,115	3,743	4,350	3,112
MAYO	5,410	4,663	5,773	6,913	4,211	2,843	5,457	6,457
JUNIO	5,616	6,419	6,014	5,641	4,459	4,856	6,152	7,073
JULIO	5,626	5,985	5,953	7,971	4,861	6,234	6,566	6,826
AGOSTO	5,529	6,241	5,883	5,815	4,218	7,627	8,592	6,930
SEPTIEMBRE	5,443	6,841	6,261	6,629	7,072	9,335	9,460	6,819
OCTUBRE	5918	6,681	7,065	8,112	9,133	12,436	15,054	6,528
NOVIEMBRE	6306	6,248	5,147	8,638	7,174	13,826	11,540	4,475
DICIEMBRE	5542	6,348	4,648	2,073	10,422	10,182	3,023	2,762

Total, aplicado 2022: 82.569
Total, aplicado 2023: 64.227

Esta disminución se relaciona con la ejecución de proyectos de agosto a noviembre en el año 2022,

Proyecto de inversión NO PAI 2023

OBJETO DEL CONTRATO: La Red de Salud Centro E.S.E se compromete con el Distrito de Santiago de Cali Secretaría de Salud Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI a efectuar jornadas de inmunización con biológicos NO PAI en la población priorizada por factores de riesgo, en desarrollo de proyecto FORTALECIMIENTO DE ESQUEMAS DE VACUNACIÓN EN LA POBLACION PRIORIZADA POR FACTORES DE RIESGO EN SANTIAGO DE CALI con ficha EBI BP No. 26003386. N° 0034

FECHA DE INICIO: JULIO 2023	VALOR	FECHAS	ESTADO	SOPORTES SOLICITADOS
CUOTA 1 - 30%	$ 297,854,348	SEPTIEMBRE	INFORME ENTREGADO/ REVISADO/PAGADO	Plan de trabajo, conformacion de equipo, pagos seguridad social y parafiscales
CUOTA 2 - 40%	$ 397,139,131	OCTUBRE	INFORME ENTREGADO/REVISADO/PAGADO	Informe actividades y subactividades, evidencias de avances según plan operativo
CUOTA 3 - 30%	$ 297,854,349	NOVIEMBRE	INFORME ENTREGADO/REVISADO/PAGADO	Documento informe final al 100%, certificacion de parafiscales y seguridad social.
VALOR DEL CONTRATO	$			992,847,828

Total, de biológicos contratado y ejecutado: 5.970

1.1.8. Programa Tuberculosis Red De Salud Centro E.S.E

La tuberculosis por ser un problema de salud pública a nivel mundial y en la Región de las Américas requirió la formulación de la "Estrategia Fin de la tuberculosis" que tiene como propósito terminar con la epidemia de tuberculosis en el mundo y está vinculada con las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) bajo tres indicadores mundiales de alto nivel. El logro de éstos peligra enormemente debido a la pandemia de COVID-19. Por lo tanto, es necesario acelerar los esfuerzos para alcanzar la reducción en el número de muertes y de casos y poder contar con datos sobre los costos catastróficos.

En 2020, a nivel mundial, 10 países en conjunto representaron el 74 % de la brecha global entre la incidencia estimada de TB y el número de personas con diagnóstico reciente de TB informado. Las brechas desde una perspectiva global se deben a una combinación de su notificación de personas diagnosticadas y su diagnóstico (debido a que las personas con tuberculosis no pueden acceder a la atención médica o no son diagnosticadas cuando lo hacen).

Teniendo en cuenta lo anterior, el país cuenta con el sistema de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA) y el Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNPCT) para un abordaje integral.

Colombia, expidió la Resolución 227 de 2020 con la cual se adoptaron los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (constituido por el Plan Estratégico "Hacia el fin de la tuberculosis" Colombia 2016-2025 y el Plan de monitoreo y evaluación). En el marco normativo relacionado con la gestión de salud pública en tuberculosis se incluye: la Resolución 2626 de 2019 (adoptó el Modelo de Atención Integral Territorial – MAITE), la Resolución 3280 de 2018 (adoptó los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal), la Resolución 3202 de 2016 (adoptó el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud) y la Resolución 1841 de 2013 (adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021).

Todo lo anterior y sumado el incremento en los casos no solo de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, también los casos farmacorresistentes; indican que la continuidad de las actividades de prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación de tuberculosis es una necesidad de salud pública en la ciudad de Cali.

Teniendo en cuenta este marco teórico y normativo la ESE centro bajo la resolución 227 de 2020 ha realizado esfuerzos importantes en la implementación y medición de indicadores trazadores de la gestión e impacto del programa en la población susceptible, desde la identificación de sintomático respiratorio, el diagnóstico, tratamiento.

A continuación, se presenta la tendencia de los indicadores establecidos para el monitorio del programa desde el año 2019 hasta el 2023.

Indicador Captación Sintomático Respiratorio

AÑO	2018	2019	2020	2021	2022	2023
META	**3252**	**3015**	**2259**	**7249**	**6120**	**6590**
Usuarios Captados BK	2552	1657	831	4007	3057	2118
Pacientes BK +	200	54	28	108	101	113
INDICE DE POSITIVIDAD BK	8%	3%	3%	3%	3%	5%
Usuarios Captados PCR / Cultivo +	0	0	0	631	1385	950
Pacientes PCR +/ Cultivo +	0	0	0	73	222	171
INDICE DE POSITIVIDAD PCR	0%	0%	0%	12%	16%	18%
Captados y canalizados	0	0	0	0	0	435
TOTAL CAPTACIÓN	**2552**	**1657**	**831**	**4711**	**4442**	**3674**
% CUMPLIMIENTO	85%	55%	38%	68%	73%	**56%**

La búsqueda activa de las personas sintomáticas respiratorias es una de los primeros criterios para la disminución de pacientes con Tuberculosis.
En la tabla, podemos observar la meta establecida en la captación de sintomático respiratorio de la ESE Centro consecutivamente por semestre entre los años 2018 al 2023. Los puntos más relevantes de mencionar son:

Porcentualmente en el año 2018 se cumplió por encima de la meta establecida; de un total 3252 usuarios a captar; se realizaron 2552 captaciones cumpliendo en un 85%. Sin embargo, en los años siguientes como lo fue en 2019 se logra llegar al 55% ,al año 2020 continua una disminución en un 35% se establecen planes de mejora pero también afecta los tipos de contratación y los efecto que conlleva contratar a terceros el procesamiento de las captaciones ;sin embargo en los años consiguientes 2021 y 2022 se aumenta significativamente el resultado anual de las metas establecidas esto debido a la apertura del laboratorio molecular y contratación por las EAPB en el procesamiento de su población lo cual evidencia este aumento en los resultado. sin embargo, en el año 2023 la meta establecida institucional se logra por encima de un 100% pero la comunitario la cual es sumada en la meta anual afecta significativamente el resultado eso nos permite evidenciar que la falta de autorización del régimen contributivo para el procesamiento en la captación comunitaria afecta significativamente el resultado final del indicador.

Cabe mencionar, por normatividad todo paciente captado por los diferentes medios de diagnóstico establecidos por la normatividad; ya se nexo epidemiológico, clínica y bacteriológicos se viene realizando, completando el control PSF. Esto en aras de cumplir el 100% de pruebas moleculares de los pacientes en el programa en la vigencia del 2023

Laboratorio Molecular

Meses	Año	Total usuarios	Promedio de pruebas por usuario	Cultivo liquido	PCR	PSF	Total pruebas
Mayo 21 a 31 diciembre	2021	1490	1,3	1203	504	263	1970
Ene a Dic.	2022	1219	2,8	1187	1097	1083	3496
Ene a Dic.	2023	950	2.5	1177	455	333	2395

Se permite evidenciar el aumento de las pruebas moleculares desde la apertura del servicio, cumpliendo la resolución 227 de 2020 donde evidencia el alto porcentaje de diagnóstico de paciente con TB, pero en lo que va del año 2023 se sigue realizando por contratos contractuales con cada EAPB para permitir la captación de tuberculosis.

Oportunidad De Dx De Tb Pulmonar Bacteriológicamente Confirmado

Meta	OPORTUNIDAD DE DX DE TB PULMONAR BACTERIOLOGICAMENTE CONFIRMADO									
< 30 días	AÑO 2019		AÑO 2020		AÑO 2021		AÑO 2022		AÑO 2023	
Días transcurridos inicio síntomas a captación por paraclínicos	2795	44	4584	75	3232	44	2469	28	4561	29
Total, de pacientes TB pulmonar bacteriológicamente +	64		61		74		87		160	

Este indicador evalúa la suma de las diferencias entre los días transcurridos entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de resultado confirmación bacteriológica entre los casos nuevos TB, teniendo como meta menor o igual a 30 días.

En la tabla N° 3. se observa que en año 2019 se cumplió con 44 días; sin embargo, al año 2020 aumentaron los días en 75, y en el año 2021 a 43 dada las circunstancias de la pandemia mundial del COVID 19 y la alta rotación del personal asistencial. En el año 2022 disminuye en 28 días y durante el año 2023 se mantiene en menor de 30 días. Este tiempo de diferencia se logra por la continuidad del personal asignado y el entrenamiento continuo para cumplir las metas establecidas y la oportunidad del procesamiento de las pruebas moleculares y de BK por la red centro ESE, lo que ha permitido tener los resultados en menor tiempo establecido para un diagnóstico oportuno.

TABLA N°4 **Oportunidad De Inicio De Tratamiento De Tb Pulmonar Bacteriológicamente Confirmado**

El diagnóstico oportuno y el inicio de tratamiento oportuno para la tuberculosis pueden prevenir el desarrollo de lesiones pulmonares y disminuir el riesgo de transmisión de Micobacteria tuberculosis.
La suma de las diferencias entre los días transcurridos entre la fecha de resultado de confirmación diagnóstica y la fecha de inicio de tratamiento en casos nuevos TBP es otro de los indicadores de Prevención y atención integral, centrada en las personas afectadas por tuberculosis que se evalúan a nivel nacional.

META < 2 DIAS	OPORTUNIDAD DE INICIO DE TRATAMIENTO DE TB PULMONAR BACTERIOGICAMENTE CONFIRMADO									
	AÑO 2019		AÑO 2020		AÑO 2021		AÑO 2022		AÑO 2023	
Dias captación e inicio programa	927	19	1285	20	1551	20	1078	12	548	3
total de pacientes TBP	48		64		74		87		160	

Se observa el comportamiento de los últimos cuatro años y la disminución notoriamente, esto ha permitido evidenciar el seguimiento oportuno para el ingreso al programa de los pacientes notificados institucional y remitidos en un tiempo menor a 4 días en el año 2023 realizando sinergia con las otras instituciones de nivel superior donde ha permitido la contra referencia beneficiando la continuidad y

Condición De Ingreso Al Programa De Tuberculosis - Comparativo Por Trimestre Año 2019-2023

Los pacientes con tuberculosis deben recibir la atención según lo establecido en la normatividad, pero puede encontrarse un porcentaje significativo de perdida de seguimiento y reingresar en condición de perdida de seguimiento. Asegurarla adherencia del tratamiento es un trabajo en conjunto con la red prestadora y el paciente. A continuación, se describe la condición de ingreso al programa de tuberculosis comparativo desde el año 2019 al 2013.

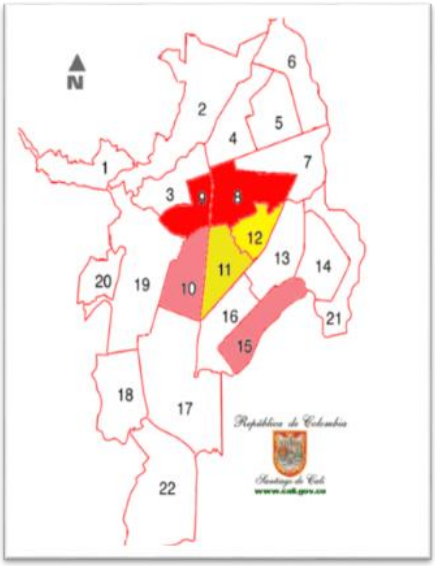
TIPO DE INGRESO	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nuevo	102	78	82	83	99	140
Reingreso tras perdida en el seguimiento	29	11	9	13	21	18
Reingreso tras Recaída	6	11	2	5	1	2
Remitido	7	5	0	5	7	0
Fracaso	1	0	3	0	1	0
TOTAL	145	105	96	106	129	160

Se evidencia la incidencia de la enfermedad en este tipo de población es más prevalente se ha venido trabajando coordinadamente con los diferente servicio de atención de la red y la intensificación de capacitación continua en el personal asistencial para el aumento de la aplicación de los algoritmos diagnósticos en la población perteneciente al área de afluencia; población en riesgo vulnerable y el alto nexo epidemiológico de las comunas de 8 y 9 donde tiene la mayor concentración de pacientes TB; adicional a esto el aumento de casos y en apoyo que el Distrito junto con la Secretaria De Salud Distrital por medio de fundación SERGENTE, ONG samaritanos a permitido por recuperar los pacientes que egresaron por perdida de seguimiento y terminar el tratamiento éxitos.

Variables Sociodemográficas De Ingresos Nuevos Al Programa De TB 2023

A continuación, se realiza una descripción de las variables sociodemográficas de los ingresos nuevos en el programa TB; A continuación, se realiza la descripción detallada de la variable sociodemográfica del paciente que se encuentra en el programa con la ubicación geográfica por comunas donde la comuna de la Red sigue siendo la comuna con más paciente diagnosticados en tratamiento y en condición habitante de calle, consumo de SPA perteneciente por curso de vida juventud y adultez y se observa más prevalencia en el sexo masculino en un 73% y por ciclo vida este año ingresaron menores de primera infancia e infancia. y las comunas donde los pacientes actualmente residen es la comuna 8 y 9.

Variable	Categoría	Casos n=140	
		N°	%
Sexo	Femenino	37	26%
	Masculino	103	73%
Tipo de régimen	No asegurado	15	10%
	Subsidiado	124	86%
Curso de vida	Primera infancia	1	0.7%
	Infancia	2	1.4%
	Adolescente	1	0.7%
	Juventud	27	19%
	Adultez	76	54%
	Adulto mayor	31	22%
Pertenencia étnica	Afrocolombiano	5	0.3%
	Otra	135	96%
Comorbilidad	VIH	14	10%
	PSA	31	22%
	Alcoholismo	1	0.7%
	DM	8	5.7%
	ERC	3	2.1%
	Desnutrición	7	5%
	EPOC	5	0.3%
Grupo poblacional	Habitante de calle	22	15%
	Discapacidad	1	0.7%
	PPL	4	2.8%



COMUNAS	Pacientes TBS
1	1
2	2
3	8
6	1
7	1
8	33
9	41
10	12
11	9
12	13
13	2
14	3
15	10
16	1
17	1
19	1
TOTAL	140

Indicador De Resultado Programa Tuberculosis De Paciente Tb Nuevos

INDICADORES DE RESULTADO	AÑO 2019	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022	Periodo en a jun. 2023
PCTES ANALIZADOS	82	60	80	118	74
CURADOS	44	35	33	53	47
% CURADOS	55%	44%	41%	45%	63%
TERMINADO	14	11	22	26	9
% DE TERMINADO	17%	18%	28%	22%	12%
PERDIDA EN EL SEGUIMIENTO	20	10	16	19	8
% DE PERDIDA EN EL SEGUIMIENTO	24%	17%	20%	16%	10%
FASE EXTENDIDA/FRACASO	1	0	3	6	0
% FASE EXTENDIDA	1%	0%	4%	5%	0%
FALLECIDOS	3	1	6	14	3
% DE FALLECIDOS	4%	2%	8%	12%	4%
TRANSFERIDOS	0	0	0	0	0
% DE TRANFERIDOS	0%	0%	0%	0%	0%
ÉXITO TERAPEUTICO	**70%**	**76%**	**68%**	**67%**	**75%**

El indicador de resultado. permite evidenciar la condición de egreso del paciente que termina su tratamiento y otras condiciones o circunstancias que impidieron dar por terminado el tratamiento para el año 2022.

De los 74 casos analizados correspondiente a los paciente que ingresaron al programa entre el periodo de enero a junio 30 del año 2023; los pacientes que terminaron el tratamiento en condición como curados fueron 47 para un porcentaje del el 67%; esto como resultado del control bacteriológico al finalizar el tratamiento con un cultivo negativo, 9 pacientes con tratamiento terminado y en espera del resultado cultivo en proceso,3 fallecidos por su comorbilidad (reporte SIVIGILA sin ingreso al programa, confección VIH, consumidor SPA, Cáncer ,entre otros).8 casos con pérdida de seguimiento notificados con intervenciones en el lugar de permanencia donde no se logra ubicar esto conlleva a egreso en condición de perdida notificación posteriormente a la EAPB y ente de control y fase extendida 0.Para un total de 75% de éxito terapéutico en todo el año 2023.

Entre las causas de pérdida del seguimiento están 4 casos que salen del país, 3 habitantes en condición de calle y 1 cullos datos de ubicación no existen.

Tuberculosis Farmacoresistente

Comuna	N° Pacientes
9	10
10	2
11	1
12	4
Total, general	17

Corresponde a los pacientes con tuberculosis resistente desde el año 2019; quienes cumplieron con su tratamiento y egresan ya en 2020,2021 se puede describir que ya fue egresado todos. Menos 1 paciente que viene en tratamiento desde el año 2019 supervisado por la ESE Centro y que siempre termina siendo paciente en perdida de seguimiento por su falta de adherencia notificado e intervenido conjuntamente con secretaria de salud paciente renuente a tratamiento. En el año 2022 se tuvo un fallecido en el HUV por complicación de su coinfección VIH, 2 paciente egresa como curado cumpliendo con el tiempo y controles bacteriológicos pertinentes. Al momento 4 pacientes continúan en tratamiento 2 de ellos ingresados con condición de nuevos en 2023 dada las pruebas PSF pasaron a TBR y adherentes al tratamiento.

Indicador Que Permite Evaluar Porcentaje De Casos Tb Pulmonar Previamente Tratados Y Evaluados Con Pruebas Sensibilidad A Fármaco

A continuación, se describe el indicador que permite evaluar porcentaje de casos TB pulmonar previamente tratados y evaluados con pruebas sensibilidad a fármaco durante el periodo desde el 2021 al 2023 evidenciando el cumplimiento en un 100% de todos los cados con ingreso de perdida seguimiento

TUBERCULOSIS (TB)							
NOMBRE DEL INDICADOR	Formula	2021		2022		2023	
Porcentaje de casos de TB pulmonar previamente tratados y evaluados con Pruebas Sensibilidad a Fármacos (PSF)	Número de casos previamente tratados con resultado de PSF de primera línea	3	23%	16	88%	18	100%
	Número de casos de TB previamente tratados	14		18		18	

TUBERCULOSIS (TB)		AÑO					
NOMBRE DEL INDICADOR	Formula	2021		2022		2023	
Porcentaje de casos TB diagnosticados en el primer nivel de atención en condición de población vulnerable	N°. De casos de diagnósticos de TB pulmonar en el primer nivel de atención	83	19%	120	23%	140	36%
	Total, ingresos por grupos vulnerables	16		28		51	

Indicador Número De Casos De Diagnostico De Tb Pulmonar En El Primer Nivel De Atención Por Grupos Vulnerables

En la siguiente tabla describe la condición de grupo población del paciente ingresados al programa TB siendo la población en condición de habitante de calle y migrante con más incidencia y con enfermedades infecciosas.

TUBERCULOSIS (TB)				
NOMBRE DEL INDICADOR	Formula	2021	2022	2023
N°. De casos de diagnósticos de TB pulmonar en el primer nivel de atención, por grupos vulnerables	Habitante de calle	10	4	22
	Migrantes	4	7	11
	VIH - SIDA	2	11	14
	PPL	0	6	4

Porcentaje de diagnósticos de tb pulmonar en el primer nivel de atención

Se describe a continuación al aumento del cumplimiento del diagnóstico de la enfermedad desde el primer nivel de atención esto refleja la jornada de sensibilización en los algoritmos diagnósticos en la población del área de afluencia del a Red.

TUBERCULOSIS (TB)							
NOMBRE DEL INDICADOR	Formula	2021		2022		2023	
Porcentaje de diagnósticos de TB pulmonar en el primer nivel de atención.	Número de casos de TBP TF diagnosticados en el primer nivel de atención/ Total de casos confirmados notificados de TBP	64	77%	73	60%	108	77%
		83		120		140	

Proporción De Menores De 5 Años Cn Terapia Preventiva Con Isoniazida Que Son Contacto De Casos BK (+)

TUBERCULOSIS (TB)					
NOMBRE DEL INDICADOR	Formula	2022		2023	
Proporción de menores de 5 años con Terapia preventiva con isoniazida que son contactos de casos BK(+)	Número de menores de 5 años contactos de casos BK(+) con TPI	9	100%	11	100%
	Número de menores de 5 años contactos de casos BK(+)	9		11	

Dentro de los lineamientos operativo del manejo tratamiento de la enfermedad estable que todo contacto directo de caso índice menor de 5 años se le deben de realizar pruebas que permita el seguimiento y posible contagio ante esto el programa a incrementado la realización de PPD y preventivamente de acuerdo a lineamiento del grupo de micobacterias se viene formulando dando entrega del tratamiento preventivo con isoniazida.

Porcentaje De Casos Nuevos Tuberculosis Pulmonar Con Perdida De Seguimiento

Se analizaron los casos entre 2021 y 2023 por semestre una variable que afecta la adherencia y continuidad de tratamiento es su condición de vulnerabilidad, ya que la enfermedad afecta en gran porcentaje a los habitantes de calle, con alto consumo de SPA condiciones que no permite continuidad en el tratamiento, pero este año del 2023 se intensificando el seguimiento del TDO con el apoyo del agente comunitario del grupo de micobacterias de secretaria y los dispositivos comunitarios para supervisarlo en un 6%.

TUBERCULOSIS (TB)		AÑO					
NOMBRE DEL INDICADOR	Formula	AÑO 2021		AÑO 2022		AÑO 2023	
INDICE DE POSITIVIDAD DE CULTIVOS	N° de cultivos realizados positivos para micobacteria	34	85%	46	67%	110	88%
	N° de cultivos realizados para micobacteria	40		68		125	
Índice de positividad de pruebas moleculares (PCR)	No. Pruebas moleculares realizadas	11	81%	64	56%	119	92%
	No. De pruebas moleculares positivas	9		36		110	

TUBERCULOSIS (TB)		Año					
NOMBRE DEL INDICADOR	Formula	2021		2022		2023	
Porcentaje de casos nuevos tuberculosis pulmonar con pérdida en el seguimiento	Número de casos nuevos TB pulmonar bacteriológicamente confirmados y clínicamente diagnosticados que egresan del programa con pérdida en el seguimiento	3	3%	15	13%	11	7%
	Número de casos nuevos TB pulmonar bacteriológicamente confirmados (baciloscopia, cultivo o pruebas moleculares aprobadas por la OMS) y clínicamente diagnosticados registrados en la cohorte	83		118		140	

Logros 2023



Retos 2024

- Continuar con el fortalecimiento de las competencias del talento humano
- Lograr cumplir con el lineamiento frente al uso de las pruebas moleculares
- Contrataciones con EAPB no fragmente las atenciones y eliminar barreras administrativas
- Lograr que las ONG que apoyan en la población vulnerable cuentes con contracciones a largo tiempo por el ente del ente territorial
- Aumentar la sensibilización en la población frente a la TUBERCULOSIS
- Fortalecer el ENGAGE TB

1.1.9. Programa Hansen

A continuación, se presenta información sobre la incidencia de enfermedad de Hansen por entes territoriales comparados con el índice país, y dentro de estos Cali:

Clasificación De Ingreso Al Programa

El programa de Hansen tiene una clasificación de ingreso para los pacientes que se encuentran activos farmacológicamente hablando (que se encuentran tomando la Poliquimioterapia para Hansen), dicha clasificación es la siguiente:

- NUEVO: Paciente con primoinfección por Hansen, que ingresa por primera vez al programa, se considera nuevo cuando dermatología confirma el diagnostico ya sea por clínica, baciloscopia de linfa o biopsia de piel más tinción de fite faraco (Gold standard en diagnóstico de Hansen).
- RECIBIDO: paciente de otro programa de otro municipio o departamento ajeno a Santiago de Cali, dicho traslado a nuestro programa debe aprobarlo la secretaria de Salud Distrital de Cali.
- RECIDIVA: paciente previamente curado y con salida formal del programa (en vigilancia epidemiológica o no) quien presenta nuevo episodio de la enfermedad de Hansen.
- RECUPERADO: Paciente que finaliza el tratamiento estipulado por dermatología, sin embargo, no vuelve a presentarse al programa y no responde a la búsqueda activa; por lo tanto, no tiene salida formal por parte de dermatología a pesar de haber terminado medicamento y vuelve de nuevo al programa con sintomatología activa para Hansen.

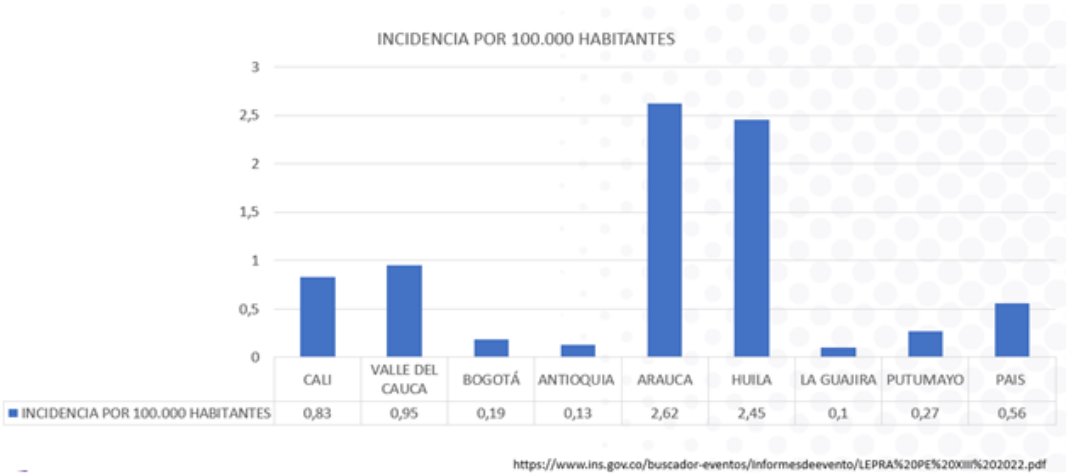
  A continuación, se detalla la clasificación de ingreso al programa en los últimos cinco años (2019 al 2023):

CRITERIO DE INGRESO	2019	2020	2021	2022	2023
NUEVO	27	26	25	22	16
RECIBIDO	1	1	0	0	1
RECIDIVA	3	5	3	0	1
RECUPERADO	1	0	1	0	3
TOTAL	32	32	29	22	21

Libro epidemiológico Hansen – Secretaría de Salud Distrital Cali, CDS Panamericano 2018-2023
Los libros epidemiológicos se encuentran en actualización de datos por parte de la SSPD Cali.

Ingresaron al programa Hansen 21 pacientes de los cuales 16 ingresan como nuevos para una proporción del 76%, 3 casos como recuperados, 1 como recibido y 1 como recidiva

Comparación de la Incidencia de casos nuevos de Hansen por 100.000 habitantes (Corte Periodo Epidemiológico XIII Año 2022)



El programa Hansen de Santiago de Cali se encuentra centralizado en la IPS anamericano, la cual corresponde a la Red de Salud del Centro E.S.E.; allí se atiende a la población correspondiente al Distrito de Santiago de Cali (consulta y seguimiento por dermatología y enfermería, dispensación de medicamento para Hansen (PQT y Talidomida según el caso), actividades de la mano de la Secretaría de Salud Distrital) y de forma esporádica se presta interconsulta por dermatología a algunos pacientes de municipios aledaños (citas solicitadas directamente por el ente territorial). La tasa de incidencia para Cali está en o,83 por cada 100000 habitantes

	Función renal	Pruebas hepáticas	Hemograma	Baciloscopia de linfa	Biopsia de piel
Porcentaje realizado	91,6%	91,6%	100%	100%	83,3%
Usuarios activos que cumplen	22	22	24	24	20

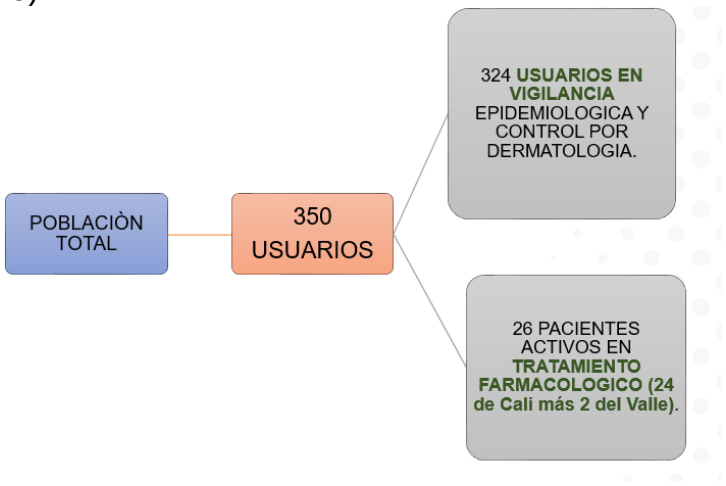
Total, de usuarios activos: 24
Corte Diciembre / 2023

Gracias a capacitaciones realizadas, los profesionales de otras instituciones envían a los pacientes con paraclínicos ya tomados o con órdenes en proceso.

POBLACIÓN DEL PROGRAMA HANSEN: La población del programa Hansen se divide en dos grupos macro:

1. Pacientes activos: estos pacientes se encuentran en tratamiento farmacológico con Poliquimioterapia para Hansen (tratamiento antibiótico), de acuerdo a las condiciones propias del paciente (clínica, número de lesiones, resultados de biopsias de piel y baciloscopias de linfa) el tratamiento puede variar desde los 6 meses a los 24 meses, dependiendo del concepto dado por dermatología.
2. Pacientes en vigilancia epidemiológica: estos pacientes estuvieron en tratamiento farmacológico para Hansen, se curaron de la enfermedad, tuvieron salida formal del tratamiento farmacológico acreditado por dermatología y, después, requieren de citas de control cada seis meses o cada año dependiendo de la dermatología; la vigilancia epidemiológica dura 5 a 10 años desde que terminó el tratamiento.

A corte de diciembre de 2023, el programa Hansen de Cali tiene una población total de 350 usuarios repartidos de la siguiente forma: 324 usuarios en vigilancia epidemiológica y 26 pacientes en tratamiento activo (dos de los cuales son del Valle).

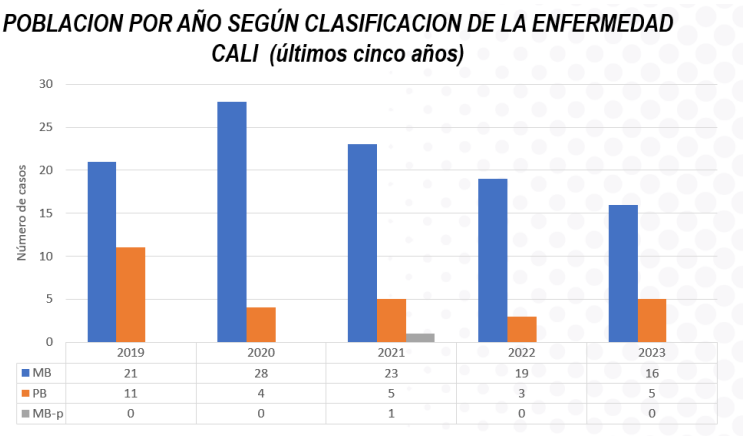


De los anteriores pacientes, 38 corresponden a vigilancias epidemiológicas de personas de otros municipios ajenos a Cali, esto por solicitud de la secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, a continuación, se detalla la procedencia de estos usuarios:

MUNICIPIO DEL USUARIO	NUMERO DE USUARIOS
BUENAVENTURA	3
CALIMA DARIEN	1
CANDELARIA	4
CERRITO	1
DAGUA	5
FLORIDA	2
JAMUNDI	7
GUACARI	1
LA UNION	1
TULUA	1
LA CUMBRE	2
PALMIRA	2
YUMBO	4
PUERTO TEJADA (CAUCA)	1
SUAREZ (CAUCA)	1
VILLARICA (CAUCA)	1
BUENOS AIRES (CAUCA)	1

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE HANSEN: La enfermedad de Hansen se clasifica de forma general en dos grupos, dicha clasificación se basa en el número de lesiones (manchas hipo pigmentadas con hipostesias circundantes a la lesión) que presenta el paciente, además de la presencia de positividad o no de la tinción Fite Faraco en la biopsia de piel que se le solicita a los pacientes, dicha clasificación es la siguiente:

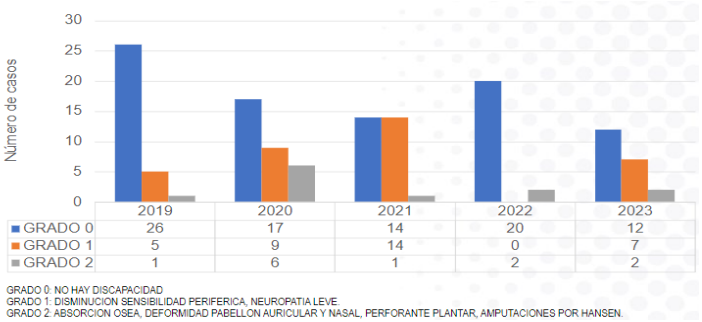
- Hansen Paucibacilar (PB): Ocurre cuando el paciente presenta menos de cinco (5) lesiones en piel, normalmente el tratamiento farmacológico de estos pacientes no excede los seis meses, aunque esto depende del concepto de dermatología.
- Hansen Multibacilar (MB): Ocurre cuando el paciente presenta cinco (5) o más lesiones en piel, también sucede cuando el paciente presenta menos de cinco (5) lesiones, pero en la biopsia de piel aparece positiva la coloración de Fite Faraco, normalmente el tratamiento de estos pacientes va a 12 meses, con prolongaciones de acuerdo con el concepto de dermatología



DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON HANSEN: El objetivo principal, aparte de reducir el número de contagios de casos de Hansen, es que los pacientes con enfermedad activa no presenten casos de discapacidad o deformidades físicas, o si llegan a presentarlos, que esta discapacidad no escale; la discapacidad en Hansen está clasificada en tres grados, los cuales son, en orden de severidad:

- GRADO 0: Paciente sin ningún tipo de discapacidad o deformidad.
- GRADO 1: Disminución de la sensibilidad periférica, neuropatía leve, sensibilidad en piel a la luz solar.
- GRADO 2: Deformidades en pabellón auricular y nasal, absorción ósea de falanges, amputaciones de falanges o extremidades por Hansen, mal perforante plantar.

La siguiente gráfica detalla el grado de discapacidad de los pacientes que ingresaron desde el 2019 al 2023:



- GRADO 0: NO HAY DISCAPACIDAD
- GRADO 1: DISMINUCION SENSIBILIDAD PERIFERICA, NEUROPATIA LEVE.
- GRADO 2: ABSORCION OSEA, DEFORMIDAD PABELLON AURICULAR Y NASAL, PERFORANTE PLANTAR, AMPUTACIONES POR HANSEN.

Casos Discapacidad Grado 1 – Año 2023

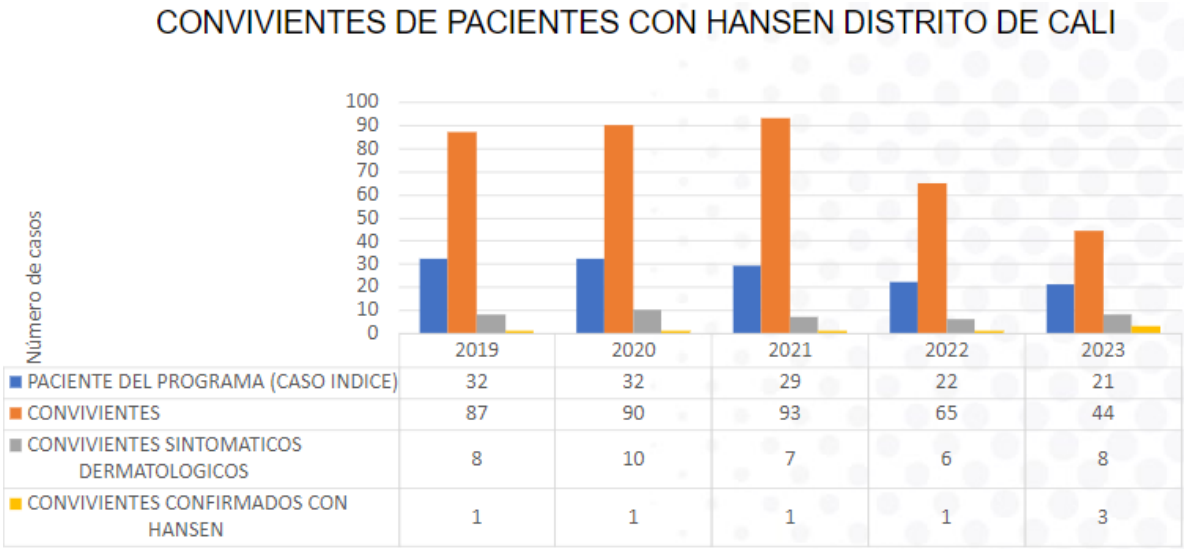
TIEMPO DE SINTOMAS	SEXO	EDAD (EN AÑOS)	HA VIDIDO LOS ÚLTIMOS SEIS MESES EN CALI	LOCALIDAD/COMUNA	EAPB	IPS ASIGNADA	OBSERVACION
7 AÑOS APROX	M	35	SI	INPEC - CARCEL VILLANUEVA	ERON SALUD	ERON SALUD	Paciente con tratamiento inicial en año 2016 con perdida en el seguimiento en año 2018, se vuelve a captar en diciembre de 2023.
10 AÑOS APROX	F	20	SI	COMUNA 16	SALUD TOTAL - C	VIRREY SOLIS	Paciente con tratamiento inicial en año 2014 con perdida en el seguimiento, se vuelve a captar en noviembre de 2023.
5 AÑOS APROX	M	41	SI	COMUNA 18	EMSSANAR - S	ESE NORTE (Diagnosticado en Ese Ladera, hizo traslado a Ese Norte por futura mudanza).	Paciente consumidor de sustancias psicoactivas con baja adherencia a servicios de salud, actualmente con seguimiento de SSPD.
6 AÑOS APROX	F	51	SI	COMUNA 15	SURA - C	JAVESALUD	Paciente con secuelas de TCE, con baja red de apoyo que produce baja adherencia a servicios de salud.
2 AÑOS APROX	M	72	SI	COMUNA 13	FERROCARRILES	COSMITET	Paciente con alteración sensitiva de miembros superiores, actualmente en manejo por fisiatría.
1 AÑO APROX	F	67	SI	COMUNA 9	NUEVA EPS - C	ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE	Paciente con alteración sensitiva en manos, con fisioterapia, **con posibilidad de recuperación (Grado 0).**
1 AÑO APROX	M	52	SI	COMUNA 10	EMSSANAR - S	ESE CENTRO	Alteración sensitiva en pulpejos de dedos en mano derecha, con fisioterapia, **con posibilidad de recuperación al finalizar el tratamiento (Grado 0)**

Hay 7 casos de discapacidad 1 de los cuales 5 caos tienen sintomatología de piel de más de 2 años de evolución y 2 casos de 1 año de evolución. Estos dos últimos casos es posible que su discapacidad se revierta y queden en 0, los otros 5 casos muestran las demoras en la captación que tienen los profesionales de Cali frente a la BAI de sintomáticos de piel

Casos Discapacidad Grado 2 – Año 2023

TIEMPO DE SINTOMAS	SEXO	EDAD (EN AÑOS)	HA VIDIDO LOS ÚLTIMOS SEIS MESES EN CALI	LOCALIDAD/COMUNA	EAPB	IPS ASIGNADA	OBSERVACION
8 AÑOS APROX.	F	71	SI	COMUNA 16	EMSSANAR	ESE SURORIENTE	Paciente domiciliada en Cali desde hace más de ocho años con diagnostico tardío y familiares que no aceptan enfermedad. Con apoyo domiciliario por parte de RED SUR-ORIENTE. Paciente Adherente a manejo PQT MB con uso de Moxifloxacino con mejoría sistémica.
1 AÑO APROX. (Dato por confirmar)	M	90	SI	COMUNA 4	NUEVA EPS	CLINICA NUEVA RAFAEL URIBE - ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE	Paciente quien es diagnosticado en contexto de hospitalización en Clínica Rafael Uribe, con ulceras en miembros inferiores y signos clínicos compatibles con Hansen, no ha sido evaluado por CDS Panamericano ya que se encuentra aún hospitalizado, los datos obtenidos son los referidos por la IPS donde se encuentra.

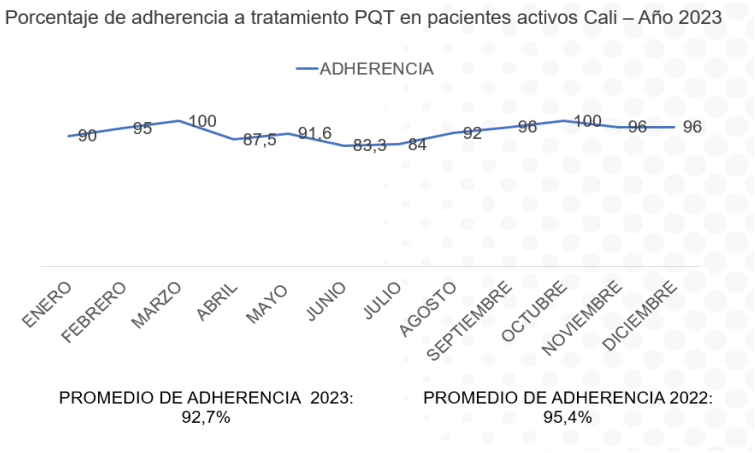
Se presentaron 2 caos de discapacidad 2, 1 de ellos con 8 años de evolución en donde se encontraron retrasos por parte del usuario y familia ante negación del Dx y por parte de la ESE Suroriente . El otro caso es un caso de un paciente que además tienen como comorbilidad una enfermedad neurológica lo que es posible que esta también incida en la clasificación como discapacidad 2



	2019	2020	2021	2022	2023
PACIENTE DEL PROGRAMA (CASO INDICE)	32	32	29	22	21
CONVIVIENTES	87	90	93	65	44
CONVIVIENTES SINTOMATICOS DERMATOLOGICOS	8	10	7	6	8
CONVIVIENTES CONFIRMADOS CON HANSEN	1	1	1	1	3

Un caso índice del primer trimestre del 2023 es conviviente de tres personas que en años anteriores fueron diagnosticadas y ya concluyeron satisfactoriamente su tratamiento // agosto 2023: Por valoración por dermatología de convivientes se logra encontrar caso positivo // Septiembre 2023: se encuentra caso nuevo dentro de convivientes de caso índice. (Total: tres convivientes con enfermedad de Hansen).

Adherencia Farmacológica Durante El Año 2023: Durante el año 2023, se logró mantener la adherencia farmacológica en un promedio de 92,7%, con una disminución en el mes de junio, julio y diciembre el cual puede deberse periodos vacacionales, se adjunta gráfico de adherencia por mes:



Los casos de baja adherencia farmacológica son reportados a SSPD CALI, con la referente Hansen y de Micobacterias. Adicional a la información presentada, se adjunta tabla donde se especifica la procedencia de los casos de Hansen presentados en el distrito de Cali a corte de diciembre de 2023 en formato geográfico:

Indicadores De Programa Hansen A Corte De diciembre De 2023

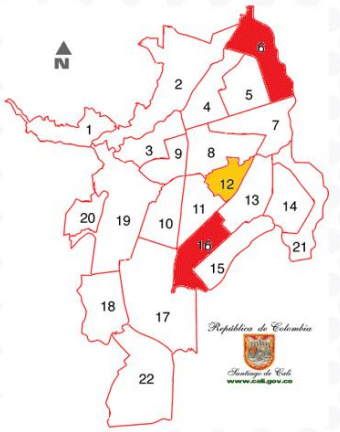
A pesar que la normatividad expedida por el Ministerio de Salud, y de las que se derivan las directrices tomadas por los entes territoriales, como es el caso del Distrito de Santiago de Cali, no se encuentran especificadas de forma taxativa en materia de enfermedad de Hansen, se ha realizado una recopilación de información basada en el documento “Plan Estratégico Enfermedad de Hansen 2016-2025” expedido por el Min Salud para así lograr priorizar unos indicadores que nos permitan evaluar el comportamiento de la enfermedad de la mano de la Secretaría de Salud Distrital de Cali con el fin de lograr aportar el desarrollo del Programa Hansen del Centro de Salud Panamericano en apoyos para el diagnóstico e inicio oportuno de terapia farmacológica para esta enfermedad:

HANSEN		ENERO A DICIEMBRE							
NOMBRE DEL INDICADOR	Formula	Periodo 2021		Periodo 2022		Periodo 2023		Fuente	Meta
TOTAL DE CASOS NUEVOS DE LEPRA (INCIDENCIA)	Número de casos nuevos de lepra notificados en el periodo	25,00	1.1	22,00	0.96	16,00	0.64	Libros Epidemiológicos Hansen - IPSPanamericano Cali	< 0.8 CASOS X 100.000 HABITANTES
	Población total en Cali X 100.000	2264748		2280907		2496346		Proyeccion SSPD 2023	
TOTAL DE CASOS DE LEPRA EN TRATAMIENTO (PREVALENCIA)	Número de casos en tto de lepra en el programa	26,00	1.14	27,00	1.18	24,00	0.96	Libros Epidemiológicos Hansen - IPSPanamericano Cali	<1 CASO X 100.000 HABITANTES
	Población total en Cali X 100.000	2264748		2280907		2496346		Proyeccion SSPD 2023	
NÚMERO DE CASOS DE LEPRA INFANTIL	Total de casos nuevos de lepra infantil/Total de casos nuevos de lepra	1,00		0,00		0,00		Libros Epidemiológicos Hansen - IPSPanamericano Cali	0
PROPORCIÓN DE CASOS NUEVOS SEGÚN CLASIFICACIÓN BACTERIOLÓGICA (MB)	N° de casos lepra nuevos MB en el progrma	22,00	88%	19,00	86%	13,00	81%	Libros Epidemiológicos Hansen - IPSPanamericano Cali	<60%
	Total de caos nuevos que ingresaron al programa	25,00		22,00		16,00			
% DE CASOS NUEVOS DETECTADOS CON DISCAPACIDAD	Casos nuevos detectados en el período con grado de discapacidad (1 y 2)	14,00	56%	2,00	9%	7,00	43.7%	Libros Epidemiológicos Hansen - IPSPanamericano Cali	<10%
	Casos nuevos detectados y evaluados en el periodo*100	25,00		22,00		16,00			

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

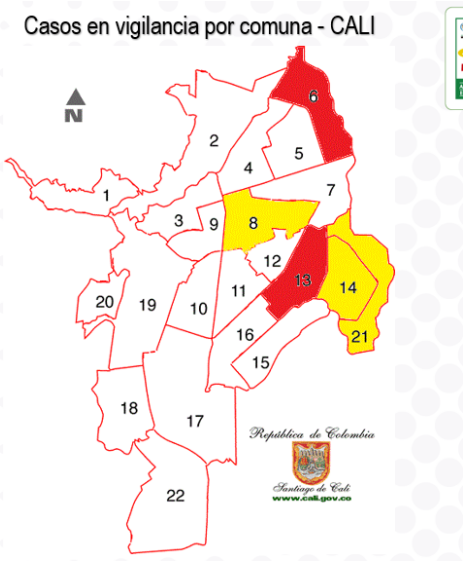
Comuna	Número de casos activos
16	5
6	4
12	3
13	2
14	2
18	2
3	1
4	1
9	1
10	1
11	1
15	1
Total	**24 casos**

Casos activos por comuna - CALI



Comunas con mayor número de casos activos *(en tratamiento a Diciembre/2023)*.

Comuna	Número de casos
13	39
6	26
8	26
21	25
14	18
10	16
15	14
17	14
7	12
2	12
16	12
18	10
11	10
12	9
19	8
4	7
Área rural	9
5	4
20	4
1	3
3	3
9	3
22	3
TOTAL	286 CASOS



Comunas con mayor número de pacientes en vigilancia
(tratamiento finalizado a Diciembre/2023).

Logros obtenidos por el programa Hansen durante el año 2023:

- Cumplimiento de objetivos en tiempos de atención a casos de ingreso: asignación de cita por dermatología e ingreso al programa dentro de los siete días post notificación de caso y control al mes del ingreso.

- Capacitación continua: Se realizaron capacitaciones a personal en salud de entidades como SOS, Comfandi, Asmet Salud, Coosalud, Salud Total, ESE Ladera.
- Gestión de asignación de subsidios por discapacidad: Junto a la SSPD, se lograron obtener 15 cupos de subsidio (5 para pacientes con discapacidad 2 y 10 para discapacidad 1).
- Adherencia farmacológica: se logró mantener la adherencia a la PQT por encima del 90% durante el 2023.

Recomendaciones De Implementación Junto A La SSPD Cali

- Aumentar capacitaciones a personal de salud: Sensibilizando a la mayor cantidad de personal de salud disponible se puede lograr un mayor número de exámenes de piel y lograr así captar más pacientes con enfermedad de Hansen, evitando que el diagnostico se dé cuando ya exista una discapacidad.

- Aumentar la participación en jornadas extramurales para realizar captación de sintomáticos de piel, aplicando esto a todas las EAPB del distrito.

- Obligatoriedad dentro del examen físico en la consulta médica de la valoración de piel en búsqueda de lesiones con alteración de la pigmentación más hipo o anestesias.

- Capacitación continua a laboratorios clínicos dentro del Distrito de Cali sobre la toma correcta e interpretación de la baciloscopia de linda (en muchos lugares no conocen este examen y lo confunden con la baciloscopia de esputo).

1.1.10. RIA Cáncer

1.1.10.1. Cáncer De Cuello Uterino – Programa Por Ti Mujer

Tendencia del No. De mujeres tamizadas, enero a diciembre 2020 – 2023

La figura No. 1 Muestra el comportamiento de los tamizajes procesados en el programa por ti mujer, año 2020 a 2023, se observa una disminución de 18.217 tamizajes que corresponde al 40% menos con respecto al año 2022 pasando de 45.213 a 26.996 para el año 2023.

ESE	TOTAL
2020	40389
2021	48667
2022	45213
2023	26996
DIFERENCIA	-18217
% VARIACION	-40%

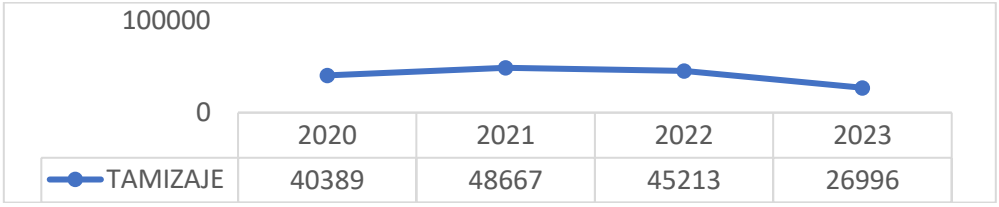


Ilustración 1 Tendencia del No. De mujeres tamizadas, año 2020 – 2023

Tendencia del No. De mujeres tamizadas según tipo de tamizaje, año 2020 – 2023

La figura No. 2 Muestra la cantidad total de citologías convencionales procesadas en el programa por ti mujer, año 2020 a 2023, representa una proporción del 55% sobre el total de tamizajes procesados el programa, por otra parte, se puede observar una disminución 9.642 muestras que corresponde al 39% menos con respecto al año 2022 pasando de 24.581 a 14.939 para el año 2023.

La figura No. 2 Muestra la cantidad total de la prueba ADN - VPH procesados en el programa por ti mujer año 2020 a 2023, representa una proporción del 45% sobre el total de tamizajes procesadas el programa, por otra parte, se observa una disminución 8.575 muestras que corresponde al 41% menos con respecto al año 2022 pasando de 20.632 a 12.057 para el año 2023.

AÑO	CIT. CONVENCIONAL	ADN VPH
2020	28803	11586
2021	28855	19812
2022	24581	20632
2023	14939	12057
DIFERENCIA	-9642	-8575
% VARIACION	-39.23%	-41.56%
PROPORCION TOTAL TAMIZAJE	55%	45%

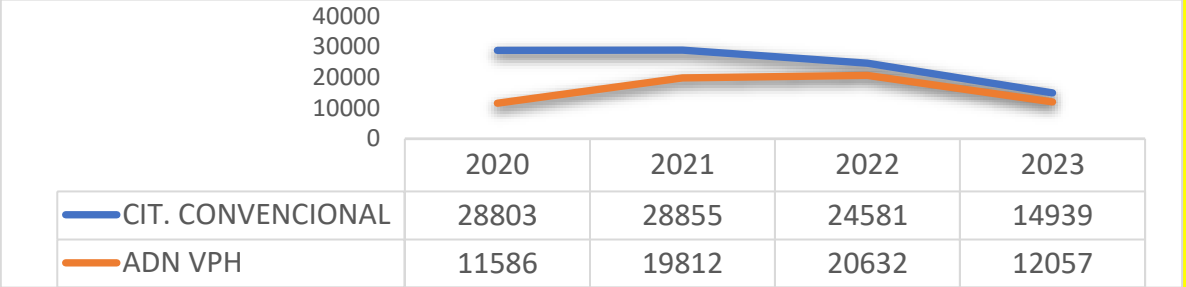


Ilustración 2 Tendencia del No. De mujeres tamizadas según tipo de tamizaje, año 2020 – 2023

Resultados Tamizaje (Adn Vph – Citologia)

Número de pruebas ADN - VPH procesados con resultado positivo para cualquiera de los genotipos 16, 18, 31, 45, 51, 52, (33 58), (33 39 68), (56 59 66), en el programa por ti mujer, año 2020 – 2023

La figura No. 3 muestra la cantidad de pruebas ADN - VPH positivos que se procesaron en el programa por ti mujer año 2020 a 2023, se observa una disminución del 46% que corresponde a 1.515 VPH positivos menos con respecto al año 2022 pasando de 3.300 a 1.785 para el año 2023. Disminuye 1 puntos porcentuales en los resultados positivos en el año 2023 del 15% con respecto a 12.057 tamizajes procesados de ADN-VPH.

AÑO	TOTAL ADN - VPH (POSITIVO)	TOTAL VPH REALIZADOS	% POSITIVIDAD
2020.	1963	11586	17%
2021.	3500	19812	18%
2022.	3300	20632	16%
2023.	1785	12057	15%
DIFERENCIA	-1515		-1%
% VARIACION	-45.91%		

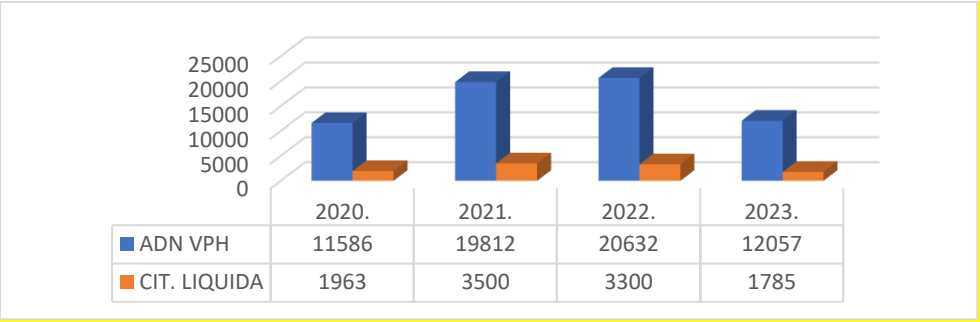


Ilustración 3 No. de mujeres con ADN-VPH positivo según ESE de procedencia, año 2020 a 2023

Anormalidades según ESE procedencia y tipo de tamizaje, año 2023

La figura No. 4 Muestra la cantidad de resultados alterados año 2023, el total es de 1.256 muestras alteradas que representa el 5% sobre 26.996 tamizajes procesados, el total de alteradas se divide según técnica de tamizaje, para citología convencional es 732 alteradas y para ADN – VPH, es de 524 alteradas.

Anormalidades según ESE de procedencia

Anormal Ese Oriente

La figura No. 4 Muestra la cantidad de resultados alterados año 2023, el total de la Ese Oriente corresponde a 187 muestras alteradas que representa el 5% sobre 3.555 tamizajes procesados, el total de alteradas se divide según técnica de tamizaje para citología convencional es 111 alteradas y para ADN – VPH es de 76 alteradas.

Anormal Ese Ladera

La figura No. 4 Muestra la cantidad de resultados alterados año 2023, el total de la Ese Ladera corresponde a 329 muestras alteradas que representa el 5% sobre 6.603 tamizajes procesados, el total de alteradas se divide según técnica de tamizaje para citología convencional es 228 alteradas y para ADN – VPH es de 101 alteradas.

Anormal Ese Centro

La figura No. 4 Muestra la cantidad de resultados alterados año 2023, el total de la Ese Centro corresponde a 313 muestras alteradas que representa el 5% sobre 6.371 tamizajes procesados, el total de alteradas se divide según técnica de tamizaje para citología convencional es 170 alteradas y para ADN– VPH es de 143 alteradas.

Anormal Ese Norte

La figura No. 4 Muestra la cantidad de resultados alterados año 2023, el total de la Ese Norte corresponde a 227 muestras alteradas que representa el 4% sobre 5.592 tamizajes procesados, el total de alteradas se divide según técnica de tamizaje para citología convencional es 121 alteradas y para ADN– VPH es de 106 alteradas.

Anormal Ese Suroriente

La figura No. 4 Muestra la cantidad de resultados alterados año 2023, el total de la Ese Sur Oriente corresponde a 15 muestras alteradas que representa el 6% sobre 272 tamizajes procesados, el total de alteradas pertenecen a la técnica de tamizaje para citología convencional.

Anormal Otros

La figura No. 4 Muestra la cantidad de resultados alterados año 2023, el total de Otros corresponde entidades privadas y públicas de municipios del valle, corresponde a 185 muestras alteradas que representa el 4% sobre 4.603 tamizajes procesados, el total de alteradas se divide según técnica de tamizaje para citología convencional es 87 alteradas y para ADN– VPH es de 98 alteradas.

ESE	ADN VPH	Citología Convencional	Total general	% proporción según ESE	TOTAL TAMIZAJE	% Anormalidad según ESE
Oriente	76	111	187	24%	3555	5%
Ladera	101	228	329	42%	6603	5%
Centro	143	170	313	40%	6371	5%
Norte	106	121	227	29%	5592	4%
Ese Suroriente	0	15	15	2%	272	6%
OTROS	**98**	**87**	185	24%	4603	4%
Total general	**524**	732	**1256**	161%	26996	5%

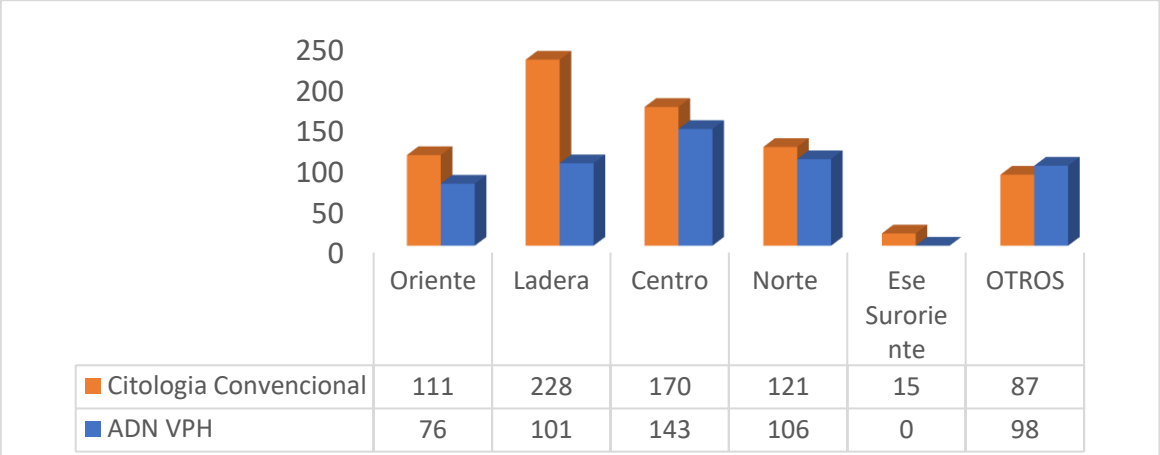


Ilustración 4 Anormalidades según ESE procedencia y tipo de tamizaje, año 2023

Anormalidades según ESE procedencia y tipo de lesión, enero a septiembre 2023

La figura No. 5 Muestra la cantidad de resultados alterados según el tipo de lesión en el año 2023, se clasifica de la siguiente forma con respecto a su cantidad:

Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LEI BG): Total de 728 muestras con este tipo de anormalidad y representa el 58% sobre el total de alteradas.

Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASC - US): Total de 383 muestras con este tipo de anormalidad y representa el 31% sobre el total de alteradas.

Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (HSIL) NIC II, NICIII, CA IN SITU: Total de 102 muestras con este tipo de anormalidad y representa el 8% sobre el total de alteradas.

Células Escamosas Atípicas que no Puede Excluir HSIL (ASC-H): Total de 23 muestras con este tipo de anormalidad y representa el 2% sobre el total de alteradas.

Células endocervicales atípicas sugestivas de neoplasia, Células Glandulares Atípicas sin Ningún Otro Significado, Células glandulares atípicas sugestivas de neoplasia (ASGUS): Total de 11 muestras con este tipo de anormalidad y representa el 1% sobre el total de alteradas.

Carcinoma Escamo celular Invasivo (CA): Total de 4 muestras con este tipo de anormalidad y representa el 0,45% sobre el total de alteradas.

Adenocarcinoma In Situ: Total de 5 muestras con este tipo de anormalidad y representa el 0,55% sobre el total de alteradas.

ESE	LEI BG	ASCUS	LEI AG	ASCH	AGUS	CA	ADENO	TOTAL
Ese Oriente	**121**	**50**	**12**	**3**	**0**	**1**	**0**	**187**
Ese Ladera	**180**	110	27	6	5		1	329
Ese Centro	**175**	98	30	5	2	1	2	313
Ese Norte	**130**	60	23	7	4	2	1	227
Ese Suroriente	**8**	5	1	1	0		0	15
OTROS	**114**	60	9	1	0	0	1	185
TOTAL	**728**	**383**	**102**	**23**	**11**	**4**	**5**	**1256**

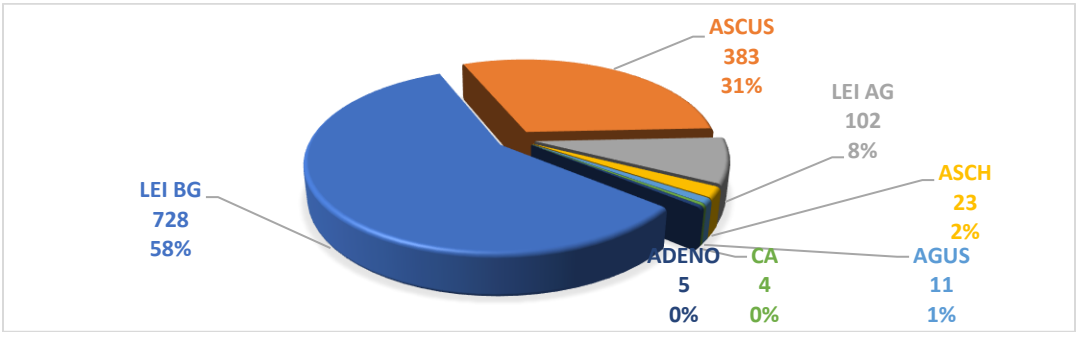


Ilustración 5 Anormalidades según ESE procedencia y tipo de lesión, año 2023

Diagnóstico Y Tratamiento

Tendencia del No. de colposcopias, año 2020 – 2023

La figura No. 6 Muestra el comportamiento la cantidad de colposcopias realizadas graficadas en línea de tendencia en el programa por ti mujer de**, año 2020 – 2023**, se observa una disminución de 788 colposcopias que corresponde al 38% menos con respecto al año 2022 pasando de 2065 a 1277 para el año 2023.

COLPO REALIZADAS	TOTAL
2020.	1676
2021.	2036
2022.	2065
2023	1277
DIFERENCIA	-788
% VARIACION	-38%

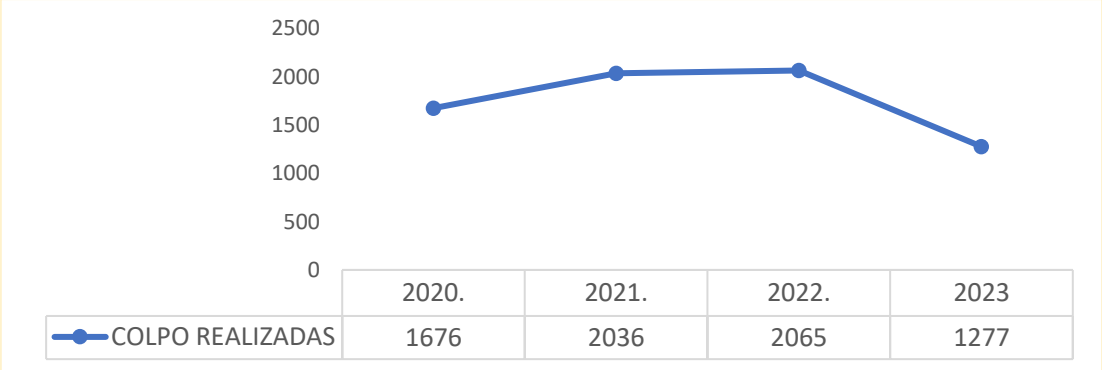


Ilustración 6 Tendencia del No. de colposcopias, año 2020 - 2023

Total, Cobertura Pacientes Candidatas Para Diagnostico Por Anormalidad, Afiliadas EAPB EMSSANAR Y COOSALUD, Año 2023.

El total de anormalidades provenientes de las 5 Redes de atención salud incluyendo municipios afiliadas a la EAPB EMSSANAR Y COOSALUD es de 1.036 de los cuales se lograron realizar en el programa por ti mujer de la red salud centro 456 diagnósticos.

La figura No. 13 Muestra la cantidad de resultados alterados provenientes de las 5 Redes de atención salud publica en Cali incluyendo municipios afiliadas a la EAPB EMSSANAR Y COOSALUD en el año 2023, el total de resultados alterados es de 1.036 , de los cuales se logra realizar a 459 usuarias diagnósticos colposcopia en el programa por ti mujer de la red salud centro que representa una cobertura del 44%, 142 se realizaron diagnostico en otro lugar diferente a la red centro que representa el 14% de usuarias, 177 reportes de difícil contacto para realizar el procedimiento que representa el 17% de usuarias y 258 usuarios con seguimientos pendientes que representan el 25% de las usuarias.

ITEM	TOTAL	%
TOTAL ANORMALIDADES	1036	100
COLPOSCOPIAS	459	44%
COLPO OTRO LUGAR	142	14%
DIFICIL CONTACTO	177	17%
PENDIENTE SEGUIMIENTO	258	25%

Ilustración 7 Cobertura diagnostico total, año 2023

Total, Cobertura Pacientes Candidatas Para Diagnostico Por Anormalidad, Afiliadas EAPB EMSSANAR, Según Red De Atención Publica, Año 2023.

El total de anormalidades provenientes de las 5 Redes de atención salud incluyendo municipios afiliadas a la **EAPB COOSALUD**, es de **360** de los cuales se lograron realizar en el programa por ti mujer de la red salud centro **260** diagnósticos para una cobertura total del **72%**.

La figura No. 14 muestra lo siguiente:

ESE Oriente resultaron **50** anormalidades, de las cuales se lograron realizar diagnostico a **23** usuarias alcanzando una cobertura del **46%**.

ESE Suroriente resultaron **8** anormalidades, de las cuales se lograron realizar diagnóstico a **6** usuarias alcanzando una cobertura del **75%**.

ESE Centro resultaron **130** anormalidades, de las cuales se lograron realizar diagnóstico a **108** usuarias alcanzando una cobertura del **83%**.

ESE Norte resultaron **47** anormalidades, de las cuales se lograron realizar diagnóstico a **41** usuarias alcanzando una cobertura del **87%**.

ESE Ladera resultaron **85** anormalidades, de las cuales se lograron realizar diagnóstico a **57** usuarias alcanzando una cobertura del **67%**.

Municipio y otros resultaron **40** anormalidades, de las cuales se lograron realizar diagnóstico a **25** usuarias alcanzando una cobertura del **63%.**

TOTAL COBERTURA EAPB COOSALUD DIAGNOSTICOS REALIZADOS A USUARIAS CON RESULTADOS ANORMALES, SEGÚN RED DE ATENCION AÑO 2023			
ESE	**ANORMALIDADES**	**COLPOSCOPIAS**	**% COBERTURA**
ORIENTE	50	23	46%
SURORIENTE	8	6	75%
CENTRO	130	108	83%
NORTE	47	41	87%
LADERA	85	57	67%
OTROS	40	25	63%
TOTAL	360	260	72%

Ilustración 8 Cobertura diagnostico total EAPB Emssanar, año 2023

Total, Cobertura Pacientes Candidatas Para Diagnostico Por Anormalidad, Afiliadas EAPB EMSSANAR, Según Red De Atención Publica, Año 2023.

El total de anormalidades provenientes de las 5 Redes de atención salud incluyendo municipios afiliadas a la **EAPB EMSSANAR**, es de **676** de los cuales se lograron realizar en el programa por ti mujer de la red salud centro **199** diagnósticos para una cobertura total del **29%**.

La figura No. 14 muestra lo siguiente:

ESE Oriente resultaron **123** anormalidades, de las cuales no se lograron realizar diagnostico con una cobertura del **0%**.

ESE Suroriente resultaron **8** anormalidades, de las cuales no se lograron realizar diagnostico con una cobertura del **0%**.

ESE Centro resultaron **136** anormalidades, de las cuales se lograron realizar diagnóstico a **104** usuarias alcanzando una cobertura del **76%**.

ESE Norte resultaron **124** anormalidades, de las cuales se lograron realizar diagnóstico a **80** usuarias alcanzando una cobertura del **65%**.

ESE Ladera resultaron **188** anormalidades, de las cuales se lograron realizar diagnóstico a **2** usuarias alcanzando una cobertura del **1%**.

Municipio y otros resultaron **100** anormalidades, de las cuales se lograron realizar diagnóstico a **13** usuarias alcanzando una cobertura del **13%.**

TOTAL COBERTURA EAPB EMSSANAR DIAGNOSTICOS REALIZADOS A USUARIAS CON RESULTADOS ANORMALES, SEGÚN RED DE ATENCION AÑO 2023			
ESE	**ANORMALIDADES**	**COLPOSCOPIAS**	**% COBERTURA**
ORIENTE	123	0	0%
SURORIENTE	5	0	0%
CENTRO	136	104	76%
NORTE	124	80	65%
LADERA	188	2	1%
OTROS	100	13	13%
TOTAL	676	199	29%

Ilustración 9 Cobertura diagnostico total EAPB Coosalud, año 2023

Total, Tratamiento Criocauterizaciones Realizados En El Programa Por Ti Mujer, Año 2020 – 2023

La figura No. 7 Muestra las Criocauterizaciones realizadas en el programa por ti mujer **año 2020 – 2023**, se observa una disminución de 261 Criocauterizaciones que corresponde al 41%, con respecto al año 2022 pasando de 629 a 368 para el 2023.

ESE	TOTAL
2020.	374
2021.	507
2022.	629
2023	368
DIFERENCIA	-261
% VARIACION	-41%

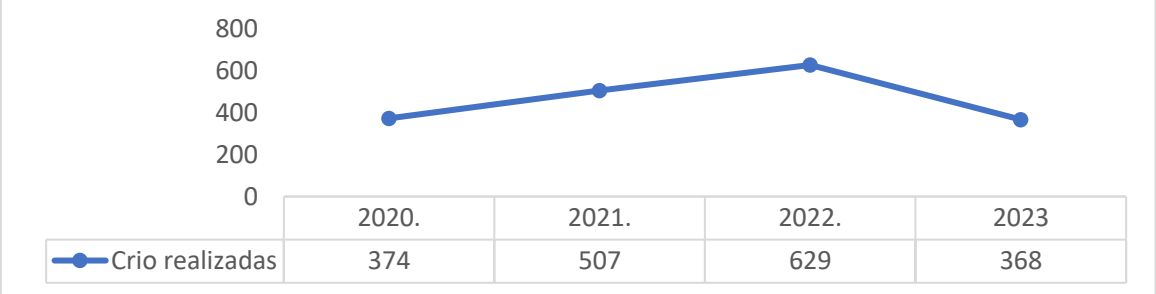


Ilustración 10 Tendencia Criocauterizaciones realizadas, año 2020 – 2023

Total, Cobertura Criocauterizacion Realizadas Según Ese De Procedencia, Año 2023

La figura No 8, muestra la cobertura de tratamiento Criocauterizacion, año 2023, el total de conducta críos enviadas es de 361 mujeres, de la cuales se lograron realizar 325, lo anterior representa el 90% de cobertura tratamiento total, el restante son 36 mujeres reportadas difícil contacto que representa 10%, completando el 100% de usuarias.

Descripción cobertura Crio Según ESA procedencia

Ese Oriente

La figura No 8, muestra la cobertura de tratamiento Criocauterización de procedencia ESE Oriente, año 2023, el total de conducta críos enviadas es de **39** mujeres, de la cuales se lograron realizar **33** lo que representa el **85%** de cobertura total, el restante corresponde a **6** mujeres reportadas difícil contacto que representa **15%**.

Ese Centro

La figura No 8, muestra la cobertura de tratamiento Crio cauterización de procedencia ESE Centro, año 2023, el total de conducta críos enviadas es de **121** mujeres, de la cuales se lograron realizar **109**, lo que representa el **90%** de cobertura total, el restante corresponde a **12** mujeres reportadas difícil contacto que representa **10%**.

Ese Ladera

La figura No 8, muestra la cobertura de tratamiento Crio cauterización de procedencia ESE Ladera, año 2023, el total de conducta críos enviadas es de **42** mujeres, de la cuales se lograron realizar **39**, lo que representa el **93%** de cobertura total, el restante corresponde a 3 mujeres reportadas difícil contacto que representa **7%**.

Ese Norte

La figura No 8, muestra la cobertura de tratamiento Crio cauterización de procedencia ESE Norte, año 2023, el total de conducta críos enviadas es de **85** mujeres, de la cuales se lograron realizar **77**, lo que representa el **91%** de cobertura total, el restante corresponde a 8 mujeres reportadas difícil contacto que representa **9%**.

Ese Sur Oriente

La figura No 8, muestra la cobertura de tratamiento Crio cauterización de procedencia ESE Sur Oriente, año 2023, el total de conducta críos enviadas es de **3** mujeres, de la cuales se lograron realizar **3**, lo que representa el **100%** de cobertura total.

Otros

La figura No 8, muestra la cobertura de tratamiento Crio cauterización de entidades de municipios del valle, año 2023, el total de conducta críos enviadas es de **71** mujeres, de la cuales se lograron realizar **64**, lo que representa el **90%** de cobertura total, el restante corresponde a 9 mujeres reportadas difícil contacto que representa **10%**.

ESES	CRIO ENVIADAS	CRIO REALIZADAS	PROGRAMADAS ENERO 2024	REPORTADAS	PENDIENTE SEGUIMIENTO	%COBERTURA CRIO	% REPORTADAS DIFICIL CONTACTO	& PENDIENTE SEGUIMIENTO	% TOTAL
Ese Oriente	39	33	0	6	0	85%	15%	0%	100%
Ese Centro	121	103	6	12	0	90%	10%	0%	100%
Ese Ladera	42	39	0	3	0	93%	7%	0%	100%
Ese Norte	85	77	0	8	0	91%	9%	0%	100%
Ese Suroriente	3	3	0	0	0	100%	0%	0%	100%
Otros	71	61	3	7	0	90%	10%	0%	100%
Total general	361	316	9	36	0	90%	10%	0%	100%

Ilustración 11 total cobertura criocauterizacion realizadas según ese de procedencia, año 2023

Total, Tratamiento Conizaciones Realizados En El Programa Por Ti Mujer, Año 2020 – 2023

La figura No. 9 Muestra las conizaciones realizadas en el programa por ti **año 2020 – 2023**, se observa una disminución de 144 conizaciones que corresponde al 42%, con respecto al año 2022 pasando de 346 a 202 para el 2023.

AÑO	TOTAL
2020.	146
2021.	264
2022.	346
2023	202
DIFERENCIA	-144
% VARIACION	-42%

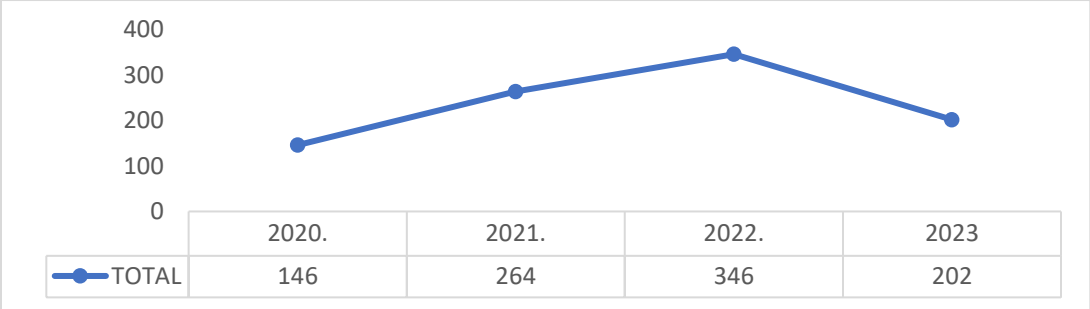


Ilustración 12 Tendencia mes a mes Conizaciones realizadas, año 2020 – 2023

Total, Resultados Tratamiento Conización, Año 2023

La figura No 10, muestra los resultados de patologías tomadas del tratamiento Conización **año 2023**, el total de mujeres curadas corresponde a **156** con resultado de biopsia de bordes libres esto representa el **77%**, el total de mujeres no curadas corresponde a **44** con resultado de biopsia de bordes comprometidos esto representa el **22%**, el total de resultados pendientes es **2** que representa el **1%** completando el **100%** sobre el total de resultados de biopsia Conización.

Descripción resultado patología Conización según ESA procedencia

Ese Oriente

La figura No 10, muestra los resultados de patologías tomadas del tratamiento Conización de procedencia ESE Oriente, **año 2023**, el total de mujeres curadas corresponde a **21** con resultado de biopsia de bordes libres esto representa el **64%**, el total de mujeres no curadas corresponde a **12** con resultado de biopsia de bordes comprometidos esto representa el **36%**, completando el **100%** sobre el total de resultados de biopsia Conización.

Ese Ladera

La figura No 10, muestra los resultados de patologías tomadas del tratamiento Conización de procedencia ESE ladera, **año 2023**, el total de mujeres curadas corresponde a **14** con resultado de biopsia de bordes libres esto representa el **74%**, el total de mujeres no curadas corresponde a **4** con resultado de biopsia de bordes comprometidos esto representa el **21%**, el total de resultados pendientes es **1** que representa el **5%**, completando el **100%** sobre el total de resultados de biopsia Conización.

Ese Centro

La figura No 10, muestra los resultados de patologías tomadas del tratamiento Conización de procedencia ESE centro, **año 2023**, el total de mujeres curadas corresponde a **57** con resultado de biopsia de bordes libres esto representa el **86%**, el total de mujeres no curadas corresponde a **9** con resultado de biopsia de bordes comprometidos esto representa el **14%**, completando el **100%** sobre el total de resultados de biopsia Conización.

Ese Norte

La figura No 10, muestra los resultados de patologías tomadas del tratamiento Conización de procedencia ESE norte, **año 2023**, el total de mujeres curadas corresponde a **39** con resultado de biopsia de bordes libres esto representa el **80%**, el total de mujeres no curadas corresponde a **10** con resultado de biopsia de bordes comprometidos esto representa el **29%**, completando el **100%** sobre el total de resultados de biopsia Conización.

Ese Suroriente

La figura No 10, muestra los resultados de patologías tomadas del tratamiento Conización de procedencia ESE suroriente, **año 2023**, el total de mujeres curadas corresponde a **6** con resultado de biopsia de bordes libres esto representa el **60%**, el total de mujeres no curadas corresponde a **4** con resultado de biopsia de bordes comprometidos esto representa el **40%,** completando el **100%** sobre el total de resultados de biopsia Conización.

Otros

La figura No 10, muestra los resultados de patologías tomadas del tratamiento Conización de entidades privadas, pacientes particulares y de municipios del valle del cauca, **año 2023**, el total mujeres curadas corresponde a 1**9** con resultado de biopsia de bordes libres esto representa el **76%**, el total de mujeres no curadas corresponde a **5** con resultado de biopsia de bordes comprometidos esto representa el **20%**, el total de resultados pendientes es **1** que representa el **4%**, completando el **100%** sobre el total de resultados de biopsia Conización.



	Ese Oriente	Ese Centro	Ese Ladera	Ese Norte	Ese Suroriente	OTROS
% RESULTADOS LIBRES	64%	86%	74%	80%	60%	76%
% RESULTADOS COMPROMETIDOS	36%	14%	21%	20%	40%	20%
% RESULTADOS PENDIENTES	0%	0%	5%	0%	0%	4%

ESES	COMPROMETIDO	LIBRE	PENDIENTE	Total general	% RESULTADOS COMPROMETIDOS	% RESULTADOS LIBRES	% RESULTADOS PENDIENTES
Oriente	12	21	0	33	36%	64%	0%
Centro	9	57	0	66	14%	86%	0%
Ladera	4	14	1	19	21%	74%	5%
Norte	10	39	0	49	20%	80%	0%
Suroriente	4	6	0	10	40%	60%	0%
OTROS	5	19	1	25	20%	76%	4%
Total general	**44**	**156**	**2**	**202**	**22%**	**77%**	1%

Ilustración 13 Resultados Conizaciones realizadas según ESE de procedencia, año 2023

Total, Cobertura Tratamiento Conización, Según Ese Procedencia, Año 2023

La figura No 11, muestra la cobertura de tratamiento Conizacion **año 2023**, el total de conducta conizaciones enviadas es de **176** mujeres, de la cuales se lograron realizar **136,** se programan 8 mujeres para el mes de enero 2024, lo que representa el **82%** de cobertura total, el restante corresponde a **32** mujeres reportadas difícil contacto que representa el **18%**.

Descripción cobertura conizacion según ESE procedencia

Ese Oriente

La figura No 11, muestra la cobertura de tratamiento conización de procedencia ESE Oriente **año 2023**, el total de conducta Conizaciones enviadas es de **20** mujeres, de la cuales se lograron realizar **18** de estas, lo que representa el **90%** de cobertura total, el restante corresponde a **2** mujeres reportadas difícil contacto que representa el **10%**.

Ese Centro

La figura No 11, muestra la cobertura de tratamiento conización de procedencia ESE Centro **año 2023**, el total de conducta Conizaciones enviadas es de **64** mujeres, de la cuales se lograron realizar **51**, se programó **4** para el mes de enero 2024, lo que representa el **86%** de cobertura total, el restante corresponde a **9** mujeres reportadas difícil contacto que representa el 1**4%**.

Ese Ladera

La figura No 11, muestra la cobertura de tratamiento conización de procedencia ESE Ladera **año 2023**, el total de conducta Conizaciones enviadas es de **15** mujeres, de la cuales se lograron realizar **13** lo que representa el **87%** de cobertura total, el restante corresponde a **2** mujeres reportadas difícil contacto que representa el 13**%**.

Ese Norte

La figura No 11, muestra la cobertura de tratamiento Conizacion de procedencia ESE Norte **año 2023**, el total de conducta Conizaciones enviadas es de **47** mujeres, de la cuales se lograron realizar **35**, se programó 2 mujeres para el mes de enero 2024, lo que representa el **79%** de cobertura total, el restante corresponde a **10** mujeres reportadas difícil contacto que representa el **21%**.

Ese Sur Oriente

La figura No 11, muestra la cobertura de tratamiento Conizacion de procedencia ESE Sur Oriente **año 2023**, el total de conducta Conizaciones enviadas es de **5** mujeres, de la cuales se lograron realizar **4**, se programó 1 mujeres para el mes de enero 2024 lo que representa el **100%** de cobertura total.

Otros

La figura No 11, muestra la cobertura de tratamiento Conizacion de entidades de municipios del valle **año 2023**, el total de conducta Conizaciones enviadas es de **25** mujeres, de la cuales se lograron realizar **15**, se programó 2 mujeres para el

mes de enero 2024 lo que representa el **82%**, el restante corresponde a **8** mujeres

ESES	CONO ORDENADAS	CONO REALIZADAS	PROGRAMADAS ENERO 2024	REPORTADAS	PENDIENTE SEGUIMIENTO	%COBERTURA CONO	% REPORTADAS DIFICIL CONTACTO	& PENDIENTE SEGUIMIENTO	% TOTAL
Ese Oriente	20	18	0	2	0	90%	10%	0%	100%
Ese Centro	64	51	4	9	0	86%	14%	0%	100%
Ese Ladera	15	13	0	2	0	87%	13%	0%	100%
Ese Norte	47	35	2	10	0	79%	21%	0%	100%
Ese Surorientе	5	4	0	1	0	80%	20%	0%	100%
Otros	25	15	2	8	0	68%	32%	0%	100%
Total general	176	136	8	32	0	82%	18%	0%	100%

reportadas difícil contacto que representa el **18%**.

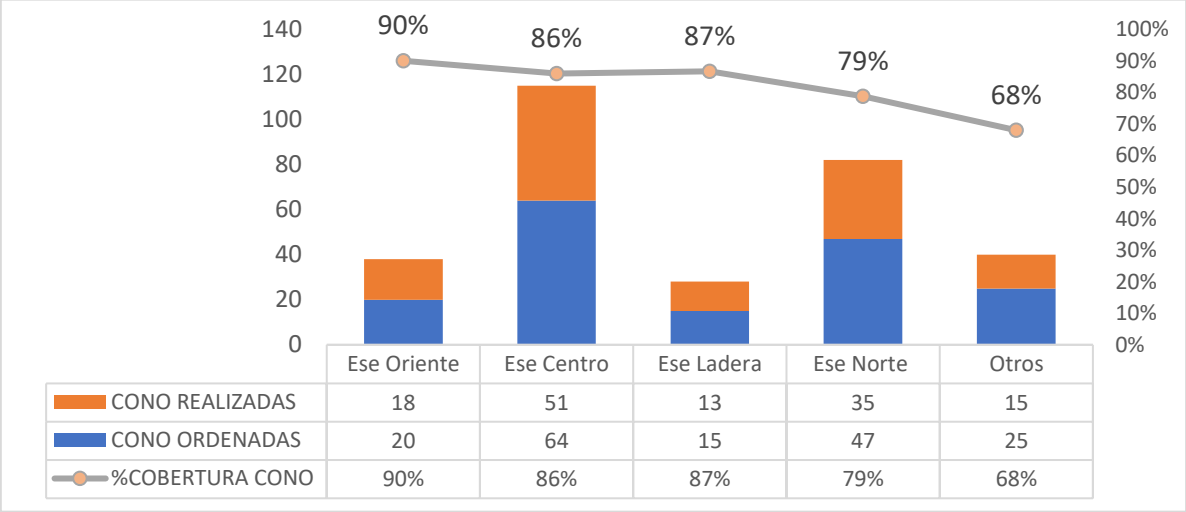


Ilustración 14 Cobertura Conizaciones realizadas según ESE de procedencia, año 2023

Oportunidad De La Atención General (Tiempo Entre El Tamizaje Hasta El Inicio Primer Tratamiento) Año 2020 - 2023

la figura no 12, muestra la oportunidad en la ruta de atención de las mujeres desde la toma del tamizaje hasta el inicio de tratamiento (criocauterizacion – conización). El resultado año 2020 - 2023 es de 62 días promedio, esto representa una disminución de 8 días en la atención de los pacientes con respecto al año 2022 que resulto en 70 días promedio.

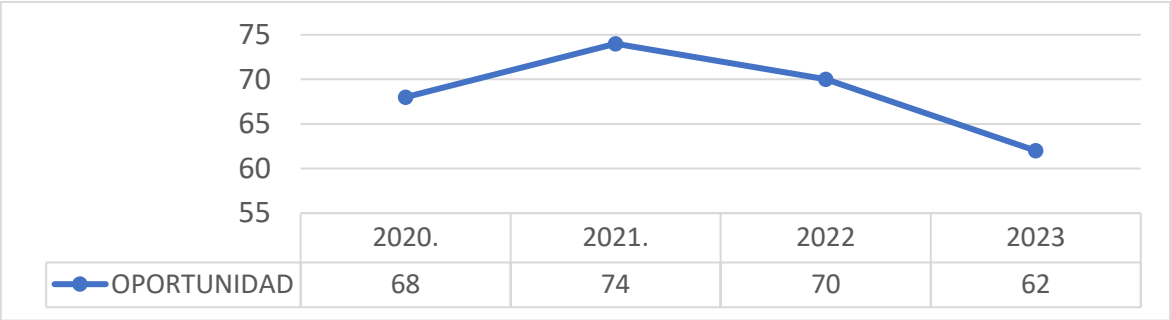


Ilustración 15 Oportunidad general ruta de atención detección temprana CA año 2020 - 2023

1.1.10.2. Detección Temprana Cáncer De Mama

Para realizar la detección temprana de cáncer de mama por medio de la mamografía bilateral encontramos 3 puertas de entrada: Espontanea, es aquel usuario que llega a la Ips y es captado por el personal para la toma del tamizaje; demanda extramural: es la búsqueda activa de pacientes mediante bases de datos y por demanda intramural la captación por educación que se realice en consulta médica y otros espacios de la institución. Independientemente de la puerta de entrada se puede categorizar al usuario si es por tamizaje es decir la usuaria que cumple con criterios de edad y que por ley se debe realizar la mamografía y la otra es por detección temprana que es verificar factores de riesgo, signos y síntomas y hallazgos clínicos, en caso de ser positivo se deberá realizar una mamografía de manera diagnostica.
Actualmente la ruta de mama está contratada con la Clínica de Mama de la ESE NORTE, para las pacientes que se encuentran afiliadas a la EAPB Emssanar, ellos le realizan toda la trazabilidad a la usuaria desde la toma de tamizaje (mamografía) hasta la biopsia según lo requiera.

Una vez realizada la mamografía independientemente si es por tamizaje o diagnostica se obtiene el resultado y se clasifica por Birads, según la clasificación hay una conducta por realizar, como se menciona a continuación:
Birads 0 y 3: Se debe realizar una ecografía como imagen complementaria a los 6 meses.
Birads 1 y 2: Se debe continuar el esquema de tamizaje a 2 años. Sin embargo los Birads 1 y 2 con densidad C y D se deben realizar un examen clínico de mama.
Birads 4,5 y 6: Se debe realizar una biopsia para confirmación diagnóstica.

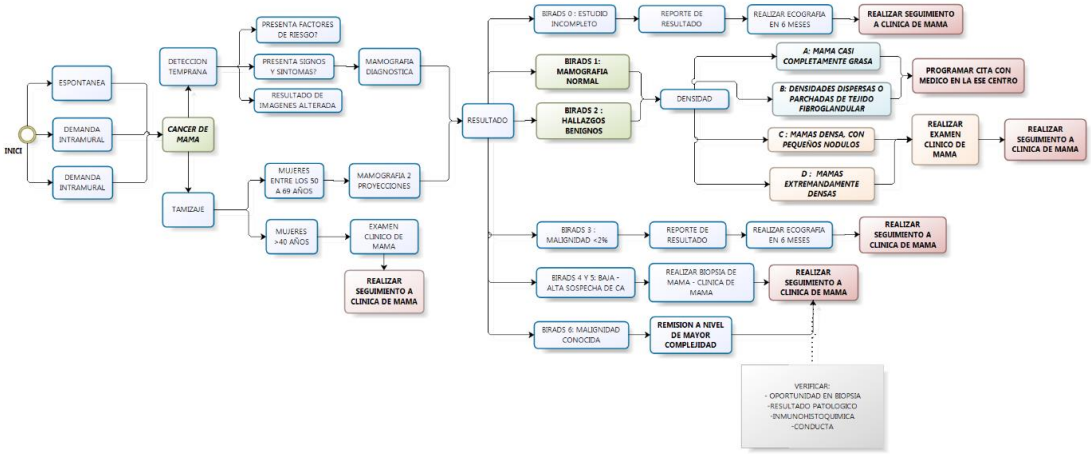
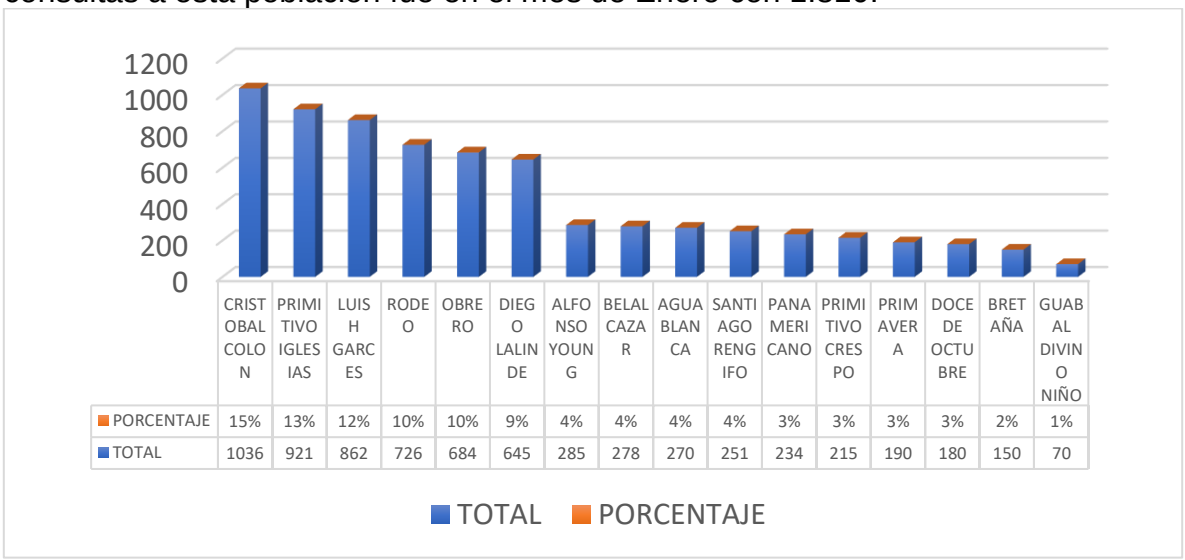


Figura No.

Citas realizadas – población objeto de tamizaje. Año 2023

Las gráficas representan el total de citas realizadas por mes y por IPS a las mujeres de 50 a 69 años susceptibles de tamizaje con mamografía bilateral que corresponde a 6.997 de los siguientes conceptos: 1001 – Consulta médica, 0102 – Consulta prioritaria, 1307 – TBC, 1308 – Ruta cardiovascular, 1314 – Programa diabetes, 1410 – educación, 1520 – Ría adultez, 1521 – Ría Vejez, 4903 – Psicología. Las IPS donde realizan mayor atención a esta población es: Cristóbal colon 1.036 (15%), Hospital primitivo iglesias 921 (12%), Luis H Garcés 826 (13%), Rodeo 726 (10%). De igual manera el mes donde se realizan más consultas a esta población fue en el mes de Enero con 1.810.



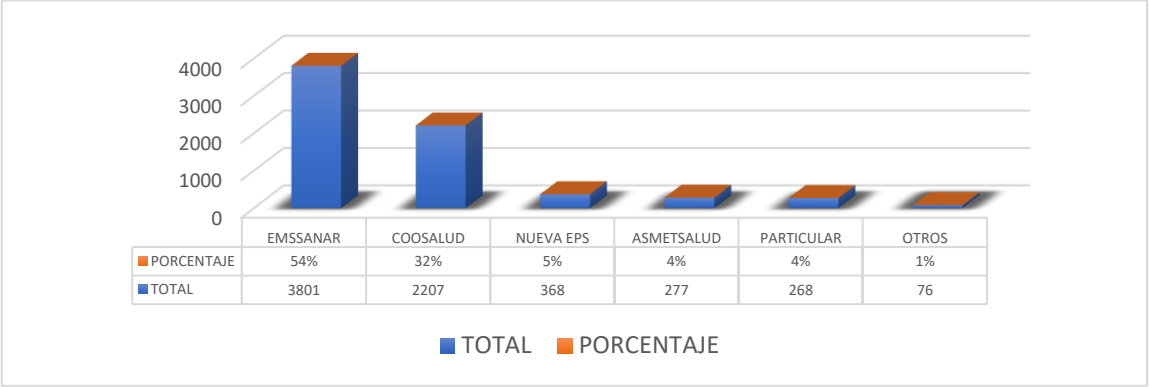
	CRISTOBAL COLON	PRIMITIVO IGLESIAS	LUIS H GARCES	RODEO	OBRERO	DIEGO LALINDE	ALFONSO YOUNG	BELALCAZAR	AGUABLANCA	SANTIAGO RENGIFO	PANAMERICANO	PRIMITIVO CRESPO	PRIMAVERA	DOCE DE OCTUBRE	BRETAÑA	GUABAL DIVINO NIÑO
PORCENTAJE	15%	13%	12%	10%	10%	9%	4%	4%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	2%	1%
TOTAL	1036	921	862	726	684	645	285	278	270	251	234	215	190	180	150	70

Figura No.

IPS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
DIEGO LALINDE	127	73	57	14	36	101	18	5	13	11	7	183	645
PRIMITIVO CRESPO	63	32	35	8	10	8	9	8	8	5	0	29	215
OBRERO	175	102	62	25	38	28	9	25	30	19	20	151	684
BELALCAZAR	50	34	48	16	18	10	11	19	13	6	2	51	278
BRETAÑA	39	26	8	8	7	4	5	4	5	5	4	35	150
CRISTOBAL COLON	244	145	120	67	72	41	48	40	22	27	43	167	1036
PANAMERICANO	80	25	16	7	15	14	5	8	8	4	5	47	234
ALFONSO YOUNG	82	50	39	17	7	7	15	17	10	9	1	31	285
RODEO	215	113	76	22	28	27	33	22	16	10	10	154	726
GUABAL DIVINO NIÑO	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70
LUIS H GARCES	249	143	79	46	41	31	20	17	25	17	14	180	862
AGUABLANCA	88	37	31	13	9	14	11	8	6	7	4	42	270
PRIMAVERA	64	22	14	12	9	3	13	6	4	3	5	35	190
DOCE DE OCTUBRE	65	25	12	3	7	6	5	4	4	3	6	40	180
SANTIAGO RENGIFO	57	40	38	8	9	7	5	8	12	5	9	53	251
PRIMITIVO IGLESIAS	142	84	52	49	65	55	36	47	59	49	20	263	921
TOTAL	1810	951	687	315	371	356	243	238	235	180	150	1461	6997

Citas realizadas por EAPB

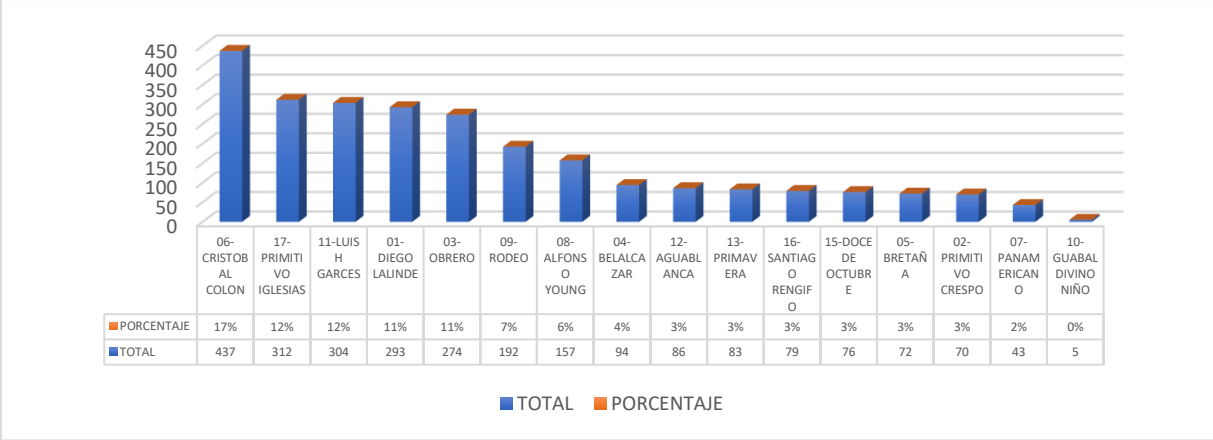
La grafica representa el total de citas realizadas por EAPB, donde se logra identificar que la mayor población citada pertenece a la EPS Emssanar con 3.801 citas que pertenece al 54%, seguido de Coosalud con 2.207 citas con el 32%, seguido de Nueva Eps con 368 Asmetsalud con 320 que pertenece al 3%. Se atiende una población particular que corresponde al 4% (268).



MES	EMSSANAR	COOSALUD	NUEVA EPS	ASMETSALUD	PARTICULAR	OTROS	TOTAL
ENERO	1121	595	0	63	27	4	1810
FEBRERO	583	298	3	35	24	8	951
MARZO	396	193	39	33	25	1	687
ABRIL	163	78	31	18	23	2	315
MAYO	179	103	52	16	17	4	371
JUNIO	129	157	12	16	37	5	356
JULIO	111	74	20	9	26	3	243
AGOSTO	81	59	49	20	23	6	238
SEPTIEMBRE	81	69	54	6	19	6	235
OCTUBRE	63	52	30	8	17	10	180
NOVIEMBRE	50	26	24	10	14	26	150
DICIEMBRE	844	503	54	43	16	1	1461
TOTAL	3801	2207	368	277	268	76	6997
PORCENTAJE	54%	32%	5%	4%	4%	1%	100%

Ordenamientos realizados población objeto de tamizaje

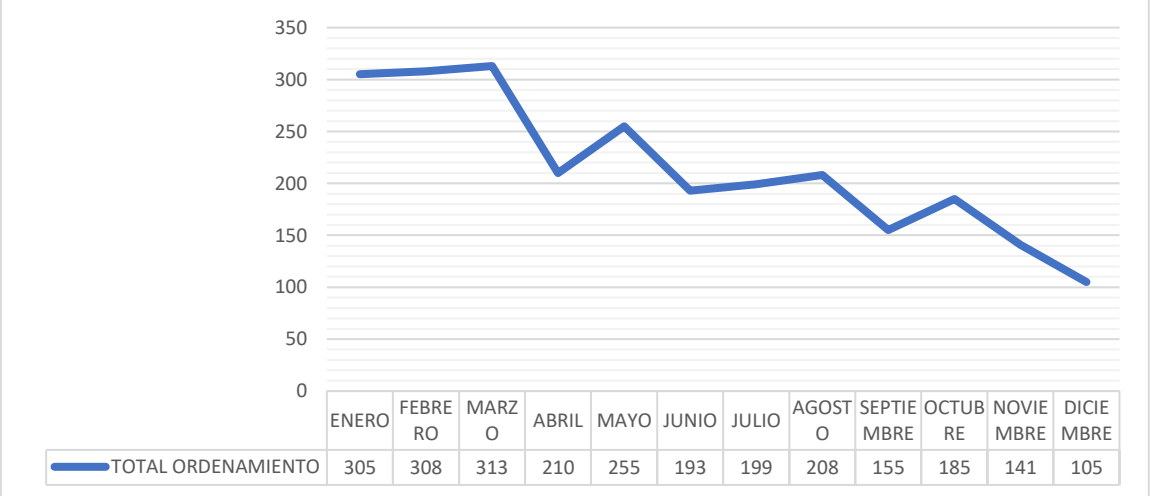
La gráfica representa el total de ordenamientos realizados en el año 2023 a las mujeres entre los 50 a 69 años objeto de tamizaje para mamografía bilateral. Del total de citas (6.997) se ordenaron 2.577 mamografías, 437 ordenamientos en Cristóbal colon, 312 ordenamientos Hospital primitivo iglesias y 304 ordenamientos en Diego Lalinde, IPS donde se registraron el mayor número de ordenamientos.



	06-CRISTOBAL COLON	17-PRIMITIVO IGLESIAS	11-LUIS H GARCES	01-DIEGO LALINDE	03-OBRERO	09-RODEO	08-ALFONSO YOUNG	04-BELALCAZAR	12-AGUABLANCA	13-PRIMAVERA	16-SANTIAGO RENGIFO	15-DOCE DE OCTUBRE	05-BRETAÑA	02-PRIMITIVO CRESPO	07-PANAMERICANO	10-GUABAL DIVINO NIÑO
PORCENTAJE	17%	12%	12%	11%	11%	7%	6%	4%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	2%	0%
TOTAL	437	312	304	293	274	192	157	94	86	83	79	76	72	70	43	5

Figura No.

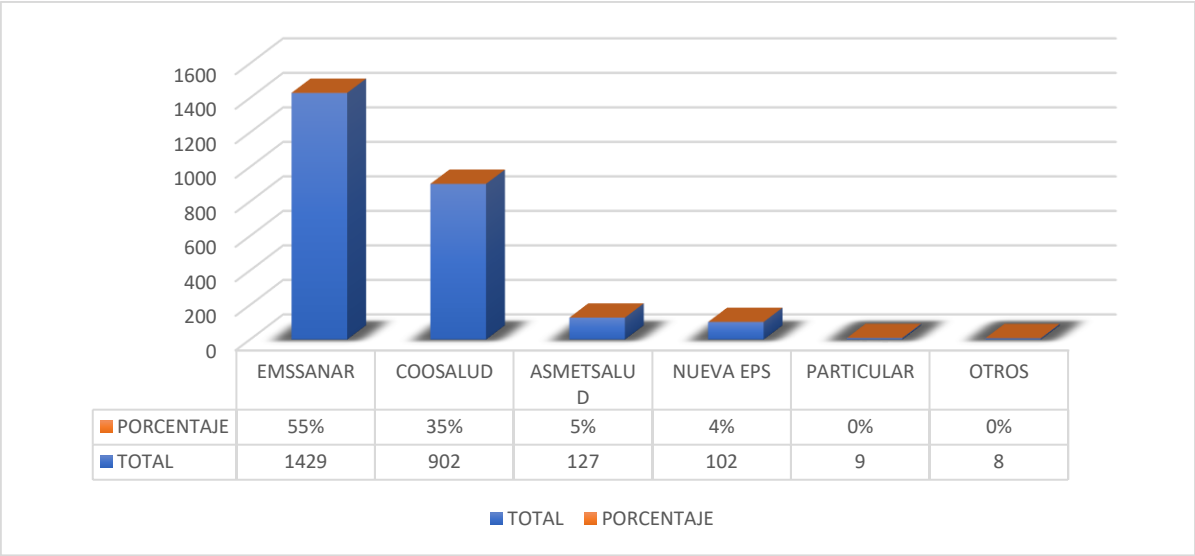
Respecto a los ordenamientos realizados por mes en el año 2023, el mes donde más se registraron ordenamientos fueron los siguientes: Marzo 313, Febrero 308 y Enero 303.



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
TOTAL ORDENAMIENTO	305	308	313	210	255	193	199	208	155	185	141	105

Ordenamientos realizados por EAPB

La grafica representa el total de ordenamientos realizados por EAPB, donde se logra identificar que el mayor ordenamiento pertenece a la EPS Emssanar con 1429 ordenamientos que pertenece al 55%.



El mes donde más se registraron ordenamientos de mamografía fue en Marzo con 313, seguido de febrero con 308 ordenamientos.

MES	EMSSANAR	COOSALUD	ASMETSALUD	NUEVA EPS	PARTICULAR	OTROS	TOTAL
ENERO	160	132	0	11	0	2	305
FEBRERO	190	106	0	11	1	0	308
MARZO	175	120	8	8	1	1	313
ABRIL	131	58	9	12	0	0	210
MAYO	170	63	8	11	1	2	255
JUNIO	122	59	4	7	1	0	193
JULIO	99	75	16	8	0	1	199
AGOSTO	100	72	23	10	2	1	208
SEPTIEMBRE	78	55	14	6	1	1	155
OCTUBRE	87	73	19	5	1	0	185
NOVIEMBRE	65	49	15	11	1	0	141
DICIEMBRE	52	40	11	2	0	0	105
TOTAL	1429	902	127	102	9	8	2577
PORCENTAJE	55%	35%	5%	4%	0%	0%	100%

Seguimiento base de datos de ordenamientos por EAPB.

Actualmente desde el programa, realizamos seguimiento a la base de datos de ordenamientos del año 2023, realizando seguimiento para el agendamiento de tamizaje con antígeno prostático. La base de datos tiene en total 2577 pacientes de las cuales 847 pacientes ya están tamizados, 492 ya cuenta con seguimiento no efectivo y hay 1238 pacientes pendiente por seguimiento.

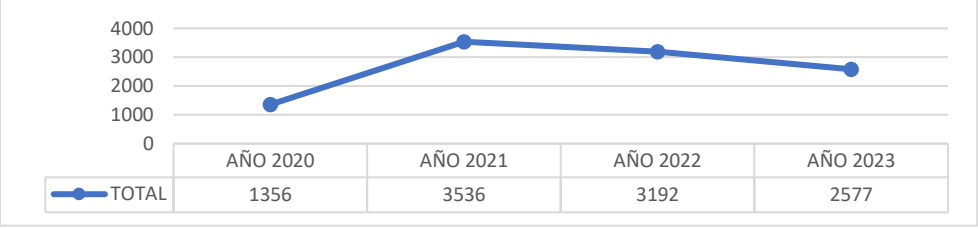
MES	PENDIENTE SEGUIMIENTO	TAMIZAJE REALIZADO	CON SEGUIMIENTO	TOTAL
Enero	144	73	88	305
Febrero	119	115	74	308
Marzo	138	97	78	313
Abril	78	75	57	210
Mayo	85	112	58	255
Junio	71	78	44	193
Julio	104	52	43	199
Agosto	88	79	41	208
Septiembre	96	56	3	155
Octubre	118	64	3	185
Noviembre	110	28	3	141
Diciembre	87	18	0	105
TOTAL	1238	847	492	2577
PORCENTAJE	48%	33%	19%	100%

Comparativo ordenamiento mamografías. AÑO 2020 - 2023.

En la siguiente tabla se puede evidenciar los ordenamientos realizados en el periodo comprendido entre el 2020 y el 2023, realizando 3192 ordenamientos en el año 2022 y para el año 2023 2577 ordenamiento, con una diferencia de 615 ordenamientos y una variación del 19%.

AÑO	TOTAL
AÑO 2020	1356
AÑO 2021	3536
AÑO 2022	3192
AÑO 2023	2577
TOTAL	10661
DIFERENCIA	-615
% VARIACION	-19%

De igual manera se puede evidenciar un aumento notable en los ordenamientos entre los años 2020 y 2021 y un descenso paulatino desde entonces.

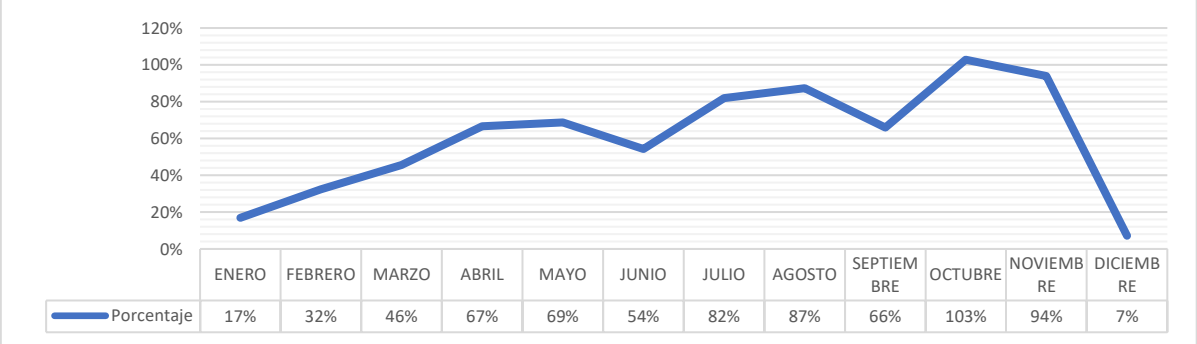


Cobertura de ordenamiento. Población objeto año 2023.

El cuadro representa la cobertura de ordenamiento de mamografía relacionado al total de citas programadas por IPS y por mes. Las IPS con mejor cobertura de ordenamiento fueron: Alfonso Young (55%), Bretaña (48%) y primavera (44%). Las IPS con menor cobertura de ordenamiento son: Divino niño 7% (Sin atención – proceso de remodelación), Panamericano (18%) y Santiago Rengifo (31%).

IPS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
01-DIEGO LALINDE	32%	64%	74%	186%	50%	24%	122%	440%	85%	173%	129%	7%	45%
02-PRIMITIVO CRESPO	8%	19%	26%	50%	240%	88%	33%	75%	13%	100%	0%	0%	33%
03-OBRERO	15%	35%	53%	84%	79%	86%	144%	80%	53%	121%	90%	9%	40%
04-BELALCAZAR	8%	18%	25%	56%	61%	80%	73%	47%	92%	150%	250%	2%	34%
05-BRETAÑA	38%	27%	113%	125%	114%	75%	40%	100%	80%	40%	175%	3%	48%
06-CRISTOBAL COLON	16%	34%	41%	51%	44%	68%	81%	95%	145%	122%	63%	22%	42%
07-PANAMERICANO	13%	8%	13%	57%	13%	29%	20%	25%	50%	125%	60%	9%	18%
08-ALFONSO YOUNG	32%	30%	44%	71%	100%	171%	160%	153%	50%	100%	300%	3%	55%
09-RODEO	15%	26%	33%	59%	64%	59%	55%	32%	63%	70%	100%	4%	26%
10-GUABAL DIVINO NIÑO	7%												7%
11-LUIS H GARCES	13%	24%	51%	57%	63%	55%	130%	124%	96%	176%	179%	2%	35%
12-AGUABLANCA	14%	24%	39%	23%	133%	71%	36%	113%	83%	71%	100%	2%	32%
13-PRIMAVERA	11%	50%	86%	67%	156%	267%	54%	67%	50%	67%	80%	11%	44%
15-DOCE DE OCTUBRE	20%	40%	150%	133%	157%	50%	100%	50%	100%	33%	33%	0%	42%
16-SANTIAGO RENGIFO	14%	25%	29%	50%	88%	57%	100%	113%	17%	20%	78%	18%	31%

La mayor cobertura de ordenamiento se presentó en el mes de Octubre con una cobertura del 103%, seguido del mes de Noviembre 94% y Agosto con 87%.



Ordenamiento de mamografía por médico general a la población objeto de tamizaje. Año 2023.

La tabla representa los médicos con el mayor número de ordenamiento de mamografías realizadas en el año 2023, representados de la siguiente manera: María Isabel Bonilla con (123), Dra. Angie Posso con 122 y Leidy morales con 106 ordenamientos.

MEDICOS CON MEJOR ORDENAMIENTO	
NOMBRE MEDICO	CANTIDAD
María Isabel Bonilla	123
Angie posso	122
Leidy morales	106
Paula Andrea Sánchez	99
Jorge Andrés duque	88
Cristian quintero	84
María Edelmira Ortiz	80

Y la siguiente tabla muestra los médicos con el menor número de ordenamientos de mamografías realizados en el año 2023, según la población programada solo registran un (1) solo ordenamiento en todo el periodo.

MEDICOS CON DEFICIENTE ORDENAMIENTO	
NOMBRE MEDICO	CANTIDAD
José Vicente días	1
María Fernanda Monsalve	1
Omar Ruiz	1
Gustavo cerón	1
Ricardo Harrison	1
Édison herrera	1
Fernando rico	1

Base de datos de EAPB Emssanar y Coosalud para realizar demanda inducida. Año 2023.

Desde el área de gestión de la información, se suministra una base de datos para realizar demanda inducida y lograr con las metas y los objetivos propuestos, es por eso que se pone un resumen del seguimiento realizado a las dos EAPB Emssanar y Coosalud.

De la BD de la EAPB EMSSANAR aparece un registro de 5.362 pacientes tamizadas (dato cruzado con las bases mensuales – fénix), 871 pacientes tamizadas previamente que requieren la toma nuevamente de ellas, se les ha realizado seguimiento a 309 pacientes, hay en total 2.495 pacientes pendientes por tamizaje, de las cuales 1076 cuentan con seguimiento.

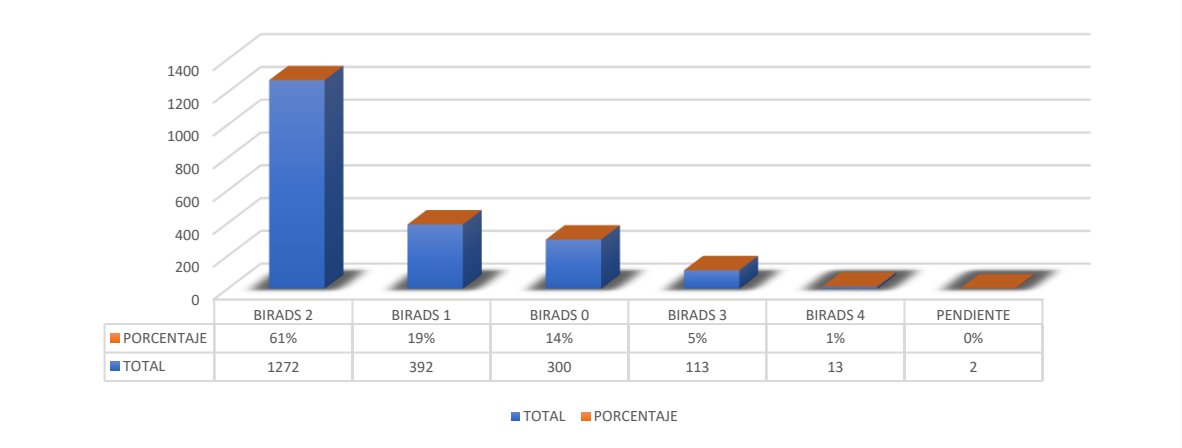
BASE DE DATOS EMSSANAR 2023	
ESTADO	CANTIDAD
Tamizaje realizado	5362
Sin seguimiento	1419
Pendiente tamizaje, con seguimiento	1076
Pendiente control	562
Pendiente control, con seguimiento	309
TOTAL GENERAL	8728

De la BD de la EAPB COOSALUD aparece un registro de 1532 pacientes tamizados, en convenio con el proveedor Diagnóstico médico. De igual manera aparecen 4087 pacientes sin seguimiento. Sin embargo es importante tener en cuenta que a esta población no realizamos demanda inducida.

BASE DE DATOS COOSALUD 2023	
ESTADO	CANTIDAD
Pendiente seguimiento	4087
Tamizaje realizado	1532
TOTAL GENERAL	5619

Mamografías realizadas – Productividad. Año 2023
La gráfica representa el total de mamografías realizadas en el año 2023 de las diferentes EPS Emssanar, Coosalud, nueva eps y particulares, clasificado por los diferentes Birads. Para un total de 2.092 mamografías realizadas.

Birads 0: 300
Birads 1: 392
Birads 2: 1272
Birads 3: 113
Birads 4: 13
Pendientes: 0



El cuadro representa el total de mamografías de tamizaje realizadas a mujeres entre los 50 a 69 años de edad. El total fue de 2.092 mamografías bilaterales.

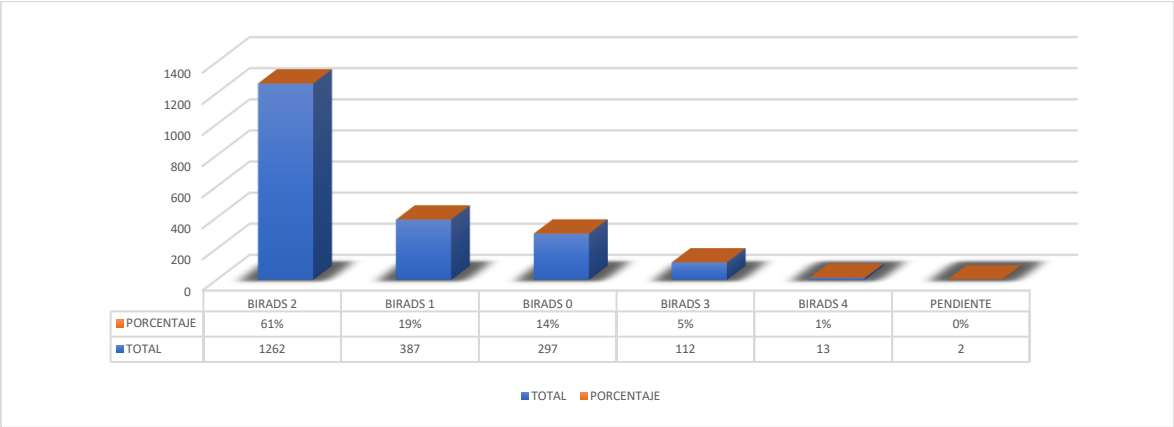
Teniendo en cuenta lo anterior la cobertura de mamografía para la EAPB Emssanar es del 71%, se realizaron 6.233 mamografías en esquema (cada 2 años) sobre 8728 mujeres entre los 50 a 69 años. La cobertura para la EAPB Coosalud es del 27%, se realizaron 1532 mamografías en esquema sobre 5619.

Mamografías realizadas – Población objeto. Año 2023

La gráfica representa las mamografías de la población objeto realizado en el año 2023 de las diferentes EPS Emssanar, Coosalud, Nueva Eps y particular, clasificado por los diferentes Birads. Para un total de 2.073 mamografías realizadas.

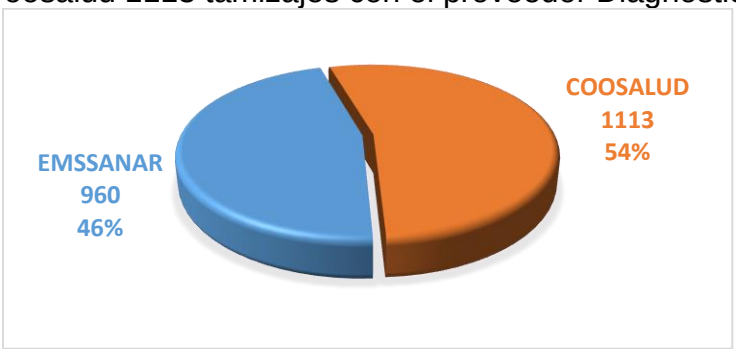
Birads 0: 297
Birads 1: 387

Birads 2: 1262
Birads 3: 112
Birads 4: 13
Pendientes: 2



Mamografías realizadas por EAPB. Año 2024

En la siguiente grafica se puede evidenciar el total de tamizajes con mamografía bilateral que se realizó en el año 2023, para las EAPB Emssanar y Coosalud. Distribuida de la siguiente manera: La EAPB Emssanar realizo 960 tamizajes y para la EAPB Coosalud 1113 tamizajes con el proveedor Diagnóstico médico.



Se evidencio que en el mes de febrero se presentó el mayor número de tamizajes, por esta técnica con 462 tamizajes. Como se muestra a continuación:

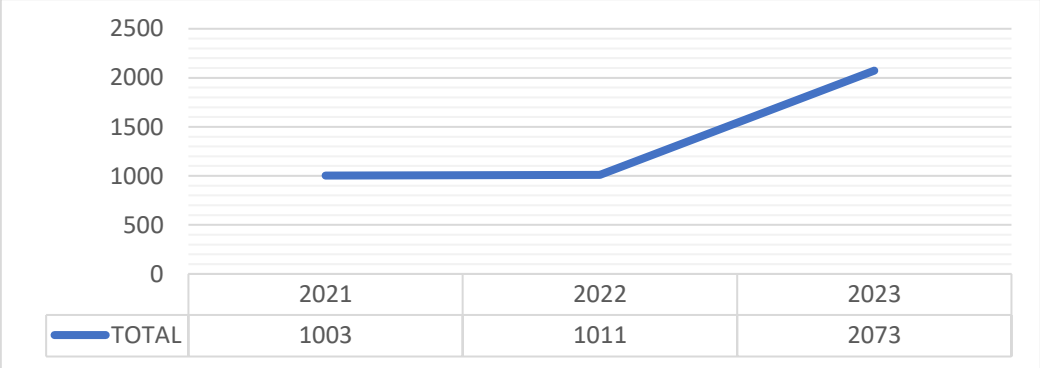
MES	EMSSANAR	COOSALUD	TOTAL
ENERO	0	0	0
FEBRERO	52	410	462
MARZO	93	36	129
ABRIL	86	99	185
MAYO	107	59	166
JUNIO	130		130
JULIO	108	128	236
AGOSTO	150		150
SEPTIEMBRE	68	153	221
OCTUBRE	72	162	234
NOVIEMBRE	1	66	67
DICIEMBRE	93		93
TOTAL	960	1113	2073

MES	BIRADS 0	BIRADS 1	BIRADS 2	BIRADS 3	BIRADS 4
PORCENTAJE	46%	54%		100%	

Comparativo mamografías bilaterales Año 2021 – 2023.

En la siguiente tabla se puede evidenciar las mamografías realizadas en el periodo comprendido entre el 2021 y el 2023, realizando 1011 mamografías en el año 2022 y para el año 2023 2073 mamografías, con un incremento de 1062 mamografías con una variación del 105%.

AÑO	TOTAL
2021	1003
2022	1011
2023	2073
TOTAL	4087
DIFERENCIA	1062
% VARIACION	105%



Reporte de ecografías. Año 2023

La grafica representa el total de las ecografías realizadas como estudio complementario, por mamografías con Birads 0 y 3, hallazgos al examen clínico, quistes, entre otros. En el año 2023 se realizaron 284 ecografías, categorizadas igualmente por Birads:

Birads 0: 6
Birads 1: 97
Birads 2: 125
Birads 3: 44
Birads 4: 12

Se deberá realizar en 6 meses una ecografía como examen complementario a los Birads 0 y 3 para un total de 50 pacientes.

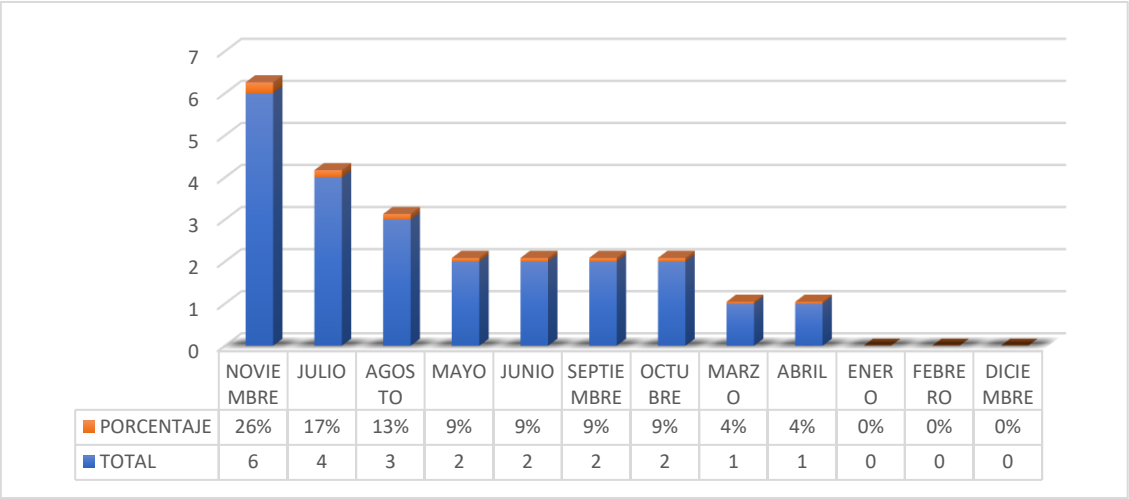
ENERO	0	0	0	0	0
FEBRERO	0	1	4	4	0
MARZO	3	13	9	2	1
ABRIL	1	5	6	4	3
MAYO	2	8	20	8	1
JUNIO	0	5	11	5	0
JULIO	0	14	16	3	3
AGOSTO	0	13	18	2	2
SEPTIEMBRE	0	21	18	1	1
OCTUBRE	0	11	14	5	1
NOVIEMBRE	0	3	3	5	0
DICIEMBRE	0	3	6	5	0
TOTAL	6	97	125	44	12

Biopsias de mama. Año 2023

El siguiente grafico representa el total de biopsias realizadas en el año 2023, para un total de 23 biopsias por resultado de mamografía Birrads 4. El mes donde más se registraron diagnósticos fue el mes de noviembre (6), Julio (4) y agosto (3).

MES	BENIGNA	MALIGNA	TOTAL
ENERO	0	0	0
FEBRERO	0	0	0
MARZO	0	1	1
ABRIL	0	1	1
MAYO	2	0	2
JUNIO	1	1	2
JULIO	0	4	4
AGOSTO	2	1	3
SEPTIEMBRE	2	0	2
OCTUBRE	1	1	2
NOVIEMBRE	5	1	6
DICIEMBRE	0	0	0
TOTAL	13	10	23
PORCENTAJE	57%	43%	100%

Se realizaron 10 biopsias con diagnostico maligno, distribuidas en el mes de julio (4), marzo, abril, junio, agosto, octubre y noviembre reportan 1 caso:



	NOVIEMBRE	JULIO	AGOSTO	MAYO	JUNIO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	MARZO	ABRIL	ENERO	FEBRERO	DICIEMBRE
PORCENTAJE	26%	17%	13%	9%	9%	9%	9%	4%	4%	0%	0%	0%
TOTAL	6	4	3	2	2	2	2	1	1	0	0	0

En convenio con la clínica de mama – ESE NORTE y las pacientes afiliadas a la EAPB Emssanar se realizaron 23 diagnósticos de mama de los cuales 10 patologías salieron malignas con los siguientes diagnósticos:

Carcinoma infiltrante: 7
Carcinoma invasivo: 2
Carcinoma metastáticos: 1

Seguimiento patologías malignas. Año 2023

Se realiza seguimiento telefónico para realizar apoyo en gestiones administrativos y gestión de citas para garantizar la trazabilidad en la atención a las usuarias en niveles de mayor complejidad, realizar oportunamente la toma de paraclínicos, imágenes diagnósticas, citas con especialistas y tratamiento.

Se adjunta cuadro de las pacientes con resultado de mamografías alteradas y el seguimiento realizado.

ATENCION	TAMIZAJE	RESULTADO	NUMERO DOCUMENTO	EPS	EDAD	DIAGNOSTICO	SEGUIMIENTO	ESTADO
07/03/2023	MAMOGRAFIA BILATERAL	4C	31836738	EMSSANAR	65		Seguimiento en Clinica de los Remedios	PACIENTE EN SEGUIMIENTO
16/03/2023	MAMOGRAFIA BILATERAL	4B	66808727	EMSSANAR	60	Carcinoma ductual infiltrante de tipo no especial ductual,en Clinica de Mama.	Paciente en tratamiento con quimioterapia, valorada por cirujano pendiente oncologo.	CON TTO (QUIMIO,BRAQUIO, RADIO E HISTERECTOMIA)
07/03/2023	MAMOGRAFIA BILATERAL	4B	31938381	COOSALUD	61		Paciente sin acceso a nivel de mayor complejidad para realizar biopsia de mama por problemas administrativos con EAPB. Se reporta por correo electronico	PDTE TTO, CITA, VALORACION, EXAMENES,RESULTADOS
20/02/2023	MAMOGRAFIA BILATERAL	4B	28844772	COOSALUD	61		Paciente diagnosticada en clinica de occidente, pendiente resultado para presentalo a especiaista (mastologo)	PDTE TTO, CITA, VALORACION, EXAMENES,RESULTADOS
23/02/2023	MAMOGRAFIA BILATERAL	4B	31925416	COOSALUD	58		Pendiente biopsia de mama, con problemas administrativos. Contacto siempre con familiares	PDTE TTO, CITA, VALORACION, EXAMENES,RESULTADOS
23/02/2023	MAMOGRAFIA BILATERAL	4B	66809837	COOSALUD	60		Paciente en seguimiento en clinica de occidente por especialista en control en junio del 2024 con mamografia.	PACIENTE EN SEGUIMIENTO
07/03/2023	MAMOGRAFIA BILATERAL	4B	66866337	COOSALUD	52		Paciente en seguimiento en clinica de occidente pendiente valoracion por especialista para definir conducta.	PACIENTE EN SEGUIMIENTO

ATENCION	TAMIZAJE	RESULTADO	NUMERO DOCUMENTO	EPS	EDAD	DIAGNOSTICO	SEGUIMIENTO	ESTADO
11/07/2023	ECOGRAFIA DE MAMA	4A	31956556	EMSSANAR	59	Carcinoma ductal invasico de tipo no especial ductal	Paciente con problemas administrativos para la atencion en nivel de mayor complejidad. Se reporta a EAPB por correo electronico	PDTE TTO, CITA, VALORACION, EXAMENES,RESULTADOS
15/06/2023	MAMOGRAFIA BILATERAL	1B	66706819	EMSSANAR	60	Carcinoma metastasico	Paciente en clinica de remedios en atencion con especialista pendiente definir conducta.	PACIENTE EN SEGUIMIENTO
07/07/2023	MAMOGRAFIA BILATERAL	4C	25587520	EMSSANAR	59	Carcinoma Ductal infiltrante	Paciente con problemas administrativos para la atencion en nivel de mayor complejidad. Se reporta a EAPB por correo electronico	PDTE TTO, CITA, VALORACION, EXAMENES,RESULTADOS
25/07/2023	MAMOGRAFIA BILATERAL	0	31933027	EMSSANAR	59	Carcinoma ductal infiltrante de tipo no especial ductual	Pendiente cita con especialista y definir tratamiento, ya realizaron biopsia de mama.	PDTE TTO, CITA, VALORACION, EXAMENES,RESULTADOS
07/09/2023	MAMOGRAFIA BILATERAL	4B	38941157	EMSSANAR	69	Carcinoma ductal infiltrante tipo no especial	Paciente con problemas administrativos para la atencion en nivel de mayor complejidad. Se reporta a EAPB por correo electronico	PDTE TTO, CITA, VALORACION, EXAMENES,RESULTADOS
07/10/2023	MAMOGRAFIA BILATERAL	4A	38431008	EMSSANAR	83	Carcinoma papilar solido	Paciente en manejo particular por incovenientes administrativos en la prestacion del servicio.	PDTE TTO, CITA, VALORACION, EXAMENES,RESULTADOS
05/11/2023	ECOGRAFIA DE MAMA	4B	42019911	EMSSANAR	43	Carcinoma invasico de tipo histologico indeterminado	Paciente con sintomatologia sin atencion en nivel de mayor complejidad por problemas administrativos.	PDTE TTO, CITA, VALORACION, EXAMENES,RESULTADOS

ATENCION	TAMIZAJE	RESULTADO	NUMERO DOCUMENTO	EPS	EDAD	DIAGNOSTICO	SEGUIMIENTO	ESTADO
07/03/2023	MAMOGRAFIA BILATERAL	4B	31886461	COOSALUD	60		Pendiente realizar biopsia en clinica de occidente en seguimiento por especialista.	PACIENTE EN SEGUIMIENTO
09/03/2023	MAMOGRAFIA BILATERAL	4B	31286248	COOSALUD	68		Paciente en seguimiento en clinica de occidente con especialista, cita de control en agosto de 2024.	PACIENTE EN SEGUIMIENTO
20/04/2023	ECOGRAFIA DE MAMA	4	31835245	EMSSANAR	63	Carcinoma infiltrante con componente histologico mucinoso, de histologia no determinada.	Paciente dificil contacto, se reporta por correo electronico y a sibeo para realizar busqueda extramural.	PACIENTE DIFICIL CONTACTO
17/05/2023	MAMOGRAFIA BILATERAL	4	2000003576	COOSALUD	67		Paciente dificil contacto, se reporta por correo electronico y a sibeo para realizar busqueda extramural.	PACIENTE DIFICIL CONTACTO
11/05/2023	ECOGRAFIA DE MAMA	4B	66746599	COOSALUD	49		Paciente en seguimiento en clinica nuestra con especialista, pendiente lectura de biopsia y definir conducta.	PACIENTE EN SEGUIMIENTO
17/05/2023	ECOGRAFIA DE MAMA	4B	41476139	EMSSANAR	73	Carcinoma ductual infiltrante	Paciente en seguimiento en clinica nuestra señora de los remedios con especialista, pendiente lectura de biopsia y definir conducta.	PACIENTE EN SEGUIMIENTO
	ECOGRAFIA DE MAMA		31888057	COOSALUD	62	Carcinoma infiltrante de tipo histologico indeterminado	Paciente en seguimiento en clinica de occidente con especialista pendiente cita de cirugia para extraccion de tumor.	PACIENTE EN SEGUIMIENTO

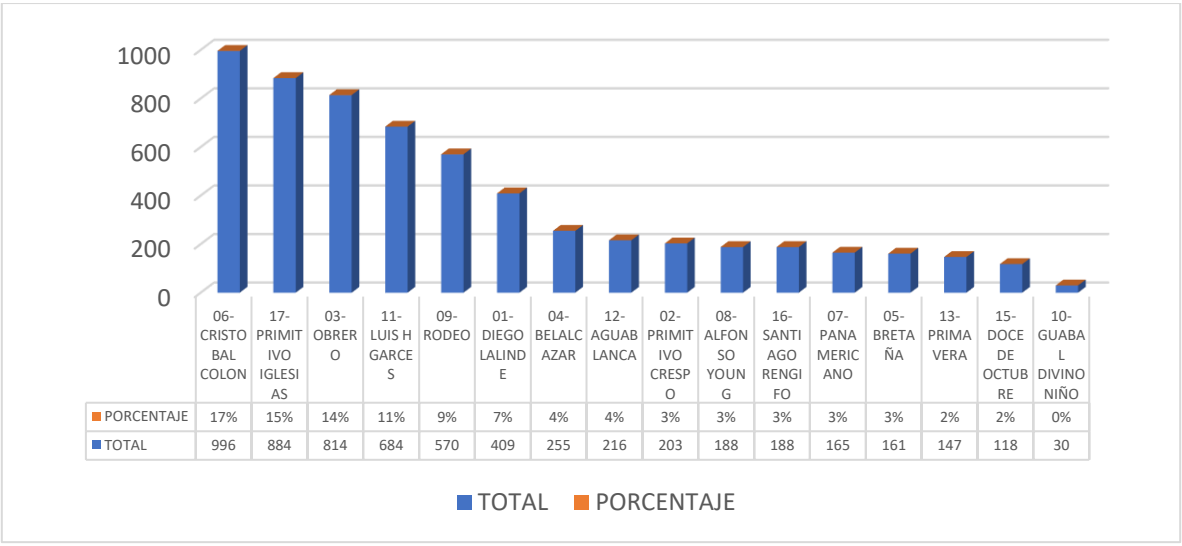
En resumen, el seguimiento de las pacientes que han sido diagnosticas con cáncer de mama y las pacientes por tamizaje con mamografía bilateral y ecografía de mama con Birrads 4, es el siguiente:

Paciente en tratamiento (quimio, braqui, radio e histerectomía): 1
Paciente en seguimiento: 9
Pendiente tratamiento, cita, valoración, exámenes, resultados: 9
Paciente difícil contacto: 2

1.1.10.3. Detección Temprana Cáncer De Próstata

Citas realizadas – población objeto de tamizaje. Año 2023

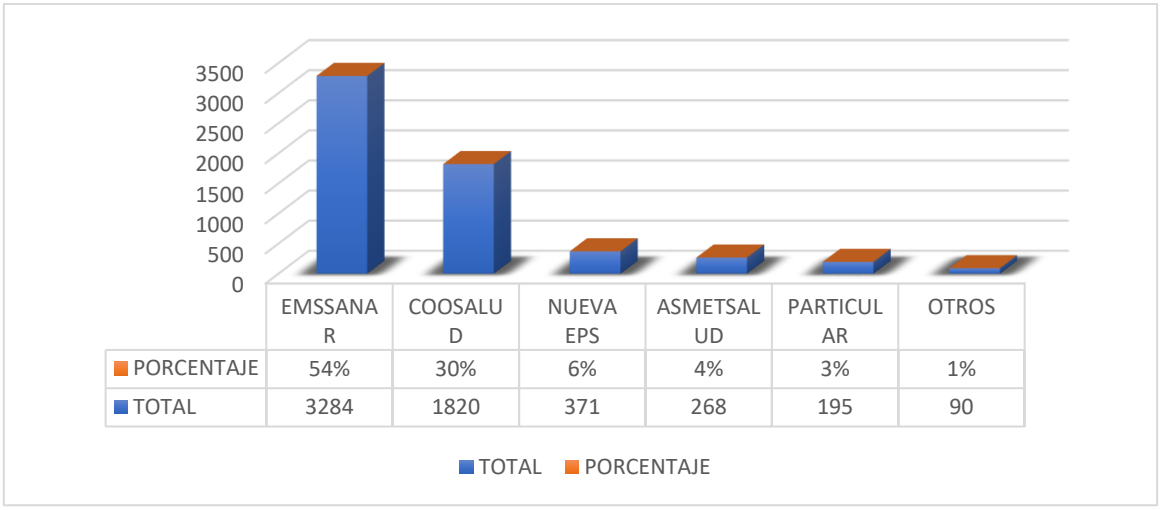
La gráfica representa el total de citas realizadas por mes y por IPS a las mujeres de 50 a 69 años susceptibles de tamizaje con Antígeno prostático que corresponde a 6.028 de los siguientes conceptos: 1001 – Consulta médica, 0102 – Consulta prioritaria, 1307 – TBC, 1308 – Ruta cardiovascular, 1314 – Programa diabetes, 1410 – educación, 1520 – Ría adultez, 1521 – Ría Vejez, 4903 – Psicología. Las IPS donde realizan mayor atención a esta población es: Cristóbal colon 996 (17%), Hospital primitivo iglesias 884 (15%), Obrero 814 (14%) y Luis H Garcés 684 (11%). De igual manera el mes donde se realizan más consultas a esta población fue en el mes de enero con 1.192



IPS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
01-DIEGO LALINDE	85	50	25	16	16	14	10	5	5	6	6	171
02-PRIMITIVO CRESPO	33	23	19	9	11	11	12	9	7	7	4	58
03-OBRERO	158	84	63	26	33	17	17	39	33	21	22	301
04-BELALCAZAR	35	32	26	16	20	8	7	11	3	4	2	91
05-BRETAÑA	34	14	14	6	9	8	3	3	5	9	2	54
06-CRISTOBAL COLON	204	101	66	65	68	37	44	33	20	35	60	263
07-PANAMERICANO	40	10	13	5	12	7	4	2	8	4	6	54
08-ALFONSO YOUNG	39	22	28	10	10	6	8	15	5	4	5	36
09-RODEO	110	60	60	29	24	19	18	29	10	7	6	198
10-GUABAL DIVINO NIÑO	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11-LUIS H GARCES	151	84	53	34	26	20	23	19	22	18	14	220
12-AGUABLANCA	48	27	26	9	13	6	9	11	12	7	3	45
13-PRIMAVERA	27	17	10	7	7	7	10	15	4	2	3	38
15-DOCE DE OCTUBRE	26	12	11	6	4	3	3	3	2	1	5	42
16-SANTIAGO RENGIFO	26	21	20	8	7	3	5	10	13	2	10	63
17-PRIMITIVO IGLESIAS	*146*	*50*	*47*	*50*	*51*	*58*	*24*	*46*	*30*	*47*	*18*	*317*
TOTAL	***1192***	***607***	***481***	***296***	***311***	***224***	***197***	***250***	***179***	***174***	***166***	***1951***

Citas realizadas por EAPB

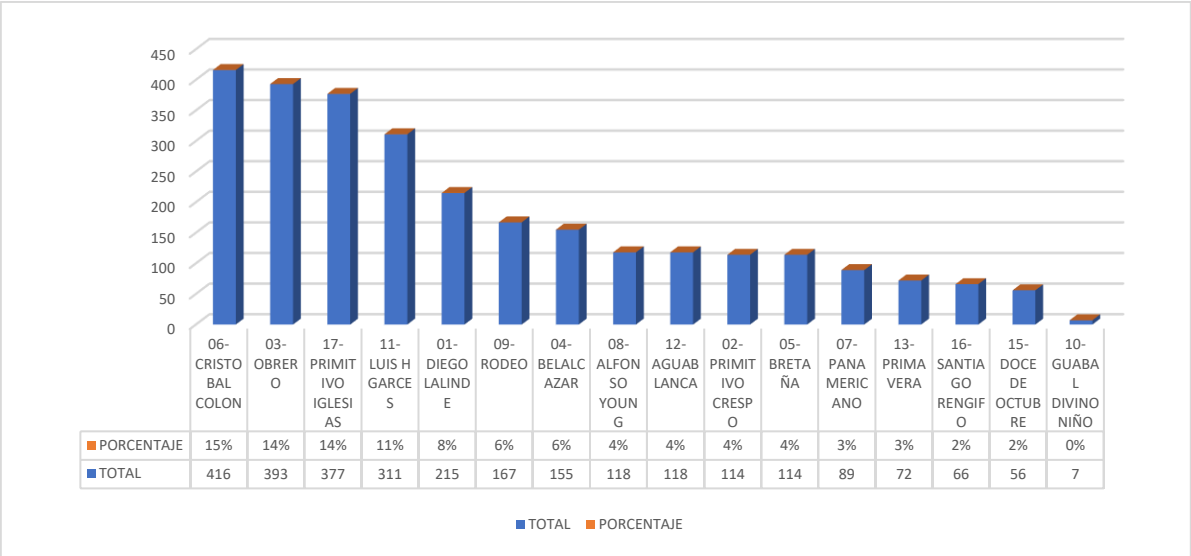
La grafica representa el total de citas realizadas por EAPB, donde se logra identificar que la mayor población citada pertenece a la EPS Emssanar con 3.284 citas que pertenece al 54%, seguido de Coosalud con 1.820 citas con el 30%, seguido de Nueva Eps con 371 (6%) y Asmetsalud con 268(4%). Se atiende una población particular que corresponde al 3% (195).



MES	EMSSANAR	COOSALUD	NUEVA EPS	ASMETSALUD	PARTICULAR	OTROS	TOTAL
ENERO	721	403	1	49	17	1	1192
FEBRERO	355	197	2	29	20	4	607
MARZO	290	123	25	21	19	3	481
ABRIL	148	88	33	14	12	1	296
MAYO	154	92	30	13	16	6	311
JUNIO	105	55	27	14	15	8	224
JULIO	100	58	12	13	12	2	197
AGOSTO	100	75	44	13	14	4	250
SEPTIEMBRE	66	41	42	9	18	3	179
OCTUBRE	65	44	22	14	14	15	174
NOVIEMBRE	44	38	20	11	19	34	166
DICIEMBRE	1136	606	113	68	19	9	1951
TOTAL	***3284***	***1820***	***371***	***268***	***195***	***90***	***6028***
PORCENTAJE	***54%***	***30%***	***6%***	***4%***	***3%***	***1%***	***100%***

Ordenamientos realizados población objeto de tamizaje

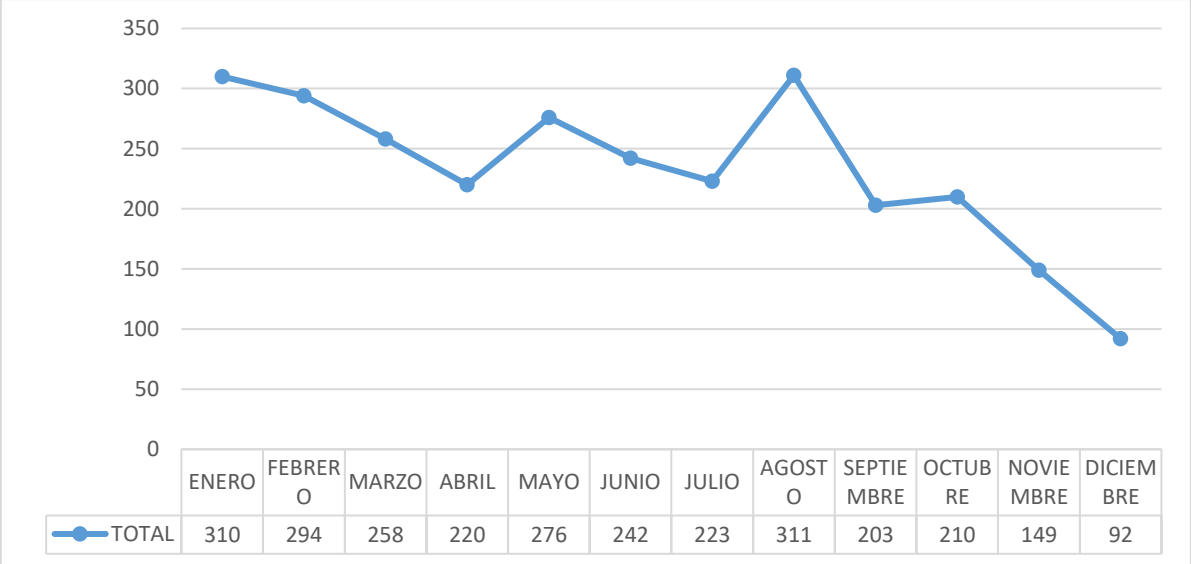
La grafica representa el total de ordenamientos realizados en el año 2023 a los hombres entre los 50 a 75 años objeto de tamizaje para Antígeno prostático. Del total de citas (6.028) se ordenaron 2.788 mamografías, las IPS donde se registraron mayor número de ordenamientos fue: 416 ordenamientos en Cristóbal colon (15%), 393 ordenamientos Obrero (14%) y 377 ordenamientos en el Hospital Primitivo iglesias (14%).



	06-CRISTOBAL COLON	03-OBRERO	17-PRIMITIVO IGLESIAS	11-LUIS H GARCES	01-DIEGO LALINDE	09-RODEO	04-BELALCAZAR	08-ALFONSO YOUNG	12-AGUABLANCA	02-PRIMITIVO CRESPO	05-BRETAÑA	07-PANAMERICANO	13-PRIMAVERA	16-SANTIAGO RENGIFO	15-DOCE DE OCTUBRE	10-GUABAL DIVINO NIÑO
PORCENTAJE	15%	14%	14%	11%	8%	6%	6%	4%	4%	4%	4%	3%	3%	2%	2%	0%
TOTAL	416	393	377	311	215	167	155	118	118	114	114	89	72	66	56	7

Figura No.

Respecto a los ordenamientos realizados por mes en el año 2023, el mes donde más se registraron ordenamientos fueron los siguientes: agosto 313, Enero 310 y febrero 294.

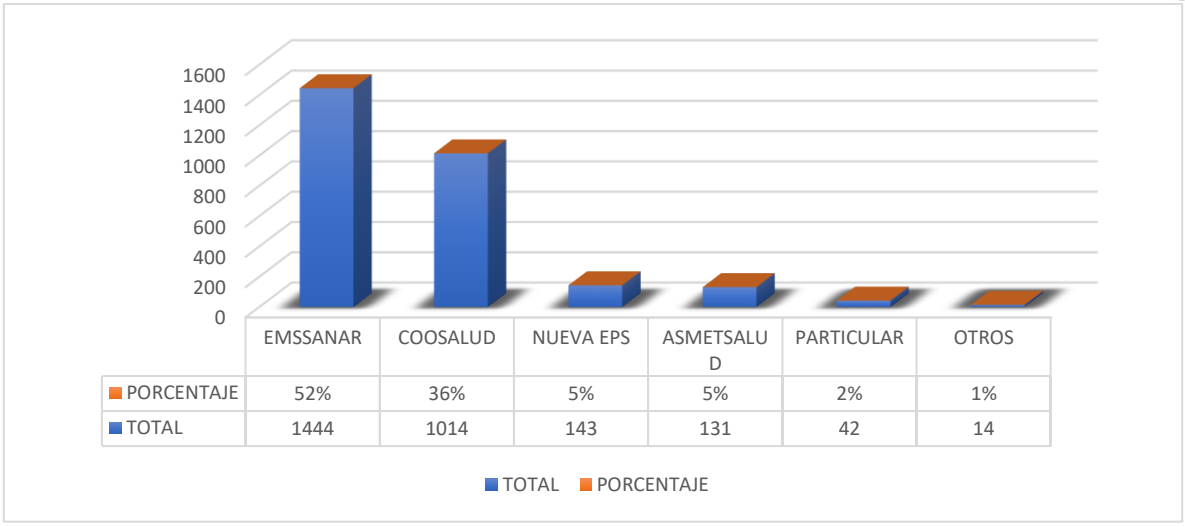


	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
TOTAL	310	294	258	220	276	242	223	311	203	210	149	92

Figura No.

Ordenamientos realizados por EAPB

La grafica representa el total de ordenamientos realizados por EAPB, donde se logra identificar que el mayor ordenamiento pertenece a la EPS Emssanar con 1444 ordenamientos que pertenece al 52%.



El mes donde más se registraron ordenamientos de mamografía fue en Agosto con 311, seguido de Enero con 310 ordenamientos.

MES	EMSSANAR	COOSALUD	NUEVA EPS	ASMETSALUD	PARTICULAR	OTROS	TOTAL
ENERO	165	125	0	14	5	1	310
FEBRERO	158	116	0	16	4	0	294
MARZO	134	98	6	13	7	0	258
ABRIL	106	83	18	12	1	0	220
MAYO	146	97	22	8	3	0	276
JUNIO	133	70	17	14	5	3	242
JULIO	132	69	8	10	3	1	223
AGOSTO	147	122	25	13	2	2	311
SEPTIEMBRE	106	64	15	11	5	2	203
OCTUBRE	102	76	12	14	2	4	210
NOVIEMBRE	72	55	11	5	5	1	149
DICIEMBRE	43	39	9	1	0	0	92
TOTAL	***1444***	***1014***	***143***	***131***	***42***	***14***	***2788***
PORCENTAJE	***52%***	***36%***	***5%***	***5%***	***2%***	***1%***	***100%***

1. ***Cobertura de ordenamiento. Población objeto año 2023.***

El cuadro representa la cobertura de ordenamiento de mamografía relacionado al total de citas programadas por IPS y por mes. Las IPS con mejor cobertura de ordenamiento fueron: Bretaña (71%), Alfonso Young (63%), Belalcázar (61%) y primitivo crespo (56%). Las IPS con menor cobertura de ordenamiento son: Divino niño 3% (Sin atención – proceso de remodelación), Rodeo (29%).

IPS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
01-DIEGO LALINDE	46%	62%	76%	94%	131%	164%	230%	260%	180%	67%	217%	3%	53%
02-PRIMITIVO CRESPO	15%	17%	68%	133%	109%	136%	108%	133%	200%	86%	100%	7%	56%
03-OBRERO	28%	65%	56%	123%	103%	176%	100%	105%	106%	186%	86%	4%	48%
04-BELALCAZAR	23%	41%	65%	75%	135%	175%	143%	182%	467%	200%	300%	7%	61%
05-BRETAÑA	35%	43%	79%	117%	144%	100%	200%	300%	180%	167%	550%	13%	71%
06-CRISTOBAL COLON	19%	41%	71%	65%	57%	84%	89%	170%	115%	46%	47%	6%	42%
07-PANAMERICANO	43%	100%	77%	20%	67%	157%	50%	300%	100%	225%	50%	7%	54%
08-ALFONSO YOUNG	23%	50%	54%	50%	90%	150%	88%	160%	320%	150%	120%	3%	63%
09-RODEO	13%	58%	38%	31%	50%	74%	89%	69%	30%	57%	117%	5%	29%
10-GUABAL DIVINO NIÑO	23%												23%
11-LUIS H GARCES	17%	43%	47%	62%	108%	100%	143%	179%	105%	217%	100%	5%	45%
12-AGUABLANCA	60%	48%	42%	22%	77%	117%	133%	82%	83%	129%	133%	4%	55%
13-PRIMAVERA	22%	29%	20%	57%	100%	100%	100%	53%	125%	300%	300%	8%	49%
15-DOCE DE OCTUBRE	31%	42%	55%	133%	225%	133%	200%	233%	50%	100%	0%	2%	47%
16-SANTIAGO RENGIFO	19%	19%	25%	88%	71%	167%	80%	80%	77%	250%	60%	3%	35%
17-PRIMITIVO IGLESIAS	28%	50%	40%	86%	82%	76%	104%	96%	77%	91%	106%	3%	43%
TOTAL	26%	48%	54%	74%	89%	108%	113%	124%	113%	121%	90%	5%	46%

La mayor cobertura de ordenamiento se presentó en el mes de Agosto con una cobertura del 124%, seguido del mes de Octubre 121% y Septiembre y julio 113%. El porcentaje de cumplimiento mayor al 100% se debe a mayor seguimiento y efectividad en la programación de tamizaje de los ordenamientos realizados previamente o durante todo el año 2023.

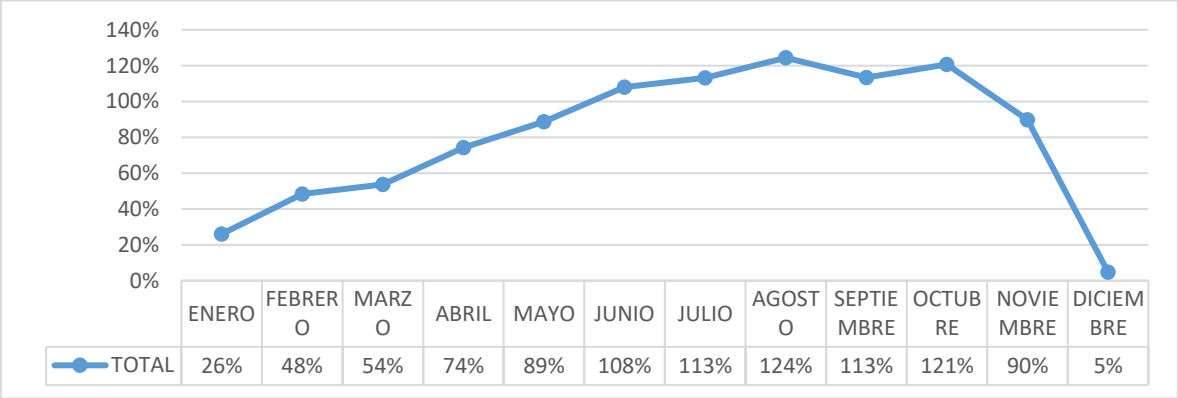


Figura No.

2. **Ordenamiento de Antígeno prostático por médico general a la población objeto de tamizaje. Año 2023.**

La tabla representa los médicos con el mayor número de ordenamiento de Antígeno prostático realizados en el año 2023, representados de la siguiente manera: Jhon Freyre (160), Nasly cubillos (138) y Leidy morales (120). Teniendo en cuenta la población objeto de tamizaje de 50 a 75 años de edad.

MEDICOS CON MEJOR ORDENAMIENTO	
NOMBRE MEDICO	**CANTIDAD**
JHON FREYRE	160
NASLY CUBILLOS	138
LEIDY MORALES	120
SEBASTIAN REYES	120
CRISTIAN QUINTERO	115
JORGE ANDRES FLORIAN	111
ANDREA MELISSA SALAZAR	109

Y la siguiente tabla muestra los médicos con el menor número de ordenamientos de Antígeno prostático realizados en el transcurso del año 2023, teniendo en cuenta que es población objeto (50-75 años).

MEDICOS CON DEFICIENTE ORDENAMIENTO	
NOMBRE MEDICO	**CANTIDAD**
José Vicente días	1
María Fernanda Monsalve	1
Omar Ruiz	1
Gustavo cerón	1
Ricardo Harrison	1
Édison herrera	1
Fernando rico	1

3. **Comparativo ordenamiento de Antígeno prostático. Año 2020 – 2023.**

En la siguiente tabla se puede evidenciar los tamizajes ordenados con Antígeno prostático en el periodo comprendido entre el 2020 y el 2023, realizando 3176 ordenamientos en el año 2022 y para el año 2023 3.082 PSA, con una diferencia de 94 ordenamientos y una variación del 3%.

AÑO	TOTAL
AÑO 2020	1754
AÑO 2021	2551
AÑO 2022	3176
AÑO 2023	3082
TOTAL	***10563***
DIFERENCIA	***-94***
% VARIACION	***-3%***

De igual manera, se puede evidenciar la tendencia de los ordenamientos desde el año 2020 al año 2023, notando un incremento en los 3 primeros años, en la adherencia de los médicos a realizar los ordenamientos a la población objeto de tamizaje (50-75 años).

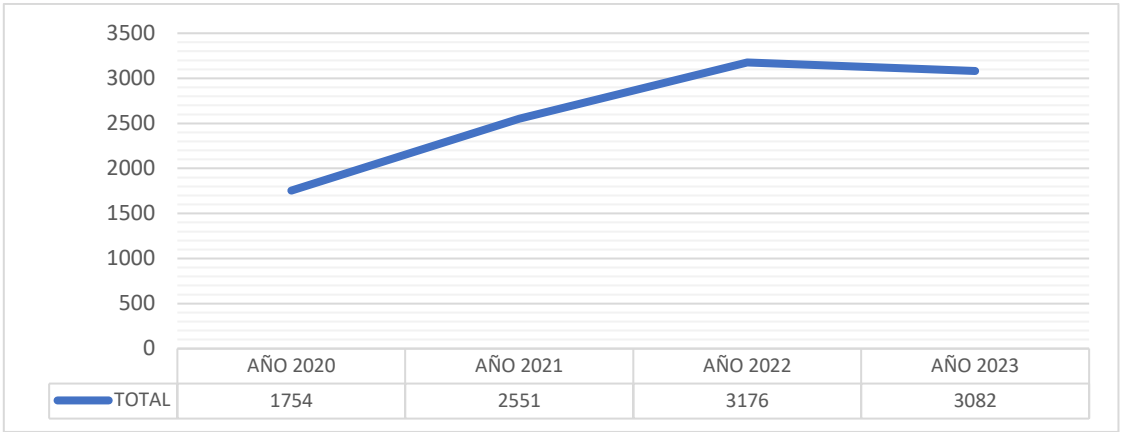


Figura No.

4. **Seguimiento a la base de datos de ordenamientos de Antígeno Prostático a población objeto. Año 2023**

En el programa contamos con un equipo encargado de realizar seguimientos mensuales a los ordenamientos realizados por los médicos generales de las 16 IPS de la ESE, ordenamientos de PSA de la población objeto (Hombre 50-75 años).

Durante todo el año 2023, se ha realizado 1728 tamizajes de los ordenamientos realizados, 144 con seguimiento no efectivo y 916 ordenamientos pendiente por realizar seguimiento.

MES	TAMIZAJE REALIZADO	PENDIENTE TAMIZAJE	CON SEGUIMIENTO	TOTAL
Enero	26	282	2	310
Febrero	234	30	30	294
Marzo	187	42	29	258
Abril	164	35	21	220
Mayo	201	63	12	276
Junio	147	88	7	242
Julio	171	39	13	223
Agosto	217	92	2	311
Septiembre	126	77		203
Octubre	114	70	26	210
Noviembre	91	57	1	149
Diciembre	50	41	1	92
TOTAL	***1728***	***916***	***144***	***2788***
PORCENTAJE	***62%***	***33%***	***5%***	***100%***

5. **Demanda inducida base de datos Emssanar, Coosalud y Nueva Eps. Población objeto de tamizaje. Año 2023.**

Desde el área de gestión del dato se proporciona las bases de datos de las diferentes EAPB estas con el fin de realizar demanda inducida y lograr captar la población asignada para realizar tamizaje con Antígeno prostático.
Con la EAPB Emssanar se encontraron los siguientes resultados: 3.827 pacientes tamizados, 1338 seguimientos no efectivos y 3.612 pacientes pendientes por seguimiento.

BASE DE DATOS EMSSANAR 2023	
ESTADO	***CANTIDAD***
Tamizaje realizado	3827
Pendiente tamizaje	3612
Pendiente tamizaje, con seguimiento	1338
TOTAL GENERAL	***8777***

Con la EAPB Coosalud se encontró lo siguiente: 3.896 pacientes con seguimiento no efectivo, 1.714 tamizajes realizados y 657 usuarios pendientes por seguimiento.

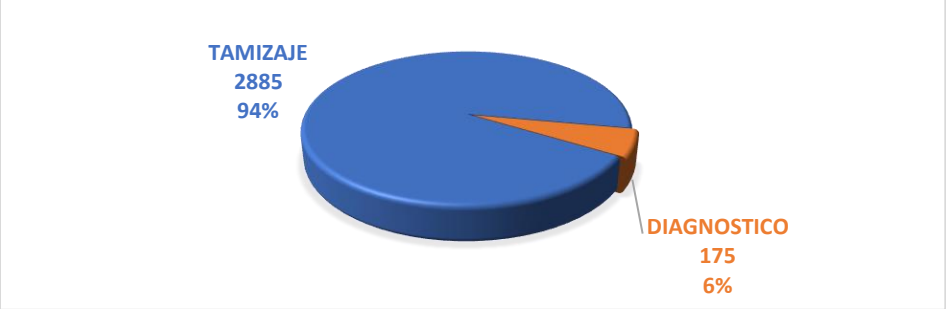
BASE DE DATOS COOSALUD 2023	
ESTADO	***CANTIDAD***
Pendiente tamizaje con seguimiento	3896
Tamizaje realizado	1714
Pendiente tamizaje	657
TOTAL GENERAL	***6267***

Con la EAPB Nueva EPS se encontró lo siguiente: 553 usuarios con seguimiento no efectivo, 435 usuarios pendientes por seguimiento y 86 usuarios tamizados.

BASE DE DATOS NUEVA EPS 2023	
ESTADO	***CANTIDAD***
Pendiente tamizaje, con seguimiento	553
Pendiente tamizaje	435
Tamizaje realizado	86
TOTAL GENERAL	***1074***

6. Antígeno prostático – Productividad. Año 2023

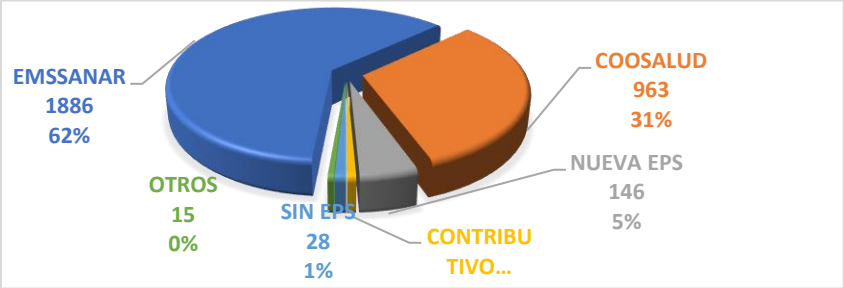
El grafico representa 3.060 tamizajes realizados con Antígeno prostático en el año 2023, divididos en 2.885 pruebas realizadas a población objeto de tamizaje (Hombres entre los 50-75 años) y 175 pruebas de diagnóstico realizadas a pacientes por fuera del rango de edad.



MES	TAMIZAJE	DIAGNOSTICO	TOTAL
Enero	293	0	293
Febrero	371	2	373
Marzo	326	12	338
Abril	204	10	214
Mayo	290	10	300
Junio	258	16	274
Julio	266	21	287
Agosto	242	32	274
Septiembre	204	20	224
Octubre	217	27	244
Noviembre	162	16	178
Diciembre	52	9	61
TOTAL	*2885*	*175*	*3060*
PORCENTAJE	*94%*	*6%*	*100%*

7. Antígeno prostático por EAPB. Año 2023

El grafico representa el total de tamizajes realizados por EAPB con Antígeno prostático, se puede evidenciar que el mayor número de tamizajes se realiza a la EAPB Emssanar con 1886 tamizajes, seguido de 963 tamizajes de Coosalud y 146 de Nueva eps.



Es importante tener en cuenta que las 3 primeras EAPB son aquellas a las que le realizamos seguimiento, demanda inducida para la programación del tamizaje y poder así aumentar la cobertura para la detección temprana de cáncer de próstata.

MES	EMSSANAR	COOSALUD	NUEVA EPS	CONTRIBUTIVO	SIN EPS	OTROS	Total general
Enero	188	88	0	7	7	3	293
Febrero	223	143	1	2	3	1	373
Marzo	233	100	2	0	1	2	338
Abril	133	70	8	2	1	0	214
Mayo	200	80	14	2	2	2	300
Junio	154	98	16	1	2	3	274
Julio	161	90	32	1	2	1	287
Agosto	180	71	20	1	2	0	274
Septiembre	116	86	19	1	2	0	224
Octubre	137	85	14	2	4	2	244
Noviembre	115	42	17	3	1	0	178
Diciembre	46	10	3	0	1	1	61

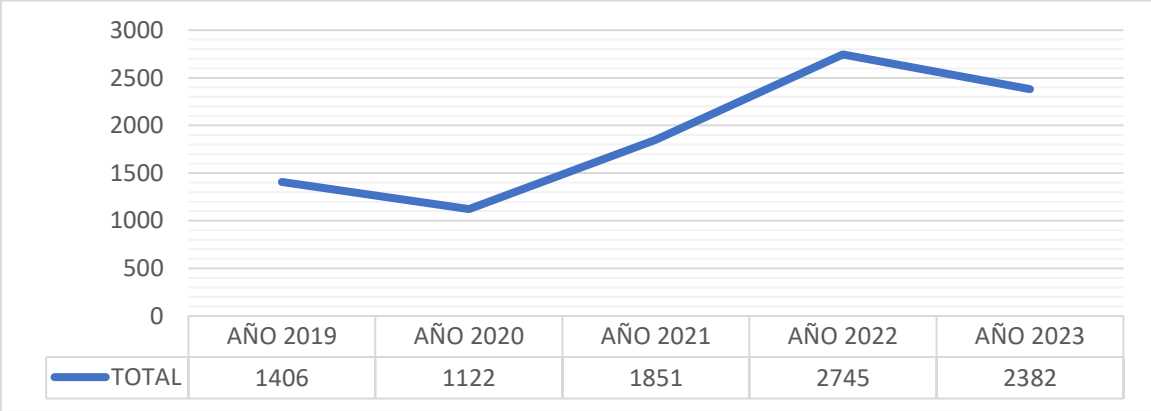
TOTAL	**1886**	**963**	**146**	**22**	**28**	**15**	**3060**

8. **Comparativo de Antígeno prostático, población objeto. Años 2019 – 2023.**

En la siguiente tabla se puede evidenciar los tamizajes realizados con Antígeno prostático en el periodo comprendido entre el 2019 y el 2023, realizando 2745 tamizajes en el año 2022 y para el año 2023 2.382 PSA, con una diferencia de 362 tamizajes y una variación del 13%.

AÑO	TOTAL
AÑO 2019	1406
AÑO 2020	1122
AÑO 2021	1851
AÑO 2022	2745
AÑO 2023	2382
TOTAL	**8100**
DIFERENCIA	**-363**
% VARIACION	**-13%**

De igual manera, se puede evidenciar el aumento en la tendencia de los tamizajes realizados desde el año 2020 al año 2022, notando un incremento en los años 2020.2021 y 2022.

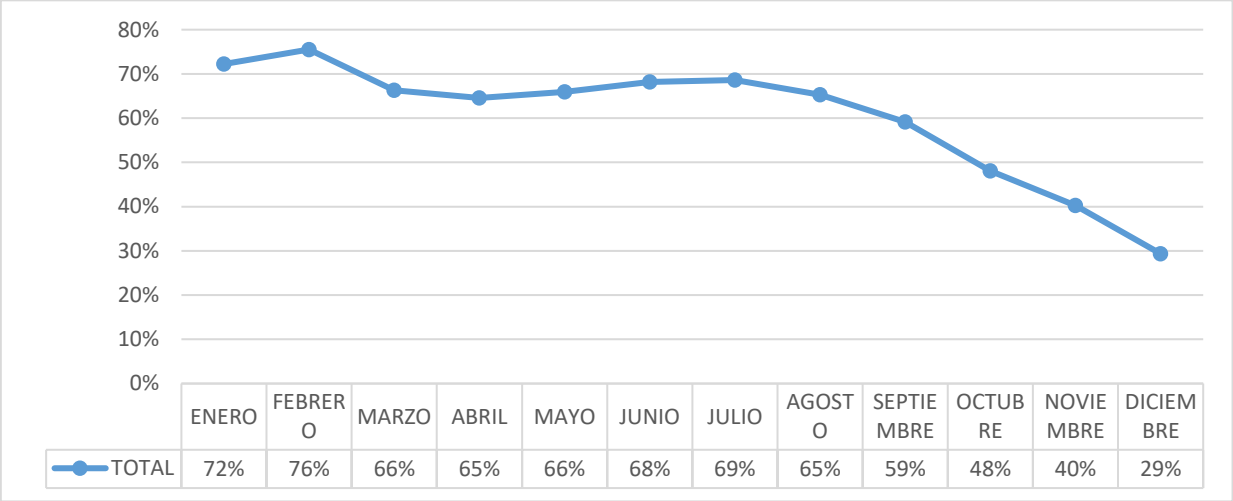


9. **Cobertura de Antígeno prostático. Año 2023**

El cuadro representa la cobertura de tamizajes realizados vs los ordenamientos de Antígeno prostático relacionado al total de citas programadas por IPS y por mes. Las IPS con mejor cobertura de tamizajes realizados fueron: Doce de octubre (73%), Belalcázar (72%) y rodeo (69%). Cabe resaltar que esta cobertura esta relación con los ordenamientos realizados a población objeto de tamizaje (Hombre de 50-75 años) vs los tamizajes realizados en un periodo de tiempo de 1 año (2023). Las IPS con menor cobertura por debajo del 50% son: Primavera (44%) y Bretaña (50%).

IPS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
01-DIEGO LALINDE	74%	84%	58%	53%	52%	70%	57%	85%	33%	25%	62%	20%	64%
02-PRIMITIVO CRESPO	100%	50%	92%	58%	75%	67%	100%	58%	57%	33%	50%	0%	68%
03-OBRERO	67%	76%	69%	75%	71%	63%	47%	51%	63%	49%	26%	18%	61%
04-BELALCAZAR	63%	92%	82%	67%	78%	86%	90%	70%	50%	50%	67%	17%	72%
05-BRETAÑA	42%	33%	55%	57%	54%	50%	50%	67%	44%	47%	36%	71%	50%
06-CRISTOBAL COLON	74%	68%	53%	55%	67%	77%	74%	68%	48%	25%	32%	20%	60%
07-PANAMERICANO	65%	90%	60%	100%	25%	82%	50%	83%	63%	22%	100%	25%	62%
08-ALFONSO YOUNG	89%	73%	73%	60%	67%	56%	57%	54%	63%	50%	67%	0%	64%
09-RODEO	71%	80%	70%	67%	83%	64%	75%	80%	67%	50%	14%	30%	69%
10-GUABAL DIVINO NIÑO	57%												57%
11-LUIS H GARCES	88%	78%	68%	67%	75%	55%	85%	68%	70%	54%	36%	50%	68%
12-AGUABLANCA	55%	77%	73%	0%	40%	86%	67%	56%	50%	56%	50%	50%	59%
13-PRIMAVERA	67%	40%	50%	75%	43%	57%	30%	63%	20%	50%	33%	0%	44%
15-DOCE DE OCTUBRE	75%	80%	67%	100%	89%	75%	50%	57%	100%	0%	0%	0%	73%
16-SANTIAGO RENGIFO	60%	100%	60%	86%	60%	80%	75%	63%	80%	40%	17%	50%	65%
17-PRIMITIVO IGLESIAS	88%	68%	68%	63%	64%	66%	64%	68%	74%	60%	47%	33%	66%
TOTAL	72%	76%	66%	65%	66%	68%	69%	65%	59%	48%	40%	29%	63%

La mayor cobertura de tamizajes realizados según mes se presentó en el mes de Febrero con el 76%, seguido de enero con 72% y Julio con 69%.



10. ***Tamizajes realizados Antígeno Prostático (PSA)***

La grafica representa el total de PSA realizados de la población objeto de tamizaje (50 a 75 años) en el año 2023, que corresponde a 2.251 de los cuales 1.846 salieron normal que corresponde al 82% con controles a 5 años nuevamente y 405 tamizajes alterados que corresponden al 18%.
De los 405 resultados de antígeno prostático alterado, se dividen en dos grandes grupos:

Tamizaje alterado (PSA >4 ng/Ml y < 10 ng/Ml): 289 pacientes candidatos a pasar con medico de consultorio azul para definir conducta. Se les ha realizado seguimiento a la totalidad de los pacientes alterados, direccionados en las siguientes conductas:

1. Remisión a urologia: 60
2. Tratamiento con medicamento: 59
3. Control con medico: 64
4. Buzón de mensajes: 52
5. Imágenes diagnosticas: 19

6. Fuera de cobertura: 35 (Pacientes que ya no pertenecen a la EAPB, fallecidos, fuera de la ciudad entre otros).

Alto riesgo cáncer de próstata: Pacientes con resultado de antígeno prostático (PSA) por encima de 10 Ng/ml para un total de 110 pacientes que corresponde al 29% de anormalidad. Se les ha realizado seguimiento a la totalidad de los pacientes alterados, direccionados en las siguientes conductas:

1. Remisión a urologia: 37
2. Tratamiento con medicamento: 20
3. Control con medico: 10
4. Buzón de mensajes: 22
5. Imágenes diagnosticas: 15
6. Fuera de cobertura: 12 (Pacientes que ya no pertenecen a la EAPB, fallecidos, fuera de la ciudad entre otros).

En relación a la cobertura para la EAPB Emssanar se realizaron 3.834 antígenos de 8.707 usuarios objeto para realizar tamizaje oportuno para la detección temprana de cáncer de próstata, para una cobertura del 45%. Para la EAPB Coosalud se realizaron 1.726 PSA de 6.267 usuarios para una cobertura del 28%.

Indicadores De Cáncer De Mama, Registro Individual De Prestación De Servicios De Salud

(RIPS) Primer Trimestre Año 2021 – 2023

Cáncer de Seno	Periodo 2021	Periodo 2022	Periodo 2023	Fuente
No. MAMOGRAFIAS	1043	1078	2092	
BIRADS 0	51	108	302	
BIRADS 1 y 2	916	922	1664	
BIRADS 3	69	42	113	
BIRADS 4 y 5	7	6	13	
No. De personas programados para mamografía	SD	SD	13887	
Proporción de mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos dos años	1003/SD	7%	15%	
No. De resultados con anormalidad mamografía	7	6	13	
% de anormalidad en mamografía	0.67%	0.56%	0.62%	
No. Ecografías	SD	436	284	**Periodo 2021** Ecografia con corte a oct.
Biopsias de mama	12	7	23	
Oportunidad entre la sospecha y el Dx de Cáncer	3	2	SD	
No. Cáncer in situ diagnosticado	0	0	0	
Total Cáncer seno diagnosticado	6	4	10	

En el año 2023 se realizaron 2092 mamografías con la siguiente clasificación de Birads: 0: 302, 1 y 2: 1664, 3: 113, 4 Y 5: 13. De igual manera, se realizaron 284 ecografías y 23 biopsias de mama 13 benignas y 10 malignas. La proporción de mujeres tamizadas para el año 2023 fue del 15% (2073/13887) (El numerador son los tamizajes realizados en el año en mención). Para el año 2022 se realizaron 1078 mamografías con la siguiente clasificación: Birrads 0: 108, Birrads 1 y 2: 992, Birrads 3: 42 y Birrads 4 y 5: 6. De igual manera, se realizaron 436 ecografías.

Para el año 2021 en el tercer trimestre se realizaron 1.043 mamografías con la siguiente clasificación: Birrads 0: 51 Birrads 1 y 2: 916, Birrads 3: 69 y Birrads 4 y 5: 7. Con relación a la proporción, por el momento no se cuenta con el dato de la población contratada en el año 2021 para el tamizaje de mamografía de las 3 diferentes EAPB (Emssanar, Coosalud y Asmetsalud) por lo que se describe el total de mamografías realizadas a la población objeto de tamizaje para un total de 1003.

Indicadores De Cancer De próstata, Registro Individual De Prestación De Servicios De Salud

(RIPS) PRIMER TRIMESTRE AÑO 2021 – 2023

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CANCER DE PROSTATA	Periodo 2021	Periodo 2022	Periodo 2023	Fuente
No. De pruebas de Antígeno prostático	2192	3230	3060	Base de datos Acacias - Synlab
Población programada	SD	14388	14933	Gestión del dato
Proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje de oportunidad para cáncer de próstata (Antígenos Sanguíneos Prostáticos (PSA) y tacto rectal combinado)	1726/SD	18%	15%	Se desconoce población del 2021. El numerador de los años 2022 y 2023 corresponde al año (no consolidado).
No. Pacientes con resultados alterados que fueron remitidos	412	687	641	

En el del año 2023 se realizaron 3.060 pruebas de antígeno prostático (PSA), con una población programada de 14933 (eps Emssanar y Coosalud), la proporción de hombres objeto de tamizaje corresponde a el 15% (2251/14933) (proporción del año en curso, no es consolidado en esquema de 5 años), del total de pruebas realizadas salieron 641 alteradas >4ng/ml a los que se les realiza seguimiento en consultorio azul con médicos previamente entrenados para el manejo de estos pacientes.

Comparado con el año 2022 se realizaron 3.230 pruebas de PSA, de las cuales 1957 pertenecen a usuarios que se encuentran dentro del rango de edad para tamizar sobre 14.388 usuarios asignadas a la ESE CENTRO para realizar detección temprana y del total de esas muestras realizadas 687 salieron positivas para seguimiento en consultorio azul y manejo según necesidad del paciente.

En el tercer trimestre del año 2021 se realizaron 2192 pruebas, de las cuales 1726 era población objeto de tamizaje; del total de pruebas, salieron 412 PSA positivos remitidos a valoración por urología en nivel de mayor complejidad.

Indicadores De Cáncer De Colón, Registro Individual De Prestación De Servicios De Salud (Rips) Primer Trimestre Año 2021 – 2023

Programa de prevención cáncer de Colon	Periodo 2021	Periodo 2022	Periodo 2023	Observaciones
No. de prueba de sangre oculta en materia fecal (tamizaje Ca de colon)	3621	4485	4785	
Resultado de prueba sangre oculta en materia fecal Positivas	178	203	214	
Resultado de prueba sangre oculta en materia fecal Negativas	3435	4280	4529	Año 2021: 8 Resultados pendientes Año 2022: 2 Resultados pendientes Año 2023: 42 Resultados pendientes

En el año 2023 se realizaron 4785 pruebas de sangre oculta en heces para realizar detección temprana cáncer de colon, de las cuales 214 pruebas salieron positivas que corresponde al 4% y 4.529 pruebas negativas que corresponde al 96%. Comparado con el año 2022, se aumentó en la búsqueda activa para tamizaje de cáncer de colon, debido a que se realizaron 4.485 pruebas de las cuales 203 pruebas salieron positivas que corresponde al 5% y 4280 pruebas negativas que corresponde al 95%.

En el año 2021 se realizaron 3621 pruebas, de las cuales 178 pruebas salieron positivas que corresponde al 5% y 3435 pruebas negativas que corresponde al 95%.
Lo que se logra evidenciar, que se ha presentado un aumento en la búsqueda activa de pacientes para que se realicen sangre oculta en heces para la detección temprana de cáncer de colon.

1.2. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE LA SUBGERENCIA CIENTÍFICA.

1.2.1. Proceso De Atención Intrahospitalaria

1.2.1.1. Servicio De Urgencias

1.2.1.1.1. Número de consultas de medicina general urgentes realizadas en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

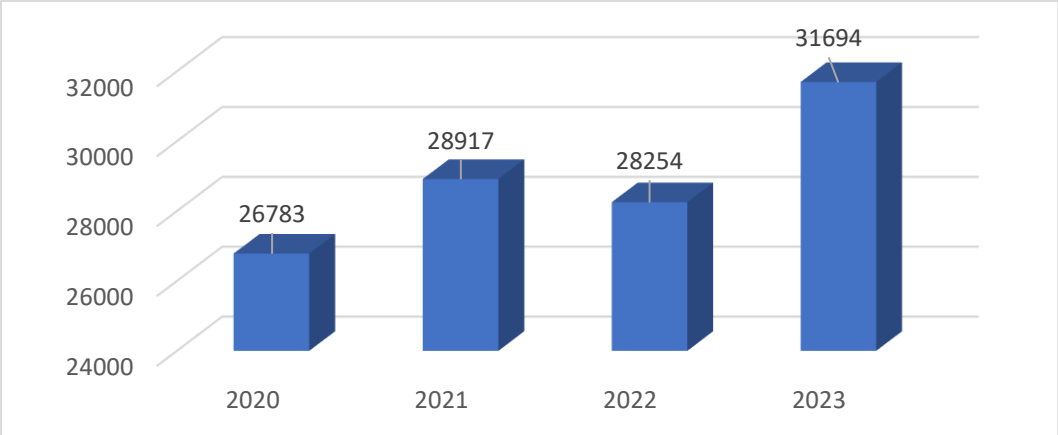


Figura 1. Número de consultas de medicina general urgentes realizadas entre los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

CONSULTA URGENCIAS HBPI COMPARATIVO TRIMESTRAL 2019 -2023						
AÑO	2020	2021	2022	2023	% VAR 2023 Vs 2020	% VAR 2023 Vs 2022
CASOS	26783	28917	28254	31694	18,3%	12,17%

Cuadro 1. Porcentaje de variación del número de consultas de medicina general urgentes realizadas entre los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

En la gráfica 1 se observa el comparativo anual de las consultas de medicina general urgentes realizadas en el Hospital Básico Primitivo Iglesias en los años 2020 hasta 2023. Los puntos más relevantes de mencionar son:

1.1.1 Para los años 2022 y 2023, se presentaron 28254 y 31694 respectivamente, lo que se relaciona con un porcentaje de variación o incremento del 12,7% en las consultas urgentes. Así mismo, al comparar la variación entre los años 2020 hasta 2022 se evidencia un incremento paulatino (tendencia al incremento cada año) de las consultas en el servicio de urgencias. Lo anterior se explica gracias a que la población capitada para la Red de Salud del Centro ha decido dar mayor uso de los servicios de salud, entre los cuales se encuentran los servicios hospitalarios, además, para 2023 se materializaron nuevos contratos con EAPB del régimen contributivo: NUEVA EPS y EMSSANAR Contributivo, lo que aumentó la demanda en los servicios hospitalarios del Hospital Primitivo Iglesias.

1.1.2 El incremento de consultas hacia el año 2023 se explica también debido a que a partir del mes de marzo hasta junio de 2023 se cargaron al servicio de urgencias las consultas prioritarias realizadas en el Hospital Básico Primitivo Iglesias.

1.1.3 Así mismo, el pico de casos respiratorios y consultas por cuadros sospechosos o confirmados de dengue significaron un aumento en el número de consultas realizadas en el año 2023.

1.1.4 Por otro lado, el número de consultas urgentes (sin un dato claro) se han aumentado debido a que algunos de los usuarios que pertenecen a las rutas de atención integral, especialmente las de riesgo cardiovascular, se presentan a los servicios de urgencias para atención debido a complicaciones derivadas de la falta de medicamentos o valoraciones por especialista, que se encuentran a cargo de las EAPB, especialmente EMSSANAR.

1.2 Número de consultas de medicina general urgentes comparado con todo ingreso al servicio de triage en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

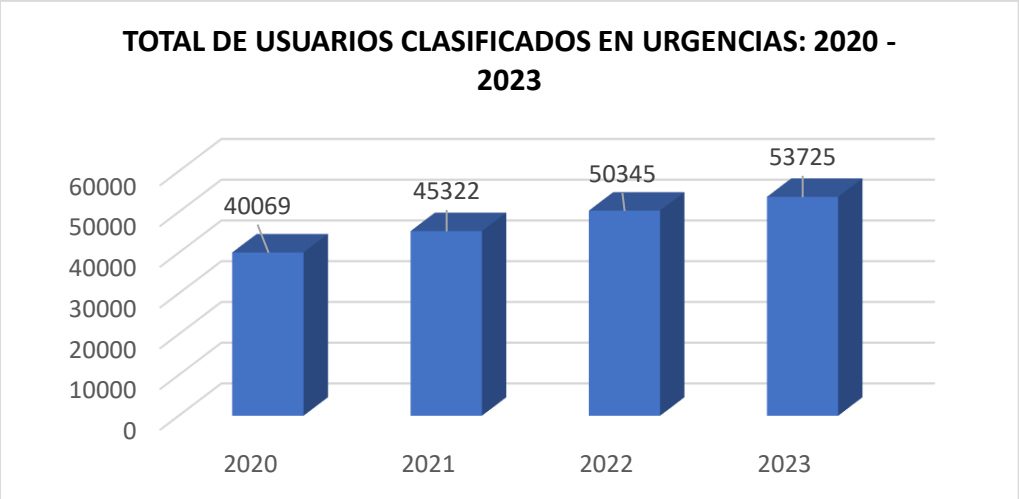


Figura 2. Número usuarios clasificados en urgencias en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

INTRAHOSPITALARIO	2020	2021	2022	2023	% VARIACIÓN 2023 Vs 2020	% VARIACIÓN 2023 Vs 2022
CONSULTAS URGENCIAS	26.783	28.917	28.254	31.694	18%	12%
PERSONAS CLASIFICADAS EN URGENCIAS	36.660	41.035	44.705	48.148	31%	8%
RELACIÓN URGENCIAS VS CLASIFICADOS	73%	70%	63%	66%	-10%	4%

Cuadro 2. Número de consultas de medicina general urgentes comparado con todo ingreso al servicio de triage en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

1.2.1 En la gráfica 2 y el cuadro 2 se observa que el número de consultas médicas corresponde al 73%, 70%, 63% y 66% para los años 2020, 2021, 2022 y 2023 respectivamente. Es decir, que el promedio de atención para los últimos 4 años por consulta de urgencias corresponde al 68% y el 32% restante corresponde a usuarios que se direccionan para consulta externa debido a su clasificación como triage 4 y 5. Lo anterior se asemeja a los usuarios atendidos en periodos anteriores. Sin embargo, se debe entender que los servicios de urgencias son dinámicos y el porcentaje de atenciones varía periodo a periodo.

1.2.2 El mayor porcentaje de usuarios clasificados en triage y atendidos en urgencias se presentó en el año 2020 debido a que a pesar de contar con una menor cantidad de usuarios que demandaron los servicios hospitalarios de la Red de Salud del Centro presentaban condiciones clínicas más comprometidas que en años posteriores.

1.2.3 1.2.3 El aumento del número de usuarios clasificados y de consultas urgentes realizadas (en total) en el año 2023 se relacionan directamente con nuevos contratos con Nueva EPS y EMSSANAR contributivo.

1.2.4 La mayoría de los usuarios participes de los nuevos contratos realizados (Nueva EPS y EMSSANAR Contributivo) que consultaron a los servicios de urgencias en el año 2023 requerían consultas prioritarias o consultas ambulatorias.

1.2.5 Los usuarios que asisten a demanda insatisfecha es un factor importante para tener en cuenta, motivo por el cual se han implementado estrategias para acercar al usuario y evitar la migración a otras IPS. Desde el proceso de facturación y triage se interviene y se le explica que existe la posibilidad de atención y se le dan las siguientes tres opciones: esperar a que la EPS autorice, migrar a su IPS de atención o pagar la consulta particular. En todo caso se le da a entender al usuario que nuestro deseo es atenderlo. Además, para los meses de marzo, abril y mayo de 2023 se implementó la estrategia de consulta prioritaria con cubrimiento adicional de 18 horas diarias en días hábiles y 12 horas en fin de semana en el Hospital Básico primitivo Iglesias. En el momento se ha suspendido dicha estrategia debido a la estabilización de la demanda de servicios de urgencias en el Hospital primitivo Iglesias para el segundo semestre y cierre del año 2023.

1.3 Comparación del número de pacientes que estuvieron en observación en el servicio de urgencias en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

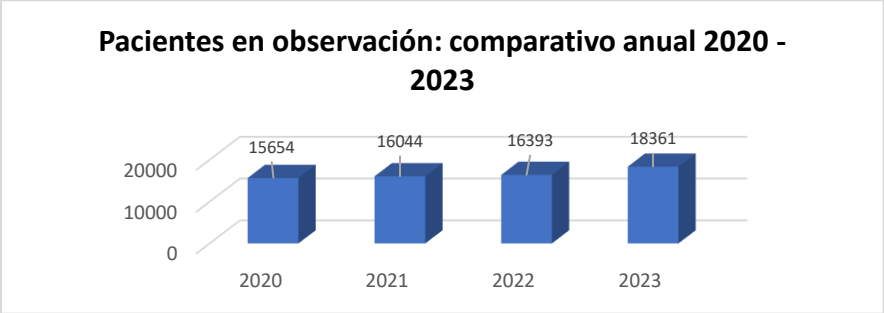


Figura 3. Comparación del número de pacientes que estuvieron en observación en el servicio de urgencias en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

INTRAHOSPITALARIO	2020	2021	2022	2023	% VARIACIÓN 2023 Vs 2020	% VARIACIÓN 2023 Vs 2022
PACIENTES EN OBSERVACIÓN	15.654	16.044	16.393	18.361	17%	12%

Cuadro 3. Comparación del número de pacientes que estuvieron en observación en el servicio de urgencias en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

En la gráfica se observa la tendencia del número de pacientes que estuvieron bajo observación en el servicio de urgencias. Lo más importante a destacar es lo siguiente:

1.3.1 Para los años 2020, 2021 y 2022 se evidencia una tendencia al aumento de manera sostenida. Lo anterior debido al aumento en la demanda de los servicios de urgencias. Cabe aclarar que el número de observaciones es proporcional al número de consultas urgentes realizadas, por tanto, para el año 2023 el número de observaciones es mayor.

1.3.2 Por medio del número de consultas urgentes y el número de usuarios que requirieron observación se calcula el porcentaje de usuarios que requirieron observación en el servicio de urgencias del Hospital primitivo Iglesias. De acuerdo con lo anterior, es fundamental reconocer que el porcentaje de usuarios que requiere observación en la Red de Salud del Centro varía entre el 50 y 60% de las consultas urgentes. Lo que explica un mantenimiento en el rango de proporción de usuarios que requieren observación en el servicio de urgencias de la Red de Salud del Centro.

1.3.3 Es importante resaltar que para el 2023 se presentó un aumento del número de usuarios que requieren observación en la sala de urgencias con respecto al primer año anterior, esto debido al aumento de usuarios que consultaron a urgencias. Lo anterior se asocia con los nuevos contratos con EMSSANAR y Nueva EPS.

1.2.1.1.2. Comparación del comportamiento del indicador de oportunidad para el triage ii en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

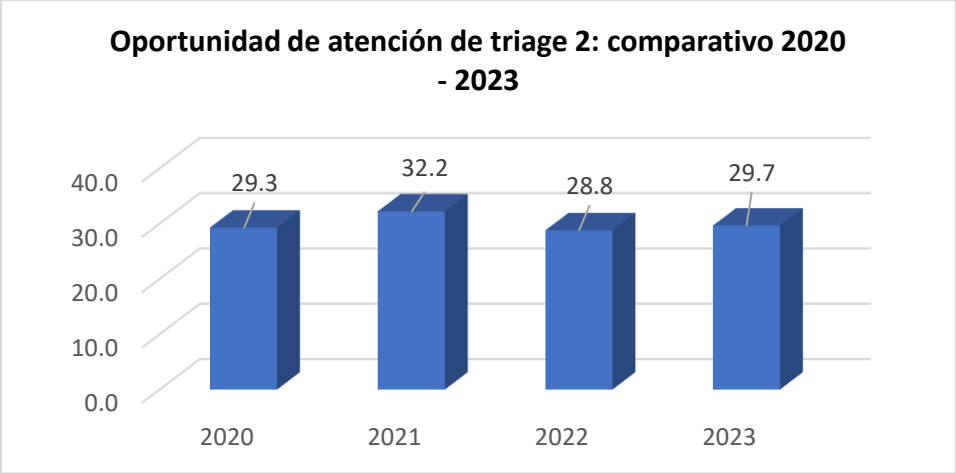


Figura 4. Comparación del comportamiento del indicador de oportunidad para el triage II en los años 2021, 2022 y 2023

En la gráfica 4 se compara la oportunidad de atención para el triage II en los años 2020, 2021, 2022 y 2023. Indicador que se reporta mensualmente dentro la información solicitada por la circular 0256. Lo más relevante de mencionar es:

1.3.4 Para el año 2020, la oportunidad en la atención de triage se ubicó por debajo de la meta. Lo anterior debido a que el número de consultas disminuyó y se aumentó la capacidad instalada de los servicios de urgencias, especialmente el de urgencias respiratorias. Para enero de 2020 se implementó el nuevo sistema de historia clínica electrónica, por lo que se presentó un pico cercano a 1 hora para la atención de triage 2, tiempo que se ubicó por debajo de la meta con el paso de los meses.

1.3.5 En la gráfica se observa que para el año 2021 se presentaron los tiempos más prologados del último cuatrenio para la atención de triage 2 por parte del médico en urgencias. Esto se relaciona con los picos de pandemia por covid 19 que se presentaron entre los meses de enero y febrero y de junio y julio de 2021. Lo anterior debido a que las enfermedades respiratorias son de mayor complejidad que las patologías generales y al aumentar significativamente la demanda de servicios por usuarios más complejos, los tiempos de atención o de respuesta de los médicos para la atención de la urgencia se aumentan.

1.3.6 Para el años 2022 y 2023 se realizaron ajustes en el proceso de atención de usuario clasificado como triage 2, por tal motivo, los tiempos se ajustan a lo exigido por la norma, es decir, se cumple con un tiempo de atención de usuario clasificado como triage 2 en menos de 30 minutos. Sin embargo, para algunos meses de 2023 se presentó un leve aumento del tiempo de atención (consulta de triage 2) que se relaciona con el aumento significativo de consultas de urgencias y usuarios por clasificar en trige debido a los nuevos contratos de EMSSANAR y Nueva EPS y por las horas médico que fueron ocupadas en la actividad de clasificación por activación de la contingencia de acuerdo a lo establecido en el documento de triage que menciona que al haber más de 10 usuarios a la espera de triage, uno de los médicos debe apoyar esta tarea. Lo anterior significó un aumento de los tiempos de atención de usuarios clasificados como triage 2 porque el servicio quedaba con 2 médicos para hacer consulta.

1.3.7 Durante la vigencia 2023 se debió sacar 1 médico durante media jornada (tarde) aproximadamente, durante casi todos los días, para la realización de triage, disminuyendo el tiempo disponible por médicos para la atención de la consulta de urgencias durante el tiempo en que se daba apoyo a esta actividad.

1.3.8 El aumento de tiempos para la atención de urgencias en el Hospital Básico Primitivo Iglesias se controló debido a la implementación del plan de contingencia elaborado para la atención de usuarios en caso de aumento excesivo de la demanda de servicios. El apoyo de los médicos de Servicio Social Obligatorio y la ampliación de la consulta prioritaria de 12 a 18 horas diarias para los meses de marzo a mayo, lo que significó una contención de la situación, obteniendo resultados aceptables en cuanto a oportunidad se refiere.

1.3.9 Debido al aumento de tiempos en la oportunidad de la atención de usuarios clasificados como triage 2, desde la gerencia se aprobó la contratación de 1 médico para la realización de la consulta médica y personal paramédico para apoyo a la actividad de triage debido a que por saturación del triage se debió sacar constantemente un médico como apoyo para esta actividad, disminuyendo las horas médico (reales) para la atención de paciente. Al final de 2023 se presentaron varios meses en los que disminuyó la oportunidad de atención de triage 2, sin embargo, se logró una reducción importante en los tiempos de atención alcanzado tiempos de 19 minutos en diciembre y cumplimiento de tiempo en general de 29,7 minutos.

1.4 Comparación del número de pacientes que reingresan a urgencias que son atendidos por la misma causa en menos de 72 horas en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

REINGRESOS A URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS: COMAPARATIVO ANUAL 2020 – 2023 (Meta: 3%)						
Año	2020	2021	2022	2023	% variación 2023 vs 2020	% variación 2023 vs 2022
Numerador	626	503	235	154	-79,5%	-42,2%
Denominador	26783	28917	28254	31694		
Resultado año	2,34%	1,74%	0,83%	0,48%		

Cuadro 5. Reingreso de pacientes que reingresan a urgencias que son atendidos por la misma causa en menos de 72 horas en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

En el cuadro se observan los datos del número de pacientes que son reingresados por la misma causa en el servicio de urgencias en menos de 72 horas en los años 2020 hasta 2023. Lo más relevante de mencionar es:

i. En el primer semestre de los años 2020 hasta 2023 se cumplió la meta de reingresos por la misma causa a los servicios de urgencias, que es menos del 3%, mostrando un comportamiento hacia el descenso entre 2020 y 2023 de 42,2%. Lo anterior a pesar del aumento de la demanda de atenciones en el servicio de urgencias del Hospital Básico Primitivo Iglesias.

ii. Para el año 2020 donde se declaró la pandemia por covid 19 y el primer semestre de 2021 donde se presentaron el tercer y cuarto pico de pandemia por covid 19, se presentó un número importante de reingresos al servicio de urgencias, significando los 2 años con más reingresos del cuatrenio evaluado. Sin embargo, con tendencia al descenso en comparación con años previos.

iii. Los resultados en general son buenos para el servicio de urgencias. Muchos de los reingresos se relacionan con usuarios que han firmado alta voluntaria o que presentan dolor abdominal y/o diarrea y gastroenteritis o patologías infecciosas, especialmente las de carácter respiratorio, así como retención en la orina, entidades que generalmente representan causas de reingreso por las características propias de la enfermedad. Por el contrario, otras causas como hipertensión arterial e infección de vías urinarias son reingresos que requieren estrategias más fuertes en cuanto a educación al usuario frente a su patología y manejo en casa.

iv. Es fundamental reconocer que incluso cuando el usuario firma alta voluntaria se le debe dar educación y si es posible formular los medicamentos y/o manejo en casa.

v. La tendencia hacia el descenso en los reingresos en el servicio de urgencias evidencia una adecuada gestión clínica y educación al usuario y a su familia o red de apoyo en cada una de las etapas de la atención, especialmente durante el egreso, donde se dan recomendaciones generales, específicas por patología y signos de alarma para reconsultar a urgencias.

1.2.1.2. SERVICIO DE PARTOS

1.2.1.2.1. COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE PARTOS ATENDIDOS EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023.

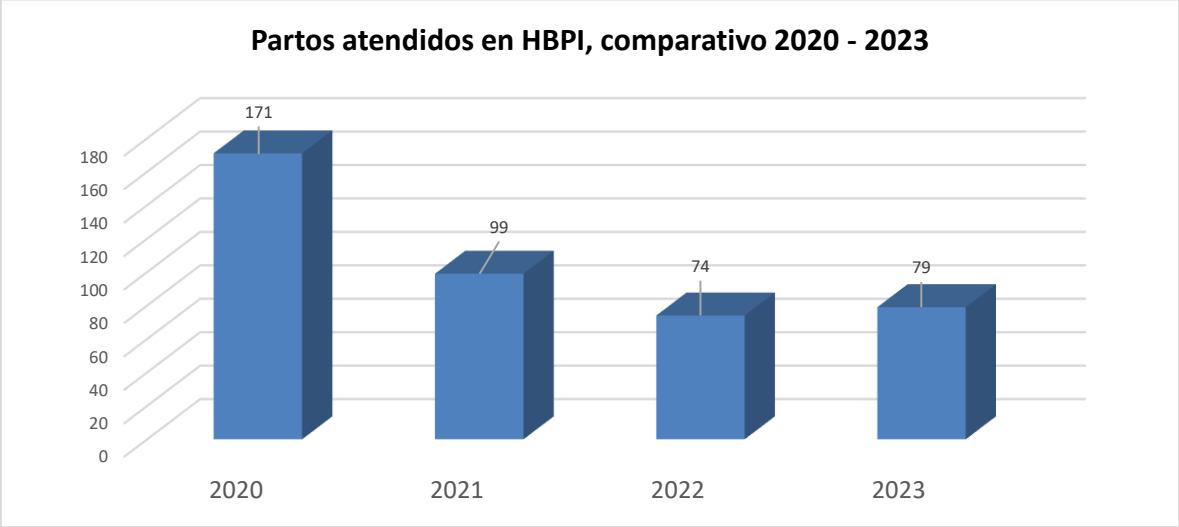


Figura 5. Comparación del número de partos atendidos entre los años 2020, 2021**,** 2022 y 2023.

INTRAHOSPITALARIO	2020	2021	2022	2023	% VARIACIÓN 2023 Vs 2020	% VARIACIÓN 2023 Vs 2022
PARTOS ATENDIDOS	171	99	74	79	-54%	7%

Cuadro 6. comparación del número de partos atendidos en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

En la gráfica se observa la comparación del número de partos atendidos en los años 2020, 2021, 2022 y 2023. Lo más relevante de mencionar es:

1.1.1. Para el año 2020 se atendieron 171 casos, así mismo, para los años 2021, 2022 y 2023 se atendieron 99, 74 y 79 partos respectivamente. Esta disminución se relaciona con la declaración de la pandemia por covid 19 y la disminución de mujeres gestantes que consultaron al servicio de urgencias obstétricas a causa del temor de adquirir alguna de las enfermedades respiratorias. Además, para los años 2021 en adelante se aumentó la rigurosidad en la clasificación del riesgo de la gestante (escala de Herrera y Hurtado), provocando una disminución significativa en el número de mujeres programadas para la atención del parto en el primer nivel de complejidad y aumentando las que requieren atención del parto en el segundo y tercer nivel.

1.1.2. Las gestantes que son programadas para el nivel I tienen preferencia por las clínicas u hospitales de mayor nivel de complejidad. Esto debido al temor de que su hijo requiera asistencia especializada y la IPS no cuente con ese tipo de atenciones.

1.1.3. Se presentó un leve aumento de los partos atendidos para el año 2023, que corresponde a un aumento del 7% en comparación con el primer semestre del año 2022.

1.1.4. Se debe continuar desarrollando y estableciendo estrategias para aumentar la aceptación de la sala de partos de nivel I como lugar óptimo en la atención de partos sin complicaciones.

1.2.1.2.2. Comparación de las remisiones de las mujeres embarazadas a otros niveles de complejidad en los años 2021, 2022 y 2023

INTRAHOSPITALARIO	2020	2021	2022	2023	% VARIACIÓN 2023 Vs 2020	% VARIACIÓN 2023 Vs 2022
CONSULTAS OBSTÉTRICAS URGENTES	2.883	1.007	1.700	2.392	-17%	41%
REMISIONES DESDE SALA DE PARTOS	106	76	57	92	-13%	61%
RELACIÓN CONSULTAS-REMISIONES	3,7%	7,5%	3,4%	3,8%	5%	15%

Cuadro 7.1 Comparación de la tendencia de remisiones de gestantes a otros niveles de complejidad en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

En el cuadro 7, donde se muestra el total y la proporción de las remisiones obstétricas se evidencia lo siguiente:

2.2.1. Las remisiones obstétricas en números absolutos, al igual que las proporciones, han disminuido considerablemente debido a la disminución en la demanda de la sala de partos. En el año 2020, 2021, 2022 y 2023, se remitieron del total de las gestantes que asistieron a consulta el 3,7%, 7,5%, 3,4% y 3,8% respectivamente, lo que significa un cumplimiento de la meta que se considera menor al 5%. Esto debido a la menor rotación en la sala de partos y la experiencia por parte de los médicos y el personal de enfermería que cada vez más se consolida en la sala de partos.

2.2.2. El número de usuarias clasificadas como de bajo riesgo es menor en comparación de cada año con el inmediatamente anterior. Esto debido a que la estimación del riesgo, el Ministerio de Salud es menos flexible que en años anteriores. Es decir, la clasificación del riesgo en la gestante se ha ido afianzando con el tiempo en Red, por tal motivo las usuarias que requieren atenciones en el nivel de mayor complejidad son direccionadas y educadas desde el control prenatal.

2.2.3. El número de gestantes ha disminuido paulatinamente en la Red de Salud del Centro debido a las transformaciones en la pirámide poblacional, donde cada vez más familias deciden tener el control sobre la natalidad.

2.2.4. Para el año 2023 se destaca el importante respaldo de Hospital Padrino (Hospital Universitario del Valle) y superpadrino (Fundación Valle del Lili) para la teleasistencia y la búsqueda de cupo y ubicación de las maternas que requieren remisión a un mayor nivel de complejidad.

2.2.5. Se debe continuar con el trabajo desde promoción y mantenimiento de la salud, al igual que en la sala de urgencias obstétricas, para promocionar la sala de partos y evitar migraciones a otras instituciones para la finalización de la gestación.

1.2.1.2.3. Comparación Del Número De Partos Atendidos Sin Control Prenatal En Los Años 2020, 2021, 2022 Y 2023



Figura 6. Comparación del número de partos atendidos sin control prenatal en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

Comparación del número de partos atendidos sin control prenatal en los años 2020, 2021, 2022 y 2023. Lo más relevante de mencionar es:

2.3.1. Para los años 2020, 2021, 2022 y 2023 se presentaron el 0,6%, 1,0%, 4,1% y 3,8% respectivamente de partos atendidos sin control prenatal en el Hospital Básico Primitivo Iglesias, perteneciente a la Red de Salud del Centro E.S.E. de Cali.

2.3.2. Los casos que se presentaron de usuarias con parto sin control prenatal corresponden a gestantes en condición de extranjería sin regulación de su estancia en Colombia, que se encuentran en condiciones de pobreza extrema y con dificultades para el acceso a los servicios de salud debido a insuficiencia de la información que poseen acerca del sistema de salud colombiano y sus derechos para recibir atenciones en salud.

2.3.3. Posterior al análisis se pudo concluir que la situación de atención de partos sin controles prenatales es multicausal, es decir, las causas asociadas más comúnmente son: condiciones de pobreza extrema, condición de migración sin regulación por parte de los entes territoriales o que la paciente no pertenezca a la ESE o no posea ningún tipo de aseguramiento, entre otros. Dicha información fue entregada a promoción y mantenimiento de la salud para su seguimiento adecuado.

1.2.1.2.4. Comparación Del Porcentaje De Trauma Obstétrico En Parto Vaginal En Los Años 2020, 2021, 2022 Y 2023

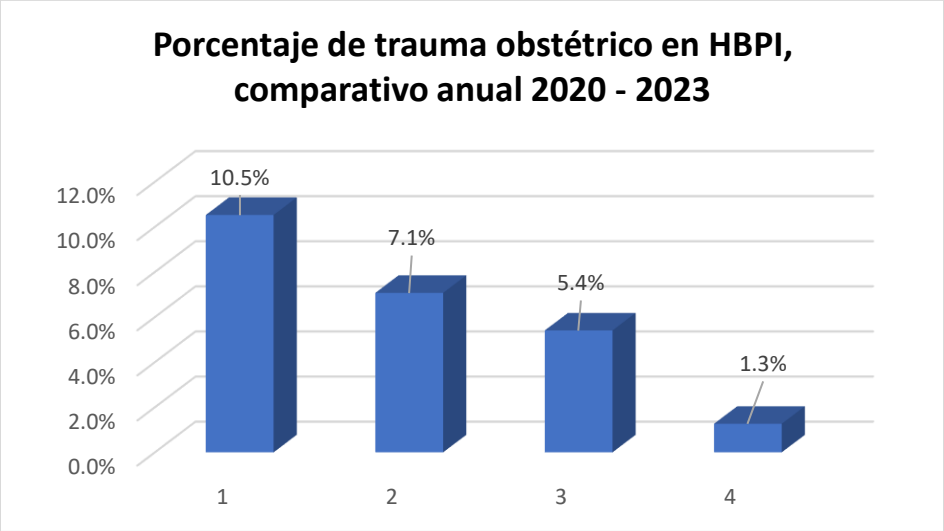


Figura 7. Comparación del porcentaje de trauma obstétrico en parto vaginal los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

AÑO	TOTAL PARTOS	TOTAL DE TRAUMA	PORCENTAJE
2020	171	18	10,5%
2021	99	7	7,1%
2022	74	4	5,4%
2023	79	1	1,3%

Cuadro 8. Comparación del valor total y relativo de usuarias que presentaron trauma obstétrico en parto vaginal en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

En la gráfica 7 y en el cuadro 8 se observa el porcentaje de trauma obstétrico en parto vaginal para los años 2020, 2021, 2022 y 2023. Lo más relevante de mencionar es:

2.4.1. En 2020 se presentaron más usuarias para la atención del parto en comparación con los años 2021, 2022 y 2023. Para los años posteriores, se observa una disminución en el número de casos reportados de trauma obstétrico, lo que se relaciona con el menor número de partos atendidos, es decir, con la estimación del riesgo obstétrico menos flexible, con mayor proporción de embarazos de alto riesgo relacionados con este sistema de clasificación. Así mismo, se debe a la estrategia de capacitaciones en la atención del trabajo de parto, parto y puerperio que se realizaron a finales de 2022.

2.4.2. Para los años 2021 y 2022 se presentó trauma obstétrico en el 7,1 y 5,4% de los partos respectivamente; para el segundo trimestre de 2022 se realizó una intervención para la atención del parto por medio del Hospital Padrino y la Fundación Valle del Lili en términos de capacitaciones por medio de talleres periódicos en atención del parto e identificación del riesgo y su intervención en la gestante, obteniendo mejores resultados, con una reducción paulatina de casos de desgarros en la gestante durante el trabajo de parto. A partir de ese momento los médicos tienen mayor consideración para la realización de episiotomía con episiorrafia en caso de que el riesgo de desgarro sea elevado.

2.4.3. Para 2023, en el primer semestre se registró un caso de desgarro. Para el año 2024 se debe continuar con la estrategia de capacitaciones al personal de sala de partos en cuanto a la atención segura del parto en el nivel de complejidad baja.

2.4.4. comparación del número de casos de reanimación neonatal en el primer semestre de los años 2020,2021, 2022 y 2023.

2.5 Comparación del número de casos de reanimación neonatal en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

Reanimación neonatal: comparativo primer semestre, 2020 - 2023											
2020			2021			2022			2023		
Num	Den	Resultado	Num	Den	Resultado	Num	Den	Resultado	Num	Den	Resultado
6	171	3,5%	2	99	2%	0	74	0%	1	79	1,3%

Cuadro 9. Comparación del número de casos de reanimación neonatal en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

En el cuadro 3 se observa el comparativo del número de casos de reanimación neonatal durante el primer semestre de los años 2020, 2021, 2022 y 2023. Lo más relevante de mencionar es:

1. En cuanto a la reanimación en el recién nacido, para el año 2020, 2021 y 2023 se presentaron 6, 2, 0 y 1 casos, lo que corresponde al 3,5%, 2%, 0 y 1,3% respectivamente. Se resalta que en el año 2022 no hubo reanimaciones en el recién nacido.

2. La cantidad de recién nacidos tiende a la disminución debido a que la clasificación del riesgo en la gestante es muy rigurosa y, casos que otrora se atendían en el Hospital primitivo Iglesias, y que podrían representar un riesgo para el menor o la madre, ahora son direccionados al nivel de complejidad mayor, donde se cuenta con la atención por parte de especialistas en ginecoobstetricia, pediatría y neonatología.
3. En junio de 2023 se presentó un caso de un recién nacido que fue reanimado pero falleció. Lo anterior obligó a la realización de un plan de trabajo que se encuentra en marcha y al cual se le hace seguimiento desde el proceso de Calidad, seguridad del paciente, la subgerencia científica y de promoción y mantenimiento de la salud y la Gerencia de la Red de Salud del Centro con un grado de cumplimiento mayor al 90% en la actualidad.3.
4. Para el segundo trimestre de 2023 se aplicó el instrumento ISABEL para la verificación de las condiciones para la atención de las emergencias obstétricas en la sala de partos, con un cumplimiento inicial cercano al 50% y con cierre en última auditoría de la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali del 93,3%.

1.2.1.3. Servicio De Hospitalización

3.1. Comparación del número promedio de días estancia en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

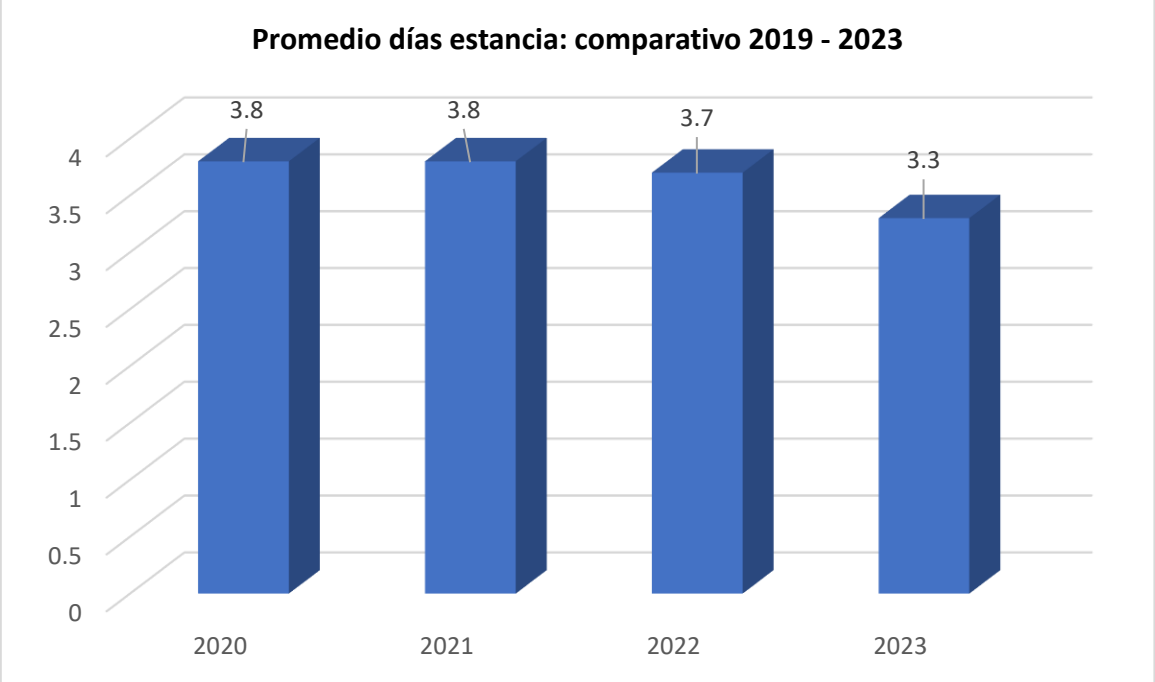


Figura 8. Comparación del número promedio de días estancia de los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

Promedio de días estancia, comparativo mensual: 2020 - 2023						
AÑO	2020	2021	2022	2023	% VAR 2023 Vs 2020	% VAR 2023 Vs 2022
Promedio días estancia	3,8	3,8	3,7	3,3	-13,2%	-10,8%

Cuadro 10. Comparación del número promedio de días estancia de los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

En la gráfica 8 se observa el número promedio de días estancia en el servicio de hospitalización para los años 2020, 2021, 2022 y 2023. Lo más relevante de mencionar es:

3.1.1. El promedio de días estancia tiene una tendencia a la disminución si se comparan los años 2020 hasta 2023. Lo anterior se explica debido a la disminución de casos respiratorios (picos de pandemia por covid 19) y al ajuste que se hace actualmente a las bases de datos extraídas de servinte.

3.1.2. Entre las primeras causas de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Básico Primitivo Iglesias son enfermedades de la piel y de las vías respiratorias, que requieren manejo antibiótico, lo que significa estancias de más de 3 días en algunas ocasiones. Sin embargo, se presentan estancias más cortas por otro tipo de patologías como infección de vías urinarias, violencia, entre otros, que compensan los días estancia en general, alcanzando la meta en el primer semestre de 2023.

3.1.3. Del mismo modo, las estancias muy cortas de usuarios que requieren remisión y pasan más de 6 horas en el servicio de urgencias son hospitalizados. De esta manera se afecta de manera positiva el indicador, acercándolo a la meta que son 3 días.

3.1.4. Se presentan estancias prolongadas a causa de abandono social con poca resolutividad de parte del ente territorial a pesar de las diligencias del trabajador social de los servicios intrahospitalarios. Además, en los últimos meses se ha presentado congestión en los hogares de paso y sin respuesta efectiva a las solicitudes realizadas a bienestar social.

1.2.1.3.1. Comparación Del Porcentaje De Ocupación De Camas De Los Años 2020, 2021, 2022 Y 2023

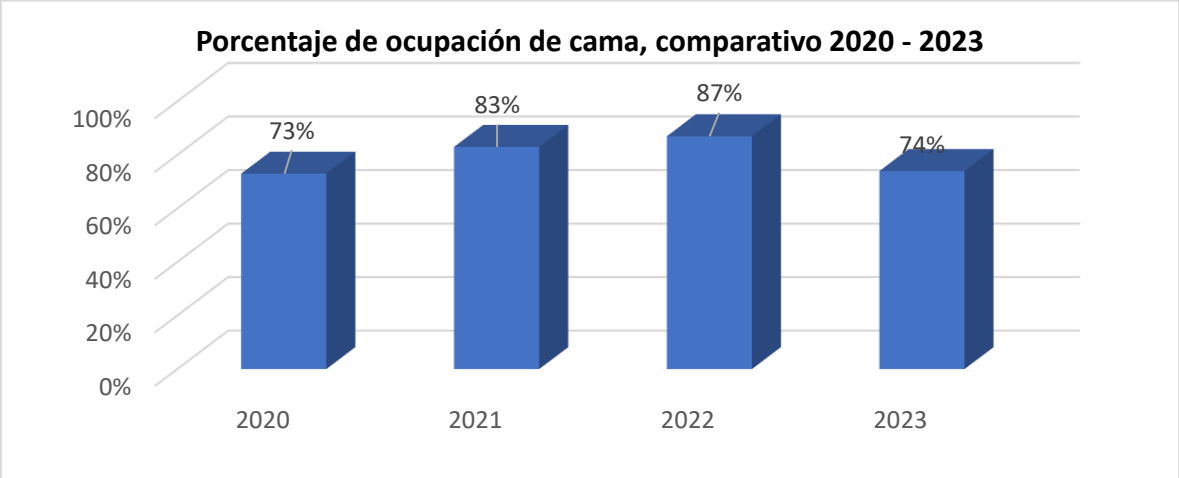


Figura 9. Comparación del porcentaje de ocupación de camas de los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

En la gráfica se observa que el porcentaje de ocupación cama en el servicio de hospitalización durante el año 2020 fue del 73%, en el 2021 de 83%, en el 2022 de 87% y en el 2023 de 74%. Lo más relevante de mencionar es:

3.1.5. En 2020 el porcentaje de ocupación de camas alcanzó solamente el 73%, esto debido a que la declaración de la pandemia por covid 19 en marzo de 2020 provocó disminución importante de la demanda de servicios hospitalarios a nivel nacional.

3.1.6. Para 2021 se disminuyó la demanda de los servicios de urgencias en el Hospital Básico Primitivo Iglesias, sin embargo, fue mayor que en el año 2020, por lo que alcanzó una ocupación de cama del 85%.

3.1.7. Para los años 2021 y 2022 se presentó un aumento de la ocupación de cama debido al aumento de la demanda de los servicios de urgencias por parte de la población a cargo de la Red de Salud del Centro. Sin embargo, se resalta que los ingresos obstétricos han disminuido, lo que disminuye la cantidad de días estancia en general.

3.1.8. Para la vigencia 2023 se presentó un 74% de ocupación de cama, lo que se relaciona con la disminución de la consulta obstétrica y la baja consulta pediátrica. El dato consolidado se eleva gracias a la consulta de adultos, sin embargo, debido a situaciones relacionadas con la disminución de la adherencia al manejo de la historia clínica y la evacuación del tablero clínico en el mes de abril y diciembre, no se pudo presentar un dato mayor debido a que los usuarios que no se bajaron a tiempo del tablero clínico bloquearon las camas y no fue posible asignarlas a nuevos usuarios.

1.2.1.3.2. Comparación Del Giro Promedio De Cama Hospitalaria De Los Años 2020, 2021, 2022 Y 2023

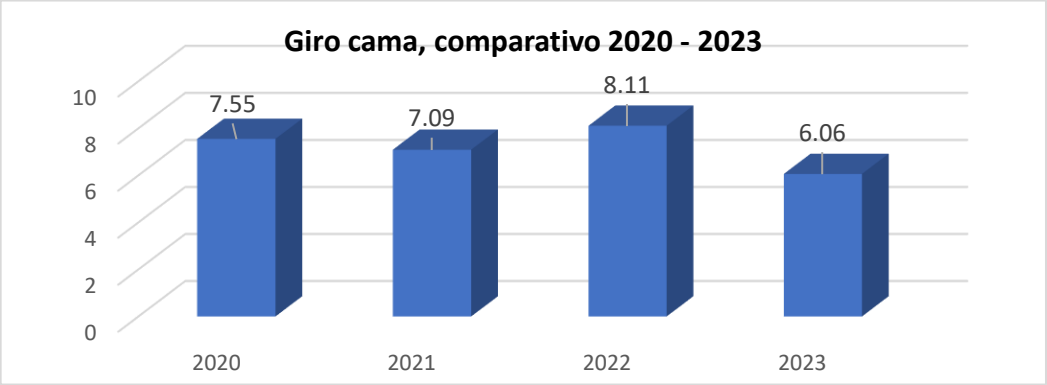


Figura 10. Comparación del giro promedio de cama hospitalaria de los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

Giro cama, comparativo mensual: 2020 - 2023						
AÑO	2020	2021	2022	2023	% VAR 2023 Vs 2020	% VAR 2023 Vs 2022
Giro cama	7,55	7,09	8,11	6,06	-19,7%	-25,3%

Cuadro 11. Comparación del giro promedio de cama hospitalaria de los años 2020, 2021, 2022 y 2023

En la gráfica se observan los datos del primer semestre de los años 2020, 2021, 2022 y 2023 del giro promedio de cama hospitalaria. Lo más relevante de mencionar es:

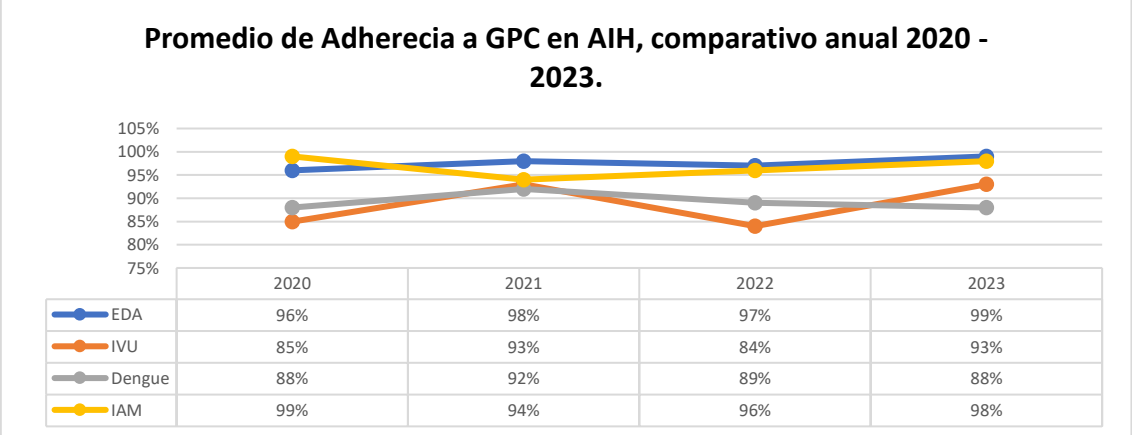
3.1.9. Para los últimos 4 años: 2020, 2021, 2022 y 2023, el giro cama fue de 7.5, 7,09, 8,11 y 6,06, lo que muestra un aumento paulatino y sostenido entre 2020 y 2023 debido al aumento de la demanda de los servicios de urgencias, estabilización de la cantidad de casos de enfermedades respiratorias (sin picos para el 2023) y una adecuada gestión del riesgo intrahospitalario durante la estancia de los usuarios con otras patologías. Sin embargo, para el caso de 2023, debido a situaciones relacionadas con la disminución de la adherencia al manejo de la historia clínica y la evacuación del tablero clínico en el mes de abril y diciembre, no se pudo presentar un dato mayor debido a que los usuarios que no se bajaron a tiempo del tablero clínico bloquearon las camas y no fue posible asignarlas a nuevos usuarios.

3.1.10. El decremento significativo del giro cama corresponde a los efectos de la pandemia por covid 19 que inició en el año 2020 y se ha mantenido hasta el momento. Además, la cantidad de usuarios con enfermedades más complejas ha aumentado, entre ellos los que hacen parte del grupo de usuarios en condición de abandono social o negligencia para su cuidado por parte de su familia. De igual manera, la disminución de las hospitalizaciones obstétricas afecta el indicador. Los anteriores son motivos por los cuales no se ha cumplido la meta en los últimos 4 años. Para el primer trimestre de 2020 se cumplió la meta de giro cama, es decir, el resultado del primer trimestre de ese año estuvo por encima de 10, esto debido a que para ese momento no se había presentado la declaración del territorio colombiano en estado de pandemia por covid 19. El impacto en los servicios hospitalarios a causa de la pandemia por covid 19 se evidenció a partir del segundo trimestre de 2020.

3.1.11. El equipo de Facturación y de Atención Intrahospitalaria ha establecido una estrategia para la asignación de camas en caso de que se presente un bloqueo por disminución de la adherencia al adecuado manejo de historia clínica electrónica y evacuación del tablero clínico.

1.2.1.4. Indicadores De Calidad Proceso De Atención Intrahospitalaria

1.2.1.4.1. Comparativo Anual Adherencia A Guías Y Protocolos Entre Los Años 2020, 2021, 2022 Y 2023



	2020	2021	2022	2023
EDA	96%	98%	97%	99%
IVU	85%	93%	84%	93%
Dengue	88%	92%	89%	88%
IAM	99%	94%	96%	98%

Figura 11. Indicador de diligenciamiento de historia clínica por parte del personal médico entre los años 2020 y 2023.

En la gráfica 11 se observan los promedios consolidados de adherencia a las guías de práctica clínica en el último cuatrenio para la enfermedad diarreica aguda, infección de vías urinarias, dengue e infarto agudo de miocardio. Los elementos más importantes para tener en cuenta son:

3.1.12. En los años 2020, 2021, 2022 y 2023 se presentaron cifras deseadas en general de adherencia a guías y protocolos. Esto es, por encima de la meta para cada uno de los indicadores. Sin embargo, para el año 2022 se evidenció una disminución en dicho indicador para infección de vías urinarias, por lo que el equipo de coordinación de urgencias y de hospitalización y partos, en conjunto con el auditor médico establecieron una estrategia para dar a conocer la importancia de la auditoría y de conocer los puntos que se auditan en cada historia clínica, generando compromisos por parte de los médicos de los servicios hospitalarios de mejorar en cuanto a la adherencia a guías de práctica clínica y al correcto diligenciamiento de la historia clínica.

3.1.13. Actualmente se presentan los resultados de las auditorías en las reuniones de proceso de atención intrahospitalaria y de forma individualizada. El seguimiento se hace de manera individualizada. En caso de no mejoría del indicador se hacen las intervenciones requeridas por parte del equipo de auditoría médica. Hasta el momento el comportamiento del indicador en general e individualizado por patología para 2023 son satisfactorios.

1.2.1.4.2. Remisiones En El Año 2023

TOTAL DE REFERENCIA ESE CENTRO EN EL AÑO 2023	
Referencia	3715
Referencia Crue	12
Contrareferencia	3
Total	3730

Cuadro 12. Remisiones desde urgencias del Hospital Básico Primitivo Iglesias en el año 2023.

En cuadro 12 se observa el comportamiento de las remisiones desde urgencias del Hospital Básico Primitivo Iglesias en el año 2023. Los puntos más relevantes de mencionar son:

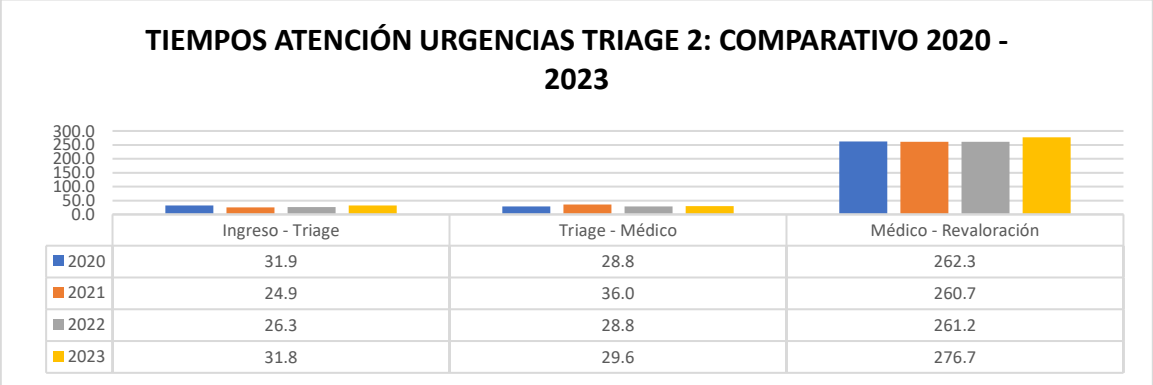
3.1.14. Al hacer el análisis de la contrarreferencia de los pacientes remitidos, se evidencia que el 99,92% son pertinentes y el 0,08% no fue pertinente (lo que corresponde a 3 casos). Lo anterior pone en evidencia la experticia del personal de urgencias de la Red de Salud del Centro en cuanto a la adecuada gestión del riesgo.

3.1.15. Se evidencia que la micro Red entre el Hospital Básico Primitivo Iglesias, el Hospital San Juan de Dios y EMSSANAR se ha dinamizado de tal forma que el hospital San Juan De Dios es el primer receptor de las referencias. Pasando del cuarto lugar al primero.

3.1.16. Para el 2023 las primeras causas de remisión fueron la enfermedad cerebrovascular; la segunda, la apendicitis; la tercera, la anemia; la cuarta el infarto agudo de miocardio y la quinta las hemorragias gastrointestinales.

3.1.17. Para el año 2023, a las principales especialidades que se remiten son: la primera: medicina interna; la segunda: cirugía; la tercera: ortopedia; la cuarta: psiquiatría y la quinta: ginecobstetricia.

1.2.1.4.3. Comparativo Anual De Tiempos De Atención En Las Diferentes Etapas A Usuarios Clasificados Como Triage 2 Entre Los Años 2020 Hasta 2023



	Ingreso - Triage	Triage - Médico	Médico - Revaloración
2020	31.9	28.8	262.3
2021	24.9	36.0	260.7
2022	26.3	28.8	261.2
2023	31.8	29.6	276.7

Figura 12. Comparativo anual de tiempos de atención en las diferentes etapas a usuarios clasificados como triage 2 entre los años 2020 hasta 2023.

En la gráfica 12 se observa el comportamiento anual de tiempos de atención en las diferentes etapas a usuarios clasificados como triage 2 entre los años 2020 hasta 2023: Los puntos más relevantes de mencionar son:

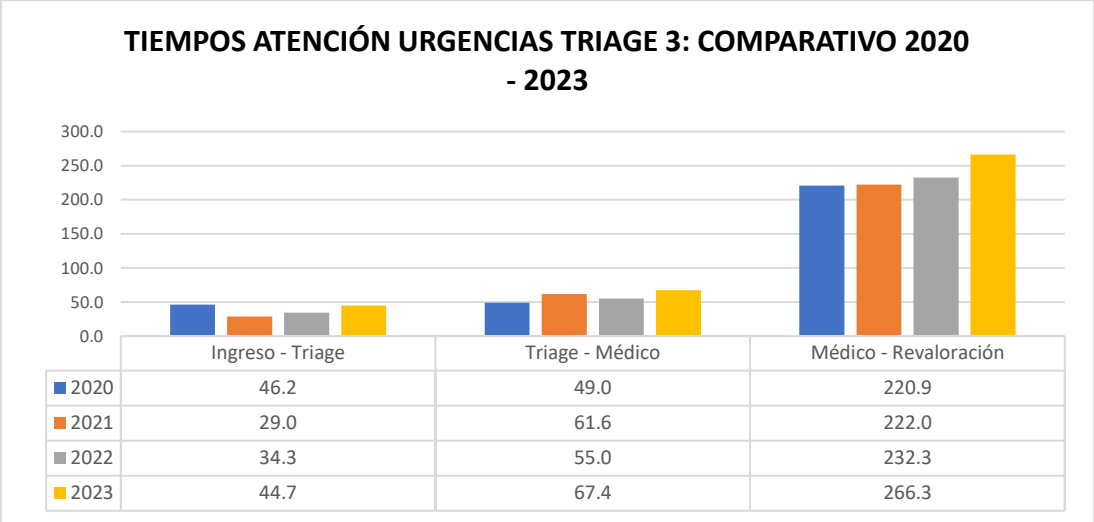
3.1.18. El tiempo de espera para la atención desde el ingreso al servicio de urgencias hasta la atención por parte del profesional de enfermería para la clasificación del riesgo (triage) e identificación de las necesidades del usuario son prolongadas. La meta es de 15 minutos, sin embargo, desde 2020 hasta 2023 no se cumple con la meta.

3.1.19. Para la disminución de los tiempos de clasificación de usuarios se ha dispuesto de una estrategia de apoyo por parte de un médico, sin embargo, no ha sido muy eficiente. Por lo anterior se consideró como opción un segundo profesional para la clasificación de pacientes. Este profesional inició en el servicio de urgencias a mediados de diciembre de 2023. Esta estrategia permite disminuir los tiempos de atención de triage 2 debido a que las horas médico que se utilizarán para clasificar pacientes disminuyó de manera importante.

3.1.20. Los tiempos de espera de atención para usuarios clasificados como triage 2 cumple con la meta, es decir, se atienes estos pacientes en menos de 30 minutos.

3.1.21. Los tiempos de revaloración son elevados en los 4 años analizados. Esto debido al aumento de la demanda de los servicios hospitalarios a raíz de nuevas contrataciones y disminución de horas médico por necesidad de la realización de triage. Se espera disminución de los tiempos para 2024.

1.2.1.4.4. Comparativo Anual De Tiempos De Atención En Las Diferentes Etapas A Usuarios Clasificados Como Triage 3 Entre Los Años 2020 Hasta 2023



	Ingreso - Triage	Triage - Médico	Médico - Revaloración
2020	46.2	49.0	220.9
2021	29.0	61.6	222.0
2022	34.3	55.0	232.3
2023	44.7	67.4	266.3

Figura 13. Comparativo anual de tiempos de atención en las diferentes etapas a usuarios clasificados como triage 3 entre los años 2020 hasta 2023.

En la figura 13 se observa el comportamiento anual de tiempos de atención en las diferentes etapas a usuarios clasificados como triage 3 entre los años 2020 hasta 2023: Los puntos más relevantes de mencionar son:

3.1.22. El tiempo de espera para la atención desde el ingreso al servicio de urgencias hasta la atención por parte del profesional de enfermería para la clasificación del riesgo e identificación de las necesidades del usuario son prolongadas. La meta es de 15 minutos, sin embargo, desde 2020 hasta 2023 no se cumple con la meta.

3.1.23. Para la disminución de los tiempos de clasificación de usuarios se ha dispuesto de una estrategia de apoyo por parte de un médico, sin embargo, no ha sido muy eficiente. Por lo anterior se consideró como opción un segundo profesional para la clasificación de pacientes. Este profesional inició en el servicio de urgencias a mediados de diciembre de 2023. Esta estrategia permite disminuir los tiempos de atención de triage 3 debido a que las horas médico que se utilizarán para clasificar pacientes disminuyó de manera importante.

3.1.24. Los tiempos de espera de atención para usuarios clasificados como triage 2 cumple con la meta, es decir, se atienes estos pacientes en menos de 6 horas según la norma, sin embargo, como institución se ha planteado una meta de 2 horas.

3.1.25. Los tiempos de revaloración son elevados en los 4 años analizados. Esto debido al aumento de la demanda de los servicios hospitalarios a raíz de nuevas contrataciones y disminución de horas médico por necesidad de la realización de triage. Se espera disminución de los tiempos para 2024.

1.2.2. Proceso De Atención Ambulatoria

1.2.2.1. Antecedentes Y Estructura Organizativa

La prevención de enfermedades es otro pilar fundamental en el trabajo de la Red de Salud del Centro. Más allá de simplemente tratar enfermedades, se enfoca en identificar y abordar los factores de riesgo que pueden conducir al desarrollo de patologías. Esto implica intervenciones a nivel individual, comunitario y mediante políticas de salud pública, con el fin de crear entornos más saludables y fomentar comportamientos protectores.

Por último, la promoción de la salud ocupa un lugar central en la filosofía de la Red de Salud del Centro. Busca potenciar el bienestar físico, mental y social de las personas y las comunidades, capacitándolas para tomar el control de su propia salud y llevar una vida plena y saludable.

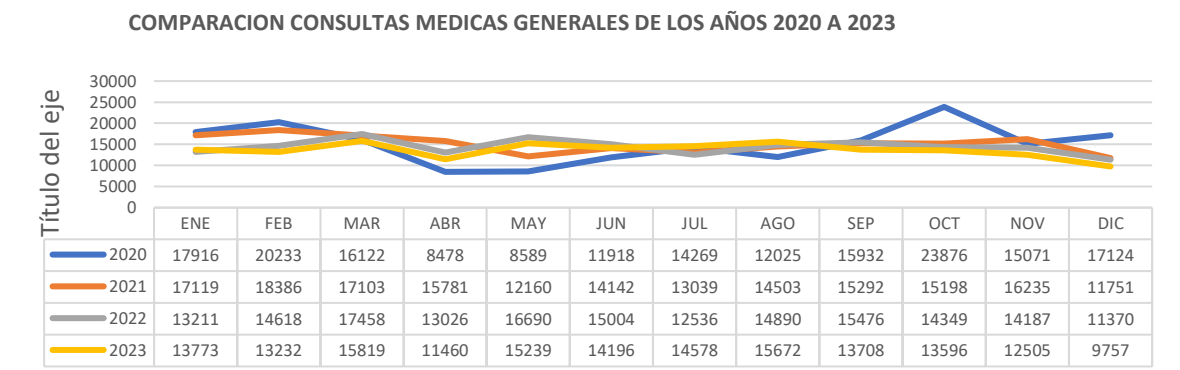
En cuanto a los profesionales, se muestra a continuación su distribución por sede y enfoque de atención priorizado:

NOMBRE 1	APELLIDO 1	HORAS CONTRATADAS	HORAS SEMANALES	SEDE	PROGRAMA
ANGIE	POSSO	8	48	01- DIEGO LALINDE	RCV, ADULTEZ, VEJEZ, CONSULTORIO AZUL.
DANIELA	LEYTON	8	48	01- DIEGO LALINDE	MORBILIDAD PROGRAMAS CURSOS DE VIDA
JOSE ANTONIO	CARO	8	48	01- DIEGO LALINDE	MATERNO PERINATAL- PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, CONSULTORIO AZUL
MARIA ISABEL	BONILLA	3.2	30	01- DIEGO LALINDE	POR TI MUJER / PROGRAMAS/MORBILIDAD
ANDREA	LONDOÑO	8	34	02-PRIMITIVO CRESPO	MORBILIDAD PROGRAMAS CURSOS DE VIDA
GALO	AREVALO	4	24	03 - OBRERO	MORBILIDAD, CURSOS DE VIDA: ADULTEZ Y VEJEZ
DANIELA	ATEHORTUA	8	48	03-OBRERO	RCV
JOHN	FREYRE	8	44	03-OBRERO	CONSULTORIO AZUL- MORBILIDAD - RUTAS CURSOS DE VIDA-
ALEJANDRO	RODRIGUEZ	8	40	03-OBRERO	AMA
ALEJANDRO	GOMEZ	8	32	03-OBRERO	MORBILIDAD - MPN - CURSOS DE VIDA
SEBASTIAN	REYES	8	48	03-OBRERO	TBC - MORBILIDAD- CURSOS DE VIDA
CARMENZA	ASTUDILLO	4	24	04- BELALCAZAR	TODOS LOS PROGRAMAS. MORBILIDAD.
MARIO	OSORIO	8	38	04- BELALCAZAR	MORBILIDAD CURSOS DE VIDA
DIANA CAROLINA	COLLAZOS	8	33	05- BRETAÑA	TODOS LOS PROGRAMAS. MORBILIDAD.
LIZETH	AFANADOR	8	38	06 - CRISTOBAL COLON	AMA
FERNEY	CANO	4	24	06- CRISTOBAL COLON	MPN-INFANCIA, 1RA INFANCIA
GIBRAN	CHAVEZ	8	48	06- CRISTOBAL COLON	RCV
NASLY	CUBILLOS	10	60	06- CRISTOBAL COLON	AMA
JANETH VANESSA	MONTERO	8	48	06- CRISTOBAL COLON	PROGRAMA JOVEN
VALERIA	PORTILLA	8	33	07- PANAMERICANO	MORBILIDAD PROGRAMAS

MARIA ISABEL	BONILLA	4.8	18	08-ALFONSO YOUNG	TELECONSULTA / 15 MINUTOS
LAUDYS TATIANA	RUIZ	8	38	08-ALFONSO YOUNG	MORBILIDAD CURSOS DE VIDA
GIVAN	TROCHEZ	10	60	09 - RODEO	AMA
NATALIA	PINZON	8	39	09 - RODEO	MORBILIDAD PROGRAMAS CURSOS DE VIDA
LADY VIVIANA	RAMIREZ	8	48	09- RODEO	RCV -CURSO VIDA 1RA INFANCIA E INFANCIA
SANDRA	OROBIO	8	48	09- RODEO	MORBILIDAD. MPN. CURSOS DE VIDA.
PAULA	SANCHEZ	8	48	12 - AGUABLANCA	RIA ADULTEZ - VEJEZ- RCV
CATALINA	IDARRAGA	8	38	12- AGUABLANCA	MORBILIDAD PROGRAMAS CURSOS DE VIDA
HAROLD DAVID	GARCIA	8	39	13-PRIMAVERA	TODOS LOS PROGRAMAS
FERNANDA	MONSALVE	8	44	14 - GUABAL	TODOS LOS PROGRAMAS. MORBILIDAD.
LUISA	RIASCOS	8	38	15- DOCE DE OCTUBRE	MORBILIDAD PROGRAMAS CURSOS DE VIDA
JUAN JOSE	RAMIREZ	8	38	16 - SANTIAGO RENGIFO	CURSOS DE VIDA, PROGRAMAS
JUAN DAVID	RUIZ	8	48	16- SANTIAGO RENGIFO	PROGRAMA RCV
JORGE	DUQUE	8	48	16- SANTIAGO RENGIFO	RCV -CURSO VIDA ADULTEZ Y VEJEZ
JUAN DAVID	RUIZ	8	48	17- PRIMITIVO IGLESIAS	PROGRAMA RCV
GALO	AREVALO	4	24	17- PRIMITIVO IGLESIAS	MORBILIDAD, CURSOS DE VIDA: ADULTEZ Y VEJEZ
JOSE ANTONIO	CARO	8	48	17- PRIMITIVO IGLESIAS	MATERNO PERINATAL- PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, CONSULTORIO AZUL
JORGE	DUQUE	8	48	17- PRIMITIVO IGLESIAS	RCV -CURSO VIDA ADULTEZ Y VEJEZ
GUSTAVO	CERON	6	36	17- PRIMITIVO IGLESIAS	MORBILIDAD
NATALIA	PINZON	8	39	17- PRIMITIVO IGLESIAS	MORBILIDAD PROGRAMAS CURSOS DE VIDA
TOTAL		290	1625		

1.2.2.2. Consulta *Médica General Y Especializada*

1.2.2.3. Número de consultas de medicina general de enero a diciembre de los años 2019, 2020, 2021, 2022 y 2023.



COMPARACION CONSULTAS MEDICAS DE LOS AÑOS 2020 A 2023														
AÑO	**ENE**	**FEB**	**MAR**	**ABR**	**MAY**	**JUN**	**JUL**	**AGO**	**SEP**	**OCT**	**NOV**	**DIC**	**TOTAL**	**VARIAC**
2020	17916	20233	16122	8478	8589	11918	14269	12025	15932	23876	15071	17124	181553	
2021	17119	18386	17103	15781	12160	14142	13039	14503	15292	15198	16235	11751	180709	0%
2022	13211	14618	17458	13026	16690	15004	12536	14890	15476	14349	14187	11370	172815	-4%
2023	13773	13232	15819	11460	15239	14196	14578	15672	13708	13596	12505	9757	163535	-5%

En la gráfica anterior se observa el número total de consultas médicas realizadas de los años 2020, 2021, 2022 y 2023. Se observa que el número total de actividades los meses del año 2020 fue de 181.553, para el año 2021 fue de 180.709, 172.815 para el año 2022 y 163.535 en 2023. Se concluye que hubo disminución de consultas entre el año 2023 respecto al año 2022 con variación del -5% que corresponde a un total de 9.280 actividades menos. Respecto al año 2021 y 2022 presentó variación de -4% equivalente a 7.894 actividades menos. Estos resultados son debidos a:

• Perdida del contrato para la prestación del servicio en el INPEC desde diciembre del año 2021, lo cual equivale a 18.946 consultas anuales menos.

• Asumir la consulta prioritaria de urgencias con personal del proceso ambulatorio, lo que representa 6.912 consultas menos al año.

• Reorganización de la prestación de la consulta de control prenatal, asignando 30 minutos a las consultas de control y 40 de primera vez, lo que representa una disminución en el rendimiento por hora, pasando de 2.5 a 1.7, lo que se traduce en 4.608 consultas menos al año.

• La mayor cobertura en la asignación de pacientes por ruta de riesgo implica disminución de número de consultas en la agenda, ya que las de primera vez se asignan con 30 minutos y las de control de hipertensión o morbilidad con 20 y los controles de diabetes son de 30.

• La mayor cobertura de asignación de pacientes por ruta de cursos de vida que implica menor rendimiento por hora (se pasó de 2,7 a 2,5) ya que se asignan con 30 minutos en todos los casos, ya que son consultas integrales y no tienen controles, incluso en muchas ocasiones en aras de cumplimiento de las rutas de atención se pueden agendar más consultas de estas quizás llegando a rendimiento de 2 consultas por hora.

•Se aumento la consulta de medicina especializada en espejo, en cada consulta acompañan 3 médicos generales, esto en cuanto a medicina interna de lunes a jueves, con los miércoles agenda todo el día, además de jornada con otra medica internista los jueves y los viernes con pediatra, esto equivale a 1.440 consultas médicas generales menos cada mes.

EL indicador de productividad se genera de número de consultas según las horas contratadas/ consultas médicas realizadas por 100. La productividad para el primer semestre de 2023 fue de 89%.

1.2.2.4. Número De Consultas De Ginecobstetricia Realizadas De Enero A Septiembre De Los Años 2019, 2020, 2021, 2022 Y 2023

Grafica 4. Comparación consultas ginecobstetricias de los años 2019, 2020, 2021, 2022 y 2023.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2020	246	275	248	103	151	179	179	210	267	221	180	191
2021	265	226	255	220	107	225	207	185	245	245	268	178
2022	279	250	306	260	313	291	200	285	275	291	279	229
2023	344	317	361	325	391	353	370	420	352	393	383	221

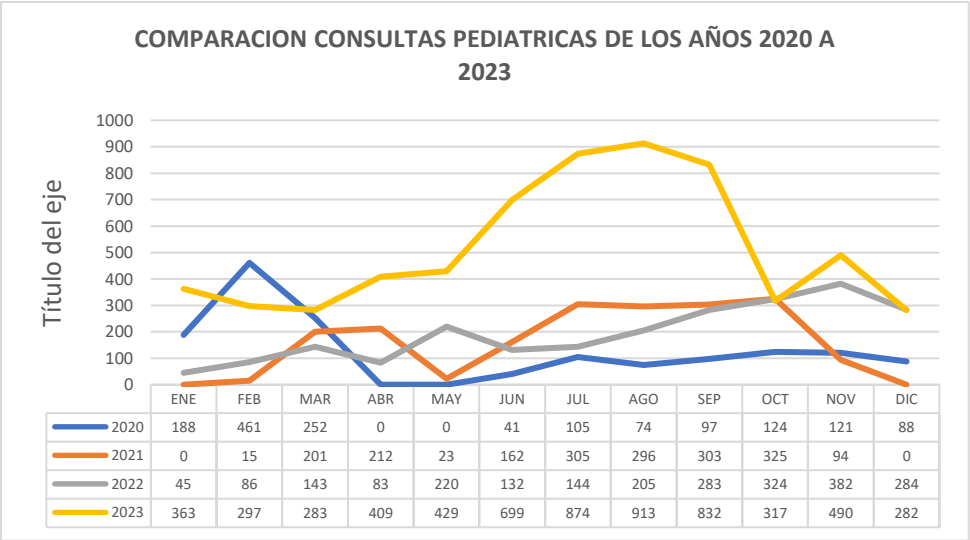
COMPARACION CONSULTAS DE GINECOBSTETRICIA DE LOS AÑOS 2020 A 2023														
AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	**TOTAL**	**VARIACION**
2020	246	275	248	103	151	179	179	210	267	221	180	191	2450	
2021	265	226	255	220	107	225	207	185	245	245	268	178	2626	7.2%
2022	279	250	306	260	313	291	200	285	275	291	279	229	3258	24.1%
2023	344	317	361	325	391	353	370	420	352	393	383	221	4230	29.8%

La grafica anterior muestra el número de consultas de ginecoobstetricia realizadas de los años 2020, 2021, 2022 y 2023, 2.450 actividades para el año 2020, 2.626 actividades para el año 2021 3.258 para el 2022 y 4.230 en 2023. Se concluye que se viene presentando un ascenso sostenido en la producción año a año, que representa una variación entre el año 2021 y 2022 del 24% que corresponden a 632 consultas más y entre 2022 y 2023 del 29%, con aumento de actividades respecto al año 2022 de 972. Se debe mencionar que se cuenta con el convenio docente asistencial con la Universidad ICESI, institución que ha dispuesto de 4 especialistas para atender estas consultas mientras realizan actividades docentes con estudiantes de pregrado, además del aumento en disponibilidad de horas del ginecólogo vinculado con a la Ese por aumento de la demanda.

El indicador de productividad se genera de número de consultas según las horas contratadas/ consultas médicas realizadas por 100. La productividad para el primer trimestre de 2023 fue de 94%.

1.2.2.5. Número De Consultas De Pediatría Realizadas De Enero A Septiembre De Los Años 2019, 2020, 2021, 2022 Y 2023

Grafica 5. Comparación consultas pediatría enero a septiembre de los años 2019, 2020, 2021, 2022 y 2023.



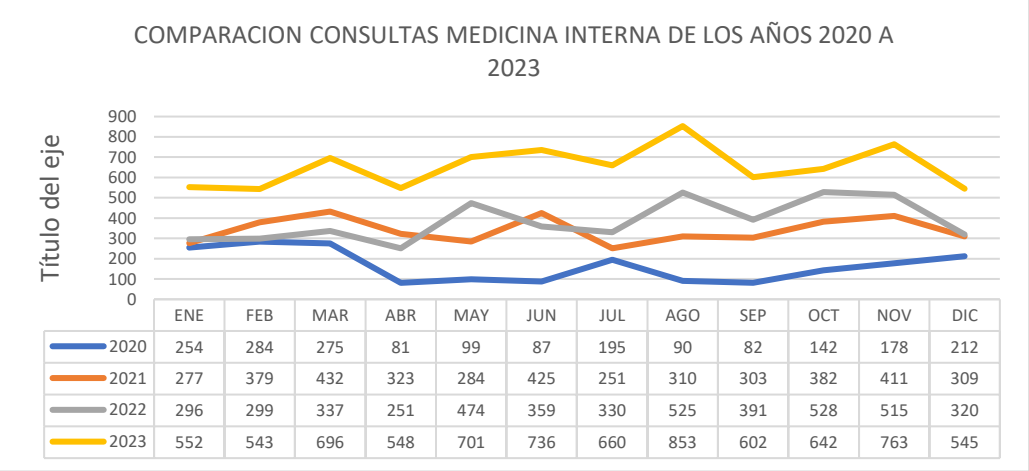
COMPARACION CONSULTAS DE PEDIATRIA DE LOS AÑOS 2020 A 2023														
AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	**TOTAL**	**VARIACION**
2020	188	461	252	0	0	41	105	74	97	124	121	88	1551	
2021	0	15	201	212	23	162	305	296	303	325	94	0	1936	25%
2022	45	86	143	83	220	132	144	205	283	324	382	284	2331	20%
2023	363	297	283	409	429	699	874	913	832	317	490	282	6188	165%

La grafica anterior muestra el número de consultas de pediatra realizadas en los años 2020, 2021, 2022 y 2023, evidenciando un total de 1551 actividades para el año 2020, 1936 actividades para el año 2021, 2331 para el 2022 y 6188en 2023. Se concluye que después de pandemia se ha venido presentando un ascenso sostenido en la producción año a año, siendo los meses de enero a septiembre del 2023 el que más actividades ha tenido. Representa una variación entre el año 2021 y 2022 del 20% con un aumento de 395 consultas y entre 2022 y 2023 del 165%, con aumento de actividades respecto al año 2022 de 3.857 para este periodo de tiempo. Este significativo aumento se debe al modelo de contratación con Emssanar y Coosalud, además de la nueva contratación con Nueva Eps, y las otra EAPB que también les brindamos esta atención, esto genera un aumento en la demanda de este grupo poblacional por lo que se aumentaron horas contratadas para este último trimestre: teniendo en este momento 72 hrs mes, (consulta espejo que equivale a 3 agendas), con promedio de 360 consultas mes, además de dos profesionales más, una de las pediatras con disponibilidad de 120 horas mensuales que corresponden a 360 consultas mes y la última profesional con 16 horas mes, que corresponden a 48 consultas mes, en total esto nos brinda desde junio una capacidad resolutiva de 768 consultas mensuales.

El indicador de productividad se genera de número de consultas según las horas contratadas/ consultas médicas realizadas por 100. La productividad para el primer trimestre de 2023 fue de 89%.

1.2.2.6. Número *De Consultas De Medicina Interna Realizadas De Los Años 2020, 2021, 2022 Y 2023*

Grafica 6. Comparación consultas medicina interna de los años 2020, 2021, 2022 y 2023.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2020	254	284	275	81	99	87	195	90	82	142	178	212
2021	277	379	432	323	284	425	251	310	303	382	411	309
2022	296	299	337	251	474	359	330	525	391	528	515	320
2023	552	543	696	548	701	736	660	853	602	642	763	545

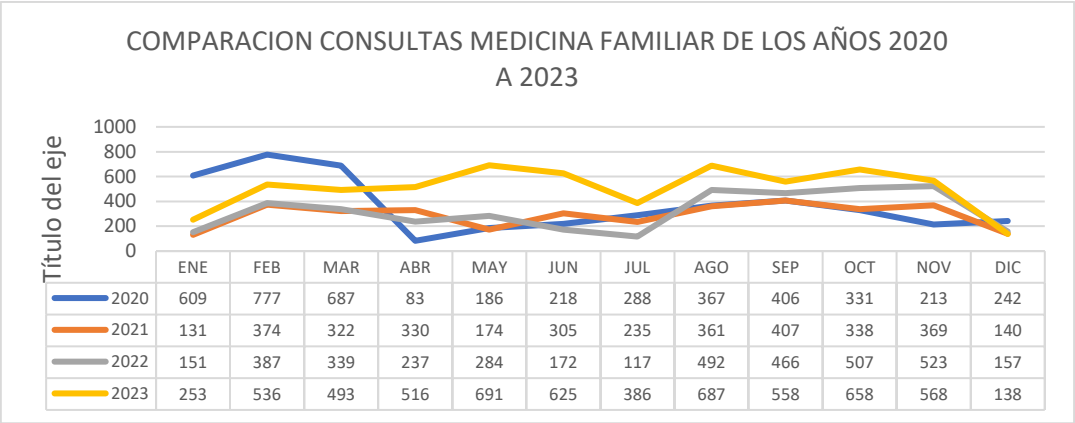
COMPARACION CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA DE LOS AÑOS 2020 A 2023														
AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	**TOTAL**	**VARIACION**
2020	254	284	275	81	99	87	195	90	82	142	178	212	1979	
2021	277	379	432	323	284	425	251	310	303	382	411	309	4086	106%
2022	296	299	337	251	474	359	330	525	391	528	515	320	4625	13%
2023	552	543	696	548	701	736	660	853	602	642	763	545	7841	70%

La grafica anterior muestra el número de consultas de medicina interna realizadas en los años 2020, 2021, 2022 y 2023, evidenciando un total de 1.979 actividades para el 2020, 4.086 actividades para el año 2021, 4.675 para el 2022 y 7.841 en 2023. Se concluye que se ha venido presentando un ascenso sostenido en la producción año a año y para este último semestre se evidencia un aumento significativo respecto a los anteriores, sin embargo, representa una variación entre el año 2021 y 2022 del 13% que corresponden a 539 actividades más, entre 2022 y 2023 del 70%, con aumento de actividades respecto al año 2022 de 3.216 para estos últimos meses del año. Para el año 2023 se cuenta con dos médicos internistas, uno de ellos realiza agenda triple 5 veces a la semana de 6 horas cada día, y de la otra profesional se cuenta con un día a la semana con agenda triple de 4 horas, llegando así a 768 consultas mes aproximadamente.

El indicador de productividad se genera de número de consultas según las horas contratadas/ consultas médicas realizadas por 100. La productividad para el primer semestre de 2023 fue de 93%.

1.2.2.7. Número *De Consultas De Medicina Familiar De Los Años 2020, 2021, 2022 Y 2023*

Grafica 7. Comparación consultas medicina familiar de los años 2020, 2021, 2022 y 2023.



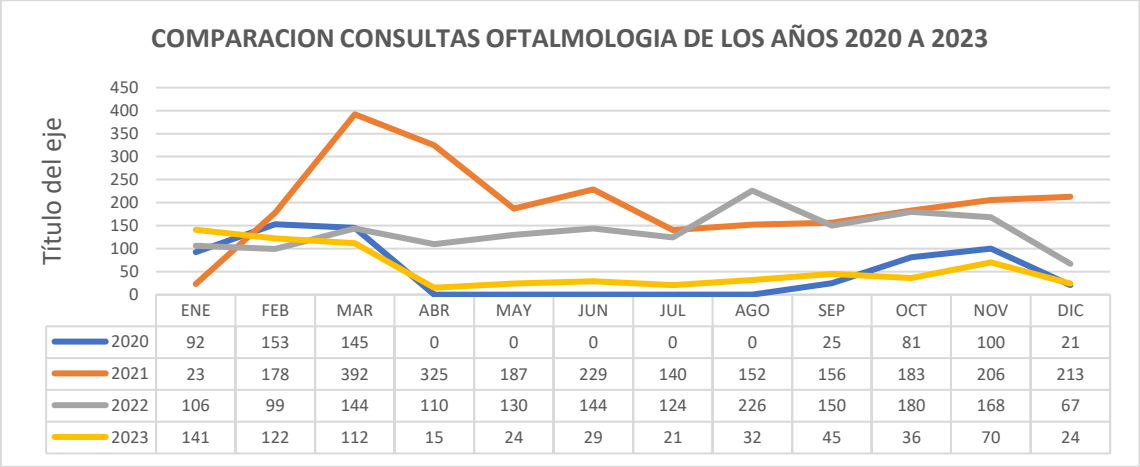
COMPARACION CONSULTAS DE MEDICINA FAMILIAR DE LOS AÑOS 2020 A 2023														
AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	**TOTAL**	**VARIACION**
2020	609	777	687	83	186	218	288	367	406	331	213	242	4407	
2021	131	374	322	330	174	305	235	361	407	338	369	140	3486	-21%
2022	151	387	339	237	284	172	117	492	466	507	523	157	3832	10%
2023	253	536	493	516	691	625	386	687	558	658	568	138	6109	59%

La grafica anterior muestra el número de consultas de medicina familiar realizadas de los años 2020, 2021, 2022 y 2023, evidenciando un total de 3.486 actividades para el año 2020, 2.639 actividades para el año 2021, 2.645 para las 2022 y 4.745 actividades para el año 2023. Se concluye que se ha venido presentando un ascenso sostenido en la producción año a año, siendo el año 2023 el que más actividades ha tenido. Tienen como variación entre el año 2021 y 2022 del 10% corresponde a 346 actividades más, pero entre 2022 y 2023 del 59%, con aumento de actividades respecto al año 2022 de 2.277 actividades. Hasta mediados del año 2020 la ESE contrató profesionales para prestar este servicio, a partir de ese momento las consultas ofertadas se cubren por medio del convenio docente asistencial con la Universidad Libre e ICESI, quienes ofrecen la especialidad en las prácticas de los estudiantes de pregrado. Sumado a lo anterior, la Universidad del Valle tiene una práctica para residentes de medicina familiar en la IPS Cristóbal Colon, de lunes a viernes en el horario de la mañana. Se evidencia una diferencia considerable desde los años anteriores respecto al 2023 en consultas médicas familiares, promedio 500 consultas mes, siendo este primer trimestre el de mayor producción de citas, sin embargo, los docentes convenio asistencial son los mismos, esto se debe a que anteriormente se ingresaban en el sistema como médicos generales, y al evidenciar el aumento de demanda este concepto cambia a medicina familiar. Para el mes de junio se realizó contratación de un médico familiar vinculado por la Ese directamente, ya que posterior a el fortalecimiento de las rutas de atención, se aumenta la demanda de esta especialidad.

El indicador de productividad se genera de número de consultas según las horas contratadas/ consultas médicas realizadas por 100. La productividad para el primer trimestre de 2023 fue de 86%.

1.2.2.8. Número De Consultas De Oftalmología De Los Años 2020, 2021, 2022 Y 2023

Grafica 8. Comparación consultas oftalmología de los años 2020, 2021, 2022 y 2023.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2020	92	153	145	0	0	0	0	0	25	81	100	21
2021	23	178	392	325	187	229	140	152	156	183	206	213
2022	106	99	144	110	130	144	124	226	150	180	168	67
2023	141	122	112	15	24	29	21	32	45	36	70	24

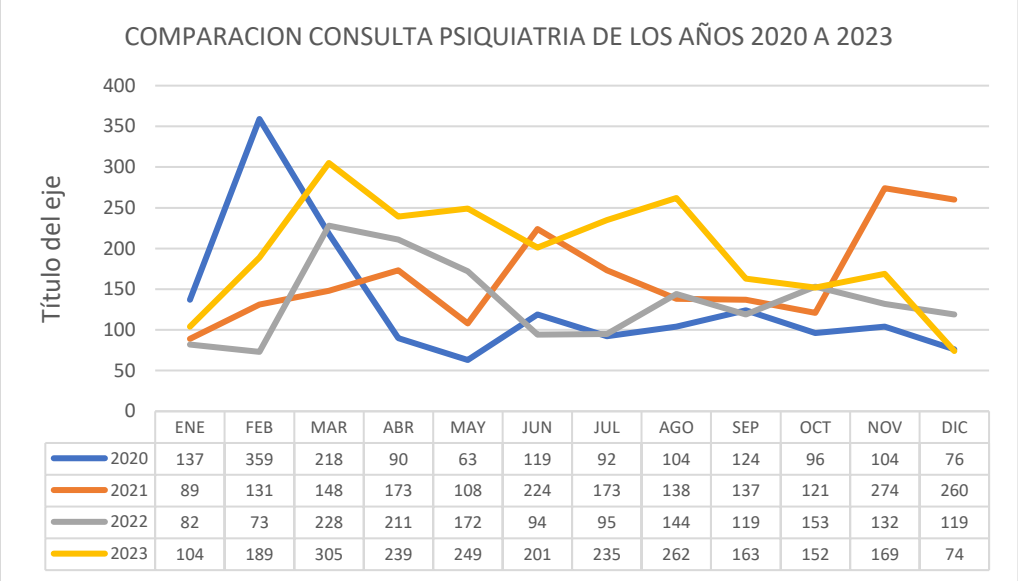
COMPARACION CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA DE LOS AÑOS 2020 A 2023														
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	**TOTAL**	**VARIACION**
2020	92	153	145	0	0	0	0	0	25	81	100	21	617	
2021	23	178	392	325	187	229	140	152	156	183	206	213	2384	286%
2022	106	99	144	110	130	144	124	226	150	180	168	67	1648	-31%
2023	141	122	112	15	24	29	21	32	45	36	70	24	671	-59%

La grafica anterior muestra el número de consultas de oftalmología realizadas de los años 2020, 2021, 2022 y 2023, evidenciando un total de 617 actividades para el año 2020, 2.384 actividades para el año 2021, 1.648 actividades para el año 2022 y 671 en el año 2023. Se concluye que este fue uno de los servicios más afectados por la pandemia y poco a disminuyendo las actividades. Se evidencia una variación entre el año 2021 y 2022 del -31% con disminución de 736 actividades para este periodo de tiempo y entre 2022 y 2023 del -56% con una disminución de actividades respecto al año 2022 de 977 para estos meses del año. La producción de esta especialidad se ha visto impactada por los cambios en la forma de contratación de la EPS Emssanar, quienes antes de la modalidad de pago prospectivo (PGP) la tenían incluida entre los procedimientos que contrataba con la ESE, y a partir del cambio quedó fuera y se contrató con una institución complementaria, en el momento el profesional que presta sus servicios está disponible 4 horas semanales, 16 horas mes que equivale a 96 consultas potenciales que ahora están siendo dadas a usuarios de diferentes EAPB como Nueva Eps y particulares.

El indicador de productividad se genera de número de consultas según las horas contratadas/ consultas médicas realizadas por 100. La productividad para el primer trimestre de 2023 fue de 70%.

1.2.2.9. NÚMERO DE CONSULTAS DE PSIQUIATRÍA DE LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023.

Grafica 9. Comparación consultas de psiquiatría de los años 2020, 2021, 2022 y 2023.



COMPARACION CONSULTAS DE PSIQUIATRIA DE LOS AÑOS 2020 A 2023														
AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	**TOTAL**	**VARIACION**
2020	137	359	218	90	63	119	92	104	124	96	104	76	1582	
2021	89	131	148	173	108	224	173	138	137	121	274	260	1976	25%
2022	82	73	228	211	172	94	95	144	119	153	132	119	1622	-18%
2023	104	189	305	239	249	201	235	262	163	152	169	74	2342	44%

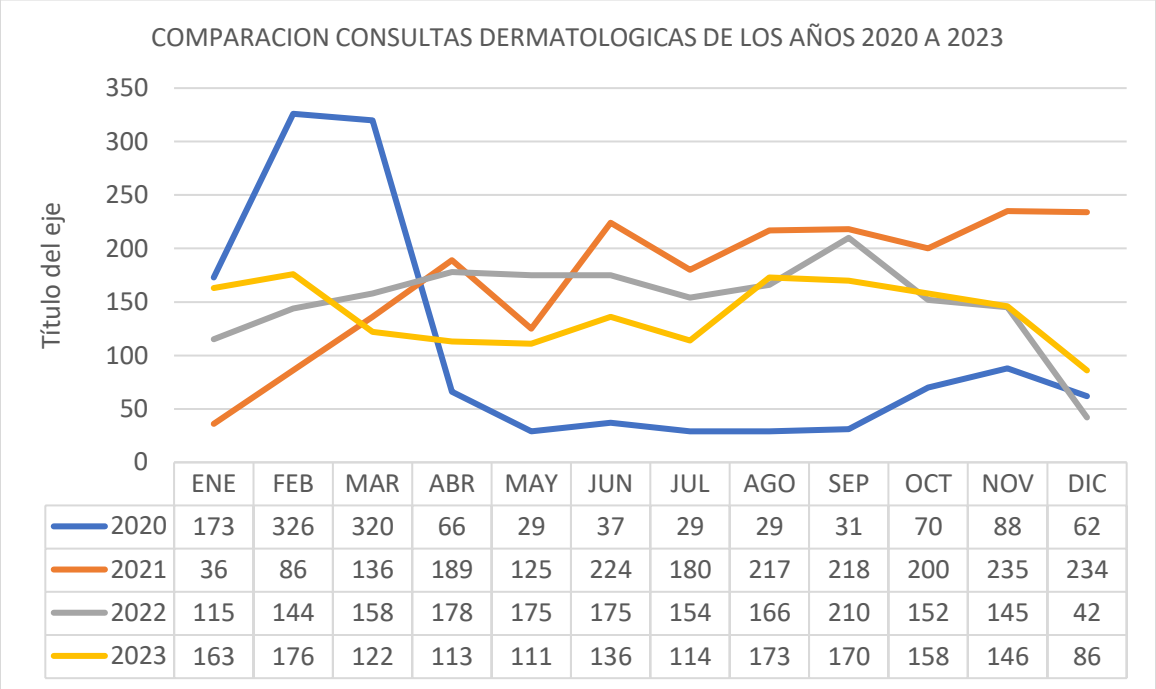
La grafica anterior muestra el número de consultas de psiquiatría realizadas de los años 2020, 2021, 2022 y 2023, evidenciando un total de 1.582 actividades para el año 2020, 1.976 actividades para el año 2021, 1.622 en 2022 y 2.342 en 2023. Se concluye que para este año ha aumentado la producción, se evidencia una variación entre 2021 y 2022 de -18% con diferencia de 354 actividades menos y del 2022 y 2023 del 44% con aumento de 720 actividades para este año.

Hasta el mediados del año 2020 la ESE contrató profesional para prestar este servicio, y que a partir de ese momento las consultas ofertadas se cubren por medio del convenio docente asistencial con la Universidad Libre, quienes ofrecen la especialidad en las prácticas de los residentes de psiquiatría en la IPS Obrero, de lunes a jueves en el horario de la mañana. Se evidencia un aumento considerable en consultas en este segundo trimestre de este año debido a aumento de la demanda por necesidad directa de la EPS Coosalud y Emssanar, por lo que se agendaron 96 horas más a las de docente convenio asistencial, además de que contamos con horas extras

El indicador de productividad se genera de número de consultas según las horas contratadas/ consultas médicas realizadas por 100. La productividad para el primer semestre de 2023 fue de 90%.

1.2.2.10. Número De Consultas De Dermatología De Enero A Septiembre De Los Años 2019, 2020, 2021, 2022 Y 2023

Grafica 10. Comparación consultas Dermatología de los años 2020, 2021, 2022 y 2023.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2020	173	326	320	66	29	37	29	29	31	70	88	62
2021	36	86	136	189	125	224	180	217	218	200	235	234
2022	115	144	158	178	175	175	154	166	210	152	145	42
2023	163	176	122	113	111	136	114	173	170	158	146	86

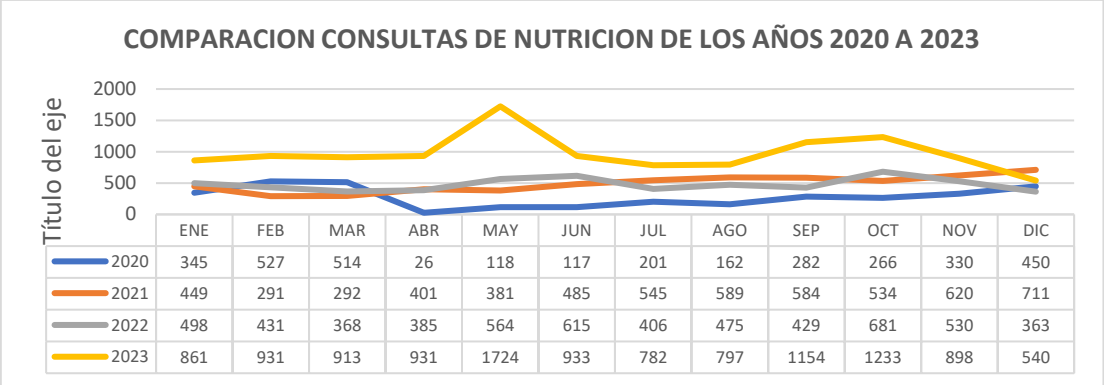
COMPARACION CONSULTAS DE DERMATOLOGIA DE LOS AÑOS 2020 A 2023														
AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	**TOTAL**	**VARIACION**
2020	173	326	320	66	29	37	29	29	31	70	88	62	1260	
2021	36	86	136	189	125	224	180	217	218	200	235	234	2080	65%
2022	115	144	158	178	175	175	154	166	210	152	145	42	1814	-13%
2023	163	176	122	113	111	136	114	173	170	158	146	86	1668	-8%

La grafica anterior muestra el número de consultas de dermatología realizadas de los años 2020, 2021, 2022 y 2023, evidenciando un total de 1.260 actividades para el año 2020, 2.080 actividades para el año 2021, 1.814 para el 2022 y 1.668 en 2023. Se concluye que este fue un servicio afectado por la pandemia y poco a poco ha venido recuperándose sin llegar aun a los niveles de producción prepandemia. Además, la producción de esta especialidad se ha visto impactada por los cambios en la forma de contratación de la EPS Emssanar, quienes antes de la modalidad de pago prospectivo (PGP) la tenían incluida entre los procedimientos que contrataba con la ESE, y a partir del cambio quedó fuera y se contrató con una institución complementaria. Se cuenta de manera eventual con autorizaciones de EPS Coosalud y otras, sin embargo, no se llega a la producción esperada.

Se debe tener en cuenta que dermatología del programa Hansen tiene una asistencia adecuada, a diferencia de dermatología que se presta en el hospital donde la productividad es significativamente baja por las razones ya explicadas.
El indicador de productividad se genera de número de consultas según las horas contratadas/ consultas médicas realizadas por 100. La productividad para el primer trimestre de 2023 fue 60%.

1.2.2.11. Número De Consultas De Nutrición De Los Años 2020, 2021, 2022 Y 2023

Grafica 11. Comparación consultas Nutrición de los años 2020, 2021, 2022 y 2023**.**



COMPARACION CONSULTAS DE NUTRICION DE LOS AÑOS 2020 A 2023														
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	**TOTAL**	**VARIACION**
2020	345	527	514	26	118	117	201	162	282	266	330	450	3338	
2021	449	291	292	401	381	485	545	589	584	534	620	711	5882	76%
2022	498	431	368	385	564	615	406	475	429	681	530	363	5745	-2%
2023	861	931	913	931	1724	933	782	797	1154	1233	898	540	11697	104%

La grafica anterior muestra el número de consultas de nutrición realizadas de los años 2020, 2021, 2022 y 2023, evidenciando un total de 3.338 actividades para el año 2020, 5.882 actividades para el año 2021, 5.745 para el 2022 y 11.697 en 2023. Se concluye que después de pandemia se ha venido presentando un ascenso sostenido en la producción año a año con una variación entre 2021 y 2022 de -2% y 2022 y 2023 de 104%, siendo este el de mayor producción. Para el año 2022 la especialidad se ofertó en jornada completa, y en algunos momentos de gran demanda con agendas adicionales fines de semana. Esto debido a la contratación de una nueva profesional y el apoyo de estudiantes de nutrición de la Escuela Nacional del Deporte, quienes realizan pasantía en la institución y apoyan esta consulta. Para el año 2023 debido a la gran demanda de esta profesión desde el mes de mayo se contrató dos nutricionistas más por evento aumentando significativamente las actividades para ese mes. En el mes de junio contamos con 8 horas contratadas fijas, y una profesional más por evento con disponibilidad de 4 horas diarias. El indicador de productividad se genera de número de consultas según las horas contratadas/ consultas médicas realizadas por 100. La productividad para el primer trimestre de 2023 fue de 88%.

1.2.2.12. Cuadro 6. Resumen de producción y productividad

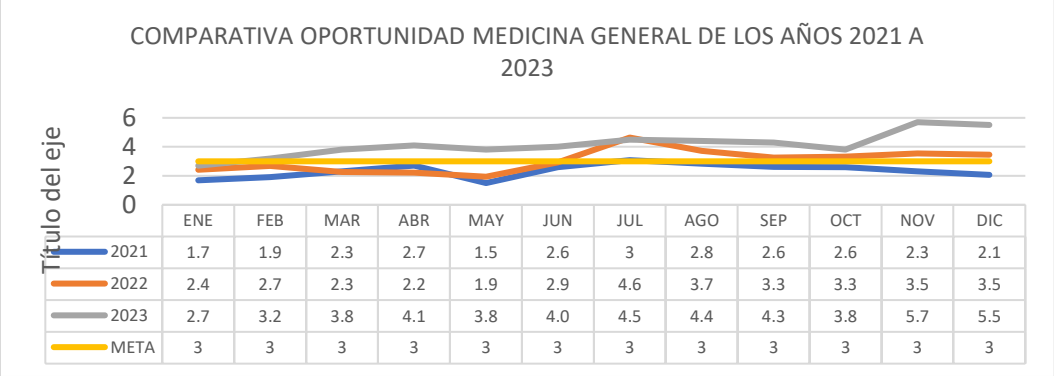
Fuente: Base de datos 2193 y actividades y procedimientos. Servinte

CONSULTA MEDICA PROGRAMADA	2020	2021	2022	2023	% VARIACIÓN 2023 Vs 2020	% VARIACIÓN 2023 Vs 2022
Medicina General	181,553	180,709	172,815	163,490	-10%	-5%
Gineco-obstetricia	2,282	2,638	3,211	4,230	85%	32%
Medicina Interna	2,065	4,002	5,540	7,841	280%	42%
Pediatría	1,550	2,017	2,646	6,188	299%	134%
Medicina Familiar	4,337	3,461	4,299	6,109	41%	42%
Oftalmología	610	2,133	2,452	671	10%	-73%
Psiquiatría	1,257	1,723	1,700	2,342	86%	38%
Dermatología	1,260	2,080	1,814	1,668	32%	-8%
Nutrición	2,955	5,765	7,611	11,697	296%	54%

1.2.2.13. Indicador De Oportunidad En Atención

a) Comparación de la oportunidad en la atención por médico general de años 2021, 2022 y 2023.

Grafica 12. Comparativa de oportunidad de citas de 2021 a 2023. Meta: 3 días. Fuente: gestión del dato.

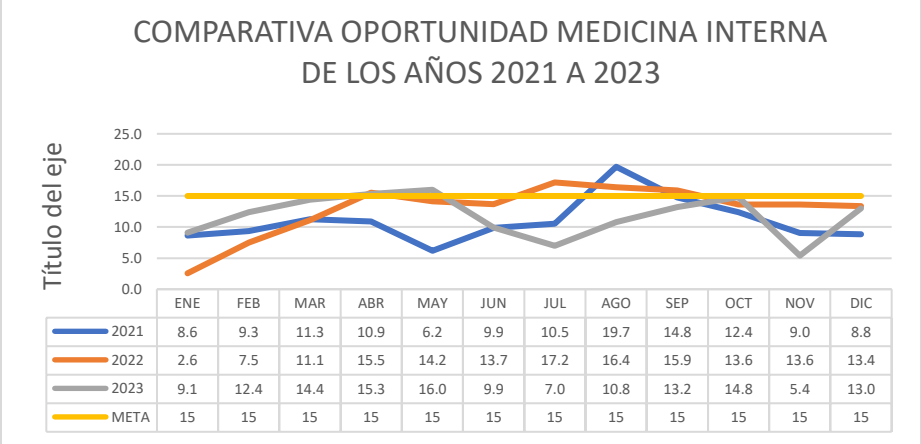


	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2021	1.7	1.9	2.3	2.7	1.5	2.6	3	2.8	2.6	2.6	2.3	2.1
2022	2.4	2.7	2.3	2.2	1.9	2.9	4.6	3.7	3.3	3.3	3.5	3.5
2023	2.7	3.2	3.8	4.1	3.8	4.0	4.5	4.4	4.3	3.8	5.7	5.5
META	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

La grafica anterior muestra la oportunidad de consulta médica de los años 2021, 2022 y 2023. El tiempo promedio en los años 2021 y 2022 estuvo dentro de la meta de 3 días, sin embargo, para estos dos últimos trimestres de 2023 se presentó un pico debido al aumento de la demanda de consulta médica secundario a los nuevos contratos con Nueva Eps y Emssanar contributivo, aumentando así la demanda y superando la oferta. También vale la pena resaltar que las dificultades de la EPS Emssanar han repercutido en incremento en la demanda de citas para renovación de ordenes vencidas o para dar manejos que se venían dando en otras instituciones, que por lo ajustes en contratación se redireccionaron hacia las instituciones de nivel primario, además de esto por las dificultades contractuales de la Eps Emssanar y la falta de reconocimiento del pago parcial por parte de ellos, se ha disminuido considerablemente las horas médico, pasando de tener 304 horas contratadas a tener actualmente 262 horas.

b. Comparación de la oportunidad en la atención por medicina interna de los años 2021, 2022 y 2023.

Grafica 13. Comparativa de oportunidad de citas medicina interna de 2021 a 2023. META: 15 DIAS. Fuente: gestión del dato.

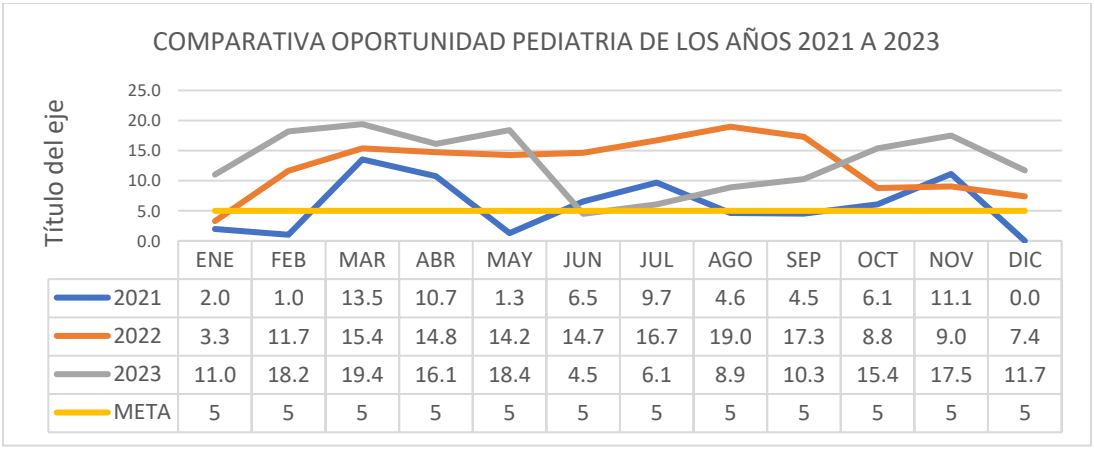


	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2021	8.6	9.3	11.3	10.9	6.2	9.9	10.5	19.7	14.8	12.4	9.0	8.8
2022	2.6	7.5	11.1	15.5	14.2	13.7	17.2	16.4	15.9	13.6	13.6	13.4
2023	9.1	12.4	14.4	15.3	16.0	9.9	7.0	10.8	13.2	14.8	5.4	13.0
META	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

La grafica anterior muestra la oportunidad de consulta de medicina interna para los años 2021, 2022 y 2023. El tiempo promedio en para todos los años estuvo dentro de la meta de 15 días como consecuencia en el incremento de horas para esta actividad, que fue mayor en el segundo semestre de 2022 y primer semestre de 2023. Sin embargo, para los meses abril y mayo se aumentó el indicador, afectado por los festivos de semana santa en abril, y aumento de remisiones respecto a las rutas de atención en salud. Sin embargo, los siguientes trimestres este indicador mejora notablemente cumpliendo la meta.

c. Comparación de la oportunidad en la atención por pediatría de los años 2021, 2022 y 2023.

Grafica 14. Comparativa de oportunidad de citas pediatría de 2021 a 2023. META: 5 DIAS. Fuente: gestión del dato

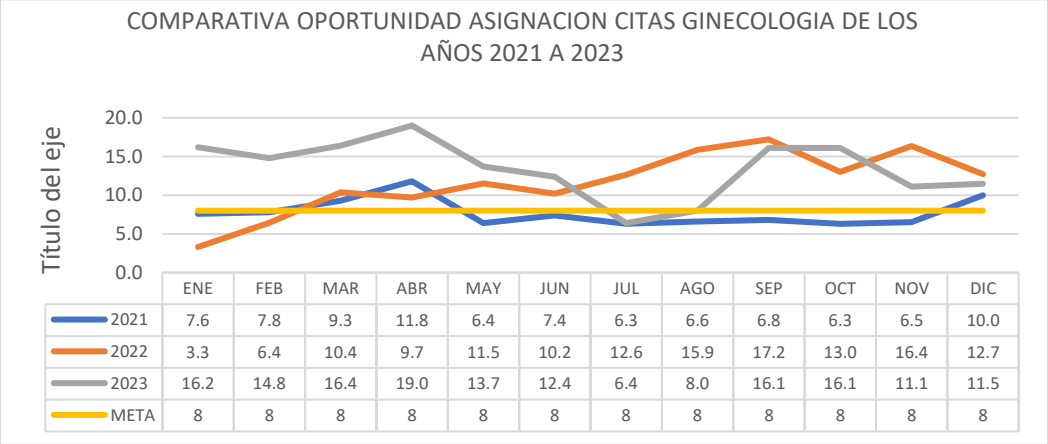


	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2021	2.0	1.0	13.5	10.7	1.3	6.5	9.7	4.6	4.5	6.1	11.1	0.0
2022	3.3	11.7	15.4	14.8	14.2	14.7	16.7	19.0	17.3	8.8	9.0	7.4
2023	11.0	18.2	19.4	16.1	18.4	4.5	6.1	8.9	10.3	15.4	17.5	11.7
META	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

La grafica anterior muestra la oportunidad de consulta de pediatría de los años 2021, 2022 y 2023. Se evidencia que ha se ha comportado desde 2022 de manera sostenida el no cumplimiento de la meta, esto por la alta demanda de usuarios de este grupo poblacional, siendo el último semestre de 2023 el de menor oportunidad de citas. Para dar respuesta a esta situación se incrementó el número de horas contratadas a partir de abril con el aumento de una jornada con el actual pediatra de la institución que inicialmente prestaría sus servicios desde abril los jueves en la mañana y la llegada de una nueva profesional que tendrá atención en la jornada del viernes todo el día. Además, desde el mes de junio contamos con una 3ra profesional dándonos disponibilidad de 120 horas más de consulta por un periodo de 3 meses que culminaron en agosto, por lo que para este último mes se cumple con el indicador, para el mes de junio cumplimos con la meta, sin embargo, el comportamiento el resto de los meses es del no cumplimiento de la misma.

d. Comparación de la oportunidad en la atención por ginecología de los años 2021, 2022 y 2023.

Grafica 15. Comparativa de oportunidad de citas ginecología de los años2021 a 2023. META: 8 DIAS. Fuente: gestión del dato

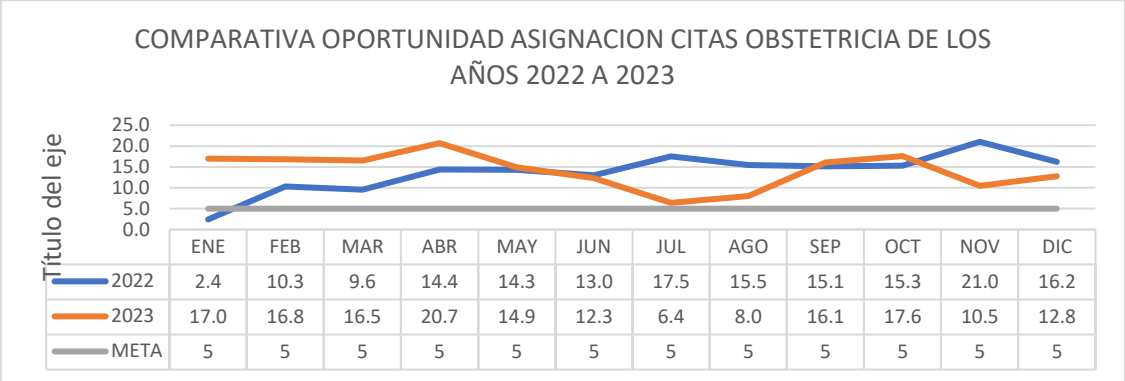


	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2021	7.6	7.8	9.3	11.8	6.4	7.4	6.3	6.6	6.8	6.3	6.5	10.0
2022	3.3	6.4	10.4	9.7	11.5	10.2	12.6	15.9	17.2	13.0	16.4	12.7
2023	16.2	14.8	16.4	19.0	13.7	12.4	6.4	8.0	16.1	16.1	11.1	11.5
META	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8

La grafica anterior muestra la oportunidad de consulta ginecología para de enero a septiembre de los años 2021, 2022 y 2023. El tiempo promedio en 2022 estuvo por debajo de 8 días. A partir del segundo semestre se implementó un ajuste en el agendamiento de cita que optimizó la priorización y permitió mejorar los tiempos para la atención, sin embargo, se evidencia una notable falta de oportunidad de cita para este primer trimestre de 2023 y extendiéndose el resto del año, debido al aumento de población por los nuevos contratos obtenidos en ese periodo de tiempo (nueva Eps y Emssanar contributivo). Para esto se han aumentado las horas disponibles para los segundo y tercer trimestre del 2023, así dándole respuesta a la alta demanda de esta especialidad, evidenciando así la mejora en la oportunidad en el mes de julio y agosto llegando a la meta, sin embargo, con un desborde en el último trimestre debido al aumento de la demanda de esta especialidad por las nuevas contrataciones.

b. Comparación de la oportunidad en la atención por obstetricia de los años 2022 y 2023.

Grafica 15. Comparativa de oportunidad de citas obstetricia de 2022 Y 2023. META: 5 DIAS. Fuente: gestión del dato.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2022	2.4	10.3	9.6	14.4	14.3	13.0	17.5	15.5	15.1	15.3	21.0	16.2
2023	17.0	16.8	16.5	20.7	14.9	12.3	6.4	8.0	16.1	17.6	10.5	12.8
META	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

La grafica anterior muestra la oportunidad de consulta gineco obstétrica para los años 2022 y 2023. El tiempo promedio en 2022 estuvo por encima de la meta de 5 días para la atención obstétrica. A partir del segundo semestre se implementó un ajuste en el agendamiento de cita que optimizó la priorización y permitió mejorar los tiempos para la atención, sin embargo, se evidencia una notable falta de oportunidad de cita para el año de 2023, eso se debe al aumento de población por los nuevos contratos obtenidos en ese periodo de tiempo (nueva Eps y Emssanar contributivo). Para esto se han aumentado las horas disponibles para este segundo, tercer y cuarto trimestre del 2023, así dándole respuesta a la alta demanda de esta especialidad, siendo los meses de julio y agosto con mejor oportunidad de todos los cuatro trimestres sin llegar a lo esperado.

1.2.2.14. Indicador De Inasistencia

Para la realización de indicador de inasistencia se tiene en cuenta la base de datos de agenda general, ya que la base de datos de la 2193 que es la que nos comparte sistemas de información, no tiene la clasificación del estado del usuario posterior a su atención. En aras de poder realizar el indicador y de esa misma manera acciones a mejorar, se llega a la base de datos “agenda general” donde podemos revisar la clasificación del usuario depende de la finalidad de la atención. Para esta clasificación tenemos en cuenta cinco estados:

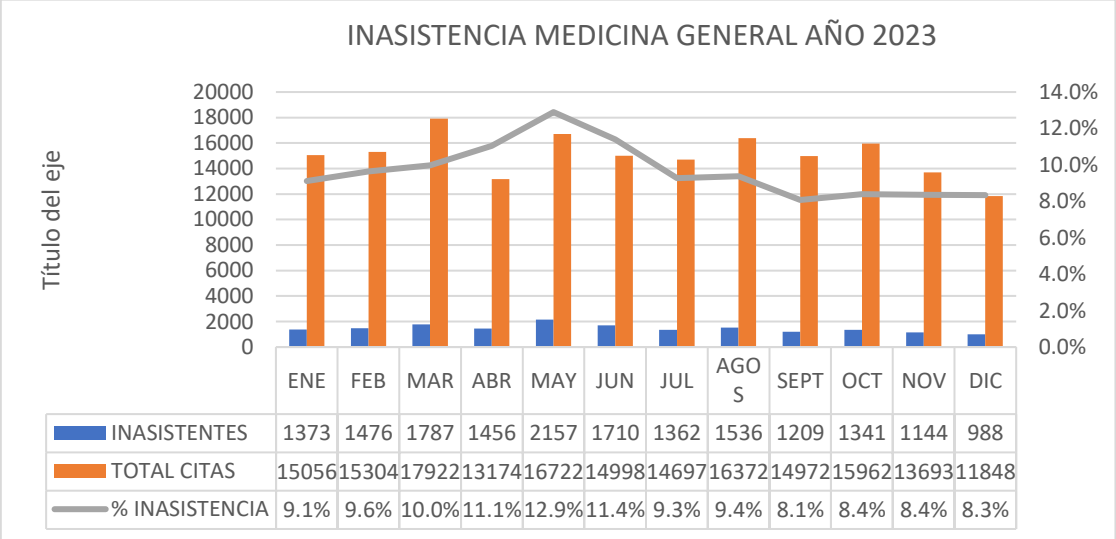
1.**Terminado:** usuario que finaliza satisfactoriamente la atención médica.
2.**Inasistente:** usuario no llega a la consulta médica.
3.**Sin atenderse**: usuario que no se le puede realizar la atención por diferentes situaciones inherentes a la atención per se.
4.**Pendiente:** Usuario que no se diligenció historia clínica en Servinte, no se le cambia estado de atención.
5.**Cancelado**: usuario que cancela la cita, pero es reasignada a otro.

Posterior a el análisis de la base se evidencia un alto número de usuarios clasificados como **"Pendiente",** donde se desconoce el destino final de su estado, en muchas ocasiones el medico pudo haber hecho historia clínica manual o de respaldo, sin embargo, por parte de gestión documental aunque suben la historia clínica, el estado en la agenda del sistema *servinte* no se cambia el estado de pendiente a terminado, debido a esto tenemos quizás un alto número de usuarios que realmente si recibieron atención pero no se logra identificar en la base de datos.

Además de este hallazgo se evidencia que, en ocasiones, secundario a novedades como incapacidades, movimientos de agendas por cambios de médicos, etc. no se logra hacer traslado de los usuarios que ya tienen cargo, y nuevamente se agendan y se cargan de nuevo, por lo que en ocasiones quedan usuarios como "pendiente" pero realmente tuvieron otro agendamiento con diferente cargo. Para el informe de gestión de segundo trimestre se tuvieron en cuenta dos escenarios, indicador 1 donde se tienen en cuenta que los usuarios clasificados como "pendientes" se toman en cuenta como ***inasistentes***, y el indicador 2 donde se tienen en cuenta que los usuarios clasificados como "pendientes" se toman en cuenta como ***asistentes*** y vistos de manera manual o en historia clínica de respaldo.

Para este informe solo se tendrá en cuenta el indicador 2.

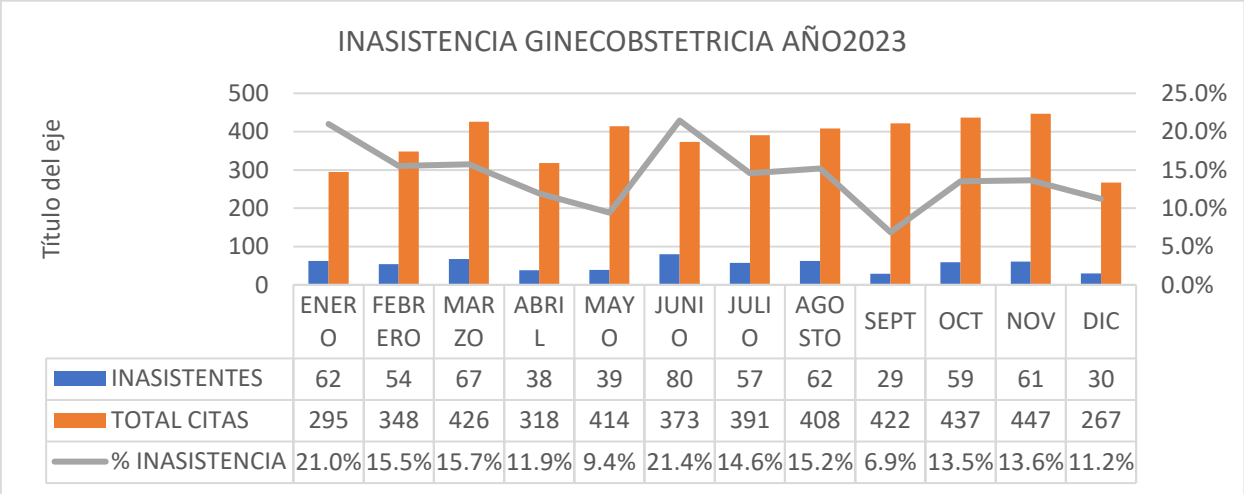
a. Porcentaje de inasistencia a la consulta médica programada de enero a septiembre de 2023.
b.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC
INASISTENTES	1373	1476	1787	1456	2157	1710	1362	1536	1209	1341	1144	988
TOTAL CITAS	15056	15304	17922	13174	16722	14998	14697	16372	14972	15962	13693	11848
% INASISTENCIA	9.1%	9.6%	10.0%	11.1%	12.9%	11.4%	9.3%	9.4%	8.1%	8.4%	8.4%	8.3%

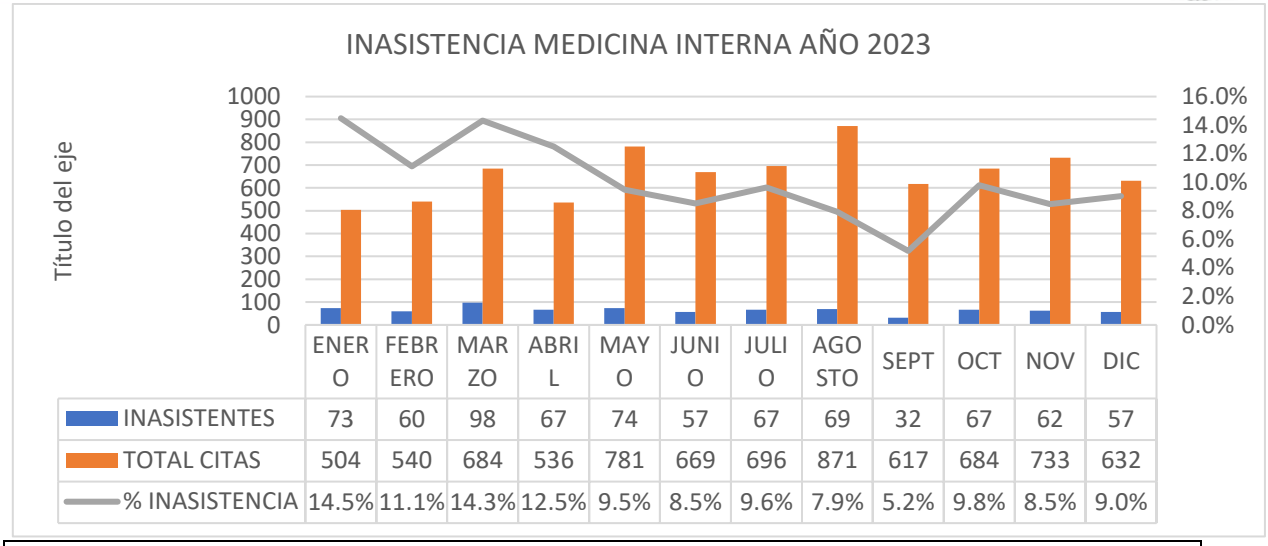
INASISTENCIA MEDICINA GENERAL AÑO 2023													
DATOS	**ENE**	**FEB**	**MAR**	**ABR**	**MAY**	**JUN**	**JUL**	**AGOS**	**SEPT**	**OCT**	**NOV**	**DIC**	**TOTAL**
INASISTENTES	1373	1476	1787	1456	2157	1710	1362	1536	1209	1341	1144	988	17539
TOTAL CITAS	15056	15304	17922	13174	16722	14998	14697	16372	14972	15962	13693	11848	180720
% INASISTENCIA	9.1%	9.6%	10.0%	11.1%	12.9%	11.4%	9.3%	9.4%	8.1%	8.4%	8.4%	8.3%	9.7%

b. Porcentaje de inasistencia a la consulta de ginecobstetricia de 2023.



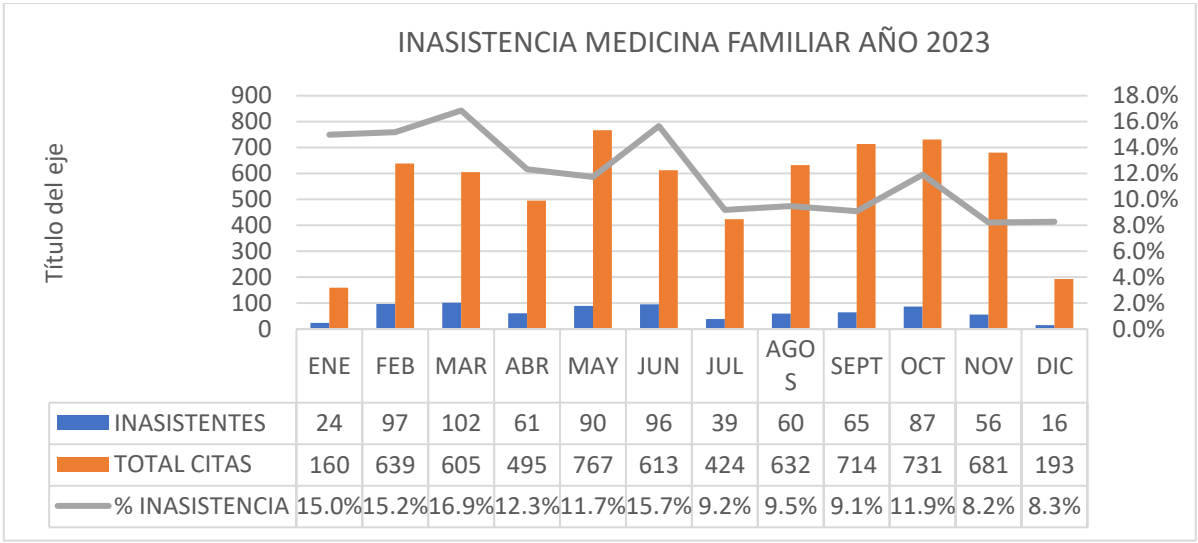
INASISTENCIA GINECOBSTETRICIA 2023													
DATOS	**ENERO**	**FEBRERO**	**MARZO**	**ABRIL**	**MAYO**	**JUNIO**	**JULIO**	**AGOSTO**	**SEPT**	**OCT**	**NOV**	**DIC**	**TOTAL**
INASISTENTES	62	54	67	38	39	80	57	62	29	59	61	30	638
TOTAL CITAS	295	348	426	318	414	373	391	408	422	437	447	267	4546
% INASISTENCIA	21.0%	15.5%	15.7%	11.9%	9.4%	21.4%	14.6%	15.2%	6.9%	13.5%	13.6%	11.2%	14.2%

c. Porcentaje de inasistencia a la consulta de medicina interna de 2023.



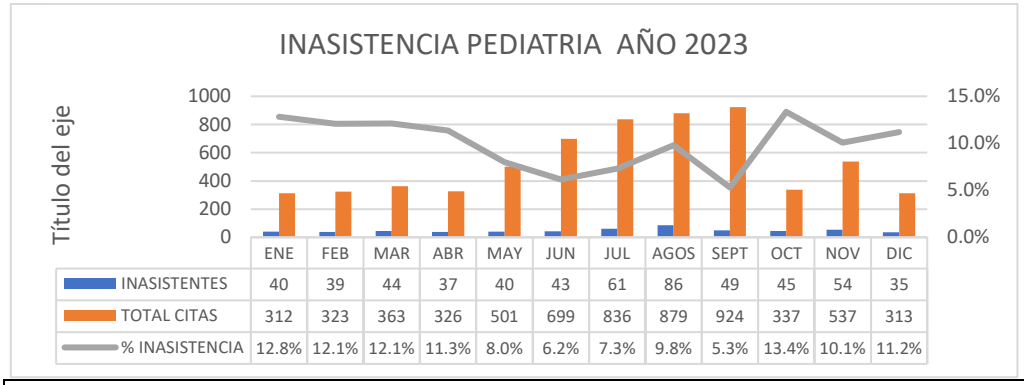
INASISTENCIA MEDICINA INTERNA DEL AÑO 2023													
DATOS	**ENERO**	**FEBRERO**	**MARZO**	**ABRIL**	**MAYO**	**JUNIO**	**JULIO**	**AGOSTO**	**SEPT**	**OCT**	**NOV**	**DIC**	**TOTAL**
INASISTENTES	73	60	98	67	74	57	67	69	32	67	62	57	783
TOTAL CITAS	504	540	684	536	781	669	696	871	617	684	733	632	7947
% INASISTENCIA	14.5%	11.1%	14.3%	12.5%	9.5%	8.5%	9.6%	7.9%	5.2%	9.8%	8.5%	9.0%	10.0%

d. Porcentaje de inasistencia a la consulta de medicina familiar de 2023.



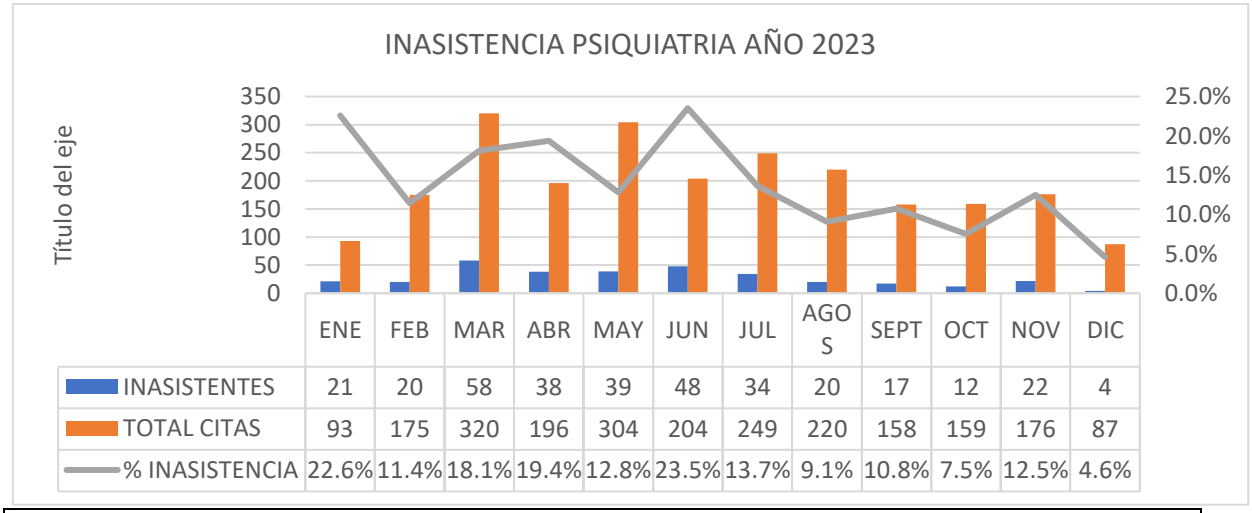
INASISTENCIA MEDICINA FAMILIAR AÑO 2023													
DATOS	**ENE**	**FEB**	**MAR**	**ABR**	**MAY**	**JUN**	**JUL**	**AGOS**	**SEPT**	**OCT**	**NOV**	**DIC**	**TOTAL**
INASISTENTES	24	97	102	61	90	96	39	60	65	87	56	16	793
TOTAL CITAS	160	639	605	495	767	613	424	632	714	731	681	193	6654
% INASISTENCIA	15.0%	15.2%	16.9%	12.3%	11.7%	15.7%	9.2%	9.5%	9.1%	11.9%	8.2%	8.3%	11.9%

e. Porcentaje de inasistencia a la consulta de pediatría de 2023.



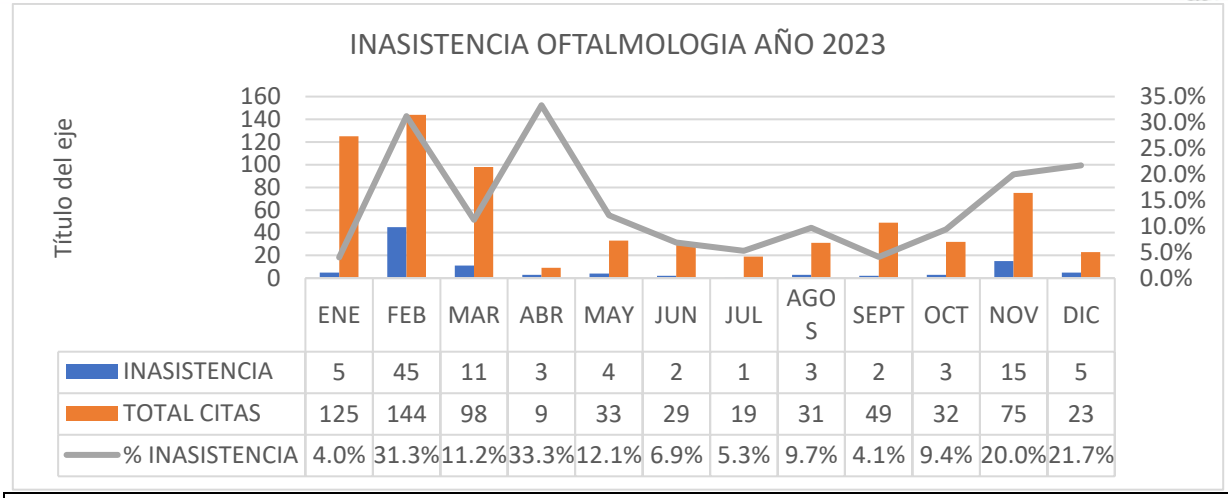
INASISTENCIA PEDIATRIA AÑO 2023													
DATOS	**ENE**	**FEB**	**MAR**	**ABR**	**MAY**	**JUN**	**JUL**	**AGOS**	**SEPT**	**OCT**	**NOV**	**DIC**	**TOTAL**
INASISTENTES	40	39	44	37	40	43	61	86	49	45	54	35	573
TOTAL CITAS	312	323	363	326	501	699	836	879	924	337	537	313	6350
% INASISTENCIA	12.8%	12.1%	12.1%	11.3%	8.0%	6.2%	7.3%	9.8%	5.3%	13.4%	10.1%	11.2%	10.0%

f. Porcentaje de inasistencia a la consulta de psiquiatría de 2023.



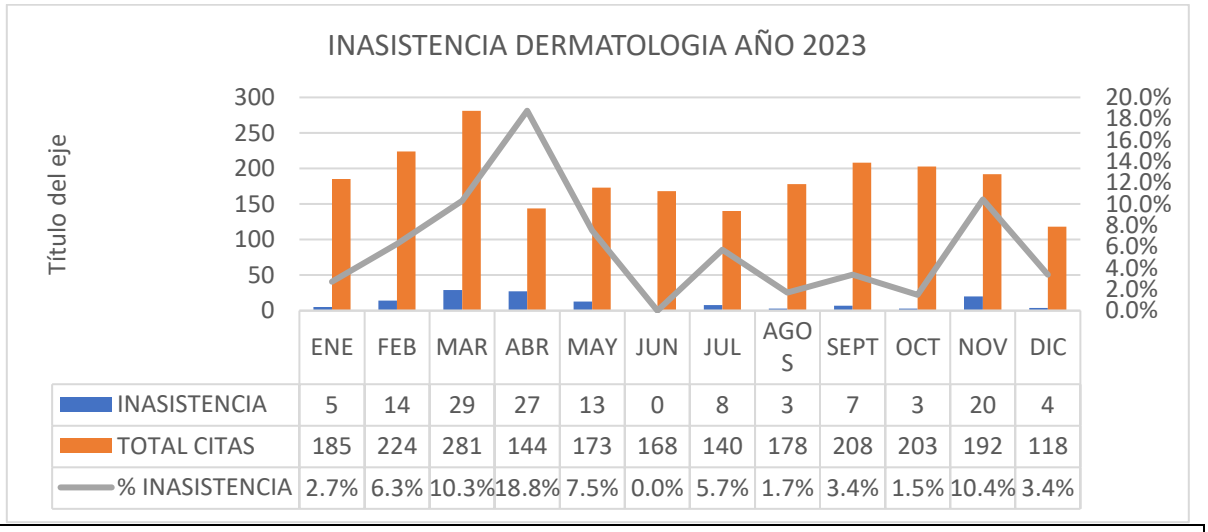
INASISTENCIA PSIQUIATRIA AÑO 2023													
DATOS	**ENE**	**FEB**	**MAR**	**ABR**	**MAY**	**JUN**	**JUL**	**AGOS**	**SEPT**	**OCT**	**NOV**	**DIC**	**TOTAL**
INASISTENTES	21	20	58	38	39	48	34	20	17	12	22	4	333
TOTAL CITAS	93	175	320	196	304	204	249	220	158	159	176	87	2341
% INASISTENCIA	22.6%	11.4%	18.1%	19.4%	12.8%	23.5%	13.7%	9.1%	10.8%	7.5%	12.5%	4.6%	13.8%

g. Porcentaje de inasistencia a la consulta de oftalmología de 2023.



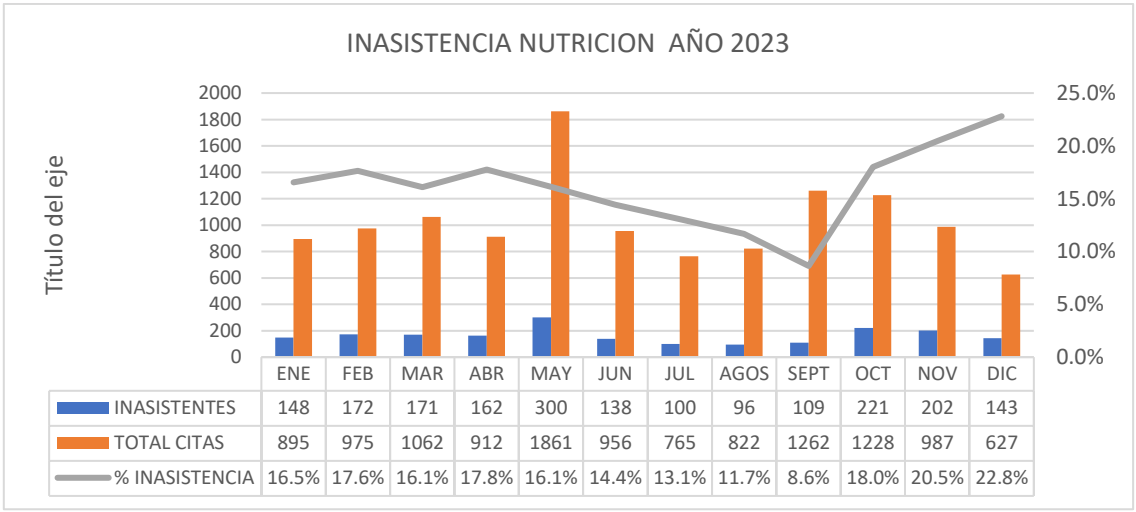
INASISTENCIA OFTALMOLOGIA AÑO 2023													
DATOS	**ENE**	**FEB**	**MAR**	**ABR**	**MAY**	**JUN**	**JUL**	**AGOS**	**SEPT**	**OCT**	**NOV**	**DIC**	**TOTAL**
INASISTENCIA	5	45	11	3	4	2	1	3	2	3	15	5	99
TOTAL CITAS	125	144	98	9	33	29	19	31	49	32	75	23	667
% INASISTENCIA	4.0%	31.3%	11.2%	33.3%	12.1%	6.9%	5.3%	9.7%	4.1%	9.4%	20.0%	21.7%	14.1%

h. Porcentaje de inasistencia a la consulta de dermatología de 2023.



INASISTENCIA DERMATOLOGIA AÑO 2023													
DATOS	**ENE**	**FEB**	**MAR**	**ABR**	**MAY**	**JUN**	**JUL**	**AGOS**	**SEPT**	**OCT**	**NOV**	**DIC**	**TOTAL**
INASISTENCIA	5	14	29	27	13	0	8	3	7	3	20	4	133
TOTAL CITAS	185	224	281	144	173	168	140	178	208	203	192	118	2214
% INASISTENCIA	2.7%	6.3%	10.3%	18.8%	7.5%	0.0%	5.7%	1.7%	3.4%	1.5%	10.4%	3.4%	6.0%

i. Porcentaje de inasistencia a la consulta de nutrición de 2023.



INASISTENCIA NUTRICION ENERO A SEPTIEMBRE 2023										
DATOS	**ENE**	**FEB**	**MAR**	**ABR**	**MAY**	**JUN**	**JUL**	**AGOS**	**SEPT**	**TOTAL**
INASISTENTES	148	172	171	162	300	138	100	96	109	1396
TOTAL CITAS	895	975	1062	912	1861	956	765	822	1262	9510
% INASISTENCIA	16.5%	17.6%	16.1%	17.8%	16.1%	14.4%	13.1%	11.7%	8.6%	14.7%

Posterior a la revisión de ambos escenarios en cuanto al indicador de inasistencia se concluye:

- Se solicita a gestión documental que además de cargar las historias clínicas en Servinte se debe cambiar el estado de atención en el sistema para así verificar puntualmente lo que se atendió. Esta solicitud ya se realizó.

- Se evidencia que hay usuarios sin clasificación, que suman en la producción, esto se debe a que los usuarios atendidos en las jornadas extramurales no quedan en la base de datos de agenda general por lo que estos usuarios no son contabilizados en la base, creando una diferencia numérica entre la base de 2193 y agenda general.

1.2.2.15. Resumen De Inasistencia

Uso de la capacidad resolutiva ambulatoria		
Procedimiento	**Médicos**	**Especialistas**
Total citas asignadas	180720	29049
Total inasistencias	17539	3352
% de inasistencia	9.7%	11.5%
Total de inatenciones	86	0
Total citas no asignadas	2760	927
Total citas programadas	183480	30003
% Capacidad No utilizada	11%	14%

Posteriormente a la revisión de los porcentajes de inasistencia se puede concluir, que supera lo esperado, y esto se puede deber a varios factores:

- La cultura de la población de la red subsidiada (mayoría) de solicitar citas y no asistir, este tipo de comportamientos son repetidos en algunos pacientes donde se ha identificado la múltiple solicitud indiscriminada e inasistencia continua sin embargo desde hace 3 meses se plantearon diferentes estrategias desde atención al usuario y proceso ambulatorio para disminuir este indicador dando como resultado un descenso en el porcentaje de inasistencia de más de 2 % tanto para medicina general como especializada.
- Gran parte de la capacidad de atención que tenemos para medicina general se ve entregada a la consulta con especialidades, donde los médicos generales apoyan la consulta espejo, disminuyendo así la disponibilidad mensual.

1.2.3. Servicio de consulta odontológica programada

1.2.3.1. Antecedentes y estructura organizativa

El subproceso de odontología brinda sus servicios en las 16 IPS de la Red de Salud del Centro y cuenta con un total de 28 unidades odontológicas, distribuidas de la siguiente manera:

IPS	NÙMERO DE UNIDADES ODONTOLOGICAS
HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	4
DIEGO LALINDE	2
PRIMITIVO CRESPO	1
OBRERO	3
BRETAÑA	2
BELALCAZAR	1
CRISTOBAL COLÒN	4
PANAMERICANO	1
DIVINO NIÑO	1
ALFONSO YUNG	1
LUIS H GARCES	1
PRIMAVERA	1
AGUABLANCA	1
RODEO	3
DOCE DE OCTUBRE	1
SANTIAGO RENGIFO	1
TOTAL	**28**

Actualmente, el subproceso cuenta con 23 odontólogos generales, de los cuales 3 están cumpliendo el servicio social obligatorio y laborando 8 horas diarias, mientras que los 19 restantes trabajan 4 horas al día. De estos, 16 odontólogos laboran en la jornada de la mañana y 4 en la jornada de la tarde. Además, se ofrecen servicios especializados de ortodoncia, periodoncia y rehabilitación oral en el Hospital Primitivo Iglesias, así como la realización de prótesis dentales autorizadas y/o contratadas con las EAPB en la IPS Bretaña.

Por otra parte, el subproceso cuenta con 6 higienistas orales, encargados de promover y mantener la salud bucal, y 6 auxiliares de consultorio.

Los procedimientos realizados por los odontólogos generales e higienistas orales incluyen consultas de primera vez y de control, atención de urgencias, obturaciones dentales, exodoncias, tratamientos de conducto, radiografías periapicales, aplicación de sellantes y barniz de flúor, limpiezas dentales y control de placa dental.

Para incrementar la cobertura de actividades de promoción y mantenimiento de la salud bucal, se llevan a cabo jornadas en escuelas, colegios e instituciones de la zona de influencia, realizadas por higienistas orales, con apoyo ocasional de odontólogos. Asimismo, se organizan jornadas solicitadas por la comunidad y las Juntas de Acción Comunal.

Durante el año 2023, se realizaron jornadas de salud oral en 55 sedes de instituciones educativas de las diferentes comunas de la zona de influencia.

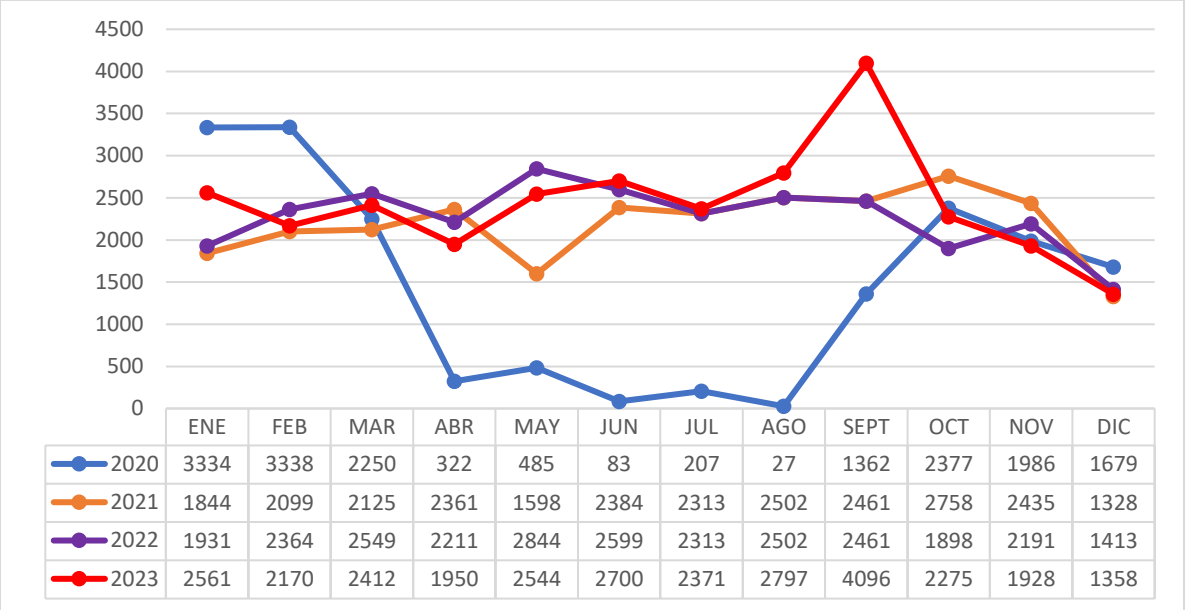
El servicio de odontología cuenta con un técnico de mantenimiento exclusivo y se programa mensualmente mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos, como unidades odontológicas, piezas de mano y cavitrones.

Los principales diagnósticos odontológicos en el año 2023 fueron:

DIAGNOSTICO	CANTIDAD
CARIES DE LA DENTINA	31188
GINGIVITIS AGUDA	18302
DEPOSITOS [ACRECIONES] EN LOS DIENTES	6632
RAIZ DENTAL RETENIDA	4221
PERDIDA DE DIENTES POR ACCIDENTE, EXTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	3143
CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA	2865
CARIES LIMITADA AL ESMALTE	2845
GINGIVITIS CRONICA	2377
OTRAS CARIES DENTALES	1963
PULPITIS	1859

Se observa que el diagnóstico predominante es la caries dental y las enfermedades relacionadas con las encías.

1.2.3.2. Comparación En El Número De Consultas De Primera Vez Realizadas En Los Años 2020, 2021, 2022 Y 2023



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2020	3334	3338	2250	322	485	83	207	27	1362	2377	1986	1679
2021	1844	2099	2125	2361	1598	2384	2313	2502	2461	2758	2435	1328
2022	1931	2364	2549	2211	2844	2599	2313	2502	2461	1898	2191	1413
2023	2561	2170	2412	1950	2544	2700	2371	2797	4096	2275	1928	1358

Fuente: Informe 2193.

CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMADA	2020	2021	2022	2023	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2020	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2022
Número de consultas odontológicas.	17450	26208	27276	29162	67%	7%

En la gráfica se observa la tendencia del número de consultas de primera vez por odontología realizadas en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

Lo más significativo de mencionar es:

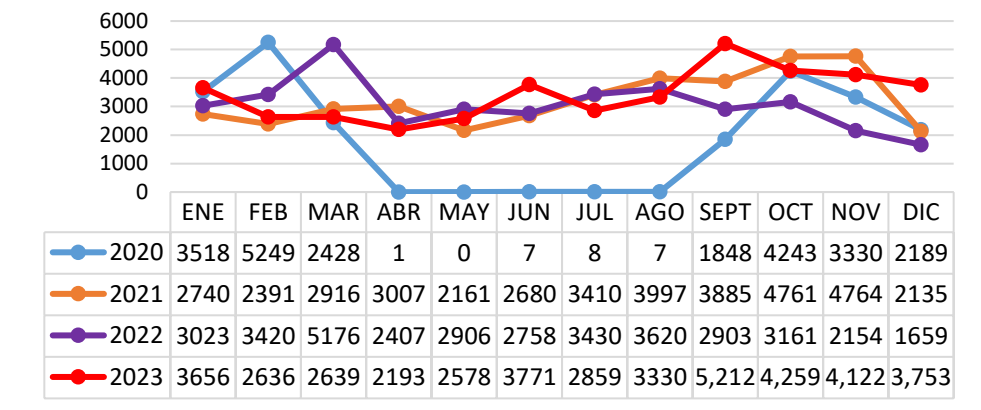
1. En las consultas se encuentran inmersas las consultas programadas de urgencias odontológicas.
2. Para el año 2020, por motivo de la pandemia por SARS-CoV-2 a partir del mes de abril hasta el mes de agosto se suspende temporalmente el servicio de odontología, durante este tiempo solo se oferto la consulta de urgencia odontológica en las IPS (Hospital Primitivo Iglesias, Rodeo, Luis H Garcés y Cristóbal Colón) por tal motivo se presenta una disminución en el número de consultas odontológicas; el porcentaje de variación en relación a las consultas realizadas en el año 2023 con el año 2020 fue del 67%.
3. El porcentaje de variación del año 2023 comparado con el año 2022 fue del 7%, es decir para el año 2023 se realizaron 1886 consultas odontológicas más que el año 2022.
4. Durante los cuatro años evaluados se puede evidenciar una tendencia al aumento de las consultas esto debido a diversas estrategias generadas las cuales han contribuido a dicho aumento, tales como:

- Agendamiento de citas por diversos canales (página web, Call Center, ChatBot y presencial), facilitándole así a los usuarios solicitar su cita odontológica.
- Demanda inducida en salas de espera de las IPS y en los diferentes servicios de las IPS.
- Apoyo del personal de SIBEO para la asignación de citas a los usuarios a los cuales ellos realizan el seguimiento.

Todas estas estrategias han generado un incremento en las consultas odontológicas a lo largo del año 2020, 2021, 2022 y 2023.

1.2.3.3. Comparación En El Número De Consultas Odontológicas Urgentes Realizadas En Los Años 2020, 2021, 2022 Y 2023

CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMADA	2020	2021	2022	2023	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2020	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2022
Número de consultas urgentes.	4523	2776	1399	1441	-68%	3%



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2020	3518	5249	2428	1	0	7	8	7	1848	4243	3330	2189
2021	2740	2391	2916	3007	2161	2680	3410	3997	3885	4761	4764	2135
2022	3023	3420	5176	2407	2906	2758	3430	3620	2903	3161	2154	1659
2023	3656	2636	2639	2193	2578	3771	2859	3330	5,212	4,259	4,122	3,753

Fuente: Informe de actividades y procedimientos, aplicativo servinte.

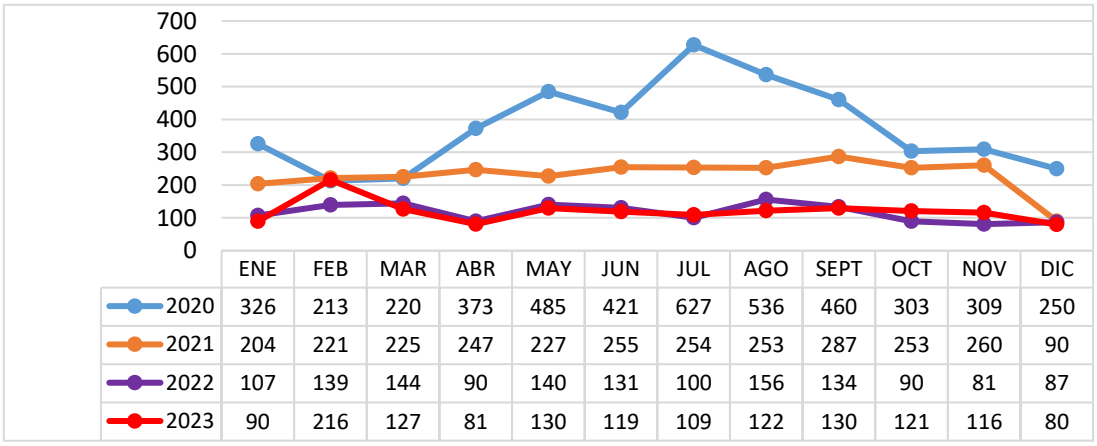
En la gráfica se puede observar el número de consultas urgentes realizadas en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

Lo más significativo de mencionar es:

1. Comparando los 4 años mencionados anteriormente, se puede evidenciar que el año que presento un mayor número de consultas urgentes fue el 2020, con un total de 4523 consultas, el aumento se presentó específicamente en los meses de abril a septiembre, esto debió a que por la pandemia por SARS-CoV-2, solo se aperturaron las IPS (Hospital Primitivo Iglesias, Rodeo, Luis H Garcés y Cristóbal Colón) para prestar el servicio de urgencias odontológicas, el porcentaje de variación del año 2023 respecto al 2020 fue del -68%, es decir se realizaron 3082 consultas menos.
2. Para el año 2021 se realizaron 1747 consultas menos comparado con el año 2020, es decir se presenta una disminución en el número de consultas urgentes, esto debido a que el servicio para dicho año ya prestaba sus servicios con normalidad.
3. Para el año 2023 se realizaron 42 consultas más comparadas con el año 2022, esto representa un porcentaje de variación del 3%, aunque se presentó un aumento este no es muy significativo.

1.2.3.4. Comparación del número de sellantes realizados en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

Fuente: Informe 2193.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2020	326	213	220	373	485	421	627	536	460	303	309	250
2021	204	221	225	247	227	255	254	253	287	253	260	90
2022	107	139	144	90	140	131	100	156	134	90	81	87
2023	90	216	127	81	130	119	109	122	130	121	116	80

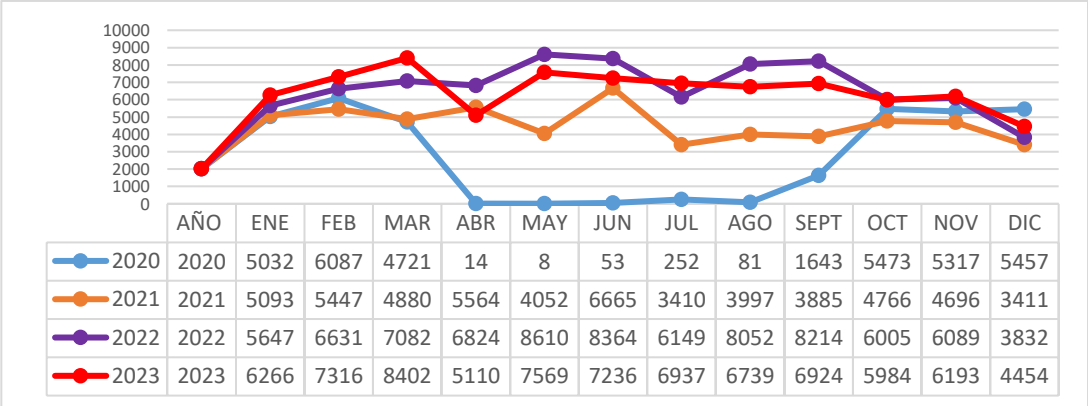
CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMADA	2020	2021	2022	2023	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2020	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2022
Número de sellantes realizados.	22828	38847	36617	41008	80%	12%

En la gráfica se observa el número de sellantes realizados en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

Lo más significativo de mencionar es:

1. Para el año 2020, se presenta una disminución del número de sellantes realizados, esto debido a que el servicio de higiene oral durante los meses de abril a agosto no se prestó, esto debido a la pandemia por SARS-CoV-2, en donde se dio un cierre temporal del servicio, ofertando solo el servicio de urgencia odontológica.
2. Se puede evidenciar que, durante los 4 años, la aplicación de sellantes ha venido en aumento, para el año 2023 se presentó un porcentaje de variación del 12% comparado con el año 2022, lo que corresponde a 4391 sellantes más, dicho aumento se debe a diversas estrategias tales como:
   - Demanda inducida en salas de espera para captación de pacientes que no han asistió a higiene oral.
   - Articulación con los demás servicios de la IPS para remisión al servicio de odontología
   - Jornada en escuelas, colegios e instituciones de nuestra área de influencia.
   - Participación en jornada de “Soy generación más sonriente” en donde no solo se aplica el barniz de flúor, si no que se realizan las actividades completas de higiene oral.
   - Participación en charlas educativas realizadas en las IPS en donde se explica la importancia de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud.

1.2.3.5. Comparación Del Número De Superficies Obturadas En Los Años 2020, 2021, 2022 Y 2023



AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2020	5032	6087	4721	14	8	53	252	81	1643	5473	5317	5457
2021	5093	5447	4880	5564	4052	6665	3410	3997	3885	4766	4696	3411
2022	5647	6631	7082	6824	8610	8364	6149	8052	8214	6005	6089	3832
2023	6266	7316	8402	5110	7569	7236	6937	6739	6924	5984	6193	4454

Fuente: Informe 2193.

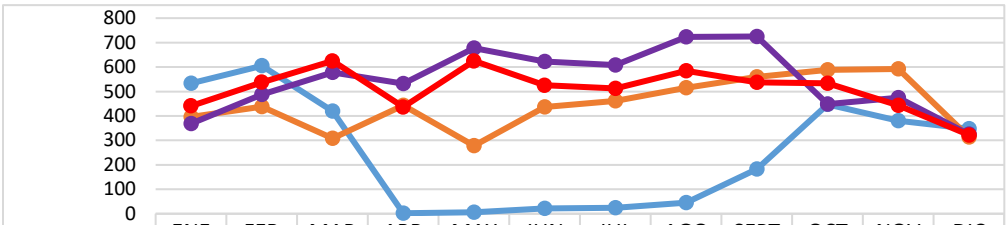
CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMADA	2020	2021	2022	2023	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2020	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2022
Número de superficies obturadas.	34138	55866	81499	79130	132%	-3%

En la gráfica el número de superficies obturadas en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

Lo más significativo de mencionar es:

1. Realizando la evaluación del número de superficies obturadas de los años 2020 al 2023, se puede evidenciar que el año 2020 fue donde se presentó un número menor de superficies, esto debido a que en los meses de abril a agosto por la pandemia por SARS-CoV-2, no se oferto el servicio de obturación dental, las obturaciones realizadas estos meses fueron derivadas de las atenciones por urgencias realizadas durante esos meses, esto nos indica que, el número de pacientes que asistieron a el servicio por urgencia odontológica y requirieron obturación dental fueron pocos.
2. Para el año 2023 se realizaron 2360 superficies obturadas menos en comparación con el año 2022, esto corresponde a un porcentaje de variación del -3%, esta disminución puede deberse a varias razones tales como:
   - Los usuarios han requerido menos superficies obturadas.
   - Durante el año se presentaron varias novedades con el personal (licencias no remuneradas, incapacidad por 30 días, renuncia de personal, calamidades familiares y personal con restricción) todo esto contribuye a que las actividades en este caso las superficies obturadas disminuyan, ya que se presenta disminución en la capacidad resolutiva del servicio.

1.2.3.6. Comparación del número de exodoncias realizadas en los años, 2020, 2021, 2022 y 2023.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2020	533	605	420	2	6	21	24	45	183	447	380	347
2021	396	438	308	443	278	437	462	515	560	589	592	313
2022	369	487	578	532	678	622	608	723	725	448	475	325
2023	441	538	625	436	625	525	513	585	537	534	443	322

Fuente: Informe 2193.

CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMADA	2020	2021	2022	2023	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2020	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2022
Número de exodoncias.	3013	5331	6570	6124	103%	-7%

En la gráfica se observa el número de exodoncias realizadas en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

Lo más significativo de mencionar es:

1. Para el año 2020 por el motivo de pandemia por SARS-CoV-2, se presenta una disminución en el número de exodoncias realizadas, especialmente en los meses de abril a agosto, que son los que corresponden a la suspensión del servicio por la pandemia, en donde solo se oferto la consulta por urgencia odontológica en algunas IPS, esto nos indica que durante esos meses los usuarios que requirieron exodoncia en la consulta de urgencia fueron pocos, se observa un aumento para el mes de agosto esto quizás se debe también a que para dicho mes los usuarios accedieron mas al servicio odontológico.
2. Para el año 2023 se presentó una disminución del número de exodoncias realizadas comparado con el año 2022, el porcentaje de variación fue el -7%, dicha disminución puede deberse a dos motivos.
   - Los usuarios están requiriendo menos exodoncias dentales.
   - Disminución en la capacidad resolutiva del servicio debido a las novedades con el personal mencionados anteriormente.

1.2.3.7. Resumen de la producción del servicio de odontología de los años, 2020, 2021, 2022 y 2023.

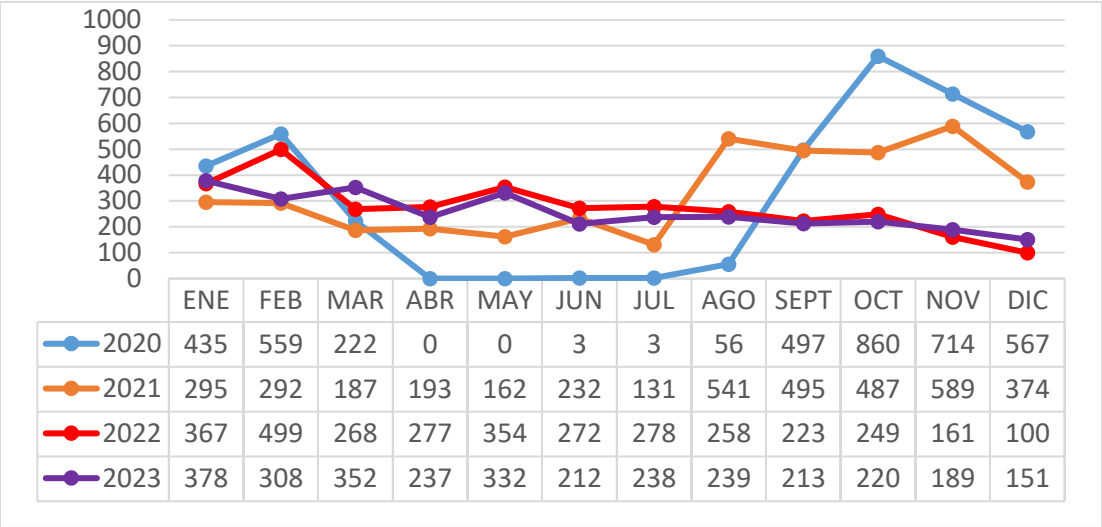
ODONTOLOGIA						
ACTIVIDAD	**AÑO 2020**	**AÑO 2021**	**AÑO 2022**	**AÑO 2023**	**% CRECIMIENTO O DECRECIMIENTO AÑO 2020 VS 2023**	**% CRECIMIENTO O DECRECIMIENTO AÑO 2023 VS 2022**
Consultas	17566	14739	25877	27721	58%	7%
Actividades	58744	170192	195471	117467	100%	-40%
Actividades P y P (sellantes, detartrajes, fluor, placa)	75013	67591	79831	86585	15%	8%
Consulta de urgencias	4523	2776	1399	1441	-68%	3%
Total tratamientos terminados	3916	3985	3306	2676	-32%	-19%
TOTAL GENERAL	159762	259283	305884	235890	48%	-23%

Fuente: Informe RIPS.

En la tabla se puede evidenciar el resumen y comparación de la producción del servicio de odontología de los años 2020, 2021, 2022 y 2023, cada una de las actividades se encuentra sustentada anteriormente. Para el año 2023 se presentaron diversas novedades con el personal que afectaron la capacidad resolutiva del servicio y por ende la realización de algunas de las actividades, algunas de las novedades fueron:

- Incapacidades médicas.
- Licencias no remuneradas
- Renuncia de personal
- Calamidades familiares
- Personal que no cuenta con auxiliar, se le debe asignar un tiempo diario para que realicen labores de lavado y esterilizado de instrumental, por lo tanto, disminuyen cupos en la agenda diaria.
- Personal con restricción, en donde no puede realizar procedimientos odontológicos, se otorgan tiempos dentro de la agenda para pausas activas y se aumenta el tiempo de consulta de 20 minutos a 30 minutos, por lo cual se disminuye el número de citas diarias.

1.2.3.8. *comparación el número de tratamiento terminados en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.*



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2020	435	559	222	0	0	3	3	56	497	860	714	567
2021	295	292	187	193	162	232	131	541	495	487	589	374
2022	367	499	268	277	354	272	278	258	223	249	161	100
2023	378	308	352	237	332	212	238	239	213	220	189	151

Fuente: Informe 2193.

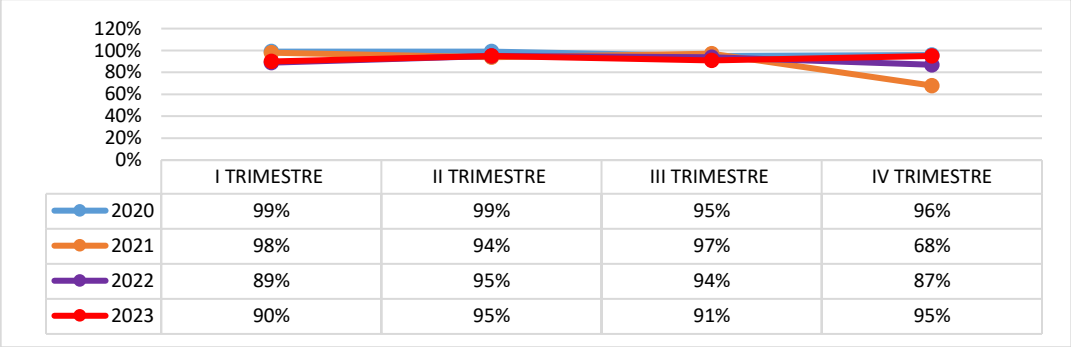
CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMADA	2020	2021	2022	2023	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2020	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2022
Número de tratamientos terminados	3916	3978	3306	3069	-22%	-7%

En la gráfica se observa comparación en porcentaje de tratamientos terminados en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

Lo más significativo de mencionar es:

1. Para el año 2023 se presenta una disminución en comparación a los años 2022, 2021 y 2020, el porcentaje de variación del año 2023 comparado con el año 2020 fue del -22% y comparado con el año 2022 fue del -7%, esto puede estar relacionado con el decrecimiento de la capacidad resolutiva en comparación con el año 2022, debido a las novedades del personal presentadas, las cuales se encuentran descritas anteriormente.
2. Con el fin de incrementar el número de tratamientos terminados se ha venido realizando búsqueda activa en las historias clínicas de los usuarios para evidenciar si el error es por parte del profesional que no realiza el procedimiento para dar terminado al tratamiento o si definitivamente el usuario no ha sido adherente al tratamiento, cuando se ha evidenciado falencia por parte de los colaboradores en reunión de proceso mensual se les ha socializo dicho hallazgo a los colaboradores, se les ha enseñado el indicador y se les informa la importancia de este, esto con el fin de corregir la falencia y así lograr aumentar el número de dicho indicador, adicional se les recuerda que cuando el paciente asista por primera vez a consulta odontológica y requiera tratamiento el día de la consulta se debe iniciar tratamiento para que el usuario deba asistir lo menos posible a la IPS y así lograr captarlo y que termine tratamiento odontológico.

1.2.3.9. Comparación del porcentaje de adherencia y diligenciamiento a guías y protocolos de odontólogos en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.



	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
2020	99%	99%	95%	96%
2021	98%	94%	97%	68%
2022	89%	95%	94%	87%
2023	90%	95%	91%	95%

Fuente: Auditoria de historia clínica y aplicativo Almera.

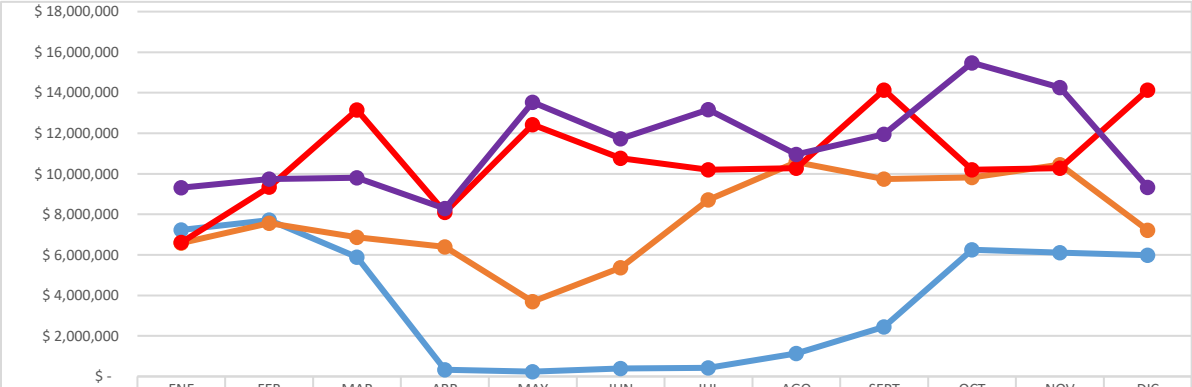
CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMADA	2020	2021	2022	2023	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2020	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2022
PORCENTAJE DE ADHERECIA Y DILIGENCIAMIENTO A GUIAS Y PROTOCOLOS.	97%	89%	93%	93%	-4%	0%

En la gráfica se observa el porcentaje de adherencia a guías y protocolos por parte del personal de odontología en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

Lo más significativo de mencionar es:

1. Para el año 2023 y 2022 se presenta un porcentaje de adherencia y diligenciamiento del 93%, la meta establecida es del 90% por ende se puede decir que en ambos años se cumple con la meta.
2. Comparando el año 2023 con el 2020, se evidencia un decrecimiento del 4%.
3. A partir del año 2021 se cambia el instrumento de evaluación del indicador, anteriormente se evaluaban 26 criterios y se pasó a evaluar 53 criterios, al realizar una auditoria más exigente se presentó una disminución en el porcentaje de adherencia, el resultado para dicho año fue del 89%, el cual no alcanza a cumplir con la meta establecida, con el fin de mejorar la adherencia y diligenciamiento de la historia clínica se han venido realizado en cada reunión de proceso mensual la socialización de los hallazgos más comunes encontrados en las auditorias de historia clínica, adicional a cada profesional se le entrega individualmente los hallazgos presentados y posterior a esto se les explica cómo se debe diligenciar, con el fin de que aclaren dudas y diligencien correctamente la historia clínica, a la fecha se sigue implementando dicho estrategia y se evidencio para el año 2022 y 2023 una mejora en los resultados y no se ha presentado un decrecimiento de este indicador.

1.2.3.10. Comparación de los ingresos por particular percibidos por el servicio de odontología en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2020	$ 7,222,90	$ 7,713,50	$ 5,891,70	$ 324,100	$ 238,000	$ 392,200	$ 427,300	$ 1,134,20	$ 2,444,20	$ 6,249,30	$ 6,112,60	$ 5,978,30
2021	$ 6,580,60	$ 7,557,40	$ 6,870,70	$ 6,397,00	$ 3,694,10	$ 5,359,10	$ 8,719,20	$ 10,572,0	$ 9,738,40	$ 9,811,50	$ 10,446,7	$ 7,211,00
2022	$ 6,608,90	$ 9,342,90	$ 13,153,1	$ 8,092,50	$ 12,431,3	$ 10,763,9	$ 10,198,7	$ 10,269,6	$ 14,136,2	$ 10,198,7	$ 10,269,6	$ 14,136,2
2023	$ 9,317,20	$ 9,747,10	$ 9,799,10	$ 8,281,00	$ 13,522,3	$ 11,722,0	$ 13,165,0	$ 10,953,0	$ 11,958,0	$ 15,478,0	$ 14,254,0	$ 9,328,00

Fuente: Informe cargos digitados, aplicativo servinte.

CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMADA	2020	2021	2022	2023	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2020	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2022
Ingresos por particular percibidos	$ 44,128,300	$ 92,957,700	$ 129,601,600	$ 137,524,766	212%	6%

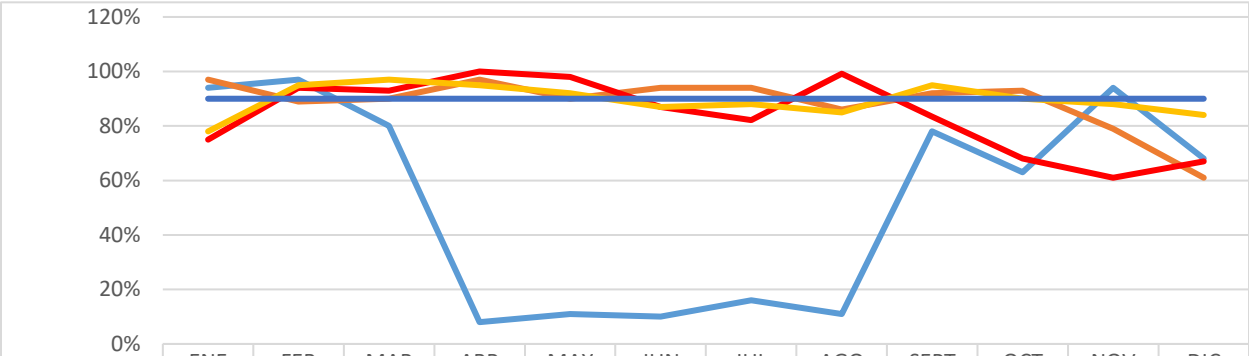
En la gráfica se observa la Comparación de los ingresos por particular percibidos por el servicio de odontología en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

Lo más significativo de mencionar es:

A través de los 4 años comparados se ha evidenciado un incremento significativo de los ingresos particulares percibidos, en el año 2020 se presenta un ingreso bajo debido a la suspensión de servicios durante unos meses por la pandemia por SARS-CoV-2. Este aumento significativo se debe a la oferta que realiza el personal de odontología y al trabajo articulado con los demás servicios, áreas de las IPS y a las pautas en las redes sociales de la E.S.E, logrando así un incremento para el año 2023 del 212% comparado con el año 2020, un 48% en comparación con el año 2021 y un 6% en comparación con el 2022.

1.2.3.11. *Comparación del porcentaje de productividad de los odontólogos en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.*

Fuente: Informe de seguimiento a citas, aplicativo Servinte y aplicativo Almera.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2020	94%	97%	80%	8%	11%	10%	16%	11%	78%	63%	94%	68%
2021	97%	89%	90%	97%	90%	94%	94%	86%	92%	93%	79%	61%
2022	75%	94%	93%	100%	98%	87%	82%	99%	83%	68%	61%	67%
2023	78%	95%	97%	95%	92%	87%	88%	85%	95%	90%	88%	84%
META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMADA	2020	2021	2022	2023	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2020	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2022
Porcentaje de productividad	53%	89%	84%	90%	70%	7%

En la gráfica se observa el porcentaje de productividad de los odontólogos en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

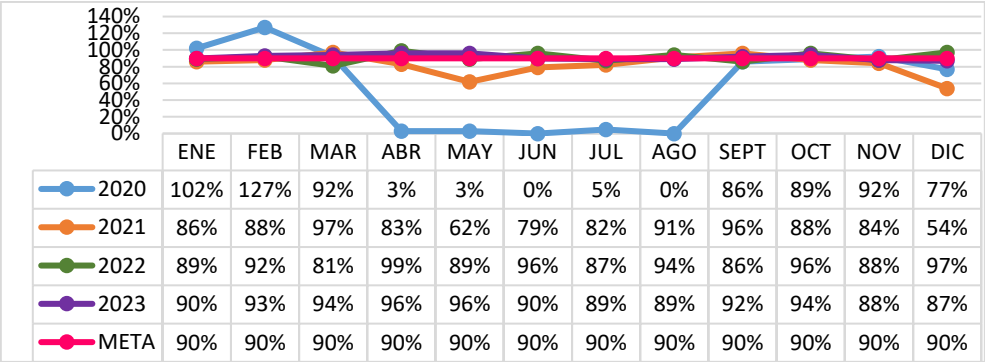
Lo más significativo de mencionar es:

1. Para el año 2020, se presenta una disminución significativa del porcentaje de productividad de productividad de los odontólogos del servicio, esto debido a la suspensión temporal de los servicios debido a la pandemia por SARS-CoV-2, ya que debido a esto se suspendieron los servicios, ofertando solo consulta por urgencias en algunas IPS (Hospital Primitivo Iglesias, Rodeo, Luis H Garcés y Cristóbal Colón).
2. Teniendo en cuenta que la meta del indicador es del 90% se puede indicar que solo en el año 2023 se cumplió con dicha meta, para dicho cumplimiento se han generado diversas estrategias para lograr un uso óptimo de la capacidad resolutiva del servicio, las estrategias son:

- Agendamiento por diversos canales de citas odontológicas, tales como: Call Center, Pagina Web, ChatBot y presencial, permitiéndole así a los usuarios que asignen con facilidad su cita.
- Demanda inducida en salas de espera y demás servicios de las IPS.
- Aprovechamiento de los usuarios que asisten a la consulta, es decir si se cuenta con cupos disponibles en la agenda del día y el paciente presenta tratamiento pendiente por realizar este puede ser atendido nuevamente el mismo día.
- Apoyo por parte del personal de SIBEO en la asignación de citas a los usuarios a quienes le realizan seguimiento.
- Seguimiento de las agendas, en donde cuando se presentan cupos disponibles se informa al personal de facturación, de Call Center y Central de autorizaciones para que tengan conocimiento de la disponibilidad de citas y apoyen ofertándolas.

3. En el mes en donde no se cumplió con la meta y afecta el promedio del trimestre, fue el mes de enero, en donde para el año 2022 el porcentaje de productividad fue del 75% y para el año 2023 fue de 76%, en dicho mes se observó una disminución en el flujo de pacientes por ende se encontraban las agendas con varios cupos disponibles esto correspondió a un aproximado de 2211 citas que no se asignaron, con el fin de mejorar se implementaron estrategias tales como: demanda inducida en salas de espera y en los demás servicios de las IPS; para los meses de febrero y marzo se observa una mejora del porcentaje de productividad y ya en estos meses se cumple con la meta establecida.

1.2.3.12. Comparación del porcentaje de productividad de higienistas orales en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2020	102%	127%	92%	3%	3%	0%	5%	0%	86%	89%	92%	77%
2021	86%	88%	97%	83%	62%	79%	82%	91%	96%	88%	84%	54%
2022	89%	92%	81%	99%	89%	96%	87%	94%	86%	96%	88%	97%
2023	90%	93%	94%	96%	96%	90%	89%	89%	92%	94%	88%	87%
META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

Fuente: Informe de seguimiento a citas, aplicativo servinte y aplicativo almera.

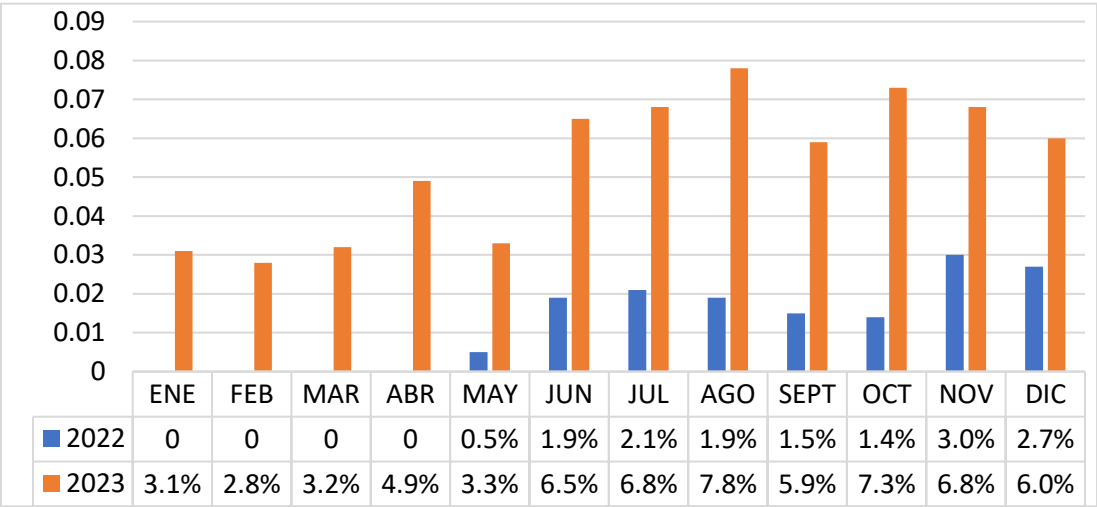
CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMADA	2020	2021	2022	2023	% DE VARIACIÓN 2023 VS 2020	% DE VARIACIÓN 2022 VS 2023
Porcentaje de productividad higiene oral.	56%	83%	91%	92%	62%	0%

En la gráfica se observa el porcentaje del rendimiento de higienistas orales en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

Lo más significativo de mencionar es:

1. Para el año 2020, se presenta una disminución significativa del porcentaje de productividad de productividad de los odontólogos del servicio, esto debido a la suspensión temporal de los servicios debido a la pandemia por SARS-CoV-2, ya que debido a esto se suspendieron los servicios, ofertando solo consulta por urgencias en algunas IPS (Hospital Primitivo Iglesias, Rodeo, Luis H Garcés y Cristóbal Colón).
2. Se evidencia que a lo largo de los cuatros año ha ido mejorando el porcentaje de productividad de higienistas orales, teniendo en cuenta que la meta del indicador es del 90% se puede evidenciar que en los años 2022 y 2023 se cumplió con la meta.
3. De igual manera que con los odontólogos se han realizado estrategias para mejorar el uso de la capacidad resolutiva del servicio, las estrategias han sido:
   - Demanda inducida en salas de espera y demás servicios de las IPS.
   - Apoyo por parte del personal de SIBEO en la asignación de citas a los usuarios a quienes le realizan seguimiento.
   - Seguimiento de las agendas, en donde cuando se presentan cupos disponibles se informa al personal de facturación para que tengan conocimiento de la disponibilidad de citas y apoyen ofertándolas.
   - Jornadas en escuelas, colegios e instituciones de nuestra área de influencia.

1.2.3.13. Porcentaje de inasistencia a la consulta odontológica en los años 2022 y 2023.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2022	0	0	0	0	0.5%	1.9%	2.1%	1.9%	1.5%	1.4%	3.0%	2.7%
2023	3.1%	2.8%	3.2%	4.9%	3.3%	6.5%	6.8%	7.8%	5.9%	7.3%	6.8%	6.0%

Fuente: Informe de seguimiento a citas, aplicativo servinte.

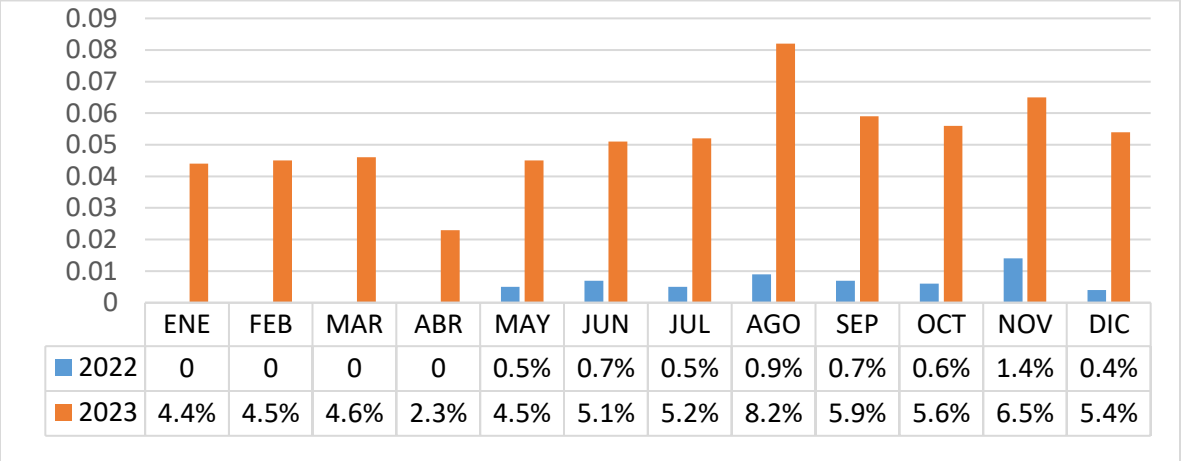
AÑO	% PROMEDIO
2022	1.90%
2023	5%

En la gráfica se observa el porcentaje de inasistencia para los años 2022 y 2023. Lo más significativo de mencionar es:

1. La medición del porcentaje de inasistencia se retomó en el mes de mayo del año 2022, por lo cual no cuenta con años comparativos.
2. De acuerdo con el histórico del año 2022, se establece una meta del 5%, se puede evidencia que para el año 2022 se cumple con la meta establecida y que para el año 2023 se llega al 5%.

3. Para el año 2023 se evidencia un aumento significativo del porcentaje de inasistencia en odontología, en especial en el último semestre del año, por ende, a partir del mes de octubre se genera la estrategia de envió de mensajes confirmatorios de la cita con el fin de disminuir dicho indicador y aunque para los meses de noviembre y diciembre no se cumple con la meta establecida se observa que la tendencia del indicador fue una disminución.

1.2.3.14. Porcentaje de inasistencia a la consulta de higiene oral en los años 2022 y 2023.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2022	0	0	0	0	0.5%	0.7%	0.5%	0.9%	0.7%	0.6%	1.4%	0.4%
2023	4.4%	4.5%	4.6%	2.3%	4.5%	5.1%	5.2%	8.2%	5.9%	5.6%	6.5%	5.4%

Fuente: Informe de seguimiento a citas, aplicativo servinte.

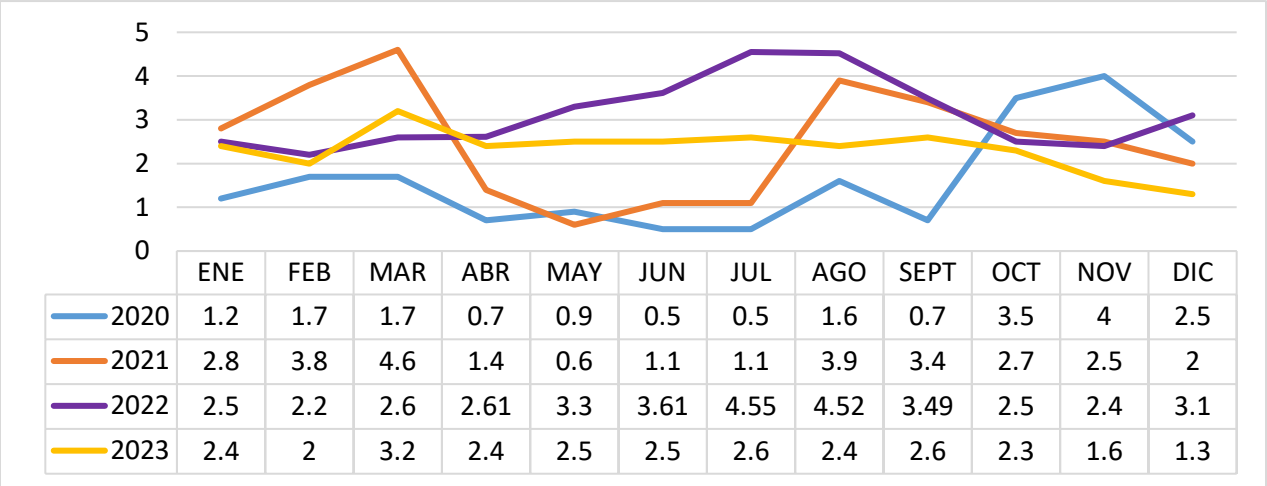
AÑO	% PROMEDIO
2022	1%
2023	5%

En la gráfica se observa el porcentaje de inasistencia para el primero trimestre del año 2023 en la consulta de higiene oral.

Lo más significativo de mencionar es:

1. La medición del porcentaje de inasistencia se retomó en el mes de mayo del año 2022, por lo cual no cuenta con años comparativos.
2. De acuerdo con el histórico del año 2022, se establece una meta del 5%, se puede evidencia que para el año 2022 se cumple con la meta establecida y que para el año 2023 se llega al 5%.
3. Este indicador cuenta con un comportamiento similiar a la inasistencia de odontología, se presenta un aumento significativo para el año 2023, en especial para el segundo semestre, las estrategias mencionadas anteriormente para disminuir dicho porcentaje se implementan de igual manera para la consulta de higiene oral.

1.2.3.15. *Comparación del tiempo promedio en días para la asignación de cita odontológica en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.*



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2020	1.2	1.7	1.7	0.7	0.9	0.5	0.5	1.6	0.7	3.5	4	2.5
2021	2.8	3.8	4.6	1.4	0.6	1.1	1.1	3.9	3.4	2.7	2.5	2
2022	2.5	2.2	2.6	2.61	3.3	3.61	4.55	4.52	3.49	2.5	2.4	3.1
2023	2.4	2	3.2	2.4	2.5	2.5	2.6	2.4	2.6	2.3	1.6	1.3

Fuente: Informe 0256.

CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMADA	2020	2021	2022	2023	% DE VARIACIÓN 2021 VS 2023	% DE VARIACIÓN 2022 VS 2023
OPORTUNIDAD PROMEDIO PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA ODONTOLOGICA	1,6	2,5	3,1	2,3	43%	-26%

La gráfica muestra el tiempo promedio en días para la asignación de cita odontológica los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

Lo más significativo de mencionar es:

1. La meta del indicador consta de la asignación de cita odontológica no mayor a 3 días, de acuerdo con esto se puede evidenciar que es en el año 2022 donde no se cumple esta, para este año los días promedios para la asignación de cita odontológica fue de 3,1 días, aunque no se cumple con la meta no es significativo.
2. Para el cumplimiento de la meta se generan estrategias como:

- Inicio del tratamiento odontológico en la misma de cita de consulta por odontología.
- El cupo del final de la agenda se deja libre para la asignación de citas de urgencias, en algunas ocasiones dicho cupo no fue asignado, por ende se establece que si en la jornada de la mañana posterior a las 10:00 am y en la jornada de la tarde 4:00 pm no ha sido asignado dicho cupo este puede ser asignado con cualquier procedimiento o consulta odontológica, esto con el fin de disminuir también el porcentaje de capacidad no utilizada y brindarle la oportunidad al usuario que acceda oportunamente a la cita requerida.

1.2.3.16. Uso de la capacidad resolutiva del servicio de odontología del año 2023.

Servicio de odontología	
Total citas asignadas	88174
Total inasistencias	4411
% de inasistencia	5%
Total de inatenciones	826
Total citas no asignadas	7280
Total citas programadas	95454
% Capacidad No utilizada	13%

En el cuadro se puede evidenciar un resumen del uso de la capacidad resolutiva del servicio de odontología en el año 2023.

Lo más significativo de mencionar es:

1. El porcentaje de inasistencia para odontología es del 5% lo cual se encuentra al límite de la meta establecida.
2. Las inatenciones presentadas en el servicio son en su mayoría atribuibles a novedades presentadas con el personal, en especial por incapacidad médica, renuncia o calamidad familiar; con el fin de generar la menor inatención posible cuando se presentan estos casos la estrategia implementada es:
   - Revisión de agenda del profesional que presenta la novedad (número de cupos vendidos y numero de cupos disponibles).
   - Se comparan las agendas de los demás profesionales con la del profesional de la calamidad, en caso de que un profesional presente un número mayor de cupos disponibles (cupo sin vender) en su agenda se direcciona para que cubra la agenda del profesional que presenta la novedad, esto con el fin de que el número de inatenciones sea menor, ya que dicho profesional presenta menos pacientes agendados.

3. El número de citas no asignadas corresponden a las citas no asignadas, la estrategia para la disminución de esta se describe en productividad de odontólogos.

1.2.4. Servicios De Rehabilitación Integral

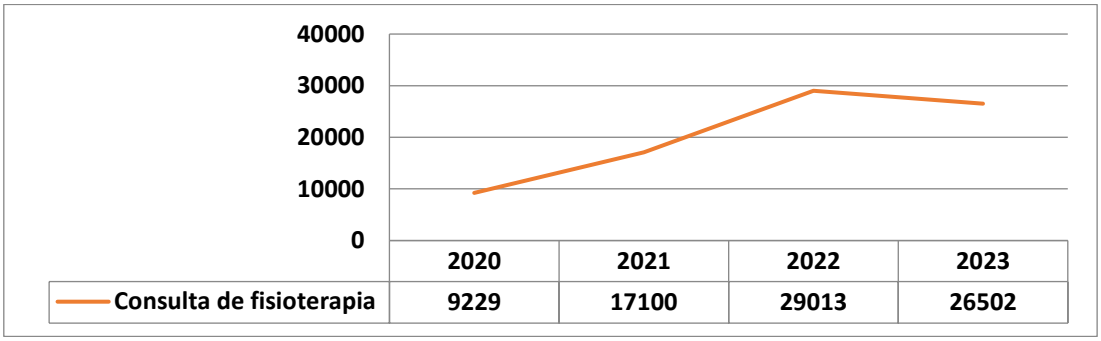
1.2.4.1. Antecedentes Y Estructura Organizativa

Este servicio proporciona una atención integral centrada en la recuperación, socialización e integración del paciente, abordando diversas áreas mentales, emocionales, cognitivas, sociales y físicas, entre otras. Se ofrece una variedad de servicios en campos como psicología, trabajo social, terapia ocupacional, terapia respiratoria, fonoaudiología, fisioterapia y gerontología, los cuales se distribuyen de la siguiente manera:

- **IPS Luis H Garces:** Ofrece servicios de psicología, trabajo social, terapia ocupacional, terapia respiratoria, fonoaudiología, fisioterapia y gerontología.
- **IPS Cristobal Colón:** Proporciona servicios de psicología, trabajo social, fisioterapia y gerontología.
- **IPS Diego Lalinde:** Brinda servicios de psicología y gerontología.
- **IPS Rodeo:** Dispone de servicios de psicología y gerontología.
- **IPS Obrero:** Ofrece servicios de psicología, gerontología y trabajo social.
- **Hospital Primitivo Iglesias:** Proporciona servicios de trabajo social y psicología.

1.2.4.2. Servicio De Fisioterapia

1.2.4.2.1. Número total de actividades de fisioterapia realizadas en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.



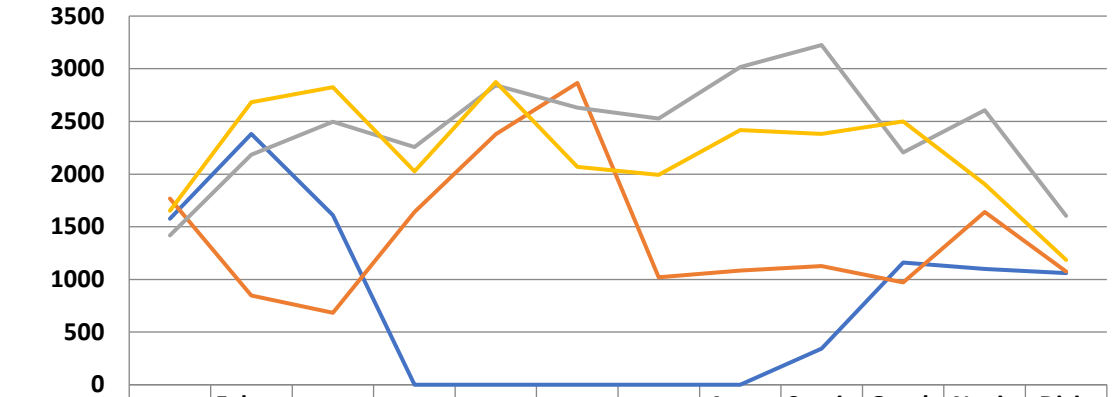
Fuente: informe de actividades, servinte.

Teniendo en cuenta la gráfica presentada anteriormente, evidencia una tendencia significativa en la evolución de las consultas de fisioterapia a lo largo de los años.

En el periodo de 2020 a 2021, se observó un marcado aumento del 85%, pasando de 9.229 a 17.100 consultas. Sin embargo, en el siguiente año, 2022, se produjo un incremento aún más notable del 69%, llegando a 29.013 consultas, impactando positivamente al paciente gracias a la planificación estratégica que se retomó por el convenio ***Docencia/ Servicio*** en las dos IPS: Luis H. Garces y Cristóbal Colón, mejorando las condiciones de calidad en el servicio.

Para el último trimestre del año 2023, se registró una disminución del 9%, reduciéndose a 26.502 consultas, a esto se le suma el hecho que se contaba con una Fisioterapeuta menos que en el segundo semestre ocasionando menos atenciones a los pacientes. A pesar de esta disminución, el total de consultas en 2023 sigue siendo mayor que en los años anteriores. El porcentaje de variación entre 2022 y 2021 muestra una disminución del 9%. Sin embargo, la variación positiva del 28.13% entre 2023 y 2022 sugiere una recuperación o adaptación a las necesidades cambiantes de los pacientes en ese periodo.

1.2.4.2.2. Actividades Por Mes Del Servicio De Fisioterapia En Los Años 2020, 2021,2022 Y 2023.



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2020	1576	2381	1611	0	0	0	0	0	343	1161	1098	1059
2021	1767	848	683	1641	2379	2865	1020	1083	1126	972	1640	1076
2022	1418	2184	2498	2257	2842	2630	2528	3015	3225	2205	2606	1605
2023	1651	2681	2824	2025	2874	2068	1992	2417	2382	2499	1904	1185

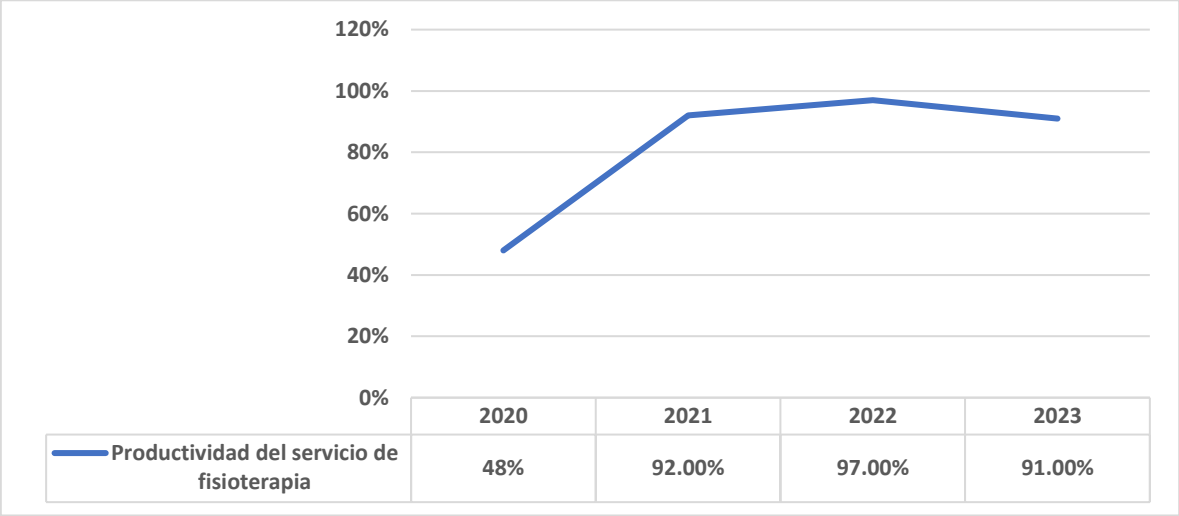
Fuente: informe de actividades, servinte.

Ahora bien, en cuanto a los datos que se obtienen de manera mensual de las actividades revela patrones interesantes a lo largo de los años. En 2020, se registraron cifras variables, con un pico en febrero, el cual fue de 2.381 actividades, mientras que en otros meses como abril y mayo se evidencia, que los datos bajaron a 0 hasta el mes de agosto, esto debido a que para esas fechas se tenía la pandemia debido al COVID-19.

En 2021, la distribución mensual mostró una mayor estabilidad, con un aumento constante desde enero hasta junio, alcanzando su punto máximo en junio con 2865 actividades. Sin embargo, la segunda mitad del año experimentó fluctuaciones, destacando un repunte en noviembre.

El año 2022 presentó un perfil diferente, con un pico significativo en septiembre (3225 actividades) y una distribución más uniforme en comparación con el año anterior. En 2023, SE observó un cambio en la dinámica, con una disminución constante a lo largo del año, alcanzando su punto más bajo en diciembre (1185 actividades).

1.2.4.2.3. COMPARACIÓN DE PRODUCTIVIDAD POR AÑOS 2020,2021,2022,2023 DE FISIOTERAPIA.



	2020	2021	2022	2023
Productividad del servicio de fisioterapia	48%	92.00%	97.00%	91.00%

Fuente: informe de actividades, servinte.

La productividad del servicio de fisioterapia ha experimentado notables transformaciones a lo largo de los años, reflejando adaptaciones a las condiciones del entorno y cambios en la demanda. En el año 2020, la productividad se situó en un 48%, un indicativo significativo dado el contexto de la pandemia de COVID-19, que restringió las salidas y generó temor en la población. Este porcentaje sugiere una adaptación eficaz a las circunstancias para lograr una atención continua, considerando las limitaciones impuestas por la situación sanitaria.

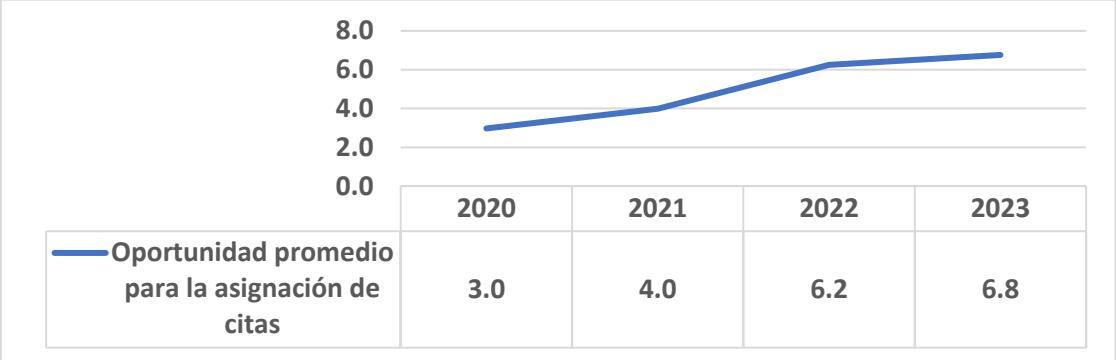
Contrastando con el año anterior, el 2021 presenció una mejora considerable, alcanzando una impresionante productividad del 92%, un incremento del 44%. Esta mejora denota una eficiencia operativa mejorada y posiblemente una creciente demanda de los servicios, lo que sugiere una respuesta efectiva a las necesidades cambiantes de la comunidad.

Ahora bien, en el año 2022, la productividad alcanzó el 97%, indicando que la gran mayoría de las consultas programadas se llevaron a cabo con éxito. Este logro excepcional podría atribuirse a una gestión eficiente de recursos y procesos internos, demostrando la capacidad del servicio para cumplir con sus compromisos operativos.

Sin embargo, en el año 2023, se observa una disminución del 6%, situando la productividad en un 91%. Aunque este nivel aún es elevado, la reducción podría señalar desafíos o ajustes en la capacidad operativa del servicio durante ese periodo. Las variaciones porcentuales destacan la dinámica cambiante, con un crecimiento del 44% en 2021 indicando un periodo de optimización, y una disminución del 6% en 2023 sugiriendo la necesidad de abordar posibles desafíos o ajustes en la eficiencia del servicio de fisioterapia.

La principal diferencia que se evidencia durante el 2022 y 2023, se debe a que para el 2022, la Red de Salud del Centro tenía el proyecto de Centros Vida, proyecto para el cual se trabajó con el personal de fisioterapia, es por esto, que al ser actividades grupales, permitieron que se atendieran a un mayor grupo de personas en un menor tiempo. Así mismo, se puede evidenciar que el 2023, se tuvo una disminución del 6%, esto teniendo en cuenta, que para esta época, se tuvo la visita de Icontec y con esto, la actualización de guías, protocolos y demás documentos necesarios.

1.2.4.2.4. Comparación del comportamiento del indicador de oportunidad para la asignación de cita de fisioterapia en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.



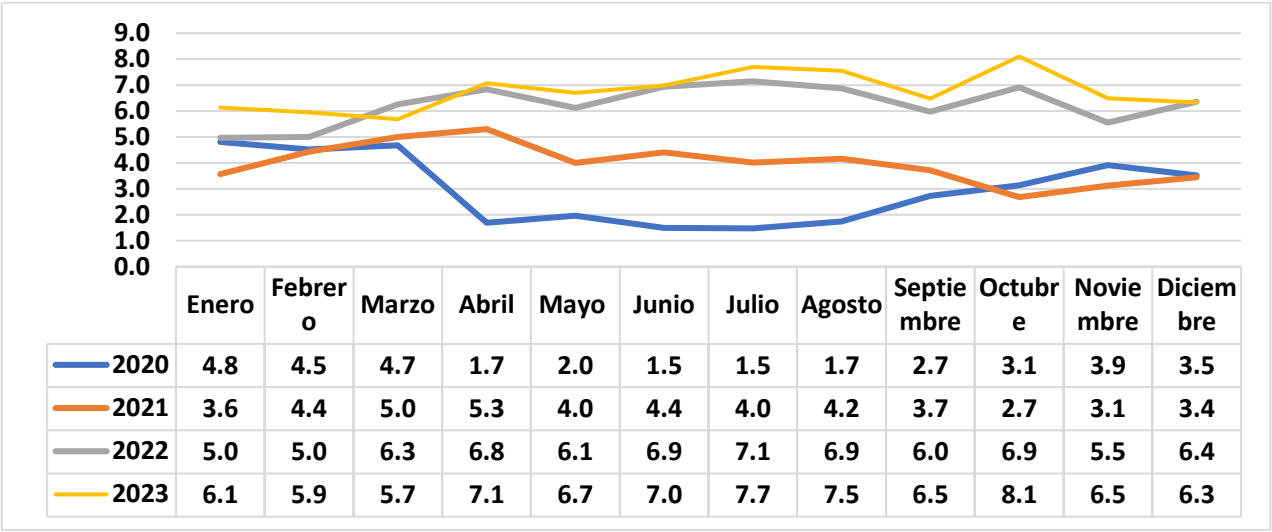
	2020	2021	2022	2023
Oportunidad promedio para la asignación de citas	3.0	4.0	6.2	6.8

Fuente: informe de actividades, servinte.

Ahora bien, en cuanto a la oportunidad promedio para la asignación de citas ha experimentado un notable aumento a lo largo de los años, indicando una mejora en la eficiencia del proceso de programación. En 2020, la oportunidad promedio era de 3.0, lo que sugiere que, en promedio, se requerían 3 días para asignar una cita. En 2021, este tiempo se extendió a 4.0 días, indicando un aumento del 33%. Sin embargo, en 2022, se observó un incremento más significativo, llegando a 6.2 días, lo que representa un aumento del 55%.

A pesar de este aumento en 2022, el año 2023 mostró una mejora en la oportunidad promedio, disminuyendo a 6.8 días. Aunque esta disminución es relativamente pequeña, representa una mejora del 8%. Estos cambios en la oportunidad para la asignación de citas pueden reflejar ajustes en los procesos de programación o cambios en la demanda de servicios a lo largo del tiempo.
La variación porcentual del 57% entre 2021 y 2022 destaca un periodo de mayor demanda o posiblemente desafíos en la gestión del tiempo de programación. Por otro lado, la mejora del 8% entre 2022 y 2023 indica un esfuerzo exitoso por parte del sistema para reducir el tiempo promedio de asignación de citas, mejorando así la accesibilidad y la eficiencia del servicio.

1.2.4.2.5. COMPARATIVO POR MES DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE OPORTUNIDAD PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE FISIOTERAPIA EN LOS AÑOS 2020, 2021,2022,2023



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2020	4.8	4.5	4.7	1.7	2.0	1.5	1.5	1.7	2.7	3.1	3.9	3.5
2021	3.6	4.4	5.0	5.3	4.0	4.4	4.0	4.2	3.7	2.7	3.1	3.4
2022	5.0	5.0	6.3	6.8	6.1	6.9	7.1	6.9	6.0	6.9	5.5	6.4
2023	6.1	5.9	5.7	7.1	6.7	7.0	7.7	7.5	6.5	8.1	6.5	6.3

Fuente: informe de actividades, servinte.

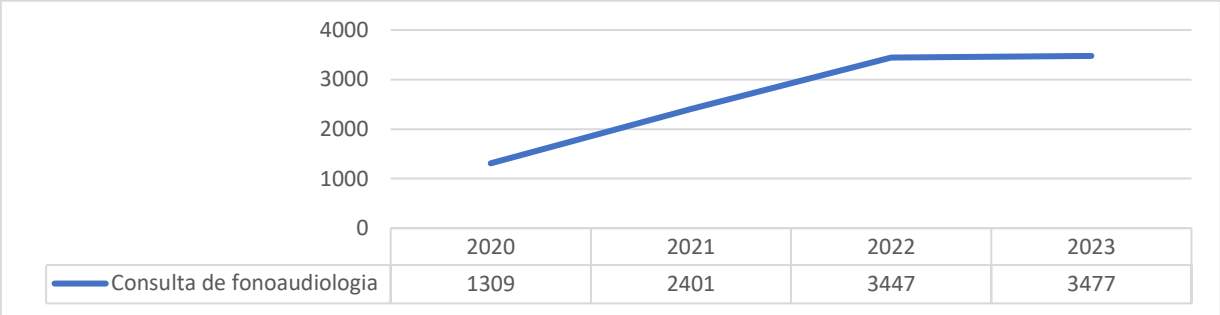
Los datos mencionados anteriormente en la gráfica evidencian que, en 2020, los tiempos variaron, siendo enero el mes con el tiempo programado más alto (4.8) y abril el más bajo (1.7). En 2021, se observa una tendencia al alza general, alcanzando su punto máximo en mayo (5.3) y manteniendo niveles relativamente estables durante el resto del año.

El año 2022 experimentó un aumento en los tiempos programados, destacándose en junio (6.9) y septiembre (6.0). Esta tendencia ascendente continuó en 2023, alcanzando su punto máximo en noviembre (8.1). Aunque la tendencia general es al alza, se observan fluctuaciones en algunos meses.

Las variaciones porcentuales indican cambios significativos en la planificación a lo largo de los años. El aumento del 44% entre 2021 y 2022 sugiere un aumento notable en la demanda o posiblemente ajustes en los procesos de programación. La variación del 6% entre 2022 y 2023, aunque más moderada, puede señalar una continuidad en la gestión de la asignación de citas, pero con ciertas fluctuaciones mensuales. Este análisis proporciona una perspectiva detallada de la evolución de los tiempos programados para la asignación de citas de fisioterapia.

1.2.4.3. SERVICIO DE FONOAUDIOLOGÍA

1.2.4.3.1. Número de actividades de fonoaudiología realizadas en los años 2020, 2021 2022 y 2023.



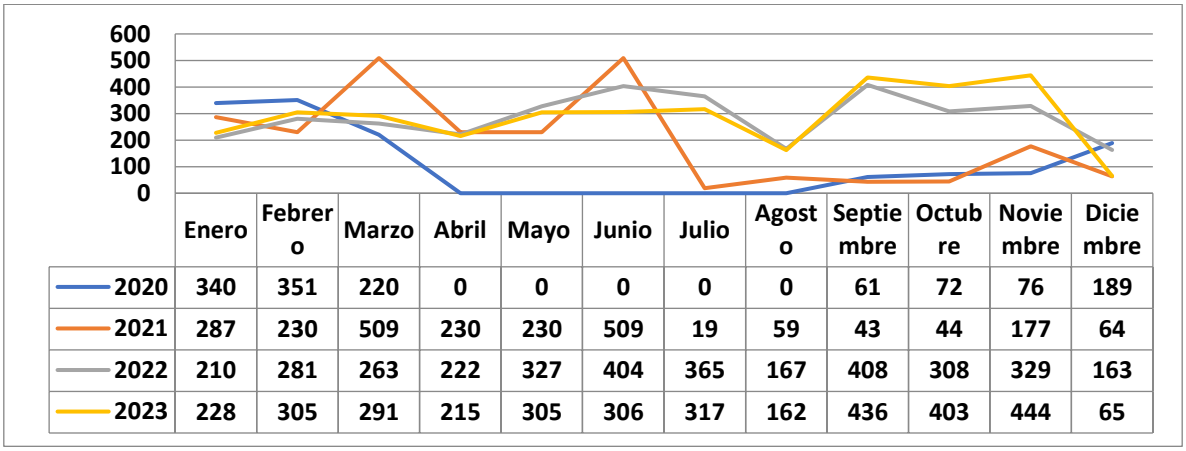
	2020	2021	2022	2023
Consulta de fonoaudiologia	1309	2401	3447	3477

Fuente: informe de actividades, servinte.

La consulta de fonoaudiología ha experimentado un crecimiento constante a lo largo de los años. En 2020, se llevaron a cabo 1309 consultas, y este número experimentó un aumento significativo del 44% en 2021, alcanzando las 2401 consultas. Este incremento sugiere una demanda creciente de servicios de fonoaudiología durante ese periodo. En 2022, la tendencia al alza persistió con un incremento adicional del 44%, elevando el número de consultas a 3447. Sin embargo, en 2023, la variación fue más moderada, con solo un 1% de aumento en comparación con 2022, situándose en 3477 consultas. Aunque la tasa de crecimiento disminuyó, el servicio de fonoaudiología aún experimentó un aumento en la demanda.

Es relevante destacar que para el año 2023 se registró la visita de Icontec, lo cual implicó la actualización de guías, protocolos y demás documentos necesarios. Durante el segundo trimestre y diciembre de 2023, se trabajó al 50%, mientras que el otro 50% se dedicó a la certificación de discapacidad. Este enfoque dual evidencia el compromiso del servicio de fonoaudiología con la mejora continua y la expansión de sus capacidades, brindando así una atención más completa y personalizada a la comunidad que atiende.

1.2.4.3.2. COMPARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO DE FONOAUDIOLOGÍA POR MES EN LOS AÑOS 2020,2021.2022,2023



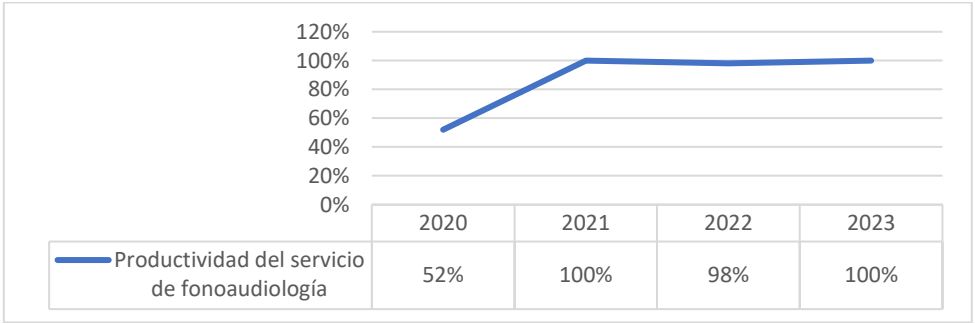
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2020	340	351	220	0	0	0	0	0	61	72	76	189
2021	287	230	509	230	230	509	19	59	43	44	177	64
2022	210	281	263	222	327	404	365	167	408	308	329	163
2023	228	305	291	215	305	306	317	162	436	403	444	65

Fuente: informe de actividades, servinte.

La evolución de la actividad mensual a lo largo de los años revela patrones interesantes. En 2020, se observa un inicio vigoroso que se desvanece abruptamente después de marzo, sugiriendo posibles interrupciones en las operaciones o cambios en la demanda. En contraste, 2021 experimenta un aumento significativo en marzo, indicando un cambio en la dinámica de la actividad. El año 2022 presenta variaciones mensuales, con destacados incrementos en junio y septiembre, posiblemente asociados a factores estacionales o eventos específicos.

En 2023, la tendencia general es de crecimiento continuo, siendo noviembre el mes de mayor actividad. La variabilidad mensual persistente sugiere la influencia de múltiples factores en la actividad registrada. Un análisis más detallado podría requerir información adicional sobre la naturaleza específica de la métrica en consideración.

1.2.4.3.3. comparación de la productividad del servicio de fonoaudiología en los años 2020, 2021,2022 y 2023.

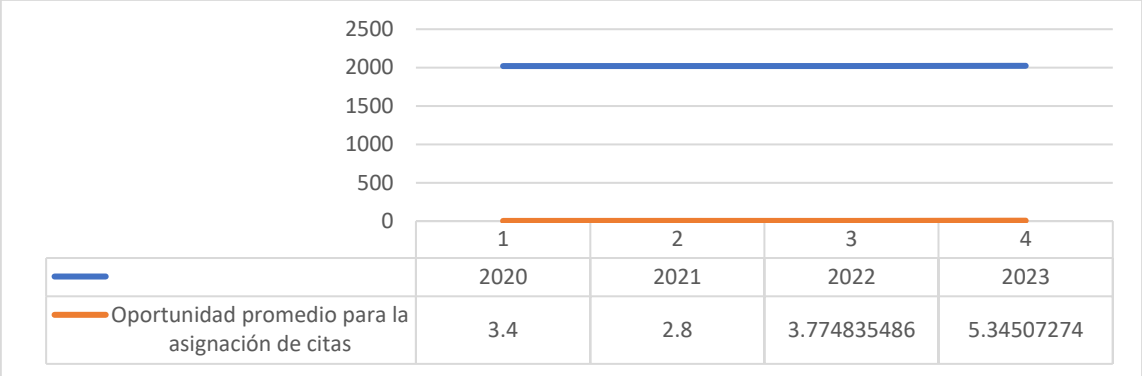


	2020	2021	2022	2023
Productividad del servicio de fonoaudiología	52%	100%	98%	100%

Fuente: informe de actividades, servinte.

La productividad del servicio de fonoaudiología muestra tendencias a lo largo de los años. En 2020, la productividad estaba en un 52%, experimentando un aumento significativo en 2021 al alcanzar el 100%, indicando que todas las consultas programadas fueron atendidas. Sin embargo, en 2022, se registra una ligera disminución del 2%, situándose en el 98%. A pesar de esta disminución, el servicio mantiene una alta eficiencia. En 2023, la productividad se recupera al 100%, demostrando una consistencia en la atención de las consultas programadas. Estas variaciones pueden deberse a diversos factores, como cambios en la demanda, eficiencia operativa o ajustes en los procesos internos del servicio de fonoaudiología. El análisis de las variaciones porcentuales destaca la estabilidad general de la productividad, a pesar de pequeñas fluctuaciones en los años evaluados.

1.2.4.3.4. Comparación de tiempo en promedio para la asignación de cita de fonoaudiología en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

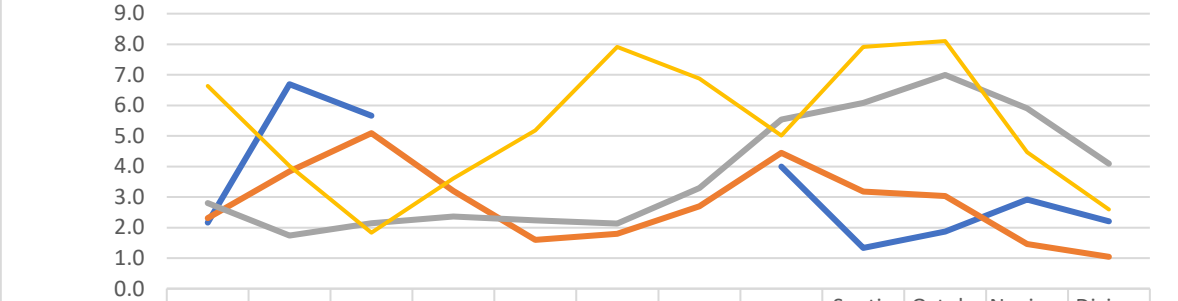


Fuente: informe de actividades, servinte.

La oportunidad promedio para la asignación de citas refleja cambios notables en los años evaluados. En 2020, el tiempo promedio fue de 3.4 días, disminuyendo significativamente a 2.8 días en 2021, lo que indica una mejora en la eficiencia de asignación de citas. Sin embargo, en 2022, se observa un aumento a 3.77 días, representando un aumento del 34% con respecto al año anterior. Esta variación podría sugerir posibles desafíos en la gestión del tiempo de programación durante ese periodo.

El mayor cambio se registra en 2023, donde la oportunidad promedio alcanza los 5.35 días, representando un aumento significativo del 42% respecto a 2022. Este incremento podría indicar una mayor demanda de servicios o desafíos operativos que afectan la eficiencia en la asignación de citas. El análisis de las variaciones porcentuales resalta la necesidad de evaluación y ajuste continuo en los procesos de programación para mantener niveles óptimos de oportunidad y satisfacción del usuario.

1.2.4.3.5. Comparación de tiempo en promedio mensual para la asignación de cita de fonoaudiología en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2020	2.2	6.7	5.7					4.0	1.3	1.9	2.9	2.2
2021	2.3	3.8	5.1	3.2	1.6	1.8	2.7	4.4	3.2	3.0	1.5	1.0
2022	2.8	1.7	2.1	2.4	2.2	2.1	3.3	5.5	6.1	7.0	5.9	4.1
2023	6.6	4.0	1.8	3.6	5.2	7.9	6.9	5.0	7.9	8.1	4.5	2.6

Fuente: informe de actividades, servinte.

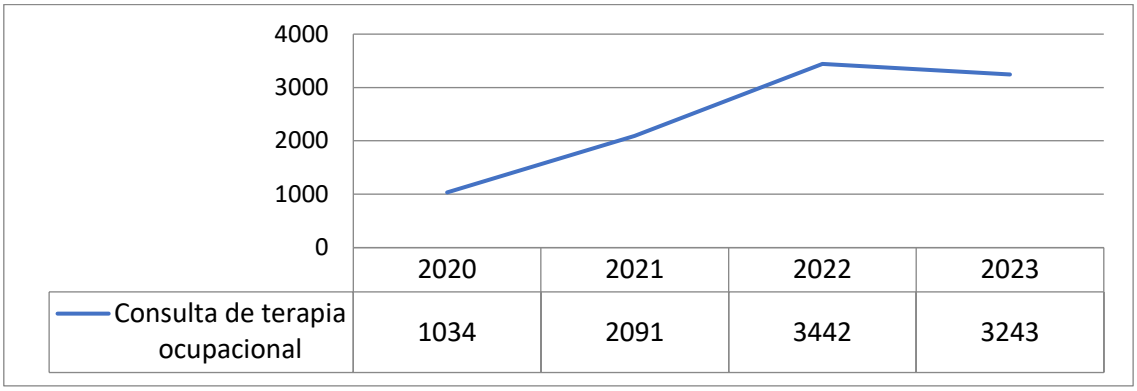
En 2020, se observa que el tiempo de asignación de citas fluctúa mensualmente, siendo febrero el mes con el mayor tiempo (6.7 días) y julio y agosto con tiempos relativamente bajos de 1.3 y 1.9 días, respectivamente.

En 2021, la tendencia general muestra un aumento en los tiempos de asignación desde enero hasta septiembre, alcanzando su punto máximo en septiembre con 4.4 días. Luego, hay una disminución en los tiempos en los últimos meses del año. El año 2022 presenta variaciones mensuales, con octubre como el mes con el tiempo de asignación más alto (7.0 días) y febrero como el más bajo (1.7 días). La tendencia general es ascendente hacia el final del año.

En 2023, se observa una variabilidad considerable en los tiempos de asignación, alcanzando su punto máximo en septiembre con 8.1 días. Marzo y abril registran tiempos más bajos de 1.8 y 3.6 días, respectivamente.

1.2.4.4. Terapia Ocupacional

1.2.4.4.1. Número de actividades de terapia ocupacional realizadas en los años 2020, 2021 y *2022*.



Fuente: informe de actividades, servinte.

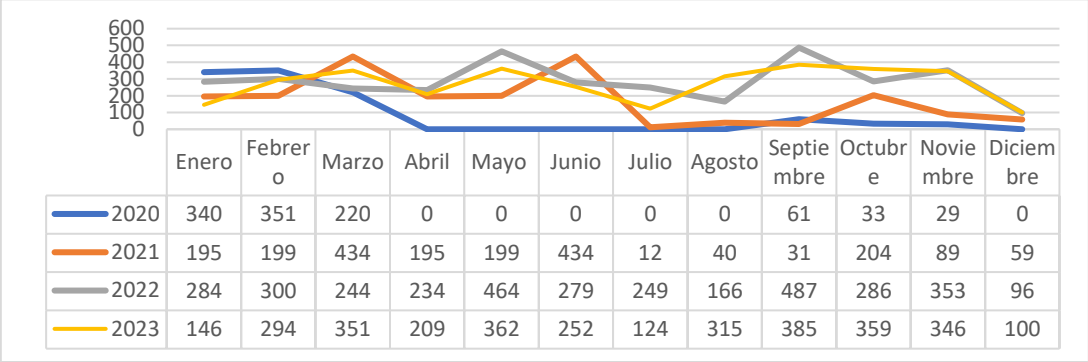
Los datos proporcionan la cantidad de consultas programadas para el servicio de terapia ocupacional en los años 2020, 2021, 2022 y 2023, junto con los porcentajes de variación interanual. Aquí tienes un análisis de estos datos:

En 2020, se llevaron a cabo 1034 consultas programadas de terapia ocupacional. Esta cifra experimentó un aumento significativo del 65% en 2021, alcanzando un total de 2091 consultas. Sin embargo, en 2022, aunque aún hubo un aumento, la variación porcentual fue menor, llegando a 3442 consultas, lo que representa un aumento del 65%. Luego, en 2023, se observa una disminución del 6%, situándose en 3243 consultas programadas.

Este análisis sugiere un crecimiento sólido en la demanda de servicios de terapia ocupacional durante 2021, seguido de una estabilización o ligero declive en los años posteriores. Las variaciones porcentuales indican cambios en la dinámica de la demanda a lo largo de los años, lo que puede ser valioso para la planificación y adaptación de recursos en el servicio de terapia ocupacional. La disminución del 6% en 2023 respecto a 2022 podría ser objeto de un análisis más detallado para comprender los factores detrás de esta tendencia.

Es relevante destacar que para el año 2023 se registró la visita de Icontec, lo cual implicó la actualización de guías, protocolos y demás documentos necesarios.

1.2.4.4.2. *Comparación* de actividades del servicio de terapia ocupacional por mes en los años 2021, 2022 y 2023.



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2020	340	351	220	0	0	0	0	0	61	33	29	0
2021	195	199	434	195	199	434	12	40	31	204	89	59
2022	284	300	244	234	464	279	249	166	487	286	353	96
2023	146	294	351	209	362	252	124	315	385	359	346	100

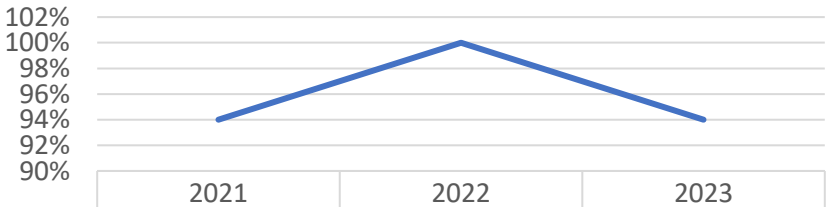
Fuente: informe de actividades, servinte.

En 2020, las cifras de camas ocupadas muestran variabilidad, siendo enero y febrero los meses con las ocupaciones más altas (340 y 351, respectivamente). A partir de abril, se observa una disminución a cero, indicando posiblemente un cambio significativo en la operación o una interrupción.

En 2021, las ocupaciones se recuperan, alcanzando su punto máximo en noviembre con 204 camas ocupadas. Se observa cierta estabilidad en la segunda mitad del año, con variaciones mensuales en la ocupación.

En 2022, se observa un aumento general en las ocupaciones, con mayo registrando la cifra más alta (464). Esta tendencia de crecimiento se mantiene en 2023, donde la ocupación alcanza su punto máximo en octubre con 359 camas ocupadas.

1.2.4.4.3. comparación de la productividad del servicio de terapia ocupacional en los años 2021, 2022 y 2023.



	2021	2022	2023
Productividad del servicio de terapia ocupacional	94%	100%	94%

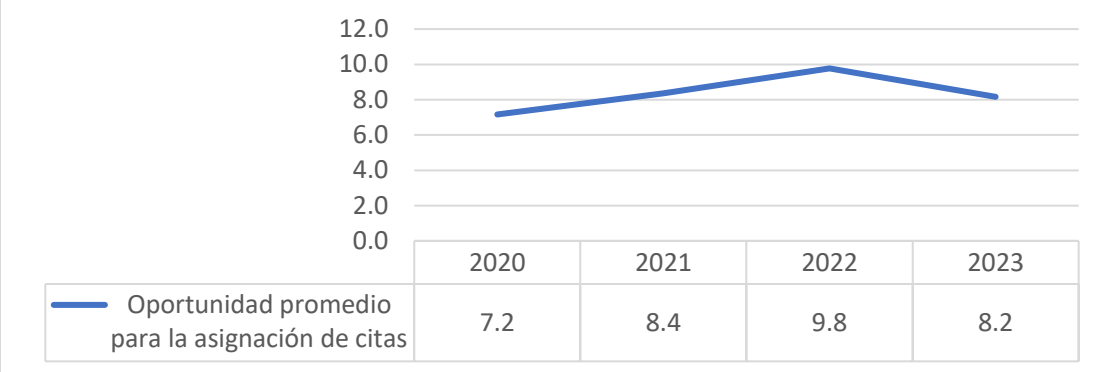
Fuente: informe de actividades, servinte

Los datos proporcionan información sobre la productividad del servicio de terapia ocupacional en los años 2020, 2021, 2022 y 2023, junto con los porcentajes de variación interanual. Aquí tienes un análisis de estos datos:

En 2020, la productividad del servicio de terapia ocupacional fue del 26%. Esta cifra experimentó un aumento significativo del 6% en 2021, alcanzando el 94%. Sin embargo, en 2022, la productividad llegó al máximo con un 100%, indicando que todas las consultas programadas fueron atendidas. Luego, en 2023, se observa una disminución del 6%, situándose en el 94%.

Este análisis sugiere que el servicio de terapia ocupacional experimentó un aumento significativo en la productividad de 2020 a 2021, seguido de un año en 2022 con una productividad máxima (100%), pero luego experimentó una disminución del 6% en 2023. La variabilidad en la productividad podría estar influenciada por diversos factores, como la demanda de servicios, eficiencia operativa o cambios en los procesos internos del servicio de terapia ocupacional.

1.2.4.4.4. Comparación del comportamiento del indicador de oportunidad para la asignación de cita de terapia ocupacional en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.



	2020	2021	2022	2023
Oportunidad promedio para la asignación de citas	7.2	8.4	9.8	8.2

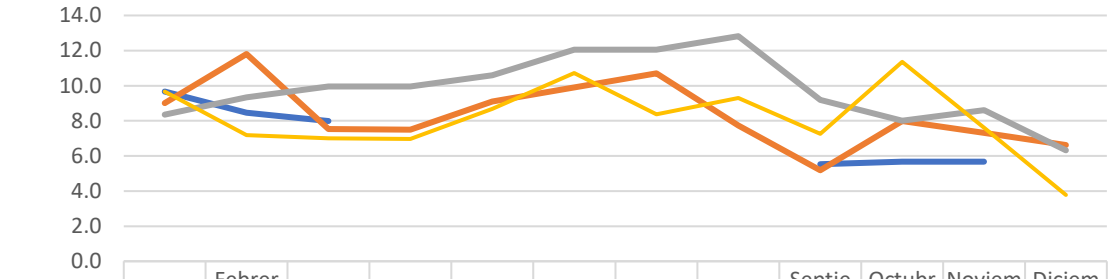
Fuente: informe de actividades, servinte.

Los datos proporcionan información sobre la oportunidad promedio para la asignación de citas en los años 2020, 2021, 2022 y 2023, junto con los porcentajes de variación interanual. Aquí tienes un análisis de estos datos:

En 2020, la oportunidad promedio para la asignación de citas fue de 7.2 días. Esta cifra experimentó un aumento del 17% en 2021, llegando a 8.4 días. Sin embargo, en 2022, la oportunidad promedio aumentó aún más a 9.8 días, representando una variación del 17%. Luego, en 2023, se observa una disminución significativa del 17%, situándose en 8.2 días.

Este análisis sugiere que la oportunidad promedio para la asignación de citas aumentó gradualmente de 2020 a 2022, pero experimentó una reducción significativa del 17% en 2023. Las variaciones en estos tiempos podrían estar influenciadas por factores como la demanda de servicios, la eficiencia operativa o ajustes en los procesos internos de asignación de citas. La disminución en 2023 podría indicar una mejora en la eficiencia o una respuesta a las necesidades cambiantes de los usuarios.

1.2.4.4.5. *Comparación* del comportamiento del indicador de oportunidad para la asignación de cita de terapia ocupacional mensual, en los años 2020, 2021, 2022 y 2023.



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2020	9.7	8.5	8.0						5.5	5.7	5.7	
2021	9.0	11.8	7.5	7.5	9.1	9.9	10.7	7.7	5.2	8.0	7.3	6.6
2022	8.4	9.3	10.0	10.0	10.6	12.1	12.1	12.8	9.2	8.0	8.6	6.3
2023	9.7	7.2	7.0	7.0	8.7	10.7	8.4	9.3	7.3	11.4	7.6	3.8

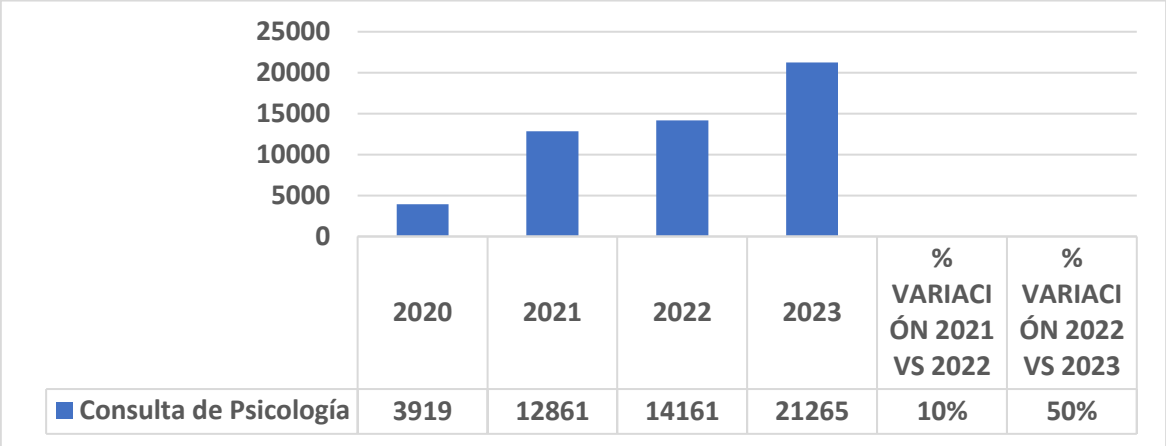
Fuente: informe de actividades, servinte

A lo largo de los años 2020 a 2023, se observan fluctuaciones en la oportunidad promedio para la asignación de citas en un servicio específico. En 2020, los tiempos variaron de 9.7 días en enero a 5.5 días en julio. En 2021, se experimentó una mayor variación con picos notables en febrero (11.8 días) y junio (9.9 días), seguido de una disminución en la segunda mitad del año, alcanzando un mínimo de 5.2 días en octubre. En 2022, se registró un aumento general en los tiempos de asignación, con diciembre marcando el valor más alto de 12.8 días.

Por último, en 2023, la oportunidad promedio mostró cierta estabilidad en los primeros meses, seguida de una disminución significativa en junio (3.8 días) y una recuperación hacia el final del año. Aunque se observa variabilidad mensual, la oportunidad promedio disminuyó en comparación con 2022. Estos datos son fundamentales para evaluar y ajustar los procesos de programación con el objetivo de mejorar la eficiencia y la satisfacción del usuario en el servicio de asignación de citas.

1.2.4.5. Psicología

1.2.4.5.1. Número de actividades de psicología realizadas en los años 2020,2021 *2022* y 2023.



	2020	2021	2022	2023	% VARIACIÓN 2021 VS 2022	% VARIACIÓN 2022 VS 2023
Consulta de Psicología	3919	12861	14161	21265	10%	50%

Teniendo en cuenta, los resultados en 2020, se llevaron a cabo 3919 consultas programadas de psicología. Esta cifra experimentó un aumento significativo del 69% en 2021, llegando a 12861 consultas. Sin embargo, en 2022, aunque aún hubo un aumento, la variación porcentual fue menor, llegando a 14161 consultas, lo que representa un aumento del 10%. Luego, en 2023, se observa nuevamente un aumento, debido a que llegan a 21265.

En términos absolutos, la variación entre 2021 y 2022 es de 1300 consultas adicionales, representando un aumento del 10%. Sin embargo, entre 2022 y 2023, hay un aumento de 7.104, mostrando asi, que aumento 50% respecto al 2022.

Este análisis sugiere un crecimiento sustancial en la demanda de servicios de psicología de 2020 a 2021, seguido de una estabilización o declive en los años posteriores. Las variaciones porcentuales y absolutas indican cambios en la dinámica de la demanda a lo largo de los años, lo que puede ser valioso para la planificación y adaptación de recursos en el servicio de psicología. La disminución en 2023 podría ser objeto de un análisis más detallado para comprender los factores detrás de esta tendencia.

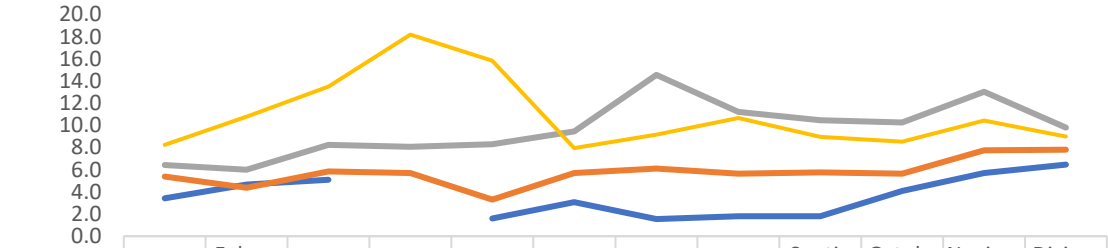
En cuanto a la disminución, que se evidencia en el 2023, frente al 2022, esta es causada debido a que, los pacientes presentan una gran inasistencia al momento de ir a las citas, para evitar y mejorar esto, se implementó el seguimiento telefónico, por medio de llamadas donde las psicólogas, llaman a sus pacientes con el fin de recordarles las citas y poder tener mayor presencia de estos.

Los datos proporcionan información sobre la oportunidad promedio para la asignación de citas en los años 2020, 2021, 2022 y 2023, junto con los porcentajes de variación interanual. Aquí tienes un análisis de estos datos:
En 2020, la oportunidad promedio para la asignación de citas fue de 3.6 días. Esta cifra experimentó un aumento significativo del 68% en 2021, llegando a 5.8 días. Sin embargo, en 2022, la oportunidad promedio aumentó aún más a 9.6 días,

representando una variación del 65%. Luego, en 2023, se observa un aumento adicional del 13%, situándose en 10.9 días.

Este análisis sugiere un incremento progresivo en la oportunidad promedio para la asignación de citas de 2020 a 2023. Las variaciones porcentuales indican cambios en la dinámica de la asignación de citas a lo largo de los años, lo que puede ser valioso para la planificación y adaptación de recursos en el servicio correspondiente. La tendencia ascendente podría estar influenciada por diversos factores, como la demanda de servicios, la eficiencia operativa o ajustes en los procesos internos de asignación de citas.

1.2.4.5.2. Comparación del comportamiento del indicador de *oportunidad* para la asignación de cita de psicología por mes en los años 2020,2021,2022 y 2023.



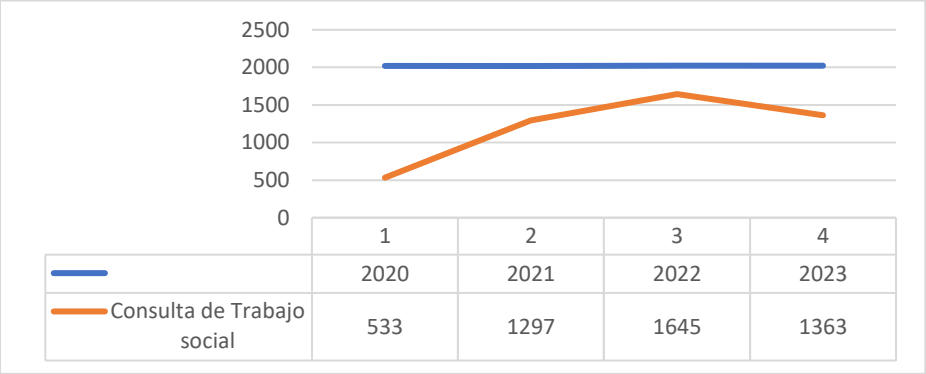
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2020	3.4	4.7	5.1		1.6	3.1	1.5	1.8	1.8	4.1	5.7	6.5
2021	5.4	4.4	5.9	5.7	3.3	5.7	6.1	5.7	5.8	5.6	7.8	7.8
2022	6.4	6.0	8.2	8.1	8.3	9.4	14.6	11.2	10.5	10.3	13.0	9.8
2023	8.2	10.8	13.5	18.2	15.8	8.0	9.2	10.7	9.0	8.5	10.4	9.0

Fuente: informe de actividades, servinte.

Los datos presentan la oportunidad promedio en días para la asignación de citas por mes en los años 2020, 2021, 2022 y 2023. En 2020, la oportunidad promedio varió desde 1.5 días en julio hasta 6.5 días en diciembre. En 2021, se observó una fluctuación con un mínimo de 3.3 días en mayo y un máximo de 7.8 días en noviembre y diciembre. En 2022, se registró un aumento general en la oportunidad promedio, alcanzando su punto máximo en marzo con 14.6 días. Finalmente, en 2023, se observaron cambios notables con una oportunidad promedio que osciló entre 8.0 días en junio y 18.2 días en abril. Estos datos indican variaciones mensuales en la disponibilidad de citas a lo largo de los años, lo que puede ser esencial para la gestión eficiente de la demanda y la asignación de recursos en el servicio correspondiente.

1.2.4.6. *Trabajo* Social

1.2.4.6.1. Número de *actividades* de trabajo social realizadas en los años 2020,2021, 2022 y 2023.



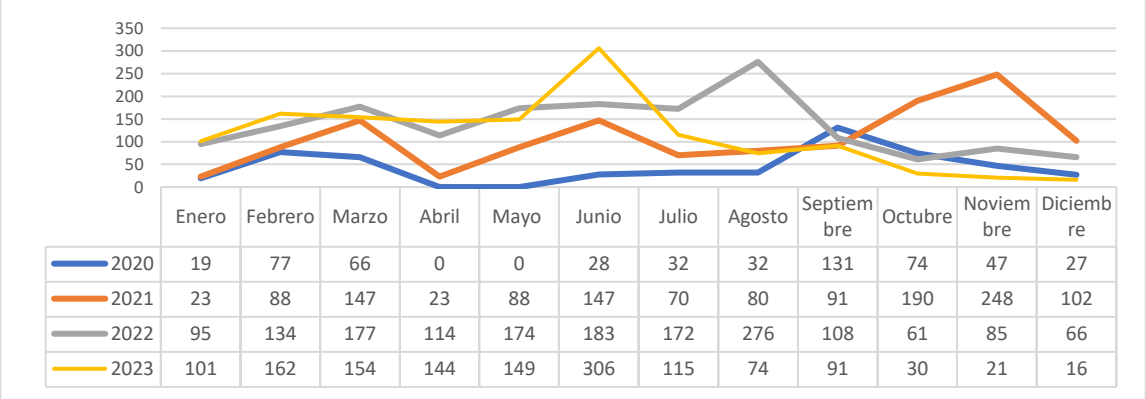
Fuente: informe de actividades, servinte.

Teniendo en cuenta los datos proporcionan información sobre la cantidad de consultas programadas para el servicio de Trabajo Social en los años 2020, 2021, 2022 y 2023, junto con los porcentajes de variación interanual. Aquí tienes un análisis de estos datos:

En 2020, se llevaron a cabo 533 consultas programadas de Trabajo Social. Esta cifra experimentó un aumento significativo del 27% en 2021, llegando a 1297 consultas. Sin embargo, en 2022, la cantidad de consultas programadas aumentó aún más, llegando a 1645 consultas, lo que representa una variación del 27%. Luego, en 2023, se observa una disminución del 17%, situándose en 1363 consultas.

Este análisis sugiere un crecimiento en la demanda de servicios de Trabajo Social de 2020 a 2022, seguido de una disminución significativa del 17% en 2023. Las variaciones porcentuales indican cambios en la dinámica de la demanda a lo largo de los años, lo que puede ser valioso para la planificación y adaptación de recursos en el servicio de Trabajo Social. La disminución en 2023 podría ser objeto de un análisis más detallado para comprender los factores detrás de esta tendencia.

1.2.4.6.2. Número de actividades de trabajo social realizadas mensuales, en los años 2020,2021, 2022 y 2023.



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2020	19	77	66	0	0	28	32	32	131	74	47	27
2021	23	88	147	23	88	147	70	80	91	190	248	102
2022	95	134	177	114	174	183	172	276	108	61	85	66
2023	101	162	154	144	149	306	115	74	91	30	21	16

Fuente: informe de actividades, servinte.

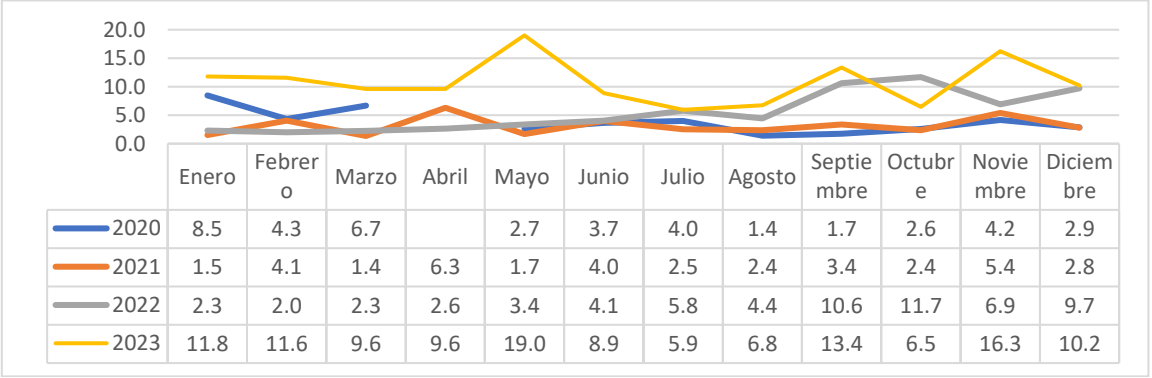
En 2020, la cantidad de consultas de Trabajo Social varió a lo largo del año, alcanzando su punto máximo en septiembre con 131 consultas y siendo nulo en abril y mayo.

En 2021, se observó un aumento en las consultas, con los meses de noviembre y diciembre registrando la cifra más alta, con 248 y 102 consultas respectivamente. Mayo y junio también mostraron un aumento considerable.

En 2022, la cantidad de consultas siguió siendo significativa, con agosto alcanzando el máximo de 276 consultas. La cifra disminuyó en los meses siguientes. En 2023, la variabilidad en las consultas continuó, con junio registran o el máximo de 306 consultas. La cifra disminuyó en los meses posteriores.

Estos datos indican fluctuaciones en la demanda de consultas de Trabajo Social a lo largo de los años, lo que puede ser esencial para la gestión eficiente de los recursos y la planificación del servicio. La variabilidad mensual puede ser útil para identificar patrones estacionales o áreas específicas de mayor demanda que podrían requerir atención adicional.

1.2.4.6.3. Comparación del comportamiento del indicador de oportunidad para la asignación de cita de trabajo social los años 2020,2021, 2022 y 2023.



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
2020	8.5	4.3	6.7		2.7	3.7	4.0	1.4	1.7	2.6	4.2	2.9
2021	1.5	4.1	1.4	6.3	1.7	4.0	2.5	2.4	3.4	2.4	5.4	2.8
2022	2.3	2.0	2.3	2.6	3.4	4.1	5.8	4.4	10.6	11.7	6.9	9.7
2023	11.8	11.6	9.6	9.6	19.0	8.9	5.9	6.8	13.4	6.5	16.3	10.2

Fuente: informe de actividades, servinte.

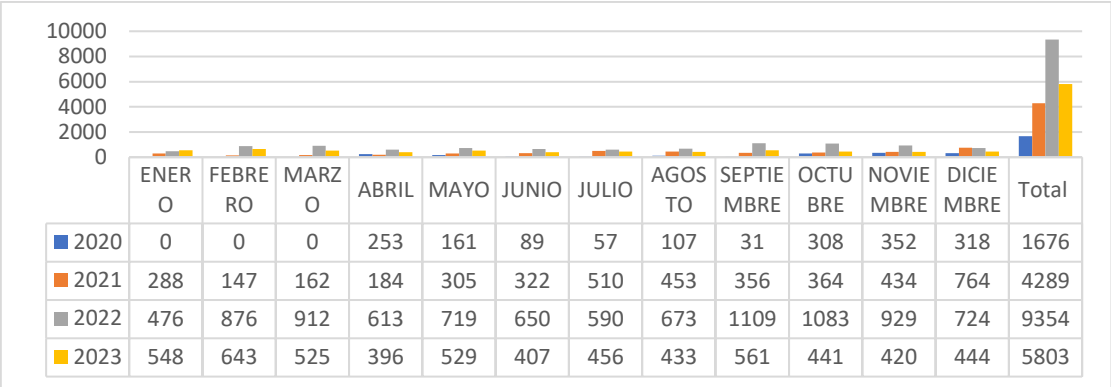
La información proporcionada sobre los tiempos de oportunidad de cita mensuales para el servicio de Trabajo Social en los años 2020, 2021, 2022 y 2023 revela patrones y tendencias significativas. En 2020, se observan fluctuaciones, con picos en enero y junio, mientras que en 2021 se registra una reducción general de los tiempos, destacando mínimos en enero, marzo y mayo. Sin embargo, en 2022, se experimenta un aumento significativo en los tiempos de oportunidad, especialmente en octubre. La variabilidad continúa en 2023, con notables incrementos en mayo y noviembre. Estas variaciones mensuales indican la dinámica cambiante en la demanda y capacidad del servicio de Trabajo Social a lo largo de los años. Las tendencias ascendentes podrían ser indicativas de desafíos operativos o cambios en la demanda que podrían requerir una atención estratégica para mantener la eficiencia y satisfacción del usuario.

Cuadro resumen:

REHABILITACIÓN INTEGRAL	2020	2021	2022	2023	% VARIACIÓN 2023 Vs 2020	% VARIACIÓN 2023 Vs 2022
Sesiones fisioterapia	9.229	17.100	29.013	26.502	187%	-9%
Oportunidad fisioterapia	3,0	4,0	6,2	6,8	127%	10%
Sesiones psicología	3.919	12.861	14.161	21.265	443%	50%
Oportunidad psicología	3,6	5,8	9,6	10,9	203%	14%
Sesiones T. Ocupacional	1.034	2.091	3.442	3.243	214%	-6%
Oportunidad T. Ocupacional	7,2	8,4	9,8	8,2	14%	-16%
Sesiones fonoaudiología	1.309	2.401	3.447	3.477	166%	1%
Oportunidad fonoaudiología	3,4	2,8	3,8	5,3	57%	42%
Sesiones trabajo social	533	1.297	1.645	1.363	156%	-17%
Oportunidad trabajo social	3,9	3,1	5,5	10,8	177%	96%

1.2.4.7. Línea 106

En el periodo en que la línea 106 ha estado operativa, se han alcanzado diversos resultados significativos. A continuación, se presentan los logros obtenidos hasta el 2023



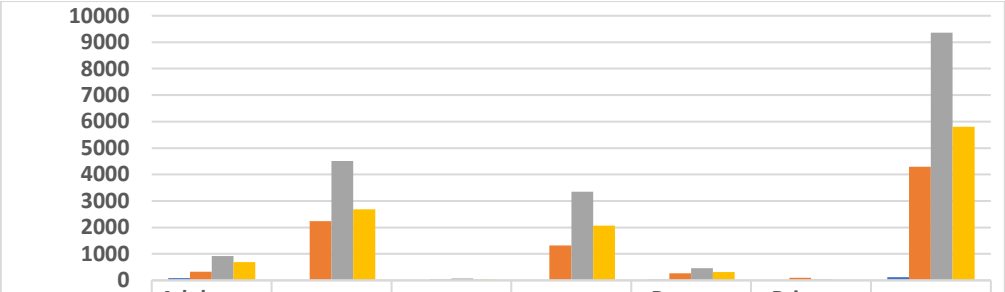
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Total
2020	0	0	0	253	161	89	57	107	31	308	352	318	1676
2021	288	147	162	184	305	322	510	453	356	364	434	764	4289
2022	476	876	912	613	719	650	590	673	1109	1083	929	724	9354
2023	548	643	525	396	529	407	456	433	561	441	420	444	5803

Tabla 1: Total por mes del 2020,2021,2022,2023

El análisis de la tabla revela patrones significativos en la demanda de atención a través de la línea 106 durante los años 2020, 2021, 2022 y 2023, presentando tanto variaciones mensuales como anuales. En 2020, el año comenzó con la recopilación de datos en abril, y se registraron un total de 1676 atenciones. El año siguiente, 2021, experimentó un aumento notable en la demanda, alcanzando un total de 4289 atenciones anuales, evidenciando un crecimiento constante en los primeros meses. El patrón ascendente continuó en 2022, con un total de 9354 atenciones, destacando febrero y marzo como los meses con mayor demanda. Sin embargo, en 2023, se observa una disminución sustancial en la demanda total, con un total de 5803 atenciones, sugiriendo posibles cambios en las necesidades de los usuarios o en la disponibilidad de la línea 106. Los porcentajes de cambio anuales confirman el crecimiento significativo en 2021 y 2022, seguido de una marcada disminución en 2023, información esencial para tomar decisiones estratégicas y optimizar la asignación de recursos para garantizar una atención efectiva y oportuna.

La disminución que se presenta en el 2023, frente al 2022, se debe en gran medida a que para el año 2022, se contaba con 6 profesiones más el convenido docencia servicio que se presentaba con la Universidad Santiago de Cali, en la cual, se tenía mayor oportunidad de respuesta a las llamadas, mientras que, para el año 2023, se tenía 4 profesionales contratados y este convenio con la Universidad Santiago de Cali, no fue posible debido a que estos no aprobaron las consultas virtuales como validación de la práctica. Además, para el mismo año, teniendo en cuenta, el contrato realizado con secretaria de Salud, no se aprobaron 6 profesionales, sino, que se tenían 4 profesionales trabajando en la línea 106, lo que impedía poder tener la misma capacidad de respuesta a las llamadas realizadas por los consultantes.

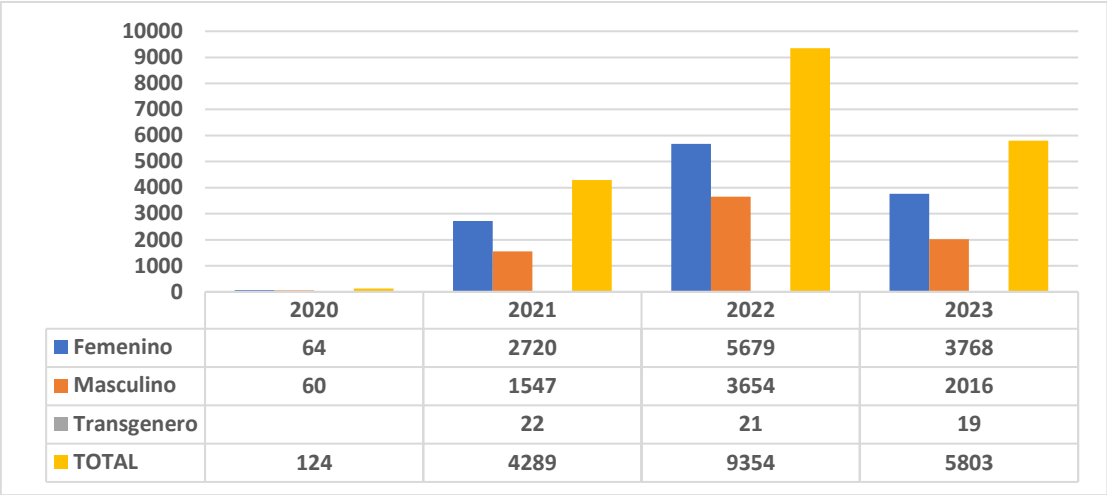
El análisis de la distribución de nacionalidades en los años 2020, 2021, 2022 y 2023 revela patrones significativos. La nacionalidad colombiana muestra un crecimiento considerable a lo largo de estos años, pasando de 124 en 2020 a 5755 en 2023. Este aumento es particularmente evidente en 2021, con un incremento del 3326%, seguido por una disminución del 37% en 2022 y del 38% en 2023. La nacionalidad venezolana, por otro lado, experimenta variaciones más moderadas, con un pico de 77 en 2021 y una disminución del 60% en 2022, seguida de un ligero aumento en 2023. Las nacionalidades boliviana, estadounidense y peruana muestran fluctuaciones menores en comparación con las colombiana y venezolana. Estos datos resaltan la importancia de comprender las dinámicas específicas de cada nacionalidad para una evaluación más completa de la evolución demográfica.



	Adolescencia	Adultez	Infancia	Juventud	Persona Mayor	Primera infancia	TOTAL
2020	83	17	3		21		124
2021	329	2232	42	1320	271	95	4289
2022	924	4512	73	3352	457	36	9354
2023	684	2687	40	2067	316	9	5803

Tabla 3: Ciclo de vida a lo largo del 2022,2021,2022,2023

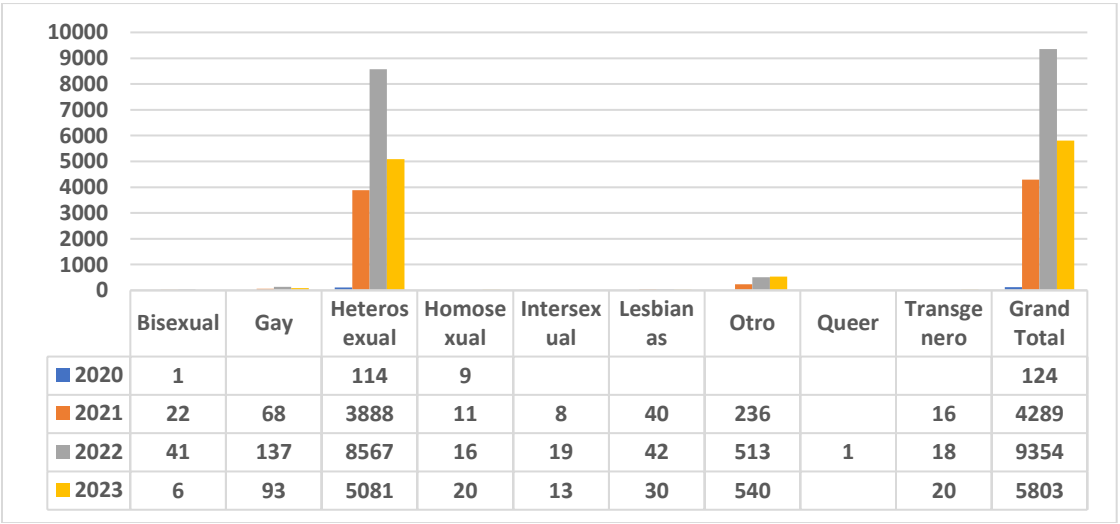
Ahora bien, en cuanto a los ciclos de vida para los años 2020, 2021, 2022 y 2023 destaca tendencias notables en la distribución demográfica. La etapa de adolescencia muestra un aumento significativo de 283% en 2021, seguido por una disminución del 26% en 2022 y del 26% adicional en 2023. La etapa de adultez experimenta un crecimiento sustancial, con un pico de 2232 en 2021, seguido por una disminución del 40% en 2022 y del 41% en 2023. La juventud presenta variaciones moderadas, alcanzando su punto máximo en 2021 y disminuyendo en los años siguientes. Las etapas de infancia, persona mayor y primera infancia muestran fluctuaciones menores en comparación con las etapas mencionadas anteriormente. Este análisis resalta la importancia de comprender las dinámicas específicas de cada etapa del ciclo de vida para evaluar de manera integral la evolución demográfica.



	2020	2021	2022	2023
Femenino	64	2720	5679	3768
Masculino	60	1547	3654	2016
Transgenero		22	21	19
TOTAL	124	4289	9354	5803

Tabla 4: Genero por año

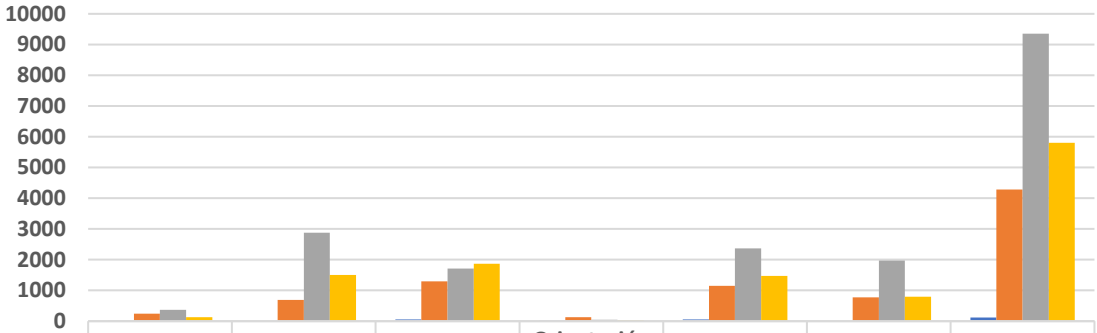
La grafica anterior, revela patrones notables en la distribución demográfica a lo largo de los años 2020, 2021, 2022 y 2023. El género femenino muestra una tendencia al alza, alcanzando su punto máximo en 2022 con 5679, seguido por una disminución del 34% en 2023. En contraste, el género masculino experimenta un crecimiento sostenido hasta 2021 con 1547, seguido de una reducción del 45% en 2022 y del 45% adicional en 2023. La categoría transgénero, aunque presenta cifras menores, muestra una variabilidad mínima en comparación con los géneros femenino y masculino. Este análisis subraya la importancia de considerar las dinámicas específicas de cada género para comprender a fondo la evolución demográfica en el período estudiado.



	Bisexual	Gay	Heterosexual	Homosexual	Intersexual	Lesbianas	Otro	Queer	Transgenero	Grand Total
2020	1		114	9						124
2021	22	68	3888	11	8	40	236		16	4289
2022	41	137	8567	16	19	42	513	1	18	9354
2023	6	93	5081	20	13	30	540		20	5803

Tabla 5: Orientación sexual de los consultantes por año

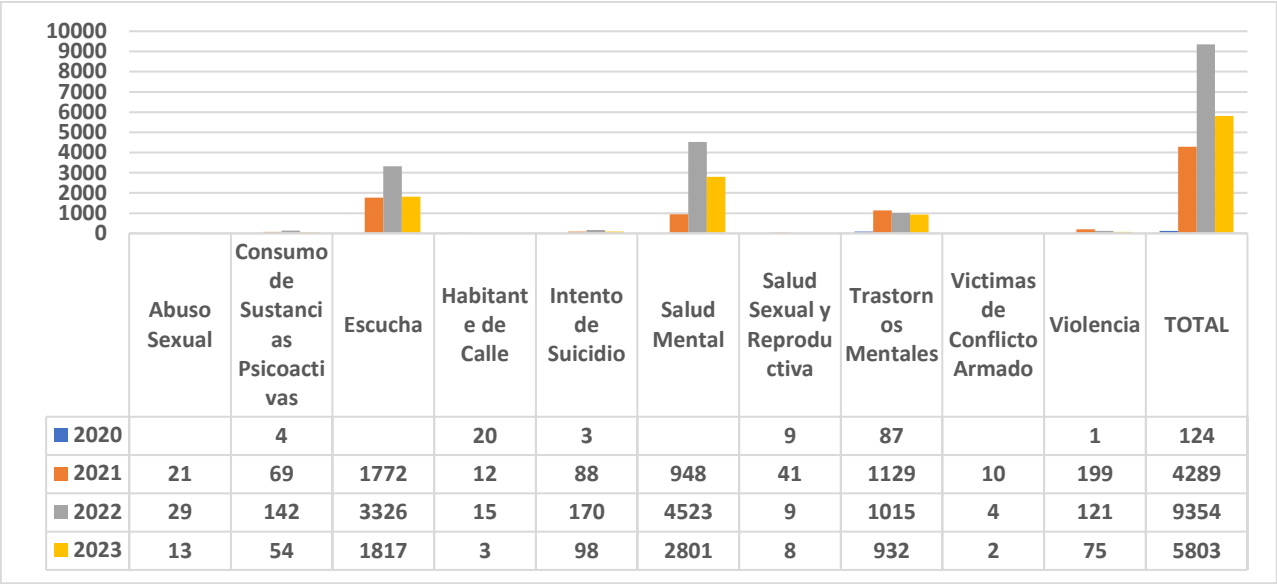
Asi mismo, orientación sexual durante los años 2020, 2021, 2022 y 2023 resalta la diversidad de identidades presentes en la población. La orientación heterosexual se mantiene como la más predominante, experimentando un crecimiento constante hasta su punto máximo en 2022 con 8567, seguido de una disminución del 41% en 2023. Las orientaciones homosexuales y bisexuales muestran variaciones moderadas a lo largo del periodo, mientras que la categoría "otro" destaca con un aumento sustancial en 2023. La presencia de identidades queer y las cifras de orientaciones específicas, como lesbianas y gas, también contribuyen a la riqueza de esta diversidad. Este análisis enfatiza la necesidad de reconocer y respetar la pluralidad de orientaciones sexuales para comprender de manera completa la evolución demográfica.



	Activación de Rutas	Información de Servicios Linea 106	Intervención en Crisis	Orientación Salud Mental Covid	Psico - Educación	Servicio de Atención Psicosocial	total
2020	1		56	11	56		124
2021	249	692	1300	126	1149	773	4289
2022	374	2879	1716	49	2367	1969	9354
2023	132	1506	1865	35	1470	795	5803

Tabla 6: Tipo de intervención años 2020,2021,2022,2023

Teniendo en cuenta la información anterior, de los tipos de intervención que se realizaron en los años 2020,2021,2022,2023, se evidencia que la "Activación de Rutas" muestra un aumento notable en 2021, seguido de disminuciones sucesivas en 2022 y 2023. "Información de Servicios Línea 106" experimenta un crecimiento constante, alcanzando su punto máximo en 2022 y mostrando una disminución en 2023. "Intervención en Crisis" evidencia un incremento sostenido durante los cuatro años, destacando la importancia de este servicio. "Orientación Salud Mental COVID" y "Psico-Educación" exhiben variaciones moderadas, mientras que "Servicio de Atención Psicosocial" alcanza su punto máximo en 2022 con 1969, seguido de una disminución en 2023. Este análisis resalta la dinámica variada en la oferta de servicios de salud mental, señalando áreas de crecimiento, estabilidad y ajustes en respuesta a las necesidades cambiantes.



	Abuso Sexual	Consumo de Sustancias Psicoactivas	Escucha	Habitante de Calle	Intento de Suicidio	Salud Mental	Salud Sexual y Reproductiva	Trastornos Mentales	Victimas de Conflicto Armado	Violencia	TOTAL
2020		4		20	3		9	87		1	124
2021	21	69	1772	12	88	948	41	1129	10	199	4289
2022	29	142	3326	15	170	4523	9	1015	4	121	9354
2023	13	54	1817	3	98	2801	8	932	2	75	5803

Tabla 7: Motivo de consulta

En cuanto a, los motivos de consulta La categoría de "Escucha" destaca como el motivo de consulta más frecuente, con una notable disminución en 2022 y un posterior aumento en 2023. "Salud Mental" también se presenta como una preocupación relevante, mostrando un crecimiento constante hasta 2022 y una disminución en 2023. "Trastornos Mentales" experimenta fluctuaciones moderadas, alcanzando su punto máximo en 2022. "Violencia" y "Consumo de Sustancias Psicoactivas" evidencian variaciones notables a lo largo de los años. Otros motivos de consulta, como "Abuso Sexual", "Habitante de Calle", "Intento de Suicidio" y "Victimas de Conflicto Armado", también presentan patrones específicos. Este análisis destaca la importancia de abordar una amplia gama de motivos de consulta para proporcionar un apoyo integral y adaptado a las necesidades individuales.

1.2.5. Proceso De Apoyo Diagnóstico

1.2.5.1. Servicio de laboratorio clínico.

El servicio de apoyo diagnóstico en la Red de Salud del Centro, lo conforman dos procesos, el laboratorio clínico y el proceso de imagenología. Estos procesos son fundamentales para el diagnóstico y tratamiento adecuado de los pacientes atendidos.

El proceso de laboratorio clínico en la Red de Salud del Centro cuenta con puntos de toma de muestra distribuidos estratégicamente en las diferentes comunas de la ESE con un total de 15 puntos de toma de muestra, estos facilitan el acceso de los pacientes a los servicios de diagnóstico. Además, contamos con los centros de salud núcleos que ofrecen una mayor capacidad resolutiva, como son los centros de Salud de Luis H Garces, Obrero, Rodeo, Diego Lalinde, Cristóbal Colón y Primitivo Iglesias. Es importante resaltar que el Centro de Salud Primitivo Iglesias opera como central de acopio de muestras de todas las IPS para su posterior procesamiento o direccionamiento a laboratorio de referencia. En el laboratorio que se encuentra ubicado en las instalaciones del Hospital primitivo Iglesias se llevan a cabo diferentes análisis, de áreas como química sanguínea, hematología, coagulación, microscopía e inmunología. Por otro lado, las áreas de microbiología y biología molecular están ubicadas en la IPS Obrero.

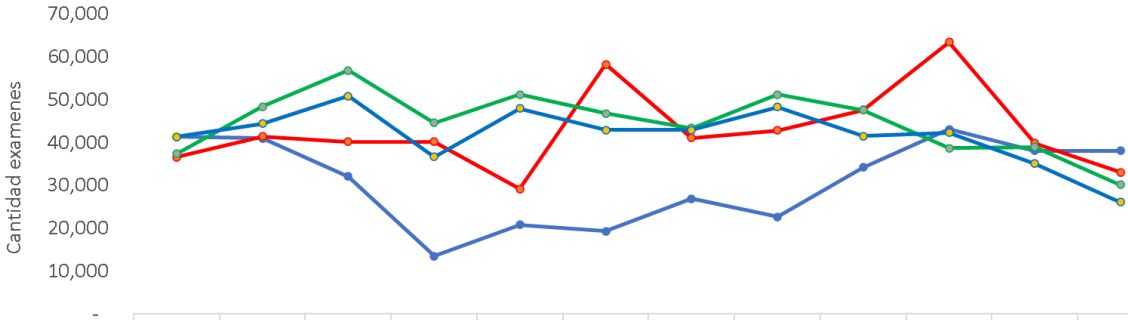
El laboratorio de Biología Molecular hace parte del plan de desarrollo y se construyó con la finalidad de optimizar el procesamiento de muestras de pacientes sintomáticos respiratorios de tuberculosis. para la detección de Micobacterium tuberculosis y pruebas de farmacorresistencia (Isionizada y Rifampicina). Durante el año 2022, año de su inauguración, observando una significativa captación de pacientes, debido a los contratos establecidos con las cárceles de Villahermosa, jornadas extramurales y acuerdo con la microred, lo anterior permitió dar estabilidad a la inversión realizada, sin embargo, al inicio del año 2023 el proceso se vio afectado por la culminación de convenios de cárceles y microred lo que trajo consigo perdidas que ocasionaron que nuestros proveedores aliados dueños de los equipos en comodato lo retiraran por bajo volumen.

Actualmente el servicio lo conforma un coordinador del servicio de apoyo diagnóstico, siete profesionales de bacteriología y siete auxiliares brindando apoyo en el hospital primitivo Iglesias y Obrero en la toma de muestra y área de proceso en el laboratorio clínico.

El proceso de imagenología es otro componente esencial de nuestro servicio de apoyo diagnóstico. Se cuenta tecnología de vanguardia que nos permite realizar una variedad de estudios diagnósticos, incluyendo radiografías ionizantes y ecografías no ionizantes. Estos estudios son fundamentales para la detección y seguimiento de diversas patologías, contribuyendo así a la atención integral de nuestros pacientes.

Para soportar el servicio de radiología se cuenta con una auxiliar administrativa, cinco tecnólogos en radiología y un médico especialista en radiología encargado de realizar las lecturas de estas. De igual forma, el servicio de ecografía cuenta con una transcriptora y médicos especialistas en radiología y ginecobstetricia.

1.2.5.1.1. PRUEBAS PROCESADAS EN EL LABORATORIO CLÍNICO DE ENERO A DICIEMBRE EN LOS AÑOS 2019 A 2023



	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2020	41,382	40,944	32,052	13,462	20,808	19,299	26,823	22,606	34,133	43,074	38,039	38,039
2021	36,523	41,416	40,150	40,105	29,160	58,199	41,043	42,765	47,530	63,426	39,774	33,011
2022	37,354	48,364	56,800	44,508	51,143	46,792	43,334	51,165	47,519	38,626	38,877	30,113
2023	41,295	44,330	50,770	36,588	47,889	42,902	42,872	48,230	41,505	42,280	35,040	26,033

Mes

Fuente: Informe 2193

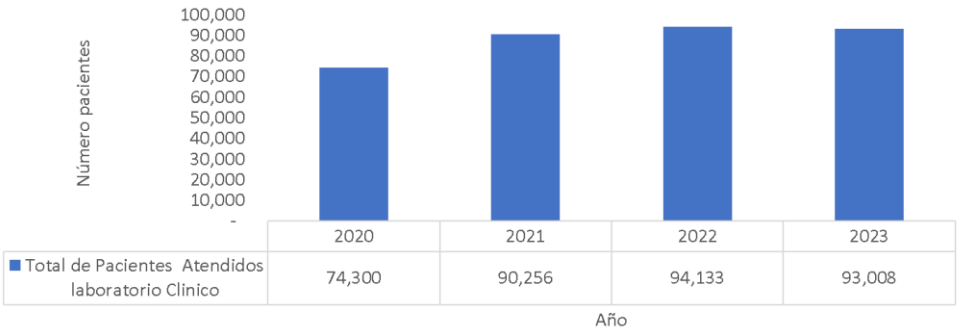
PRUEBAS DE LABORATORIO CLINICO	2020	2021	2022	2023	VARIACIÓN AÑO 2023 vs 2020	VARIACIÓN AÑO 2023 vs 2022
Cantidad exámenes procesados	370,661	513,102	534,583	458,271	**23.6%**	**-14.2%**

La grafica anterior muestra las pruebas procesadas en el laboratorio clínico en los años 2020. 2021, 2022 y 2023. Se observa en el año 2023 una disminución en el procesamiento de muestras del 14,2% con respecto al año 2022 y 23,6% con respecto al año 2020, donde los resultados obtenidos son el resultado de:

1- Perdida del contrato para la prestación del servicio en el INPEC desde diciembre del año 2021, lo cual equivale a 18.946 consultas anuales menos.
2- En el año 2021 se realizaron 19.535 exámenes de Antígeno Covid
3- Intervención al personal médico en los inadecuados ordenamientos para exámenes de perfil lipídico, creatinina, VIH y hemoglobina glicosilada sin percatarse sobre los controles previos
4- Impacto en el control de la Nota técnica de Emssanar lo que conlleva a la disminución en los ordenamientos de pruebas de laboratorio por parte del personal médico, para el año 2023 dejo de procesarse 34.873 exámenes con respecto al año 2022.
5- Reestructuración de los tiempos en la atención de citas médicas por especialidad y por ruta en la operación del servicio ambulatorio es decir 4.608 consultas menos al año.

6- La estructuración del servicio ambulatorio repercute en el incremento presentado en el servicio de urgencias donde se evidencia más número de atenciones para este año 2023 originando 3440 más que el año 2022.
7- En el año 2023 se percibe 15.970 consultas menos por los ajustes antes mencionados lo que representa menos número de ordenamientos.
8- En el año 2023 se atención la población Emssanar contributivo en el primer trimestre que para el segundo trimestre del año 2023 no se continuo atendiendo, lo que represento una disminución del 39% de analitos

1.2.5.1.2. PACIENTES ATENDIDOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO EN LOS AÑOS 2020 HASTA 2023



Pacientes atendidos	2020	2021	2022	2023	% Variación 2023 VS 2020	% Variación 2023 VS 2022
Total de Pacientes Atendidos laboratorio Clinico	74,300	90,256	94,133	93,008	25%	-1.20%

En la gráfica anterior, se evidencia el total de pacientes atendidos en el laboratorio clínico donde se observa incremento del 25% de pacientes en el año 2023 vs 2020 que corresponde a un total de 18.703 pacientes atendidos de más que el año en mención, y respecto al año 2022 se evidencia una disminución del 1.3% frente al año 2023 equivalente a 1.105 pacientes. Estos resultados son debidos a:

1- En el año 2020 y 2021, se evidenciaba restricciones presenciales como consecuencia de medida de precaución para disminuir los casos de covid.19.
2- En el año 2023, se evidencia incremento en el número de pacientes por la reactivación de usuarios en las diferentes rutas de atención de los programas de promoción y mantenimiento de la salud, a los nuevos usuarios de Nueva EPS y por la atención de pacientes de la población Emssanar contributivo recibida de la ESE Ladera que se empezó a direccionar para su atención temporal en la Red de Salud del Centro.

3- En el año 2023 en el servicio ambulatorio se evidencia ajuste a los tiempos asignados a la ruta de consulta médica pasando de 20 minutos a 30 minutos lo que ocasiona menor capacidad de agendamiento para la atención en las consultas médicas. Adicional, se ajusta la operación para incrementar el número de consultas con medicina interna haciendo consulta espejo lo que disminuye consulta de medicina general.

4- En el servicio de urgencias, se evidencia incremento en el número de pacientes en observación en el año 2023 con respecto al 2022 un 12%, lo que significa mayor número de exámenes solicitados por seguimiento a pacientes con diagnósticos como enfermedades infecciones respiratorias, dengue, dolor abdominal y pacientes con crisis hipertensivas. Adicional se evidencia un incremento de 2.364 exámenes, por atención de pacientes Emssanar contributivo, nuevas estrategias como captación de pacientes con sintomatología Covid en los servicios de AMAS y atención población nueva EPS.

1.2.5.1.3. CUADRO COMPARATIVO COSTOS REACTIVOS E INSUMOS LABORATORIO AÑOS 2020 A 2023

	AÑO 2020		AÑO 2021		AÑO 2022		AÑO 2023	
Proveedor	Cantidad	Valor total	Cantidad	Valor total	Cantidad	Valor total	Cantidad	Valor total
ESPECIALIDADES DIAGNOSTICAS IHR LTDA	228,605	$ 396,520,018	404,135	$ 2,240,858,010	116,399	$ 318,578,813	316,962	$ 326,838,909
ANNAR DIAGNOSTICA IMPORT SAS	158,654	$ 428,514,243	166,001	$ 102,197,326	126,460	$ 218,825,979	88,021	$ 44,470,656
PRODUCTOS ROCHE S.A.	1,005	$ 396,546,400	1,344	$ 499,861,100	1,240	$ 524,375,200	951	$ 459,417,500
BECTON DICKINSON DE COLOMBIA LTDA	-	$ -	8,184	$ 294,826,209	151	$ 152,709,604	58	$ 75,692,405
CULTIVOS LOPEZ URIBE S.A.S.	85,443	$ 277,844,852	44,057	$ 142,805,577	5,723	$ 21,765,425	14,112	$ 58,240,811
QUIK QUALITY IS THE KEY S A S	2	$ 6,284,000	2	$ 5,600,000	2	$ 7,028,700	2	$ 6,937,950
QUIMITER LTDA	9,385	$ 16,449,176	15,322	$ 30,037,272	19,575	$ 31,469,627	19,980	$ 24,529,568
LABCARE DE COLOMBIA LIMITADA	5,000	$ 3,980,550	100	$ 315,945	-	$ -	-	$ -
PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALI	2	$ 3,321,000	2	$ 3,450,000	2	$ 3,588,000	2	$ 3,168,600
Total	**488,096**	**$ 1,529,460,239**	**639,147**	**$ 3,319,951,439**	**269,552**	**$ 1,278,341,348**	**440,088**	**$ 999,296,399**

Fuente: Enterprise-soporte entrega de insumos

En el siguiente cuadro se pueda apreciar, el costo de los reactivos desde en los años 2020, 2021 , 2022 y 2023, evidenciandose una variacion de disminucion del costo de reactivos frente a los años anteriores. Para el año 2023, disminuyo los costos en un 35% frente al año 2020 y 70% frente al año 2021 y en menor proporción un 22 % frente al año 2022.

Lo anterior debido a :

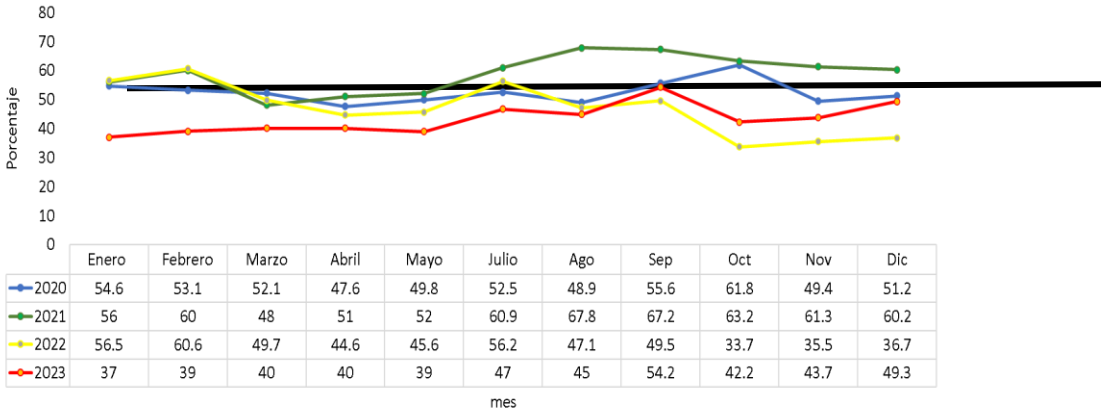
1- Generación de convenios con mejores tarifas lo que permite obtene r mejor ganancias

2- Solicitud de otros reactivos específicos para cumplimiento de proyectos o emergencia sanitaria como es el caso de pruebas de PCR covid y ag covid.
3- Control en los pedidos de las diferentes IPS de toma de muestra y áreas de procesamiento
4- Tercerización de pruebas especiales para mejorar el costo de la prueba. En el año 2023 se direcciono las prueba de hemoglobina glicosilada y microalbuminuria , donde el costo de procesamiento era $15.400 y al remitiendo $ 9.354 es decir que se obtiene el 61% en ahorro.

1.2.5.1.4. Oportunidad En La Entrega De Resultados De Exámenes De Laboratorio Clínico

1.2.5.1.5. Oportunidad En La Entrega De Resultados De Exámenes De Laboratorio Clinico En El Servicio De Urgencias En Los Años 2020 A 2023

Fuente. Servinte y Almera



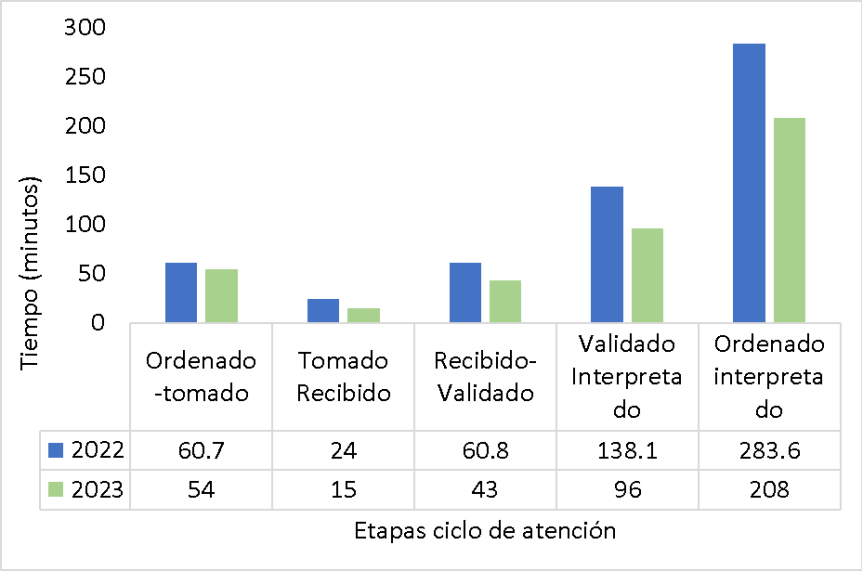
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Julio	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2020	54.6	53.1	52.1	47.6	49.8	52.5	48.9	55.6	61.8	49.4	51.2
2021	56	60	48	51	52	60.9	67.8	67.2	63.2	61.3	60.2
2022	56.5	60.6	49.7	44.6	45.6	56.2	47.1	49.5	33.7	35.5	36.7
2023	37	39	40	40	39	47	45	54.2	42.2	43.7	49.3

Promedio Oportunidad entrega de resultados servicio urgencias	2020	2021	2022	2023	% VARIACIÓN AÑO 2023 vs 2020	% VARIACIÓN AÑO 2023 vs 2022
Minutos	52.38	59.05	47.05	42.89	-18%	-9%

La siguiente grafica muestra la tendencia de los datos en eltiempo promedio de oportunidad en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio Clinico del servicio de Urgencias de los años 2020, 2021, 2022 y 2023. El tiempo promedio es 42 minutos para el año 2023, con una disminución del 52% con respecto al año 2020 y 9 % menos frente al año 2022. Los resultados obtenidos son debido a:

1. En el año 2023, se realiza seguimiento a la oportunidad en la validación debido a la sinergia con el servicio intrahospitalaria debido al ajuste de la ruta de atención en la entrega de resultados y reporte de valores críticos , haciendo que el profesional este mas atento.
2. En el mes de junio del año 2023 se elimina las funciones de transcripción de los resultados especiales en el 90%, liberando horas profesional para mejorar la respuesta al servicio.
3. Disminución de las desconexiones de cambio de estado automático del sistema servinte en el segundo trimestre del año 2023, lo que mantuvo el comportamiento positivo del indicador. Sin embargo, los últimos 4 meses las desconexiones constantes ha influido a tener valores elevados en la oportunidad.
4. Las pruebas no homologadas como los seriados de baciloscopia y coproscópicos, impide el arrastre en el sistema lo que ocasiona demora para acceder a la plataforma servinte.

1.2.5.1.6. Tiempo Promedio De Solicitud De Exámenes De Laboratorios Clínico Hasta Su Interpretación En El Servicio De Urgencias En El Periodo De Enero A Diciembre De Los

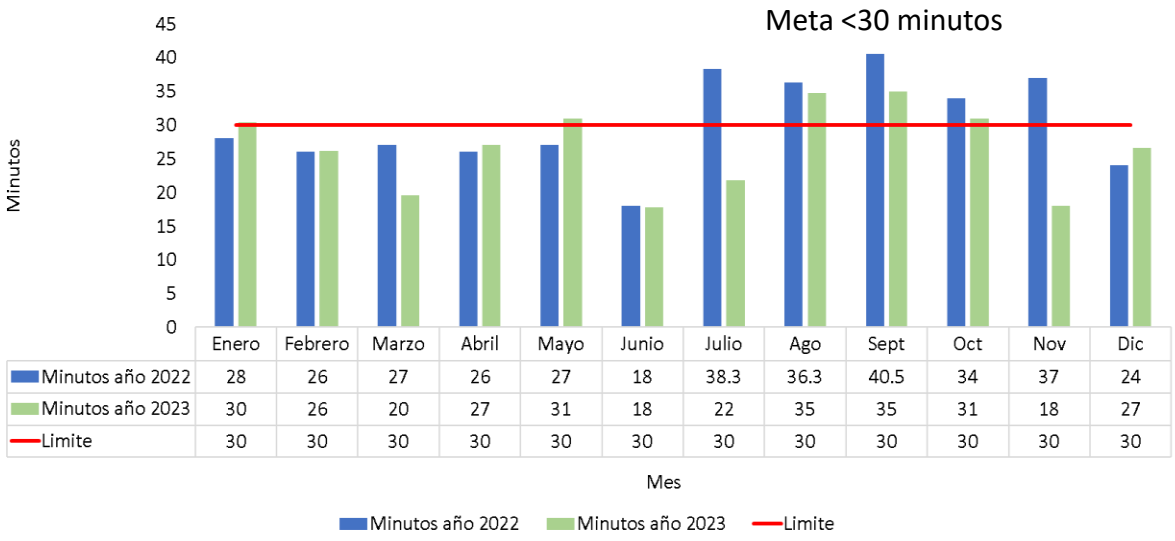


Meta 4 horas
Ordenado tomado < 30 minutos
Tomado recibido 15 minutos
Recibido validado 60 minutos
Realizado-Interpretado 120 min

Años 2022- 2023

La siguiente grafica muestra las diferentes etapas de atención del procesamiento de la muestra del paciente para la obtención de los resultados, donde se evidencia en el año 2023 la única etapa que se encuentra cumpliendo es el laboratorio clínico con 43 minutos desde que recibe la muestra hasta que la valida, en consideración a pesar del no cumplimiento en otras etapas versus el año 2022 el servicio ha mejorado los tiempos pero la capacidad resolutiva en el servicio y las caídas del servidor impide tener la trazabilidad adecuada.

1.2.5.1.7. OPORTUNIDAD ENTREGA DE RESULTADOS DE TROPONINA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN LOS AÑOS 2022 A 2023



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
Minutos año 2022	28	26	27	26	27	18	38.3	36.3	40.5	34	37	24
Minutos año 2023	30	26	20	27	31	18	22	35	35	31	18	27
Limite	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

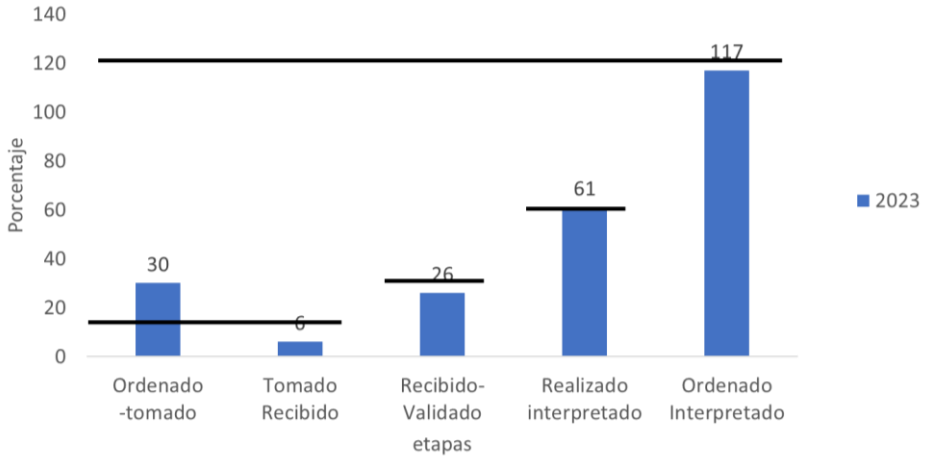
Fuente: Sistema de Información Enterprise y servinte

En la gráfica anterior, se mide el cumplimiento del tiempo de validación del resultado de troponina solicitada por el servicio de urgencias, su medición se considera desde el momento que se recibe la muestra en el laboratorio hasta que se reporta, para ello se ha estipulado 30 minutos para obtener el resultado y en caso de que el valor sea un dato critico se tendrá 15 minutos para el reporte al médico del servicio de Urgencias, una vez que el resultado se ha validado. En promedio en el año 2023 se obtuvo el resultado en 27 minutos cumpliendo con la meta versus el año 2022 donde el promedio fue 30 minutos. A pesar de que el comportamiento es positivo se evidencia que hay muchos factores que pueden incidir en un resultado fuera de rango, como:

1- Daño del equipo quedando por fuera de servicio
2- Falla en el control de temperatura del equipo

3- Numero de pruebas direccionadas para su procesamiento, considerando que el equipo solo puede procesar una prueba a la vez que dura 15 minutos en arrojar el resultado

1.2.5.1.8. Tiempo Promedio Etapas De Atención En El Servicio Desde El Ordenamiento A La Interpretación Del Examen De Troponina Enero A Diciembre Año 2023



Meta 2 horas
Ordenado tomado < 15 minutos
Tomado recibido <15 minutos
Recibido validado <30 minutos
Realizado-Interpretado 60 minutos

Se define en el año 2023 la ruta de notificación de dato crítico para el servicio de urgencias desagregado en los diferentes tiempos en el proceso como: ordenado-tomado 15 minutos, muestra tomada- entregado en el laboratorio 15 minutos, muestra recibida- realizada 15 minutos para las troponinas y para otros valores críticos 30 minutos y desde lo realizado a interpretado 60 minutos; para un total de 2 horas desde que se ordena hasta que se interpreta.

En el año 2023 se evidencia una disminución del 10% con respecto al año 2022, para lo cual se ha solicitado al proveedor especialidades diagnosticas contar con un equipo adicional de respaldo o en su caso un equipo que permita mayor procesamiento de muestras al mismo tiempo.

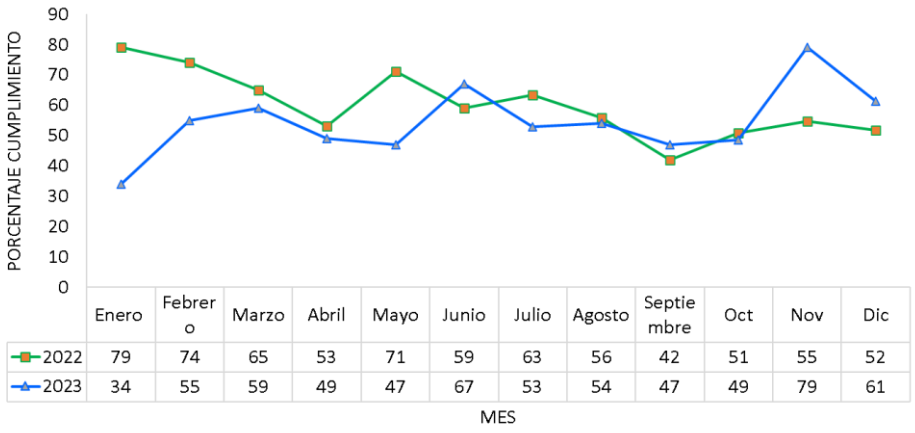
Para mejorar el cumplimiento del indicador, se ve la necesidad de controlar las siguientes variables:

1. Fallas de conectividad de la plataforma Servinte debido que no permite ingreso de manera inmediata y/o no realiza el cambio automático de los estados de recibido a realizado y se registre el tiempo real de ingreso del valor para la medición de tiempos. En la siguiente gráfica, se evidencia la variación en los tiempos cuando se valida en el sistema de información Servinte Vs el sistema de información del laboratorio (LIS) Enterprise, donde los tiempos desde el que bacteriólogo valida en el LIS son menores a 30 minutos considerando las variables que puede generar retrasos como equipo POCT de troponinas genere alertas por no lectura del cassette o ingreso tardío para procesar generado por retraso en la entrega de muestra a proceso o solicitud de nueva muestra a causa de una mala toma.

2. Capacidad del equipo. El laboratorio clínico cuenta con un equipo de troponinas EPOC que tarda 15 minutos en brindar el resultado, en caso que deba repetirse o sean más de dos muestras recibidas en el mismo momento este llevara ya 15 minutos de retraso.

3. Seguimiento y gestión al personal profesional para verificar el cambio automático una vez validada la muestra.

1.2.5.1.9. Oportunidad Entrega De Resultados Al Servicio De Hospitalización En Los Años 2022 A 2023



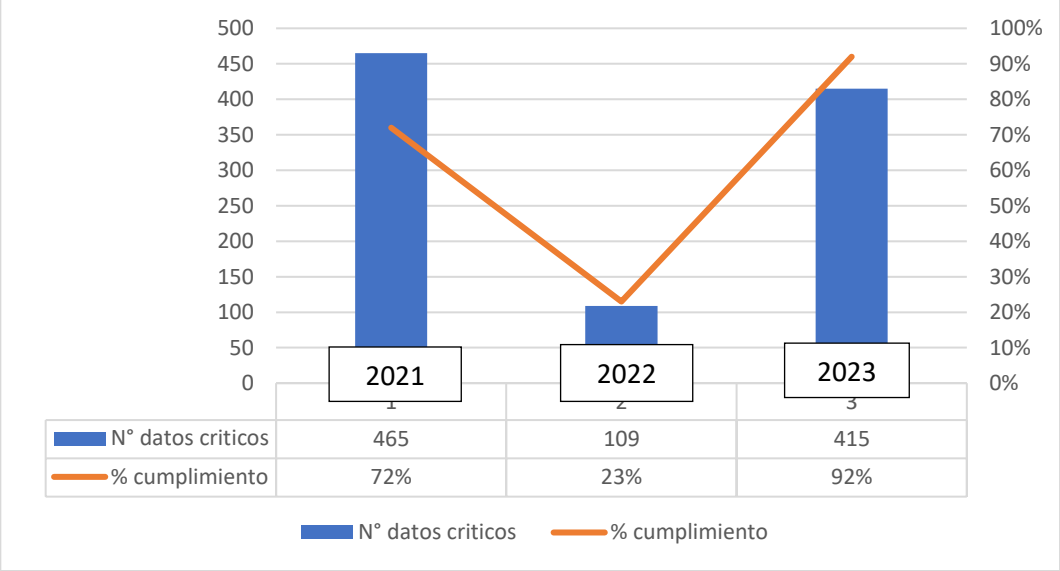
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Oct	Nov	Dic
2022	79	74	65	53	71	59	63	56	42	51	55	52
2023	34	55	59	49	47	67	53	54	47	49	79	61

Fuente: Sistema de Información servinte

Oportunidad entrega de resultados servicio hospitalización	2022	2023	% VAR. 2023 vs 2022
Promedio Minutos	60	54	-9%

En la gráfica anterior la medición de la oportunidad de entrega de resultados no debe medirse de manera consolidada por ello para el año 2022 se refleja un cumplimiento de60mintuos en la entrega de resultado con una disminución del 9 % en el año 2023 con respecto al año 2022.lo mencionado se debe por el procesamiento de las muestras de hospitalización a 1 hora como si fueran muestras de urgencias, por tal razón se establece una meta más retadora para el año 2023 de 90 minutos y no de 120 minutos

1.2.5.1.10. Porcentaje De Cumplimiento Del Reporte De Dato Critico Al Servicio De Urgencias En Los Años 2021 A 2023

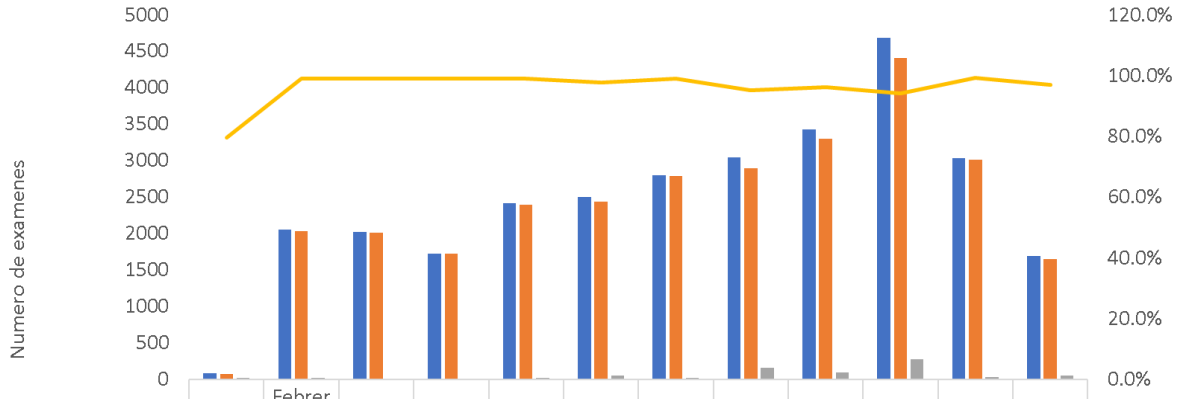


En la gráfica anterior, se identifica adherencia al cumplimiento del reporte del dato critico durante los años 2021, 2022 y 2023 , donde se presentaron ajuste en el procedimiento de notificación de valor critico considerando:

1- Actualización de tabla de valores críticos para el servicio de urgencias, donde de incluso la notificación de valores prioritarios.
2- Se incluye el reporte de valores críticos o prioritarios en todos los servicios de apoyo diagnostico como radiología y ecografía
3- Participación del reporte de los valores críticos al grupo SIBEO y los proveedores como laboratorio de referencia de Acacias y Synlab.

Se identifica que la medición del indicador del valor critico en el año 2021 se realizaba con el reporte en Servinte considerando la totalidad de lo reportado, pero sin considerar lo ambulatorio y proveedores, para el año 2021 se evidencia el reporte de 465 casos con un 72% de cumplimiento en el reporte. Hacia el año 2022 se identifica durante los primeros 7 meses que el personal no deja soporte de lo notificado en las fuentes de información, adicional no deja reporte por ello se reporta 109 datos con un 23% de cumplimiento. Luego de los ajustes en cuanto al enfoque del reporte para elaño 2023 se logra un porcentaje de cumplimiento del 92 %con 415 casos.

1.2.5.1.11. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALIDACIÓN DE EXÁMENES ESPECIALES DE LABORATORIO SYNLAB AÑO 2023



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic
Total	83	2050	2015	1725	2413	2494	2797	3043	3422	4680	3035	1694
Cumple	66	2032	2009	1722	2393	2439	2782	2890	3300	4404	3006	1641
No cumple	17	18	6	3	20	55	15	152	92	276	29	53
% cumplimiento	79.5%	99%	99%	99%	99%	98%	99%	95%	96%	94%	99%	97%

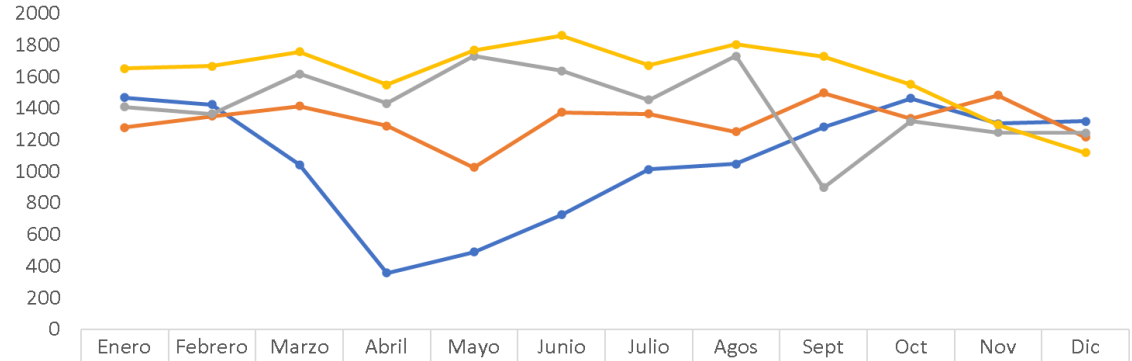
Mes

En el año 2023 se inicia convenio con laboratorio Synlab para el procesamiento de pruebas moleculares considerando el desabastecimiento de reactivo del proveedor Becton Dickison, donde nuestro tiempo de respuesta en la entrega de resultados se vio afectado por la oportunidad del proveedor. Sin embargo, el tiempo promedio de oportunidad de pruebas especiales se encuentra en un 96% de cumplimiento. Una de las causas que afecta la oportunidad en la entrega del resultado al usuario es la renovación cada 3 meses ocasionando el congelamiento del procesamiento de pruebas por acuerdos contractuales de pago extendiendo los días de entrega de resultados.

1.2.5.2. SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA.

1.2.5.2.1. NUMERO DE RAYOS X REALIZADOS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGIA

Fuente: Informe 2193



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic
2020	1465	1421	1041	356	489	723	1011	1047	1279	1462	1302	1316
2021	1277	1348	1411	1287	1023	1372	1363	1249	1496	1333	1481	1215
2022	1,407	1,364	1,615	1,430	1,729	1,636	1,452	1,729	896	1,317	1,245	1243
2023	1,649	1,664	1,757	1,546	1,765	1,858	1,670	1,803	1,726	1,550	1,293	1117

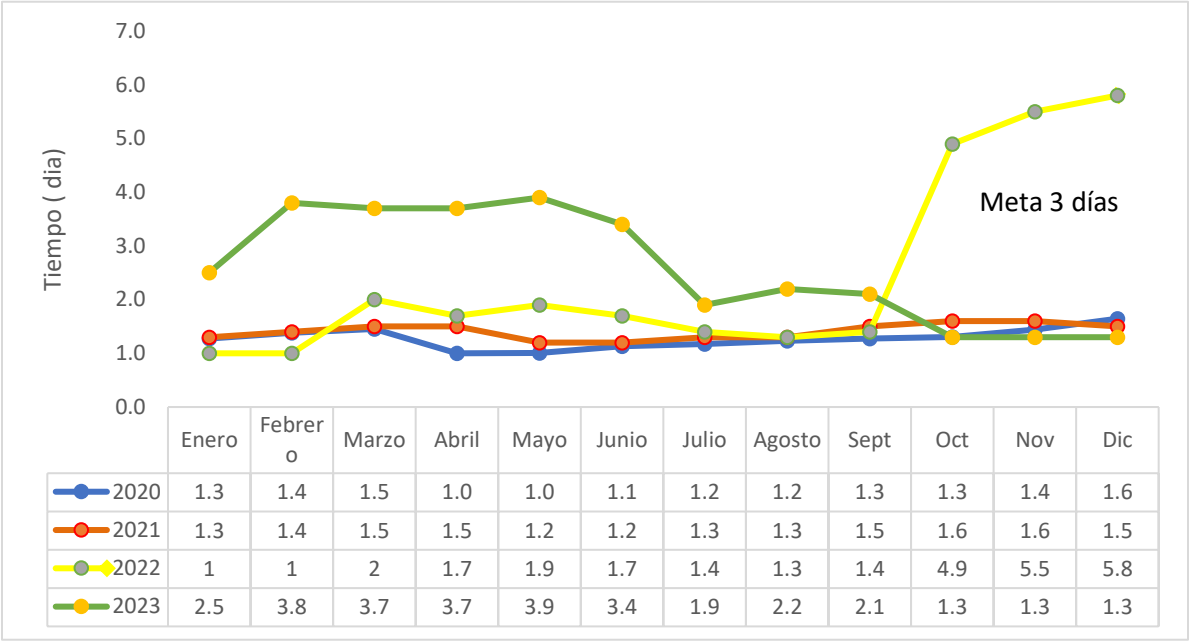
Radiología	2020	2021	2022	2023	VARIACIÓN AÑO 2023 vs 2020	VARIACIÓN AÑO 2023 vs 2022
Total de estudios de radiología	12,912	15,855	17,063	19,398	50%	14%

El número de rayos x realizadas en el servicio de urgencias y ambulatorio en el año 2023 aumento un 14 %con respecto al año 2022, y frente al año 2020 un 50%; las causas están atribuidas a:

1. Mayor tiempo destinado en el procesamiento de toma de la imagen, por uso del digitalizador a causa de daño del flat panel del equipo DR 400; retrasando el servicio de agendamiento de 3 pacientes en una hora, con asignación de 20 minutos por paciente por el uso de digitalizador. Razón por la cual se estableció 15 minutos independiente del número de estudios que presenta un paciente, eliminando la opción de agendamiento por número de estudios.
2. El año 2023, atendió nueva población de nueva EPS, Coosalud, y contributivo de Emssanar incremento el numero de estudios realizados.
3. En el primer semestre de los años 2021 y 2022 continuaba la solicitud de ayudas diagnósticas (rayos x) como parte de diagnóstico de las secuelas generadas de la pandemia Covid.

1.2.5.2.2. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA EN EL PERIODO AÑO 2020, 2021, 2022 Y 2023

Fuente: Servinte



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic
2020	1.3	1.4	1.5	1.0	1.0	1.1	1.2	1.2	1.3	1.3	1.4	1.6
2021	1.3	1.4	1.5	1.5	1.2	1.2	1.3	1.3	1.5	1.6	1.6	1.5
2022	1	1	2	1.7	1.9	1.7	1.4	1.3	1.4	4.9	5.5	5.8
2023	2.5	3.8	3.7	3.7	3.9	3.4	1.9	2.2	2.1	1.3	1.3	1.3

Oportunidad de la atención radiología	2020	2021	2022	2023	Variación año 2023 vs 2020	Variación año 2023 vs 2022
Tiempo atención cita	1.3	1.4	2.5	2.6	100%	4%

En la gráfica anterior, en el año 2023 se evidencia un incremento del 4 % frente al año 2022 en la asignación de cita con un promedio de 2,6 días y un 100% frente al año 2020. Lo anterior debido a:

1. En el año 2020 la asignación de cita se daba de manera inmediata y según evaluación médica considerando la época de pandemia donde las restricciones no permitían recibir atención al publico del servicio ambulatorio
2. La medición de los tiempos estaba dada por la respuesta a la asignación de cita mas no por la diferencia de la sumatoria desde que el paciente solicita su cita hasta que la obtiene.
3. En el año 2021, se manejo las mismas restricciones a pesar de tener más acceso el servicio.
4. Apertura de agenda mensual la última semana del mes para la asignación de cita, concentra a los usuarios el mismo día de 3 a 5 días antes de inicio de mes lo que hace que el conteo de días desde que se asigna hasta que se realice supere la meta de 3 días.
5. Disminución de las atenciones de paciente en el agendado por hora, debido a:

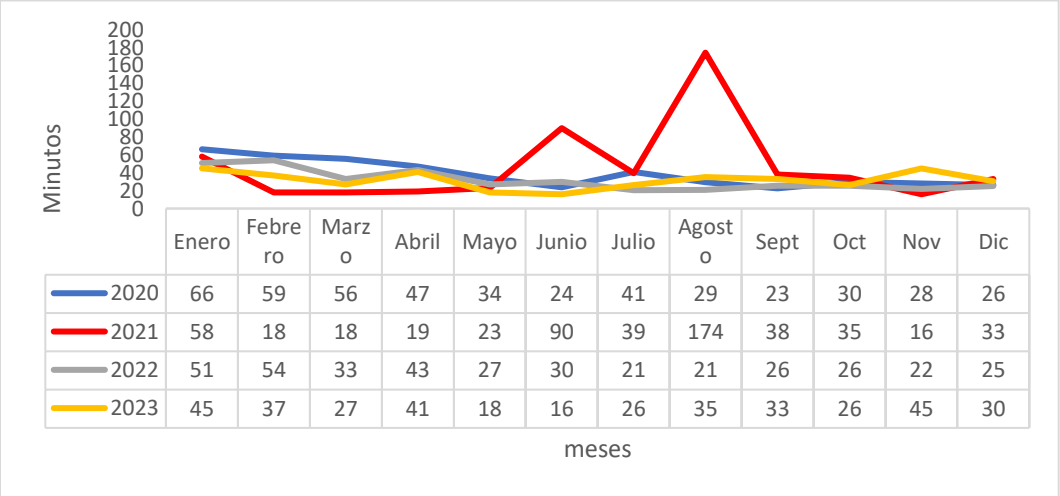
a. El personal facturador y tecnólogos tenían el direccionamiento de realizar el agendamiento de los estudios según la cantidad de estudios dada en el ordenamiento cada 10 minutos por estudio para una sola persona, limitando en una hora el acceso a más atenciones.

b. En el mes de septiembre del año 2022 se presenta daño del flat panel del equipo DR 400, el cual duro 7 meses el servicio sin este equipo que representaba mayor capacidad para atender a los usuarios cada 10 minutos, es decir, capacidad de 6 pacientes /hora, a 3 pacientes por hora por el uso del equipo de contingencia el digitalizador donde los tiempos de atención incrementaron de 15 a 20 minutos en consideración que es un equipo que usa chasis y genera fallas para el borrado de los estudios.

Los ajustes que se realizan para mejorar el servicio de radiología fueron:

1- Habilitar el agendamiento a cita para los estudios de preparación entre las 6 am y 6:15 am de lunes a sábados y los días domingos media jornada.
2- Establecer tiempos de 15 minutos para la atención por paciente independiente del número de estudios, con la llegada del flat panel en el mes de abril del año 2023.
3- Generar compromiso de cuidado de equipo, donde se verifica golpes de impacto del flat panel y entrega de turno por parte de los tecnólogos

1.2.5.2.3. OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE IMÁGENES RADIOLÓGICAS DE URGENCIAS EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic
2020	66	59	56	47	34	24	41	29	23	30	28	26
2021	58	18	18	19	23	90	39	174	38	35	16	33
2022	51	54	33	43	27	30	21	21	26	26	22	25
2023	45	37	27	41	18	16	26	35	33	26	45	30

Fuente: Servinte

Oportunidad Servicio entrega imágenes radiológicas a urgencia	2020	2021	2022	2023	VARIACIÓN AÑO 2023 vs 2020	VARIACIÓN AÑO 2023 vs 2022
Tiempo atención - cargue imagen	39	47	31	32	-18%	3%

En la gráfica anterior, se visualiza el comportamiento del indicador de oportunidad entrega de imagen del servicio de rayos X, identificando durante el el primer semestre del año 2020 inicio de pandemia tiempos por encima de los 40 minutos en la atención hasta el cargue del estudio. En el año 2021 el tiempo promedio de atención es de 47 minutos donde aún continua las restricciones en la atención y los protocolos de seguridad, además se evidencia gran cantidad de estudios como consecuencia a las secuelas del covid 19, En el año 2023 disminuye los tiempos un 18 % con relacional año 2020 y un 3 % con relación al año, lo anterior se ve reflejado por el daño del flat panel hacia el mes de septiembre del año 2022 lo que genero un incremento de los tiempos por uso de equipo digitalizar y las atenciones de nuevos convenios como Emssanar contributivo hacia el mes de febrero y marzo. Las oportunidades de mejora que se debe considerar para mejorar la atención al servicio de urgencias son:

1. Estandarización de los tiempos asignados a la toma de los estudios a 15 minutos por paciente.
2. Ajuste de los procedimientos de atención al usuario para la toma donde se establece que el paciente del servicio de urgencias se le dará la prioridad requerida cuando este siendo usado por los usuarios del servicio ambulatorio.
3. Seguimiento a los tiempos de atención en el servicio de urgencias desde que el medico ordena el estudio hasta que se interpreta
4. A partir del 30 de marzo se programa la instalación del Flat panel Equipo DR 400 quedando en funcionamiento el 3 de abril por lo que se realiza entrega de documento compromiso de buen uso del equipo flat panel, formato entrega de equipo por turno, informe mensual de impactos entregado por el personal de mantenimiento del equipo, y documento de responsabilidad; este último a esperas de su entrega por parte de Agesoc

1.2.5.2.4. CUADRO COMPARATIVO DE PRODUCCIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO REALIZADAS EN LOS AÑOS 2020, 2021, 2022 Y 2023.

A continuación, se muestra tabla consolidada de los indicadores anterioridad explicados:

Acumulado Enero a diciembre	2020	2021	2022	2023	% Variación 2023 VS 2020	% Variación 2023 VS 2022
Pacientes atendidos en laboratorio Clinico	74,300	90,256	94,133	93,008	25%	-1.20%
Pruebas procesadas	370,661	513,102	534,583	458,271	24%	-14.3%
Pacientes atendidos en radiología	20.192	11.278	17,259	11.741	-42%	-14%
Número de estudios de rayos X realizados	16.808	24.789	13.258	15.438	-8%	16.4%
Número de ecografías realizadas	2.847	4.172	5,261	5,816	104%	11%

Fuente: Informe 2193. Aplicativo Enterprise y lumier

1.2.5.3. INDICADORES DE GESTIÓN CONSOLIDADOS DE APOYO DIAGNÓSTICO EN LOS AÑOS 2020 A 2023

A continuación, se muestra tabla consolidada de los indicadores del servicio de apoyo diagnóstico que previamente se explicaron, con su porcentaje de variacion del periodo año 2020 a 2023.

Indicador	Meta	2020	2021	2022	2023	% Variación 2023 VS 2020	% Variación 2023 VS 2022
Tiempo promedio Oportunidad entrega de resultados Urgencias	60 minutos	52.38	59.05	47.05	42.89	-18%	-9%
Tiempo promedio Oportunidad de entrega de imágenes radiológicas de urgencias	60 minutos	42	46.8	31.5	31.6	-25%	0.4%
Oportunidad en la atención en el servicio de radiología	3 días	1,2	1.4	2.5	2.6	117%	5%
Tiempo promedio de espera para la atención cita en Ecografía	5 días	5	1.4	9,6	9,5	90%	-1%

Fuente: Sistema Información Servinte/lumier

No se cuenta con turnero durante los años 2020 debido a la contingencia presentada por pandemia donde se limita el acceso a las IPS de manera presencial, de no ser estrictamente necesario. No se cuentan con registros que eran manejados por otro proveedor del año 2021. En el año 2022, la institución inicia un proyecto nuevo de medición de tiempos de atención, lo que permite el análisis de los tiempos de atención en el laboratorio clínico, destacándose cuatro segmentos de usuarios prioritarios con comportamiento similar en los tiempos de atención para la asistencia a la IPS para la toma de exámenes como lo son el Particular, embarazadas, glucosa post y niños de brazos. Lo anterior debido que el personal orientador continúa asignando turnos sin considerar los exámenes a realizarse, solo teniendo en cuenta el rango de edad, mal uso de la herramienta por parte de los usuarios y por el tiempo que demanda la atención y consideraciones como participación de los padres, selección del sitio de la toma de muestra, uso de técnica, experticia del técnico y entorno amigable.

El tiempo estimado de atención en la recepción del laboratorio clínico es de aproximadamente 10 minutos, mientras que en la toma de muestra es de 5 minutos por paciente. Esto significa que la capacidad en el registro en el HBPI es de 18 pacientes por hora y en la toma de muestra es de 24 pacientes por hora, considerando que se cuenta con 3 recepciones y 2 tomas de muestras.

Durante el año 2022, las intervenciones se centraron en lograr que usuarios y trabajadores se adhirieran al uso del turnero en las IPS, evidenciando que nuestra población cuenta con condiciones de prioridad. Sin embargo, los registros demorados se atribuyeron a desconexiones de internet y servinte para el ingreso y verificación de la información. A principios del año 2023, se estableció la no utilización de papel para soportar lo facturado, sino el manejo de un número de cargo para realizar el llamado a través del login, lo que permitió mejorar los tiempos de ingreso y contar con la seguridad de lo facturado. No obstante, se identificaron algunas áreas de mejora:

1- Los cargos de facturación deberían escogerse por IPS que lo registró.
2- En caso de tener muestras pendientes, el número de cargo no desaparece, lo que permite que pueda tomarse nuevamente.

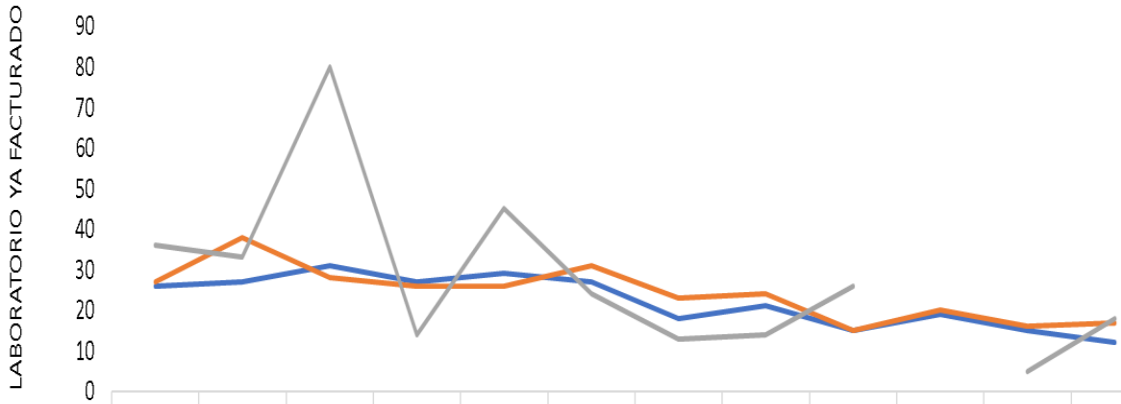
1.2.5.3.1. TIEMPO PROMEDIO DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS SEGÚN PRIORIDAD PARA FACTURAR EXÁMENES DE LABORATORIO AÑO 2023

Fuente: BD Turnero

	ALFONSO YOUNG		CRISTOBAL COLON		DIEGO LALINDE		EL RODEO		LUIS H GARCES		OBRERO		HBPI	
PRIORIDAD	Promedio de tiempo atencion	CU	Promedio de tiempo atencion	CU	Promedio de tiempo atencion	CU	Promedio de tiempo atencion	CU	Promedio de tiempo atencion	CU	Promedio de tiempo atencion	CU	Promedio de tiempo atencion	CU
Discapacidad visual y auditiva	30:40	3	06:20	39	10:54	56	08:05	15	18:32	12	18:17	14	27:44	22
Embarazada	20:45	32	01:33	211	45:23	171	35:04	257	25:08	152	17:38	118	47:05	1253
General	34:06	792	30:12	4786	01:13	3289	28:12	4072	34:00	4233	22:51	5870	**10:38**	9796
Glicemia Pre Post curvas	40:45	3	10:55	4	03:54	29	48:28	7	41:11	19			19:06	21
Mayor de 60 años	27:46	315	58:21	2342	16:45	1876	31:19	1692	34:27	742	56:23	584	04:24	4264
Movilidad reducida	17:17	3	03:08	83	38:31	50	31:53	60	37:54	60	55:59	33	49:05	381
Niños en brazos	23:38	15	28:57	70	38:34	83	52:26	103	51:26	67	56:42	60	07:16	604
Particular	48:42	6	32:39	378	59:02	179	29:37	101	04:03	96	**07:13**	62	**02:48**	82
Total	**07:02**	**1169**	**13:07**	**7913**	**00:02**	**5733**	**51:11**	**6307**	**11:07**	**5381**	**19:23**	**6741**	**53:36**	**16423**

Se evidencia que la IPS de mayor impacto en el momento de facturar laboratorio es IPS Obrero, seguida del HBPI y de manera general la prioridad del particular y niños de brazos. Razón por la cual se crea estrategias de atención VPI en HBPI utilizándola caja de facturación de partos, en pro de agilizar el servicio y paso directo a la toma de muestras.

1.2.5.3.2. TIEMPO PROMEDIO DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS DE LABORATORIO YA FACTURADOS AÑO 2023



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
PRIORIDADES	26	27	31	27	29	27	18	21	15	19	15	12
GENERAL	27	38	28	26	26	31	23	24	15	20	16	17
PARTICULAR	36	33	80	14	45	24	13	14	26		5	18

En la gráfica anterior, se evidencia que durante el primer semestre del año 2023, los tiempos de las prioridades superaron los 20 minutos, esto se evidenció por el incremento en la atención de la población Emssanar contributivo y nuevos convenios como Nueva EPS. Para impactar en la mejora se contó con el acompañamiento de personal atención al usuario en el manejo del turnero y capacitación en las nuevas modificaciones de la herramienta como el uso de llamado por voz permitiendo la inclusión de personas con discapacidad visual y en general estar atentos al llamado.

Como parte de las estrategias a fortalecer, se destaca la necesidad de continuar asesorando en la orientación y asignación de turnos según la prioridad.

En relación con los particulares, una estrategia implementada fue establecer una sala VIP o en su caso un paso directo para el registro en una caja con menor congestión y toma de muestra sin tanto tiempo de espera lo que permitió bajar el tiempo de espera de 35 minutos a 13 minutos, cabe resaltar que las IPS con buen manejo de tiempos en la atención para el particular son HBPI, Luis H y Obrero.

Las IPS de mayor afluencia de usuarios es HBPI, Obrero y Colon, seguido de IPS Rodeo, Diego Lalinde y Luis H, en las tres primeras IPS y Lus H siempre se cuenta con personal de apoyo para la toma de exámenes con personal de promoción de la salud y/o con estudiante. Sin embargo, el tiempo tardío presentado en la asignación de recurso humano durante el primer trimestre y la rotación de personal cada mes no permite dar continuidad en el apoyo al servicio.

1.2.5.4. LABORATORIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR

En el marco del Plan de Desarrollo de la Red de Salud del Centro, correspondiente al periodo 2020-2023, uno de los objetivos fundamentales del pilar "Sirviendo con Excelencia" ha sido consolidar la integralidad y efectividad en la prestación de servicios de salud. Este enfoque se ha caracterizado por una atención humanizada y segura, especialmente dirigida a mejorar la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento de pacientes afectados por enfermedades infectocontagiosas.

Como parte de este compromiso, la Red de Salud participo activamente en proyectos internacionales, destacándose la colaboración en iniciativas como el "Proyecto Perú" el cual dio inicio desde febrero 2022 y la captación se origino en el segundo semestre del año 2022, y en programas específicos orientados a las cárceles. Además, se han llevado a cabo jornadas de captación, impulsadas desde el programa de Tuberculosis, lo que ha permitido no solo la captación de usuarios sino también la obtención de muestras para su procesamiento.

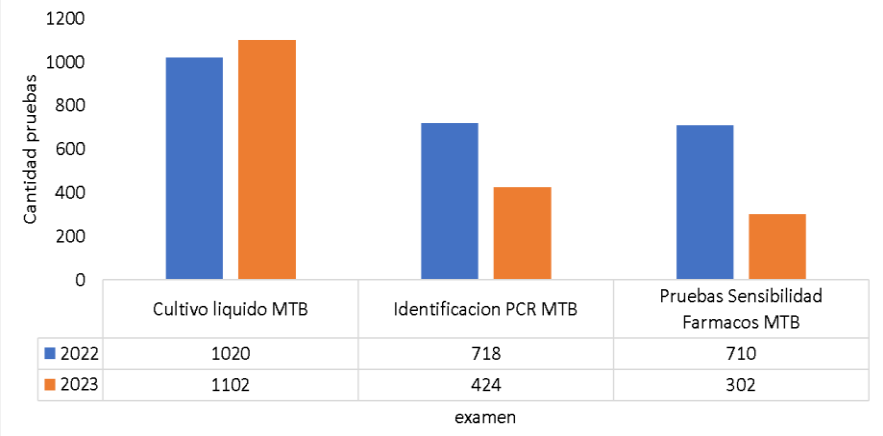
La gráfica del item 4.1 refleja un incremento del 8% en el número de pruebas captadas y cultivos procesados en el año 2023, demostrando así el impacto positivo de estas iniciativas en la capacidad diagnóstica de la Red de Salud. Sin embargo, es relevante señalar que durante el primer semestre del año 2023 se observó una disminución en la realización de pruebas. Este cambio se debió al direccionamiento del procesamiento de muestras de la microred, que fue asumido por el hospital San Juan de Dios y tercerizado con el laboratorio SDM. Esta transición resultó en una disminución del 41% en las pruebas de identificación de MTB y del 57% en las pruebas de sensibilidad, en comparación con el año 2022.

En el marco de nuestras estrategias para la captación de nuevos usuarios y la consolidación de convenios, hemos priorizado el fortalecimiento del personal médico, específicamente desde el programa de tuberculosis. En esta primera instancia, se ha trabajado en el enriquecimiento de sus conocimientos, centrándonos en la captación de pacientes sintomáticos respiratorios y en el ingreso de pacientes al programa para el control de la tuberculosis. Este enfoque no solo mejora la calidad de la atención, sino que también fortalece nuestra capacidad para abordar eficientemente este importante programa de salud.

Asimismo, durante la segunda mitad del año 2023, se consolido un convenioe con ASMET Salud y un convenio tripartita destinado a la población de Personas Privadas de la Libertad (PPL) en estaciones de policía. Este acuerdo permite el procesamiento de muestras validadas y autorizadas para entidades como Emssanar, Coosalud, SOS y Nueva EPS.

Adicionalmente, hemos establecido la colaboración en el procesamiento de muestras de la Secretaría del Cliente Sergente, ampliando así nuestra red de servicios y consolidando nuestra presencia en diferentes sectores de la comunidad.

1.2.5.4.1. COMPARATIVO PRUEBAS REALIZADAS LABORATORIO MOLECULAR EN EL PERIODO AÑOS 2022 A 2023



Fuente: Enterprise

3..2 Facturación laboratorio molecular en el año 2022 y 2023

Durante el año 2022, se registró un total de ingresos facturados por parte del laboratorio molecular que ascendieron a $325,268,141. Sin embargo, en el año 2023, los ingresos experimentaron un leve aumento, alcanzando la cifra de $327,156,712. Es importante señalar que, a pesar de este incremento, no se logró alcanzar la meta establecida de un aumento del 10% en los ingresos percibidos por el laboratorio molecular. Este resultado motivará una revisión detallada de las estrategias y acciones implementadas, con el objetivo de identificar oportunidades de mejora que nos permitan alcanzar nuestras metas financieras en el futuro.

Pruebas moleculares	Cantidad de pruebas realizadas año 2022	Cantidad de pruebas realizadas año 2023	Variación 2023- 2022
Cultivo liquido MTB	1020	1102	8%
Identificación PCR MTB	718	424	-41%
Pruebas Sensibilidad Fármacos MTB	710	302	-57%

En el periodo año 2023 esta pendiente facturación $ $ 66.503.455 pesos a razón de
la capacidad resolutiva en el servicio de facturación.

Fuente Servinte

ACTIVIDAD EVENTO	Cantidad actividades	Valor Facturado	Valor total
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECU	582	$ 104,130,000	$ 133,184,000
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEB	474	$ 92,862,000	$ 108,426,000
Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	862	$ 45,130,785	$ 61,575,676
TUBERCULINA PRUEBA DE MANTUOUX	218	$ 13,831,300	$ 16,711,300
BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE ZIEHL NEEL	317	$ 4,186,100	$ 5,463,664
BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEEL	34	$ 513,072	$ 681,072
Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR REACC	2	$ -	$ 500,000
Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACION REACCION EN CADENA	3	$ -	$ 615,000
Total general	**2,492**	**$ 260,653,257**	**$ 327,156,712**

1.2.6. Servicios de referencia y traslado de pacientes

1.2.6.1. Antecedentes Y Estructura Organizativa

Los antecedentes y la estructura organizativa del proceso de referencia y traslado de pacientes en la Red de Salud Centro ESE muestran una evolución significativa a lo largo de los años. Inicialmente, en 2009, el pool de ambulancias enfrentaba desafíos importantes, con solo cinco de los diez vehículos operativos debido a diversas situaciones, lo que resultaba en una prestación deficiente del servicio. Sin embargo, desde el año 2010, se implementaron mejoras significativas que buscaban optimizar la atención a los usuarios de la ciudad.

Durante este proceso de transformación, se adquirieron nuevos equipos biomédicos, se aseguró una dotación completa, se garantizaron insumos suficientes y se implementó un programa de capacitación para el personal asistencial, todo ello con el objetivo de mejorar la calidad del servicio. En la actualidad, el pool de ambulancias cuenta con 29 vehículos en pleno funcionamiento, cumpliendo con estándares de calidad y con un personal suficiente para atender las necesidades de la ciudad.

Este servicio se ofrece a usuarios de diferentes regímenes de salud, incluyendo subsidiado y contributivo, así como aquellos que no tienen aseguradora al momento del traslado. Además, brinda apoyo a los traslados coordinados a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE).

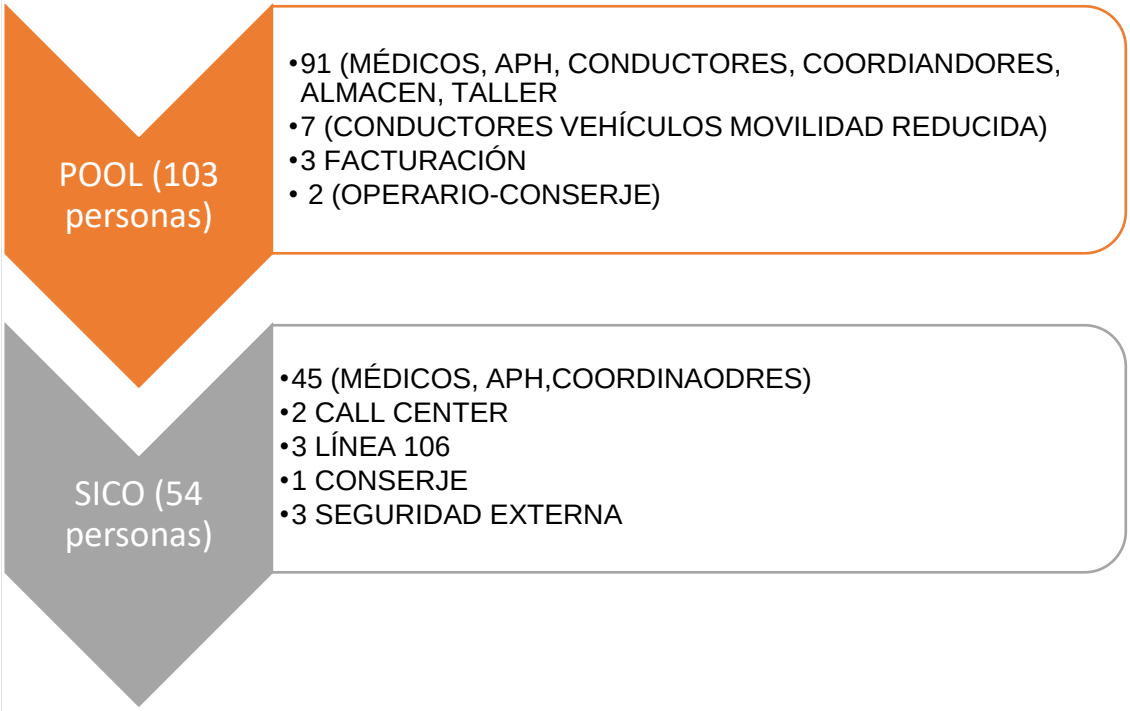
Con el objetivo de garantizar una mejora continua en la prestación de servicios, la Red se enfocó en obtener certificaciones de calidad, lográndola bajo la norma ISO 9001-2008 en 2011 y posteriormente la acreditación en salud en 2018, convirtiéndose en la primera empresa pública colombiana certificada por ICONTEC en el traslado de pacientes y atención de urgencias prehospitalarias.

Por otra parte, el Servicio Integrado de Comunicaciones (SICO), creado en 2012, ha sido fundamental para la coordinación de los procesos de referencia y contrarreferencia, así como para la comunicación entre niveles asistenciales. Esta iniciativa ha evolucionado con el tiempo, operativizando el CRUE en alianza con la Secretaría de Salud Pública Municipal desde el 2017 y brindando apoyo crucial durante la pandemia de COVID-19 a partir de 2020.

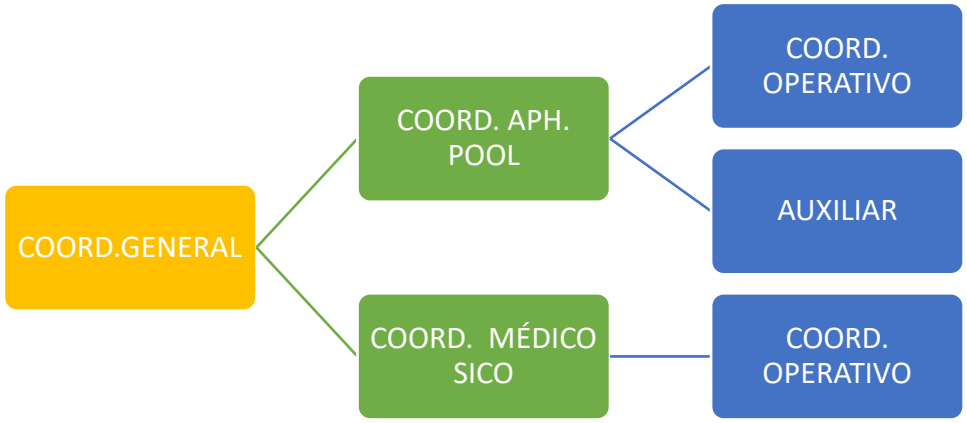
Gracias a la experiencia y la infraestructura del SICO y el pool de ambulancias, se proyecta fortalecer la central de comunicaciones y expandir los servicios ofrecidos, como el HOME CARE, CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA y TELEMEDICINA, entre otros, para satisfacer las necesidades emergentes de la ciudad y continuar brindando atención de calidad a la comunidad.

Talento humano.

Al 31 de marzo, el proceso de referencia y traslado de pacientes cuenta con un total de 157 personas distribuidas de la siguiente manera:

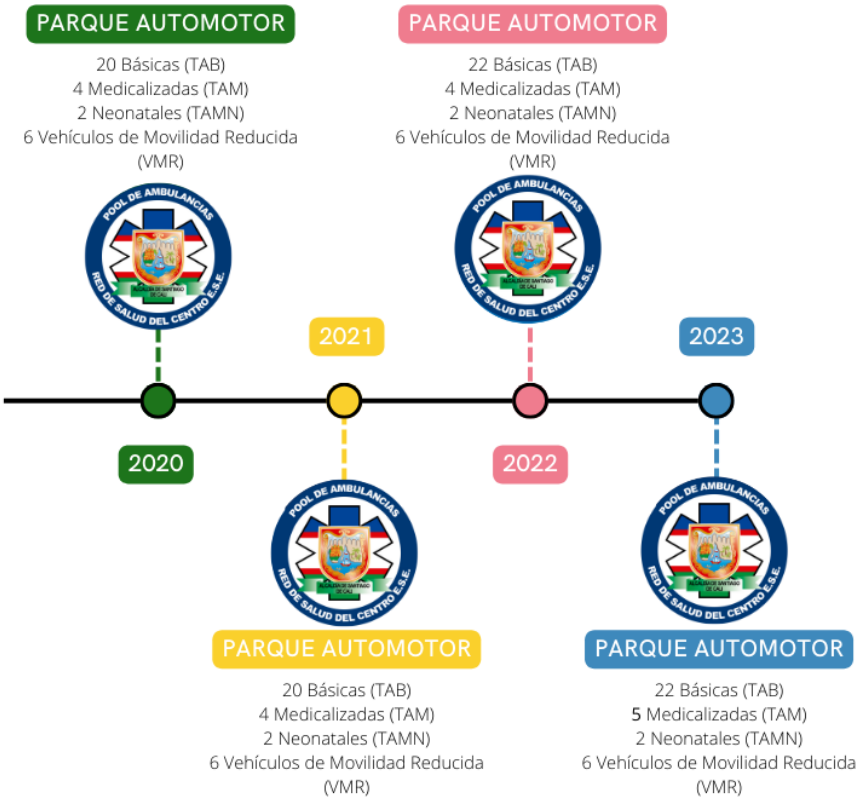


La coordinación administrativa abarca a:



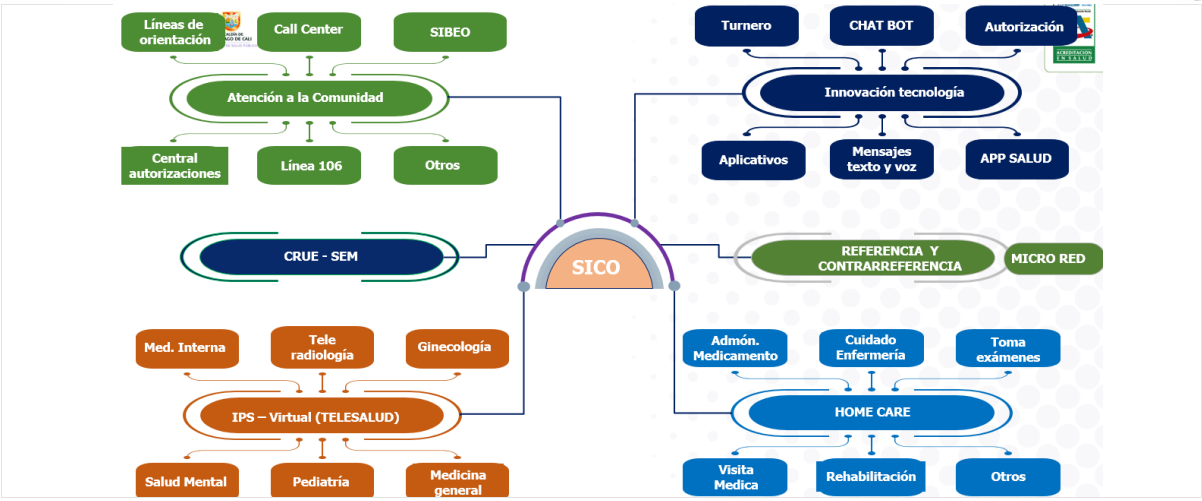
PARQUE AUTOMOTOR: Se dispone de un total de 29 ambulancias, de las cuales 27 son básicas y 2 son medicalizadas. Adicionalmente, se cuenta con un contrato que incluye 6 vehículos de movilidad reducida. Para este año, se espera la llegada

de 3 ambulancias básicas y 1 medicalizada, lo que sumaría un total de 33 ambulancias.



SERVICIOS: En el SICO se ofrecen diversos servicios, entre los que se incluyen:

1. Referencias y contrarreferencias.
2. Líneas de atención CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA.
3. Apoyo a desarrollos tecnológicos.
4. Operativización del CRUE-SEM.
5. Articulación de micro redes.
6. Telemedicina.
7. Home care.



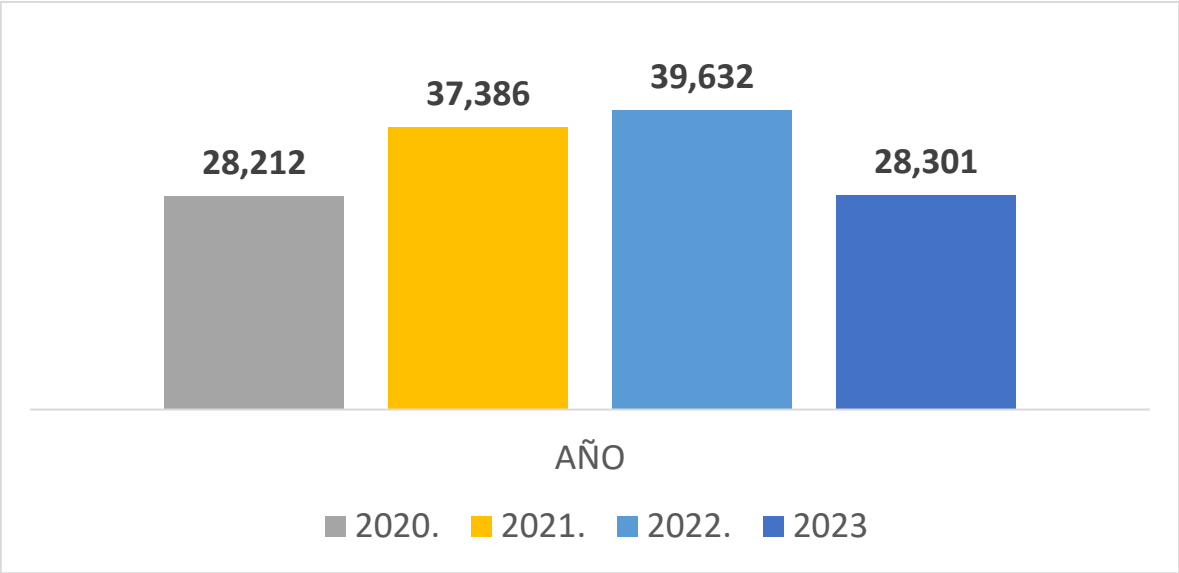
En el POOL se realizan las siguientes actividades:

1. Traslado en ambulancia básica.
2. Traslado en ambulancia medicalizada-neonatal.
3. Traslados intermunicipales.
4. Traslados en vehículos de movilidad reducida.
5. Cubrimiento de eventos.
6. Estrategia SIMED (destinada a servicios particulares).

Como resultado de la variedad de servicios ofrecidos en el proceso de referencia y traslado de pacientes a través del SICO y el POOL, se han establecido contratos con EPS del régimen contributivo y subsidiado, IPS y empresas que cubren zonas protegidas, como la Cruz Roja.

1.2.6.2. REFERENCIA DE PACIENTES

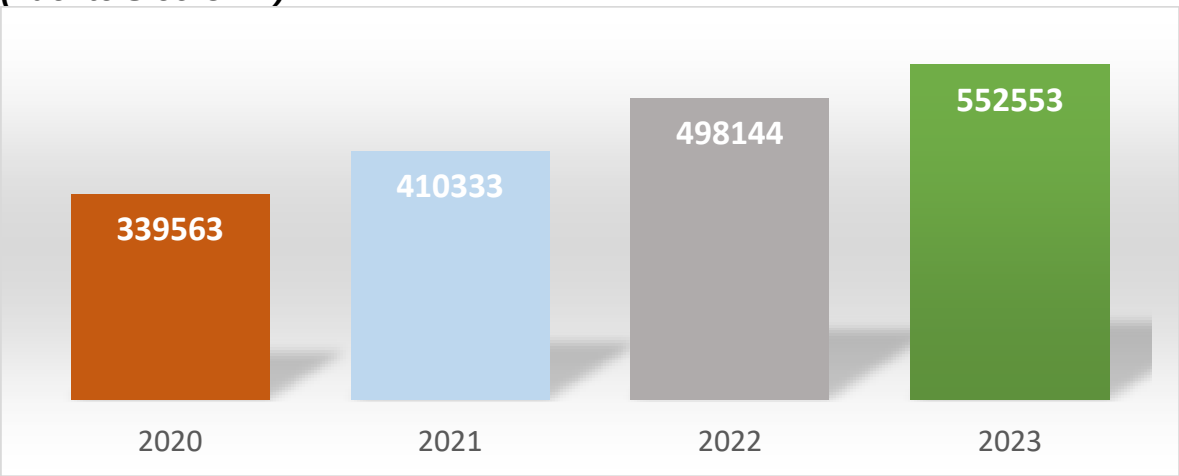
1.2.6.2.1. NÚMERO DE REFERENCIAS REALIZADAS ENERO - DICIEMBRE AÑOS 2020 A 2023



En la gráfica anterior, se puede observar el comportamiento del cuatrenio, se observa un aumento del 25% del año 2020al 2021. Del 6% del 2021 al 2022. Y una disminución del 30% del año 2022 al año 2023. Los aumentos de los años 2021 y 2022. Obedece a que se tuvo en cuenta no solo las referencias generadas desde el servicio de urgencias, si no también lo generado desde el servicio de traslados crónicos, donde se realizaba gestión a los pacientes que solicitaban servicios de transporte.

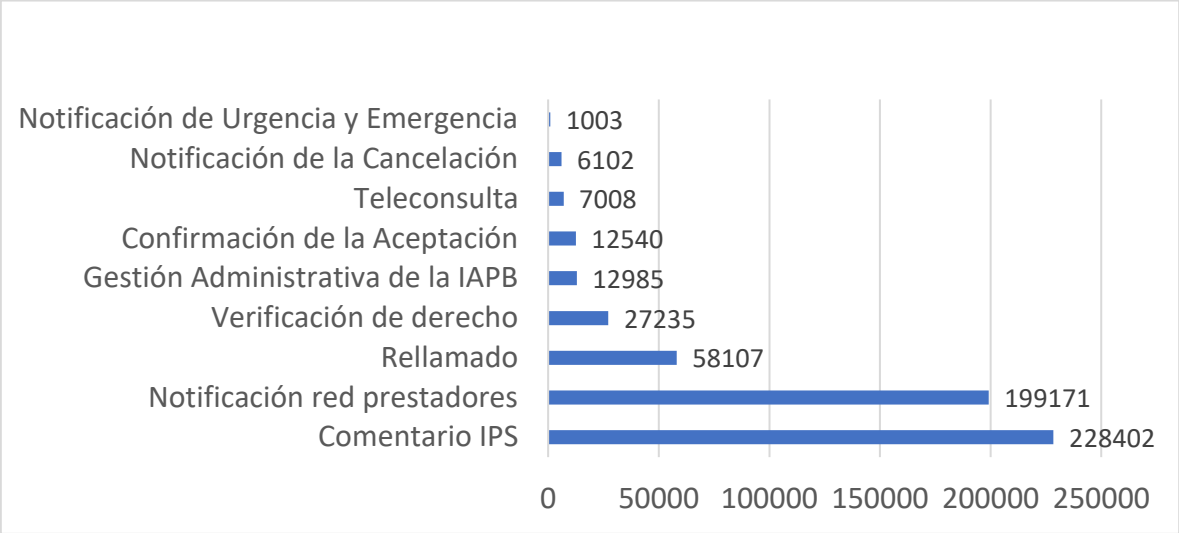
1.2.6.2.2. GESTION DE UBICACIÓN DE LA REFERENCIA COMPORTAMIENTO AÑOS 2020- 2023

(Fuente Sico CRM)



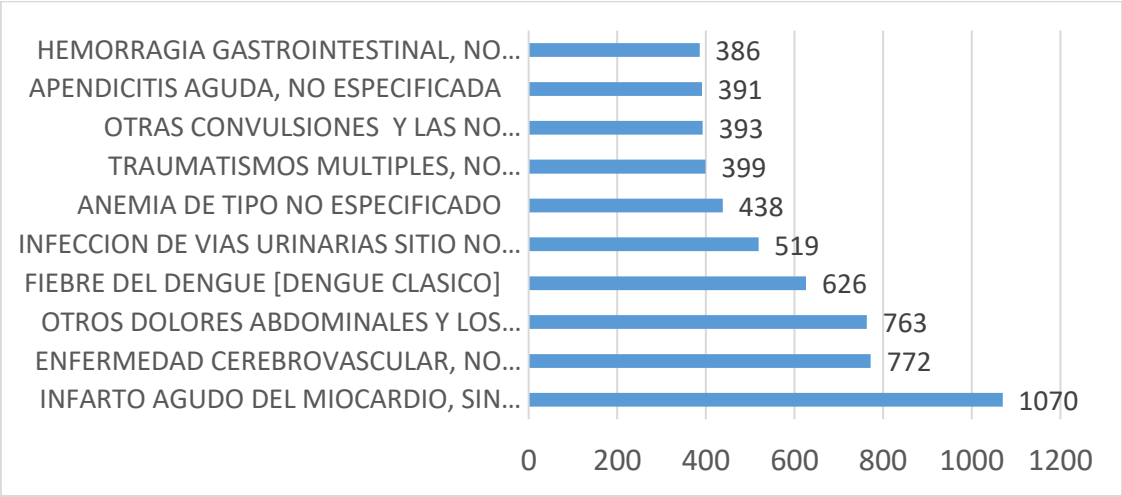
La grafica muestra la gestión realizada de la referencia, se observa aumento año tras año, explicado por los diferentes contratos que realizan las EPS. En este caso COOSALUD Y EMSSANAR. Del año 2022 a 2023. Se aumentó en un 10%. En las gestiones se realizan diferentes actividades las mismas a las que se le hace estricto seguimiento y condiciona explicación al aumento.

1.2.6.2.3. ACTIVIDADES DE GESTION DE LA REFERENCIA AÑO 2023.



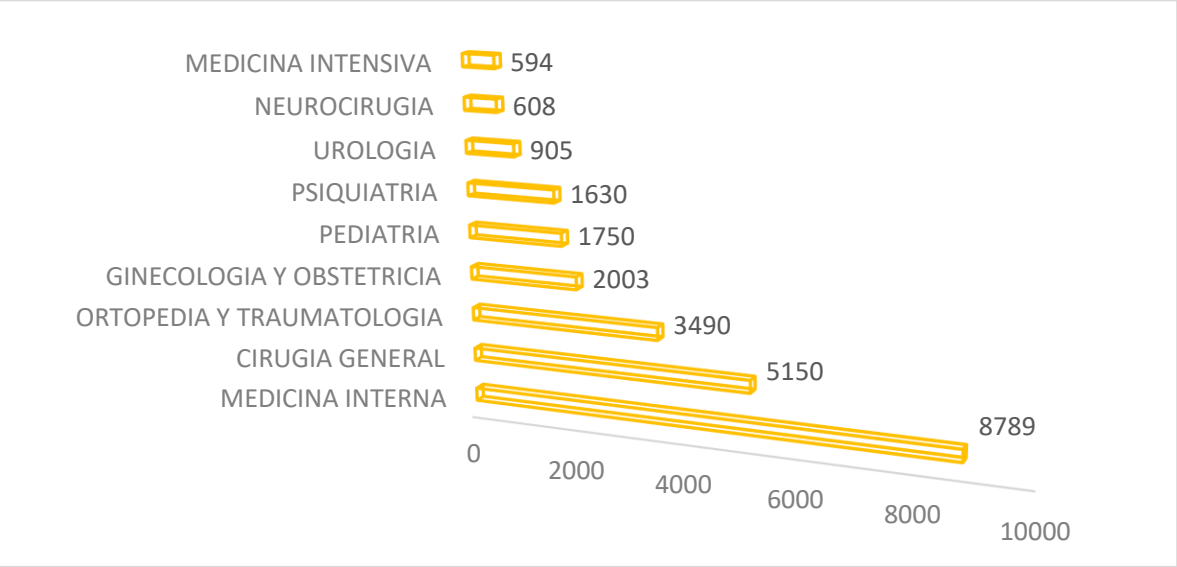
Se puede observar que, de las gestiones realizadas, el comentario a la IPS. Seguido de la notificación a la red de prestadores es la de mayor representación, explicado por ser la puerta de entrada de la ubicación del paciente, en ocasiones las IPS. De primera elección de ubicación por sobre cupo en sus servicios no dan respuestas oportunas, por ende, toca recurrir al resto de la red de prestadores para lograr la ubicación. Los tiempos prolongados de ubicación, especialmente de especialidades donde la oferta en la ciudad es poca, condiciona que constantemente se estén haciendo rellanados para evaluar la condición clínica del paciente.

1.2.6.2.4. REFERENCIA POR DIAGNOSTICO AÑO 2023



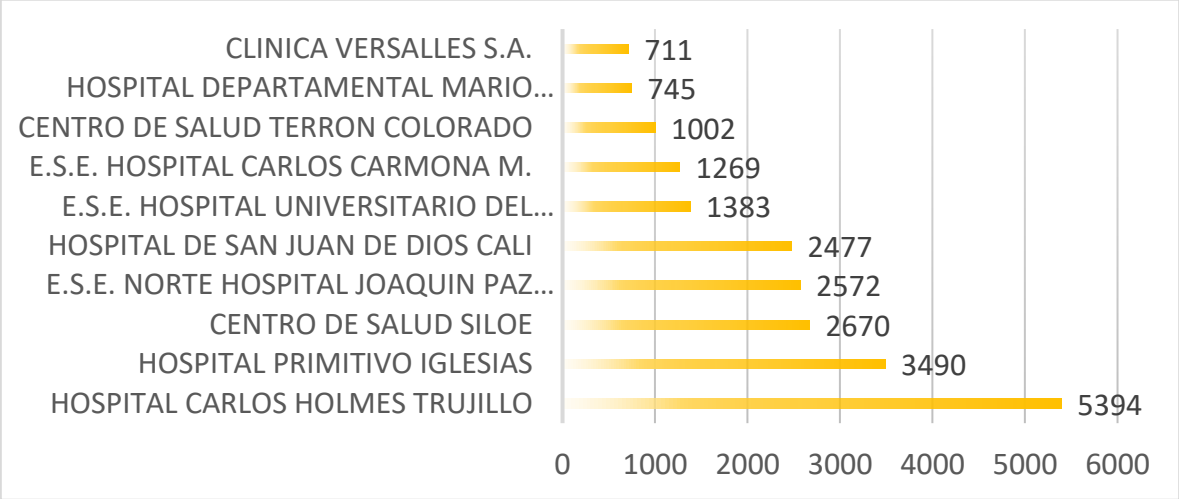
La grafica anterior muestra los diagnósticos de remisión más frecuentes, como ha sido constante los años anteriores, las patologías relacionadas con problemas cardiovasculares ocupan las dos primeras casusas de remisión, seguido por los procedimientos quirúrgicos caso significativo que al cerrar el año 2023. El dengue ocupa la 4 posición en DX. De remisión. Las patologías asociadas a trauma el 6 lugar.

1.2.6.2.5. REFERENCIA POR ESPECIALIDAD AÑO 2023



La grafica anterior y relacionado con las primeras causas de remisión, muestra que el 60% de las especialidades donde se remite es medicina interna, cirugía y traumatología. Sigue ocupando un lugar importante las remisiones a gineco obstetricia y particular que la especialidad de psiquiatría ocupa u sexto lugar ratificando cada vez más, que las patologías relacionadas con salud mental, van en aumento.

1.2.6.2.6. REFERENCIAS SEGÚN IPS ORIGEN AÑO 2023

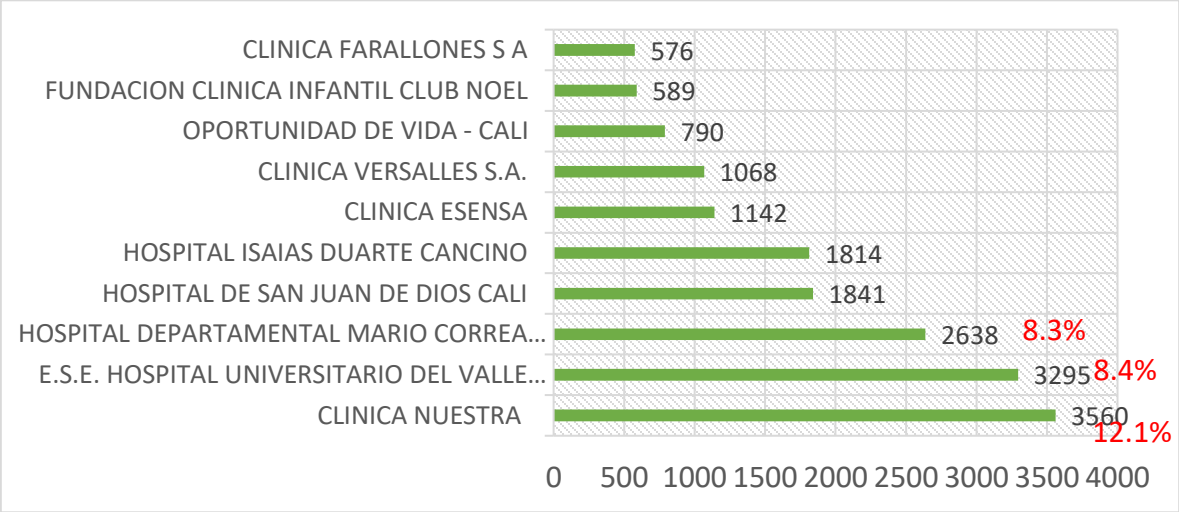


Consecuente con la distribución de población en la ciudad, la Red De Salud oriente y sus diferentes IPS: de atención de urgencias, es de donde más se remiten pacientes, al sumar las IPS. De la red Ladera, ocupan el segundo lugar y la Centro el 3 lugar. Un hospital de segundo nivel como el San Juan de Dios ocupa el 4 lugar debido a que la referencia la realiza el SICO. El quinto lugar en el que aparece el HUV obedece a las contrarreferencias que realiza, considerando que es la segunda institución donde más se remite.

Etiquetas de fila	TOTAL	% CENTRO	% LADERA	%NORTE	% ORIENTE	% SURORIENTE
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	961	10%	24%	21%	36%	9%
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	628	26%	21%	14%	34%	6%
FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	569	31%	9%	19%	34%	7%
APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	352	27%	5%	25%	30%	14%
ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	319	25%	18%	11%	28%	18%
OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	317	16%	16%	15%	41%	11%
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	297	9%	26%	24%	35%	6%
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	268	11%	30%	7%	44%	7%
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	268	20%	7%	19%	45%	9%
NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	256	22%	20%	13%	39%	6%
APENDICITIS, NO ESPECIFICADA	248	18%	42%	19%	15%	7%
HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA	238	27%	26%	20%	21%	6%
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	213	27%	8%	13%	47%	4%
HERIDA DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX	190	14%	14%	11%	52%	10%
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	181	22%	21%	19%	30%	8%
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA	168	32%	21%	14%	26%	8%
FIEBRE DEL DENGUE HEMORRAGICO	152	27%	7%	50%	13%	3%

La tabla muestra de acuerdo con las ESE. Los pesos de porcentaje de remisión de acuerdo a las patologías, lo que permite identificar donde se encuentra mayor debilidad en los programas de prevención y mantenimiento de la salud.

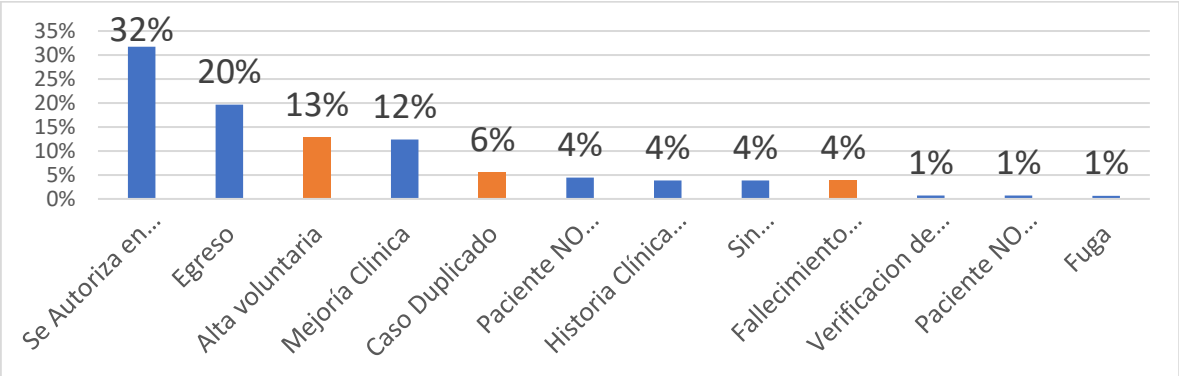
1.2.6.2.7. REFERENCIAS SEGÚN IPS DESTINO AÑO 2023



La grafica anterior muestra el lugar de destino de las remisiones, ocupando el 1 lugar con un 12.1% la clínica nuestra, explicado por ser el destino de los pacientes con Dx. cardiovascular de la EAPB. Emssanar. El HUV. Quien por antecedentes ocupaba el 1 lugar, pasa a ser la 2 IPS. Explicado por ser el único hospital del suroccidente colombiano de nivel 4.

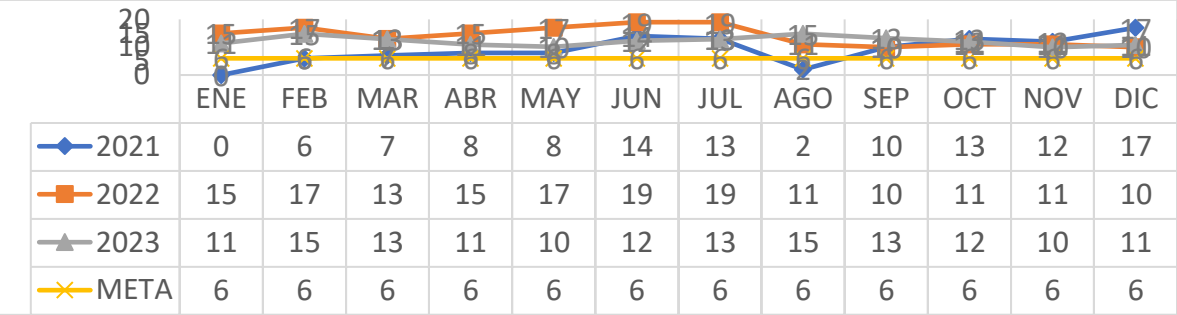
Muy llamativo y de vital importancia para las EPS. Que los hospitales de segundo nivel y especialmente por la EPS Emssanar a través de las micro redes, ocupan los lugares 3,4 y 5. En años anteriores eran las IPS. Particulares quienes ocupaban los 1 lugares condición de suma importancia para los estados financieros de las EPS:

Referencia Causas De Cancelación Año 2023



La grafica muestra las causas de cancelación de las referencias, el 32% relacionada con las EPS. Que una vez se instaura la referencia para ubicar al usuario, pasadas 6 horas, se decide autorizar la atención donde se encuentra. 23% están relacionadas con posibles situaciones mitigables por el SICO. El % restante inherente a la IPS. Generadora de la remisión

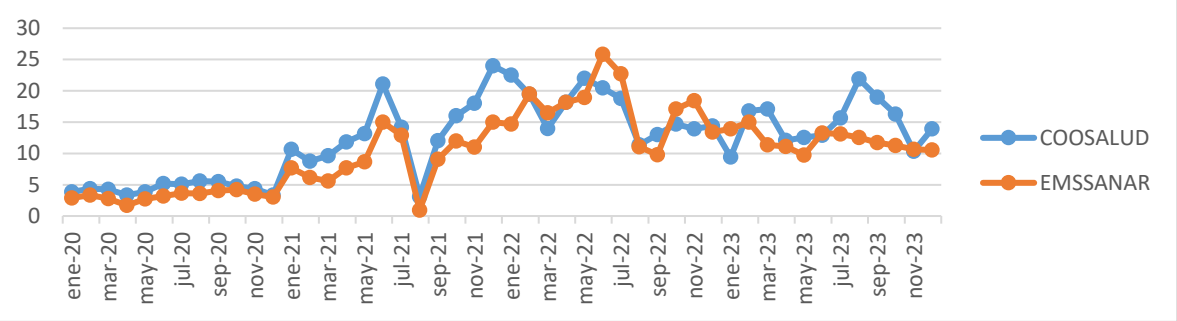
1.2.6.2.8. TIEMPO PROMEDIO DE REFERENCIA AÑO 2021 – 2023



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2021	0	6	7	8	8	14	13	2	10	13	12	17
2022	15	17	13	15	17	19	19	11	10	11	11	10
2023	11	15	13	11	10	12	13	15	13	12	10	11
META	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6

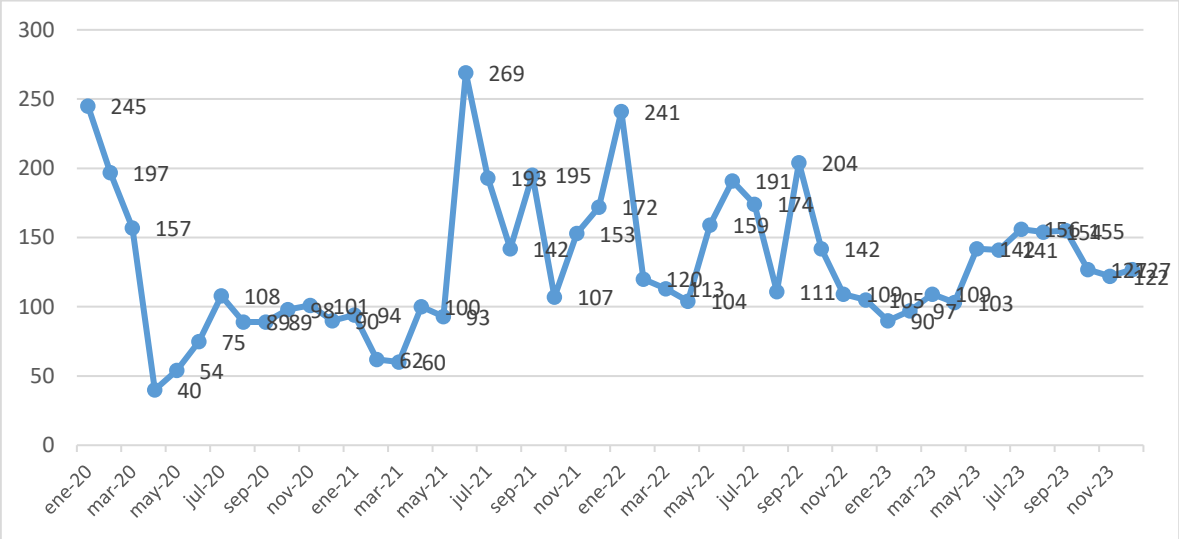
La meta para la ubicación de pacientes es de 6 horas, sin embargo, en los meses de años anteriores y el presente, no se ha cumplido con la meta, condicionado por las múltiples situaciones que presentan las EPS con los prestadores, por la poca oferta de algunas especialidades en la ciudad, por la congestión que presentan algunas IPS. Especialmente en momentos de epidemia de patologías como: dengue, COVID, Respiratorias.

1.2.6.2.9. TIEMPO PROMEDIO DE UBICACIÓN EN HORAS POR EAPB. AÑO 2020 – 2023.



Se puede observar en la gráfica anterior, los tiempos de la EPS Coosalud Y Emssanar, que muestran diferencia en algunos meses del año, como sucede en el mes de julio a octubre del 2023. Donde Coosalud cierra unas camas que tenía destinadas en HUV. Consigue nuevos prestadores, pero la aceptación no es en tiempos oportunos, lo que prolonga los tiempos de ubicación.

1.2.6.2.10. NUMERO DE CONTRAREMITIDOS AÑOS 2020-2023.



1.2.6.2.11. CAUSA DE CONTRAREMISION AÑO 2023

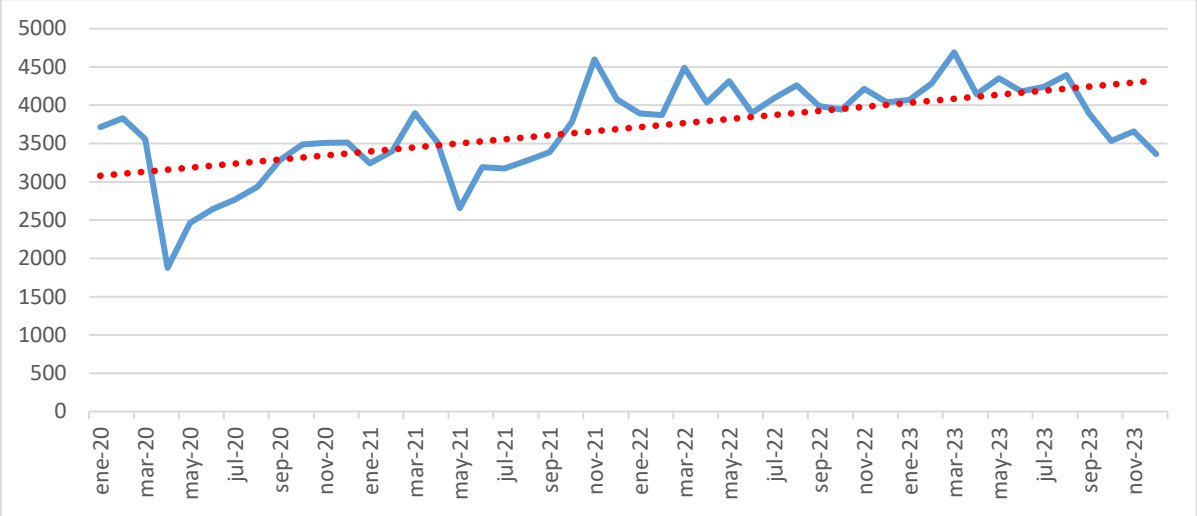
CAUSA	
Sin cupo	69%
No pertinente la remisión desde el nivel inferior	11%
Requiere un nivel superior de atención	8%
Requiere nivel primario de atención	7%
Sin convenio	6%

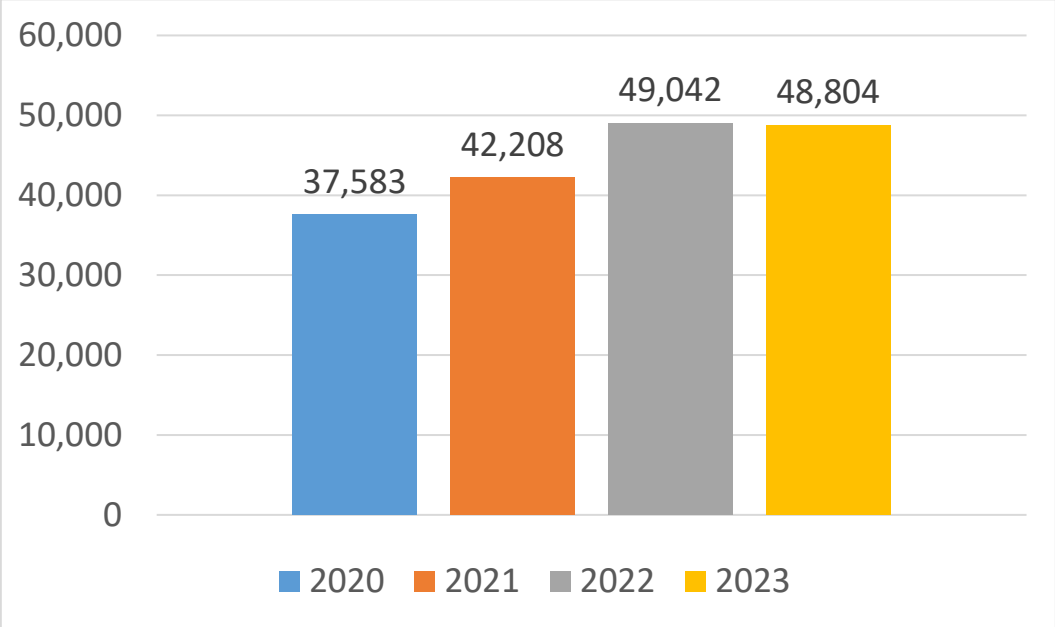
Se observa en la gráfica anterior, que la cantidad de contra remitidos en el año anterior especialmente, oscilo entre 100 a 170 usuarios mes, es de considerar que para el dato se tomaron usuarios únicos que en un mismo traslado pueden terne 2 o hasta 3 contra remisiones.

Cuando se observan las causas en la tabla, casi el 70% es por no disponibilidad de cupo, en ocasiones hasta aceptados con horarios específicos, cuando se llega manifiestan que la cama está ocupada, adicional, mucho paciente sale como atención de urgencias, porque en su estadía en el lugar de remisión se complica. El 7% de los usuarios contra remitidos, es por no pertinencia del médico de nivel 1, es decir pacientes que podían ser manejados en ese nivel de complejidad.

1.2.6.3. TRASLADO DE PACIENTES

1.2.6.3.1. TRASLADOS TOTALES - AÑOS 2020 - 2023





La grafica anterior muestra el aumento significativo de traslados, observado desde el año 2020 al 2023. Con un aumento aprox. del 15% Importante resaltar que si bien en el año 2020 y 2021 no se realizaron tantos traslados el apoyo del POOL DE ambulancias tanto en la pandemia del COVID 19 como estallido social, fue de vital importancia para ciudad, realizando no solo traslados a EPS. Contratadas del régimen subsidiado, sino también del contributivo, inclusive llegando a sitios donde otros prestadores no llegaban.

A raíz de los años se han tomado medidas que han permitido aumentar el número de traslados y también mejorar los tiempos de oportunidad, como son los casos de tener ambulancias exclusivas para servicios de urgencias y otras para evento, fortalecer la flota vehicular por medio de gestión gerencial, aumentar horas talento humano, fortalecer seguimiento a optimización de tiempos muertos en el servicio, toma de medidas con profesionales no adheridos al proceso, nuevos contratos con EPS. IPS. Y aseguradoras. Fortalecimiento de traslados intermunicipales. Reuniones con representantes de IPS. Para recepción oportuna de usuarios.

1.2.6.3.2. TIEMPO PROMEDIO EN MINUTOS DE TRASLADO AÑO 2020 – 2023

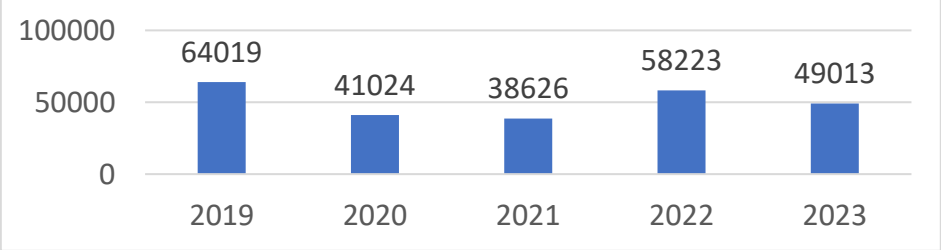
TRIAGE	2020	2021	2022	2023	META
	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio	
CODIGO AZUL	12	14	11	6,1	15
EMERGENCIAS	32	35	12,6	11,4	45
URGENCIAS	50	88	128	109	60
PRIORITARIOS	90	110	287	291	120

El cuadro anterior muestra los tiempos promedio en minutos de respuesta de acuerdo con el TRIAGE del paciente. Si bien es cierto no se cumple con todos, para los códigos azules y emergencias la respuesta a la IPS. Origen, ha sido optima, para las urgencias que se dividen en:

Rojas: embarazadas.
Naranja: UCI.
Amarilla: Resto de urgencias

Los tiempos para el año 2023 han disminuido considerablemente, desde el momento en que se decidió realizar QTH. Con las ambulancias en las diferentes IPS. De las ESE. Mostrando desde agosto, cumplimiento en tiempos por debajo de las metas establecidas en cada uno de los triage.

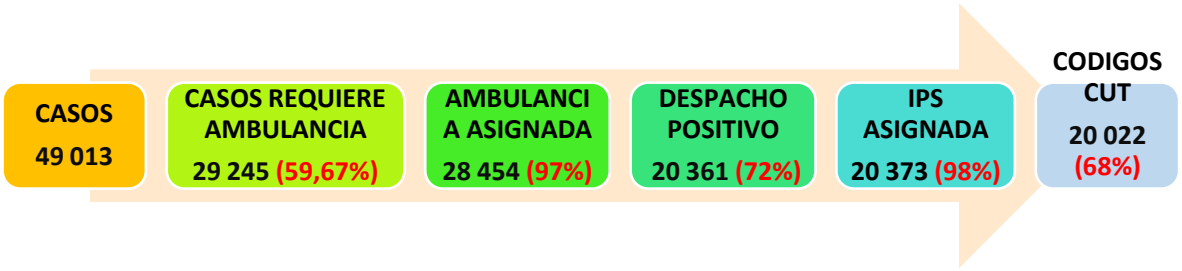
1.2.6.3.3. CANTIDAD DE CASOS ANUAL



La grafica anterior, muestra la cantidad de casos que ingresaron a través de CRUE. Para solicitud de ambulancia por accidente de tránsito en mayor proporción, seguido de atención en vía pública y domicilio. Se observa un marcado descenso comparado con el 2022. Explicado por que muchos de los casos presentados de accidente de tránsito, dejaron de reportarse al CRUE. Y puede estar relacionado con los operativos que dejaron de hacerse a las ambulancias y respectivas empresas que denotaba cierto grado de gobernabilidad y control por parte del ente de IVC.

1.2.6.4. CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (CRUE MUNICIPAL)

1.2.6.4.1. RESUMEN EJECUTIVO DEL AÑO 2023.



La grafica anterior resume el comportamiento del CRUE. En la regulación de la solicitud de ambulancias por la comunidad. De 49013 casos el 59,67% requirieron ambulancias, el resto de casos, los involucrados arreglaron, no hubo lesionados, solo fue choque de latas etc. El CRUE a 29.245 casos asigno el 97% de ambulancias, de ellas 20.361 fueron efectivos, en muchos casos, ya existía ambulancia en atención. De los 20.361 despachos positivos el 98 % llego a al IPS. Asignada por CRUE. Y el cumplimiento de la ruta con entrega de códigos CUT. De acuerdo con aquellos que requerían ambulancia, fue del 68%

1. DETALLE PORMENORIZADO SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS RECURSOS MATERIALES, FINANCIEROS Y HUMANOS ASÍ COMO LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES A SU CARGO, DEBIDAMENTE ACTUALIZADOS A LA FECHA DE LA ENTREGA.

1.2. SITUACIÓN DEL RIESGO FINANCIERO DE LA RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 000851 DE 2023

(30 MAY 2023)

Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 y, en desarrollo de la Resolución 2509 de 2012 modificada por la Resolución 2249 de 2018 y,

CONSIDERANDO

Que, para efectuar la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial es necesario acudir a fuentes de información que deben ser suministradas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento del Título 5 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto

DISTRITO DE CALI	DISTRITO DE CALI	RED DE SALUD DEL SURORIENTE ESE - HOSPITAL CARLOS CARMONA M.	Riesgo bajo
VALLE DEL CAUCA	DISTRITO DE CALI	HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E	Sin riesgo
VALLE DEL CAUCA	DISTRITO DE CALI	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Riesgo bajo
DISTRITO DE CALI	DISTRITO DE CALI	RED DE SALUD DEL NORTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Riesgo bajo
DISTRITO DE CALI	DISTRITO DE CALI	RED DE SALUD DEL ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E	Riesgo medio
DISTRITO DE CALI	DISTRITO DE CALI	E.S.E. RED DE SALUD DEL CENTRO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	Sin riesgo
DISTRITO DE CALI	DISTRITO DE CALI	RED DE SALUD DE LADERA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Sin riesgo
VALLE DEL CAUCA	DISTRITO DE CALI	HOSPITAL ISAIAS DUARTE CANCINO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Riesgo bajo
VALLE DEL CAUCA	EL ÁGUILA	HOSPITAL SAN RAFAEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Sin riesgo

Mediante la resolución 851 del 2023, la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E, fue categorizada sin riesgo financiero, esto consecuente al manejo administrativo y financiero de su equipo de trabajo, además desde el año 2012 se encuentra con esta favorable condición.

1.2. RECURSOS FINANCIEROS

ESTADO DE SITUACION FINANCIERA				
ITEM	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022	AÑO 2023
ACTIVOS	59,061,106,225	63,047,041,421	61,805,909,051	61,353,494,930
PASIVOS	7,434,478,284	7,019,856,249	5,623,973,471	5,059,288,735
PATRIMONIO	51,626,627,940	56,027,185,172	56,181,935,580	56,294,206,194

Tabla: Consolidado 2020 a 2023
Fuente: SERVINTE / ESTADOS FINANCIEROS

El Estado de Situación Financiera o Balance General ha representado una solidez durante esta vigencia, ha servido para apalancar de la manera óptima el Cord la operación en servicios en salud.

A lo largo del periodo ha contado con una estructura de capital de trabajo sólida que se ve reflejada en cada línea del estado de situación financiera.

Indicadores de Gestión Financiera RED DE SALUD ESE CENTRO						
CLASE/INDICADOR	Notación	Tipo Medición	2023	2022	2021	2020
			DICIEMBRE	DICIEMBRE	DICIEMBRE	DICIEMBRE
LIQUIDEZ O SOLVENCIA						
Capital de Trabajo	*Cap. Trabajo*	Valor	10,930,395,004	9,697,562,272	11,048,386,546	11,778,278,477
Razon corriente	*R/Cte*	Veces	4.27	2.72	2.57	5.99
Prueba ácida	*P. Acida*	Veces	4.07	2.57	2.33	5.64
Capital de trabajo NETO Operativo	*KTNO*	Valor	21,691,911,922	13,551,224,700	16,037,453,709	8,032,749,361
Productividad del Capital de trabajo Operativo	*KTO / Vtas*	Porcentaje	36.50%	23.23%	24.94%	14.08%
Productividad del Capital de trabajo NETO Operativo	*KTNO / Vtas (TNOC)*	Porcentaje	36.50%	23.23%	24.94%	14.08%
ENDEUDAMIENTO						
Endeudamiento total	*N. Endeudamiento*	Porcentaje	8.2%	9.1%	11.1%	12.6%
Endeudamiento financiero	*N. Endeuda. Fcro.*	Porcentaje	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Apalancamiento total	*Apal. Total*	Veces	1.09	1.10	1.13	1.14
Apalancamiento financiero	*Apal. Financiero*	Veces	1.00	1.00	1.00	1.00
Grado de apalancamiento financiero	*GAF*	Veces	1.09	1.29	2.02	1.14

Durante estos cuatro años los resultados presentados se ven representados en unos indicadores positivos, el capital de trabajo apalancado con deuda ha permito cubrir las obligaciones de corto plazo, la productividad de los indicadores es positiva en este periodo de 4 años, la razón corriente y la prueba ácida han mostrado una eficiencia operativa que ha permitido apalancar la operación y satisfacer el pago de nuestros proveedores. En conjunto estos indicadores presentan resultados favorables para responder por la operación y cubrir de forma adecuada y con planeación el ciclo de efectivo.

ESTADO DE RESULTADOS				
ITEM	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022	AÑO 2023
INGRESOS ACTIVIDADES ORDINARIAS	57,062,842,780	64,295,546,800	58,341,615,533	59,433,589,045
COSTOS	45,054,963,464	52,122,562,572	49,212,566,143	49,458,704,680
UTILIDAD BRUTA	**12,007,879,316**	**12,172,984,228**	**9,129,049,390**	**9,974,884,365**
GASTOS	7,132,886,250	9,720,569,735	8,997,391,635	9,865,504,067
RESULTADO OPERACIONAL	**4,874,993,066**	**2,452,414,493**	**131,657,755**	**109,380,298**
OTROS INGRESOS	754,896,742	2,062,204,237	1,118,533,923	908,091,986
OTROS EGRESOS	408,729,276	114,061,499	1,095,441,270	905,201,669
UTILIDAD	**5,221,160,532**	**4,400,557,231**	**154,750,408**	**112,270,615**

Tabla: Consolidado 2020 a 2022.
Fuente: SERVINTE / ESTADOS FINANCIEROS

Durante estos cuatro años los indicadores de desempeño siempre han estado soportando la operación:

Indicadores de Gestión Financiera RED DE SALUD ESE CENTRO						
CLASE/INDICADOR	Notación	Tipo Medición	2023	2022	2021	2020
			DICIEMBRE	DICIEMBRE	DICIEMBRE	DICIEMBRE
RESULTADOS / DESEMPEÑO OPERATIVO						
EBITDA	*EBITDA*	Valor	4,014,570,780	2,865,559,453	9,417,881,298	8,202,328,183
EBITDA OPERATIVO	*EBITDA OPERATIVO*	Valor	4,011,680,463	2,842,466,800	7,469,738,560	7,856,160,717
EBIT OPERATIVO	*Ingresos despúes de In*	Valor	112,270,615	154,750,408	4,400,557,231	5,221,160,532

Al realizar el análisis fundamental en estos indicadores de rentabilidad de negocio, se observa que esta presenta beneficios recurrentes, el CORD del negocio es rentable, lo cual garantiza que la operación del negocio es eficiente y ha brindado los recursos necesarios para trabajar con tranquilidad sin recurrir a los aspectos fiscales, financieros y de deuda. Sin embargo, la caída de la economía durante el COVID, la incertidumbre en el recaudo de la cartera corriente al corto plazo generó un descenso en las utilidades del ejercicio en los dos últimos años.

Este resultado se ve impactado por estructuración operativa de la empresa y sus acciones para recuperar el EBITDA desde el replanteamiento de la estructura de costos y gastos y el Margen de Contribución, al igual que las acciones para normalizar el Capital de Trabajo y decisiones sobre el modelo de negocio para fomentar nuevos proyectos y llegar al cliente final como como la búsqueda incansable de ingresos por EVENTO.

Informe de presupuestos de las vigencias 2020 a 2023 ESE Red de Salud del centro

Resultado presupuestal ESE Centro					
Concepto	**Vigencia**				
	2019	**2020**	**2021**	**2022**	**AÑO 2023**
Presupuesto definitivo	57,282,007,198	65,515,773,375	65,310,792,128	62,060,073,443	63,131,387,728
Ingresos reconocidos	63,908,372,314	68,498,659,667	68,568,377,241	70,555,168,765	67,207,166,257
Compromisos asumidos	50,586,608,412	56,294,611,141	59,102,604,451	59,460,506,025	60,296,789,763
Excedente o déficit fiscal	**13,321,763,902**	**12,204,048,526**	**9,465,772,790**	**11,094,662,740**	**6,910,376,494**
Excedente o déficit de tesorería					

Ejecución presupuestal

	2019	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
PRESUPUESTO INICIAL	42,214,433,375	45,751,349,725	50,912,356,082	49,202,925,501	50,516,843,619
PRESUPUESTO DEFINITIVO	57,282,007,198	65,515,773,375	65,310,792,128	62,060,073,443	63,131,387,728
RECONOCIMIENTO	63,754,584,538	63,491,738,302	69,219,082,417	70,555,168,765	67,207,166,257
RECAUDO	59,313,328,716	59,448,296,241	58,908,385,948	59,865,594,023	60,453,468,674
GASTOS					
PRESUPUESTO INICIAL	42,214,433,375	45,751,349,725	50,912,356,082	49,202,925,501	50,516,843,619
PRESUPUESTO DEFINITIVO	57,282,007,198	65,515,773,375	65,310,792,128	62,060,073,443	63,131,387,728
COMPROMISOS	50,586,608,412	56,294,611,141	59,102,604,451	59,460,506,025	60,296,789,763
GIROS	50,341,608,412	56,294,611,141	57,729,512,780	58,720,446,818	59,062,534,801
CUENTAS POR PAGAR	245,000,000	0	1,373,091,671	740,059,207	1,234,254,962
EXCEDENTE O DEFICIT	8,726,720,304	3,153,685,100	-194,218,503	405,087,998	156,678,911

En general la ESE, se ha sostenido en los reconocimientos durante las vigencias 2019 al 2023 dejando en cada año excedentes, a pesar de las dificultades como la pandemia, el cambio de contratos cápita a PGP (disminuyendo la facturación por evento), la disminución de entrega de recursos gubernamentales y demás factores que tienen al sector salud en dificultades.

Siendo para el 2019 excedente de $13,321,763,902, para el 2020 de $12,204,048,526 para el 2021 $9,465,772,790, para el 2022 $11,094,662,740 y para el 2023 $6,910,376,494.

Variaciones en el presupuesto

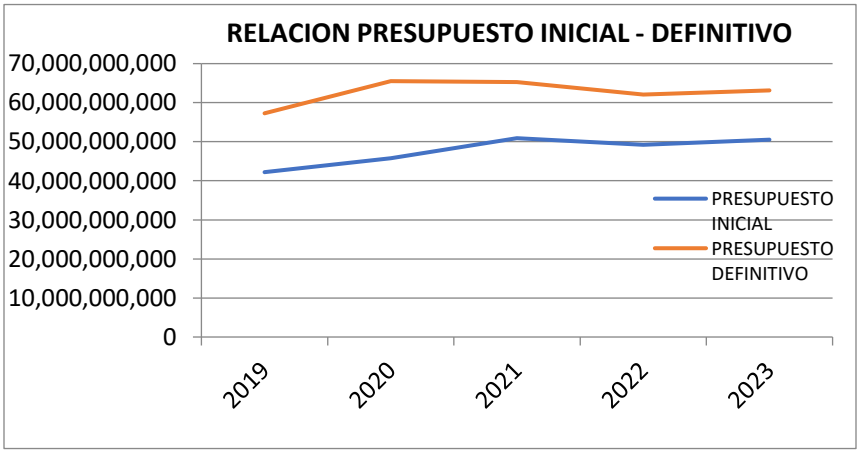
La variación entre presupuesto inicial y definitivo entre los años 2019 y 2023, ha estado en un incremento para el 2019 del 36% en el 2020 del 43% y del 2020 al 23 en promedio del 26%, esto debido a la disminución de proyectos asignados desde la secretaria de salud además de que ya no se recibe el aporte patronal y la disminución de la facturación por Evento por el cambio de la contratación en el régimen subsidiado que el Evento en gran porcentaje paso a ser capitado o PGP.

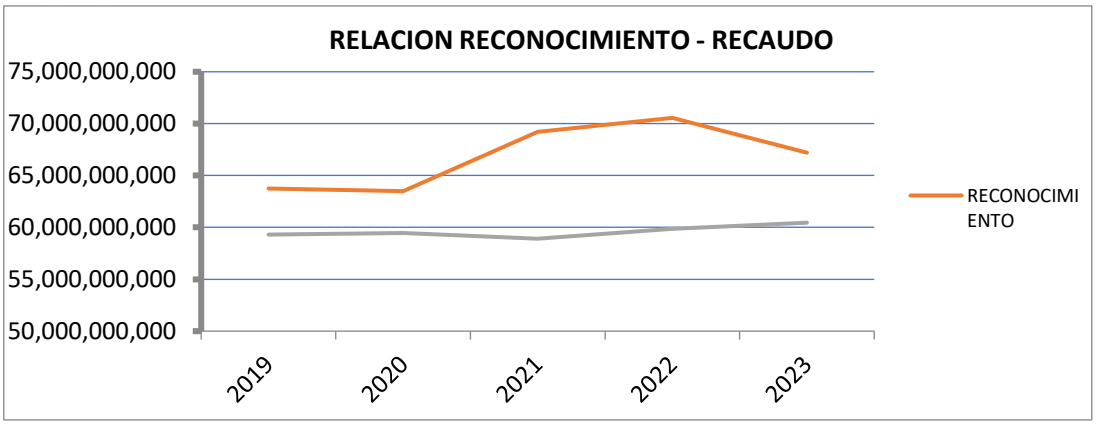
	2019	2020	2021	2022	2023
PRESUPUESTO INICIAL	42,214,433,375	45,751,349,725	50,912,356,082	49,202,925,501	50,516,843,619
PRESUPUESTO DEFINITIVO	57,282,007,198	65,515,773,375	65,310,792,128	62,060,073,443	63,131,387,728
	36%	**43%**	**28%**	**26%**	**25%**

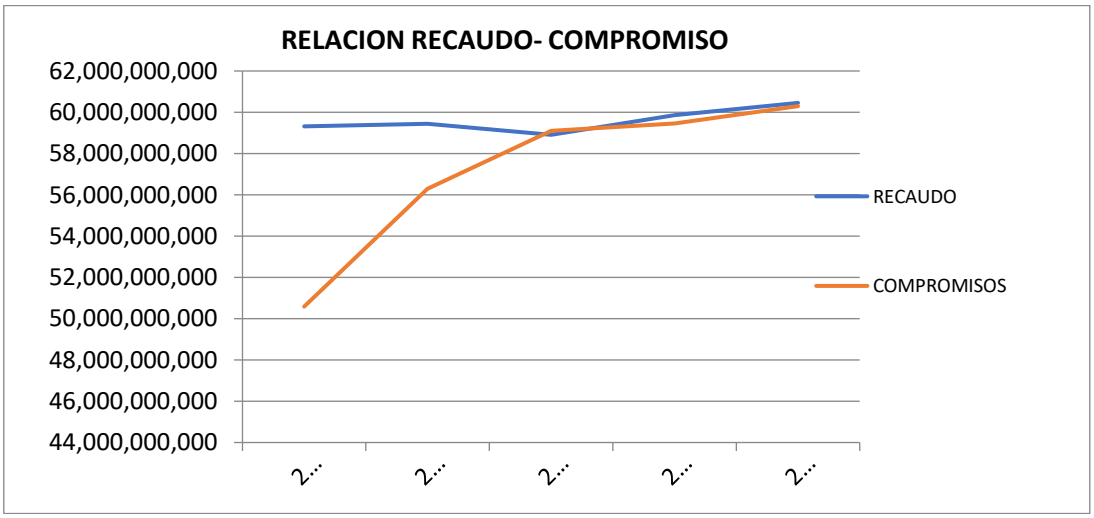
La variación de recaudo sobre el reconocimiento se ha sostenido durante el 2019 al 2023 sobre el 90% de los reconocimientos de esta manera dando flujo de caja a la empresa, para que pueda cumplir en la misma proporción con los compromisos.

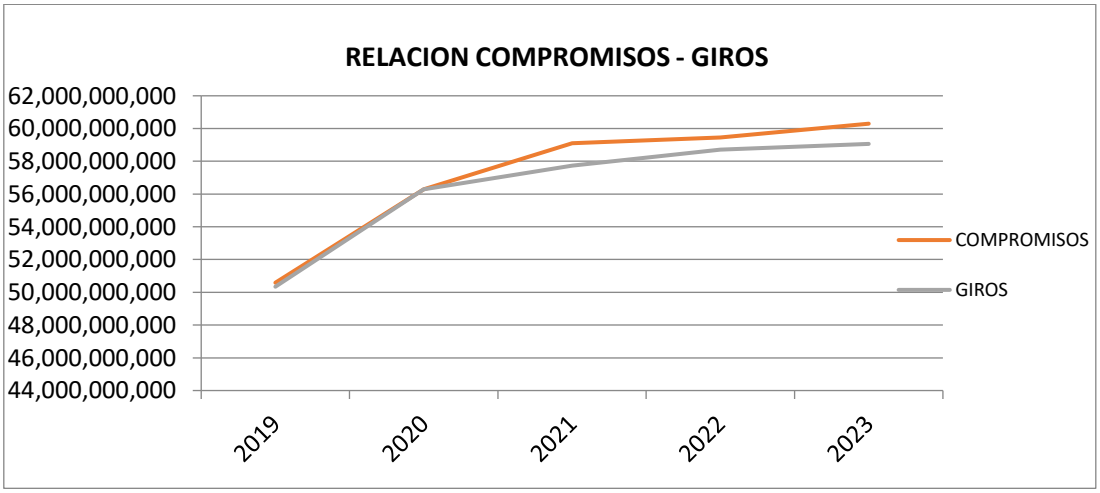
	2019	2020	2021	2022	2023
RECONOCIMIENTO	63,754,584,538	63,491,738,302	69,219,082,417	70,555,168,765	67,207,166,257
RECAUDO	59,313,328,716	59,448,296,241	58,908,385,948	59,865,594,023	60,453,468,674
	93%	**94%**	**85%**	**85%**	**90%**

La variación de los compromisos sobre los reconocimientos en el 2019 fue del 79% y para los años 2020 al 2023 fueron en promedio del 87%




RELACION RECONOCIMIENTO - RECAUDO
75,000,000,000
70,000,000,000
65,000,000,000
60,000,000,000
55,000,000,000
50,000,000,000
2019
2020
2021
2022
2023
RECONOCIMIENTO


RELACION RECAUDO- COMPROMISO
62,000,000,000
60,000,000,000
58,000,000,000
56,000,000,000
54,000,000,000
52,000,000,000
50,000,000,000
48,000,000,000
46,000,000,000
44,000,000,000
RECAUDO
COMPROMISOS


RELACION COMPROMISOS - GIROS
62,000,000,000
60,000,000,000
58,000,000,000
56,000,000,000
54,000,000,000
52,000,000,000
50,000,000,000
48,000,000,000
46,000,000,000
44,000,000,000
2019
2020
2021
2022
2023
COMPROMISOS
GIROS

Informe de facturación 2020 – 2024 (proyección).

Tipo de Contrato facturado

TIPO DE CONTRATO	2020	2021	2022	2023	2024 (Proyección)	AÑO POR TIPO DE CONTRATO	2024 (2meses)
CAPITA	28,762,973,971	27,355,913,879	28,596,329,482	35,476,648,803	36,328,222,994		5,221,370,499
EVENTO SUBSIDIADO	3,431,332,824	4,108,256,523	4,287,506,474	3,679,565,986	4,365,118,462		210,853,077
EVENTO CONTRIBUTIVO	600,803,944	873,303,089	844,651,786	1,179,278,276	1,271,330,034		111,888,339
EVENTO MIGRANTE - PPNA	110,358,463	359,018,299	482,425,391	1,122,964,989	711,463,874		35,243,979
EVENTO PARTICULAR	452,247,880	727,943,270	631,117,363	649,766,359	749,833,600		108,305,600
EVENTO OTROS	1,744,093,160	4,646,778,965	4,571,663,563	4,029,918,718	4,589,319,512		431,553,252
EVENTO COVID	628,944,270	7,720,241,441	6,684,678,116	1,482,848,760	2,164,747,718		2,164,747,718
PROYECTOS	17,802,224,829	14,969,720,855	11,562,766,007	9,809,909,307	18,000,000,000		-
TOTAL FACTURADO	**53,532,979,341**	**60,761,176,321**	**57,661,138,182**	**57,430,901,198**	**68,180,036,194**		**8,283,962,464**

Fuente: *Software Servinte // Dm&R / Excel – Trazabilidad y detallado facturación 2020 a 2024 Feb29*

Análisis cuantitativo

Según los tipos de contrato se evidencia que las actividades de CAPITA son los valores mas facturados.

El *Evento General* sin COVID con tendencia al aumento, se debe realizar ajustes ya que los servicios para Migrante PPNA disminuye puesto que se debe realizar afiliación de los usuarios regulados en el país y se minimiza los extranjeros sin legalización, por lo tanto es necesario ofertar servicios Evento para las EPS que cuentan con convenios por cápita y otras.

… para el *Evento Pruebas Covid* se facturo **2020**-1.2%, **2021**-12.7%, **2022**-11.6%, **2023**-2.6%, con picos altos 2021 y 2022 sobre la vigencia de la Pandemia.

	2020 %	2021 %	2022 %	2023 %	2024 (Proyección)
CAPITA	54	45	50	62	53
EVENTO REGULAR	12	18	19	19	17
EVENTO COVID	1	13	12	3	3
PROYECTOS	33	25	20	17	26
TOTAL FACTURADO	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

1. Objetivos PD (Plan de Desarrollo)

Estrategias administrativas que permitan la sostenibilidad y el crecimiento de la E.S.E.

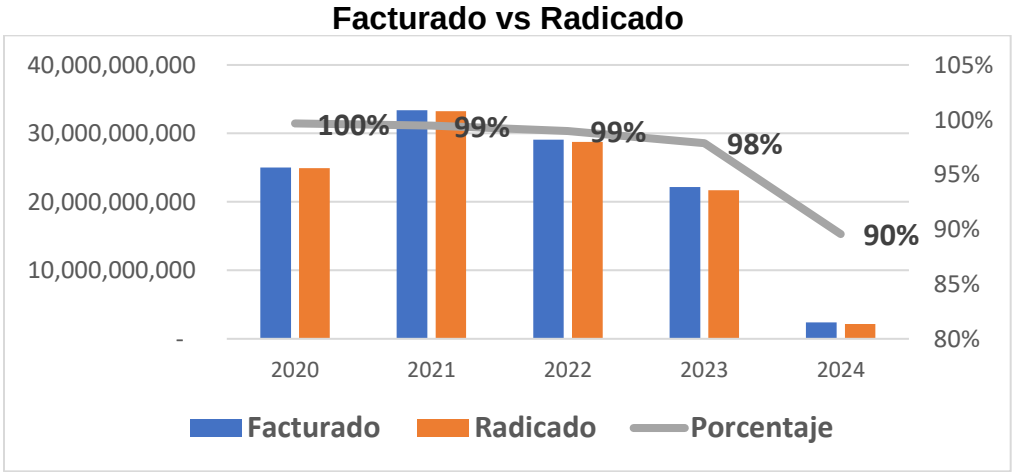
Radicación mensual de servicios del valor facturado.

Años	Valor Facturado	Valor Radicado	Porcentaje %
2020	53,772,511,455	53,687,967,992	100%
2021	60,761,176,321	60,582,906,676	100%
2022	57,661,138,182	57,359,742,575	99%
2023	57,645,171,784	57,169,573,198	99%
2024	13,043,912,930	11,136,645,080	85%
Total general	**$ 242,883,910,672**	**$ 239,936,835,521**	**99%**

Fuente: *Software Servinte // Dm&R / Excel – Trazabilidad y detallado facturación 2020 a 2024 Feb29*

Mantener un porcentaje de radicación mensual de servicios por evento ≥80% del valor facturado.

Años	Valor Facturado	Valor Radicado	Porcentaje %
2020	25,009,537,484	24,924,994,021	100%
2021	33,405,262,442	33,226,992,797	99%
2022	29,064,808,700	28,763,413,093	99%
2023	22,168,522,981	21,692,924,395	98%
2024	2,410,686,679	2,159,037,789	90%
Total general	**$ 112,058,818,286**	**$ 110,767,362,095**	**99%**



Fuente: *Software Servinte // Dm&R / Excel – Trazabilidad y detallado facturación 2020 a 2024 Feb29*

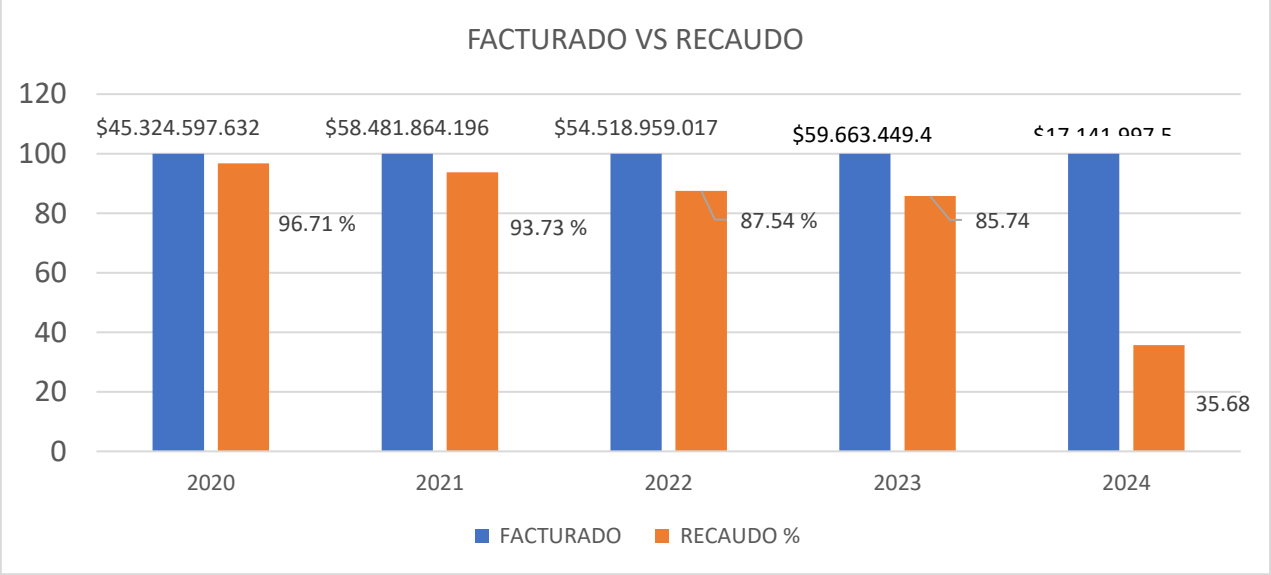
- **Alcanzar una oportunidad promedio mensual en la radicación de servicios por evento menor a 40 días.**

Año	Sumatoria de días	Cant de facturas radicadas	Promedio Días
2020	7,688,663	88,849	86.54
2021	9,769,030	168,741	57.89
2022	7,154,705	164,602	43.47
2023	3,969,084	124,074	31.99
2024	273,677	13,947	19.62

Fuente: *Software Servinte // Dm&R / Excel – Trazabilidad y detallado facturación 2020 a 2024 Feb29*

- **Facturado vs Recaudo ≥80%**

MESES	FACTURADO	RECAUDO	FACTURADO	RECAUDO %
2020	45,324,597,632	43,834,855,402	100	96.71
2021	58,481,864,196	54,812,840,304	100	93.73
2022	54,518,959,017	47,726,625,527	100	87.54
2023	59,663,449,439	51,152,821,070	100	85.74
2024	17,141,997,599	6,115,564,001	100	35.68
Total general	**235,130,867,883**	**203,642,706,304**	**100**	**87**

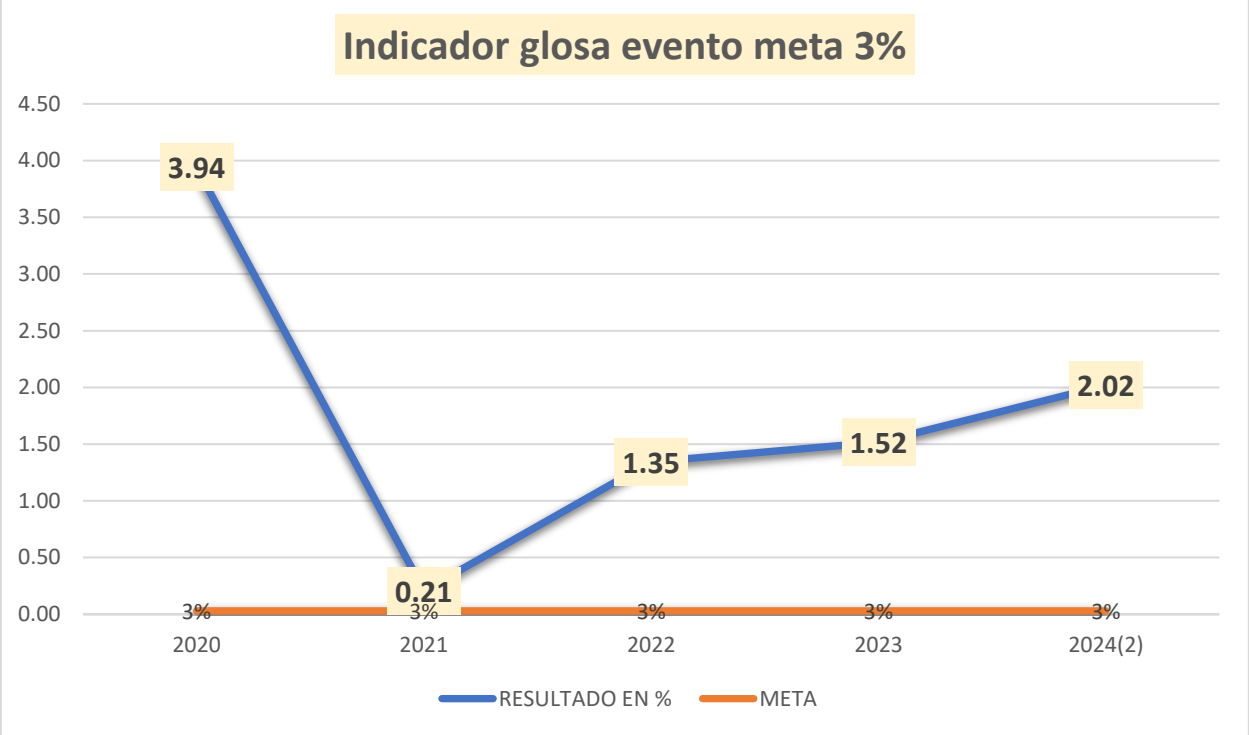


Fuente: *Software Servinte // Dm&R / Excel – Trazabilidad y detallado facturación 2020 a 2024 Feb29*

2. Glosas

Indicadores Evento

GLOSAS EVENTO	2020	2021	2022	2023	2024(2)
TOTAL FACTURACION POR EVENTO	648,251,826	1,641,683,342	2,073,468,544	1,869,903,889	1,093,079,766
GLOSA TOTAL	57,993,942	4,514,247	65,697,247	100,865,162	72,512,064
GLOSAS ACEPTADAS	25,540,324	3,427,642	27,893,073	28,352,497	22,077,577
RESULTADO EN %	**3.94**	**0.21**	**1.35**	**1.52**	**2.02**
META	**3%**	**3%**	**3%**	**3%**	**3%**



Fuente: *Reporte EPS, descargue de Plataformas, Correos electrónicos – Conciliaciones – DMR Servinte*

META DE GLOSA - VL. RADICADO vs VL. ACEPTADO

GLOSAS 2020	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
TOTAL FACTURACION POR EVENTO	17,209,081	631,042,745	585,726,779	935,591,657	186,697,700	354,644,136	567,612,676	1,250,266,563	713,529,218	670,606,640	721,953,218	917,211,178	**7,552,091,591**
GLOSA TOTAL	122,500	57,871,442	23,773,180	2,988,017	2,265,197	44,066,303	72,761,484	42,914,789	37,485,995	1,008,828	109,808	201,633,387	**487,000,930**
GLOSAS ACEPTADAS	-	25,540,324	12,748,600	1,421,465	583,000	41,303,272	55,417,666	33,436,286	18,405,240	1,008,828	64,926	81,555,187	**271,484,794**
RESULTADO EN %	0.00	4.05	2.18	0.15	0.31	11.65	9.76	2.67	2.58	0.15	0.01	8.89	**3.59**
META	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%

GLOSAS 2021	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
TOTAL FACTURACION POR EVENTO	744,057,829	897,625,513	903,249,293	728,764,348	739,923,043	1,323,928,770	1,522,256,572	1,125,598,975	1,074,606,499	1,460,972,078	1,280,684,135	1,901,222,213	**13,702,889,268**
GLOSA TOTAL	3,954,126	560,121	406,098	22,540,931	49,076,172	61,219,374	29,098,110	18,880,343	20,857,475	12,579,478	4,675,289	5,298,490	**229,146,007**
GLOSAS ACEPTADAS	3,163,216	264,426	113,700	11,965,112	23,475,426	25,999,048	17,830,478	10,055,607	10,669,772	1,696,984	2,211,940	3,804,643	**111,250,352**
RESULTADO EN %	0.43	0.03	0.01	1.64	3.17	1.96	1.17	0.89	0.99	0.12	0.17	0.20	**0.81**
META	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%

GLOSAS 2022	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
TOTAL FACTURACION POR EVENTO	1,247,761,531	825,707,013	884,579,129	1,943,184,446	1,320,304,488	1,427,324,674	1,251,030,768	1,676,677,880	3,907,227,595	678,597,919	2,184,794,264	3,956,625,929	**21,303,815,636**
GLOSA TOTAL	17,009,320	48,687,927	30,496,095	63,996,331	11,649,846	11,735,847	143,009,515	10,761,488	54,163,256	27,803,929	32,469,088	16,454,269	**468,236,911**
GLOSAS ACEPTADAS	11,699,440	16,193,633	18,742,767	63,853,686	8,296,565	7,367,760	71,979,267	9,553,592	29,836,511	2,176,082	11,753,540	10,393,529	**261,846,372**
RESULTADO EN %	0.94	1.96	2.12	3.29	0.63	0.52	5.75	0.57	0.76	0.32	0.54	0.26	**1.23**
META	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%

GLOSAS 2023	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
TOTAL FACTURACION POR EVENTO	1,093,199,806	776,704,083	947,134,357	1,237,764,020	891,750,406	936,067,141	1,002,262,874	938,779,213	1,041,687,145	991,010,060	823,734,823	759,091,266	**11,439,185,194**
GLOSA TOTAL	49,024,094	51,841,068	80,854,853	49,284,974	64,106,661	26,934,166	50,381,614	96,604,261	8,952,928	54,617,648	37,341,459	67,852,875	**637,796,601**
GLOSAS ACEPTADAS	8,907,804	19,444,693	14,339,314	30,637,228	11,840,143	6,397,587	28,578,726	32,249,676	2,259,864	5,032,449	10,799,688	29,866,232	**200,353,404**
RESULTADO EN %	0.81	2.50	1.51	2.48	1.33	0.68	2.85	3.44	0.22	0.51	1.31	3.93	**1.75**
META	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%

GLOSAS 2024	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
TOTAL FACTURACION POR EVENTO	509,080,751	583,999,015	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**1,093,079,766**
GLOSA TOTAL	48,179,008	24,333,056	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**72,512,064**
GLOSAS ACEPTADAS	12,390,425	9,687,152	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**22,077,577**
RESULTADO EN %	2.43	1.66	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	**2.02**
META	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%

Fuente: *Reporte EPS, descargue de Plataformas, Correos electrónicos – Conciliaciones*

La meta de glosas cuenta con un maximo del 3% del valor radicado en facturacion por el valor de glosas aceptadas; por lo anterior se observa que en el total de los meses se esta dando cumplimiento y el resultado es inferior a la meta propuesta en los años 2019, 2021, 2022, 2023 exectuando el año 2020 que la meta total se encuentra en el 3.59%.

AÑO	VALOR RADICADO	VALOR GLOSADO	% VL RD / VL GL	VALOR ACEPTADO	% VL ACEPT. / VL GL	VALOR RECHAZADO	% VL RECHA. / VL GL
2020	7,552,091,591	487,000,930	6%	271,484,794	56%	215,516,136	44%
2021	13,702,889,268	229,146,007	2%	111,250,352	49%	117,895,655	51%
2022	21,303,815,636	468,236,911	2%	261,846,372	56%	206,390,539	44%
2023	11,439,185,194	637,796,601	6%	200,353,404	31%	437,443,197	69%
2024	1,093,079,766	72,512,064	7%	22,077,577	30%	50,434,487	70%
TOTAL	**65,321,336,191**	**2,238,777,973**		**1,034,544,705**		**1,204,233,268**	

Fuente: *Reporte EPS, descargue de Plataformas, Correos electrónicos – Conciliaciones*

Analizando la informacion de glosas en los meses de enero a diciembre de los años 2020, 2021, 2022, 2023 y 2024 observamos que en 2020, el valor el valor glosado fue de 487.000.930, mientras que, en el 2023, el valor glosado alcanzó los 637.796.601 teniendo una variación de del 31% que en valor seria 150.795.671 pesos; no se analiza con el año 2024 teniendo en cuenta que el valor glosado es de 72.512.064 de los meses enero y febrero; en el 2020 valor aceptado por la Red de Salud del Centro ESE fue de 271.484.794, mientras que, en el 2023 disminuyó a los 200.353.404 teniendo una variación del -26% que en valor seria -71.131.390, en el año 2024 se tiene un valor aceptado de 22.077.577 y para el 2020 el valor aceptado por el responsable de pago fue de 215.516.136, mientras que, en el 2023 alcanzó los 437.802.993 teniendo una variación del 103% que en valor seria 221.927.061, en el año 2024 se tiene un valor rechazado de 50.434.487.

Estas diferencias se deben a la recuperación de vigencias anteriores de cargos, glosas pendientes por conciliar reportadas en los cruces de cartera, la pandemia del Covid-19.

Glosa por Causal Evento

ENERO - DICIEMBRE					
AÑO	**CAUSAL**	**Valor_glosado**	**Valor_aceptado**	**Valor_rechazado**	**% por causal**
2020	**1 FACTURACION**	94,317,107	68,864,172	25,452,935	19%
2020	**2 TARIFAS**	293,383,610	162,554,213	130,829,397	60%
2020	**3 SOPORTES**	53,160,395	24,138,112	29,022,283	11%
2020	**4 AUTORIZACION**	26,530,640	4,147,666	22,382,974	5%
2020	**5 COBERTURA**	5,100,033	2,785,762	2,314,271	1%
2020	**6 PERTINENCIA**	14,509,145	8,994,869	5,514,276	3%
Total 2020		**487,000,930**	**271,484,794**	**215,516,136**	
			56%	**44%**	**100%**
2021	**1 FACTURACION**	33,818,714	13,267,265	20,551,449	15%
2021	**2 TARIFAS**	139,855,059	79,658,422	60,196,637	61%
2021	**3 SOPORTES**	20,931,508	2,540,157	18,391,351	9%
2021	**4 AUTORIZACION**	12,365,678	2,752,810	9,612,868	5%
2021	**5 COBERTURA**	6,643,927	3,604,048	3,039,879	3%
2021	**6 PERTINENCIA**	15,494,121	9,427,650	6,066,471	7%
Total 2021		**229,109,007**	**111,250,352**	**117,858,655**	
			49%	**51%**	**100%**
2022	**1 FACTURACION**	195,122,630	103,924,061	91,198,569	42%
2022	**2 TARIFAS**	187,397,476	131,032,687	56,364,789	40%
2022	**3 SOPORTES**	18,352,218	6,008,346	12,343,872	4%
2022	**4 AUTORIZACION**	37,067,038	5,314,526	31,752,512	8%
2022	**5 COBERTURA**	5,626,431	868,418	4,758,013	1%
2022	**6 PERTINENCIA**	24,708,118	14,698,334	10,009,784	5%
Total 2022		**468,273,911**	**261,846,372**	**206,427,539**	
			56%	**44%**	**100%**
2023	**1 FACTURACION**	186,518,288	47,226,226	139,292,062	29%
2023	**2 TARIFAS**	242,400,411	123,466,288	118,934,123	38%
2023	**3 SOPORTES**	75,523,819	5,270,829	70,252,990	12%
2023	**4 AUTORIZACION**	95,084,862	6,730,927	88,353,935	15%
2023	**5 COBERTURA**	10,342,202	1,802,811	8,539,391	2%
2023	**6 PERTINENCIA**	28,316,614	15,856,323	12,460,291	4%
Total 2023		**638,186,196**	**200,353,404**	**437,832,792**	
			31%	**69%**	**100%**
		ENERO - FEBRERO 2024			
2024	**1 FACTURACION**	3,109,903	1,834,466	1,275,437	4%
2024	**2 TARIFAS**	49,549,504	13,957,315	35,592,189	68%
2024	**3 SOPORTES**	5,715,235	205,191	5,510,044	8%
2024	**4 AUTORIZACION**	4,000,642	615,205	3,385,437	6%
2024	**5 COBERTURA**	457,529	102,600	354,929	1%
2024	**6 PERTINENCIA**	9,679,251	5,362,800	4,316,451	13%
Total 2024		**72,512,064**	**22,077,577**	**50,434,487**	
			30%	**70%**	**100%**
Total general		**1,822,570,044**	**844,934,922**	**977,635,122**	

Fuente: *Software Servinte - Modulo DM&R – Conciliacion con Pagador - Reporte analisis glosas.*

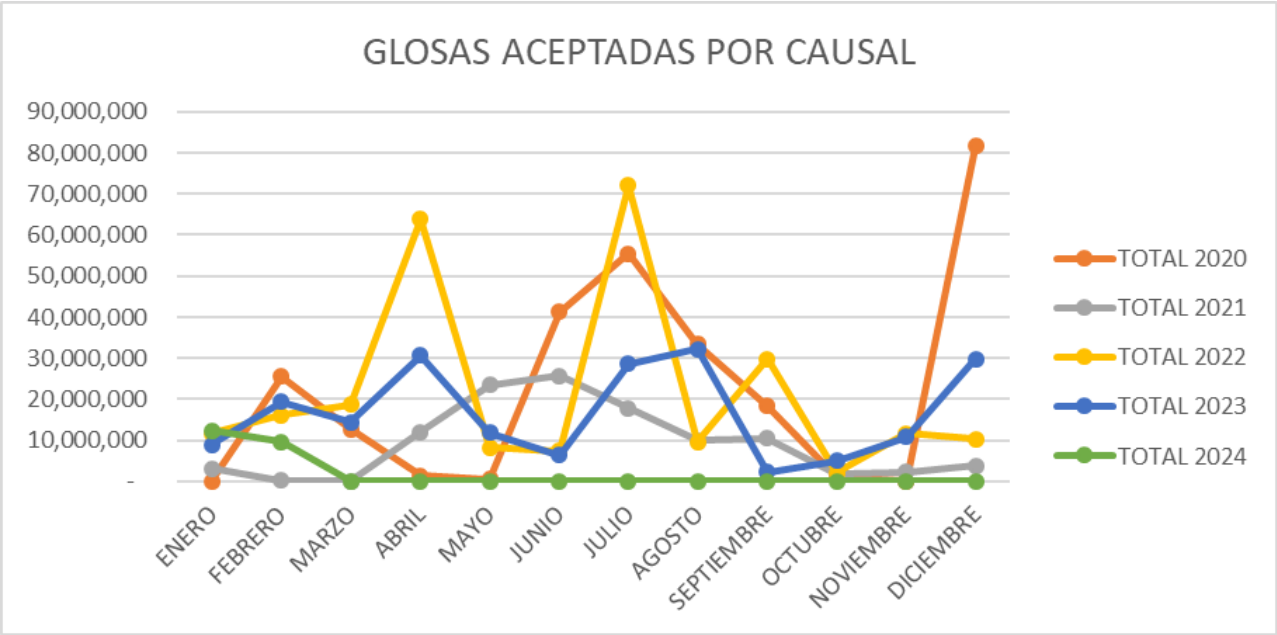
Al analizar las causas de glosa para cada año, podemos identificar que para el año 2020, las principales causas de glosa fueron tarifas con un porcentaje del 60% equivalente a 293.383.610 pesos del valor glosa sobre el valor total, en facturacion con 19% equivalente a 94.317.107 pesos pesos del valor glosa sobre el valor total y soportes con el 11% equivalente a 53.160.395 pesos, en el año 2021 las principales causas de glosa fueron las tarifas con un porcentaje del 61% equivalente a 139.855.059 pesos del valor glosa sobre el valor total, en facturacion con un porcentaje del 15% equivalente a 33.818.714 pesos, en el año 2022 las principales causas de glosa fueron facturacion con un porcentaje del 42% equivalente a 195.122.630 pesos del valor glosa sobre el valor total, tarifas con un porcentaje del 40% equivalente a 187.397.476 pesos, en el año 2023, las principales causas de glosas son por tarifas con un porcentaje del 38% equivalentes a 242.400.411 pesos, en facturacion con 29% equivalente a 186.518.288 pesos, en autorizacion con 15% equivalente a 95.084.862 pesos y soportes con 12% equivalente a 75.523.819 pesos.

Para el año 2024, las principales causas de glosas son por tarifas con un porcentaje del 68% equivalentes a 49.549.504 pesos, en pertinencia con 13% equivalente a 9.679.251 pesos.

CAUSALES ACEPTADAS POR AÑO (ENE - DIC)

AÑO	CAUSALES ACEPTADAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL CAUSAL
2020	1 - FACTURACION	-	3,378,300	2,799,800	-	97,000	5,059,865	12,999,540	31,065,142	2,076,170	164,560		11,223,795	68,864,172
	2 - TARIFAS	-	7,844,634	384,840	1,168,425	448,350	34,864,381	37,556,075	2,346,914	13,088,353	729,006	64,926	64,058,309	162,554,213
	3 - SOPORTES	-	14,010,090	4,745,605	253,040	37,650	112,924	3,554,291	-	1,424,512	-		-	24,138,112
	4 - AUTORIZACION	-	307,300	725,200	-	-	624,200	482,800	19,195	41,965	-		1,947,006	4,147,666
	5 - COBERTURA	-	-	-	-	-	400,962	371,460	5,035	1,651,140	16,862		340,303	2,785,762
	6 - PERTINENCIA	-	-	4,093,155	-	-	240,940	453,500	-	123,100	98,400		3,985,774	8,994,869
	TOTAL 2020	**-**	**25,540,324**	**12,748,600**	**1,421,465**	**583,000**	**41,303,272**	**55,417,666**	**33,436,286**	**18,405,240**	**1,008,828**	**64,926**	**81,555,187**	**271,484,794**
2021	1 - FACTURACION	2,975,696	-	113,700	248,004	1,634,343	1,654,553	3,194,142	300,220	669,787	1,047,222	400,000	615,872	12,853,539
	2 - TARIFAS	-	258,896	-	11,469,860	21,694,683	16,383,995	12,528,325	8,353,859	4,069,342	492,562	1,236,300	3,170,600	79,658,422
	3 - SOPORTES	48,000	5,530	-	0	25,000	1,690,609	45,447	-	-	157,200	550,200	18,171	2,540,157
	4 - AUTORIZACION	139,520	-	-	163,727	46,400	1,886,890	57,300	94,980	363,993	-	-	-	2,752,810
	5 - COBERTURA	-	-	-	-	-	1,139,960	-	1,297,548	1,141,100	-	25,440	-	3,604,048
	6 - PERTINENCIA	-	-	-	83,521	75,000	2,965,183	2,005,264	9,000	4,289,682	-	-	-	9,427,650
	TOTAL 2021	**3,163,216**	**264,426**	**113,700**	**11,965,112**	**23,475,426**	**25,721,190**	**17,830,478**	**10,055,607**	**10,533,904**	**1,696,984**	**2,211,940**	**3,804,643**	**110,836,626**
2022	1 - FACTURACION	1,030,387	8,409,481	2,975,731	14,799,494	2,652,603	-	60,065,486	2,170,492	1,782,532	41,603	4,784,600	5,211,652	103,924,061
	2 - TARIFAS	10,182,016	5,356,502	13,730,167	48,690,248	757,017	5,653,933	6,132,741	6,067,727	24,935,706	875,317	5,223,958	3,427,355	131,032,687
	3 - SOPORTES	471,476	-	872,280	122,500	1,214,345	331,800	-	239,750	1,391,543	19,302	720,552	624,798	6,008,346
	4 - AUTORIZACION	-	-	45,840	-	61,054	266,738	2,585,381	573,964	862,731	918,818	-	-	5,314,526
	5 - COBERTURA	-	48,479	-	-	150,742	-	34,544	-	634,653	-	-	-	868,418
	6 - PERTINENCIA	15,561	2,379,171	1,118,749	241,444	3,460,804	1,115,289	3,161,115	501,659	229,346	321,042	1,024,430	1,129,724	14,698,334
	TOTAL 2022	**11,699,440**	**16,193,633**	**18,742,767**	**63,853,686**	**8,296,565**	**7,367,760**	**71,979,267**	**9,553,592**	**29,836,511**	**2,176,082**	**11,753,540**	**10,393,529**	**261,846,372**
2023	1 - FACTURACION	640,568	4,225,414	7,218,113	2,203,863	5,590,693	3,126,549	4,223,633	8,316,699	579,762	1,448,458	4,835,179	4,817,295	47,226,226
	2 - TARIFAS	7,988,096	13,904,953	5,153,723	28,018,921	2,873,365	630,742	21,501,751	17,999,763	1,514,163	1,117,398	4,450,946	18,312,467	123,466,288
	3 - SOPORTES	19,350	89,650	225,402	57,328	381,419	81,974	2,693,492	39,246	-	554,205	133,518	995,245	5,270,829
	4 - AUTORIZACION	-	1,044,646	934,823	80,832	-	-	-	111,531	34,482	822,480	12,375	3,689,758	6,730,927
	5 - COBERTURA	-	32,449	501,069	136,778	-	-	-	25,630	110,540	27,997	-	968,348	1,802,811
	6 - PERTINENCIA	259,790	147,581	306,184	139,506	2,994,666	2,558,322	159,850	5,756,807	20,917	1,061,911	1,367,670	1,083,119	15,856,323
	TOTAL 2023	**8,907,804**	**19,444,693**	**14,339,314**	**30,637,228**	**11,840,143**	**6,397,587**	**28,578,726**	**32,249,676**	**2,259,864**	**5,032,449**	**10,799,688**	**29,866,232**	**200,353,404**
2024	1 - FACTURACION	25,920	1,808,546	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,834,466
	2 - TARIFAS	10,328,751	3,628,564	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13,957,315
	3 - SOPORTES	16,572	188,619	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	205,191
	4 - AUTORIZACION	66,542	548,663	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	615,205
	5 - COBERTURA	-	102,600	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	102,600
	6 - PERTINENCIA	1,952,640	3,410,160	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,362,800
	TOTAL 2024	**12,390,425**	**9,687,152**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**22,077,577**

Fuente: *Reporte EPS, descargue de Plataformas, Correos electrónicos – Conciliaciones*



En general, las causas de glosa aceptadas varían de un año a otro. Sin embargo, la causal de tarifas, se encuentra presente en todos los años siendo la mas significativa.

- ✓ En 2020, las principales causas aceptadas en glosa fueron tarifas con 162.554.213 pesos, facturacion con 68.864.172 pesos y soportes con 24.138.112 pesos.
- ✓ En 2021 las principales causas aceptadas en glosa fueron tarifas con 79.658.422 pesos, facturacion con 12.853.539 pesos y pertinencia con 9.427.650 pesos.
- ✓ En 2022 las principales causas aceptadas en glosa fueron tarifas con 131.032.687 pesos, facturacion con 103.924.061 pesos y pertinencia con 14.698.334 pesos.
- ✓ En 2023 las principales causas aceptadas en glosa fueron tarifas con 123.466.288 pesos, facturacion con 47.226.226 pesos y pertinencia con 15.856.323 pesos.
- ✓ En 2024 de los meses Enero y Febrero las principales causas aceptadas en glosa fueron tarifas con 13.957.315 pesos, pertinencia con 5.362.800 pesos y facturacion con 1.834.466 pesos.

Por lo anterior, el area de glosas se a encargado de notificar los hallazgos realizados a las respectivas áreas, sin embargo, cada área notificada se debe encargar de realizar la subsanación de lo reportado por los diferentes métodos de comunicación (Correo electronico, Whatsapp) y reuniones.



Nota: *Actividad Realizada en el mes de Octubre 2023 – Almera, Comité de Historia Clinica, Acta / 3.1.10.022*







Nota: *Socializacion de oportunidades de mejora*

Recomendaciones Glosas Evento

- Adherirse a las actividades descritas por la Secretaria en la nueva Circular N°4145.030.14.72.178.006866 para los pacientes migrantes.

- Adherirse a los soportes solicitados por la Secretaria en la Circular N°4145.030.14.72.187.005861 para la radicacion de cuentas de los pacientes migrantes urgencias.

- Validar tarifas de actividades antes de realizar la facturacion y realiquidar si es necesario.

- **Fortalecer a los procesos administrativos y asistenciales en la Resolucion 3280 para minimizar los errores por la no adherencia a la normatividad.**

- Fortalecer los procesos de facturacion para minimizar los errores administrativos.

- Asegurar la correcta parametrizacion, para ello revisar y actualizar oportunamente los acuerdos tarifarios. Garantizando la igualdad de los valores facturados, los pactados y aplicación de las tarifas pactadas.

- Mejorar el control de los soportes entregados según la normatividad, asi evitar ausencia o inconsistencias que generen glosas.

- Fortalecer los procesos de autorización para asegurar que los servicios y tecnologías en salud facturados estén debidamente autorizados. Tambien documentar la socialización de la información completa y oportuna sobre los servicios contratados y no contratados, especialmente los que requieren autorización.

- Realizar auditorías de cuentas médicas para verificar la pertinencia de los servicios y tecnologías en salud prestados y facturados.

Glosas por Descuentos a la Capita

DESCUENTOS CAPITA 2021														
CAPITA / RECOBRO		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
EMSSANAR	VALOR MES CONTRATO	779,355,170	779,355,170	779,355,170	779,355,170	779,355,170	779,355,170	779,355,170	779,355,170	779,355,170	779,355,170	779,355,170	779,355,170	**9,352,262,040**
	DESCUENTO TOTAL	36,270,136	-	34,484,776	18,188,478	-	-	3,436,725	-	-	-	-	5,870,411	**98,250,526**
	VALOR ACEPTADO IPS	25,001,473	-	9,012,306	9,712,975	-	-	1,890,199	-	-	-	-	3,451,896	**49,068,849**
	VALOR ACEPTADO EPS	11,268,663	-	25,472,470	8,475,503	-	-	1,546,526	-	-	-	-	2,418,515	**49,181,677**
ASMET SALUD	VALOR MES CONTRATO	44,057,200	44,057,200	44,057,200	44,057,200	44,057,200	44,057,200	44,057,200	44,057,200	44,057,200	44,057,200	44,057,200	44,057,200	**528,686,400**
	DESCUENTO TOTAL	-	-	-	-	43,541,211	-	-	-	-	-	-	-	**43,541,211**
	VALOR ACEPTADO IPS	-	-	-	-	19,593,545	-	-	-	-	-	-	-	**19,593,545**
	VALOR ACEPTADO EPS	-	-	-	-	23,947,666	-	-	-	-	-	-	-	**23,947,666**
								TOTAL ACEPTADO IPS						**68,662,394**
								TOTAL ACEPTADO EPS						**73,129,343**

DESCUENTOS CAPITA 2022														
CAPITA / RECOBRO		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
EMSSANAR	VALOR MES CONTRATO	840,546,278	840,546,278	840,546,278	840,546,278	840,546,278	840,546,278	840,546,278	1,304,953,300	1,304,953,300	1,304,953,300	1,304,953,300	1,304,953,300	**12,408,590,446**
	DESCUENTO TOTAL	-	25,630,178	-	-	-	24,884,490	-	-	49,175,475	-	15,214,153	-	**114,904,296**
	VALOR ACEPTADO IPS	-	15,378,106	-	-	-	12,442,245	-	-	16,841,833	-	8,759,913	-	**53,422,097**
	VALOR ACEPTADO EPS	-	10,252,072	-	-	-	12,442,245	-	-	32,333,642	-	6,454,240	-	**61,482,199**
ASMET SALUD	VALOR MES CONTRATO	39,816,400	39,816,400	39,816,400	39,816,400	39,816,400	39,816,400	39,816,400	39,816,400	39,816,400	39,816,400	39,816,400	39,816,400	**477,796,800**
	DESCUENTO TOTAL	-	-	-	-	-	-	57,674,912	-	-	-	-	-	**57,674,912**
	VALOR ACEPTADO IPS	-	-	-	-	-	-	11,694,149	-	-	-	-	-	**11,694,149**
	VALOR ACEPTADO EPS	-	-	-	-	-	-	45,980,763	-	-	-	-	-	**45,980,763**
								TOTAL ACEPTADO IPS						**65,116,246**
								TOTAL ACEPTADO EPS						**107,462,962**

DESCUENTOS CAPITA 2023														
CAPITA / RECOBRO		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
EMSSANAR	VALOR MES CONTRATO - PGP	1,304,953,300	1,304,953,300	1,304,953,300	1,304,953,300	1,304,953,300	1,304,999,742	1,304,999,742	1,304,999,742	1,304,999,742	1,304,999,742	1,304,999,742	1,304,999,742	**15,659,764,694**
	DESCUENTO TOTAL	20,432,675	-	7,105,391	450,025	6,513,487	955,006	2,247,485	-	2,471,240	4,532,673	-	-	**44,707,982**
	VALOR ACEPTADO IPS	9,169,210	-	2,612,331	-	1,814,954	523,841	907,375	-	413,075	1,867,787	-	-	**17,308,573**
	VALOR ACEPTADO EPS	11,263,465	-	4,493,060	450,025	4,698,533	431,165	1,340,110	-	2,058,165	2,664,886	-	-	**27,399,409**
ASMET SALUD	VALOR MES CONTRATO	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	**555,343,221**
	DESCUENTO TOTAL	-	-	-	-	-	27,492,669	-	-	-	-	-	-	**27,492,669**
	VALOR ACEPTADO IPS	-	-	-	-	-	8,247,799	-	-	-	-	-	-	**8,247,799**
	VALOR ACEPTADO EPS	-	-	-	-	-	19,244,870	-	-	-	-	-	-	**19,244,870**
								TOTAL ACEPTADO IPS						**25,556,372**
								TOTAL ACEPTADO EPS						**46,644,279**

DESCUENTOS CAPITA 2024														
CAPITA / RECOBRO		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
EMSSANAR	VALOR MES CONTRATO - PGP	1,304,953,300	1,304,953,300	1,304,953,300	1,304,953,300	1,304,953,300	1,304,999,742	1,304,999,742	1,304,999,742	1,304,999,742	1,304,999,742	1,304,999,742	1,304,999,742	**15,659,764,694**
	DESCUENTO TOTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
	VALOR ACEPTADO IPS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
	VALOR ACEPTADO EPS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
ASMET SALUD	VALOR MES CONTRATO	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	46,278,602	**555,343,221**
	DESCUENTO TOTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
	VALOR ACEPTADO IPS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
	VALOR ACEPTADO EPS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
								TOTAL ACEPTADO IPS						**-**
								TOTAL ACEPTADO EPS						**-**

Nota: *Entidades con contrato capita Coosalud, Emssanar, Asmet Salud Y Nueva EPS.*

En cuanto a los descuentos a la capita en los meses de enero a diciembre del año 2021 se tiene un valor contrato de 9.352.262.040 donde se acepta un valor de 49.068.849 en actividades de urgencias en baja complejida de Emssanar, un valor contrato de 528.686.400 donde se acepta un valor de 19.593.545 en conciliacion realizada administrativamente en el mes de mayo de Asmet Salud.

En el año 2022 se tiene un valor contrato de 12.408.590.446 donde se acepta un valor de 53.422.097 en actividades de urgencias en baja complejida y vacunacion sin barreras de Emssanar, un valor contrato de 477.796.800 donde se acepta un valor de 11.694.149 en conciliacion realizada administrativamente en el mes de julio de Asmet Salud.

En el año 2023 se tiene un valor contrato de 15.659.764.694 donde se acepta un valor de 17.308.573, sin embargo el valor del contrato es por modalidad PGP, pero los descuentos son de actividades de urgencias en baja complejida y vacunacion sin barreras de Emssanar, un valor contrato de 555.343.221 donde se acepta un valor de 8.247.799 en conciliacion realizada administrativamente en el mes de junio de Asmet Salud.

Recomendaciones Descuentos a la Capita

Se sugiere que el area de cartera y/o contrato realice la liquidacion de los contratos para que las entidades no envien descuentos de vigencias pasadas, ya que nuna vez culminada la liquidación los pagadores no deben presentar descuentos por atenciones en otras IPS a usuarios que se encuentran capitados según BD presentadas mensualmente.

Glosas Capita por Indicadores de Riesgo

Respecto de la glosa por indicadores de riesgo se resume el estado asi:

- Emssanar:

EMSSANAR CAPITA LIQUIDACION LMA SALDOS A FAVOR					
TIPO CONTRATO	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
RECUPERACION	336,873,179	133,506,757	275,412,623	N/A	N/A
PYP	117,012,465	44,906,927	25,921,975	N/A	N/A
TRASLADOS	90,326,286	43,434,958	52,953,419	-	-
TOTAL	**544,211,930**	**221,848,642**	**354,288,017**	**-**	**-**

Fuente: Conciliacion cartera, Publicación LMA supersalud.

Pendiente Traslados a partir de Marzo de 2022 a la fecha febrero 29 de 2024; desde el mes de Agosto de 2022 inicia el contrato PGP por lo tanto no registra para Capita Recuperación, ni PyP.

EMSSANAR PGP			
VIGENCIA	**VALOR CONTRATO**	**% DE CUMPLIMIENTO**	**NO ACUERDO**
AGO - OCT 2022	3,914,999,460	116.4	-
NOV 2022 - ENE 2023	3,914,999,460	116.4	
FEB - ABR 2023	3,914,999,460	121	2,125,281,824
MAY - JUL 2023	3,914,999,460	146	-
AGO - OCT 2023	3,914,999,460	143	-
TOTAL	**19,574,997,300**	**129**	**2,125,281,824**

Fuente: *Conciliación PGP con Asegurador*

MESES CONCILIADOS	TRIMESTRE CONCILIADO	CONCILIACION CON EMSSANAR %	$ EJECUTADO CONCILIACION	APROX US SEGÚN CONCILIACIÓN $ejecutado/56.350 Población
AGT A OCT 22	I	116%	1,519,019,786	26,957
NOV 22 A ENE 23	II	116%	1,519,019,786	26,957
FEB A ABR 2023	III	121%	1,579,049,777	28,022
MAY A JUL 2023	IV	146%	1,905,299,731	33,812
AGT A OCT 23	V	143%	1,866,149,737	33,117
NOV 23 A ENE 24	VI	PENDIENTE		

Fuente: *Conciliación PGP con Asegurador*

- Coosalud:

COOSALUD CAPITA LIQUIDACION LMA SALDOS A FAVOR					
TIPO CONTRATO	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
RECUPERACION	-	397,573,788	963,621,735	-	-
PYP	255,821,594	238,243,567	- 1,017,541,779	-	-
TRASLADOS	-	110,443,137	-	-	-
TOTAL	**255,821,594**	**746,260,492**	**- 53,920,044**	**-**	**-**

Fuente: *Conciliacion cartera, Publicación LMA supersalud.*

Se realizo conciliación de indicadores para la vigencia 2023, pendiente que Asegurador de respuesta a la Liquidación año 2023, se envio oficio 201.3.16.004 de 2024

- Asmet Salud

ASMET SALUD CAPITA LIQUIDACION LMA SALDOS A FAVOR					
TIPO CONTRATO	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
RECUPERACION	-	139,301,697	-	-	-
PYP	-		-	-	-
TOTAL	**-**	**139,301,697**	**-**	**-**	**-**

Se realiza reunion con la entidad el 3 octubre 2023 y se queda el compromiso de la doctora Nhorma en conciliar con la entidad lo pendiente en indicadores 2021 al año 2023.

- Nueva EPS

Contrato inicia a partir de Marzo de 2023, Asegurador envio reporte de Cumplimiento de Metas a Proceso PyP

Recomendaciones Glosas Capita por Indicadores de Riesgo

- Conciliar una vez se acaba la vigencia contractual con el fin de mitigar la presentación de descuentos a la capita, lograr realizar los cruce LMA de las restituciones – retroactivos y obtener valores a favor según la población asignada

- Realizar los ajustes pertinentes en el sistema con el fin de que todos los cups, cums, y otros codigos propios según corresponda cada aseguradora se registren en los rips con las finalidades normativas y convenidas.

- En el momento de la realización enrutar usuarios realizarlo por el Contrato PyP por el personal administrativo, se no ser así el cups será visualizado en los RIPS de Morbilidad ocasionando incumplimiento en la Metas según matriz inicial del convenio.

- El registro en HC – servinte por los profesionales debe corresponder a todas las variables de la resolución 3280, exigencias contractuales. Ya que estos valores migran tanto a los rips como a la Res 202 que es presentada mensualmente a las Aseguradores y son los reportes en un 95% para definir el cumplimiento de las Metas

3. Devoluciones

DEVOLUCIONES OCT 2023 - FEB 2024						
ENTIDAD	vlr_factura OCT	vlr_factura NOV	vlr_factura DIC	vlr_factura ENE	vlr_factura FEB	GRAFICA
ALIANSALUD	571,931	571,931	248,603	248,603	248,603	
ALIANZA MEDELLÍN ANTIOQUIA E.P.S. S.A.S.	235,222	235,222	405,549	405,549	405,549	
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERA	48,000	48,000	-	-	-	
ASMET SALUD EPS SAS	22,908,653	22,908,653	22,908,653	10,912,206	7,275,245	
ASOCIACION INDIGENAS DEL CAUCA AIC	110,000	110,000	-	-	-	
ASOCIACION DE CABILDOS INDIGENAS DEL CESAR DUSAKAWI EPSI	-	-	-	243,965	-	
ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS	275,578	275,578	-	-	-	
AXA COLPATRIA SEGUROS S.A	182,588	182,588	-	-	-	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO EPS-S	823,630	823,630	59,660	59,660	59,660	
CAPITAL SALUD EPS-S	304,442	304,442	161,664	242,496	242,496	
CAPRESOCA EPS	355,686	355,686	274,854	274,854	274,854	
COMFACHOCO EPS-S	56,025	56,025	-	-	-	
COMFENALCO VALLE E.P.S	32,959,552	32,959,552	27,823,314	23,864,734	23,884,734	
COOMEVA E.P.S	-	-	-	-	-	
COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A	-	-	-	-	2,294,942	
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA SOLIDARIA DE S	2,979,440	2,979,440	-	-	-	
COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	195,474,207	257,370,011	211,434,027	153,627,232	153,587,938	
E.P.S SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	277,025,956	272,178,283	275,605,126	236,581,470	234,360,404	
EMSSANAR SAS	6,358,549	6,358,549	41,100	41,100	41,100	
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS	10,583,238	10,583,238	10,583,238	9,289,926	8,750,466	
EPS INDIGENA MALLAMAS	-	11,100	-	-	-	
EPS SANITAS S.A.S	15,785,324	18,209,162	18,717,659	22,966,264	23,081,806	
NUEVA E.P.S	87,045,174	87,045,174	87,045,174	58,022,500	58,022,500	
P.A CONSORCIO FONDO ATENCION EN SALUD PPL 2015	186,906,920	186,906,920	186,906,920	-	-	
SALUD TOTAL EPS-S S.A	476,554	476,554	-	-	-	
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE CALI	318,123,665	306,509,757	262,618,084	-	37,445,011	
SURA EPS	326,405,442	325,723,375	336,753,431	276,703,444	273,728,465	
Total general	**1,485,995,776**	**1,533,182,870**	**1,441,587,056**	**793,484,003**	**823,703,773**	

Fuente: *Software Servinte - Modulo DM&R – Trazabilidad de la Factura – Reportes de Pagadores.*

Actualmente se está actualizando el cambio de estado (RD, RV – DV) en el software servinte según las conciliaciones reportadas en los cruces de cartera, notificaciones y acercamientos con las entidades, de los cuales tenemos identificados como DV 9.000 facturas equivalentes a 823.703.773 pesos, para los cuales necesitamos el apoyo de las otras áreas para la subsanación.

Las devoluciones de la Secretaría se están enviando al abogado externo Camilo Galeano para su gestión, las facturas devueltas por el concepto Covid-19 están siendo gestionadas por la analista Nasly Mosquera, las facturas devueltas por otros servicios de Evento están siendo gestionadas por el área de facturación.

Gestiones

- **Secretaria de Salud:** El abogado camilo informa que *"se solicitó conciliación en Procuraduría para el pago de los servicios cuyo derecho no ha prescrito."*


SOLICITUD DE PROCESO JURIDICO FACTURAS DEVUELTAS - SECRETARIA / ESE CENTRO

Glosas Red de Salud del Centro E.S.E
Para: camilogaleanojuridico@gmail.com
Jue 31/08/2023 10:14
CC: Cartera Red de salud del centro E.S.E; José Javier Sandoval Prieto **y 1 usuarios más**

Cordial saludo Doc. Camilo Galeano

Por medio del presente correo envío adjunto link con las carpetas de soportes y archivo en Excel consolidando la información para la radicación del proceso jurídico a la facturación devuelta por la Secretaria Municipal.
DV SECRETARIA - SOPORTES.zip

Quedo atenta, Gracias
Atentamente

Salud Centro
Calidad en Salud con Sentido Social

Glosas y Devoluciones
Vanessa Zafra Vásquez.

Red de Salud del Centro E.S.E.

Cel: 311 326 9636
glosas@saludcentro.gov.co
Cali - Colombia

- **FONDO PPL - INPEC:** Cuentas medicas está a la espera de la notificación para la apertura de la plataforma, teniendo en cuenta que la facturación presentada es de la razón social anterior.

- **Sura EPS:** Se realiza la radicación de 260 facturas Covid-19 por un valor total de 21.016.320 el día jueves 12 de octubre 2023.



RE: CUENTAS PARA NUEVA RADICACION// ESPS SURA

Cuentas médicas Red de Salud del Centro E.S.E
Para: Antígenos Red de Salud del Centro E.S.E
CC: Lider Facturación Red de Salud del Centro E.S.E; Glosas Red de Salud del Centro E.S.E; **y 1 más**
Jue 12/10/2023 15:12

ArchivosCargadosExitosame... 31 KB | CERTIFICADO REMISIÓN - 01... 31 KB | CERTIFICADO REMISIÓN - 01... 20 KB

3 archivos adjuntos (81 KB) Guardar todo en OneDrive - Red de Salud del Centro E.S.E Descargar todo

Buena tarde, envio adjunto cargue exitoso de las devoluciones por parte de la eps enviadas el dia de Hoy por la analista Nasly
Muchas gracias quedo atenta cualquier inquietud

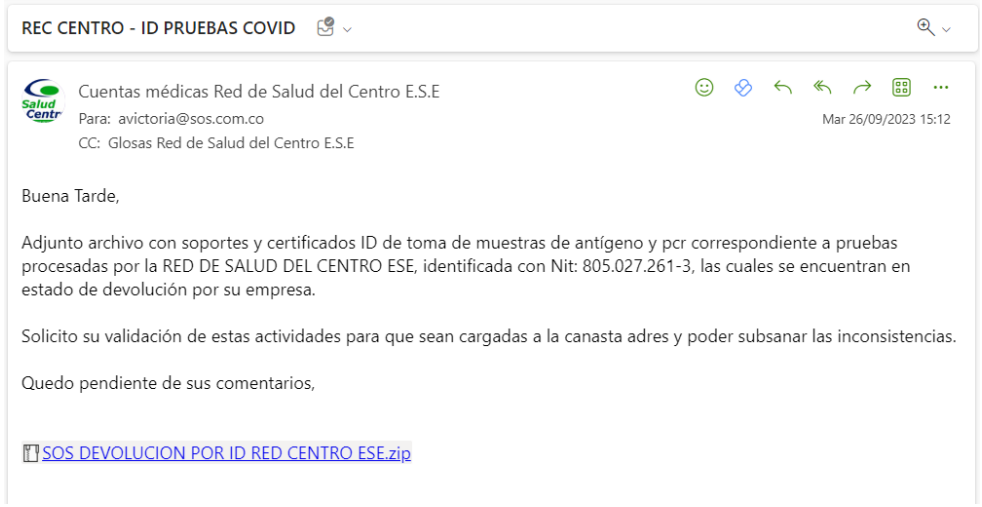
Atentamente

Valeria Vasquez Tobon.
Aux. Admin en Salud - Cuentas Medicas.

Red de Salud del Centro E.S.E.

Cel: 310-7489716
cuentasmedicas@saludcentro.gov.co
Cali-Valle del Cauca-Colombia

- **S.O.S EPS:** Para el 26 septiembre 2023 se realizó la solicitud de 327 cuentas a radicar con su respectivo ID de Antígeno y PCR Covid-19 por un valor de 27.505.472 pesos.



REC CENTRO - ID PRUEBAS COVID

Cuentas médicas Red de Salud del Centro E.S.E
Para: avictoria@sos.com.co
CC: Glosas Red de Salud del Centro E.S.E
Mar 26/09/2023 15:12

Buena Tarde,

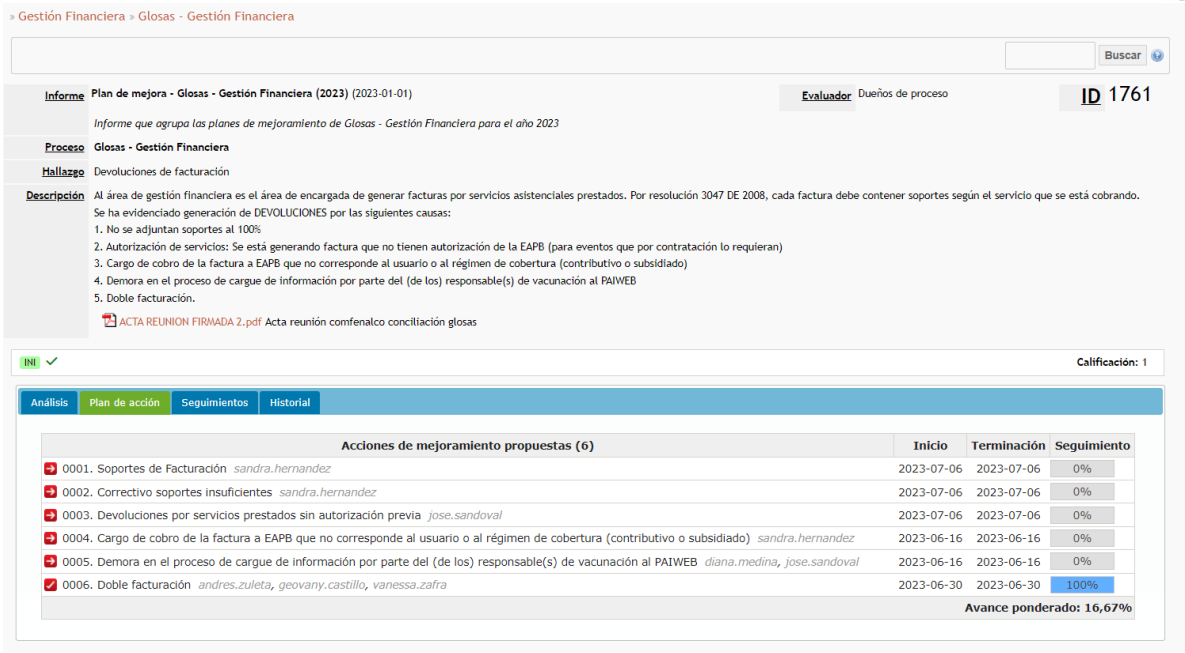
Adjunto archivo con soportes y certificados ID de toma de muestras de antígeno y pcr correspondiente a pruebas procesadas por la RED DE SALUD DEL CENTRO ESE, identificada con Nit: 805.027.261-3, las cuales se encuentran en estado de devolución por su empresa.

Solicito su validación de estas actividades para que sean cargadas a la canasta adres y poder subsanar las inconsistencias.

Quedo pendiente de sus comentarios,

SOS DEVOLUCION POR ID RED CENTRO ESE.zip

Con el fin de ir mitigando en este año 2023 los conceptos en devoluciones, hemos realizado con el Doc. Chavarriaga del área de evaluación y mejora un plan de acción el cual está en la plataforma de Almera y socializado en la reunión del área administrativa y financiera del día 7 junio 2023.



Proceso Facturación - Atención Al Usuario

FACTURACION – TIPS

Siempre se debe hacer Validación de Derechos de todos los usuarios que asisten a solicitar servicios en la RED. “si el usuario tiene autorización para la RED CENTRO y llega a recibir una atención, también se deben validar derechos”.

“Toda la facturación debe entregarse por parte de los Analistas en su totalidad a Cuentas Medicas para radicar según los tiempos establecidos o convenidos con las diferentes EAPB”.

- **Facturadores:** Los soportes por cada atención en la ESE se debe realizar bajo los parámetros de tipificación que cada EAPB o Entidad exige.
- **Analistas:** Todas las facturas en estado AP deben ser entregadas cada 8 días a Cuentas Medicas o según contingencia.
- **Cuentas Medicas:** Deben realizar la radicación de todas las cuentas y cambiar el estado en el sistema, además hacer seguimiento en las diferentes plataformas o físicamente donde las facturas deben tener un soporte de radicación.
- **Glosas y Devoluciones:** Debe realizar revisión de las plataformas y notificaciones físicas teniendo en cuenta normatividad para dar respuesta según Dec 441 y 780, Res. 3047. Y cumplir con los tiempos establecidos de vencimiento, así como realizar las conciliaciones de Evento y Descuentos a la Capita.

1. Codificación en SERVINTE que corresponde a los códigos que referencian **las tarifas para cada EPS** contratada y no contratada que se encuentra activo dentro del sistema, mas utilizadas

TARCOD	TARNOM	TARACT
01	Particular	ACTIVO
*	TARIFAS DE MEDICAMENTOS/MATERI	ACTIVO
A1	ASMET SALUD SUBSIDIADO	ACTIVO
A5	ASMET SALUD CONTRIBUTIVO	ACTIVO
B1	COMFENALCO TOLIMA	ACTIVO
B2	CAJA COMPENSACION DEL CHOCO	ACTIVO
B3	CAPRESOCA EPS	ACTIVO
B4	COLSEGUROS EPS	ACTIVO
B5	G AMBUL CRUZ ROJA	ACTIVO
B6	DIRECCION GRAL SANIDAD MILITAR	ACTIVO
B7	SAMU LTDA	ACTIVO
B8	E AMBUL HEMATONCOLOGOS	ACTIVO
B9	PIJAOS SALUD EPS	ACTIVO
C1	COOSALUD ESS SUBSIDIADO	ACTIVO
C5	COOSALUD - CONTRIBUTIVO	ACTIVO
DA	DIAGNOSTICO & ASISTENCIA MEDICA SAS	ACTIVO
D1	COMFA BOYACA	ACTIVO
D3	FUND TIERRA DE PAZ	ACTIVO
D4	FUNDACION UNIVALLE	ACTIVO
D5	VPS AGENCIA SAS	ACTIVO
D6	SEIN SAS	ACTIVO
D7	AMERICARES FOUNDATION INC	ACTIVO
D8	HUMBERTO QUINTERO O Y CIA S.CA	ACTIVO
D9	AMBULANCIAS AEREAS DE COLOMBIA	ACTIVO
E1	EMSSANAR SAS SUBSIDIADO	ACTIVO
E5	EMSSANAR CONTRIBUTIVO	ACTIVO
F1	D FIDUPREVIS	ACTIVO
F2	FIDUPREVISORA	ACTIVO
G1	ANGIOGRAFIA DE OCCIDENTE	ACTIVO
G2	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA	ACTIVO
H1	FONDO NACIONAL DE DESASTRES	ACTIVO
H5	COOEMSSANAR CONTRIBUTIVO	ACTIVO
I1	MALLAMAS EPS SUBSIDIADO	ACTIVO
I3	CORP. CLUB CAMPESTRE FARALLON	ACTIVO
I5	MALLAMAS EPS CONTRIBUTIVO	ACTIVO
L1	RED DE SALUD LADERA ESE	ACTIVO
M1	MEDIMAS EPS SUBSIDIADO	ACTIVO
M5	MEDIMAS CONTRIBUTIVO	ACTIVO
N1	RED SALUD DEL NORTE ESE	ACTIVO
O1	RED DE SALUD ORIENTE ESE	ACTIVO
P1	SECRETARIA DE SALUD DE CALI	ACTIVO
P5	B ENCU 101	ACTIVO
P9	A SALUD EXTRANJEROS	ACTIVO
Q1	SALUVI SAS	ACTIVO
Q2	SEGUROS COLPATRIA	ACTIVO
Q3	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA	ACTIVO
Q5	SEGUROS DEL ESTADO SA	ACTIVO

Q6	SEGUROS SURAMERICANA SA	ACTIVO
Q7	EPS FAMISANAR LTDA CAFAM	ACTIVO
Q8	SURA EPS	ACTIVO
Q9	ARL SURA	ACTIVO
S1	RED DE SALUD SUR ORIENTE ESE	ACTIVO
S2	SECRETARIA DEPTAL DE SALUD	ACTIVO
S3	HOSPITAL DEPTAL PSIQUIATRICO	ACTIVO
SO	SOAT VIGENTE	ACTIVO
T1	CRUZ BLANCA EPS	ACTIVO
T2	EPS SANITAS	ACTIVO
T3	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SAL	ACTIVO
T4	EMPRESA ACTIVIDADES $ 0	ACTIVO
T6	ECOOPSOS	ACTIVO
T7	FONDO PASIVO SOCIAL FFNN	ACTIVO
T8	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	ACTIVO
U1	LA PREVISORA SA	ACTIVO
U2	LIBERTY SEGUROS SA	ACTIVO
U3	MUNDIAL DE SEGUROS DE VIDA SA	ACTIVO
U4	NUEVA EPS	ACTIVO
U5	UNICANCER	ACTIVO
U7	POLICLINICA SECCIONAL SANIDAD	ACTIVO
U8	POSITIVA ARP	ACTIVO
U9	Q.B.E. SEGUROS SA	ACTIVO
V1	RECUPERAR SA IPS	ACTIVO
V3	SALUD TOTAL SA	ACTIVO
X1	ADMINISTRADORA ADRES	ACTIVO
X2	ALIANSALUD	ACTIVO
X3	ALIANZA MEDEELLIN EPS SAS	ACTIVO
X4	ASEGURADORA SOLIDARIA LTDA	ACTIVO
X5	ASOC INDIGENA DEL CAUCA AIC	ACTIVO
X7	ASOC MUTUAL SER EMPRESA E.S.S.	ACTIVO
X8	CAJACOPI ATLANTICO	ACTIVO
X9	UNIVALLE	ACTIVO
Y1	COMFACOR CORDOBA	ACTIVO
Y2	COMFA CUNDINAMARCA	ACTIVO
Y3	CAJA COMPENSACION FLIAR NARIÑO	ACTIVO
Y4	COMFA ORIENTE	ACTIVO
Y5	CAPITAL SALUD EPS	ACTIVO
Y6	900798	ACTIVO
Y7	COLMENA A.R.P.	ACTIVO
Y8	COMFAMILIAR HUILA	ACTIVO
Z1	COMFENALCO VALLE EPS	ACTIVO
Z2	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS SA	ACTIVO
Z3	COMPAÑIA SURAMERICANA SEGURO V	ACTIVO
Z4	COMPENSAR	ACTIVO
Z5	CONVIDA	ACTIVO
Z6	COOMEVA EPS	ACTIVO
Z7	SALUD COMPARTA ESS	ACTIVO
Z8	COSMITET LTDA	ACTIVO
Z9	CONSORCIO FISALUD	ACTIVO

2. Los códigos parametrizados en SERVINTE que corresponden a una letra la cual identifica el **tipo de contrato** que se encuentra para las diferentes entidades atendidas en la RED CENTRO.

Se resalta con color **Verde** para la **CAPITA, Amarillo** Evento, **Azul** Particular

CODIGO	NOMBRE
1	HT CLLE26 ANGIOGRAFIA
2	H TEQUEND ANGIOGRAFIA
3	HV COBO ANGIOGRAFIA
4	H VILLA CANGIOGRAFIA
A	ASOCIADO PARTICULAR
B	TBC (TUBERCULOSIS)
C	DESPLAZADO CONTRIBUTIVO
D	DESPLAZADO VINCULADO
E	MEDIANA-GLOBAL-EVENTO
F	PERCAPITA
G	DESPLAZADO SUBSIDIADO
H	APS
H	ATENCION DOMICILIARIA – TELEME
I	INPEC
J	NO PAI
K	COVID-19
M	SEM
N	CAPITA MIXTA
O	MEDIANA-GLOBAL-EVENTO, EMSSA
P	PYP
S	SALUD-RECUPERACION
T	TRASLADO-AMBULANCIA
U	TUTELAS
V	IVE
W	PIC (INTERVENCIONES COLECTIVAS)
x	TODOS LOS TIPOS DE SERVICIOS PARTICULAR
X	EXTRANJERO
Y	PROYECTOS
Z	PATRONALES

3. Los **estados en que se encuentran las facturas** en SERVINTE

ESTADO	NOMBRE
AD	ANULADA EN DEVOLUCION
AG	GLOSA ANULADA
AN	ANULADA ENGLOSA
AP	APROBADA
AR	ANULADA RADICAVION
AT	APROBADA TOTAL
AV	ANULADA EN ENVIO
CA	CANCELADA ENTREGA/GLOSA
CG	GLOSA CANCELADA
CN	CANCELADA EN ENTREGA

CV	CANCELADA EN ENVIO
DD	DEVOLUCION
DG	DIGITADA EN GLOSA
DN	DIGITADA EN ENTREGA
DP	DEVOLUCION PARCIAL
DV	DEVUELTA
ED	ENVIOS POR DEVOLUCION
EN	ENTREGADA
EV	ENVIADA
GA	GLOSA ACEPTADA
GC	GLOSA EN ANALISIS CARTERA
GD	GLOSA DIGITADA
GD	GENERADA
GE	GLOSA RELACIONADA
GL	GLOSA EN DOS ANALISIS
DG	GLOSA RECHAZADA
GS	GLOSA SOLUCIONADA
GT	GLOSA EN ANALISIS TERCERO
NR	NO RECIBIDA
PD	ENVIOS POR DEVOLUCION PARCIAL
PV	APROBADO ENVIO
RA	RADICADA PARCIAL
RD	RADICADA
RE	RECIBIDA
RL	RELACIONADA
RP	RECIBIDA PARCIAL
RT	RECIBIDA TOTAL
RV	RADICACION ENVIOS POR DEVOLUCION
RZ	RECHAZADA
ZA	RECHAZADA EN APROBACION
ZR	RECHAZADA EN REVISION
GP	PREGLOSA
GF	RADICACION DE RESPTA A GLOSAS
GN	RECEPCION DE GLOSAS
GK	CANCELACION DE GLOSA PARCIAL
GL	RESPUESTA A GLOSA PARCIAL

4. Estados ADRES

REGIMEN CONTRIBUTIVO	**ESTADO**
ACTIVO	**AC**
ACTIVO POR EMERGENCIA	**AE**
PROTECCION LABORAL	**PL**
SUSPENSION POR FALTA DE DOCUMENTOS	**SD**
SUSPENSION POR MORA	**SM**
DESAFILIADO POR FALLECIMIENTO	**AF**
RETIRADO Terminación de la inscripción en una EPS	**RE**

REGIMEN SUBSIDIADO	**ESTADO**
ACTIVO	**AC**
RETIRADO	**RE**

5. Caracteres y tipo de identificación de usuarios en el Sistema

Tipo Doc	Descripción	longitud	Normas
CN	Certificado de Nacido Vivo	9	Circular 024/2019
RC	Registro Civil	11	Circular 024/2019
TI	Tarjeta Identidad	11	Circular 024/2019
CC	Cedula de Ciudadanía	10	Circular 024/2019
AS	Adulto sin Identificación	10	Circular 024/2019
MS	Menor sin Identificación	12	Circular 024/2019
CE	Cedula Extranjería	6	Circular 024/2019
PA	Pasaporte	16	Circular 024/2019
CD	Carne Diplomático	11	Circular 024/2019
SC	Salvoconducto de Permanencia	9	Circular 024/2019
PE	Permiso Especial de Permanencia	15	Circular 024/2019
DE	Documento Extranjero	16	Circular 024/2019
PT	Permiso Temporal de Permanencia	7	resolución 1178/2021

6. SEDES. Observaciones para realizar los agendamientos, cargues y facturación respectiva.

CODIGO	SEDE	OBSERVACION
01	DIEGO LALINDE	*LABORATORIO DE REFERENCIA *LABORATORIO AZUL *PORTI MUJER *GERONTOLOGIA *TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280
02	PRIMITIVO CRESPO	*TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280 *GERONTOLOGÍA
03	OBRERO	*LABORATORIO MOLECULAR SOLO SE CARGA Y FACTURA EN ESTA SEDE *PSIQUIATRIA *PEDIATRIA *NUTRICIÓN *MEDICINA FAMILIAR *AMA *GERONTOLOGÍA *TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280
04	BELALCAZAR	*GINECOLOGÍA *TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280
05	BRETAÑA	*AGENDA, CARGA Y FACTURAR LAS PROTESIS DENTALES *MEDICINA INTERNA *TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280

06	COLON	*AGENDA, CARGA Y FACTURA TERAPIAS: FISICA *GINECOLOGIA *PEDIATRIA *PSICOLOGIA *NUTRICIÓN *MEDICINA FAMILIAR *AMA *GERONTOLOGÍA *TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280
07	PANAMERICANO	*SE AGENDA EL PROGRAMA HANSEN *MEDICINA FAMILIAR *TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280
08	ALFONSO YOUNG	*MEDICINA FAMILIAR *TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280
09	RODEO	*PSICOLOGIA *NUTRICIÓN *MEDICINA FAMILIAR *AMA *TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280
10	GUABAL	*GINECOLOGÍA *TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280
11	LUISH	*SE AGENDA, CARGA Y FACTURA TERAPIAS: FONO, OCUPACIONAL, RESPIRATORIA Y FISICA *PSICOLOGIA *AMA *GERONTOLOGÍA *TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280
12	AGUA BLANCA	*TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280
13	PRIMAVERA	*TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280
14	SICO POOL	*SE CARGA Y FACTURA PRUEBAS COVID *TRASLADOS TUTELAS, EVENTO, CAPITA
15	DOCE DE OCTUBRE	*MEDICINA FAMILIAR *TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280
16	SANTIAGO RENGIFO	*MEDICINA FAMILIAR *MEDICINA INTERNA *NUTRICIONISTA *TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280
17	HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	*DERMATOLOGIA *OFTALMOLOGIA *NUTRICION *PSICOLOGIA *RAYOS X *ECOGRAFIAS *GINELOGIA *PERIODONCISTA *ORTODONCIA *GERONTOLOGÍA *TODOS LOS SERVICIOS DE MORBILIDAD Y PYM SEGÚN RES 3280
00	ESE CENTRO	* URGENCIAS

7. Soportes de Factura
    - Factura o documento equivalente.
    - Remisión, referencia, Anexos que apliquen
    - Fotocopia del carnet y cedula, póliza, informe transito
    - Autorización.
    - Correos a las instituciones que sea el caso ASEG – EPS – ARL – FOSYGA -ENTE
    - FURIPS
    - Verificación en RUNT
    - Registros en SIRAS
    - Orden y/o fórmula médica. Aplica cuando no se requiere la autorización de acuerdo con lo establecido en el acuerdo de voluntades.
    - Todos los soportes de atención como Historia Clínica, Hoja Administración Medicamentos, Hoja de procedimientos, Hoja O2, Resultados ayudas dx, Notas Enfermeria, Terapias
    - Recibido de la atención por parte del usuario

8. Atención a PARTICULAR

- Priorización en todas las sedes
- Cotizaciones (particulares)
- Se realiza el cobro por atención Urgencias o Ambulatorio
- Si hay ordenamiento por parte del profesional Asistencial se debe enviar a Caja para que realice el pago respectivo antes de su atención.
- Se direcciona e informa las áreas a dirigirse para atención a cada usuario
- Al recibir el dinero de pago particular se debe facturar inmediatamente.

9. Usuarios colombianos o migrantes demandan un servicio ambulatorio y no cuentan con afiliación al SGSSS se debe redireccionar a Trabajo Social, al no encontrarse la profesional en la Caja deben realizar esta actividad según inducción para proceder afiliar el usuario.

10. Atención Migrantes

- Si el usuario es apto para afiliación se debe realizar la gestión en caja si la trabajadora social no se encuentra en la IPS.
- Usuarios con identificación DE que correspondan a población Gestante, debe ser atendido con cargo a la Secretaria según circular 4145.03014.72.187.006866.

    - Urgencias
    - Biológicos incluidos en el PAI menor de 12 y mayor de 60 años
    - Gestantes

11. Cuotas Moderadoras y copagos para 2023

- No se cobra en actividades de PyP
- No se cobra a gestantes

REGIMEN SUBSIDIADO

Para el régimen subsidiado no hay cuota moderadora.

Los copagos se definieron así:

RÉGIMEN SUBSIDIADO	TOPE 2023	TOPE 2024	ACTUALIZACIÓN 2024 / 2023
TOPE POR EVENTO	530.632,42	588.847,85	10,97%
TOPE AL AÑO	1.061.264,84	1.177.695,69	10,97%

REGIMEN CONTRIBUTIVO

Cuota moderadora

RANGO DE INGRESO EN SMLMV	VALOR CUOTA MODERADORA 2023	Incremento UVT para el año 2024 *	VALOR CUOTA MODERADORA 2024 1/	VALOR CUOTA MODERADORA 2024 (Con aproximación centena mas cercana)	
MENOR A 2 SMLMV	4.100	10,97%	4.550	4.500	9,76%
ENTRE 2 Y 5 SMLMV	16.400	10,97%	18.199	18.200	10,98%
MAYOR A 5 SMLMV	43.000	10,97%	47.718	47.700	10,93%

Copagos

Por evento

RANGO DE INGRESOS EN SMLMV	TOPE POR EVENTO 2023	TOPE POR EVENTO 2024	ACTUALIZACIÓN 2024 / 2023
MENOR A 2 SMLMV	304.583	337.999	10,97%
ENTRE 2 Y 5 SMLMV	1.220.455	1.354.351	10,97%
MAYOR A 5 SMLMV	2.440.909	2.708.700	10,97%

Por año

RANGO DE INGRESOS EN SMLMV	TOPE POR AÑO 2023	TOPE POR AÑO 2024	ACTUALIZACIÓN 2024 / 2023
MENOR A 2 SMLMV	610.227	677.175	10,97%
ENTRE 2 Y 5 SMLMV	2.440.909	2.708.700	10,97%
MAYOR A 5 SMLMV	4.881.818	5.417.400	10,97%

Labores En El Proceso De Facturación

Facturadores

Caja Consulta Externa

1. Realizar Atención al Usuario.

2. Validación de todos los usuarios que reciben atención en las cajas de las 16 IPS

3. Solicitud de autorizaciones a las EPS en plataformas respectivas.

4. Solicitud de autorizaciones telefónicamente para envío de numero de autorización y registran en cargos para facturar.

5. Solicitud de autorización telefónicamente y en plataformas para los accidentes de transito, escolares y laborales con las diferentes Aseguradoras según normatividad vigente.

6. Agendamiento de usuarios en todas las 16 cajas de la RED.

7. Brinda todos los días en sala información de derechos y deberes a los usuarios 3280 y demás normas que se añaden a enfermedades de interés público, rutas de riesgo.
8. Agendar y enrutar los usuarios teniendo en cuenta contratos y RUTAS Resolución 3280 y demás normas que se añaden a enfermedades de interés público, rutas de riesgo.

9. Ingresan al módulo (promoción y prevención) de ruta según correspondan, cuando no Ingresan al módulo de (ayudas)

10. Crean el paciente si es nuevo (datos básicos)

11. Realizar los cargos de todos los profesionales que se encuentren en cada IPS según código de cada uno, Enfermería, Medicina General, Especialidades.

12. Ingresan a la estación que corresponda, vuelven a Ayudas para hacer el cargo.

13. En las tardes vacunación asistencial entrega documentos de los pacientes para que se realicen las carpetas para facturar.

14. Archivo de historias clínicas consentimiento odontología.
15. Radica y sube al cubo

16. Registrar en el sistema los usuarios según corresponda la actividad teniendo en cuenta el convenio cápita morbilidad, cápita traslados, cápita pyp, cápita mixta, PGP, evento con convenio, eventos sin convenio.

17. Subir los soportes de cada actividad realizada por EVENTO.

18. Realizar todas las actividades administrativas que se requieren para radicar oportunamente los servicios demandados en las EPS.

19. Cuadre de caja y envía a tesorería.

Caja Consulta Externa POOL -SICO

1. A diario Almacén entrega las bitácoras relacionadas, las cuales deber ser revisadas por Facturación una a una.

2. Se procede a separar según convenios cápita y evento
3. Se valida la información en los correos de referencia y contrarreferencia, las actividades que corresponden a eventos que requieren autorización.

4. Descargar la autorización

5. En caso de no tener autorización se procede a solicitar bajo la misma solicitud del correo en que la EPS direcciono para la RED.

6. Gestionar las autorizaciones que no se realizó por parte de SICO

7. Se debe escanear todos los soportes como bitácora, autorización y correos para subir a SERVINTE para todas las entidades. Únicamente COOSALUD se ingresa a Dynamicos y se registra como asistido

8. **Tutelas** a diario se separa para al final de mes unificar la cantidad de actividades realizadas a cada usuario. Se valida información entre la sabana de Sico y la información física, valida el servicio no pos en MIPRES que ese autorizado y valida información total. Luego se debe entregar a la Analista para que facture.

9. La información en general de los traslados realizados debe ser verificada con la información de todas las entidades que reporta SICO-POOL en las diferentes sabanas.

10. Validan la información diligenciada en las bitácoras, se deben devolver las que no tienen recibido de las ips, que tengan tachones, que estén sin sellos de la ips que remite y recibe.

11. Todos lo particulares de SIMED deben realizar el cargo y entregar para facturar a la caja correspondiente.

12. Facturan todas las actividades por evento y entregan las cuentas según tipificación de EPS y vigencia.

13. En la sala realiza lectura de deberes y derechos a los usuarios.

14. **Home Care (realizado por Analista)**

Se notifica mediante correo (covidesecentro@saludcentro.gov.co) , se realiza corte de los usuarios al 5 de cada mes, con el fin de que todos los soportes estén completos y consolidados para hacer cargos y facturar hasta el 10 de cada mes.

1. Nombre usuario con identificación
2. Tipo actividad realizada

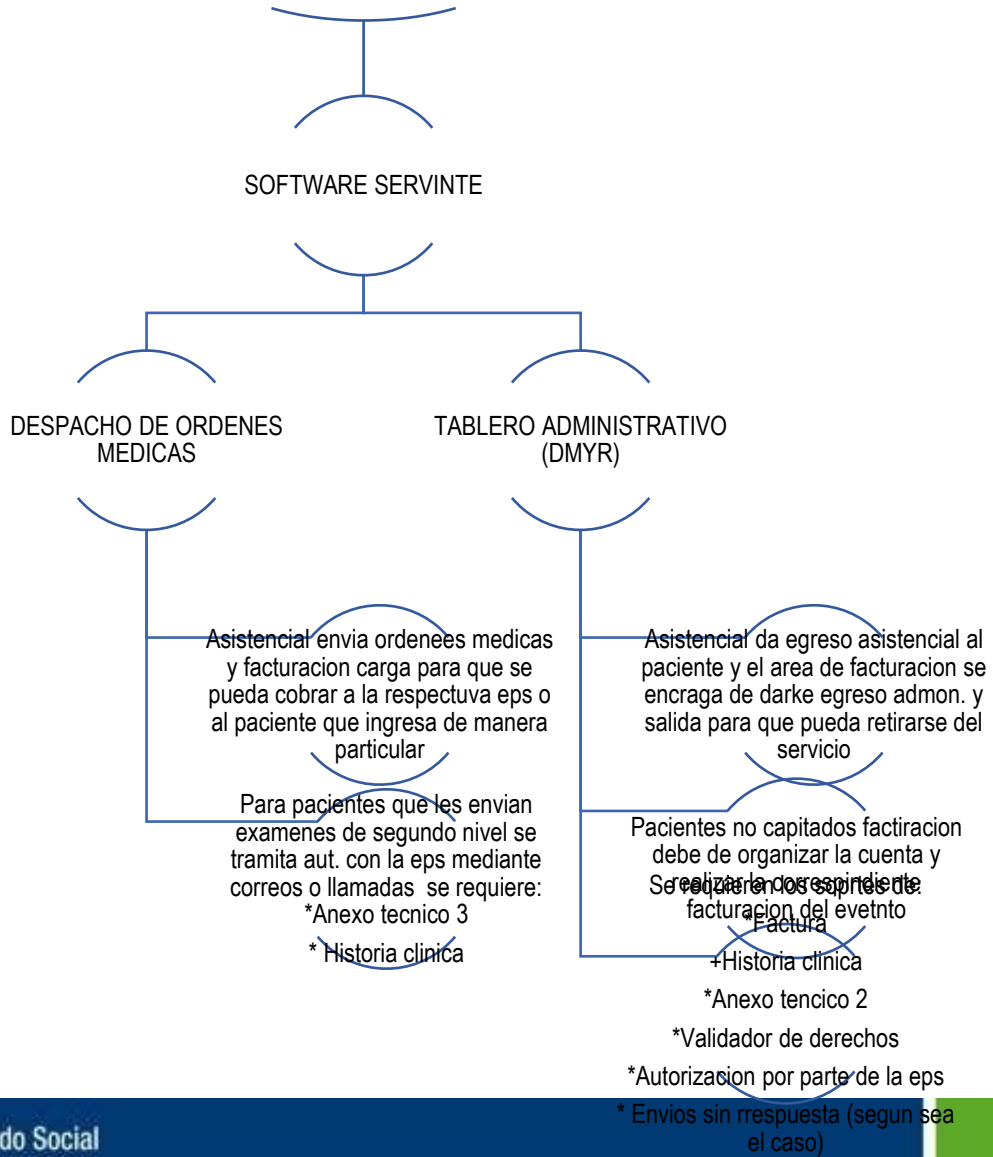
   - Terapia física
   - Terapia ocupacional
   - Terapia respiratoria
   - Terapia fonoaudiología
   - Curaciones
   - Consulta Nutricionista
   - Consulta Psicología
   - Consulta Medicina General
   - Cuidado por auxiliar de enfermería
   - Laboratorios
3. Cantidad de actividades realizadas por meses.
4. En el One Drive se comparte las hc y las autorizaciones.
   https://saludcentro-my.sharepoint.com/personal/covid_esecentro_saludcentro_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Fcovid%5Fesecentro%5Fsaludcentro%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FFACTURACION%20HOMECARE&ct=1687839169233&or=OWA%2DNT&cid=2c03a0d7%2D856e%2D9109%2Daf05%2Da3b33811e3a7&ga=1

Cajas Urgencias – Hospitalización

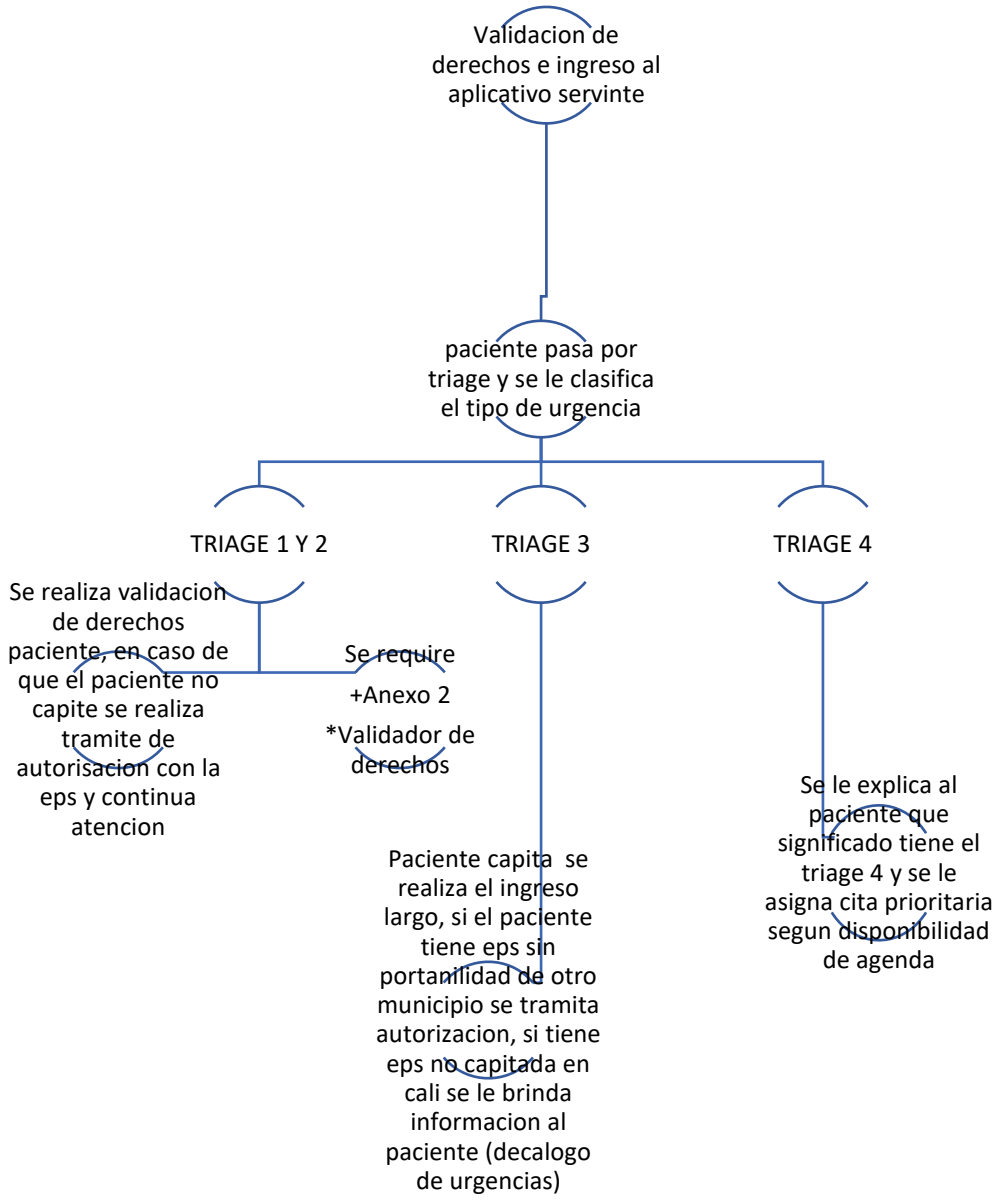
PASO	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCION	REGISTROS
1	• Facturador	Recibir documentación y turnero	Valida los derechos de usuarios y llamar según ingreso en el turnero.	• Servinte Ingreso corto y largo (adjunto) según triage
2	• Facturador	Recibir los documentos de pacientes hospitalizados	Asistencial envía identificador único del paciente para proceder en SERVINTE a registrar la hospitalización y solicitar autorización según corresponda la eps	• Anexo técnico N° 3 Resolución 3047 • Validacion de derechos • Asignación de habitación en Servinte
3	• Facturador	Solicitar autorizaciones de procedimientos y hospitalización	Se solicita autorización por medio de la anexo tecnico N° 3 describiendo el diagnostico y los procedimientos que le aplicaran al paciente.	• Anexo técnico N° 3 Resolución 3047 • Se diligencia el formato de prestación de servicios
4	• Facturador	Cargar despacho de ordenes actividades de ayudas diagnosticas	Asistencial realiza ordenamiento después de valoración medica y facturacion se encarga de realizar el debido cargue a la cuenta	• Validación exámenes de segundo nivel • Tramite de autorizaciones • Anexo técnico N° 3 Resolución 3047
5	• Facturador	Egresar pacientes que ya cuenten con altas hospitalarias de parte asistencial	Asistencial realiza el egreso clínico, el facturador se encarga de realizar la salida del paciente administrativamente	• Validación de derechos
6	• Facturador	Organizar las cuentas pacientes no capitados	En el momento que se ingresa la paciente facturación debe de captar el paciente no capitado y realizar el trámite de notificación a la eps para que en el momento del egreso realizar la facturación	• Anexo técnico N° 2 • Historia clínica • Validación de derechos
7	• Facturador	Facturar y cerrar cuentas pacientes no capitados	cuando ya se ha completado el trámite de la cuenta del paciente y tiene egreso Facturacion debe cerrar la cuenta y subir a la nube para que el analista encargado pueda realizar la radicación	• Factura • Historia clínica • Autorización • Anexo técnico N° 2 • Firma paciente • Validación de derechos
8	• Facturador	Identificar el evento al que corresponde el diagnostico y procedimientos.	Si el diagnostico y procedimiento son POS, NO POS, Evento SOAT, Accidente de Trabajo, accidente Estudiantil, direccionarlo a la entidad correspondiente	• Facturar.

9	• Facturador	Facturación día a día	Se realiza el cargo diario de todos los servicios prestados al paciente.	• Sistema de Información, se realiza factura.
10	• Facturador	Organizar historias clínicas	Se verifica que los soportes estén completos (firmados y sellados por los especialistas). Se organizan las historias clínicas por fechas.	• Historia clínica.
1	• Facturador	Cargar historias clínicas Manuales	Subir pdf en el cargo, procedimientos y atenciones recibidas por personal Asistencial, en caso de que no se tenga sistema. se escanea los documentos que son entregados por el Jefe de servicio de Urgencias u Hospitalización.	• Cargo -Sistema de Información SERVINTE

ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS URGENCIAS



PROCESO DE INGRESO USUARIO URGENCIAS



Analistas

1. A cargo de sedes

2. Revisión de las agendas de cada sede, validar que los cargos se hayan realizados en su totalidad.

3. Si en las agendas se evidencia que hay cupos disponibles se deben ofertan desde todas las IPS.

4. Llamar a los facturadores en caso de que alguna agenda este sin cargo.

5. Cada 8 días se genera el reporte DM&R // CARGOS DIGITADOS / EAD (IPS) que corresponda / se visualiza lo pendiente por facturar.

6. Revisar que los eventos pendientes cada facturador suba la información a su respetiva carpeta en la nube One Drive del correo de facturacion@saludcentro.gov.co https://saludcentro-my.sharepoint.com/personal/facturacion_saludcentro_gov_co/_layouts/15/onedrive.aspx?id=%2Fpersonal%2Ffacturacion%5Fsaludcentro%5Fgov%5Fco%2FDocuments%2FVIRUS%2E%20NO%20TOCAR%2FANALISTA%20%28%202%20%29%20CATALINA&view=0
   a. Cargo DFU
   b. Validación de derecho NCD
   c. Autorización AUT
   d. Firma STP
   e. Orden medica FMD

"Si el facturador no realizo este proceso debe ser recuperado por el Analista en su totalidad"

7. Una vez se valida que la toda la información del ítem 6 se encuentre en el One Drive se procede a descargar los demás soportes por parte del Analista. En caso de ser una actividad NO POS Tutelas
   a. Historia clínica HCE
   b. Ayudas Dx AYD
   c. Laboratorio LAB
   d. Bitácoras BIT
   e. Mipres FCT

Las actividades **NO POS Tutelas** , se debe diligenciar el formulario en la pagina de Okuorum – MIPRES.

Las actividades de **terapias** se debe modificar el cargo en la cantidad y si las fechas no corresponden a lo registrado en la HC de SERVINTE, el Analista a procede a corregir (solicitar la corrección).
Las actividades **TB para la secretaria** enviar correo crue, subir al drive para que se afilie y este es un soporte para el cobro del habitante de calle sin identificación.

8. En el momento que se confirma que la atención fue prestada en su totalidad se realiza la factura y se tipifica los archivos en pdf de acuerdo a los lineamientos de cada EPS.

"COOSALUD, en la plataforma Dynamicos se debe ingresar con el numero de autorización y darle clic en asistida; en la factura se debe registrar la observación: mes, año, Coosalud Entidad Promotora de Salud (se adjunta detalle de cargos y rips medio magnético)"

9. Cada Viernes se realiza la entrega de todas las facturas. Se valida con DM&R/ TRAZABILIDAD DE LA FACTURA// Las facturas que realizan facturadores; se unifican y se entregan a Cuentas Medicas.

10. Cubrir sedes en la ausencia de facturadores.

11. Asistir en todas las dudas o situaciones inesperadas que se presentan en las SEDES asignadas.

12. Se valida con CARGOS DIGITADOS que las tarifas, cantidades, cups, contratos se carguen correctamente, además es necesario para que al realizar la factura de CAPITA las actividades correspondan.

13. Las actividades no marcadas como inasistentes en SERVINTE, se entregan a líder en el formato de Depuración.

14. Revisar el despacho de ordenes médicas en el módulo Facturación de SERVINTE y egresos médicos DM&R de pacientes activos Intrahospitalario. A diario.

"Se debe revisar los usuarios ASISTIDOS para proceder a realizar la factura"
CONTROL ANALISTAS

1- Se realiza cada 8 días DM&R/ los días viernes se ingresa al one drive para revisar que los facturadores hayan subido las carpetas con los soportes correspondientes al ítem 6; en caso tal de que esta no se encuentre, tiene plazo hasta el día lunes al finalizar la jornada para realizar su cargue a la misma y de esta forma realizar el proceso de control de dichos eventos.

2- Se realiza el llamado a los facturadores de cada sede los días lunes, miércoles y viernes para que se suban las carpetas al one drive y poder de esta manera completar las carpetas que no se hayan subido.

3- Cada semana, el analista realiza visita a la sede correspondiente, para verificar que los mismo estén realizando su trabajo, resolver dudas, subir carpetas al one drive y notificar las nuevas directrices que se dan desde la líder de facturación y Gerenciales. Además se valida la atención al usuario.

4- En las sedes con TURNERO se realiza seguimiento de las atenciones brindadas a nuestros usuarios, validando los tiempos de espera.

Cuentas Medicas

Garantizar el cumplimiento de tiempos oportunos en la preparación y radicación de las cuentas por cobrar donde el Contratante/Cliente, para un adecuado y eficaz recaudo de cartera.

Radicación de soportes en forma digital /electrónica o física

1. Realiza la recepción de facturas los responsables de cuentas generaran un informe de relación de cobro a empresas en donde se evidencian las facturas de servicios que se han generado diariamente, con el fin de controlar la entrega de los registros pendiente por entregar de parte del analista de cuenta.

2. Recopilar información entregada por Analistas. En el ONE DRIVE se carga todas las carpetas entregadas por vigencia.
3. Realiza revisión de factura entregadas que cumplan con las siguientes características:

    - Directrices establecidas por el responsable de pago tipificación de soportes en PDF o físico.
    - Soportes requeridos según contratación por el responsable de pago.
    - Facturación adecuada según modalidad de contrato EVENTO O CAPITA.
    - Se diligencia formato de auditoria de cuenta por muestra aleatoria del 1% de la cantidad facturas entregadas requerimiento establecido por los entes de control.

4. Organiza según tipo de contrato responsable de pago (Subsidiado, Contributivo y sede) las facturas entregadas.

5. Elabora en programa de SERVINTE (Modulo Cuentas Por Cobrar) en relación de Envíos la agrupación de facturas entregadas de acuerdo a la fecha de ingreso del paciente (POR MES).

6. Realizar el cierre del envió para garantizar el cambio de estado de factura.

7. Elaborar en el modulo de RIPS los medios magnéticos por número de agrupación de facturas y/o Numero de Envió.

8. Descarga los medios magnéticos y adjuntar en una carpeta donde identifique el responsables de pago, el régimen, mes de prestación de servicio, número de envio y soportes en el caso que sea en medio magnético (esta información de estar en los equipos de los colaboradores en disco D)

9. Se carga a las diferentes PLATAFORMAS para el procesamiento de RIPS y se realizan las modificaciones de ERRORES presentados en el medio magnético.

10. Descarga la validación exitosa del cargue y se guardan en la carpeta donde están los soportes y rips

11. Si el responsable de pago que no tiene plataforma de cargues de Rips se realiza un cd y se grava los medios magnéticos se adjunta envió facturas y soportes y se envía por correo o se entrega al mensajero para la radicación del envío en la sede del responsable de pago el cual debe se devuelto con su respetivo sello o firma de quien recibe.
12. Si por algún motivo la persona encargada de la mensajería no está disponible el colaborador responsable de la entidad deberá gestionar con el coordinador de cuentas medicas o líder del proceso los medios para garantizar la radicación de los envíos.

13. Los envíos sellados, firmados o validados en plataforma serán radicados en el módulo de cuentas por cobrar en (radicación) para dar el cierre en el proceso de radicación en el sistema SERVINTE GARANTIZANDO EL CAMBIO DE ESTADO DE FACTURA EN ESTADO RD.

14. Ingresa en archivo Excel compartido en la nube del correo de cuentasmedicas@saludcentro.gov.co los valores de las cuentas radicadas en el mes según responsable para seguimiento por parte de Sub Gerencia Financiera, Cartera y financiera de los valores radicados en el mes.

15. A final de cada mes se realiza por parte del responsable del área informe de envíos realizados en el mes y se organiza en consecutivo de envío garantizado que los radicados cumplan con los requisitos dispuestos por cartera y financiera para el seguimiento de la facturación radicada y posibles requerimientos de los entes de control.

16. En el caso de entrega de cuentas en estados de DEVOLUCION por parte de GLOSAS se activa el proceso de radiación nuevamente en 14 puntos en mención en el cual se debe garantizar el cambio de estados de las facturas a RV (RADICACION DE ENVIOS X DEVOLUCION).

17. Cuando en las plataformas de las eps no les aparece el XML de la facturación electrónica se descargan del CEM Financiero una a una y se envía a los correos que notifican las Entidades.

18. Si es necesario según circulares de las entidades se modifican el envío para registrar la entidad, mes, si es covid o no, sello digital.

19. Cuando las facturas son COVID se les debe realizar manualmente el id sismuestras y los demás datos básicos.

20. En contingencia proceden a tipificar según EPS, validar derechos, armar carpetas, organizar devoluciones y facturar.
21. Se realizan facturas que corresponden a entidades de acuerdo a solicitudes de cartera y facturas de proyectos de acuerdo a solicitudes de SubFinanciera.

22. Para la radicación de población Migrante-PPNA se descargan rips y DM&R con todas las actividades realizadas para hacer Excel manual según solicitud de la Secretaria Salud Distrital.

23. Cuando los usuarios no pasan los validadores de EPS se debe verificar en las BD enviadas por las misma y/o llamar al usuario y confirmar el documento o sus datos básicos.

24. Reportar novedades del sistema tanto interno (contratación – facturadores – Sistemas) como externo (plataformas de EPS u otras Entidades).

25. Llevar un control mensual para entrega de informes a Subfinanciera y Gerencia dando cumplimiento a los indicadores de plan de desarrollo no superior a los 40días después facturado.

Glosas y devoluciones.

1. El auxiliar administrativo recibe los reportes de auditoria (glosa y/o devolución) de parte de las empresas responsables del pago, cuando la radicación de cuentas se realiza por medios electrónicos, las glosas deben consultarse por este mismo medio con el fin de gestionarse.

2. El auxiliar administrativo registra en el aplicativo la relación de glosa en estudio con el fin de cambiar el estado de la factura así (RD- RV a GL).

3. El auxiliar administrativo procede analizar la glosa para dar una respuesta oportuna dentro los tiempos establecidos por la normatividad, si la respuesta es de No aceptación se procede a adjuntar los documentos o soportes faltantes para el levantamiento de glosa, ya sea por correo o de formo física.

4. El auxiliar administrativo de acuerdo al motivo y monto de la glosa coordina cita de conciliación con el responsable de pago con el fin de realizar acuerdo de aceptación parcial o total de las glosas.

5. El auxiliar administrativo procede a realizar la respuesta de glosa en el sistema así: Si la glosa es No Aceptada se registra en el valor reclamado del sistema (Respuesta y Notas de Glosa) el valor total de la glosa; si por el contrario la glosa es aceptada de manera parcial o total se procede a realizar la nota crédito, esto con el fin de dar cumplimiento a los quince (15) días hábiles que estipula la norma.

6. Cuando se trate de glosas aceptadas por motivos de facturación el auxiliar administrativo informara las glosas no subsanadas al líder de facturación para que este las gestione y realice la respectiva refacturación y realizar el respectivo recobro.
7. Con el objetivo de disminuir los motivos de Glosas se retroalimentará o se socializará con las áreas administrativas y asistenciales los motivos de glosas realizadas por las entidades responsables del pago.

8. El auxiliar administrativo de glosas elabora el informe mensual de glosas, del cual se envía copia al área de subgerencia administrativa y Financiera, contabilidad y cartera determinar el estado actual del cobro de las glosas.

9. Llevar control de todas la EPS que se concilian mensualmente y registrar en indicadores. No superior al 3%

Devoluciones:

1. El auxiliar administrativo recibe las facturas devueltas con sus respectivos soportes de parte de las empresas responsables del pago.

2. El auxiliar administrativo registra en el aplicativo la devolución con el fin de cambiar el estado de la factura así (RD- RV a DV).

3. El auxiliar administrativo procede analizar la Devolución e informar al líder de Facturación las causales con el formato de Control para realizar el seguimiento correspondiente de la Subsanación de dicha Cuenta. (Soportes – Refacturación). Cuando se trate de una devolución por medio magnético (RIPS) se direccionará para el área de cuentas médicas, para su respectiva corrección y radicación.

4. Si la devolución se debe refacturar, el auxiliar administrativo diligencia el formato de devolución y se remite a contabilidad para realizar la respectiva nota crédito para la posterior refacturación.

5. Con el objetivo de disminuir los motivos de Devolución se retroalimentará o socializará con las áreas administrativas y asistenciales los motivos de estas realizadas por las entidades responsables del pago.

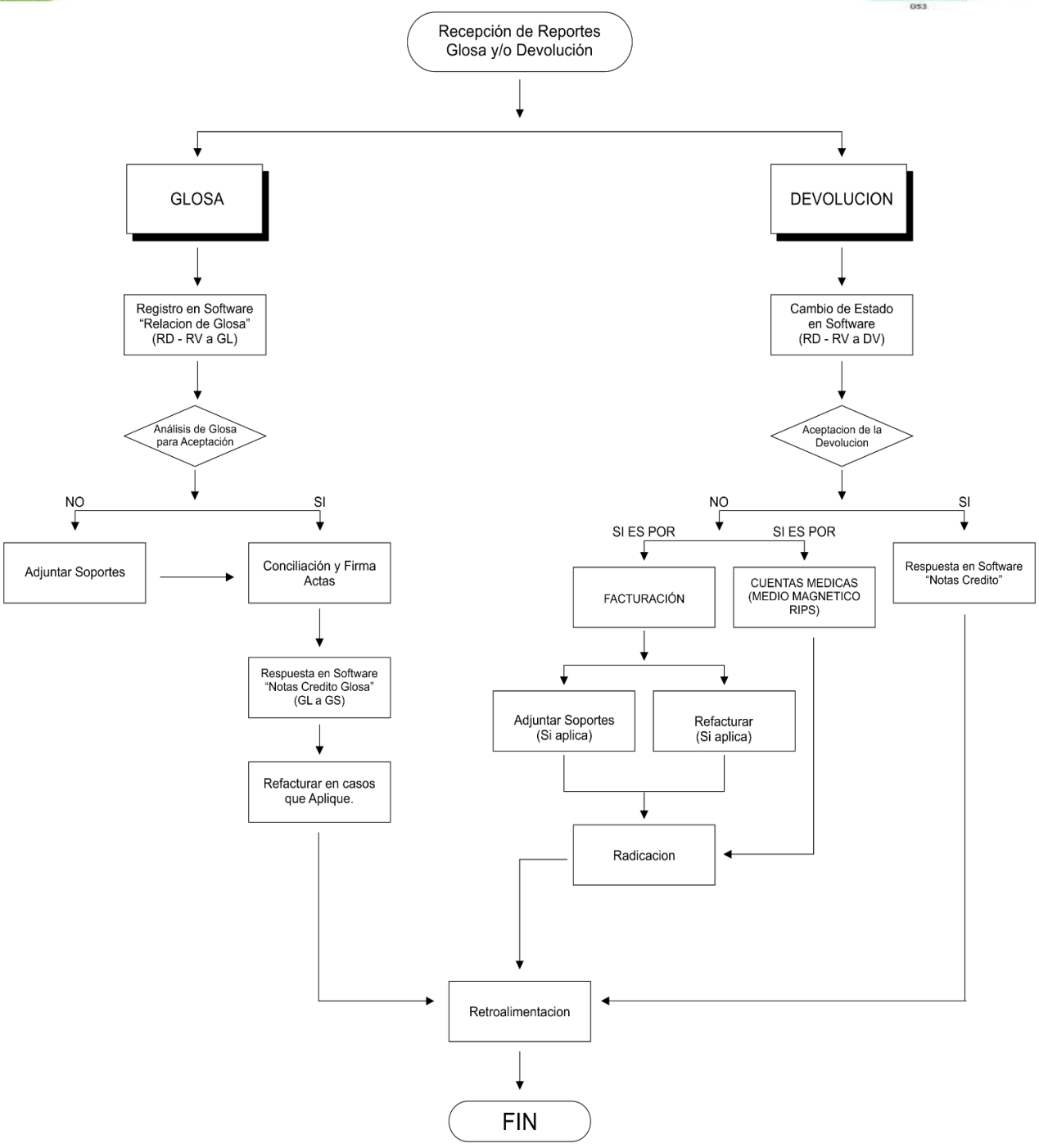
6. Llevar el control de todas las devoluciones que realizan por EPS y periodo.

Notas:

• Las causales de devolución pueden ser por falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar las diferentes causales de la misma (Anexo 6 de la Resolución 3047 de 2008 y sus modificaciones de acuerdo a la Resolución (4331 de 2012).

• La factura debe de estar en estado Radicado (RD) o Radicado por devolución (RV) para poder ser Glosa relacionada (GL) y así pasar a ser Glosa solucionada (GS).

• La factura debe de estar en estado Radicado (RD) o Radicado por devolución (RV) para poder ser Devuelta (DV).



Todo el equipo de facturación para novedades con el sistema debe reportar por RING, Telegram. Cuando son Plataformas externas debe reportar el mismo día de la ocurrencia a las entidades. Novedades de trato con otros colaboradores debe reportar a Talento Humano o en el Buzon Escucha. Novedades con malos tratos reiterado por un usuario reportar a jefe inmediato, para proceder a informar a EPS.

Documentación interna:

- Manual usuario SERVINTE.
- Sistema de información en ONE DRIVE
- Factura del paciente.
- Lista de facturas radicadas
- Informes DM&R-otros módulos de SERVINTE, según solicitud Gerencia, Subgerencia, Entidades.

Riesgos:

- Facturación de servicio no autorizado.

Puntos de control:

- Coordinación de Facturación.
- Analistas
- Radicación
- Anulación de facturas.
- Recopilación de facturas.

Marco legal:

- Ley 1122 de 2007
- Ley 1231 2008
- Ley 1751 de 2015
- Decreto 441 de 2022
- Decreto 2423 1996 (modificado por 2644 de 2022)
- Decreto 4747 2007
- Decreto 441 2022
- Resolución 5261 1994
- Resolución 3280
- Resolución 3047 de 2008
- Resolución 3099 de 2008
- Resolución 3374 de 2000
- Resolución 2775 de 2021 Cups
- Resolución 2284 de 2024
- Resolución 2335 de 2024
- Resolución 2336 de 202
- Acuerdo 306 de 2006
- Acuerdo 008 2009
- Los demás que modifiquen o adiciones a las actividades y prestadores de salud

1.3. INFORME DE GESTIÓN DE INSUMOS

El proceso de Gestión de insumos, se compone de cuatro subprocesos, Gestión de Compras, Gestión de Almacén, Activos Fijos, y Mensajería. El proceso es responsable del suministro, y entrega de todos los insumos para llevar a cabo la atención asistencial y administrativa a todos los usuarios y colaboradores de la Red de Salud del centro. Así, como es responsable del aseguramiento de todos los Activos fijos de la institución. Se detalla a continuación las ejecuciones presupuestales realizadas en los diferentes años.

COMPARATIVO EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO CORTE A DICIEMBRE 31-2023					
RUBRO	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	2023
Impresos y publicaciones (administrativo)	$ 5,808,750	$ 17,708,639	$ 28,234,086	$ 678,411,670	$ 696,805,045
Impresos y Publicaciones (operativo)	$ 110,294,125	$ 45,989,322	$ 415,853,233	$ 28,583,300	$ 129,947,170
Productos Farmacéuticos	$ 1,509,459,505	$ 1,155,502,130	$ 1,667,978,200	$ 682,309,207	$ 1,477,084,167
Material medico Quirúrgico	$ 933,544,538	$ 2,216,220,256	$ 1,803,465,545	$ 1,155,329,031	$ 927,925,856
Material para odontología	$ 186,785,736	$ 109,474,275	$ 254,342,456	$ 298,199,552	$ 269,552,494
Material para laboratorios	$ 1,716,743,342	$ 1,702,772,626	$ 4,029,937,865	$ 2,025,150,296	$ 1,700,544,727
Otros Materiales y Suministros (Aseo, papeleria y otros)	$ 646,046,806	$ 789,090,950	$ 778,164,833	$ 1,363,499,909	$ 666,849,561
Otros Gastos e Imprevistos (Administrativos)	$ 64,895,999	$ 127,401,328	$ 66,627,886	$ 130,802,966	$ 230,077,809
Otros Gastos e Imprevistos (Operativos)	$ 734,579,193	$ 357,652,724	$ 888,078,851	$ 600,050,999	$ 97,634,778
Otras Inversiones	$ 2,439,719,117	$ 1,271,559,063	$ 1,265,075,373	$ 3,271,394,760	$ 253,393,287
TOTAL	**$ 8,347,877,111**	**$ 7,793,371,313**	**$ 11,197,758,328**	**$ 10,233,731,690**	**$ 6,449,814,894**

Para el año 2020 la ejecución para la adquisición de bienes, activos, muebles e insumos fue de $7.793.371.313, para el año 2021 11.197.758.328, para el 2022 10.233.731 y para la vigencia 2023 de 6.449.814, logrando a través de los años estabilizar nuevamente los rubros post pandemia y post revolución social en la ciudad.

A través de los años se realiza un análisis y comparativos de los precios del mercado y costos que más afectan la productividad y la gestión empresarial, así como los precios de los insumos de mayor impacto para llevar una sostenibilidad financiera y administrativa.

INSUMO	Cantidad Pedida	Precio Unitario	Precio Total
VACUNA PROQUAD SARAMPION/PAPERA/RUBEOLA/VARICELA C X 1 AMP	430	$ 286,489	$ 123,190,270
HEXAXIM - HEXAVALENTE - SANOFI	430	$ 278,265	$ 119,653,950
MENACTRA-MENINGOCOCO ACYW-SANOFI	430	$ 265,181	$ 114,027,830
VARIVAX® VACUNA DE VIRUS ATENUADOS VIVOS DE VARICELA .	516	$ 201,776	$ 104,116,416
HEPATITIS B VIAL * 20MCG/1ML	2148	$ 47,877	$ 102,839,796
AVAXIM 160U- HEPATITIS A - ADULTO - SANOFI	645	$ 153,032	$ 98,705,640
GUANTE CIRUJANO DESECH. TALLA S -UND	340000	$ 224	$ 76,041,000
PREVENAR VACUNA NEUMOCOCICA 13 VALENTE /DIFTERIA CRM 197 PROTEINA)	430	$ 174,511	$ 75,039,730
GUANTE CIRUJANO DESECH. TALLA M -UND	270000	$ 224	$ 60,454,380
OXIGENO LIQUIDO MEDICINAL EN TERMO	9139.5	$ 6,432	$ 58,783,321
ASEPTIGERM BOLSA X 800ML	1860	$ 30,940	$ 57,548,400
SOLUCION SALINA NORMAL X 500CC	22000	$ 2,614	$ 57,500,000
AVAXIM 80 U (Pediátrico) -SANOFI	365	$ 143,679	$ 52,442,835
DIALAFLO	1620	$ 29,156	$ 47,232,800
SABANAS DESECHABLES RESORTADA - UND	12600	$ 3,615	$ 45,550,582
GARDASIL ® VACUNA RECOMBINANTE TETRAVALENTE CONTRA EL VHP TIPOS 6. 11. 16 .18	54	$ 720,973	$ 38,932,542
SOLUCION SALINA NORMAL X 100 ML	16500	$ 2,262	$ 37,317,000
INTEGRADOR BIOLOGICO	950	$ 35,069	$ 33,315,478
ASEPTIGEL BOLSA X 800ML	1270	$ 24,181	$ 30,710,000
OXIGENO MEDICINAL	2607	$ 11,255	$ 29,341,790

Estos insumos han sido los de mayor impacto en el consumo en los diferentes procesos, para la ejecución de las actividades el año 2023 realizadas en la Red de Salud del centro, lo que permite monitorear consumos vs productividad para establecer balances de costos y gastos.

1.4. RECURSO HUMANO

Selección Y Vinculación

La Red de Salud del Centro ESE cuenta con un procedimiento de selección y promoción del personal (Código: GTH– P – 01) cuyo objetivo es definir y estandarizar el mecanismo interno de selección de personal; para garantizar la vinculación o promoción de personal idóneo, que cumpla con los perfiles, lineamientos y competencias necesarias para el desempeño productivo de las funciones que le sean asignadas y facilite el logro de los objetivos institucionales.

Para la selección del talento humano, la institución tiene establecido lo siguiente:

1. Si es un cargo de planta o profesional en Servicio Social Obligatorio; la selección del personal no se realiza en la institución toda vez que los aspirantes llegan a ocupar los empleos vacantes después de haber realizado un concurso de méritos o sorteo para el caso de personal en servicio social obligatorio.
2. Si es un cargo aportado por el proveedor externo; la selección del personal está a cargo del mismo proveedor; sin embargo la institución verifica el cumplimiento de los perfiles solicitados y cumplimiento de requisitos.

3. Para el caso de vinculación por prestación de servicios; el proceso de selección es realizado por la Red de salud del Centro ESE; donde son recepcionadas las hojas de vida; llevando a cabo proceso de entrevista, aplicación de pruebas y verificación de requisitos.

Detalle	2020	2021	2022	2023	2024 feb
Ingresos Planta	26	25	25	24	6
Ingresos Agesoc	69	98	221	168	140
Ingresos Prestación Servicio	0	2	3	5	6
Inducción realizada	95	123	246	192	146
Evaluación inducción	95	123	246	192	146
% satisfacción evaluación	100%	100%	100%	100%	100%

Inducción Y Entrenamiento

Se incluyen nuevas estrategias como proyección de video institucional, participación de nuevos líderes de procesos claves que impactan en la atención humanizada, tales como, atención al usuario, líder de humanización. En este aspecto la inducción presencial inicia con un taller vivencial de trato al usuario, donde se dan a conocer los lineamientos en humanización estandarizados en la institución, este taller es complementado con una actividad educativa de comunicación asertiva.

El procedimiento de inducción y reinducción, principales cambios y ajustes:

- ✓ Se mejora el contenido de la inducción virtual, su evaluación y se incluye la obligatoriedad de ser incluida en hoja de vida la certificación.
- ✓ Se definen los módulos de temas transversales.
- ✓ Se definen responsables para hacer acompañamiento a los líderes de proceso para realizar el curso de inducción.
- ✓ Se define casos que requieren reinducción:
  - Personal con fecha de ingreso superior a 1 año.
  - Licencias o incapacidades superiores a 90 días.
  - Apertura de sedes remodeladas.
- ✓ Inducción a los estudiantes de los Convenios Docencia Servicio.
- ✓ Se mejora la inducción a miembros de Junta Directiva.

Plataforma Moodle

El contenido de la inducción y reinducción para los colaboradores:

- Plataforma estratégica.
- Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad.
- Ejes de Acreditación.
- Talento Humano

- Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Convenios docencia-servicio.
- Plan Hospitalario de Emergencias.
- Plan de Residuos Hospitalarios.
- Infecciones asociadas a la atención en salud IAAS.
- Gestión de la Tecnología.
- Gestión de la Información.
- Atención a víctimas del conflicto armado.
- Plan de Contingencias.

El contenido de la inducción virtual para estudiantes:

- Plataforma Estratégica.
- Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud.
- Gestión de la Información.
- Plan Hospitalario de Emergencias.
- Plan de Residuos Hospitalarios.
- Reglamento estudiantil.

Reinducción

La reinducción se encuentra en la plataforma Moodle y según el procedimiento se realiza a todos los colaboradores independiente del tipo de vinculación con una antigüedad superior a los 6 meses. Para fortalecer la apropiación de conocimiento de los temas de la reinducción, se programa anualmente el Día de la Calidad.

DETALLE	2020	2021	2022	2023
Población objeto	553	581	616	626
Población participante	470	523	585	596
cobertura	85%	90%	95%	95%
Evaluación satisfactoria primer intento	376	419	468	477
Evaluación satisfactoria segundo intento	94	104	117	119

CAPACITACIÓN

La Red de Salud del Centro ESE actualizó el procedimiento de capacitación; así mismo, realizó una modificación al formato de plan institucional de capacitación donde se incluyó un item para hacer seguimiento a la asistencia a las capacitaciones según tipo de vinculación del personal (agremiados, contratistas, prestadores de servicios, planta).

Con el fin de reforzar las capacitaciones al personal se realizó al inicio de la vigencia un diagnóstico de necesidades danto participación a todos los procesos tanto administrativos como asistenciales.

En la priorización se tienen en cuenta los temas transversales relacionados con los ejes de acreditación, pero además temas según los perfiles y necesidades puntuales de cada proceso.

Para incentivar la participación del personal independiente del tipo de vinculación; tal como se describió en oportunidades de mejora anteriores se han diseñado estrategias como:

- Invitaciones de participación llamativas a las capacitaciones.
- Se incluye en los noticieros los eventos de capacitación, haciendo un reconocimiento a la participación del personal.
- Entrega de certificados de asistencia.
- Se evalúa la satisfacción con el fin de mejorar día a día la metodología y estrategias de capacitación.

La ESE Centro cuenta con un plan de formación continua que contiene unos temas priorizados; dentro de ellos higiene de manos, comunicación asertiva, gestión de tecnología y otros temas relacionados con los ejes de acreditación enfocados al fortalecimiento de la cultura organizacional.

Anualmente se formula un plan de formación continua con alcance a todos los colaboradores independientemente del tipo de vinculación; para lo cual la institución se apoya en los convenios docencia-servicio y colaboradores de la institución con las competencias según el tema, así mismo, la gerencia designa un rubro presupuestal para cubrir algunas de las necesidades de capacitación.

Para el desarrollo de las actividades de educación se cuenta con dos modalidades, virtual y presencial; para lo cual se han desarrollado diferentes módulos de formación según las necesidades de los diferentes servicios.

Además de lo anterior se cuenta modalidad de becas para pregrado y posgrado; así mismo, para formación técnica y tecnológica, como contraprestación de los convenios docencia-servicio.

Evaluación De Desempeño Y Competencias

La Red de Salud del Centro ESE, cuenta con un manual de funciones y competencias aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo No. 1-02-038-2022 de julio 13 de 2022, por el cual se actualiza y consolida el manual específico de funciones y competencias laborales para los empleos de la planta de personal de la Red de Salud del Centro – Empresa Social del Estado. Dicho documento define las competencias por cada cargo vinculado a la institución, el cual se entrega de manera física al colaborador al momento de vincularse con el objetivo de empoderar a cada funcionario en el desarrollo de sus funciones y competencias.

Para los colaboradores vinculados por medio de proveedor de personal, se cuenta con el Manual de Actividades Colectivas, el cual va acorde con el perfil, requisitos y experiencias definidas por la institución.

La Ese Centro fortalece las habilidades y competencias a todo el personal, a través de actividades de capacitación, entrenamiento, inducción y re inducción, acorde con las necesidades identificadas en los diagnósticos realizados.

Estas competencias son evaluadas anualmente con un alcance desde la vinculación hasta el retiro de los colaboradores que conforman la planta de personal de la entidad y se contempla calificación de competencias por períodos anuales. Este ejercicio está orientado al mejoramiento no solo del desempeño sino de la cultura propia de la institución, que fortalezca el plan de mejoramiento del clima organizacional soportado en los fundamentos de la calidad.

La evaluación se realiza de forma alineada con los ejes de acreditación y según las competencias del ser, saber y hacer, así:

- Ser – humanización.
- Saber – Seguridad del paciente, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- Hacer – Humanización, seguridad del paciente, gestión del riesgo, gestión de la tecnología, responsabilidad social empresarial y transformación cultural.

DETALLE	2020	2021	2022	2023
SER	8.05	8.9	8.95	8.99
SABER	8.64	8.89	8.86	8.87
HACER	8.13	8.92	8.98	8.95
TOTAL	**8.27**	**8.90**	**8.93**	**8.94**

Seguimiento Al Ausentismo

Se cuenta con un manual de manejo de ausencias y reemplazos, el cual contiene las políticas de manejo según el tipo de ausencia:

Vacaciones. Solo se autoriza reemplazo del tiempo programado para los procesos que prestan servicio 24 horas, y se deberá cubrir con el personal vinculado en el mismo proceso o en otro proceso ambulatorio.

Licencias no remuneradas: El trámite deberá realizarse mínimo con 1 mes de anticipación, y de ser aprobado se realizará la requisición del personal para su reemplazo.

Permisos menores o iguales a un (1) día: Esta situación no genera requisición de personal.
Permisos mayores a un (1) día: Será máximo de 3 días. Esta situación no genera requisición de personal.
Permisos Sindicales: hasta por tres (3) tardes a la semana a partir de las 12 del día, previa solicitud escrita y anticipada. Esta situación no genera requisición de personal.

Licencias de maternidad y paternidad: Esta situación genera requisición de personal.

Horarios Flexibles en situaciones especiales: cuidado en situaciones especiales con su grupo familiar hasta el primer grado de parentesco de consanguinidad, primero de afinidad, incluyendo a hijos de crianza. Esta situación no genera requisición de personal.

Horarios Flexibles para Entrenamiento Deportivo: hasta cuatro (4) horas semanales para entrenamiento deportivo de las actividades deportivas programadas por la Red de Salud del Centro ESE. Esta situación no genera requisición de personal.

Descanso por Cumpleaños: Un día 1 de descanso remunerado para el personal de planta y medio día (1/2) de descanso remunerado para el personal tercerizado. Esta situación no genera requisición de personal.

Compensatorios: Días por el tiempo de trabajo adicional. Esta situación no genera requisición de personal.

Calamidad: máximo de cinco (5) días hábiles. Esta situación no genera requisición de personal.

Licencia por luto: fallecimiento de su cónyuge, compañero o compañera permanente o de un familiar hasta el grado cuarto de consanguinidad, primero de afinidad y segundo civil, por cinco (5) días hábiles. Esta situación no genera requisición de personal.

Incapacidades: Para incapacidades inferiores a 5 días, se cubrirá con el mismo personal de la empresa, bloqueo de agenda o reprogramación de pacientes, según el caso. Para incapacidades superiores a 5 días, el líder de proceso generará la requisición de personal para su reemplazo.

PROVISIÓN DE PERSONAL

La requisición de personal se cubrirá con la reasignación de un colaborador de otro proceso, vinculación directa o se solicitará al proveedor externo de talento humano.

TIPOS DE AUSENCIA	PLANEA	REEMPLAZO	RECURSO
Vacaciones	SI	SI	Procesos con servicio 24 horas
Licencias no remuneradas	SI	SI	Se solicita al proveedor de personal.
Permisos menores o iguales a un (1) día.	SI	NO	Para servicio 24 horas se aprueba reorganizar el personal y cancelar tiempo adicional.
Permisos mayores a un (1) día.	SI	NO	Para servicio 24 horas se aprueba reorganizar el personal y cancelar tiempo adicional.
Permisos Sindicales	SI	NO	Reorganiza el servicio
Licencias de maternidad y paternidad.	SI	SI	Se solicita al proveedor de personal.
Horarios Flexibles en situaciones especiales.	SI	NO	Reorganiza el servicio
Horarios Flexibles para Entrenamiento Deportivo.	SI	NO	Reorganiza el servicio
Descanso por Cumpleaños.	SI	NO	Reorganiza el servicio
Compensatorios.	SI	NO	Reorganiza el servicio
Calamidad Familiar	NO	NO	Reorganiza el servicio
Licencia por luto	NO	NO	Reorganiza el servicio
Incapacidades	NO	NO	Para incapacidades inferiores a 5 días, reorganización del servicio.
		SI	Para incapacidades superiores a 5 días: el líder de proceso generará la requisición de personal para su reemplazo.

Acuerdo Sindical

Los acuerdos colectivos con los sindicatos ANTHOC, ASOTRAMSOLC, ASISPUMCOL, SINEMPUBLIC, se han venido negociando desde el año 2017 y actualmente la negociación se encuentra acordada está hasta el año 2025, con las siguientes periodicidades:

- ACUERDO COLECTIVO 2017-2018
- ACUERDO COLECTIVO 2019-2021
- ACUERDO COLECTIVO 2022-2025

No. AFILIADOS A LOS SINDICATOS			
ANTHOC	**ASISPUMCOL**	**SINEMPUBLIC**	**ASOTRAMSOLC**
6	4	2	9

INCREMENTO SALARIAL

Los incrementos anuales al IBC han sido aprobados con igual porcentaje de aumento para todos los colaboradores sin importar el tipo de vinculación.

Año	% funcionarios	% tercerizados
2020	5.5	5.5
2021	5	5
2022	9.5	9.5
2023	14.62	14.62

1.4.2. EJE DE TRANSFORMACIÓN CULTURAL

Desde el año 2020 se vienen desarrollando estrategias para lograr en los colaboradores que hacen parte de la institución una mayor adherencia a las prácticas y valores acordes con los objetivos estratégicos. El eje de transformación cultural se trabaja desde los diferentes ejes de acreditación dónde cada uno de ellos aporta acciones en pro de dar cumplimiento todos estos objetivos.

En el año 2021 se iniciaron actividades que empezaron a promover sentido de pertenencia en la institución y encaminadas a vivir la calidad dentro y fuera de la institución con el objetivo de posicionar a la Red de Salud Centro como la mejor institución primaria en salud con calidad y sentido social. Era importante hacer sentir a las personas orgullosas de pertenecer a una institución acreditada sin dejar de lado la responsabilidad que eso implica. Durante este año se realizan charlas de sensibilización, reconocimiento de las buenas prácticas en salud, fortalecimiento en la cultura del reporte, manejo de nuevas tecnologías y humanización en todo el personal de salud. Para esta fecha aún no se contaba con líder específico del eje, lo que para el año 2022 se transformó conformando un grupo completo de representantes con su respectivo líder de eje y reuniones periódicas que permitieron hacer seguimiento a los cambios dentro de este, además para el año 2023 se fortaleció con la centralización de indicadores que pudieran medir los cambios de transformación en la cultura en tiempo real.

Indicadores acumulados para transformación cultural de los 5 ejes de acreditación.

2021	2022	2023
59,0%	80,9%	104,9%

Fuente: Almera.6/03/2024

Como se observa en la imagen el promedio acumulado para el indicador de transformación cultural es de 104.9% para los primeros dos meses del 2024, crecimiento que ha venido en aumento desde el año 2021, lo que se refleja en el reconocimiento de símbolos y valores que finalmente se traducen en la adherencia a la cultura organizacional.

Volviendo al tema de implementación de cultura en la organización desde el año 2021 estos cambios estuvieron acompañados de estrategias implementadas que hoy hacen parte de la cultura de la Red de Salud Centro E.S.E, como lo son: Vos Sos Calidoso

Implementación

1. Lanzamiento de la estrategia **“Vos Sos Calidoso”**
2. Actividad desayuno **“Los Mas Calidosos”** con el Gerente

3. **Reconocimientos** de Equipos priorizados por situación de pandemia
4. Reactivación de los **equipos ERI** (equipos de reacción inmediata – una estrategia para educar)

Con esta estrategia se logró promover el buen desempeño a través del reconocimiento a equipos con prácticas excelentes en sus servicios.



Durante el año 2020 se apoyaron a los equipos de primera atención durante la pandemia a través del cuidado con elementos de protección personal completos y de primera cuidando la salud del colaborador y la de su familia, la salud mental a través de seguimiento por parte de psicólogos y celebración de ocasiones especiales y su salud financiera con puestos de trabajo que se mantuvieron en el tiempo.

Esta estrategia se continúa desarrollando y ha logrado reconocer a más de 300 colaboradores a lo largo de los años en los que ha sido aplicada, consiguiendo posicionarse como una de las estrategias de reconocimiento y distinción dentro y fuera de la institución.

Además, se han desarrollado otras estrategias como *Vos Sos Solidario, Vos sos Importante* y *Vos Sos Vallioso,* dándole finalmente, forma al programa de transformación cultural de la Red de Salud Centro.

En el año 2023 se realiza la primera medición de cultura organizacional obteniendo como resultado un balance positivo en cuanto a resultados generales de las preguntas cerradas, ya que en el 92% de los participantes se sienten a gusto dentro de la institución, se sienten identificados con los valores y misión de la Red de Salud Centro y con su labor dentro de ella. Esta visión de la organización nos permitió formar una línea de base para proponer estrategias de intervención focalizadas y como punto de control de los cambios buscando la mejora continua.



Fuente: publicación Calidosos Julio 2023

Participación en la estrategia Vos Sos Calidoso



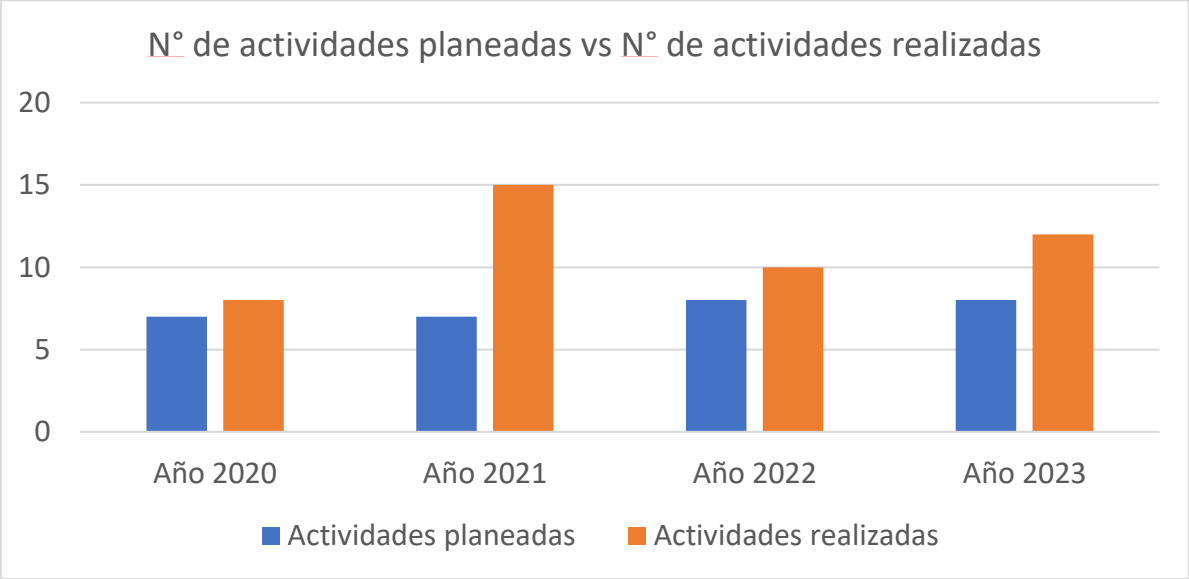
Total de nominados en la estrategia vos sos calidoso

Plan de Bienestar

Anualmente la Red De Salud Centro realiza para sus colaboradores el plan anual de bienestar social teniendo en cuenta dos partes fundamentales, la primera, lo que los colaboradores esperan y desean disfrutar en el año y la segunda, aquello que la institución ofrece como oferta de valor. Esta combinación de variables hace que cada año los colaboradores puedan disfrutar de más beneficios sin distinción dentro de la institución y también mejorar cada año el alcance dentro de los servicios.

El plan anual de bienestar busca que los colaboradores sin importar su tipo de vinculación disfruten de actividades en pro de satisfacer necesidades personales, sociales y familiares reflejadas en la mejora de la productividad a través de un ambiente laboral adecuado.

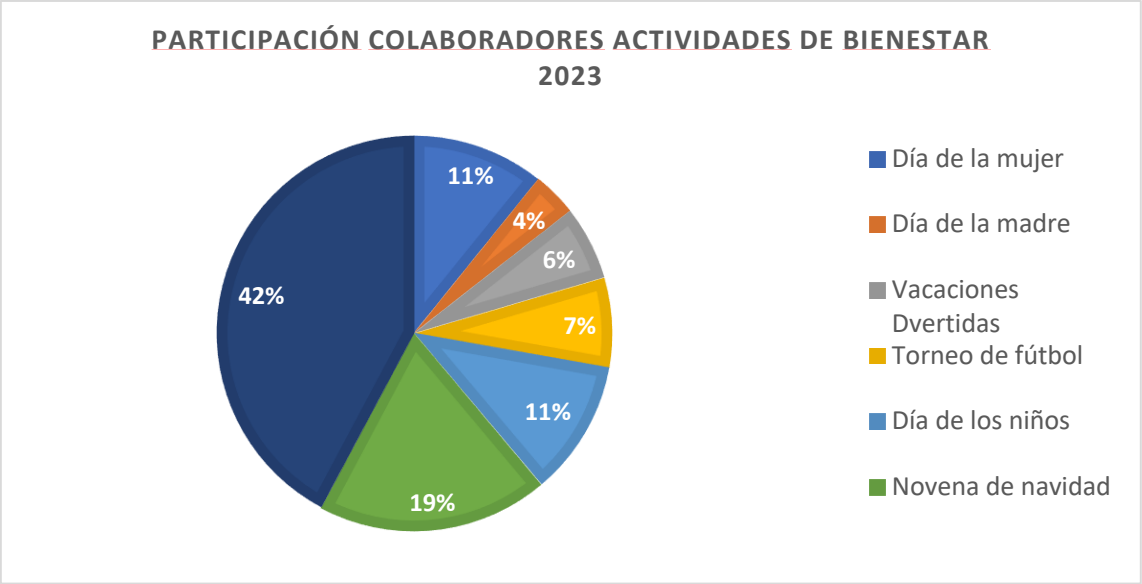
N° de actividades planeadas vs N° de actividades realizadas



Fuente: Informe plan de trabajo de bienestar.

Para el año 2021 el plan de bienestar estuvo encaminado en responder a los cambios post-pandemia y en velar por la salud física y mental de los colaboradores, para el año 2023 se nota un crecimiento no solo en el cumplimiento del plan de bienestar sino también en las actividades realizadas que crecieron en número. Cada uno de los años logró el objetivo de cumplir con lo esperado por los colaboradores y cumplió también con esa oferta de valor que la Red de Salud Centro vela también por cumplir. Estamos hablando de la incorporación de nuevas actividades que dan respuesta a lo solicitado por los colaboradores cada inicio de año en la encuesta de satisfacción del bienestar donde se promueve que el colaborador participe. El cumplimiento del plan de bienestar y las acciones encaminadas al beneficio del colaborador hace que la red de salud centro sea un lugar agradable, atractivo y deseado para trabajar lo que se puede ver reflejado en el adecuado trato con los pacientes y el sentido de pertenencia por la institución.

Porcentaje de participación de los colaboradores en las actividades de bienestar.



Fuente: informe de actividades.

La participación de los colaboradores en las actividades de bienestar reporta el siguiente comportamiento: la participación más alta la presenta la rendición de cuentas donde se reporta un 42% de participación mostrándose como una actividad importante en la institución, el segundo lugar se lo lleva la novena de navidad con una participación del 19% de los colaboradores, para el tercer lugar tenemos al día de la mujer y día de los niños con un 11% de participación, le sigue el torneo de fútbol con una participación del 7% y en penúltimo y último lugar tenemos a las vacaciones divertidas y la celebración del día de la madre con un 6% y 4% respectivamente. Estas actividades se celebran año tras año sin falta y se espera que cada vez se llegue a más colaboradores de la institución.

Presupuesto invertido en los años 2021, 2022 y 2023



Fuente: Oficina de presupuesto.

Como se observa, para el año 2023 se ha aumentado significativamente y año tras año se ha comportado de la misma manera, esta inversión permite que las actividades se lleven a cabo y que satisfagan las expectativas de los colaboradores, además muestra el compromiso de la institución con la promoción del bienestar del colaborador. Este presupuesto permite que las actividades que se realicen sean cada vez mejores tanto en capacidad como en calidad.

Sistema De Seguridad Y Salud En El Trabajo

El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, en el cumplimiento de las acciones de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de Salud Ocupacional dentro de la empresa, ha realizado la siguiente gestión con el objeto de *prevenir las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo y de proteger y promover la salud de los trabajadores, en pro de la mejora de las condiciones y el medio ambiente de trabajo y de la promoción del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones*.

El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo dentro de las disciplinas que abarca, trata de prevenir las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, desarrollando un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua, lo cual incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora, para las gestiones más esenciales de una empresa en procura de la protección de los colaboradores.

Pilares Del Sistema De Gestión De Seguridad Y Salud En El Trabajo

- Compromiso de la GERENCIA.
- Política de gestión de SSTA.
- Presupuesto.
- Asignación de responsabilidades.

- Matriz de peligros y riesgos de cada IPS.
- Matriz legal institucional.
- Sistemas de vigilancia epidemiológicos: Osteomuscular, Biológico, Radiación Ionizante.
- Programa de: Medicina preventiva y del trabajo, reintegro y rehabilitación, Higiene y seguridad, Químico, Tareas de alto riesgo.
- Inspecciones con enfoque en riesgos.

- Programa motivar para crecer (capacitaciones, pausas activas, semana de la salud).
- Elementos de confort.
- Exámenes médicos ocupacionales.
- Dotación.

- Planes de emergencia por IPS.
- Brigada de emergencias institucional.
- Simulacros.
- Señalización y equipos para emergencias.

FUNCIONAMIENTO DEL SG SST

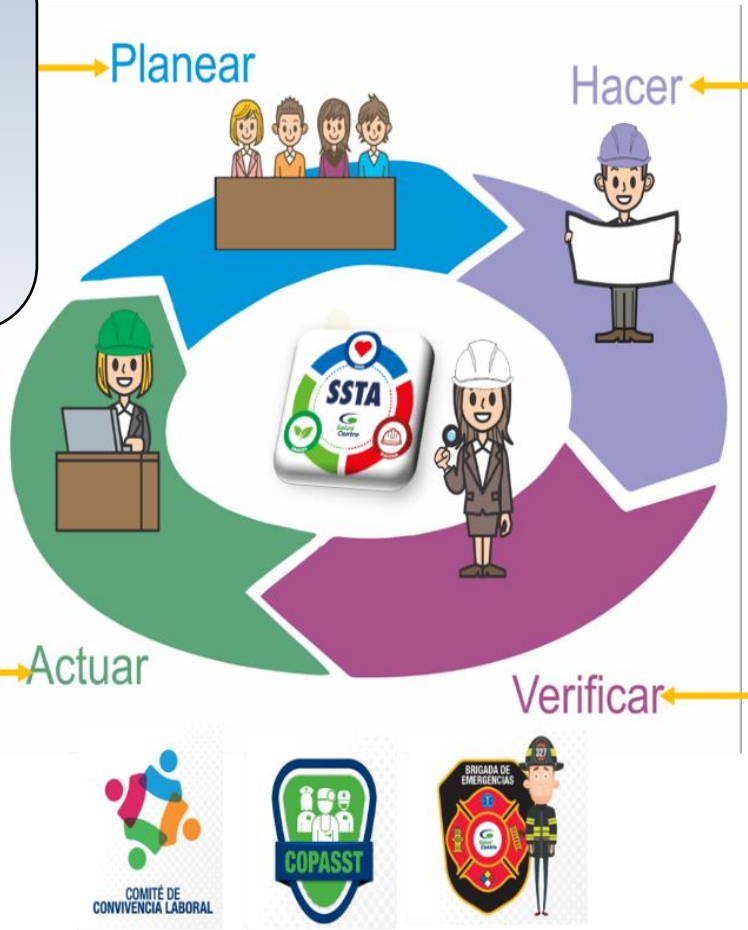
- Asignación de responsable
- Establecer las políticas
- Plantear el objetivo y la meta
- Cumplimiento de requisitos legales
- Establecer el presupuesto
- Mecanismos para la comunicación y participación
- Capacitaciones SST

Principales actividades para:

- Capacitaciones de proceso o puesto a puesto.
- Semana de la Salud

Líneas principales

- Promoción y prevención de la Salud.
- Control de los Peligros
- Preparación de la emergencia.



- Priorización de la acción preventiva, correctiva y de mejora.
- Estadísticas de Accidentalidad y enfermedad laboral.

- Inspecciones de seguridad.
- Evaluaciones de Condiciones de salud.
- Encuestas de clima laboral
- Tamizajes biomecánicos. Manejo de la voz entre otros.
- Auditorías internas y externas.

Presupuesto SST

La ejecución presupuestal presento un decremento después de la pandemia año 2021 y un incremento en la vigencia 2022 debido a la adquisición de mobiliario para el mejoramiento de los puestos de trabajo.

Esta asignación de recursos se realizó procurando la mejora de las condiciones de salud y condiciones laborales, lo que demuestra el compromiso gerencial con la seguridad y salud en el trabajo.

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	
2020	$ 180.442.586
2021	$ 67.278.8990
2022	$ 228.203.205
2023	$ 78.196.766

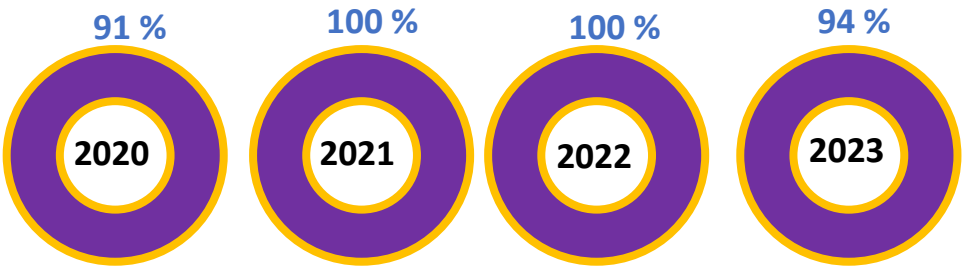
Porcentaje De Implementación Del Sg-Sst

Anualmente se aplica la herramienta de la Resolución 0312 de 2019, utilizándola como metodología para la evaluación de estándares mínimos que deben cumplir las empresas en materia de seguridad y salud en el trabajo, obteniendo durante los últimos años el siguiente resultado.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4. Contar con personal competente, comprometido, con vocación de servicio y satisfecho con su trabajo; a fin de garantizar la consecución de los objetivos del enfoque administrativo y misional		**CUMPLIMIENTO ANUAL DE ESTANDARES DEL SISTEMA**			
		2020	**2021**	**2022**	**2023**
4.1. Gestionar ambientes seguros que contribuyan a la prevención de accidentes y enfermedades laborales, en línea con la política del SG-SST.	4.1.2. La Institución cumple con los estándares mínimos de Seguridad y Salud en el Trabajo teniendo en cuenta la resolución 0312 de 2019.	91%	100%	100%	94%

AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES MÍNIMOS DEL S.G.-S.S.T.
RESOLUCIÓN 0312 de 2019

La evaluación contempla los siguientes criterios calificándolo de manera metodológica para obtener el resultado porcentual que se observa.



CICLO	ESTÁNDER	CALIFICACIÓN			
		2020	2021	2022	2023
PLANEAR	Recursos	100 %	100 %	100 %	100 %
	Gestión integral	80 %	100 %	100 %	86 %
HACER	Gestión de la salud	100 %	100 %	100 %	100 %
	Gestión de peligros y riesgos	100 %	100 %	100 %	86 %
	Gestión de amenazas	100 %	100 %	100 %	100 %
VERIFICAR	Verificación del SGSST	50 %	100 %	100 %	100 %
ACTUAR	Mejoramiento	50 %	100 %	100 %	100 %
TOTAL		**91 %**	**100 %**	**100 %**	**94 %**

Cumplimiento Del Plan De Trabajo Anual

El Plan anual de Seguridad y Salud en el Trabajo es el instrumento para la planificación que especifica la información de las actividades a realizar durante la vigencia, definiendo los responsables, recursos y períodos de ejecución.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4. Contar con personal competente, comprometido, con vocación de servicio y satisfecho con su trabajo; a fin de garantizar la consecución de los objetivos del enfoque administrativo y misional		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN ANUAL DE TRABAJO			
		RESULTADO			
		2020	2021	2022	2023
PROGRAMADAS		216	189	309	197
EJECUTADAS		254	191	312	200
4.1. Gestionar ambientes seguros que contribuyan a la prevención de accidentes y enfermedades laborales, en línea con la política del SG-SST.	Cumplir con un porcentaje mayor o igual al 90% en la ejecución del plan anual del SGST para las sedes certificadas. Actividades ejecutadas/actividades programadas=	85 %	99 %	99 %	99 %

Gestión Del Riesgo

La identificación de los peligros, la valoración, evaluación y gestión de los riesgos, se realiza anualmente y cuando ocurre un accidente mortal o un evento catastrófico, que genere cambios en los procesos, equipos o instalaciones.

Esta fase permite que se diseñen medidas de prevención y control para enfrentar, mitigar y/o minimizar cada uno de los peligros y riesgos detectados, con el fin de prevenir la enfermedad laboral y gestionar los riesgos o peligros ocupacionales.

Comportamiento De La Accidentalidad Laboral 2020-2024

El comportamiento de los indicadores del sistema de gestión se administra desde la plataforma ALMERA, la cual permite el seguimiento al cumplimiento del objetivo del SG-SST, en relación a la tasa de accidentalidad, ausentismo y prevalencia de la enfermedad.

AÑO	CANTIDAD DE TRABAJADORES	CANTIDAD DE ACCIDENTES	DIAS DE INCAPACIDAD
2020	165	48	160
2021	165	50	133
2022	211	33	180
2023	182	44	321

COMITES Y EQUIPOS DE APOYO

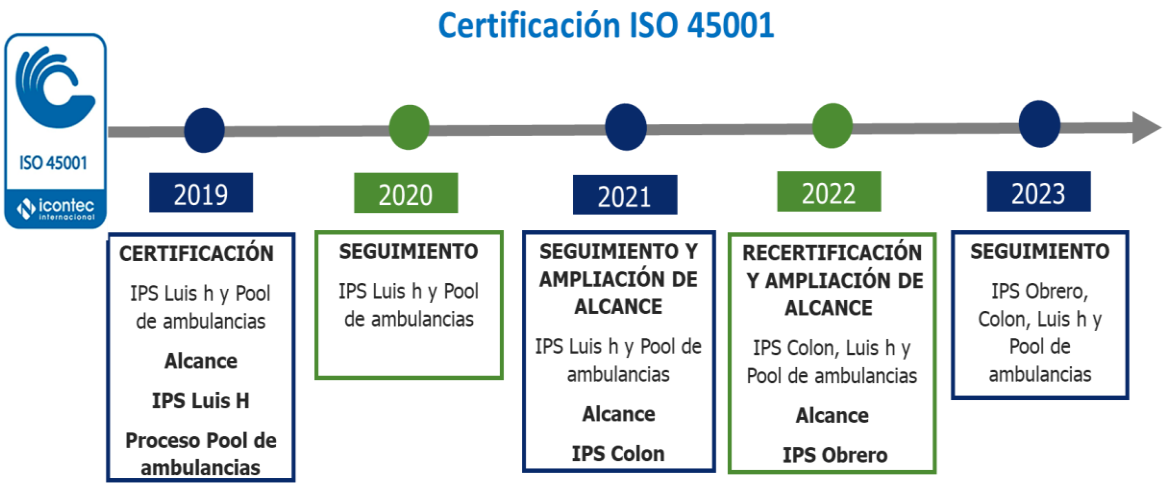
Como equipo de apoyo a la gestión, la ESE Centro cuenta con personal responsable de administrar y controlar el riesgo, previniendo y controlando las condiciones inseguras que se puedan presentar al interior de la empresa, con el fin fomentar la armonía y la convivencia entre los miembros de la comunidad laboral.

Estos grupos y comités se constituye como una medida preventiva que contribuye a proteger a los(as) colaboradores(as) contra los riesgos que afectan la salud y la seguridad en los lugares de trabajo y son un mecanismo de coordinación entre todos los involucrados, cuyo objetivo será plantear, diseñar, implementar y medir las acciones que permitan generar conciencia entre el personal y lograr objetivos a favor de la seguridad.

COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	COMITÉ DE SEGURIDAD VIAL	COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	COMITÉ HOSPITALARIO DE EMERGENCIAS	BRIGADA DE EMERGENCIA
Este comité nos apoya con la promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de seguridad y salud en el trabajo dentro de las IPS agrupadas en Red, a través de distintas actividades de promoción, información y divulgación que ayudan a garantizar que los riesgos de enfermedad y accidentes derivados del trabajo sean reducidos al mínimo posible.	Este equipo conformado con personal de Pool de ambulancias apoya el diseño, implementación, seguimiento y mejora del plan estratégico de seguridad vial, promoviendo habitos, comportamiento y conductas seguras en la vía.	El comité de convivencia laboral ha trabajado en la prevención y solución de las situaciones causadas por conductas laborales, recibiendo y dando trámite a las quejas de acoso laboral y creando espacios de diálogo para llegar a solucionar las controversias, a través de la formulación de planes de mejora.	El Comité Hospitalario de Emergencias del HPI es la instancia responsable de planear, dirigir, asesorar y coordinar las actividades relacionadas con los preparativos para desastres que se hayan formulado y su actuación principal es la coordinación de las actividades que permitan la rápida recuperación del Hospital para garantizar la continuidad del servicio.	La brigada de emergencia de la ESE Centro es el grupo conformado por trabajadores de las distintas sedes que se ha organizado, capacitado, entrenado y dotado para prevenir, controlar y reaccionar en situaciones de alto riesgo, emergencia o desastre; y cuya primordial función está orientada a salvaguardar al personal y a nuestros usuarios y a los bienes con los que cuenta la ESE. Ha apoyado en la socialización de los planes de emergencias, en la realización de simulacros de evacuación y en actividades de señalización e identificación de peligros.

PROYECTO DINAMIZADOR – Por Nuestros Funcionarios

Como parte del plan de desarrollo se traza el objetivo de continuar sosteniendo y/o ampliando el alcance de la certificación en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la Norma ISO 45001, la cual en la actualidad aplica para 3 de nuestras sedes y un proceso.



La certificación ISO 45001 obtenida por la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E en el año 2019 ha permitido a la empresa ofrecer a los empleados y a las partes interesadas un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo eficaz, que aporta a la visión de la empresa.

Tipo de auditoria	Año	No. de oportunidades de mejora
Otorgamiento	2019	9
Seguimiento	2020	6
Seguimiento y ampliación de alcance	2021	1
Recertificación y ampliación de alcance	2022	3
Seguimiento	2023	1

1.5. DETALLE DE LOS PRESUPUESTOS, PROGRAMAS, ESTUDIOS Y PROYECTOS

1.6. INVERSIONES REALIZADAS

1.6.2. Infraestructura

Presentación De Las Ips De La Red De Salud Centro E.S.E – Cali



HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS – COMUNA 8



CENTRO DE SALUD DIEGO LALINDE - COMUNA 8



PUESTO DE SALUD PRIMITIVO CRESPO – COMUNA 8



CENTRO DE SALUD OBRERO - COMUNA 9



CENTRO DE SALUD BRETAÑA – COMUNA 9



CENTRO DE SALUD BELALCAZAR – COMUNA 9



CENTRO DE SALUD CRISTOBAL COLON – COMUNA 10



CENTRO DE SALUD PANAMERICANO – COMUNA 10



CENTRO DE SALUD ALFONSO YUNG – COMUNA 10



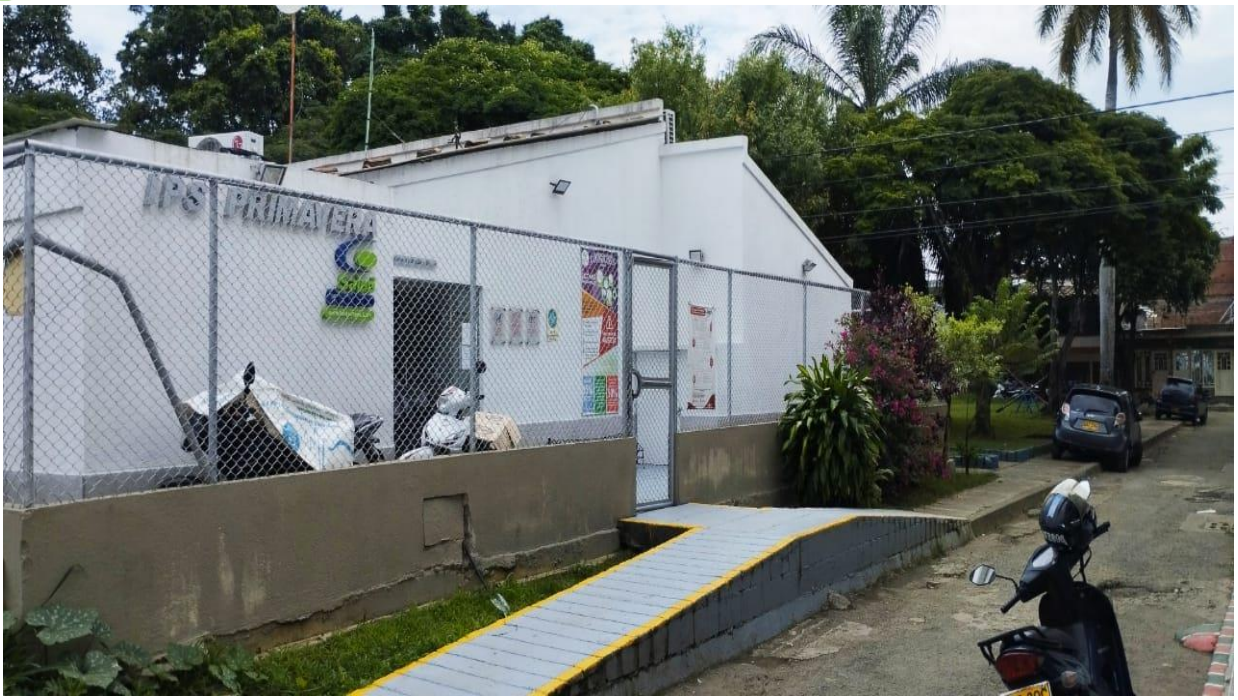
PUESTO DE SALUD DIVINO NIÑO (GUABAL) – COMUNA 10



CENTRO DE SALUD LUIS H GARCES – COMUNA 11



POOL DE AMBULANCIAS – COMUNA 11



PUESTO DE SALUD PRIMAVERA – COMUNA 11



PUESTO DE SALUD AGUA BLANCA – COMUNA 11



CENTRO DE SALUD RODEO – COMUNA 12



PUESTO DE SALUD DOCE DE OCTUBRE – COMUNA 12

RED DE SALUD CENTRO ESE.
Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia. Cali - Valle
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16
E-mail: ese.centro@saludcentro.gov.co - atencion.usuario@saludcentro.gov.co
Nit. 805.027.261 - 3



CENTRO DE SALUD SANTIAGO RENGIFO – COMUNA 12



SISTEMA INTEGRADO DE COMUNICACIONES SICO – COMUNA 2

Estado actual de las IPS por comuna, su capacidad resolutiva, fortalezas y oportunidades de mejora.

1.6.2.1. COMUNA 8

De acuerdo con las proyecciones poblacionales para el año 2023, la población de la comuna 8 según el DANE es de 101.712 habitantes, se encuentra dividida equitativamente entre hombres y mujeres con un 46% (46.699) de población masculina y con un ligero predominio de la población femenina con el 54% (55.013). De igual manera, se observa que la mayor concentración de población se encuentra en el grupo de edad de 20 a 24 años y la población desciende gradualmente a medida que aumenta la edad.

Los grupos de edad más jóvenes de 0 a 9 años representan el 10% de la población total, mientras que los grupos de edad avanzada de 80 años o más, representan el 4% de la población total.

Los barrios que conforman la comuna 8 son: Atanasio Girardot, Benjamín Herrera, Chapinero, El Trébol, El Troncal, Industrial, La Nueva Base, La Floresta, Las Américas, Municipal, Primitivo Crespo, Rafael Uribe Uribe, Saavedra Galindo, Santa Fe, Santa Mónica Popular, Simón Bolívar, La Base y Villacolombia.

1.6.2.1.1. HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS

UBICACIÓN

El Hospital Primitivo Iglesias se encuentra ubicado en la zona centro de la ciudad, en el barrio La Floresta. Su dirección exacta es calle 33A # 16A – 44, y forma parte de la comuna 8, junto a otros 17 barrios.

Para llegar al hospital, se puede tomar el transporte público o ir en carro particular. Hay varias rutas de buses que pasan cerca del hospital, la estación del MIO más cercana es Atanasio Girardot.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS

El Hospital Primitivo Iglesias ofrece una amplia gama de servicios para cuidar la salud de sus usuarios:

Gráfico 1. Portafolio de servicios Hospital Primitivo Iglesias

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Consulta Médica Especializada	Apoyo Diagnostico
•Materno perinatal •Primera Infancia •Infancia •Adolescencia •Juventud •Adultez •Vejez •Alteraciones de la Agudeza visual •Vacunación •Planificación familiar •Salud Oral •Hipertensión Arterial y Diabetes •Citología •Epidemiología	•Consulta Médica General •Consulta Odontológica General	•Dermatología •Oftalmología •Ginecología •Periodoncia •Ortodoncia	•Laboratorio Clínico Básico y Especializado •Ecografías obstétricas •Radiología

Reabilitación Integral	Atención Intrahospitalaria	Recepción y atención al Usuario	Atención Financiera
•Gerontología •Trabajo Social •Psicología	•Urgencias •Partos •Hospitalización	•SIAU •Central de Autorizaciones	•Facturación •Archivo

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E.

Estado Actual De La Infraestructura De La Ips (Hospital)

La infraestructura del Hospital Primitivo Iglesias se ha diseñado para brindar confort a los usuarios debido a que sus espacios son amplios con una adecuada distribución que facilita la circulación de los pacientes y el personal médico. Las áreas comunes y consultorios permiten la privacidad y comodidad de los pacientes, cuenta con muebles cómodos y funcionales. Se garantiza privacidad de los pacientes en todas las áreas especialmente en salas de espera y consultorios en donde se utilizan separadores de ambiente como cortinas o divisiones para crear espacios más íntimos y tranquilos. Las áreas que se encuentran en adecuadas condiciones serían:

- Laboratorio clínico.
- Imagenología
- Consulta externa
- Odontología
- Lactario
- Hospitalización
- Sala de Partos
- Consultorio Rosa
- Áreas comunes
- Consultorios de Promoción y Mantenimiento de la Salud

Los aspectos para mejorar son los siguientes:

- **Aire acondicionado:** Se reporta aires acondicionados en mal estado en diferentes áreas. Es importante identificar la causa del problema y realizar la reparación correspondiente para garantizar un ambiente adecuado para pacientes y personal.
- **Humedad:** Se observa la presencia de humedad en diferentes áreas. Es importante identificar la causa de la humedad y realizar las correcciones necesarias para evitar daños en la infraestructura y prevenir problemas de salud.
- **Lámpara:** Se reportan lámparas quemadas. Es importante reemplazarlas para garantizar la correcta iluminación en las áreas afectadas.
- **Pintura:** Se reporta la necesidad de pintar algunas áreas. La pintura es importante para mantener la estética de las IPS y proteger la infraestructura de la humedad y otros daños.

1.6.2.1.2. IPS PRIMITIVO CRESPO

UBICACIÓN.

La IPS Primitivo Crespo se encuentra ubicada en la zona del centro de Cali, en el barrio Primitivo Crespo. Su dirección exacta es carrera 17G # 27-08, y forma parte de la comuna 8, junto a otros 17 barrios.

Para llegar a la IPS, se puede tomar el transporte público o ir en carro particular. La estación del MIO más cercana es Primitivo.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS.

Gráfico 2. Portafolio de servicios Primitivo Crespo.

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Reabilitación Integral
• Materno perinatal • Primera Infancia • Infancia • Adolescencia • Juventud • Adultez • Vejez • Alteraciones de la Agudeza visual • Vacunación • Planificación familiar • Salud Oral • Hipertensión Arterial y Diabetes	• Consulta Médica General • Consulta Odontológica General	• Gerontología • Trabajo Social

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E.

ESTADO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA IPS (PRIMITIVO CRESPO)

La infraestructura del Puesto De Salud Primitivo Crespo está ubicada en una sede comunal donde los espacios permiten la atención con calidad y privacidad. Se cumple con todo el mobiliario y las adecuaciones necesarias para la prestación del servicio. Sin embargo, se tiene un proyecto para su total remodelación en la misma área donde está ubicado.

Las áreas que cumplen y se encuentran en buenas condiciones son:

- Consultorio médico.
- Odontología.

Los aspectos para mejorar son los siguientes:

- **Aire acondicionado:** Se reporta aires acondicionados que se deben hacer mantenimiento.

1.6.2.1.3. IPS DIEGO LALINDE

UBICACIÓN

La IPS Diego Lalinde se encuentra ubicada en la zona centro de Cali, en el barrio Villa Colombia. Su dirección exacta es carrera 12E # 50-18, y forma parte de la comuna 8, junto a otros 17 barrios.

Para llegar a la IPS, se puede tomar el transporte público o ir en carro particular. Está ubicada a dos cuadres del Centro Comercial Santiago Plaza y a dos cuadres del Parque Villa Colombia. La estación del MIO más cercana es Villa Colombia.

Gráfico 3. Portafolio de servicios Diego Lalinde.

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Consulta Médica Especializada	Reabilitación Integral	Apoyo Diagnostico
• Materno perinatal • Primera Infancia • Infancia • Adolescencia • Juventud • Adultez • Vejez • Alteraciones de la Agudeza visual • Vacunación • Planificación familiar • Salud Oral • Hipertensión Arterial y Diabetes • Citología	• Consulta Médica General • Consulta Odontológica General	• Medicina familiar	• Gerontología • Trabajo Social • Psicología	• Laboratorio Clínico Básico y Especializado • Programa “Por ti Mujer”.

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E.

ESTADO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA IPS. (DIEGO LALINDE)

La infraestructura del Centro de Salud Diego Lalinde se ha diseñado para brindar confort a los usuarios debido a que sus espacios son amplios con una adecuada distribución que facilita la circulación de los pacientes y el personal médico. Las áreas comunes y consultorios permiten la privacidad y comodidad de los pacientes, cuenta con muebles cómodos y funcionales. Se garantiza privacidad de los pacientes en todas las áreas especialmente en salas de espera y consultorios en donde se utilizan separadores de ambiente como cortinas o divisiones para crear espacios más íntimos y tranquilos, en este Centro de Salud se encuentra ubicado la gerencias y área administrativa de la Red de Salud del Centro E.S.E. Las áreas que se encuentran en adecuadas condiciones serían:

- Área administrativa.
- Laboratorio clínico.
- Consulta externa
- Odontología
- Áreas comunes
- Jardines.
- Programa Por Ti Mujer

Los aspectos para mejorar son los siguientes:

- **Pintura:** Se reporta la necesidad de pintar en áreas asistenciales.
- **Aire acondicionado:** Se reporta aires acondicionados en mal estado en diferentes áreas.
- **Humedad:** Se observa la presencia de humedad en diferentes áreas.

1.6.2.2. COMUNA 9

Esta se encuentra en el centro de la ciudad, delimitada por el norte con la comuna 3, por el sur con la comuna 10, por el oriente con la comuna 8, y por el occidente con la comuna 19, la comuna 9 está compuesta por 10 barrios, es decir el 4% de los barrios de la ciudad, por otro lado, esta comuna posee 383 manzanas, es decir el 2,8% del total de manzanas en la ciudad.

Los 10 barrios de esta comuna son:
Alameda, Bretaña, Junín, Guayaquil, Aranjuez, Manuel Maria Buenaventura, Santa Mónica Belalcázar, Belalcázar, Sucre, Barrio Obrero.

1.6.2.2.1. IPS OBRERO

UBICACIÓN

La IPS Obrero se encuentra ubicada en el barrio Obrero en la dirección: Cl. 23 #11D-47.

Gráfico 4. Portafolio de servicios Obrero.

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Consulta Médica Especializada	Reabilitación Integral	Apoyo Diagnostico
• Materno perinatal • Primera Infancia • Infancia • Adolescencia • Juventud • Adultez • Vejez • Alteraciones de la Agudeza visual • Vacunación • Planificación familiar • Salud Oral • Hipertensión Arterial y Diabetes • Citología • Tuberculosis	• Atención Medica Ampliada • Consulta Médica General • Consulta Odontológica General • Nutrición y Dietética	• Medicina familiar • Psiquiatría • Pediatría	• Gerontología • Trabajo Social • Psicología	• Laboratorio Clínico Básico y Especializado • Programa “Por ti Mujer”. • Laboratorio Molecular

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E.

ESTADO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA IPS (OBRERO)

La infraestructura del Centro de Salud Obrero se remodeló en el año 2021 ampliando la capacidad instalada paso de tener 33 a 69 áreas asistenciales, con instalaciones modernas y amables con el medio ambiente ya que cuenta con sistemas alternativos de manejo de energía y aguas; como paneles solares, sistema LED, sensores de sombra y movimiento y sistema de recolección de aguas lluvias para aseo y jardinería. En su mayoría todas las áreas se encuentran en adecuadas condiciones como:

- Laboratorio clínico.
- Consulta externa
- Odontología
- Áreas comunes
- Jardines.

- Programa Por Ti Mujer
- Auditorio para más de 100 personas.
- Salas de espera
- Atención Médica Ampliada
- Área de archivo
- Consultorios de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Los aspectos para mejorar son los siguientes:

- Grietas en pasillos y algunas paredes
- Humedades en algunas áreas como salas de espera, techos y consultorios.
- Lámparas fundidas

1.6.2.2.2. IPS BELALCAZAR

UBICACIÓN

La IPS Belalcazar se encuentra ubicada en el barrio Belalcazar en la dirección: Cl. 17 # 19a-07.

Gráfico 5. Portafolio de servicios IPS Belalcázar.

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Consulta Médica Especializada	Reabilitación Integral	Apoyo Diagnostico
•Materno perinatal •Primera Infancia •Infancia •Adolescencia •Juventud •Adultez •Vejez •Alteraciones de la Agudeza visual •Vacunación •Planificación familiar •Salud Oral •Hipertensión Arterial y Diabetes •Citología	•Consulta Médica General •Consulta Odontológica General	•Medicina familiar •Ginecobstetricia	•Trabajo Social	•Toma de muestras de Laboratorio Clínico

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E.
ESTADO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA IPS (BELALCAZAR)

La infraestructura del Centro de Salud Belalcázar es adecuada para la prestación de los servicios, cuenta con ambientes y áreas amplias que permiten comodidad, confort y privacidad a los pacientes. Sin embargo, es una infraestructura que tiene bastantes años de construcción y presenta humedades y requiere mantenimiento constante. Las áreas se encuentran en adecuadas condiciones son:

- Consulta externa
- Odontología
- Salas de espera
- Consultorios de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Los aspectos para mejorar son los siguientes:

- Grietas en pasillos y algunos consultorios
- Humedades en consultorios y toma de muestras.
- Aires acondicionados.

1.6.2.2.3. IPS BRETAÑA (RAMIRO GUERRERO)

UBICACIÓN: La IPS Bretaña se encuentra ubicada en el barrio Bretaña, dirección: Cra 23 # 10 – 15.

Gráfico 6. Portafolio de servicios IPS Bretaña (Ramiro Guerrero).

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Consulta Médica Especializada	Reabilitación Integral	Apoyo Diagnostico
• Materno perinatal • Primera Infancia • Infancia • Adolescencia • Juventud • Adultez • Vejez • Alteraciones de la Agudeza visual • Vacunación • Planificación familiar • Salud Oral • Hipertensión Arterial y Diabetes • Citología	• Consulta Médica General • Consulta Odontológica General	• Medicina familiar • Medicina Interna	• Trabajo Social	• Toma de muestras de Laboratorio Clínico

RED DE SALUD CENTRO ESE.
Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia. Cali - Valle
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16
E-mail: ese.centro@saludcentro.gov.co - atencion.usuario@saludcentro.gov.co
Nit. 805.027.261 - 3

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E.

ESTADO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA IPS (BRETAÑA)

La infraestructura del Centro de Salud Bretaña (Ramiro Guerrero) se remodeló en el año 2010 y está diseñado para brindar confort a los usuarios debido a que sus espacios son amplios con una adecuada distribución que facilita la circulación de los pacientes y el personal médico. Las áreas comunes y consultorios permiten la privacidad y comodidad de los pacientes, cuenta con muebles cómodos y funcionales. El diseño del Centro de Salud facilita la entrada de luz natural en sus espacios, creando un ambiente luminoso y agradable. Además, un jardín central aporta un toque de naturaleza y tranquilidad a la experiencia de los usuarios.

Las áreas que se encuentran en adecuadas condiciones serían:

- Toma de muestras de laboratorio clínico.
- Consulta externa
- Odontología
- Áreas comunes
- Consultorios de Promoción y Mantenimiento de la Salud
- Jardines

Los aspectos para mejorar son los siguientes:

- Humedades en facturación y fachada
- Pintura de fachada lateral

1.6.2.3. COMUNA 10

La Comuna 10 de Cali está ubicada en el suroriente de la ciudad. Limita al norte con la Comuna 9, al sur con la Comuna 17, al oriente con la Comuna 11 y al occidente con la Comuna 19, esta compuestas por 21 barrios.

1.6.2.3.1. IPS CRISTOBAL COLÓN

UBICACIÓN

La IPS Cristóbal Colón está ubicado en la calle 15 No. 33-71 en el Barrio Cristóbal Colon.

Gráfico 7. Portafolio de servicios IPS Cristóbal Colón.

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Consulta Médica Especializada	Reabilitación Integral	Apoyo Diagnostico
• Materno perinatal • Primera Infancia • Infancia • Adolescencia • Juventud • Adultez • Vejez • Alteraciones de la Agudeza visual • Vacunación • Planificación familiar • Salud Oral • Hipertensión Arterial y Diabetes • Citología	• Atención Medica Ampliada • Consulta Médica General • Consulta Odontológica General • Nutrición y Dietética	• Medicina familiar • Pediatría • Ginecología	• Gerontología • Trabajo Social • Psicología • Fisioterapia	• Toma de muestras Laboratorio Clínico • Rayos X odontológicos

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E.

ESTADO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA IPS (COLON)

La infraestructura del Centro de Salud Cristóbal Colón se remodeló en el año 2019 con instalaciones modernas y amables con el medio ambiente ya que cuenta con sistemas alternativos de manejo de energía y aguas; como paneles solares, sistema led, sensores de sombra y movimiento y sistema de recolección de aguas lluvias para aseo y jardinería. En su mayoría todas las áreas se encuentran en adecuadas condiciones como:

- Toma de muestras de laboratorio clínico.
- Consulta externa
- Odontología
- Áreas comunes
- Jardines.
- Salas de espera
- Atención Médica Ampliada
- Consultorios de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Fisioterapia

Los aspectos para mejorar son los siguientes:

- Grietas en pasillos y algunas paredes
- Humedades en algunas áreas como salas de espera, techos y consultorios.
- Aires acondicionados

1.6.2.3.2. IPS PANAMERICANO

UBICACIÓN
Está ubicado en la calle 13 No. 46ª-00 en el barrio Panamericano

Gráfico 8. Portafolio de servicios IPS Panamericano

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Consulta Médica Especializada	Reabilitación Integral	Apoyo Diagnostico
• Materno perinatal • Primera Infancia • Infancia • Adolescencia • Juventud • Adultez • Vejez • Alteraciones de la Agudeza visual • Vacunación • Planificación familiar • Salud Oral • Hipertensión Arterial y Diabetes • Citología	• Consulta Médica General • Consulta Odontológica General	• Dermatología • Programa Hamsen	• Trabajo Social	• Toma de muestras de Laboratorio Clínico

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E.

ESTADO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA IPS (PANAMERICANO)

La infraestructura del Centro de Salud Panamericano está diseñado para brindar confort a los usuarios debido a que sus espacios son amplios con una adecuada distribución que facilita la circulación de los pacientes y el personal médico. Las áreas comunes y consultorios permiten la privacidad y comodidad de los pacientes, cuenta con muebles cómodos y funcionales.

Las áreas que se encuentran en adecuadas condiciones serían:

- Toma de muestras de laboratorio clínico.
- Consulta externa
- Odontología
- Áreas comunes
- Consultorios de Promoción y Mantenimiento de la Salud
- Auditorio

Los aspectos para mejorar son los siguientes:

- Humedades en consultorios, baños y paredes.
- Requiere pintura de fachada

1.6.2.3.3. IPS ALFONSO YOUNG

UBICACIÓN

Está ubicado en el barrio San Judas en la calle 23 No. 43-13

Gráfico 9. Portafolio de servicios IPS Alfonso Young

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Consulta Médica Especializada	Reabilitación Integral	Apoyo Diagnostico
• Materno perinatal • Primera Infancia • Infancia • Adolescencia • Juventud • Adultez • Vejez • Alteraciones de la Agudeza visual • Vacunación • Planificación familiar • Salud Oral • Hipertensión Arterial y Diabetes • Citología	• Consulta Médica General • Consulta Odontológica General	• Medicina Familiar	• Trabajo Social	• Toma de muestras de Laboratorio Clínico

ESTADO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA IPS (ALFONSO YOUNG)

La infraestructura del Centro de Salud Alfonso Young es adecuada para la prestación de los servicios, cuenta con ambientes y áreas amplias que permiten comodidad, confort y privacidad a los pacientes. Sin embargo, es una infraestructura que tiene bastantes años de construcción y presenta humedades y requiere mantenimiento constante. Sus espacios son amplios con una adecuada distribución que facilita la circulación de los pacientes y el personal asistencial. Las áreas comunes y consultorios permiten la privacidad y comodidad de los pacientes, cuenta con muebles cómodos y funcionales.

Las áreas que se encuentran en adecuadas condiciones serían:

- Consulta externa
- Odontología
- Áreas comunes
- Consultorios de Promoción y Mantenimiento de la Salud
- Auditorio

Los aspectos para mejorar son los siguientes:

- Humedades en consultorios, baños y paredes.
- Requiere pintura de fachada
- Remodelación de baños públicos
- Cambio de techo de patio interior
- Cambio de cielo falso de cocineta

1.6.2.3.4. IPS DIVINO NIÑO (GUABAL)

UBICACIÓN

Esta ubicado en el barrio El Guabal en la dirección: carrera 41 No 14C-50

Gráfico 10. Portafolio de servicios IPS Divino Niño

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Reabilitación Integral	Apoyo Diagnostico
•Materno perinatal •Primera Infancia •Infancia •Adolescencia •Juventud •Adultez •Vejez •Alteraciones de la Agudeza visual •Vacunación •Planificación familiar •Salud Oral •Hipertensión Arterial y Diabetes •Citología	•Consulta Médica General •Consulta Odontológica General	•Trabajo Social	•Toma de muestras de Laboratorio Clínico

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E.

ESTADO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA IPS (GUABAL)

En el año 2023, el Centro Divino Niño culminó una importante remodelación de su infraestructura, con una inversión final de $694 millones de pesos. Esta transformación ha permitido al centro equiparse con instalaciones modernas y de última generación, con el objetivo de brindar una mejor atención a sus pacientes.

Además, la decoración de los consultorios ha sido cuidadosamente diseñada para la atención de mujeres y niños, creando un espacio cálido y acogedor que les ayude a sentirse cómodos y seguros durante su visita al centro.

El Centro Divino Niño está comprometido con la prestación de una atención médica de calidad y con la satisfacción de sus pacientes. Esta remodelación es una muestra de su continuo esfuerzo por mejorar sus servicios y brindar la mejor experiencia posible a sus usuarios.

1.6.2.4. COMUNA 11

La comuna 11 de Cali está ubicada en el oriente de la ciudad. Limita al norte con la comuna 8 y la comuna 12, al oriente con la comuna 13 y la comuna 16 y al occidente limita con la comuna 10.1
En esta comuna se encuentra la sede administrativa de la caja de compensación Comfandi. La Comuna 11 debe su historia a diversos procesos de conformación urbanística, caracterizado en una primera etapa entre los años cincuenta y sesenta, como consecuencia de la migración de gente del campo a la ciudad y más concretamente a Cali, ya que era considerada como lugar de expansión industrial y comercial, generadora de empleo que facilitaría el ingreso laboral a los migrantes en forma rápida.

1.6.2.4.1. IPS LUIS H. GARCES

UBICACIÓN

La IPS Luis H. Garces está ubicada en la carrera 29 No. 31ª-39 en el barrio la fortaleza.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS

Gráfico 11. Portafolio de servicios IPS Luis H. Garcés.

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Consulta Médica Especializada	Reabilitación Integral	Apoyo Diagnostico
• Materno perinatal • Primera Infancia • Infancia • Adolescencia • Juventud • Adultez • Vejez • Alteraciones de la Agudeza visual • Vacunación • Planificación familiar • Salud Oral • Hipertensión Arterial y Diabetes • Citología	• Atención Medica Ampliada • Consulta Médica General • Consulta Odontológica General	• Medicina interna	• Gerontología • Trabajo Social • Psicología • Fisioterapia • Terapia ocupacional • Fonoaudiología • Terapia Respiratoria • Programa de Neurodesarrollo	• Toma de muestras Laboratorio Clínico

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E.

ESTADO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA IPS (LUIS H. GARCES)

La infraestructura del Centro de Salud Luis H. Garcés supera los 80 años de antigüedad, esto no ha sido impedimento para ofrecer una atención de calidad a sus usuarios. El centro ha sabido aprovechar sus amplios espacios para brindar comodidad e iluminación natural en sus diferentes áreas, incluyendo salas de espera y zonas verdes.En su mayoría todas las áreas se encuentran en adecuadas condiciones como:

- Toma de muestras de laboratorio clínico.
- Consulta externa
- Odontología
- Áreas comunes
- Jardines.
- Salas de espera
- Atención Médica Ampliada
- Consultorios de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Fisioterapia

Los aspectos para mejorar son los siguientes:

- Remodelación de todas las puertas, baterías sanitarias, lavamanos y baños.
- Se tienen humedades y grietas
- Sistema hidráulicos y alcantarillados

1.6.2.4.2. IPS AGUA BLANCA

UBICACIÓN
Está ubicado en la carrera 25ª No. 25-105 en el Barrio Agua Blanca

Gráfico 11. Portafolio de servicios Agua Blanca.

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Reabilitación Integral	Apoyo Diagnostico
•Materno perinatal •Primera Infancia •Infancia •Adolescencia •Juventud •Adultez •Vejez •Alteraciones de la Agudeza visual •Vacunación •Planificación familiar •Salud Oral •Hipertensión Arterial y Diabetes	•Consulta Médica General •Consulta Odontológica General	•Gerontología •Trabajo Social	•Toma de muestras de Laboratorio Clínico

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E.

ESTADO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA IPS (AGUABLANCA)

La infraestructura del Puesto De Salud Agua Blanca es una infraestructura antigua que requiere constante mantenimiento preventivo y correctivo pero tiene áreas amplias cómodas e iluminadas que permite una prestación de servicio con calidad.

Las áreas que cumplen y se encuentran en buenas condiciones son:

- Consultorio médico.
- Odontología.
- Sala de espera.
- Vacunación.
- Toma de muestras.

Los aspectos para mejorar son los siguientes:

- Pintura de la fachada lateral
- Canal de la fachada lateral
- Humedades
- Aires acondicionados.

1.6.2.4.3. IPS PRIMAVERA

UBICACIÓN

La IPS Primavera se encuentra ubicada en el barrio Primavera, dirección: calle 35 No 32B-00

Gráfico 12. Portafolio de servicios IPS Primavera

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Reabilitación Integral	Apoyo Diagnostico
• Materno perinatal • Primera Infancia • Infancia • Adolescencia • Juventud • Adultez • Vejez • Alteraciones de la Agudeza visual • Vacunación • Planificación familiar • Salud Oral • Hipertensión Arterial y Diabetes • Citología	• Consulta Médica General • Consulta Odontológica General	• Trabajo Social	• Toma de muestras de Laboratorio Clínico

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E.

ESTADO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA IPS (PRIMAVERA)

La infraestructura del Centro de Salud Primavera se remodeló en el año 2015 prestando servicios básicos de salud con áreas y ambientes modernos y confortables

Las áreas que se encuentran en adecuadas condiciones serían:

- Toma de muestras de laboratorio clínico.
- Consulta externa
- Odontología
- Áreas comunes
- Consultorios de Promoción y Mantenimiento de la Salud

Los aspectos para mejorar son los siguientes:

- Pintura de la reja de entrada
- Piso de la entrada
- Arreglo puerta de UTA
- Humedades

1.6.2.5. COMUNA 12

Se encuentra en el oriente de la ciudad. Limita por el norte con la comuna 8, al oriente con la comuna 13 y por el sur oriente con la comuna 11.
Está compuesta por 12 barrios, que corresponde al 4,8% del total de barrios de la ciudad. Posee 359 manzanas que corresponde al 2,6% del total de manzanas en toda la ciudad.
Los barrios de esta comuna son:
Villanueva, Asturias, Eduardo Santos, Alfonso Barberena A, El Paraíso, Fenalco Kennedy, Nueva Floresta, Julio Rincón, Doce de Octubre, El Rodeo, Sindical y Bello Horizonte.

1.6.2.5.1. IPS RODEO

Gráfico 13. Portafolio de servicios Rodeo.

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Reabilitación Integral	Apoyo Diagnostico
•Materno perinatal •Primera Infancia •Infancia •Adolescencia •Juventud •Adultez •Vejez •Alteraciones de la Agudeza visual •Vacunación •Planificación familiar •Salud Oral •Hipertensión Arterial y Diabetes •Citología	•Atención Medica Ampliada •Consulta Médica General •Consulta Odontológica General •Nutrición y Dietética	•Gerontología •Trabajo Social •Psicología	•Laboratorio Clínico Básico y Especializado •Programa “Por ti Mujer”.

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E.

ESTADO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA IPS (RODEO)

La infraestructura del Centro de Salud El Rodeo se remodeló en el año 2015 ampliando la capacidad instalada, con instalaciones modernas y amables con el medio ambiente ya que cuenta con sistemas alternativos de manejo de energía y aguas; como paneles solares, sistema led, sensores de sombra y movimiento y sistema de recolección de aguas lluvias para aseo y jardinería. En su mayoría las áreas se encuentran en adecuadas condiciones como:

- Consulta externa
- Odontología
- Áreas comunes
- Auditorio para 50 personas
- Salas de espera
- Atención Médica Ampliada
- Consultorios de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Los aspectos para mejorar son los siguientes:

- Grietas en pasillos y algunas paredes
- Humedades en algunas áreas como salas de espera, techos y consultorios.
- Puertas fogueadas

- Arreglo y mantenimiento de aires acondicionados
- Pintura en pasamanos
- Hongos en aires acondicionados en general

1.6.2.5.2. IPS DOCE DE OCTUBRE

Gráfico 14. Portafolio de servicios Doce de Octubre.

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Reabilitación Integral	Apoyo Diagnostico
•Materno perinatal •Primera Infancia •Infancia •Adolescencia •Juventud •Adultez •Vejez •Alteraciones de la Agudeza visual •Vacunación •Planificación familiar •Salud Oral •Hipertensión Arterial y Diabetes	•Consulta Médica General •Consulta Odontológica General	•Trabajo Social	•Toma de muestras de Laboratorio Clínico

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E.

ESTADO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA IPS (DOCE DE OCTUBRE)

La infraestructura del Puesto De Salud Doce de Octubre es una infraestructura antigua que requiere constante mantenimiento preventivo y correctivo, pero tiene áreas que permiten la prestación de servicio con calidad.

Las áreas que cumplen y se encuentran en buenas condiciones son:

- Consultorio médico.
- Odontología.

Los aspectos para mejorar son los siguientes:

- Espacio de facturación reducido
- Piso oxidado debajo del mesón de odontología
- Humedad en algunas áreas.

1.6.2.5.3. IPS SANTIAGO RENGIFO

Gráfico 13. Portafolio de servicios Santiago Rengifo.

Promoción y Mantenimiento de la Salud	Atención Ambulatoria	Reabilitación Integral	Apoyo Diagnostico
• Materno perinatal • Primera Infancia • Infancia • Adolescencia • Juventud • Adultez • Vejez • Alteraciones de la Agudeza visual • Vacunación • Planificación familiar • Salud Oral • Hipertensión Arterial y Diabetes • Citología	• Consulta Médica General • Consulta Odontológica General	• Trabajo Social	• Toma de muestras de Laboratorio Clínico

Fuente: Red de Salud del Centro E.S.E.

ESTADO ACTUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA IPS (SANTIAGO RENGIFO)

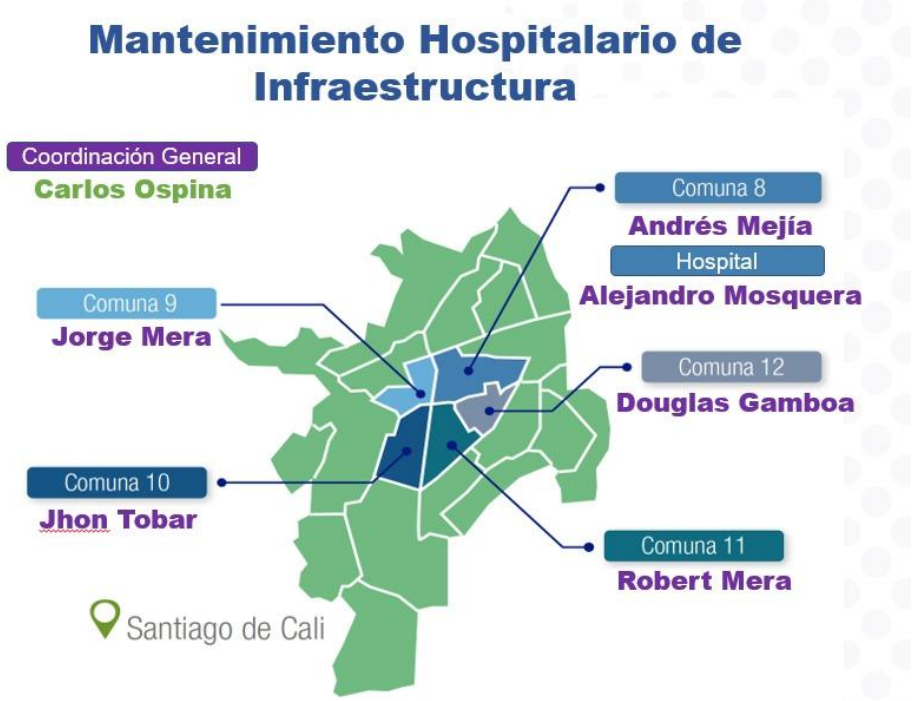
La infraestructura del Centro de Salud Santiago Rengifo se remodeló en el año 2017 ampliando la capacidad instalada, con instalaciones modernas y confortables.
En su mayoría las áreas se encuentran en adecuadas condiciones como:

- Consulta externa
- Odontología
- Áreas comunes
- Auditorio para 50 personas
- Salas de espera
- Consultorios de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Los aspectos para mejorar son los siguientes:

- Pintura general de la IPS
- Soldadura de la reja
- Grietas en techo y paredes
- Intervención en pasillos externos

1.7. GESTION DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

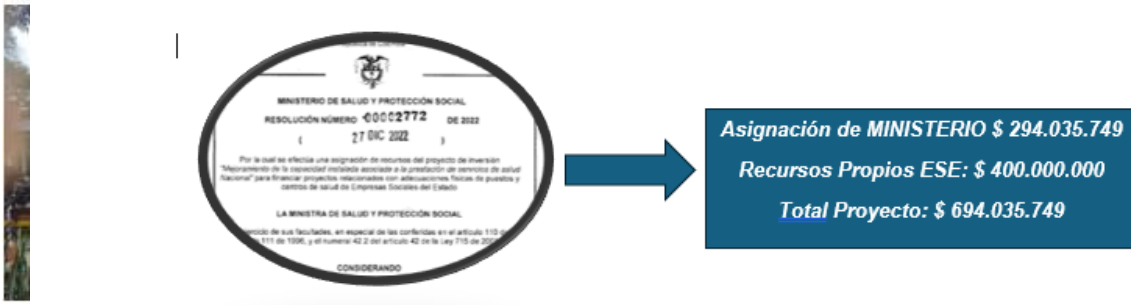


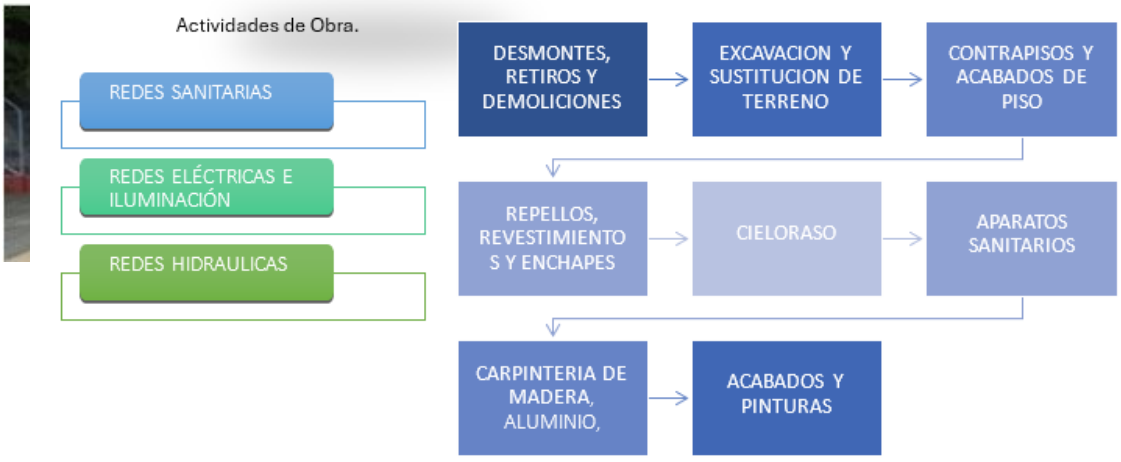
Las IPS de la Red de Salud Centro E.S.E, cuenta con un plan de mantenimiento anual, el cual es intervenido de acuerdo al cronograma planeado para su intervención. De igual forma cuenta con una estrategia de responsabilidad de mantenimiento en las IPS desarrollada por comuna, siendo así que cada uno de los responsables del personal de mantenimiento están a cargo de varias de las IPS de acuerdo a la comuna designada como se muestra en la imagen anterior.

La gestión del mantenimiento preventivo, correctivo, se desarrolla de varias maneras, una de ella es mediante una planeación en un documento Excel donde se cuenta con las actividades programadas a ejecutar en cada una de las IPS, y la otra es mediante un sistema de información donde se lleva el registro de cada uno de los llamados que realizan los funcionarios de las IPS, esto ante una falla o necesidad en el servicio. Se debe tener en cuenta que estas solicitudes pueden varias de acuerdo con el tipo de solicitud y así de igual manera será su intervención ya sea por un personal interno o externo.

A la fecha la Red de Salud del centro cumple con el plan de renovación y mantenimiento de la infraestructura, se dio cumplimiento al mantenimiento preventivo en las 17 sedes, incluyendo el SICO durante la vigencia.

Durante el 2022 luego de presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social el proyecto de obra de la IPS GUABAL “DIVINO NIÑO” se asignan mediante la resolución 2772 de 2022,"Mejoramiento de la capacidad instalada asociada a la prestación de servicios de salud Nacional" para financiar proyectos relacionados con adecuaciones físicas de puestos y centros de salud de Empresas Sociales del Estado”, la suma de 294.035.749 Millones de pesos. La obra se realizo durante el año 2023 y su reapertura se efectuó en Febrero del 2024 con un valor aproximado de $ 694.035.749 con equipamiento y mobiliario clínico el recurso adicional fueron propios de la RED DE SALUD DEL CENTRO ESE.





Imágenes antes de la intervención.







Imágenes durante la intervención.

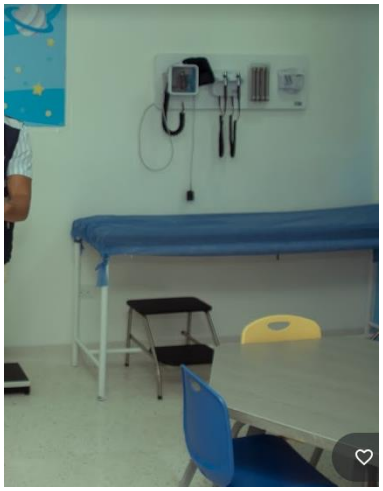












Después de la obra.

Se logró la viabilidad del proyecto “Reposición del Hospital Primitivo Iglesias de la Red de Salud del Centro, Distrito de Santiago de Cali” el proyecto cuesta $31.218.722.048.

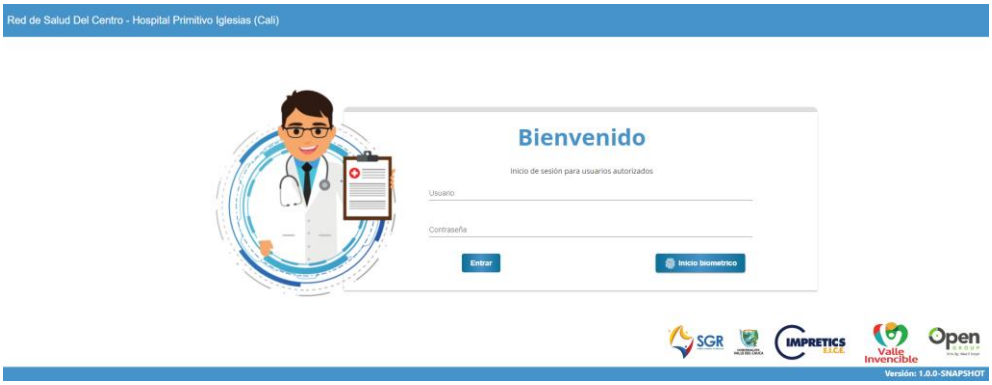
1.8. SISTEMAS DE INFORMACION Y SOFTWARE

La institución cuenta con los siguientes sistemas de información:

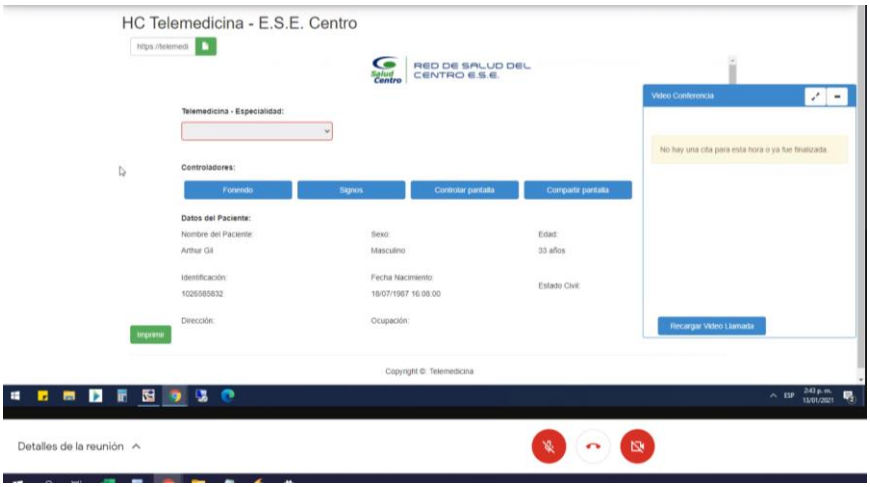
SERVINTE: ERP principal para manejo de historia clínica y facturación de la atención de los usuarios.
- SINERGY: Manejo de la nómina de la institución.
- CEN FINANCIERO: Software para manejo de la facturación electrónica
- QLICK BI: Software para manejo de la 202 (4505)
- ALMERA: Software Sistema de Información Integral.
- LUMIER: Software para manejo de imágenes diagnósticas.
- ENTERPRISE: Software para manejo de los procedimientos del laboratorio.
- PORTIMUJER: Software para manejo del programa de Portimujer, monitoreo de Citologías, Cervix, etc.
- SICO: Software para manejo de referencia y contrareferencia en Cali.

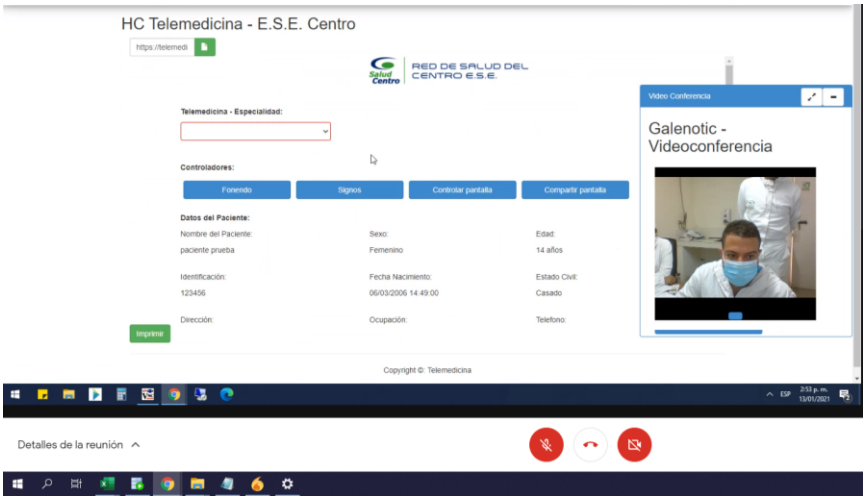
Sistemas de Información

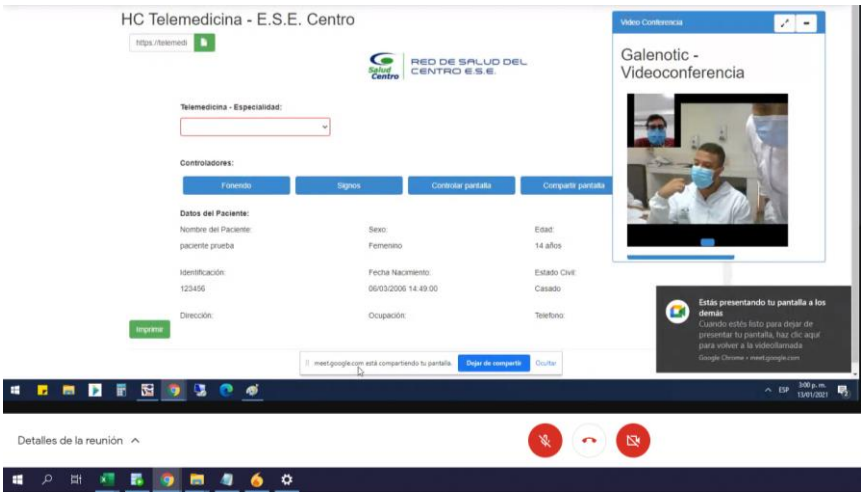
- Actualizaciones en SERVINTE se tiene al día en las mejoras informadas por el proveedor, como política se implementó al inicio de cada año en el POA del proceso colocar como mínimo 4 programaciones en el año para realizarlas.
- Se tienen integraciones con:
  - Laboratorios Roche (Terminada)
  - Sotelsalud (En Proceso)
  - Portimujer (Pausada)
  - Historia Clínica Municipal (Pausada por Cambio de Administración en SSD – pendiente renovación proveedor Infotic con secretaria de Salud distrital)
  - Historia Clinica Distrital (Terminada)



- Cambio de dueño de Carvajal paso a OSIGU a mediados del año 2023
- Proyecto de Telemedicina







- Implementación del pedido automático en Farmacia - Hospital

Soporte Técnico

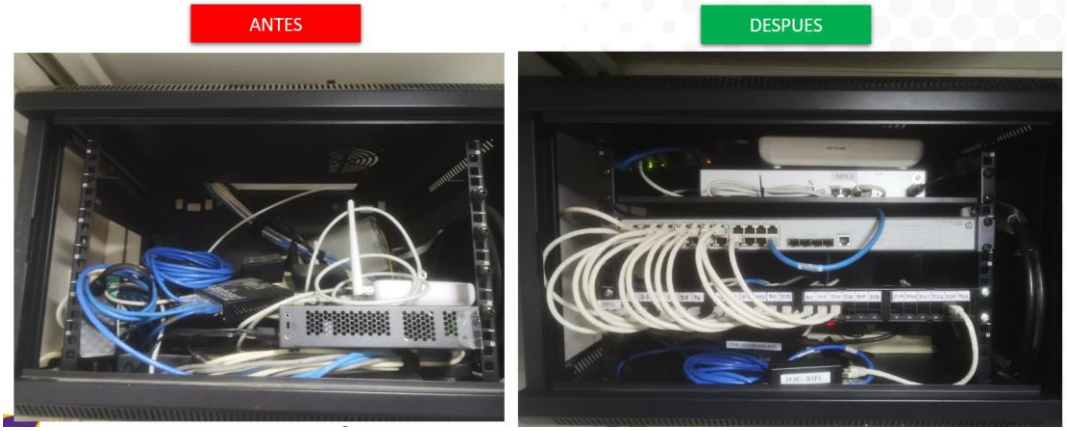
- Se cambio en el año 2021 el proveedor de equipos de cómputo e impresoras debido a que eran más robustos los dispositivos y a menor precio.
- Se tiene licenciamiento anual del antivirus con ESET
- Se realizaron los respectivos mantenimientos preventivos y correctivos a los dispositivos tecnológicos.
- Se realizo de manera anual la evaluación del MPESI
- Total de equipos a Diciembre de 2023

DISPOSITIVO	PROPIOS		ALQUILADOS		TOTAL	
	OCTUBRE	DICIEMBRE	OCTUBRE	DICIEMBRE	OCTUBRE	DICIEMBRE
EQUIPOS DE COMPUTO	198	198	345	342	**543**	**540**
IMPRESORAS	31	31	46	46	**77**	**77**
ESCANER	1	1	4	4	**6**	**6**

Infraestructura y Comunicaciones

- Migración del servidor de Roche a Triara de Claro a ConsulNetwork.
- Monitoreo a navegación indebida.
- Implementación de Wifi en todas las sedes
- Configuración nueva servidores de turneros de la ESE Centro (Julio 2022)
- Configuración nuevo servidor de Salud Mental migrado desde Saluvi

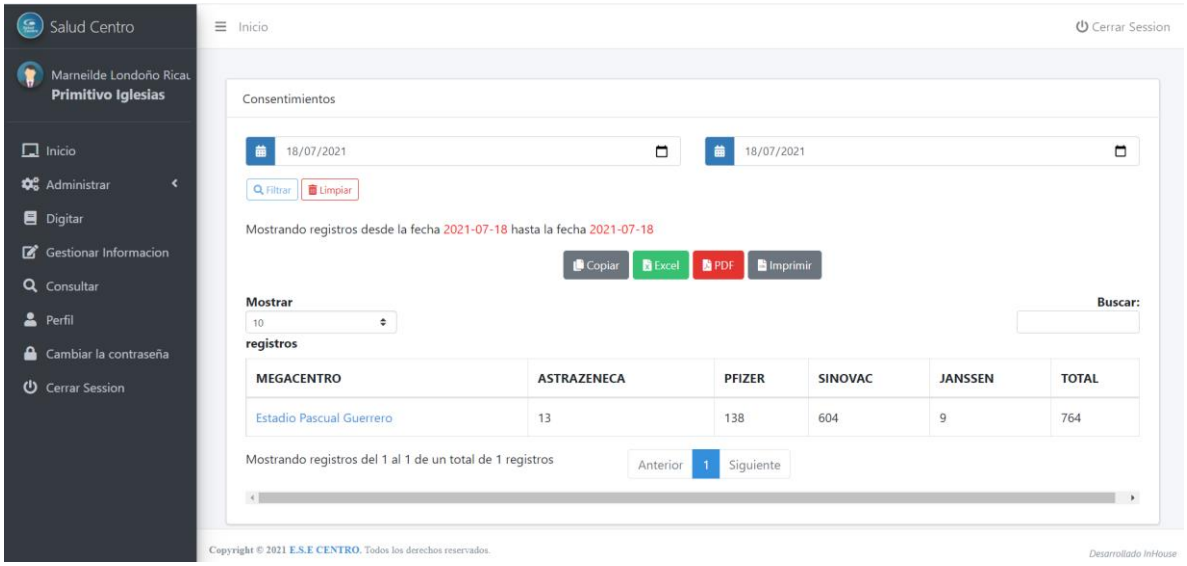
- Organización de Racks (2023)



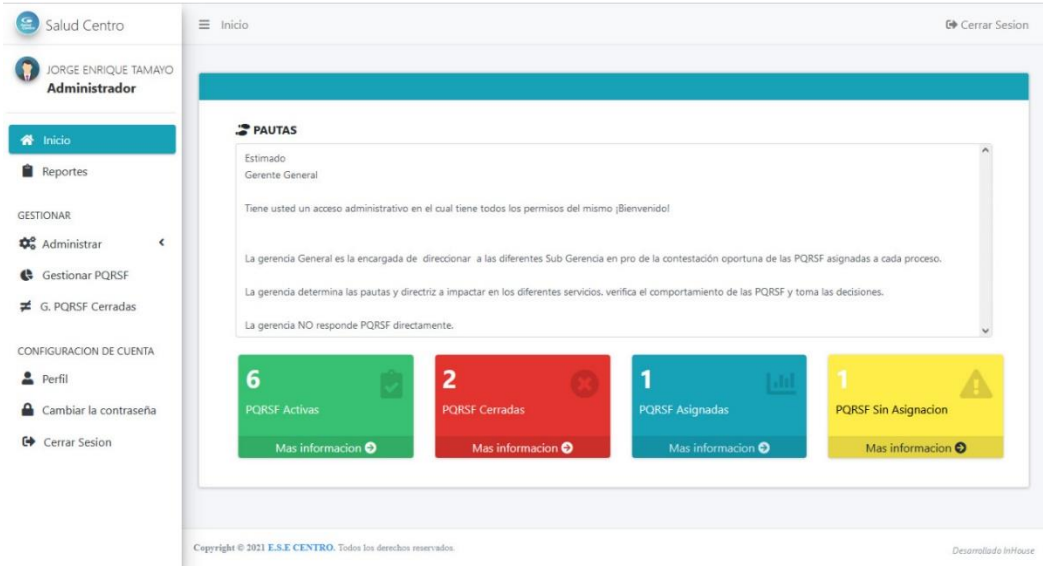
- Cambio del proveedor Claro a ConsulNetwork por constantes caídas en la red y/o servidores (Febrero 2024)

Desarrollado de Software

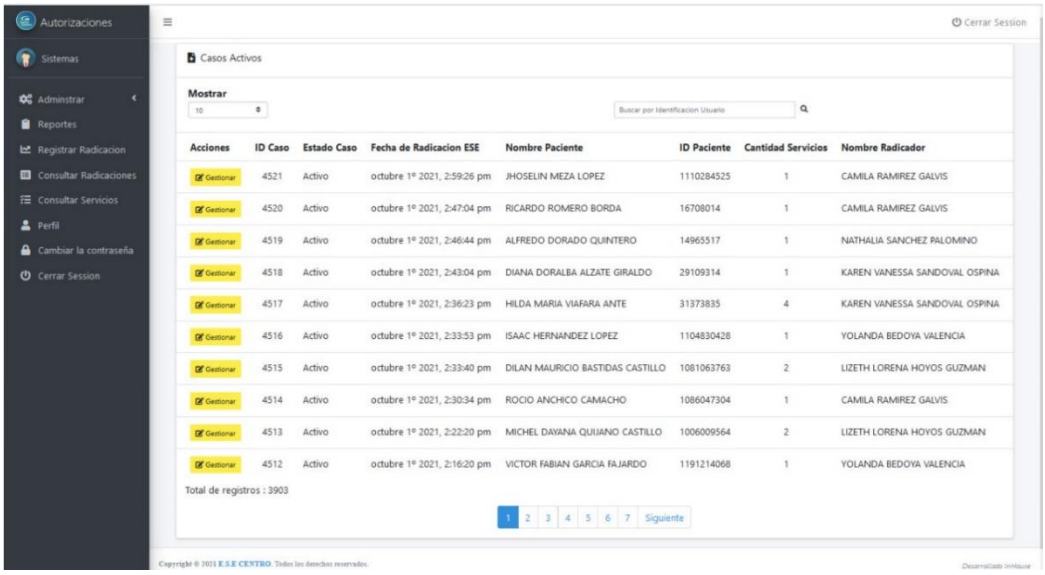
- Consentimiento Informado (Vacunación COVID-19): Trazabilidad de usuarios que se han vacunado en cada megacentro de acuerdo a biológico y dosis.



- PQRS: Constante comunicación con los usuarios, la plataforma genera alertas a los responsables de cada petición.



- Cubo (Autorizaciones): Mayor trazabilidad de las autorizaciones gestionados a los usuarios

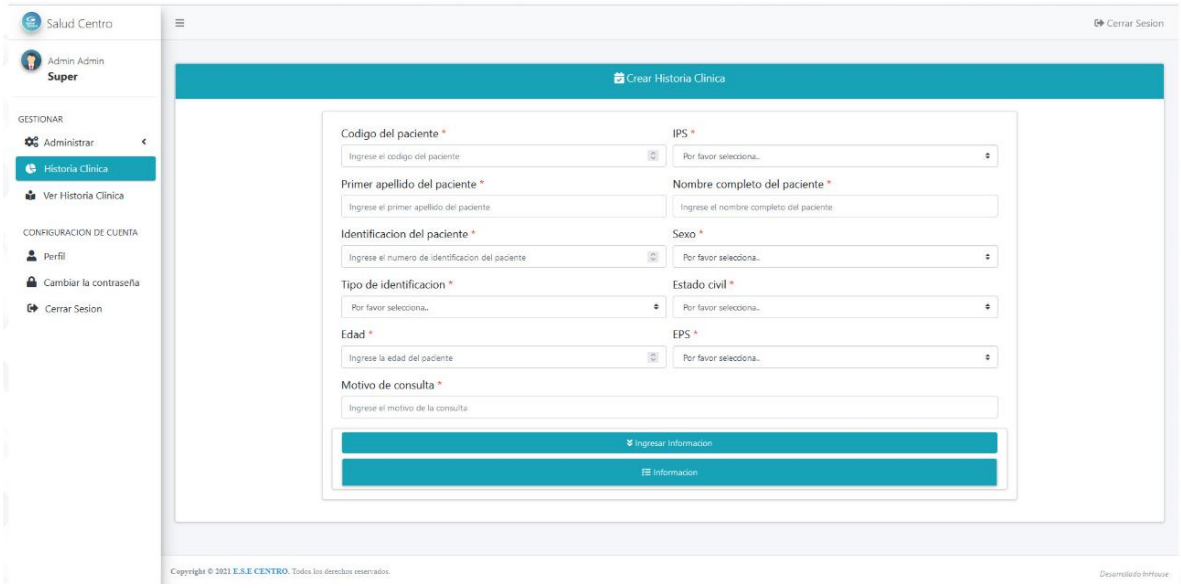


- Zoonosis: Registro de reportes de vacunación y esterilización para mascotas en la ciudad de Cali. Esta completada al 100% en su primera y segunda fase y se encuentra en producción con los Reportes de Esterilización, en espera 3 fase de variables epidemiológicas

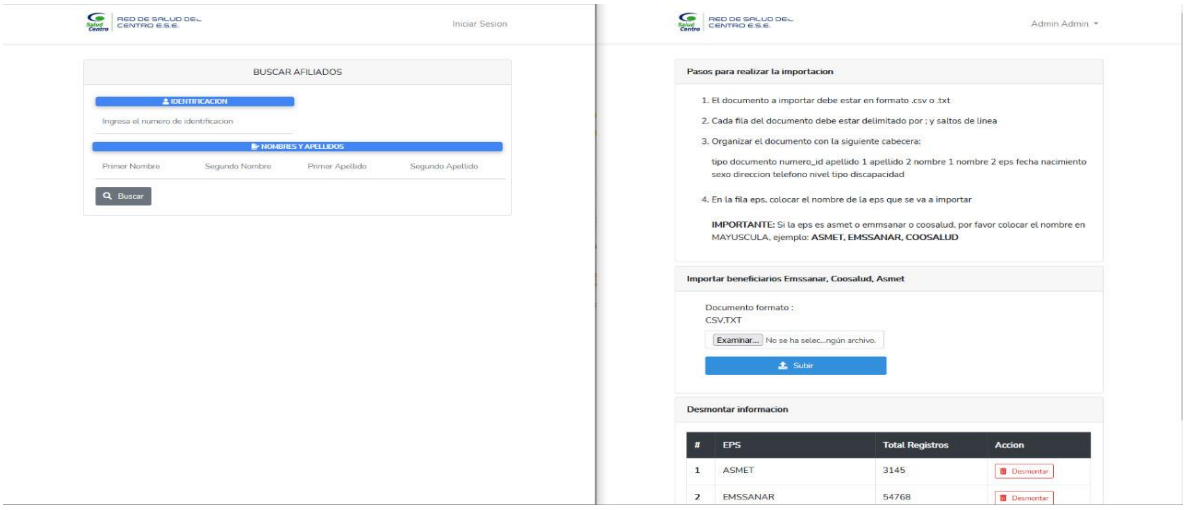


- Moodle
  - Ya cuenta con un enlace entrenamiento.saludcentro.gov.co y se ve por fuera de la red de Salud Centro.

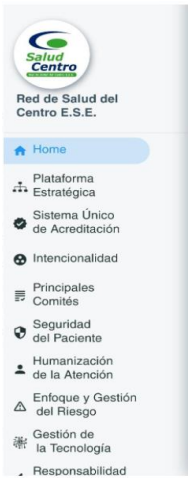
- Respaldo HC: Sistema realizado con la colaboración de Intrahospitalario “Dr. Cano” en donde va a quedar la Historia Clínica de Respaldo para atención Ambulatoria y de Urgencias (Triage, Evolución, Notas de Enfermería) y todo lo anterior va a tener impresión



- Validadores de Derechos: Permitir subir desde un archivo plano la actualización de las bases de dato de Capita.

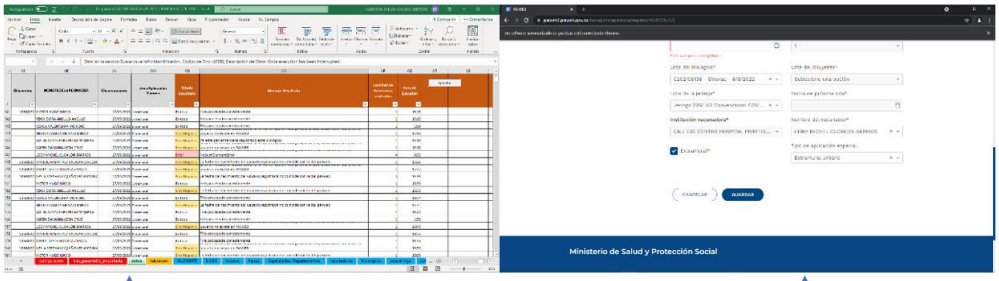


- App de SaludCentro: Aplicación móvil que muestra toda la información institucional incluyendo información de los ejes de acreditación con el objetivo de que todos los colaboradores tengan acceso a esta información. Esta completada en un 100%, esperando su lanzamiento oficial en la Play Store de Google (Android). Queda disponible en un futuro para ser lanzada en la App Store de Apple (IOS)





- RPA (Automatización Robótica de Procesos) : Se trata de una herramienta en Excel con lenguaje de programación Visual Basic, la cual hace crear iteraciones desde una hoja de calculo a través del navegador Chrome con Selenium - Vba



Excel

PaiWeb abierto desde el navegador Chrome

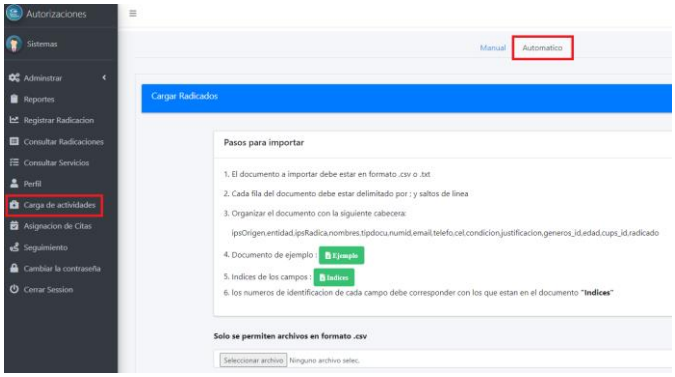


- *Página Web con plantillas de MINTIC*

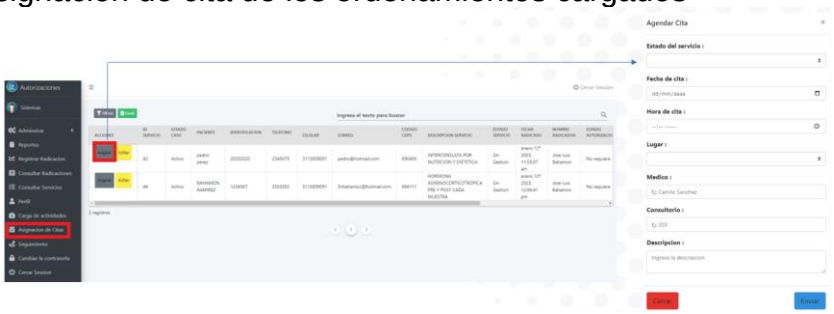


- *Mejoras de CUBO (Microredes)*

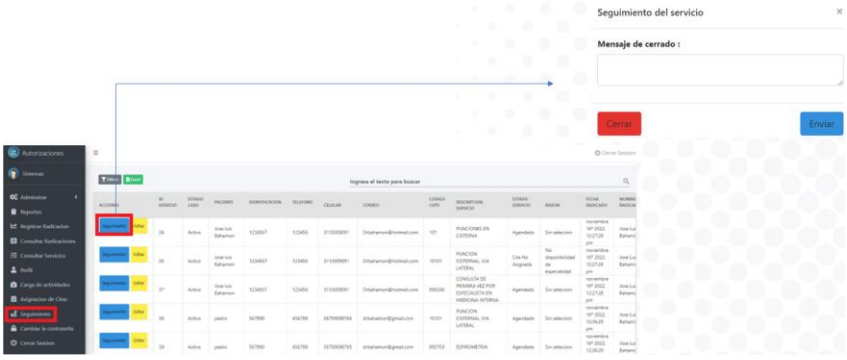
  Carga de ordenamiento a través de archivo plano



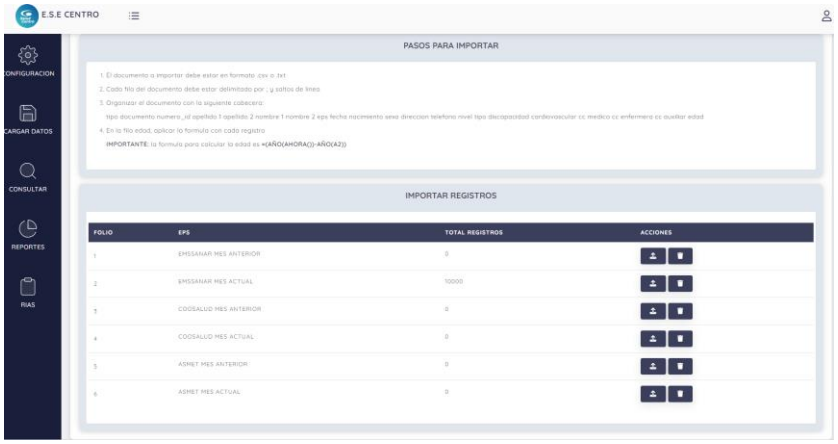
  Asignación de cita de los ordenamientos cargados



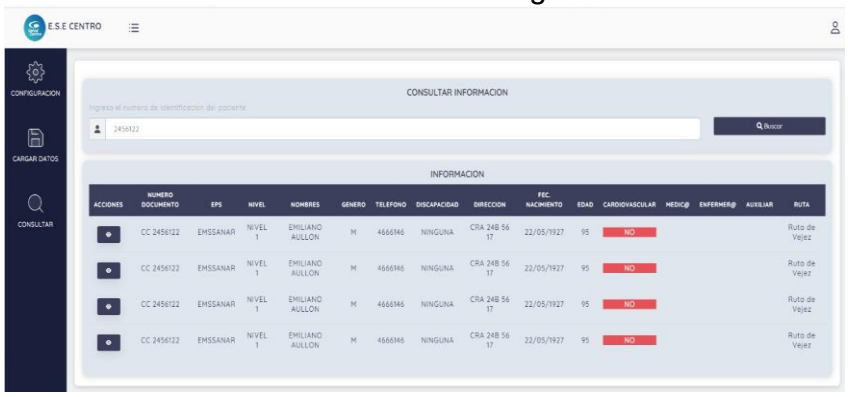
  Seguimiento a los ordenamientos cargados que aún no tiene cita



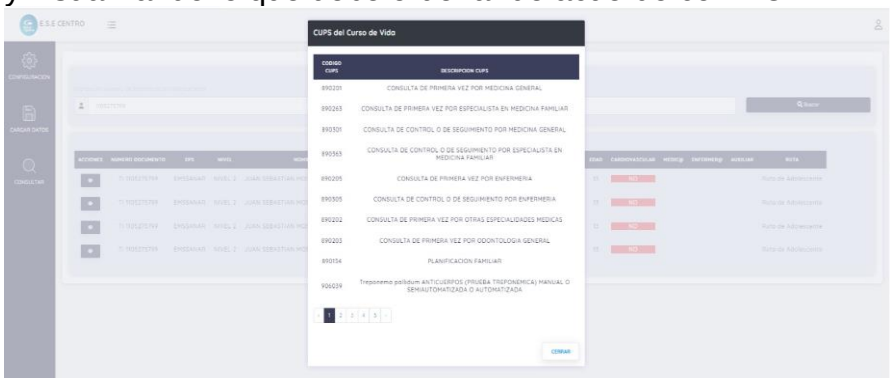
- Cohortes
  - Fase I – Base de Datos LMA



Consulta de usuarios marcando Riesgo Cardiovascular

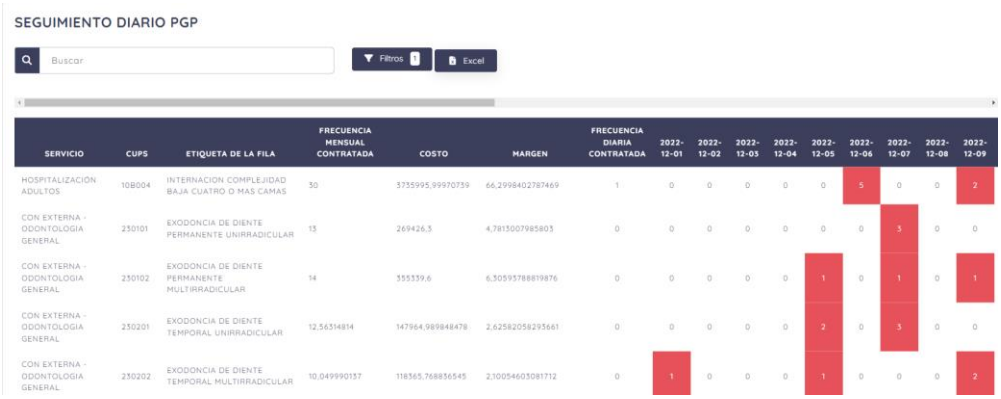


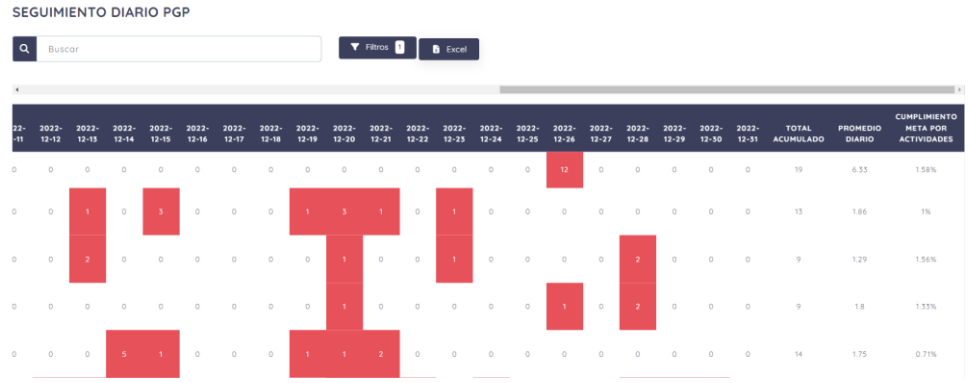
y visualizando lo que debe ordenar de acuerdo con RUTA



- Fase II – Seguimiento a PGP

  Se tiene la opción en el módulo de REPORTES el submódulo PGP para realizar el monitoreo del contrato a Emssanar por día.


SEGUIMIENTO DIARIO PGP
Buscar
Filtros
Excel
SERVICIO
CUPS
ETIQUETA DE LA FILA
FRECUENCIA MENSUAL CONTRATADA
COSTO
MARGEN
FRECUENCIA DIARIA CONTRATADA
HOSPITALIZACION ADULTOS
CON EXTERNA - ODONTOLOGIA GENERAL
INTERNACION COMPLEJIDAD BAJA CUATRO O MAS CAMAS
EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR
EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR
EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR
EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR


SEGUIMIENTO DIARIO PGP
Buscar
Filtros
Excel
TOTAL ACUMULADO
PROMEDIO DIARIO
CUMPLIMIENTO META POR ACTIVIDADES

RIAS

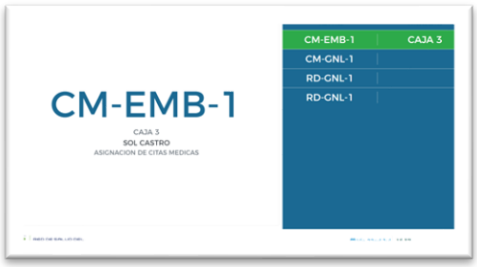

RUTA - ADOLESCENTE
TIPO DOCUMENTO
TI
NOMBRE EPS
EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD E.P.S
NOMBRE PACIENTE
YOSTIN QUINTERO RAMIREZ
SEXO
M
EDAD
15 AÃ±os
ACTIVIDAD
FINALIDAD
CENTRO PRODUCCION
890203 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL
906249 - Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS
890301 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL +
997106 - TOPICACION DE BARNIZ DE FLUOR
997310 - CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC
997301 - DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD +
997102 - APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO
990203 - EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD- POR ODONTOLOGIA



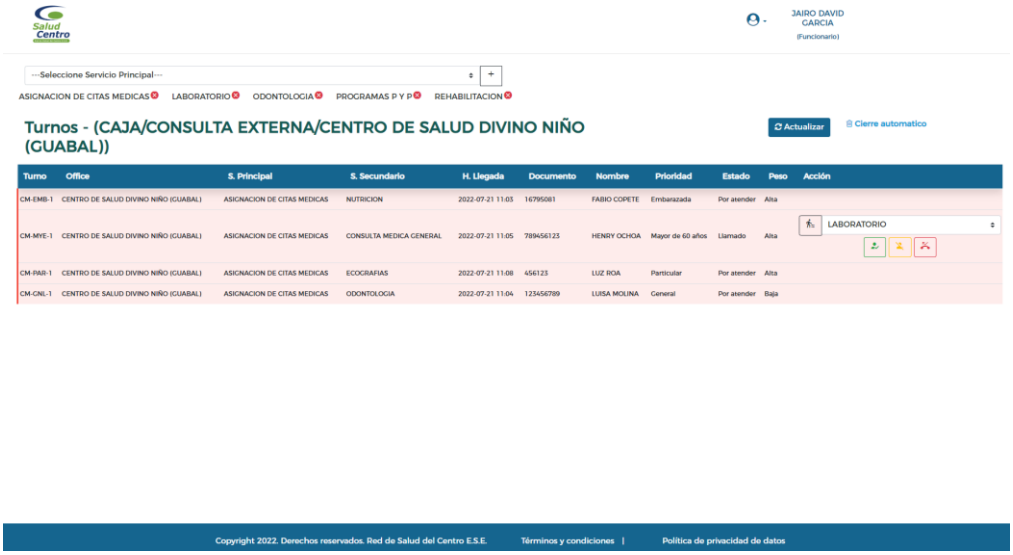


- Turneros propiedad ESE Centro





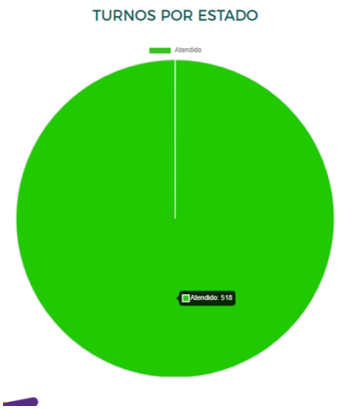
RED DE SALUD CENTRO ESE.
Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia. Cali - Valle
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16
E-mail: ese.centro@saludcentro.gov.co - atencion.usuario@saludcentro.gov.co
Nit. 805.027.261 - 3

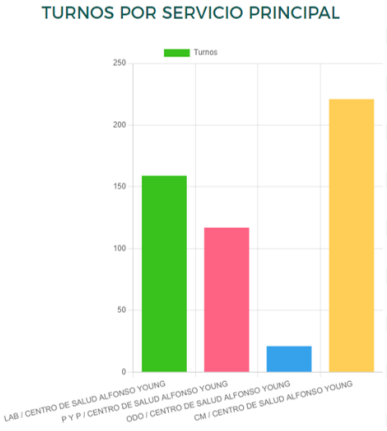


Permite hacer el llamado por medio del modulador de voz y se colocó el nombre del paciente con el turno reducido



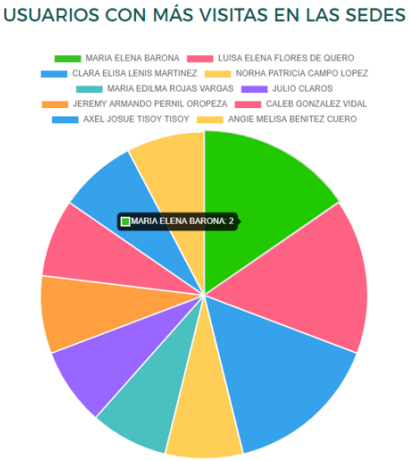
Mejora - Indicadores







Mejora - Indicadores

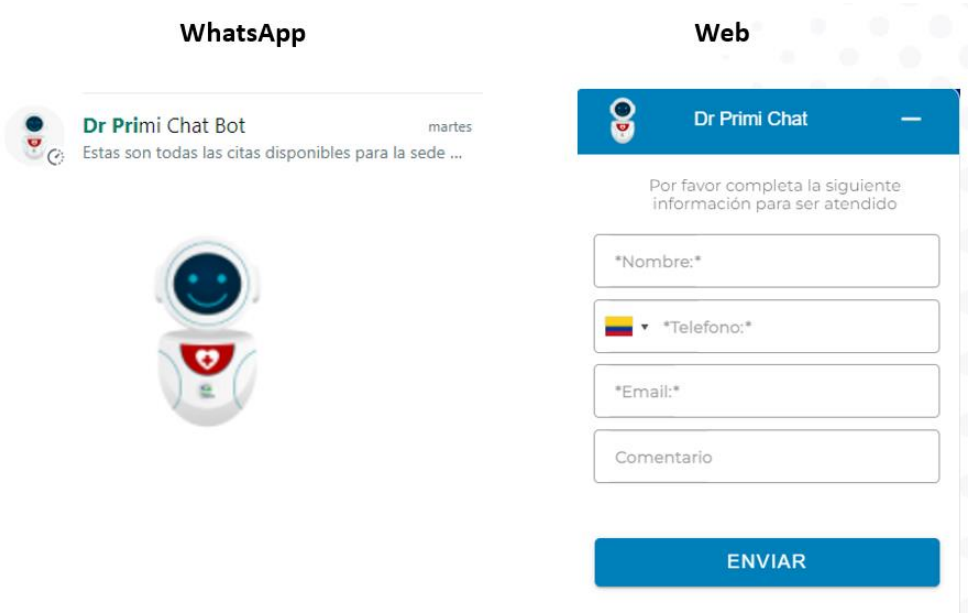


HORARIO MÁS CONCURRIDO POR SEDE Y KIOSKO

IPS / KIOSKO	N° DE VISITAS	RANGO DE HORARIO (Formato 24 horas)
CENTRO DE SALUD ALFONSO YOUNG / CONSULTA EXTERNA	226	06:00 - 07:59
CENTRO DE SALUD ALFONSO YOUNG / CONSULTA EXTERNA	167	08:00 - 09:59
CENTRO DE SALUD ALFONSO YOUNG / CONSULTA EXTERNA	92	10:00 - 11:59
CENTRO DE SALUD ALFONSO YOUNG / CONSULTA EXTERNA	21	12:00 - 13:59
CENTRO DE SALUD ALFONSO YOUNG / CONSULTA EXTERNA	12	14:00 - 15:59

- *Chat Bot – Dr. Primi*

  Es una aplicación para pedir citar a través de WhatsApp en donde se le da la facilidad al usuario para agendar, consultar o cancelar, este envía un mensaje de texto de confirmación al celular.

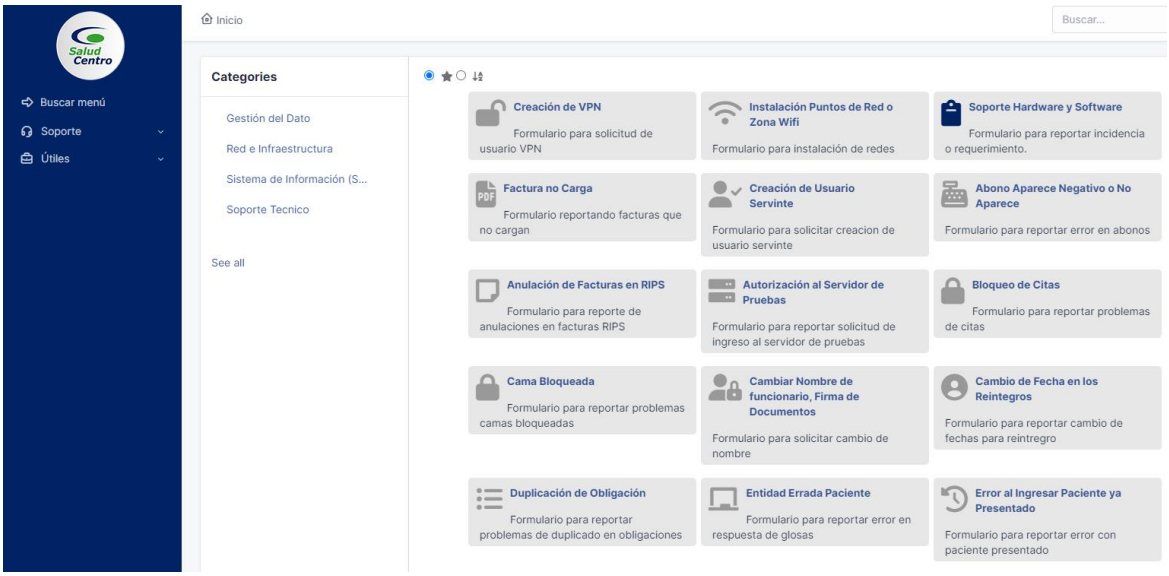


- RING

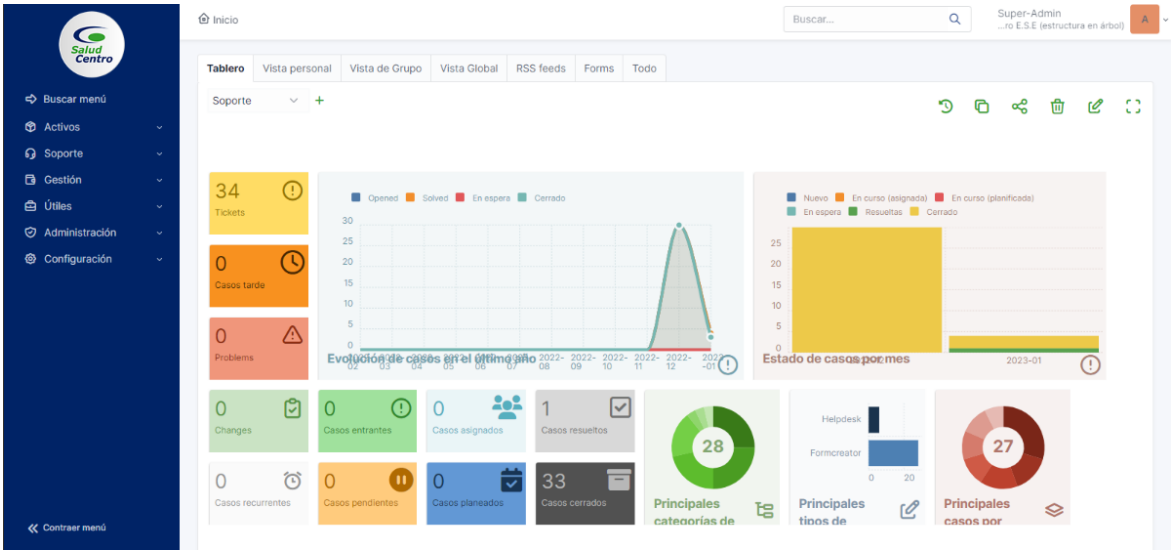
  Registro **I**ntegral de **N**ovedades a **G**enerar. La Nueva plataforma de Tickets – Mesa de Ayuda



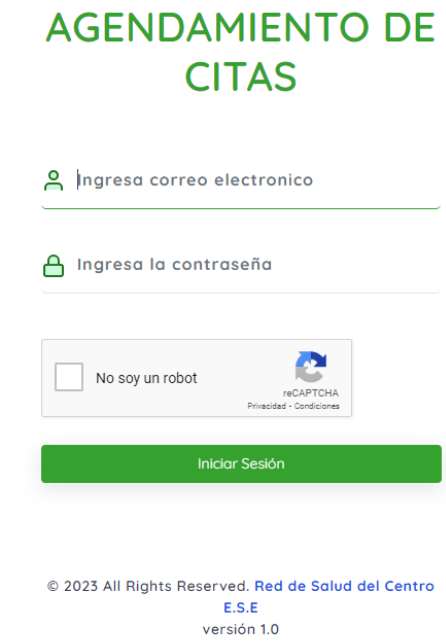
Con formularios personalizados en mejor apariencia



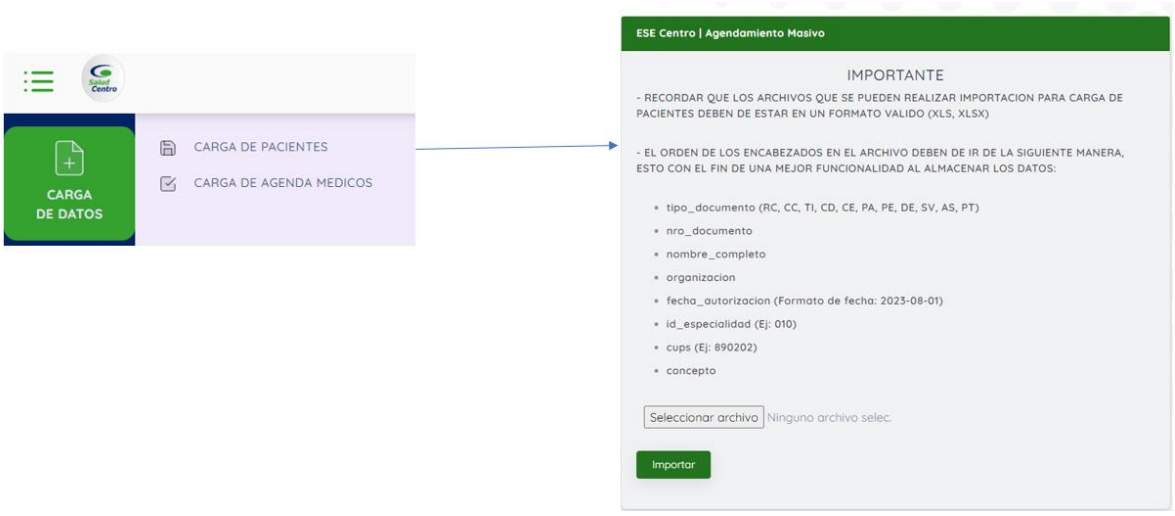
Tableros de mando para los lideres a los que les colocan RING (Recurso Físico – Comunicaciones – Portimujer y Gestión de la Información)



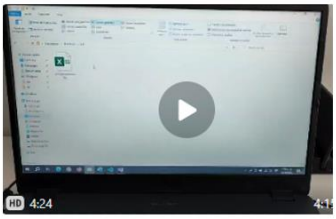
- Agendamiento de Citas Masivas



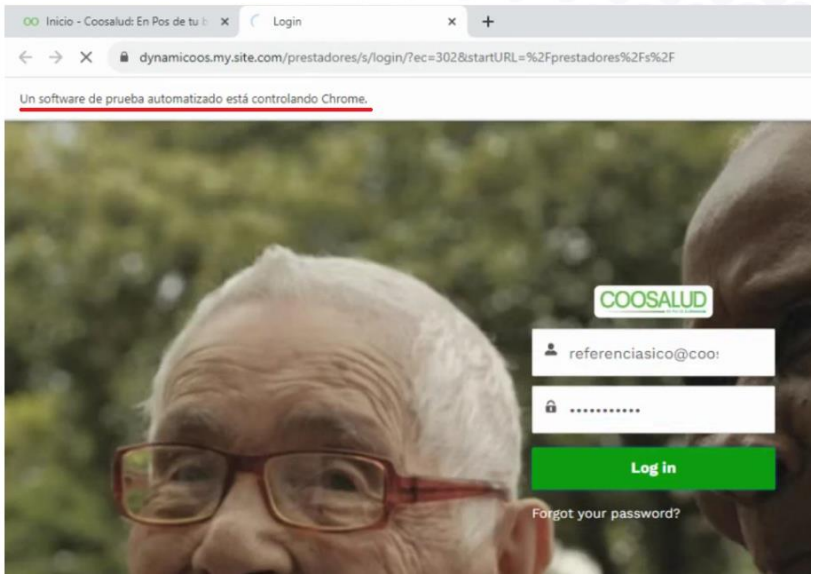




- RPA – Coosalud (Cargue de Autorizaciones)



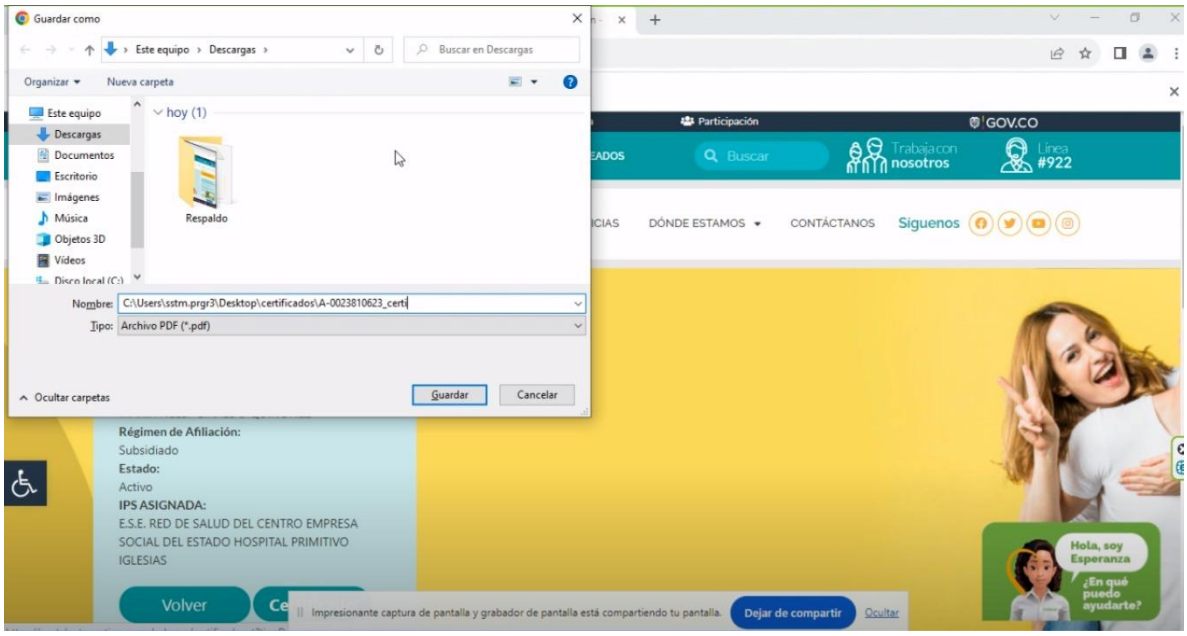




- RPA Nueva EPS – Cargue de Autorizaciones

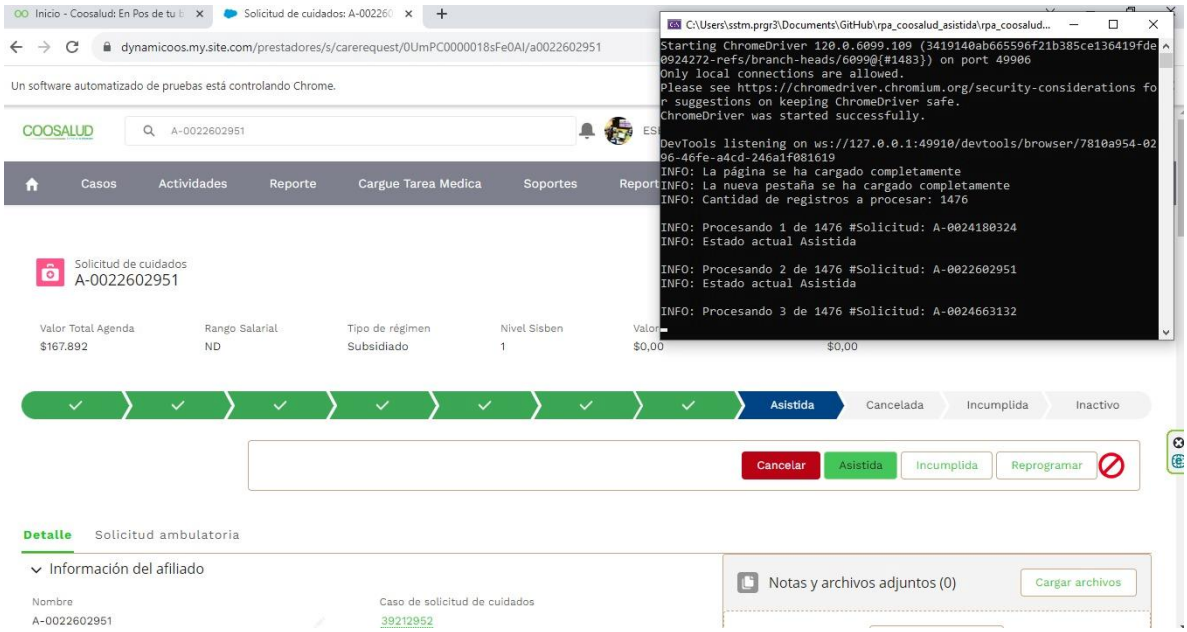


- RPA Coosalud – Descarga de Certificado de Afiliación



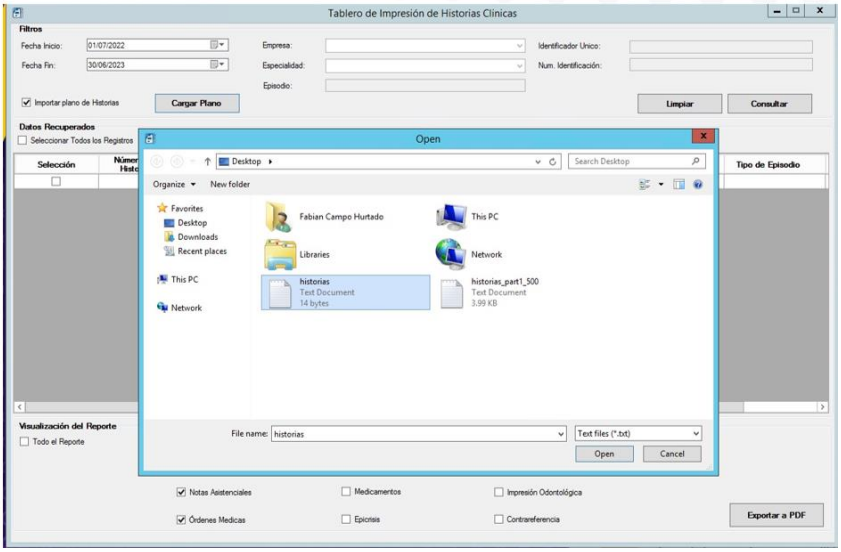


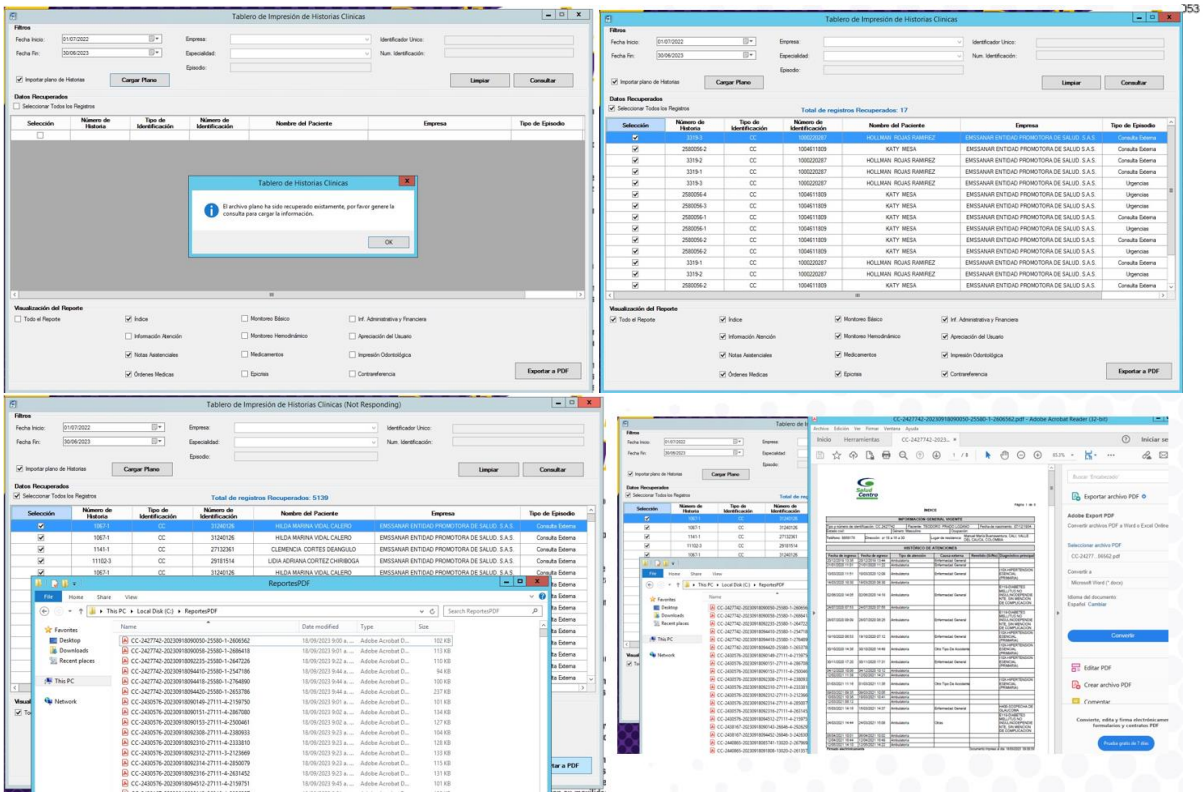
- RPA Coosalud – Cambio de Estado de Autorización



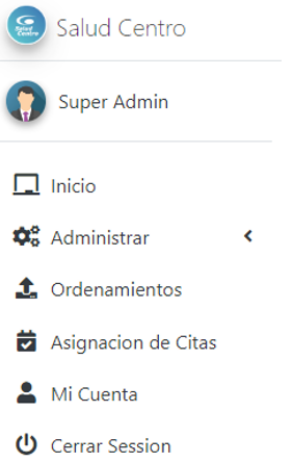
- Descarga de Historia Clinica Masiva







- Automatización de Cubo

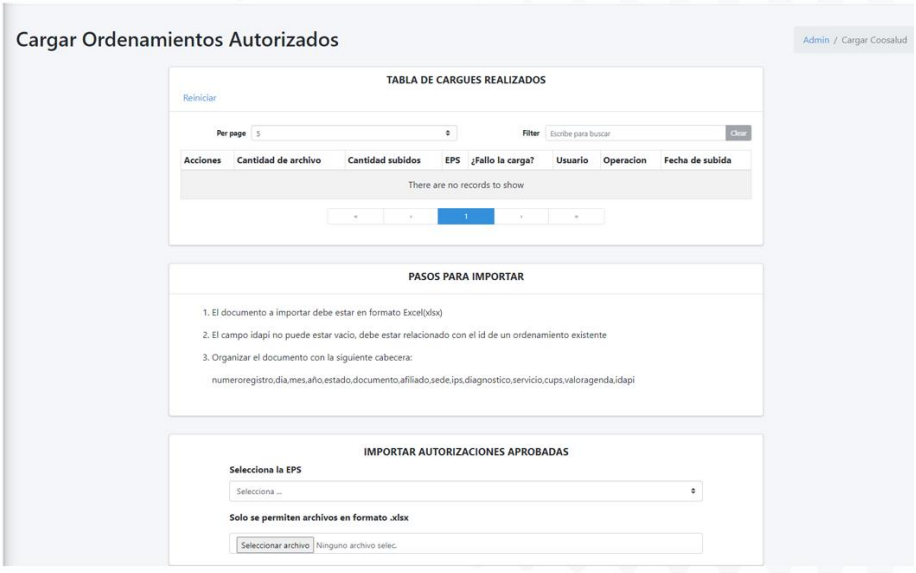


Va permitir hacer el cargue automático desde Servinte a Cubo de los ordenamientos, Cargue por archivo plano de las autorizaciones aprobadas, Asignación de citas por medio de archivo plano con envió de SMS de asignación de cita, Cargue masivo de decisión y cierre masivo de la orden cuando el paciente ya asistió a la cita.

- Cumplimiento de citas – Cargo Automático (En desarrollo)

Al ingresar un documento realiza validación en SERVINTE si el usuario se encuentra y toma los datos para registrarlos en el sistema de turneros.





- SERVINTE: ERP principal para manejo de historia clínica y facturación de la atención de los usuarios.
- SINERGY: Manejo de la nómina de la institución.
- CEN FINANCIERO: Software para manejo de la facturación electrónica
- QLICK BI: Software para manejo de la 202 (4505)
- ALMERA: Software para trazabilidad de indicadores y parte documental de la institución.
- LUMIER: Software para manejo de imágenes diagnósticas.
- ENTERPRISE: Software para manejo de los procedimientos del laboratorio.
- PORTIMUJER: Software para manejo del programa de portimujer, monitoreo de Citologías, Cervix, etc.
- SICO: Software para manejo de referencia y contrareferencia en Cali.

Gobierno del Dato

Proceso que se encarga de extraer y generar la información de todo lo que tiene que ver con contratos de las EPS, realiza acompañamiento a la generación de información de otras áreas, se generan datos estadísticos con indicadores.

- Informes para 2020

	INFORME	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
SANDRA HERNANDEZ													
	Vinculados	x	x	x	x	x	x						
	Extranjeros	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
	Desplazados	x	x	x	x								
	Emssanar	x	x	-	-	-	-	-	-	-			
Rips Capita	Coosalud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	19/12/2020	
	Medimas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	20/12/2020	
	Inpec	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Asmet Salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	15/12/2020	
	Todas las EPS	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Rip Evento	Emssanar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12/01/2021	12/01/2021
Bases	Emssanar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Coosalud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Medimas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Asmet Salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
4505	Vinculados	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
	Emssanar	2/06/2020	29/05/2020	28/05/2020	2/06/2020	8/06/2020	5/08/2020	26/08/2020	20/10/2020	22/10/2020	30/11/2020	12/01/2021	
	Coosalud	21/04/2020	15/05/2020	18/05/2020	26/05/2020	18/06/2020	15/07/2020	20/08/2020	18/09/2020	20/10/2020	30/11/2020	30/12/2020	5/01/2021
	Medimas	16/06/2020	16/06/2020	16/06/2020	16/06/2020	23/06/2020	5/08/2020	27/08/2020	16/10/2020	22/10/2020	30/11/2020	4/01/2021	4/01/2021
	Asmet Salud				3/06/2020	19/06/2020	31/07/2020	21/07/2020	18/09/2020	22/10/2020		5/01/2021	11/01/2021
	Mallamas	x	x	x	x	x	x	x					
	Calidad del dato	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Circulares	Cicular 030	-	-	-	x	-	-	x	-	x	-		
	Circular unica	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-		
	Circular 016	-	-	-	x	-	-	x	-	x	-		
	Circular 029	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-		
	Sarlaf	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
LMA	Analisis Lma	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
	Analisis Distribucion Poblacion	x	x	x	x	x	x	x			x		
Victimas	Atendidos Victimas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	14/12/2020	

	INFORME	Fecha a Enviar	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
JULIAN NARVAEZ						
Plantillas Nominales	Emssanar	Mensual - dia 3	5/10/2020	5/11/2020	3/12/2020	6/01/2020
Sisvan	Secretaria	Mensual - dia 5	4/10/2020	4/11/2020	4/12/2020	11/01/2021
Resolucion 521 - Covid	Mallamas	Semanal - Lunes	14/09/2020 - 21/09/2020	05/10/2020 - 26/10/2020	9/11/2020	07/12/2020 - 14/12/2020 - 22/12/2020
	Medimas	Mensual - dia 8	22/09/2020	07/10/2020 - 28/10/2020	9/11/2020	9/12/2020 - 12/01/2021
	Asmetsalud	Semanal - Miercoles	16/09/2020 - 30/09/2020		5/11/2020	15/12/2020
	Coosalud	Semanal - Miercoles	24/09/2020	28/10/2020	18/11/2020 - 25/11/2020	09/12/2020 - 16/12/2020
	Emssanar	Semanal - Lunes	11/09/2020 - 18/09/2020 - 25/09/2020 - 02/10/2020	05/10/2020 - 29/10/2020 - 04/11/2020	06/11/2020 - 09/11/2020 - 17/11/2020 - 23/11/2020	07/12/2020 - 14/12/2020 - 21/12/2020 - 28/12/2020
Cardiometabolico	Asmetsalud	Mensual - dia 5		10/11/2020	10/12/2020	13/01/2021
Hipertension	Todas las EPS	Anual - 5 Julio				
Vih	Todas las EPS	Anual - 5 Febrero				
Tb	Todas las EPS	Anual - 5 Febrero				
Gestantes	Todas las EPS	Anual - 5 Febrero				
Artritis	Todas las EPS	Anual - 5 Julio				
P y P	Indicadores	Mensual - dia 10	9/10/2020	10/11/2020	10/12/2020	14/01/2021
Tamizaje Cancer	Secretaria	A pedido				
Familias en Accion	DPN	A pedido				

		INFORME	Fecha a Enviar	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
52	FABIAN CAMPO						
53	Resolucion 1552	Coosalud	Mensual			9/12/2020	
54		Medimas	Mensual		11/11/2020	16/12/2020	
55		Emssanar	Mensual		12/11/2020	16/12/2020	
56		Mallamas	Mensual				
57	2193 - 256	ESE Centro	Mensual - dia 10	9/10/2020	11/11/2020	15/12/2020	8/01/2021
58	SIHO	Secretaria - Gobernacion	Trimestral	23/10/2020			
59	Cuadro de Mando	Gobernacion	Trimestral	4/11/2020			
60	PISIS - 256	Ministerio	Trimestral - dia 30	23/10/2020			
61	Acta sustentacion	Gobernacion	Trimestral	4/11/2020			

- Informes para 2021

2021	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Numero de informes enviados - General	26,0	45,0	47,0	51,0	49,0	40,0	45,0	38,0	38,0	50,0	41,0	28,0
Numero de informes a enviar - General	37,0	47,0	50,0	53,0	41,0	42,0	47,0	40,0	38,0	52,0	43,0	31,0
Numero de informes entregados de acuerdo a solicitud - General	70,3	95,7	94,0	96,2	119,5	95,2	95,7	95,0	100,0	96,2	95,4	90,3

Mostrando registros del 1 al 3 de un total de 3 registros Anterior 1 Siguiente

- Informes para 2022

2022	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Numero de informes enviados - General	54,0	60,0	52,0	55,0	57,0	55,0	61,0	64,0	55,0	67,0	69,0	64,0
Numero de informes a enviar - General	54,0	60,0	53,0	55,0	57,0	55,0	61,0	64,0	55,0	67,0	69,0	64,0
Numero de informes entregados de acuerdo a solicitud - General	100,0	100,0	98,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

- Informes para 2023

2023	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Numero de informes enviados - General	72,0	81,0	81,0	78,0	107,0	94,0	109,0	111,0	103,0	108,0	103,0	127,0
Numero de informes a enviar - General	72,0	81,0	81,0	78,0	107,0	94,0	110,0	111,0	104,0	109,0	104,0	127,0
Numero de informes entregados de acuerdo a solicitud - General	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,1	100,0	99,0	99,1	99,0	100,0

JHON JANNER	
202	Secretaria
	Emssanar
	Coosalud
	Asmet Salud
	Comfenalco EPS
	Nueva EPS
	Salud Total
	SOS
Circulares	Cicular 030
	GT003 ANUAL
	GT004 - Control Interno
	GT001 - Control Interno
	Circular 016 - FT004
	Circular 029
	Sarlaf
	Circular 019 - FT026 Juridico
	FT025 - Cartera Supersalud
	Politica de Participacion Social
	Circular 012 - Calidad
	FT0018 - Contador - Liquidez
	FT002 - Contador - Anual
	Cargue Divino Niño

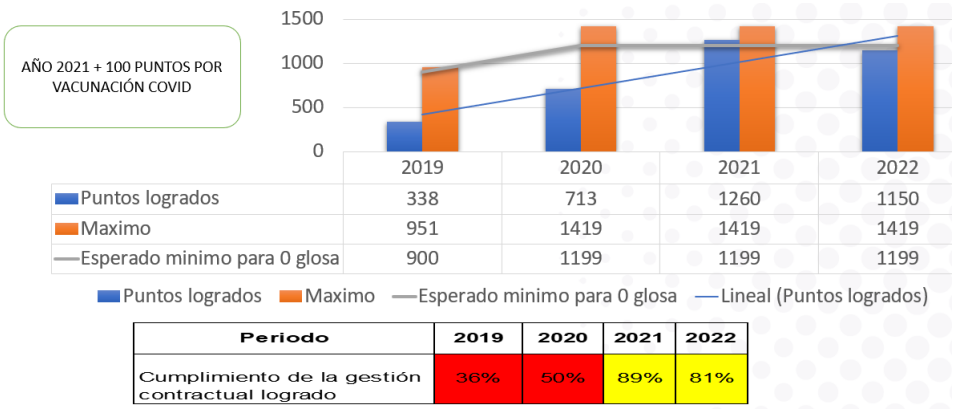
LINA CLAVIJO	
Plantillas Nominales - Emssanar	Bajo Peso al Nacer
	Alteraciones nutricionales
	Sobrepeso
	Anticoncepcion
	Preconcepcional
	sifilis congenita y Hepatitis B
	IVE
Vacunacion	Coosalud
	Emssanar
	Asmetsalud
Resolucion 1552	Coosalud
	Emssanar
	Mallamas
	Asmetsalud
	Salud Total
	Nueva EPS
256	Coosalud
	Nueva EPS
2193 - 256	ESE Centro
SIHO	Envio Distrito
	Distrito
Cuadro de Mando	Distrito
PISIS - 256	Ministerio
Nominal Discapacidad	Asmetsalud
Victimas	Atendidos Victimas VCA

SERGIO		
Resolucion 521 - Covid	Coosalud	Semanal - Miercoles
	Emssanar	Semanal - Lunes
Sisvan	Secretaria	Mensual - dia 5
Rips Capita	Extranjeros	
	Circular 9943	
	PPNA(Vinculados/desplazados)	
Planificacion, Citologia - VPH	Emssanar	
Plantillas Nominales - Emssanar	Serologia - VIH	
	ECNT	
Victimas	Asmetsalud	
Bases	Emssanar	
	Coosalud	
	Asmet Salud	
	Nueva EPS	
	Emssanar - Contributivo	

ANDRES	
Tamizajes Hepatitis B y C	Emssanar
GESTANTES SIN VIH	Asmetsalud
	Emssanar
	Mallamas
	Nueva EPS
CERVIX	Asmetsalud
RIPS	TODAS LAS EPS
	Seceretria de Salud
	Circular 5566
	Victimas - SSD
Plantillas Nominales - Emssanar	Hepatitis B
	Asesoria VIH
	CA Cuello Uterino
	Maternidad
	Tamizaje Hepatitis B y C
Nominal Maternidad	Coosalud
	Emssanar
LMA	
SGD - Salud Sexual	SSD
Base Gestastes MPN	Asmetsalud
Saud Mental	

DIANA	
Prestador Primario	Emssanar
RCCVM - Tamizajes - AR - EPOC e ICC	Asmetsalud
SaludMental y violencia	Asmetsalud
Nominal Cardiovascular	Todas las EPS - Subgerentes
Seguimiento Metas de P y P	
Nomical CAC Cardiovascular	Coosalud

- Indicadores Emssanar – FENIX



Periodo	2019	2020	2021	2022
Cumplimiento de la gestión contractual logrado	36%	50%	89%	81%

- Seguimiento PGP Emssanar
- SIBEO
  Campañas de Recordatorio de Citas
  Campañas para búsqueda de pacientes y demanda inducida (Citología, Cardovascular)

Acreditación

Oportunidades de mejora de ICONTEC 2022

SEGUIMIENTO	TOTAL	EJECUCION
Oportunidades de Mejora	5	47%
Acciones de Mejoramiento	23	
Ejecutadas	11	
En Desarrollo	12	
No Iniciado	0	

Se aumento en 0.2 la evaluación del ICONTEC para gerencia de la información

Oportunidades de mejora de ICONTEC 2023

SEGUIMIENTO	TOTAL	EJECUCION
Oportunidades de Mejora	5	100%
Acciones de Mejoramiento	22	
Ejecutadas	22	
En Desarrollo	0	
No Iniciado	0	

Autoevaluación de Acreditación 2022

SEGUIMIENTO	TOTAL	EJECUCION
Oportunidades de Mejora	23	33%
Acciones de Mejoramiento	75	
Ejecutadas	25	
En Desarrollo	41	
No Iniciado	34	

Autoevaluación de Acreditación 2023

SEGUIMIENTO	TOTAL	EJECUCION
Oportunidades de Mejora	21	68%
Acciones de Mejoramiento	**124**	
Ejecutadas	84	
En Desarrollo	8	
No Iniciado	32	

Quejas

Año 2022

TIPO DE PQRS	CANTIDAD
CHAT BOT	21
TURNEROS	5
CAIDA DEL SISTEMA - RED	2
TOTAL	**28**

Año 2023

TIPO DE PQRS	CANTIDAD
SISTEMA DE INFORMACION	1
IMPRESORA	4
TURNERO	3
CHAT BOT	6
CALL CENTER (NO ES DE SISTEMAS)	1
TOTAL	**15**

1.9. OBRAS PÚBLICAS Y PROYECTOS EN PROCESO

- Durante el mes de marzo del 2021, se inauguró la IPS OBRERO dicha obra se ejecutó con alrededor de $10 mil millones de pesos. La IPS se entregó con equipos biomédicos nuevos, salas y estructuras amigables, aspectos que lo convierten en un hospital verde.



- En agosto del 2022 se realizó el cambio de sede del SICO “SISTEMA INTEGRADO DE COMUNICACIONES, cuya función principal es realizar la referencia y contra referencia de pacientes de las dos empresas administradoras de planes de beneficios de salud (EAPB) del régimen subsidiado más importantes de la ciudad, con su respectivo despacho de



- ambulancias y la operación del CRUE DISTRITAL y línea 106.

- En el año 2023 se realizó la intervención de obra civil de la IPS GUABAL, esta gestión con recursos del Ministerio de Salud y recursos de la ESE CENTRO.



- Desde el 2020 al 2023 se han renovado seis ambulancias y actualmente se tienen los recursos para adquirir 4 ambulancias, todo esto con proyectos presentados y aprobados por el Ministerio de salud y la secretaria Distrital. (Ambulancias Básicas y Medicalizadas).



- Desde el 2018 se iniciaron las acciones para remodelar el Hospital Primitivo Iglesias, luego de múltiples gestiones a nivel Local, Departamental y Nacional, se asignaron mediante la resolución 1832 del 2023 $30.000.000.000 de pesos (Noviembre del 2023), los recursos fueron entregados a la ESE CENTRO, en el mes de enero del 2024 y reposan en las cuentas de la entidad, desde dicho momento se han realizado los pasos necesarios para el inicio de la obra, pero el Consejo Superior de Política Fiscal, CONFIS no ha aprobado la incorporación de los recursos al presupuesto ni las vigencias futuras, las cuales fueron presentadas y aprobadas por la Junta Directiva de la entidad.



A continuación, detalla el avance de la licitación pública No 001-2024:

Desde el día 5 de febrero de 2024 se publicó el proceso LC-001-2024, cuyo objeto es : FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS DE SANTIAGO DE CALI, MEDIANTE LA DEMOLICION CONSTRUCCION Y ACABADOS CON EL FIN DE AMPLIAR LA CAPACIDAD INSTALADA DE LA INSTITUCION HOSPITALARIA, por valor de VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS ($29.652.766.905.00), plazo 24 meses, modalidad de contratación, licitación pública utilización de pliegos tipo con fundamento en el artículo 56 Ley 2195 de 2022.

Actualmente, el proceso se encuentra en etapa de respuesta a observaciones, y la fecha próxima para publicar es 29 de abril de 2024 los documentos que contienen respuesta a las observaciones al Proyecto de Pliego de Condiciones y la Expedición y publicación acto administrativo de apertura del proceso de selección.

Es relevante mencionar que conforme al artículo 6 de la ley 1882 de 2018[1] el proceso LP-001-2024 se publicó sin certificado de disponibilidad presupuestal (CDP), por lo cual, para realizar la actuación denominada "Apertura del proceso" se deberá contar con el mismo; de igual manera, deberá publicarse Acuerdo de Junta Directiva que autoriza vigencias futuras de acuerdo al plazo del presente proceso.

Link del proceso:

https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.5586406&isFromPublicArea=True&isModal=False

Cada una de las actuaciones surtidas, así como los documentos del proceso se podrán visualizar en la plataforma SECOP II.

Resumen de proyectos

AÑO	N RESOLUCION	GENERA INGRESO	CONCEPTO RESOLUCION	VALOR	ESTADO
2020	3374	MINISTERIO DE SALUD	DOTACION PARA SERVICIO DE URGENCIAS "AMBULANCIAS"	$ 800,000,000	EJECUTADO
2020	3373	MINISTERIO DE SALUD	ADECUACION IPS OBRERO	$ 4,590,000,000	EJECUTADO
2020	202041450300033791	SECREATRIA DE SALUD	DOTACION MOBILIARIO CLINICO POR CONTINGENCIA COVID	$ 337,018,502	EJECUTADO
2020	202041450300033791	SECREATRIA DE SALUD	EQUIPAMENTO BIOMEDICO POR CONTINGENCIA COVID	$ 862,981,498	EJECUTADO
2020	753-2020	MINISTERIO DE SALUD	FORTALECER CAPACIDAD DE OFERTA PUBLICA	$ 1,971,388,000	EJECUTADO
2021	4145.010.27.1.0028.2021	SECRETARIA DE SALUD	DOTACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS	$ 949,508,915	EJECUTADO

[1] Ley 1882 de 2018, ARTÍCULO 6. Adiciónese un parágrafo al artículo 8 de la Ley 1150 de 2007, e cual quedara así:(...) PARÁGRAFO. No es obligatorio contar con disponibilidad presupuestal para realizar la publicación del proyecto de Pliego de Condiciones

AÑO	N RESOLUCION	GENERA INGRESO	CONCEPTO RESOLUCION	VALOR	ESTADO
2021	ADICION 4145.010.27.1.0028-2021	SECRETARIA DE SALUD	DOTACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS	$ 149,896,083	EJECUTADO
2021	4145.010.27.1.0069.2021	SECRETARIA DE SALUD	DOTACION AMBULANCIAS	$ 200,000,000	EJECUTADO
2021	1833-2021	MINISTERIO DE SALUD	ADQUISICION DE AMBULANCIAS	$ 500,000,000	EJECUTADO
2022	4145.010.27.1.0028-2022	SECRETARIA DE SALUD	DOTACION EQUIPAMIENTO	$ 388,773,455	EJECUTADO
2022	4145.010.27.1.0043-2022	SECRETARIA DE SALUD	DOTACION MOBILIARIO CLINICO	$ 824,076,545	EJECUTADO
2023	2772-2022	MINISTERIO DE SALUD	ADECUACION IPS DIVINO NIÑO	$ 294,000,000	EJECUTADO
2023	1733-2023	MINISTERIO DE SALUD	FORTALECIMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICOS Y DE MOBILIARIO CLINICO EN AMBULANCIAS	$ 1,585,311,223	EJECUTADO
2023		SECRETARIA DE SALUD	DOTACION EQUIPAMIENTO	$ 530,000,000	EJECUTADO
2023	1832-2023	MINISTERIO DE SALUD	REPOSICION DEL HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS DE LA RED DE SALUD DEL CENTRO DISTRITO DE SANTIAGO DE CALI	$ 30,000,000,000	SIN EJECULAR
2023	2058-2023	MINISTERIO DE SALUD	ADQUISICION DE AMBULANCIAS	$ 1,190,000,000	EN EJECUCION

Actualmente se presentaron ante el Ministerio de Salud Ministerio de Salud y Protección Social, Subdirección de Infraestructura en Salud los siguientes proyectos de infraestructura y están en proceso de revisión y aprobación.

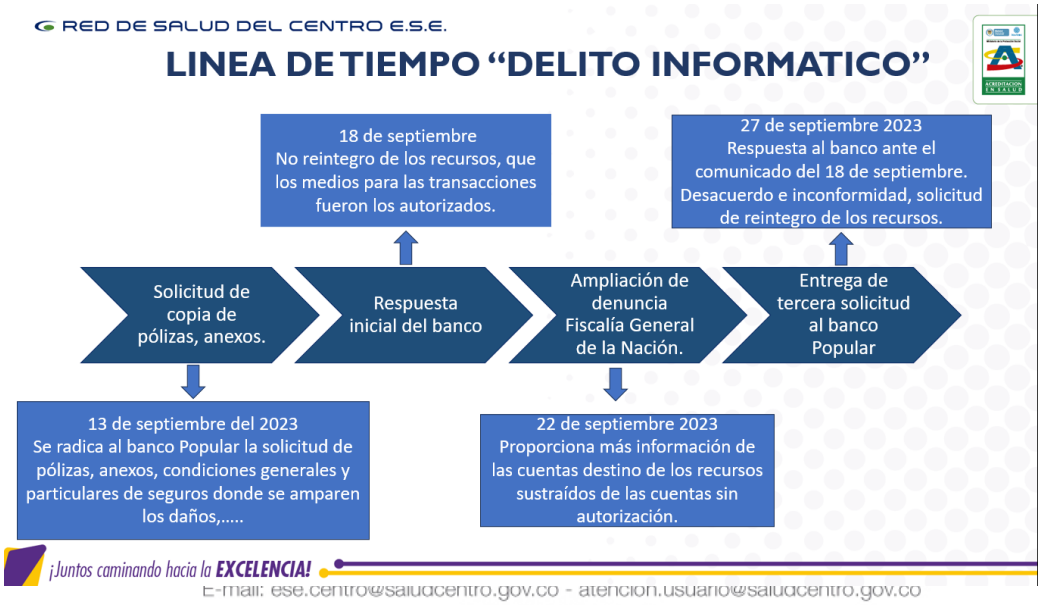
NOMBRE DE LA IPS	VALOR DEL PROYECTO
CENTRO DE SALUD AGUA BLANCA	$ 560. 812. 920
CENTRO DE SALUD BELALCAZAR	$ 649.860. 194

2. EN GENERAL, LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SITUACIÓN ADMINISTRATIVA, DESARROLLO, CUMPLIMIENTO O EN SU CASO DESVIACIÓN DE PROGRAMAS Y DEMÁS INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN RELATIVA QUE SEÑALE EL REGLAMENTO Y/O MANUAL DE NORMATIVIDAD CORRESPONDIENTE

Línea de tiempo DELITO CIBERNETICO.

Se deja constancia de la gestión realizada ante el delito cibernético el cual fue victima la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E, donde el 18 de agosto del 2023 de sus cuentas bancarias se debitaron sin autorización $ 823.981.000 pesos, actualmente dichos recursos se encuentran registrados en los estados financieros como partida conciliatoria.





RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

LINEA DE TIEMPO "DELITO INFORMATICO"



¡Juntos caminando hacia la **EXCELENCIA!**

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

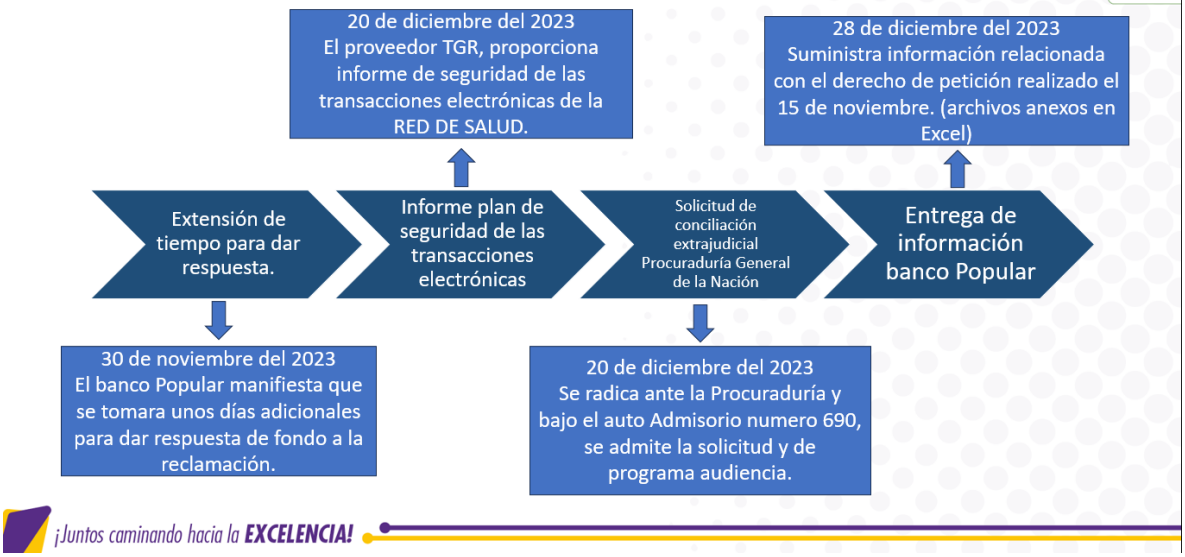
LINEA DE TIEMPO "DELITO INFORMATICO"



¡Juntos caminando hacia la **EXCELENCIA!**

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

LINEA DE TIEMPO "DELITO INFORMATICO"



¡Juntos caminando hacia la **EXCELENCIA!**

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

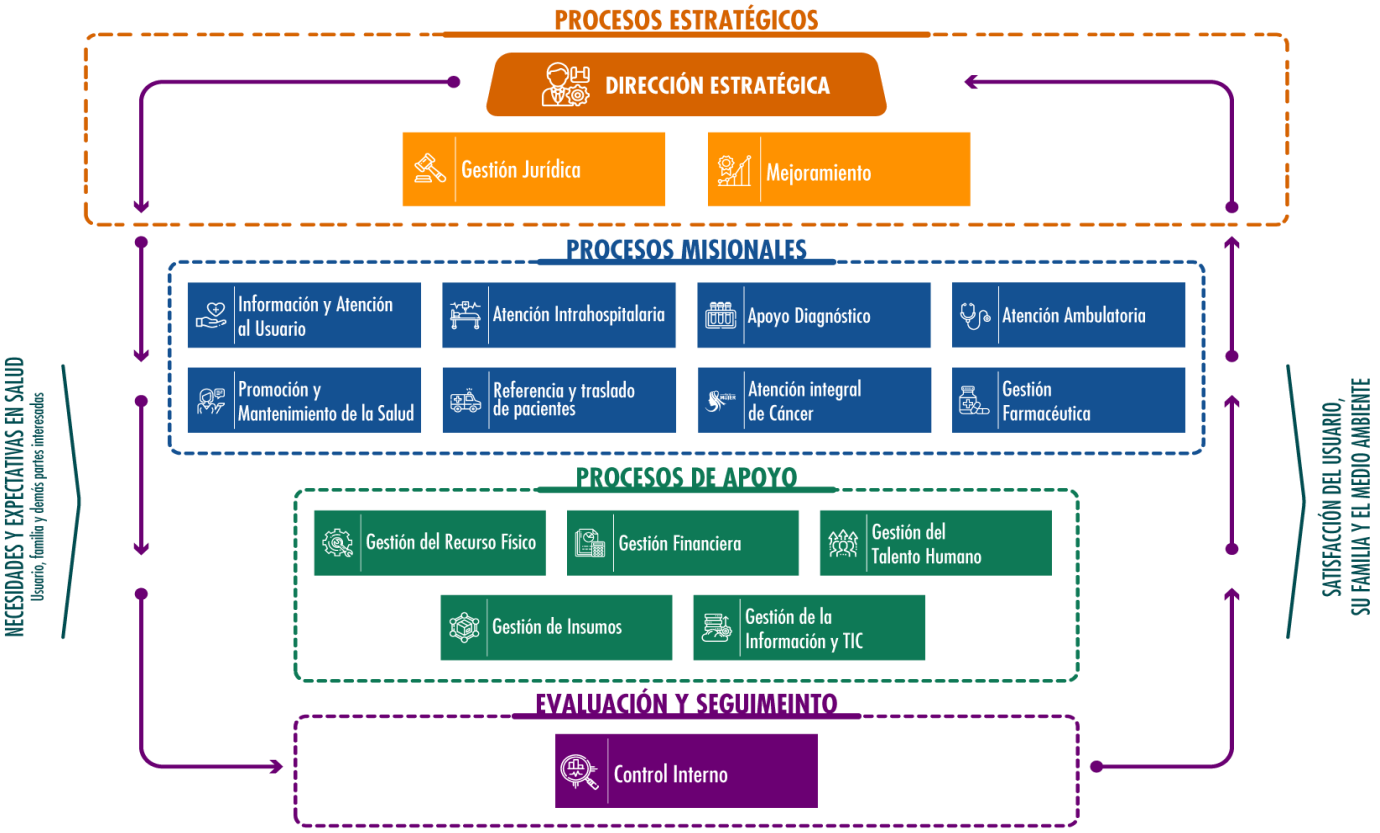
LINEA DE TIEMPO "DELITO INFORMATICO"



¡Juntos caminando hacia la **EXCELENCIA!**

3. MEJORAMIENTO

3.1 MAPA DE PROCESOS



El área de calidad está estructurada de la siguiente manera:

LIDER DE CALIDAD

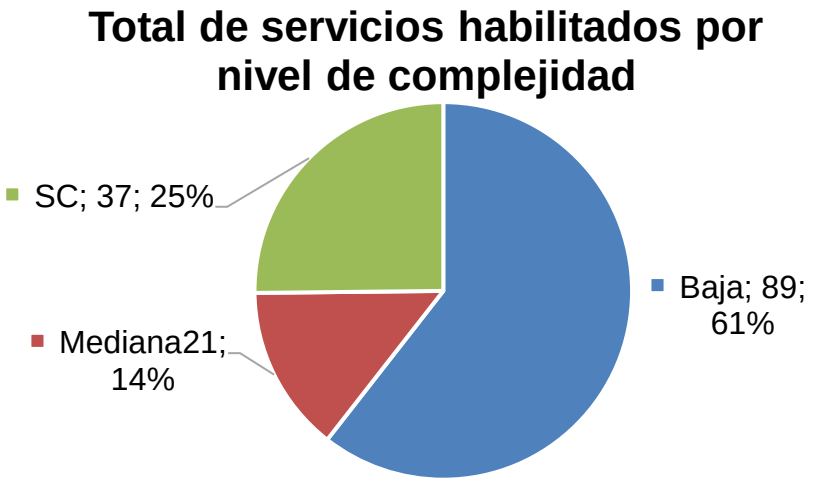
AUDITORÍA MÉDICA	SEGURIDAD DEL PACIENTE	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL
1 Profesional tiempo completo 1 Profesional medio tiempo (compartido con seguridad del paciente)	Referente de seguridad del paciente tiempo completo Referente de farmacovigilancia medio tiempo	1 Profesional De Apoyo - tiempo completo

3.2 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

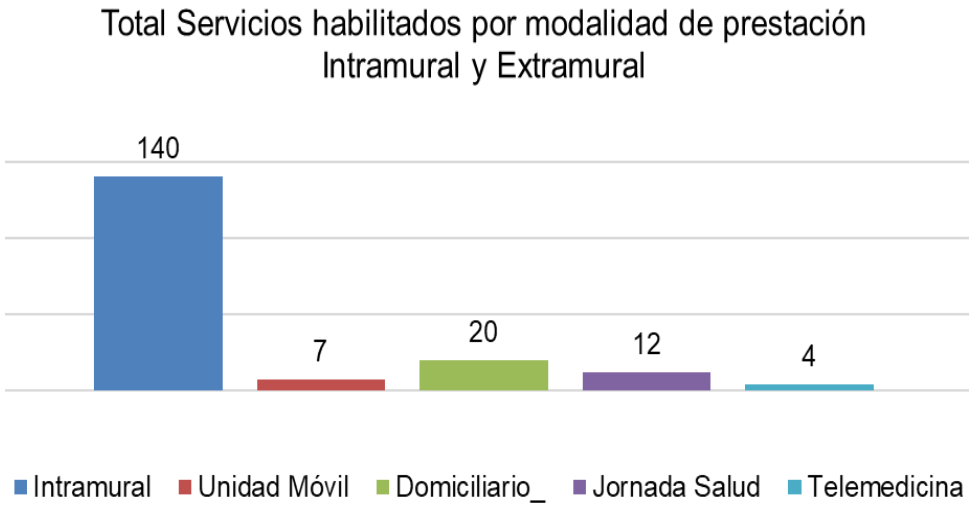
3.2.1 HABILITACIÓN

La Red de Salud del Centro cuenta con los siguientes servicios habilitados:

- Servicios Habilitados = 147
- Servicios Prestados = 147



Los servicios habilitados son en su mayoría de baja complejidad (61%). Es de aclarar que todos los servicios habilitados se están prestando actualmente.



Los servicios en su mayoría se prestan bajo la modalidad intramural; sin embargo, en el 2023 se fortalecieron los servicios extramurales teniendo en cuenta las actividades de atención primaria en salud.

Capacidad Instalada

CAPACIDAD	UNIDAD	CANTIDAD
AMBULANCIAS	Básica	19
	Medicalizada	5
CAMAS	Adultos	8
	Atención del Parto	6
	Pediátrica	4
CAMILLAS	Observación Adultos Hombres	3
	Observación Adultos Mujeres	3
	Observación Pediátrica	3
CONSULTORIOS	Consulta Externa	174
	Urgencias	4
SALAS	Partos	1
	Procedimientos	9
UNIDAD MOVIL	Unidad Móvil	3

Servicios Habilitados Por Sede

SEDE	SERVICIO
CENTRO DE SALUD AGUA BLANCA	Enfermería
	Medicina general
	Odontología general
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Vacunación
CENTRO DE SALUD ALFONSO YOUNG VALERO	Enfermería
	Medicina familiar
	Medicina general
	Odontología general
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Vacunación

SEDE	SERVICIO
CENTRO DE SALUD BELALCAZAR	Enfermería
	Medicina general
	Odontología general
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Vacunación
CENTRO DE SALUD CRISTOBAL COLON	Enfermería
	Fisioterapia
	Ginecobstetricia
	Medicina familiar
	Medicina general
	Nutrición y dietética
	Odontología general
	Pediatría
	Psicología
	Radiología odontológica
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Vacunación
CENTRO DE SALUD DIEGO LALINDE	Enfermería
	Ginecobstetricia
	Laboratorio citologías cérvico-uterinas
	Laboratorio clínico
	Laboratorio de histotecnología
	Medicina general
	Odontología general
	Patología
	Psicología
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Vacunación
CENTRO DE SALUD EL RODEO	Enfermería
	Medicina general
	Nutrición y dietética
	Odontología general
	Psicología
	Radiología odontológica
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Vacunación
CENTRO DE SALUD LUIS H. GARCES	Atención prehospitalaria
	Enfermería
	Fisioterapia
	Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje
	Ginecobstetricia

SEDE	SERVICIO
	Medicina general
	Medicina interna
	Odontología general
	Psicología
	Terapia ocupacional
	Terapia respiratoria
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Transporte asistencial básico
	Transporte asistencial medicalizado
	Vacunación
CENTRO DE SALUD OBRERO	Enfermería
	Laboratorio clínico
	Medicina general
	Nutrición y dietética
	Odontología general
	Pediatría
	Psicología
	Psiquiatría
	Radiología odontológica
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Vacunación
CENTRO DE SALUD PANAMERICANO	Dermatología
	Enfermería
	Medicina general
	Odontología general
	Psicología
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Vacunación
CENTRO DE SALUD RAMIRO GUERRERO	Enfermería
	Medicina familiar
	Medicina general
	Medicina interna
	Odontología general
	Rehabilitación oral
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Vacunación
CENTRO DE SALUD SANTIAGO RENGIFO	Enfermería
	Medicina general
	Odontología general
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Vacunación

SEDE	SERVICIO
HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	Atención del parto
	Dermatología
	Enfermería
	Ginecobstetricia
	Hospitalización adultos
	Hospitalización paciente crónico sin ventilador
	Hospitalización pediátrica
	Imágenes diagnosticas - ionizantes
	Laboratorio clínico
	Medicina general
	Nutrición y dietética
	Odontología general
	Oftalmología
	Ortodoncia
	Periodoncia
	Psicología
	Psiquiatría
	Radiología odontológica
	Servicio farmacéutico
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Urgencias
	Vacunación
PUESTO DE SALUD DOCE DE OCTUBRE	Enfermería
	Medicina general
	Odontología general
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
	Vacunación
PUESTO DE SALUD EL DIVINO NIÑO	Enfermería
	Medicina general
	Odontología general
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Vacunación
PUESTO DE SALUD LA PRIMAVERA	Enfermería
	Medicina general
	Odontología general
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Vacunación
PUESTO DE SALUD PRIMITIVO CRESPO	Enfermería
	Medicina general
	Odontología general
	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
	Vacunación

Teniendo en cuenta la necesidad de disminuir barreras de atención, optimizar la capacidad instalada de las sedes y avanzar en estrategias que permitan fortalecer las rutas integrales de atención se hace necesario habilitar algunas especialidades en IPS diferentes al Hospital Primitivo Iglesias; encontrando como barrera el estudio de red dado que se definieron servicios básicos según tipología de las sedes. **Es importante solicitar a la Secretaría de Salud de Salud Distrital su intervención ante el Ministerio con el fin de que se reevalúe el estudio de Red** de tal manera que facilite el cumplimiento de las rutas integrales de atención.

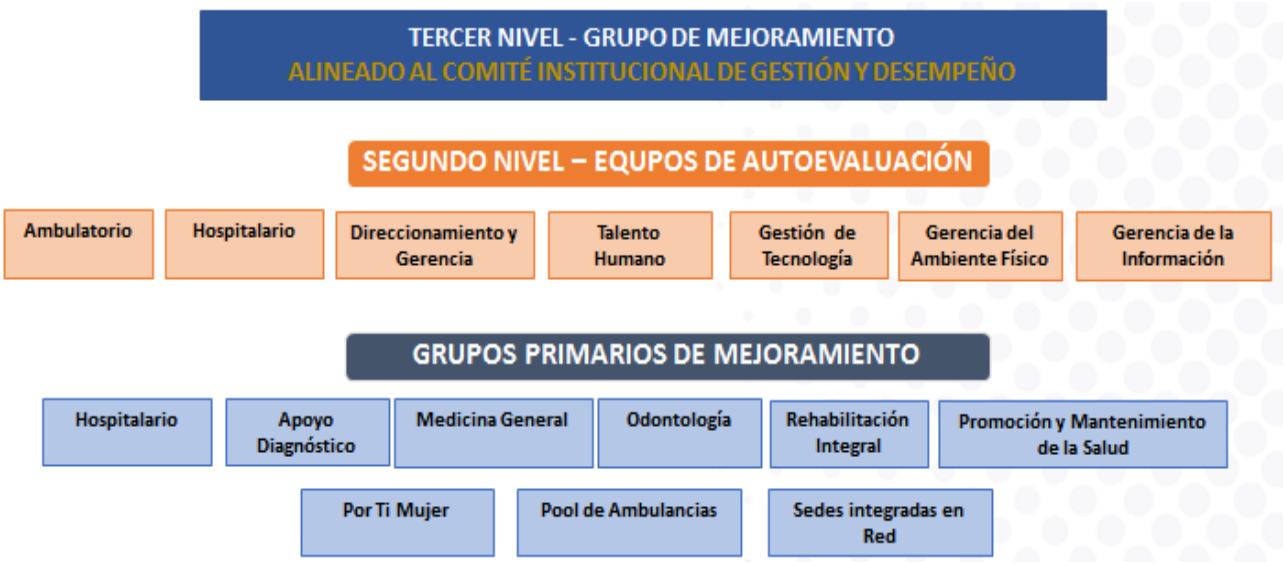
También la apertura de especialidades en IPS pequeñas teniendo en cuenta la demanda aporta en el equilibrio financiero.

3.2.2 SISTEMA UNICO DE ACREDITACION

La Red de Salud del Centro ESE recibió el reconocimiento como institución acreditada desde el año 2018 y en dos visitas de seguimiento y visita de nuevo ciclo se ha logrado mantener dicho reconocimiento.

Para avanzar en la implementación de los estándares de acreditación se han designado líderes por eje y se ha conformado la estructura de mejoramiento de la siguiente manera:

Estructura de Mejoramiento



Cada grupo cuenta con un líder y una frecuencia de reuniones definida. Estos grupos participan en la autoevaluación de estándares de acreditación, gestionan las oportunidades de mejoramiento según las diferentes fuentes de mejora y apoyan en el despliegue de los estándares de acreditación y acciones de mejora en las diferentes sedes que representan.

Líderes Por Eje de Acreditación



Sistema Integrado de Gestión

La institución adquirió la herramienta de gestión integral ALMERA con el fin de facilitar la administración y articulación de fuentes de mejora, así como fortalecer la organización de la gestión documental.

La herramienta de gestión es administrada por el área de calidad. A continuación, se muestran los módulos que conforman el sistema; así:

Ingreso a la plataforma

https://sgi.almeraim.com/sgi/?conid=sgiesecentro







Módulos Implementados



Autoevaluación De Estándares De Acreditación

Cada año la institución realiza la autoevaluación de los estándares de acreditación. Actualmente se está realizando la autoevaluación de la vigencia 2023.

A continuación, se muestran los resultados alcanzados en cada vigencia; así:

	Calificación										
Grupo de estándares	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Atención al cliente asistencial	1.6	2.4	2.9	3.1	3.3	3.2	3.3	3.6	3.6	3.5	**3.6**
Direccionamiento	1.7	2.5	3.0	3.4	3.7	3.1	3.5	3.8	3.8	3.7	**3.6**
Gerencia	1.7	2.5	2.9	3.2	3.5	3.1	3.6	3.8	3.8	3.7	**3.7**
G. talento humano	1.7	2.3	2.8	3.1	3.3	3.0	3.4	3.6	3.6	3.7	**3.7**
G. ambiente físico	1.7	2.3	2.4	3.2	3.5	3.05	3.1	3.4	3.4	3.5	**3.6**
Gestión de tecnología	1.7	1.7	2.3	2.6	2.79	3.0	3.1	3.4	3.4	3.5	**3.5**
G. información	1.6	1.8	3.2	3.7	3.3	3.01	3.2	3.3	3.3	3.6	**3.6**
Mejoramiento de la calidad	1.7	2.2	3.6	3.7	3.5	3.08	3.7	3.8	3.8	3.7	**3.3**
TOTAL	**1.65**	**2.3**	**2.9**	**3.3**	**3.3**	**3.1**	**3.4**	**3.6**	**3.6**	**3.6**	**3.6**

Resultados De La Evaluación Externa de Acreditación

Acorde a la ruta crítica el ICONTEC ha realizado diferentes evaluaciones con el fin de garantizar la implementación del modelo de acreditación. En las siguientes tablas se muestran los resultados de las evaluaciones realizadas desde el otorgamiento, visitas de seguimiento y evaluación de nuevo ciclo.

Resultados Estándares Asistenciales

GRUPO DE ESTÁNDARES	EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA 2017	EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA 2018	PRIMERA VISITA DE SEGUIMIENTO 2020	SEGUNDO SEGUIMIENTO 2022	NUEVO CICLO 2023
Servicios Hospitalarios	2,7	3,2	3,3	**3,4**	**3,5**
Servicios Ambulatorios	2,7	3,3	3,5	3,5	3,5
Rehabilitación	2,7	3,2	3,3	**3,4**	**3,6**
Servicio de Odontología	2,9	3,2	3,3	3,4	3,4
Servicio de Laboratorio Clínico	2,9	3,4	3,5	3,6	3,6
Imágenes Diagnósticas y Terapéuticas	2,8	3,4	3,6	3,7	3,7
Sedes Integradas en Red	2,9	3,2	3,4	3,5	3,5
TOTAL ESTÁNDARES ASISTENCIALES	**2,8**	**3,3**	**3,4**	**3,5**	**3,54**

Resultados Estándares de Apoyo

GRUPO DE ESTÁNDARES	EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA 2017	EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA 2018	PRIMERA VISITA DE SEGUIMIENTO 2020	SEGUNDO SEGUIMIENTO 2022	NUEVO CICLO 2023
Direccionamiento	2,9	3,3	3,4	**3,5**	**3,7**
Gerencia	2,9	3,3	3,5	**3,4**	**3,6**
Gerencia del Talento Humano	2,8	3,1	3,2	3,3	3,3
Gerencia del Ambiente Físico	2,9	3,1	3,1	**3,2**	**3,6**
Gerencia de la Información	2,5	3,0	3,1	**3,3**	**3,5**
Gestión de Tecnología	2,6	3,0	3,1	**3,3**	**3,5**
TOTAL ESTÁNDARES DE APOYO	**2,8**	**3,2**	**3,23**	**3,4**	**3,53**
ESTÁNDAR DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD					
Mejoramiento de la calidad servicios asistenciales	2,6	3,3	3,4	3,4	3,5
Mejoramiento de la calidad servicios de apoyo	2,6	3	3,1	3,2	3,4
TOTAL ESTÁNDARES MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	2,6	3,2	3,25	3,3	3,45
TOTAL GRUPOS DE ESTÁNDARES	**2,7**	**3,2**	**3,32**	**3,4**	**3,52**

La institución recibió el informe de visita de nuevo ciclo el día 22 de marzo de 2024. A continuación, se describen la fortalezas y principales oportunidades de mejoramiento identificadas por la Junta de Acreditación.

Principales Fortalezas Identificadas Por El Ente Acreditador En La Visita De Evaluación De Nuevo Ciclo.

- Se resaltó la importancia de la red para la ciudad con una cobertura importante de servicios a población pobre y vulnerable para la cual los servicios ofrecidos constituyen el acceso inicial a los servicios de salud.
- Se destacó el compromiso de la junta directiva, la gerencia y los colaboradores de las diferentes unidades con el proceso de mejoramiento continuo de la calidad, el cumplimiento de requisitos, estándares y criterios de la acreditación en salud, el cierre de brechas y oportunidades de mejora planteadas en la visita anterior.
- Se resaltó el mantenimiento de la certificación ISO 45001 para algunas de las sedes, el incremento de las inversiones en programas de seguridad y salud en el trabajo y demás acciones relacionadas con la seguridad y el bienestar de los colaboradores.
- Se resaltó el avance en la implementación de las RIAS como parte del modelo de atención, el incremento en la cobertura de las acciones relacionadas con la promoción y el mantenimiento de la salud.
- Se destacó el conjunto de estrategias y actividades desarrolladas en el eje de responsabilidad social, las inversiones en infraestructuras amigables con el medio ambiente, los programas sociales que les han merecido reconocimientos nacionales de los cuales la junta destacó los programas de inclusión de poblaciones vulnerables (LGTBI, indígenas), el compromiso con la población víctima del conflicto armado, el programa por ti mujer, las acciones del programa de gerontología y demás acciones que son evidencia de su compromiso con las diferentes partes interesadas.
- Se resaltó la inversión en infraestructura y tecnología, las remodelaciones y adecuaciones de infraestructura orientadas a la atención en condiciones de seguridad y comodidad para los usuarios y colaboradores, la incorporación de equipos biomédicos para el cumplimiento de los objetivos del modelo de atención, la estructura física y administrativa de la sede SICO y demás avances en la materia.
- En el mismo sentido del punto anterior, la junta destacó los esfuerzos para la reducción de barreras de acceso a la atención relacionados con aspectos administrativos, interculturales, geográficos, reflejados en las estrategias, Unidad Móvil, jornadas de salud, estrategia SIBEO, visita domiciliaria, entre otras acciones orientadas al mejoramiento del acceso de la población a los servicios.
- Se resaltó la implementación de herramientas tecnológicas para fortalecer la gerencia de la información, entre otros el aplicativo para el control de vacunación, el aplicativo para la gestión de PQRS, el chatbot para la gestión de citas, la consulta electrónica de resultados de laboratorio clínico, un aplicativo para la gestión de turnos de atención en las sedes, la gestión de cohortes en las rutas y la gestión de autorizaciones, inversiones todas que representan avances importantes y facilidades para los usuarios.

- La junta destacó el rol y actividades de las asociaciones de usuarios, la estrategia escuela de vida, el nivel de satisfacción de los usuarios con el proceso de atención y la gestión asistencial, que se puso en evidencia en las encuestas aplicadas durante la visita a las sedes evaluadas.
- La junta también destacó el plan de bienestar con estrategias como vos son
- importante, vos SOS solidario, vos SOS calidoso, y demás acciones para promover los valores y la excelencia, el buzón de escucha activa para dar respuesta a inquietudes y necesidades de los colaboradores, el día de la calidad donde se fortalece la cultura institucional y se realiza la reinducción en ejes de acreditación.
- Finalmente, la junta destacó los avances en materia de gestión documental, ordenamiento de procesos y seguimiento de acciones como parte del fortalecimiento de su cultura de calidad.

Por otra parte, la junta resaltó algunas oportunidades de mejora a las cuales la institución debe dar la mayor prioridad:

- La junta insistió en la necesidad de que la institución avance en la depuración de los diagnósticos de morbilidad y mortalidad de tal forma que se reduzca el volumen de diagnósticos inespecíficos y se avance en la consolidación de grupos de diagnóstico que les permitan conocer con mayor precisión el perfil de la población atendida, establecer parámetros de referenciación y comparación de resultados clínicos.
- En el mismo sentido del punto anterior deben avanzar en la consolidación de indicadores de resultados clínicos que permitan conocer el impacto de las acciones especialmente en el caso de la implementación de las rutas integrales de atención.
- En cuanto al eje de seguridad de la atención, la junta recomendó fortalecer las evidencias sobre las acciones de monitoreo y medición de la adherencia a la implementación de los paquetes instruccionales en seguridad de paciente que les son aplicables, incluyendo la seguridad en las actividades extramurales en todas las unidades que conforman la red, implementar las guías de reacción inmediata que se correspondan con los paquetes instruccionales.
- En complemento del punto anterior, es necesario que se desarrollen estrategias para fortalecer la información que se entrega a pacientes y familiares sobre seguridad de la atención, ocurrencia de eventos adversos y medidas preventivas especificas entre otros.
- En cuanto a la gestión de medicamentos, deben fortalecer la reconciliación de medicamentos al ingreso y al egreso en los pacientes hospitalizados y en lo que aplique en los servicios ambulatorios, en igual forma deben fortalecer el análisis del perfil fármaco terapéutico, verificar que cuentan con el personal suficiente para tener una cobertura apropiada de estas actividades.

- La junta recomendó revisar los resultados de la presente evaluación en particular las entrevistas a trabajadores y fortalecer acciones en aquellas variables en las que los resultados son inferiores a los esperados en instituciones acreditadas.
- En cuanto a la oportunidad y continuidad de la atención, la junta recomendó revisar en detalle sus resultados en oportunidad de la atención de medicina general, consulta de ginecología, pediatría, terminación de tratamientos en odontología y demás acciones en las que deben optimizarse los tiempos y mejorar la capacidad de respuesta.
- En cuanto a la gestión clínica, la junta recomendó avanzar en desarrollar e implementar el análisis de riesgos clínicos individuales para las principales patologías atendidas en los procesos ambulatorios y hospitalarios.
- La junta recomendó fortalecer el proceso de referenciación interna empoderando a las sedes en las necesidades favoreciendo la sana competencia para el mejoramiento continuo, que les permita identificar prácticas exitosas que puedan ser adoptadas o adaptadas a la realidad institucional e integradas a los planes de mejoramiento.
- Se recomendó avanzar en la fundamentación del modelo de enfermería con enfoque en promoción y mantenimiento de la salud, en concordancia con los avances de la implementación de las RIAS, el perfil institucional de manera que sea aplicable tanto en procesos hospitalarios y ambulatorios.
- La junta recomendó integrar y gestionar los resultados de la evaluación de desempeño y competencias de los trabajadores, con el fin de definir estrategias de intervención integral con independencia del tipo de vinculación.
- Es importante que revisen el enfoque del modelo de cultura organizacional, a partir de lo cual definan las estrategias y los alcances de evaluación tratando de articular los desarrollos en el sistema de acreditación con los ejes misionales de la institución y su direccionamiento estratégico.
- Consolidar el Sistema de Gestión de Riesgos, fortaleciendo la apropiación conceptual y el desarrollo uniforme de los componentes del sistema, lo que les permita ampliar la cobertura de abordaje y priorización de los riesgos. En esta línea deben definir acciones en relación con la designación del oficial de cumplimiento y la implementación de todas las acciones que son de carácter obligatorio en el marco legal de referencia.
- Dado el perfil de la institución la junta recomendó avanzar a la mayor brevedad en la certificación IAMI y demás sellos relacionados que sean evidencia de sus avances en acciones de calidad para las poblaciones objeto de su atención.
- En cuanto a las relaciones docencia servicio, la junta recomendó analizar el impacto de las acciones y el beneficio para las diferentes partes interesadas, los avances en materia de investigación y generación de conocimiento y los posibles conflictos de interés que se presenten generando las instancias independientes que se requieran.

Teniendo en cuenta la fecha de recepción del informe se encuentra pendiente subir las oportunidades de mejora al sistema de gestión integral para que los grupos de autoevaluación realicen la articulación con los estándares de acreditación, realicen el análisis de causa raíz, la priorización y formulación de planes de mejoramiento. En el presente informe solo se mencionan las oportunidades de mejoramiento sistémicas; las demás se encuentran detalladas en la matriz enviada por ICONTEC.

3.2.3 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

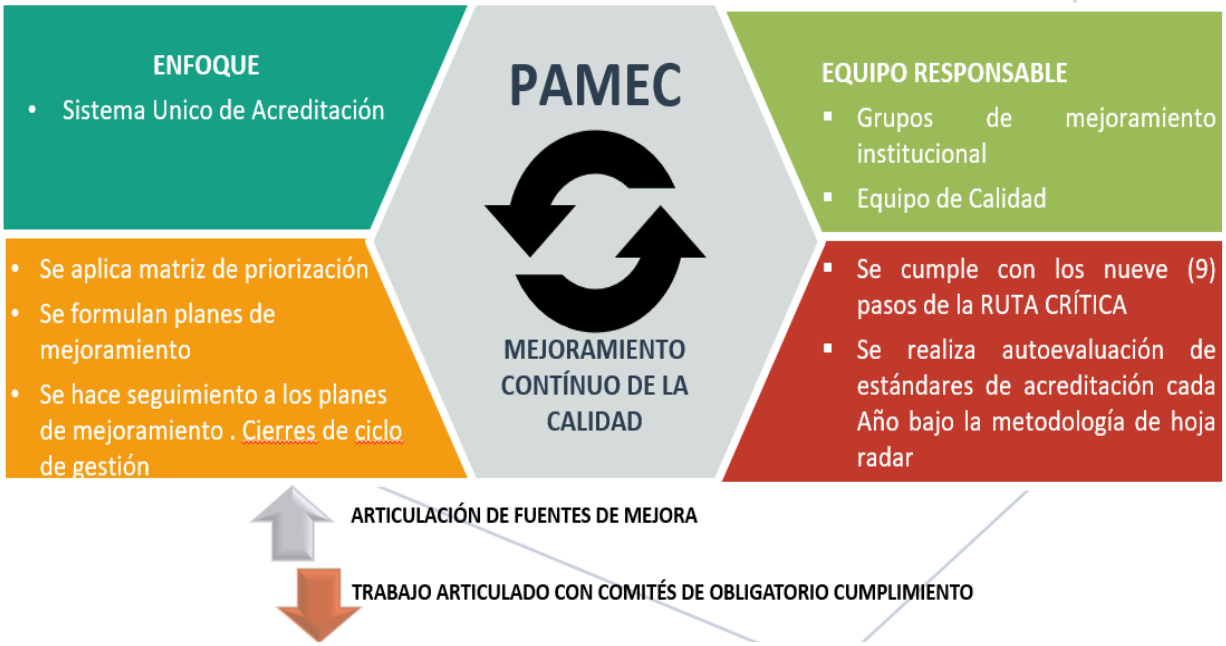
La institución cuenta con un tablero de mando para la gestión de los indicadores de calidad. Este cuadro de mando se encuentra en el módulo de indicadores del Sistema de Gestión Integral ALMERA.

Link de acceso: https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim

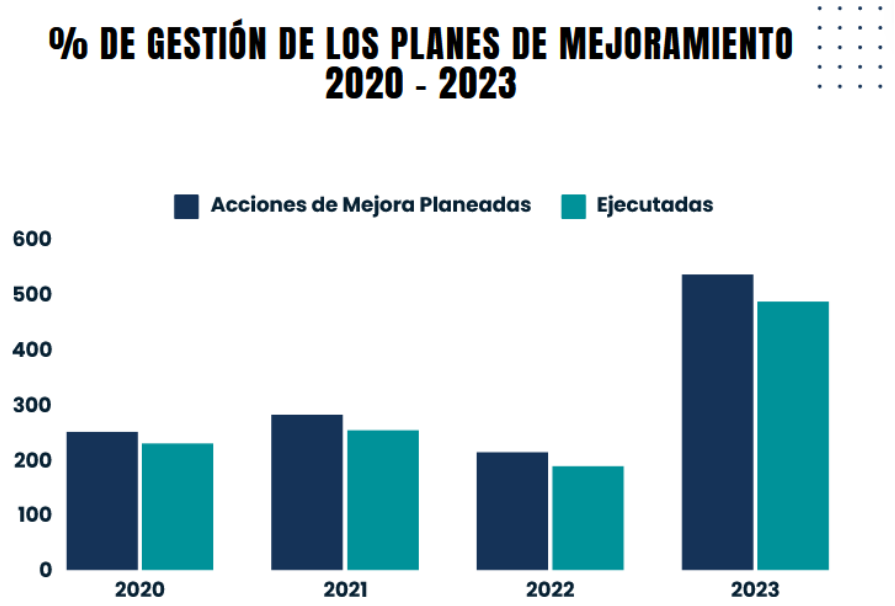
3.2.4 PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC)

El PAMEC en la Red de Salud del Centro ESE se encuentra estructurado con enfoque en Acreditación. El PAMEC de la vigencia 2024 se encuentra en fase de formulación teniendo en cuenta que se priorizan las oportunidades de mejoramiento que se generaron en la evaluación de nuevo ciclo; articulando con las oportunidades de mejoramiento que surjan de la autoevaluación.

En la siguiente imagen se muestra una síntesis de la metodología aplicada en la institución para la implementación del PAMEC.



A continuación, se presentan los resultados de la gestión de los planes de mejoramiento por cada vigencia; así:



RED DE SALUD CENTRO ESE.
Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia. Cali - Valle
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16
E-mail: ese.centro@saludcentro.gov.co - atencion.usuario@saludcentro.gov.co
Nit. 805.027.261 - 3

VIGENCIA	TOTAL, OM	ACCIONES DE MEJORA FORMULADAS	EJECUTADAS	% EJECUCIÓN
2020	87	251	230	91%
2021	124	282	254	90%
2022	86	214	193	90%
2023	86	535	486	91%

3.2.5 SEGURIDAD DEL PACIENTE

El eje de Gestión clínica excelente y segura comprende el programa de seguridad del paciente, programa de farmacovigilancia, programa de tecnovigilancia y programa de reactivo vigilancia; los cuales, cuentan con un referente por cada programa, quien es encargado de liderar y operativizar los planes de trabajo.



Cada programa cuenta con un plan operativo de trabajo para ejecutar en el trascurso del año, que incluye:

- Enfoque proactivo: Procesos de capacitación e identificación de riesgos
- Enfoque preventivo: Medición de adherencias
- Enfoque reactivo: Monitorización a través de indicadores

Articulación con los ejes de acreditación:

- Transformación cultural: Estrategias para mejorar la cultura de reporte
- Humanización: Humanización del colaborador para estimular un trato humanizado y seguro
- Gestión del riesgo: Identificación de riesgos en los procesos asistenciales asociados a seguridad del paciente y definición de controles
- Gestión de la tecnología: Tecnologías amigables para mejorar la cultura de reporte y tecnología biomédica.

COMITÉS NORMATIVOS

Los comités normativos se realizan una vez al mes, con participación de líderes de procesos asistenciales y líderes de proceso de apoyo; los integrantes varían de acuerdo con el comité que sean partícipes. Como soporte, se deja acta de la reunión en el aplicativo Almera.

Logros

- Generar confianza en los colaboradores para mejorar la cultura del reporte
- Asegurar el 100% de las hojas de vida de los equipos biomédicos a través de QR
- Gestión del 100% de los reportes relacionados con farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia.
- Disminuir brechas en la identificación y reporte de eventos relacionados con fugas, caídas y medicamentos.
- Avance en la implementación de las recomendaciones de los paquetes instruccionales.
- Cierre del 100% de las oportunidades de mejora del ICONTEC
- Avance en la implementación del programa institucional de tecnovigilancia, con un cumplimiento del 96%

Retos

- Dar continuidad al seguimiento e intervención según el perfil farmacoterapéutico
- Retomar la asesoría farmacológica para identificar acciones inseguras con el uso de medicamentos por parte de los pacientes
- Asegurar el análisis y gestión del 100% de los eventos adversos
- Mejorar la cultura de reporte relacionada con tecnovigilancia y reactivovigilancia.

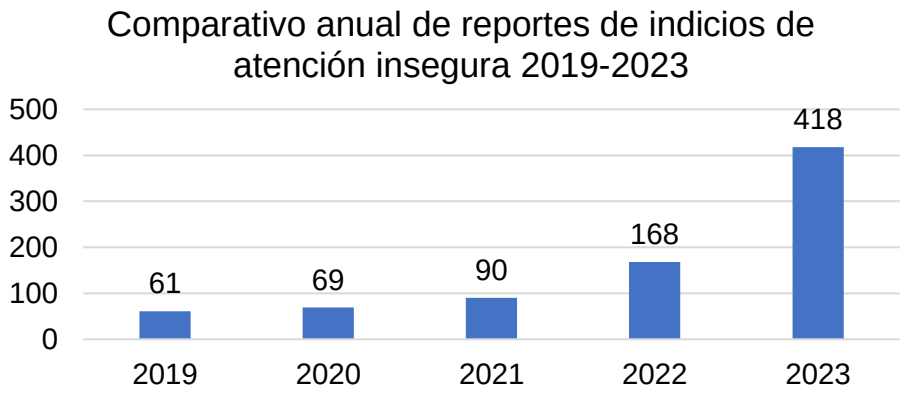
RESULTADOS SEGURIDAD DEL PACIENTE

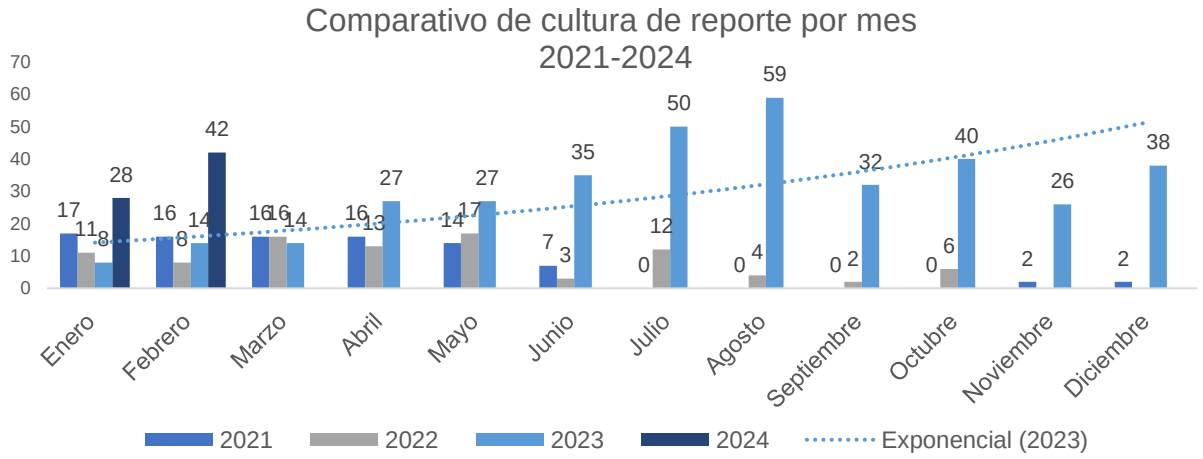
Cultura de reporte

Con la evaluación de Percepción de clima de seguridad del paciente, aplicada en el año 2022, se identifica que el personal no es adherente al reporte debido a que sienten es punitivo y que la herramienta para reportar no es amigable. Para este mismo año, se realiza revisión de la plataforma de reporte "Reportemos", se evidencia como oportunidad de mejora: la accesibilidad a la plataforma y metodología para análisis de eventos adversos incompleta.

En la Red de Salud Centro se ha fortalecido la cultura del reporte, lo cual, se ha logrado a través del cambio de plataforma de reporte, articulación de las fuentes de reporte, proceso de entrenamiento a líderes de proceso y colaboradores operativos, que involucra personal asistencial y administrativo.

Para el año 2022, se explora el módulo Hospital seguro, el cual, está integrado en el sistema Servinte, se inicia parametrización y divulgación al personal sobre cambio de plataforma para reporte; para el año 2023 se implementa Hospital Seguro, al estar articulado a la historia clínica disminuye el tiempo de desplazamiento entre plataformas, lo cual, facilita el reporte de indicios de atención insegura y cuenta con la metodología de protocolo de Londres para el análisis de los eventos adversos.
Paralelo a este cambio, se realiza acompañamiento en campo al personal indicando como se debe reportar en el módulo y explicando que el reporte de indicios de atención insegura no tiene una repercusión negativa sobre el colaborador, generando confianza para que el personal sea más adherente, los resultados de este trabajo se pueden evidenciar en las siguientes gráficas:

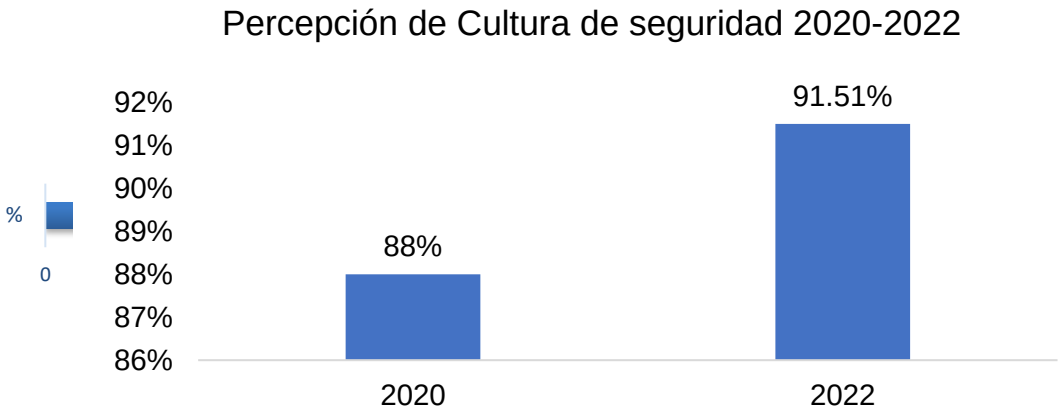




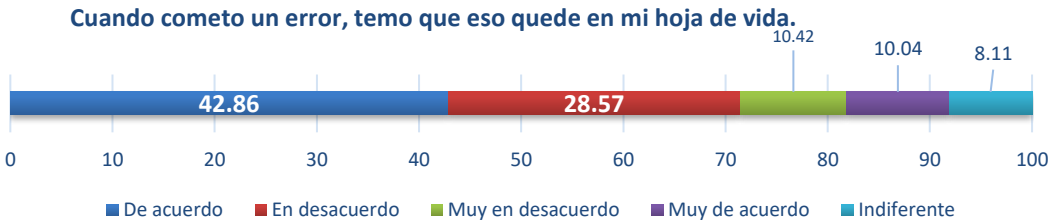
Percepción del clima de seguridad del paciente

La encuesta de Percepción del clima de seguridad del paciente se realiza cada 2 años, esta, se basa en la evaluación AHRQ. Para el año 2022 se aplica la encuesta vía Almera, entre los aspectos de mayor relevancia se evidencia: incremento en la percepción de la cultura de seguridad, reconocimiento del interés de la gerencia para trabajar por la seguridad del paciente y percepción del grado de seguridad (bueno/excelente) en los servicios.

Como aspectos a mejorar, se evidencia la baja cultura de reporte y la percepción de punitividad, a continuación, se relacionan los resultados graficados:



RED DE SALUD CENTRO ESE.
Sede Administrativa - IPS Diego Lalinde - Cra. 12E # 50-18 B / Villa Colombia. Cali - Valle
PBX: 4851717 - 441 1914 fax 4411518 Ext. 16
E-mail: ese.centro@saludcentro.gov.co - atencion.usuario@saludcentro.gov.co
Nit. 805.027.261 - 3

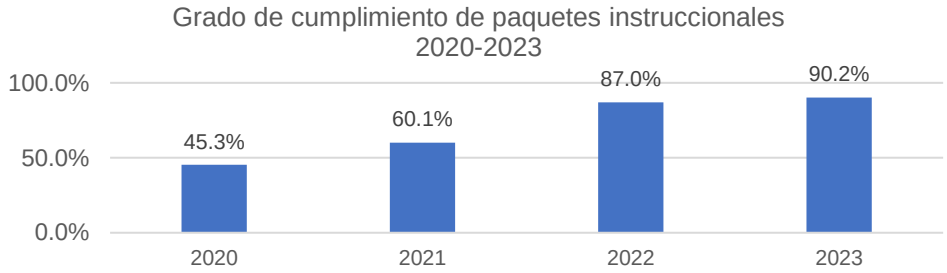


Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad			
Orden	**Opción**	**Total**	**%**
4	Bueno	123	47,49
5	Excelente	114	44,02
3	Aceptable	20	7,72
2	Pobre	2	0,77

Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado en la plataforma?		
Opción	**Total**	**%**
Ningún reporte de incidentes	193	74,52
De 1 a 2 reportes de incidentes	41	15,83
De 3 a 5 reportes de incidentes	15	5,79
De 6 a 10 reportes de incidentes	4	1,54
De 11 a 20 reportes de incidentes	4	1,54
21 reportes de incidentes o mas	2	0,77

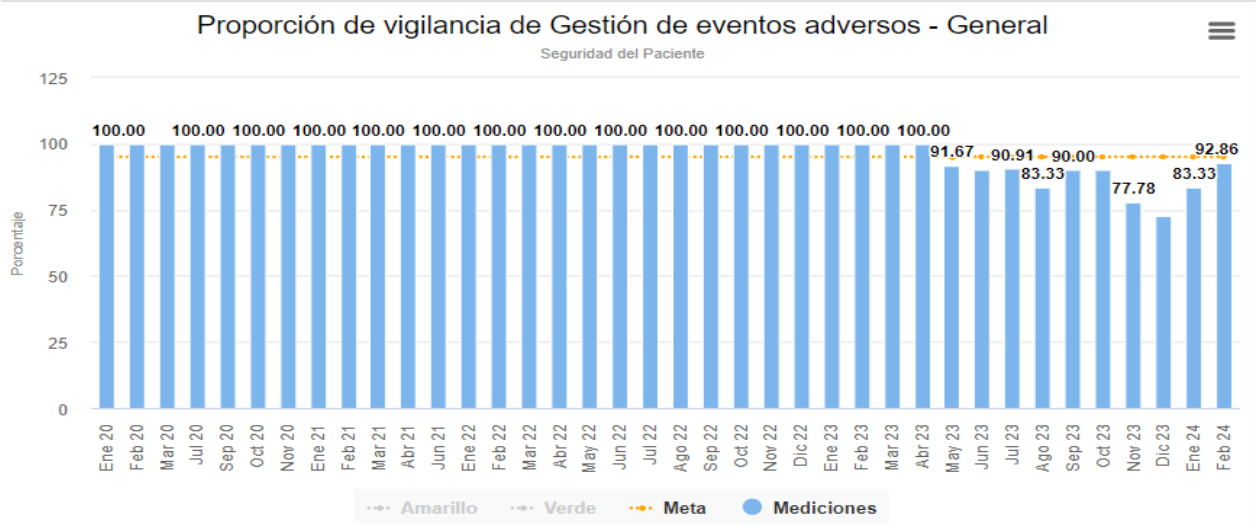
Paquetes instruccionales

De los 23 paquetes instruccionales, nos aplican 18 paquetes, de los cuales, 10 cuentan con el 100% de las recomendaciones implementadas, 5 paquetes cuentan con más del 80% de las recomendaciones implementadas y 3 paquetes cuentan con menos del 80% de las recomendaciones implementadas. Se tiene establecido el cumplimiento del 100% de las recomendaciones de todos los paquetes instruccionales, para el año 2025; a continuación, se presenta el avance en el cumplimiento de la implementación de las recomendaciones en general, con tendencia al incremento:



Análisis de eventos adversos

El análisis de los eventos adversos e incidentes se realiza bajo la metodología de protocolo de Londres, en conjunto con el líder del proceso y referente de seguridad del paciente, la información queda registrada en el módulo hospital seguro, que incluye, entrevistas, barreras de seguridad vulneradas, acciones inseguras, factores contributivos, plan de mejoramiento. Se establece meta de cumplimiento para la gestión de eventos del 100%, la cual, para el año 2023 no se ha logrado cumplir de forma continua, influenciado por la cantidad de reportes que se reciben, sin embargo, se está realizando análisis retrospectivos. A continuación, relaciono comparativo desde el año 2020 al 2023.

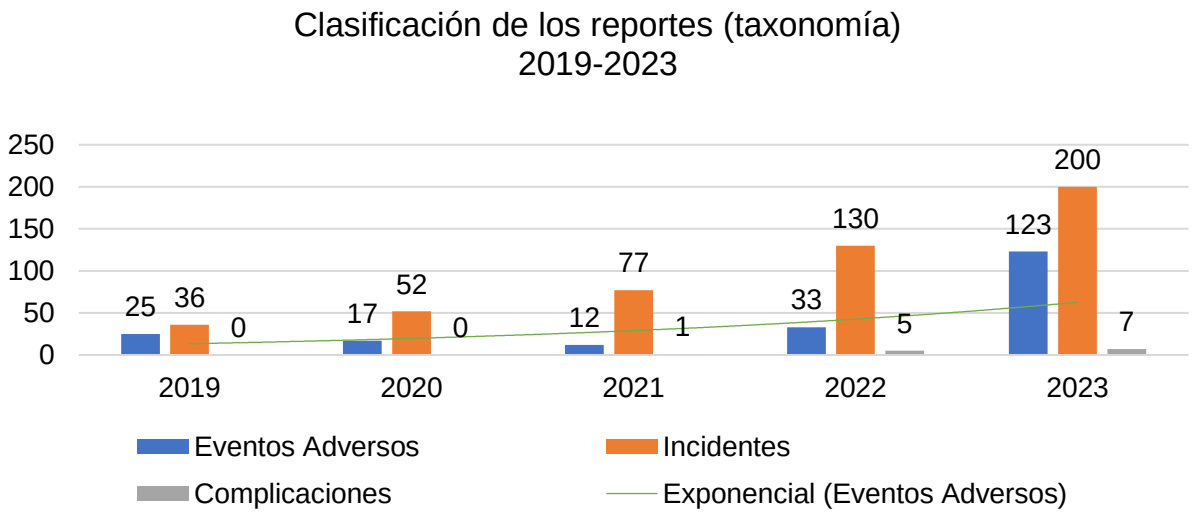


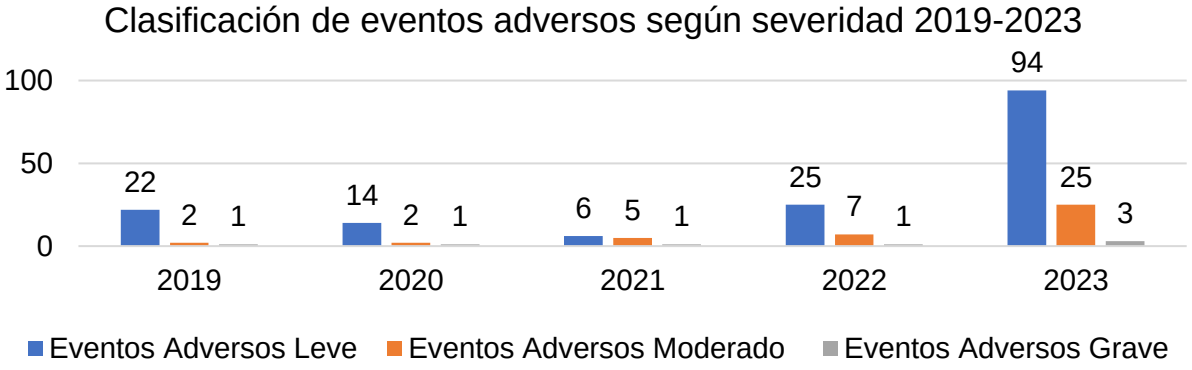
En cuanto a los eventos adversos clasificados como grave o centinela, se define que el análisis se realiza en conjunto con líder de proceso, referente de seguridad del paciente, auditor médico y subgerencia científica. Para el año 2023 se presentan 2 eventos clasificados como grave y 1 evento clasificado como centinela, se realizan reuniones periódicas para evaluar avance del plan de mejoramiento, a la fecha cuentan con ejecución del 100% de las actividades definidas en los planes de mejora.

Ranking de Eventos adversos

Servicio donde ocurre el evento	Total de eventos adversos	Asociados a:
Urgencias Hospitalización Ambulatorio PMS	35	Fugas
Urgencias Hospitalización Ambulatorio PMS	24	Farmacovigilancia
Urgencias Hospitalización Odontología Ambulatorio PMS	16	Adherencia a GPC
Urgencias Hospitalización Pool	13	Caídas

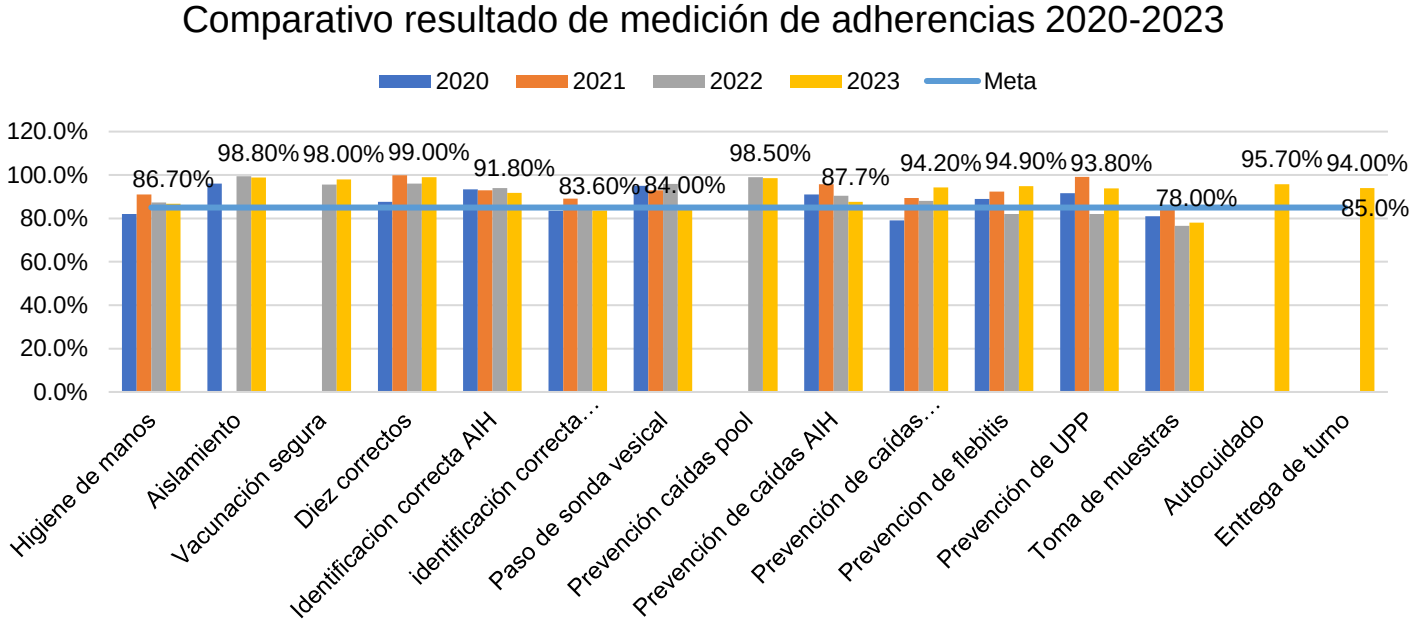
Clasificación de los reportes por taxonomía





Medición de adherencias

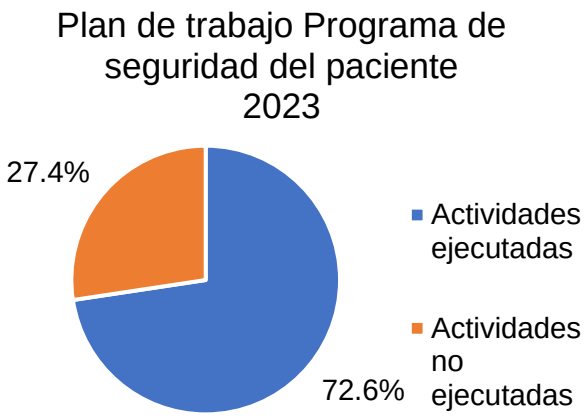
La medición de adherencias se realiza a través de la aplicación de listas de chequeo que se encuentran disponibles en la plataforma Almera, las personas encargadas de aplicar las listas de chequeo son gestores de seguridad del paciente (colaboradores voluntarios de los diferentes servicios) y 2 profesionales del área de calidad (1 tiempo completo y 1 medio tiempo). A continuación, se encuentran los resultados de las mediciones desde el año 2020 al 2023:



Plan de trabajo

De forma anual se elaboran los planes de trabajo del comité y del programa, a los cuales, se les realiza seguimiento por los integrantes del comité y se prioriza de acuerdo con las necesidades identificadas en el año anterior:

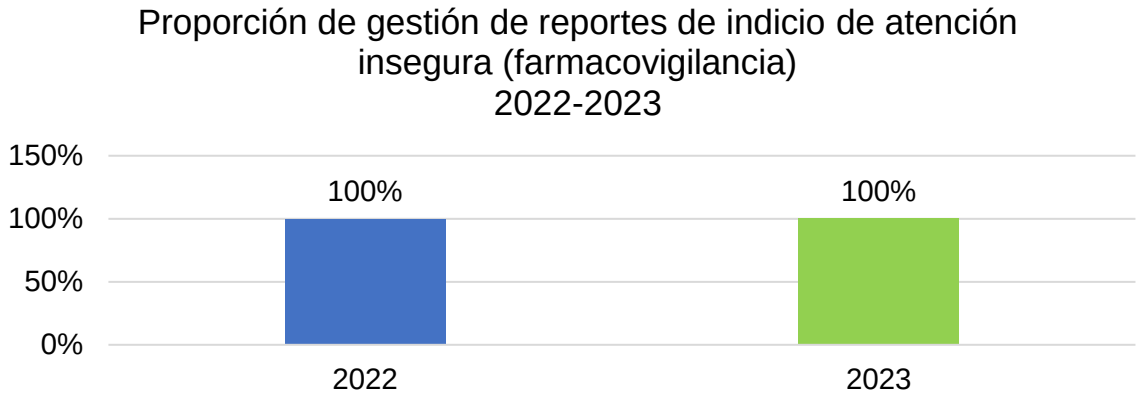




RESULTADOS *FARMACOVIGILANCIA*

Cultura de reporte

Para el año 2023 se observa un incremento en los reportes relacionados con PRUM y RAM comparado con el año anterior, de los cuales se gestiona el 100%. Posterior al análisis se observa que la mayoría de los PRUM que se presentan están asociados a la disponibilidad (84%) lo cual, corresponde a la situación de la EAPB Emssanar, en los cuales, se realizó su respectivo seguimiento y notificación a la EAPB, con el objetivo de fortalecer la oportunidad y disponibilidad en la distribución y/o dispensación de medicamentos.



Medición de adherencias

La medición de adherencias se realiza a través de la aplicación de listas de chequeo, actividad ejecutada por regente de farmacia, se evalúa las buenas prácticas en el uso seguro de medicamentos:



Medición de adherencia a seguimiento de carro de paro

CONSOLIDADO ADHERENCIA CARROS DE PARO (2022)					
SERVICIO	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	4 TRIMESTRE	ADHERENCIA POR IPS
URGENCIAS (1)	94%	S/D	98%	95%	96%
URGENCIAS (2)	98%	S/D	99%	95%	97%
HOSPITLAIZACION Y PARTOS	89%	S/D	98%	97%	95%
SALA ERA (COVID-19) 1	95%	S/D	95%	95%	95%
AMA OBRERO	94%	S/D	97%	95%	95%
AMA COLON	97%	S/D	97%	91%	95%
AMA LUIS H GARCES	99%	S/D	100%	94%	98%
AMA RODEO	96%	S/D	100%	100%	99%
TOTAL (ADHERENCIA) META >95%	95%	S/D	98%	95%	96%

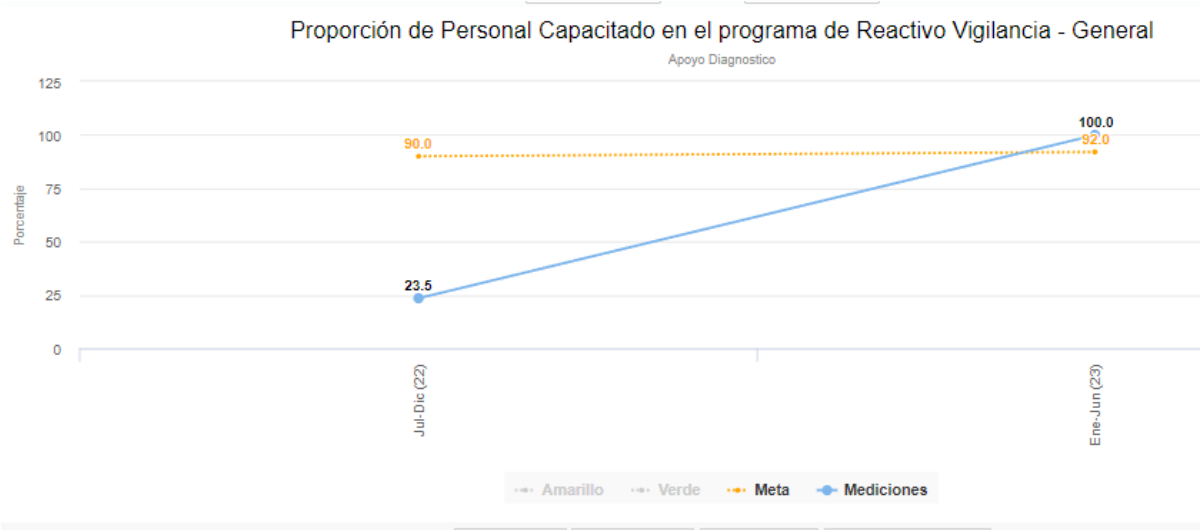
CONSOLIDADO ADHERENCIA CARROS DE PARO (2023)					
SERVICIO	1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	4 TRIMESTRE	ADHERENCIA POR IPS
URGENCIAS (1)	94%	96%			95%
URGENCIAS (2)	94%	98%			96%
HOSPITALIZACION Y PARTOS	95%	95%			95%
AMA OBRERO	91%	91%			91%
AMA COLON	96%	96%			96%
AMA LUIS H GARCES	97%	96%			97%
AMA RODEO	99%	97%			98%
TOTAL (ADHERENCIA) META >95%	95%	96%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	96%

RESULTADOS REACTIVO VIGILANCIA

El programa de reactivo vigilancia está conformado bajo la resolución N°1-15-136-2023, el cual inicia operativización continua a partir de septiembre del 2022, entre los logros a resaltar se encuentra:

- Articulación de la ruta manejo pruebas rápidas con los servicios asistenciales de la Red de Salud del Centro
- Adherencia en la Cultura de reporte de los efectos indeseados ocasionados por calidad de los reactivos de diagnóstico In Vitro
- Mecanismo de verificación y Capacitación al personal en Cultura de reporte

Capacitación al personal



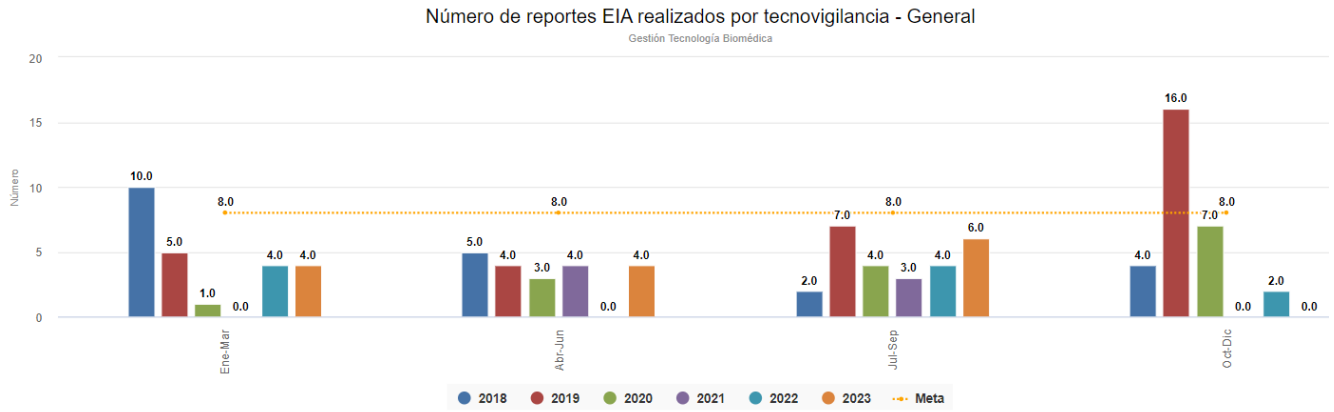
RESULTADOS TECNOVIGILANCIA

Durante el año 2023 se programaron 12 reuniones anuales que fueron llevadas a cabo una vez al mes, cumpliendo con el 83% de ellas; por otra parte, las actividades programadas para este periodo de tiempo se cumplieron en un 84%.



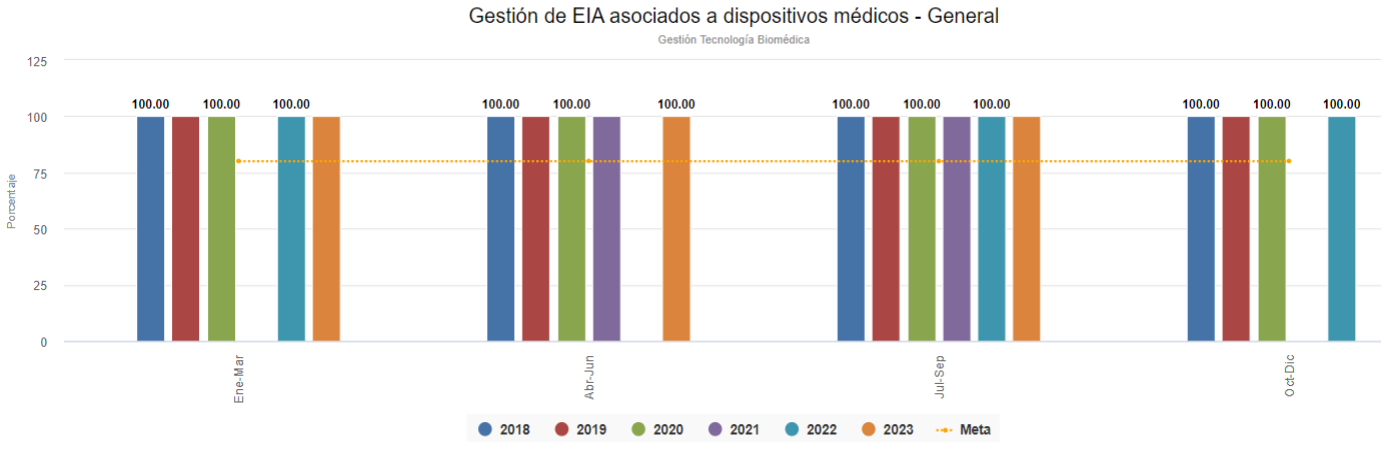


Entre las actividades realizadas durante los 4 años de gestión en el programa institucional de tecnovigilancia esta incentivar a los colaboradores al reporte de eventos e incidentes adversos obtenidos con el uso de dispositivos médicos, fomentando la cultura del reporte y socializando las herramientas para ello.



En el grafico anterior se evidencia el número de reporte obtenidos en los últimos 6 años, para los 4 trimestres de cada año obteniendo un total de reportes para el 2018 con 21, 2019 con 33, 2020 con 15, 2021 con 7, 2022 con 10 y en 2023 con 14.

A cada uno de los reportes de EIA presentados se les realizo la gestión del 100% como se puede evidenciar en la Figura 3. Y el reporte según correspondió a las entidades sanitarias correspondiente.



Por último, en la siguiente tabla se evidencia las ponderaciones obtenidas en la evaluación del programa de tecnovigilancia en la institución en cada uno de los ítems que tiene esta, teniendo como resultado para final de la vigencia 2023 un 96%.

Resultados de la Evaluación del Programa de Tecnovigilancia 2023

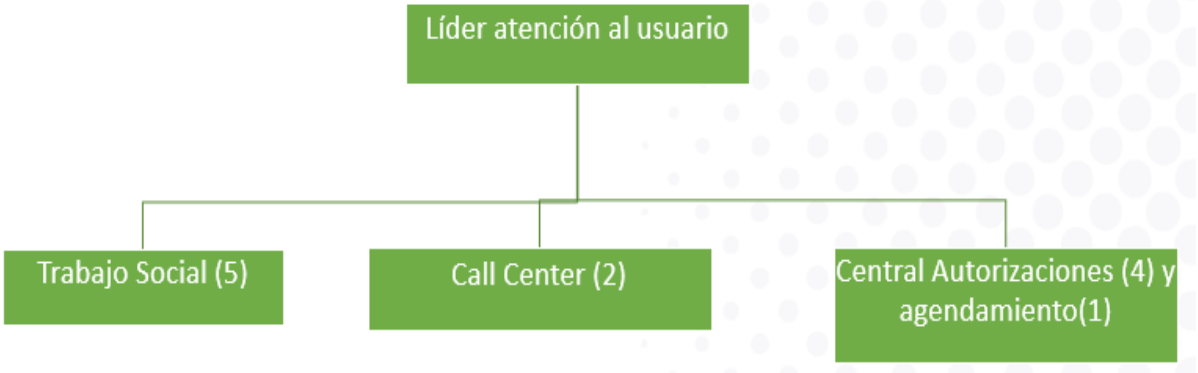
EJE DE GESTIÓN	I TRIM 2023	II TRIM 2023	III TRIM 2023	IV TRIM 2023
I. RESPONSABLE DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE TECNOVIGILANCIA	100%	100%	100%	100%
II. DOCUMENTACION DEL PROGRAMA	100%	100%	100%	100%
III. CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSONAL	78%	89%	100%	100%
IV. GESTION DE EVENTOS E INCIDENTES ADVERSOS	88%	96%	96%	96%
V. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	88%	100%	100%	100%
VI. ARTICULACIÓN CON EL AREA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MEDICOS	100%	100%	100%	100%
VII. GESTION DE RISARH POR PARTE DE LA INSTITUCION	100%	100%	100%	100%
VIII. TRAZABILIDAD DM IMPLANTABLES	50%	50%	75%	75%
TOTAL	**88%**	**92%**	**96%**	**96%**

3.2.6 INFORMACION Y ATENCIÓN AL USUARIO

El proceso está conformado por 4 subprocesos así:



Su estructura está conformada por la Líder de Atención al usuario, 5 trabajadoras sociales distribuidas en las 5 comunas para al cubrimiento de las 16 IPS y 7 Auxiliares Administrativas que atienden los subprocesos de Call Center, Central de Autorizaciones y Agendamientos.



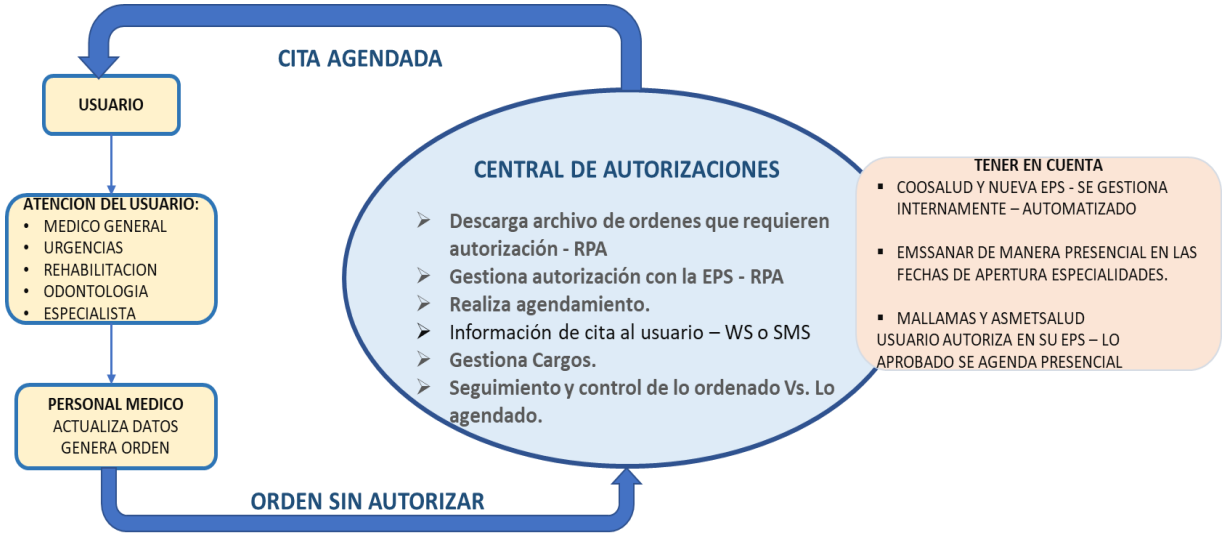
Gestión de Canales y Autorizaciones

Su objetivo es garantizar el acceso de los usuarios a los servicios de Salud ofertados por la institución, a través de los diferentes canales de asignación de citas y la Central de autorizaciones quién se encarga de gestionar y agendar los ordenamientos que requieren una autorización.

Canales de asignación de citas

- Chat-bot (Dr. Primi) – WhatsApp 3156800506
- Call center (Dr. Primi Voz) – Número 6023120929 opción 2 y 0 (Nueva EPS)
- Página WEB - http://www.esecentro.gov.co/ - Dr. Primi.
- Atención presencial – Cajas de Facturación todos los servicios Ambulatorios
- Atención presencial – Enfermeras de Programas
- Central de Autorizaciones

Central de Autorizaciones



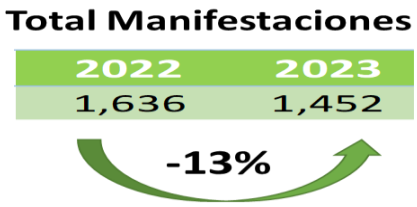
Gestión De PQRSF

Para la gestión de las manifestaciones, la Red de Salud Centro cuenta con el aplicativo PQRSF Red de desarrollo propio, el cual permite la gestión de clasificación, asignación y respuesta a las diferentes manifestaciones que interponen nuestros usuarios.

Cuenta con alertas de semaforización, las cuales permiten identificar durante el seguimiento al cierre de las manifestaciones las próximas a vencer o vencidas y los días transcurridos para su gestión.

Informe De PQRSF – Consolidado 2020-2023

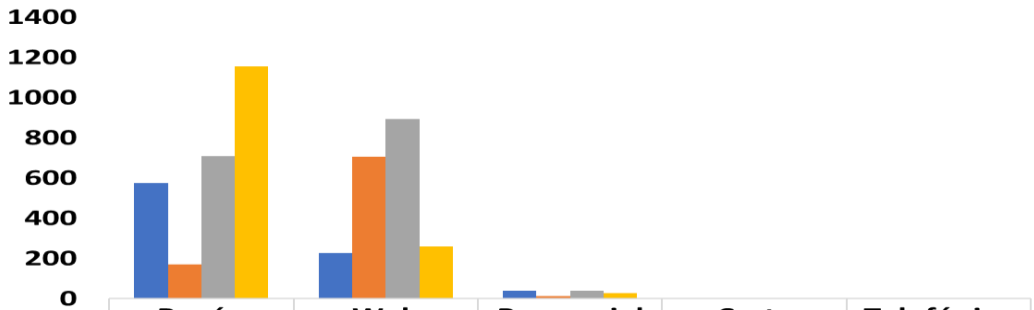
CONSOLIDADO MANIFESTACIONES	2020	2021	2022	2023
Total	843	868	1,636	1,452



Sobre las manifestaciones recibidas en la ESE Centro durante los últimos 4 años, observamos que a partir del 2022 despues de pandemia y aperturar servicios presenciales, hay un incremento de manifestaciones del 72% (2023 Vs. 2020).

Durante el 2023 Vs. 2022 se diminuyen las manifestaciones en un 13%, donde la causa por certificado vacunación covid a disminuido pasando de 215 manifestaciones en el 2022 a 3 manifestaciones en el 2023.

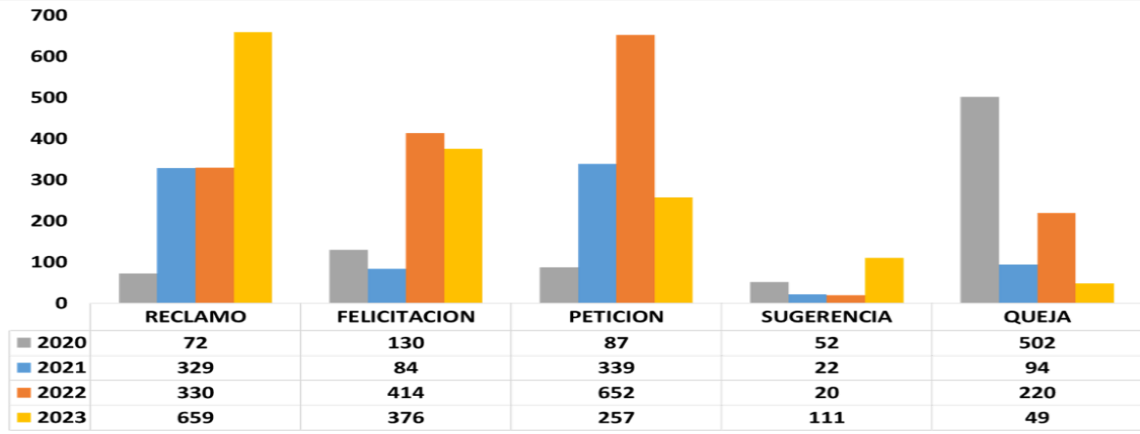
CONSOLIDADO COMPARATIVO PQRSF POR CANAL 2020 a 2023



	Buzón	Web	Presencial	Carta	Telefónico
2020	577	226	40		0
2021	170	707	14		0
2022	708	894	40		1
2023	1157	261	28	5	1

En la grafica anterior se evidencia que debido a la pandemia durante los años 2021 y parte del 2022 el usuario usaba más nuestro canal WEB, a través del cual también hacia las solicitudes de certificados de vacunación COVID. A partir del 2023 el canal más utilizado por nuestros usuarios para manifestarse es el Buzón, el cual tiene una participación del 79%, seguido de la página WEB con un 19%.

COMPARATIVO DE PQRSF POR CLASIFICACIÓN 2020 a 2023



	RECLAMO	FELICITACION	PETICION	SUGERENCIA	QUEJA
2020	72	130	87	52	502
2021	329	84	339	22	94
2022	330	414	652	20	220
2023	659	376	257	111	49

Teniendo en cuenta la clasificación de las manifestaciones durante los 4 años graficados en la imagen, podemos observar que en los años 2022 y 2023 hay una disminución en las quejas y en las peticiones e incrementan los reclamos. Lo anterior en parte es debido a que en el año 2021 se realiza intervención en el modo de clasificar las PQRSF de acuerdo a la circular externa 008 del 2018 de la Súper Salud.

Consolidado Manifestaciones Según Clasificación

CONSOLIDADO MANIFESTACIONES	2022	% PART.	2023	% PART.	VARIACION
RECLAMO	330	20%	659	45%	50%
FELICITACION	414	25%	376	26%	-10%
PETICION	652	40%	257	18%	-154%
SUGERENCIA	20	1%	111	8%	82%
QUEJA	220	13%	49	3%	-349%

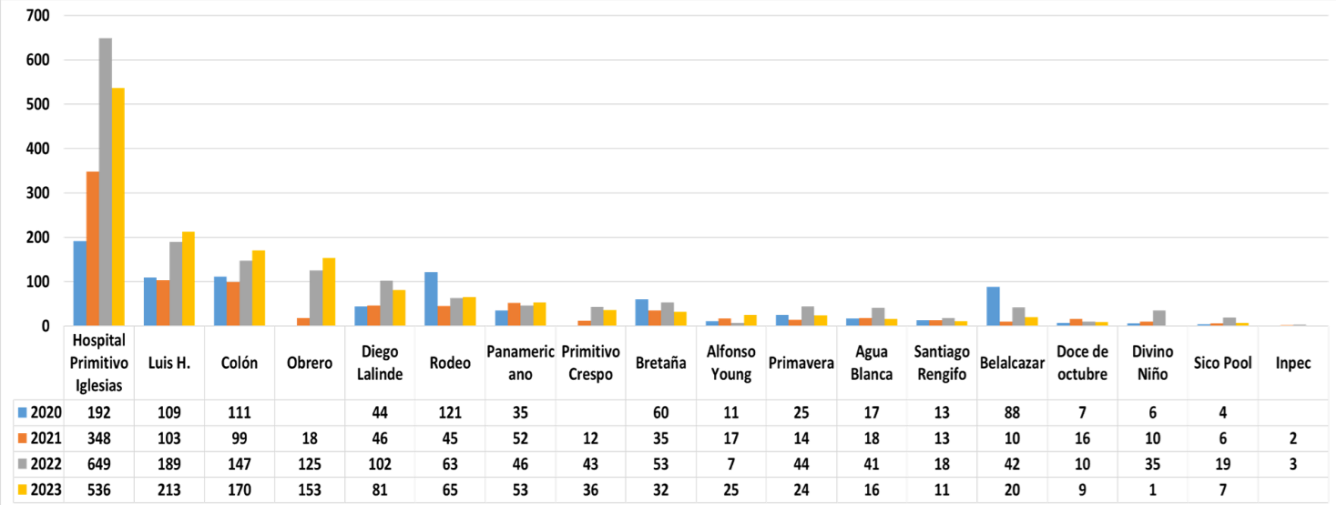
Adicional a la reclasificación mencionada en el punto anterior, la variación en las quejas también se debe a que a través del comité mensual de ética hospitalaria se realiza seguimiento y análisis de cada una de las quejas por trato donde se exige a los líderes presentar ante el comité la intervención por escrita al colaborador o los procesos disciplinarios cuando el caso lo requiera o sea repetitivo por parte del colaborador.

Las peticiones también disminuyen debido a que en el año 2023 ya no se expiden los certificados de vacunacióíden covid.

Las principales causas de felicitaciones son para un colaborador o un servicio específico.

Las principales causas de los reclamos es por demoras en atención e inconvenientes para pedir citas por los diferentes canales.

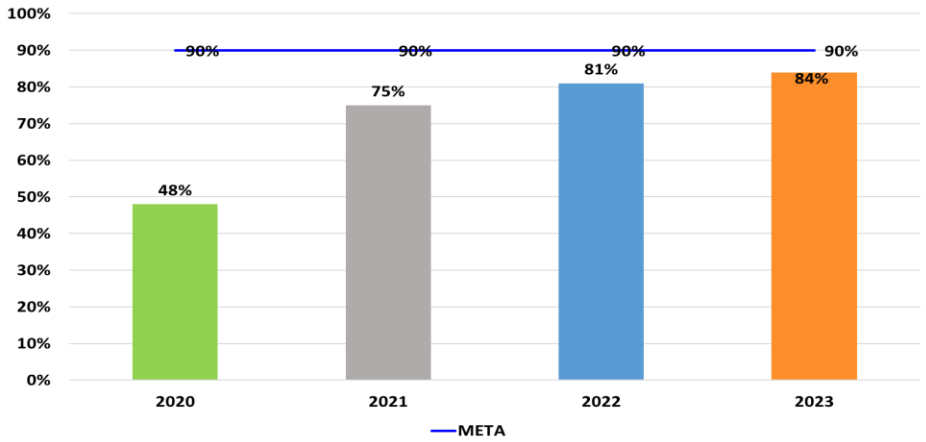
PARTICIPACION PQRSF POR IPS
2020 a 2023



	Hospital Primitivo Iglesias	Luis H.	Colón	Obrero	Diego Lalinde	Rodeo	Panamericano	Primitivo Crespo	Bretaña	Alfonso Young	Primavera	Agua Blanca	Santiago Rengifo	Belalcazar	Doce de octubre	Divino Niño	Sico Pool	Inpec
2020	192	109	111		44	121	35		60	11	25	17	13	88	7	6	4	
2021	348	103	99	18	46	45	52	12	35	17	14	18	13	10	16	10	6	2
2022	649	189	147	125	102	63	46	43	53	7	44	41	18	42	10	35	19	3
2023	536	213	170	153	81	65	53	36	32	25	24	16	11	20	9	1	7	

Durante los años 2022 y 2023, se destacó un marcado aumento en las manifestaciones de las IPS núcleo, coincidiendo con la transición post-pandémica y la asistencia presencial de usuarios en el 2022. El Hospital Primitivo Iglesias lideró en el 2023 con el 37% donde lo más representativo son los reclamos con el 46% y las felicitaciones con el 26%. En segundo lugar la IPS Luis H. con el 15% donde los reclamos fueron un 46% y las felicitaciones un 24%. Colón participa con el 12% con un 53% de reclamos y un 24% de felicitaciones.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO A LA OPORTUNIDAD DE RESPUESTA TODAS LAS MANIFESTACIONES 2020 a 2023

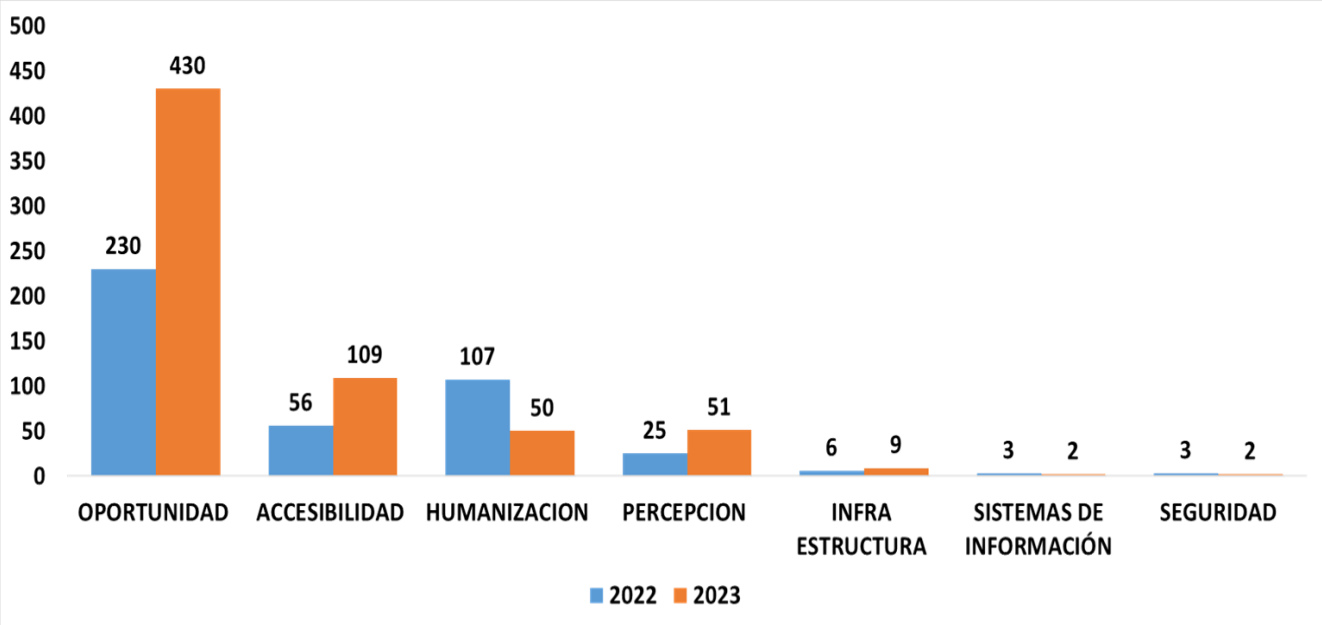


OPORTUNIDAD	2020	2021	2022	2023
CANTIDAD DE MANIFESTACIONES	843	868	1,636	1,452
A TIEMPO %	48%	75%	81%	84%
VENCIDO %	52%	25%	19%	16%
META	90%	90%	90%	90%

A pesar de no alcanzar la meta del 90% en el cierre oportuno de todas las manifestaciones, se destaca una mejora en el indicador durante el 2023 en comparación con años previos. Experimentamos un crecimiento del 36% respecto al 2020, un 9% frente al 2021 y un 3% con respecto al 2022.

Este progreso se atribuye al cambio implementado en octubre de 2021 al aplicativo de PQRSF con desarrollo propio. Este nuevo sistema proporciona información semaforizada sobre los días transcurridos desde la radicación de cada manifestación, permitiendo un mejor control visual y alerta para priorizar su gestión de manera eficiente.

COMPARATIVO QUEJAS Y RECLAMOS POR ATRIBUTO
2022 Vs. 2023



Para el 2023 las 10 principales causas de las manifestaciones fueron:

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MANIFESTACIONES - 2023		
CAUSAS	CANT.	% PART.
FELICITACION A COLABORADOR ESPECIFICO	226	16%
FELICITACION A UN SERVICIO ESPECIFICO	97	7%
INOPORTUNIDAD EN ATENCION FACTURACION	96	7%
INOPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICO AMBULATORIO	90	6%
INCONVENIENTES EN ASIGNACION DE CITA PRESENCIAL	71	5%
INCONVENIENTES EN ASIGNACION DE CITA TELEFONICA	59	4%
SOLICITUD DE INFORMACION	57	4%
INOPORTUNIDAD EN ASIGNACION DE CITA MEDICINA ESPECIALIZADA	54	4%
FELICITACION A UNA IPS	51	4%
INOPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE MEDICO URGENCIAS	48	3%
SOLICITUD DE INFORMACION DE SERVICIOS	36	2%

Las causas más representativas con un 23% son las felicitaciones, donde las 10 principales son:

SERVICIO	FELICITACION A COLABORADOR ESPECIFICO	FELICITACION A PERSONAL DE ASEO	FELICITACION A TODA ENFERMERIA	FELICITACION A TODO LA RED DE SALUD	FELICITACION A TODOS LOS MEDICOS	FELICITACION A UN SERVICIO ESPECIFICO	FELICITACION A UNA IPS	Total general
TODOS	1			10			50	61
LABORATORIO CLINICO	24					28		52
CONSULTA MEDICA	34	1			1	1		37
FISIOTERAPIA	12					23		35
PSICOLOGIA	19					2		21
HOSPITALIZACION	6					15		21
AMA	17		1			1		19
OPERARIOS	15					3		18
FACTURACION	17							17
CONSULTA ODONTOLOGICA	14					2		16

Considerando la medición por atributos para las manifestaciones clasificadas como quejas y reclamos, junto con las 10 principales causas de las mismas, se destaca un aumento significativo del 87% en el atributo de Oportunidad y del 95% en Accesibilidad. Las causas principales están vinculadas a la oportunidad en la atención de citas y la accesibilidad a través de los canales para solicitarlas.

Este incremento se atribuye a un aumento en la demanda de usuarios, impulsado por el crecimiento de nuestra base, marcado por la incorporación de la Nueva EPS este año. Además, la inasistencia de aproximadamente 19,000 usuarios en el primer semestre del 2023 ha generado una disminución en la oportunidad de citas disponibles para otros usuarios, impactando directamente en estos atributos críticos.

Con el objetivo de atacar las inasistencias y disminuir la accesibilidad a través de los canales de asignación de citas, se definieron estrategias con los siguientes resultados:

ESTRATEGIA 1: Charla pedagógica para levantamiento de comparendo por inasistencia a citas

- Inicia en septiembre con 5 charlas semanales distribuidas en IPS Núcleo. Entre sept. y dic. Asistieron un prom. de **2.960 usuarios.**

ESTRATEGIA 2: Envío mensaje con recordatorio de cita por WhatsApp o SMS

- Entre sept. y dic. se enviaron **28.028** Mensajes de texto y **5.851** Mensajes de WhatsApp

ESTRATEGIA 3: Versión 2 del Chatbot el cual permite asignar la cita por ruta

- Inicia desde el 02-01-24 y al 17-01 ya se han asignado **1.388 citas** de medicina general por ruta.

ESTRATEGIA 4: Automatización de procesos en la Central de Autorizaciones (Coosalud y Nueva EP)

- Inicia a partir de nov. a través de un RPA. Pasando de una gestión manual con un prom. 15 min. por usuario a radicar **500 ordenes diarias en 4 horas(Coosalud) y 600 ordenes diarias en 3 horas (Nueva EPS)**. En agendamiento del 16 al 19 en **Coosalud** 350 citas de especialistas (Nutrición, Ginecología, Psicología, Ecografía y Pediatría).

Impacto Estrategias - Seguimiento Inasistencias

	2023					
	TOTAL PRIMER SEMESTRE			TOTAL SEGUNDO SEMESTRE		
TIPO DE CITA	TOTAL INASISTENTES	TOTAL CITAS	%INASISTENCIA	TOTAL INASISTENTES	TOTAL CITAS	%INASISTENCIA
MEDICINA GENERAL	9,959	93,176	10.7%	7,580	87,544	8.7%
PSIQUIATRIA	224	1,292	17.3%	109	1,049	10.4%
MEDICINA FAMILIAR	470	3,279	14.3%	323	3,375	9.6%
OFTAMOLOGIA	70	438	16.0%	29	229	12.7%
DERMATOLOGIA	88	1,175	7.5%	45	1,039	4.3%
GINECOOBSTETRICIA	340	2,174	15.6%	298	2,372	12.6%
MEDICINA INTERNA	429	3,714	11.6%	354	4,233	8.4%
PEDIATRIA	243	2,524	9.6%	330	3,826	8.6%
NUTRICION	1,091	6,661	16.4%	871	5,691	15.3%
TOTAL NO ATENDIDAS	12,914			9,939		
TOTAL CITAS	114,433			109,358		
% INASISTENCIA	11.3%			9.1%		



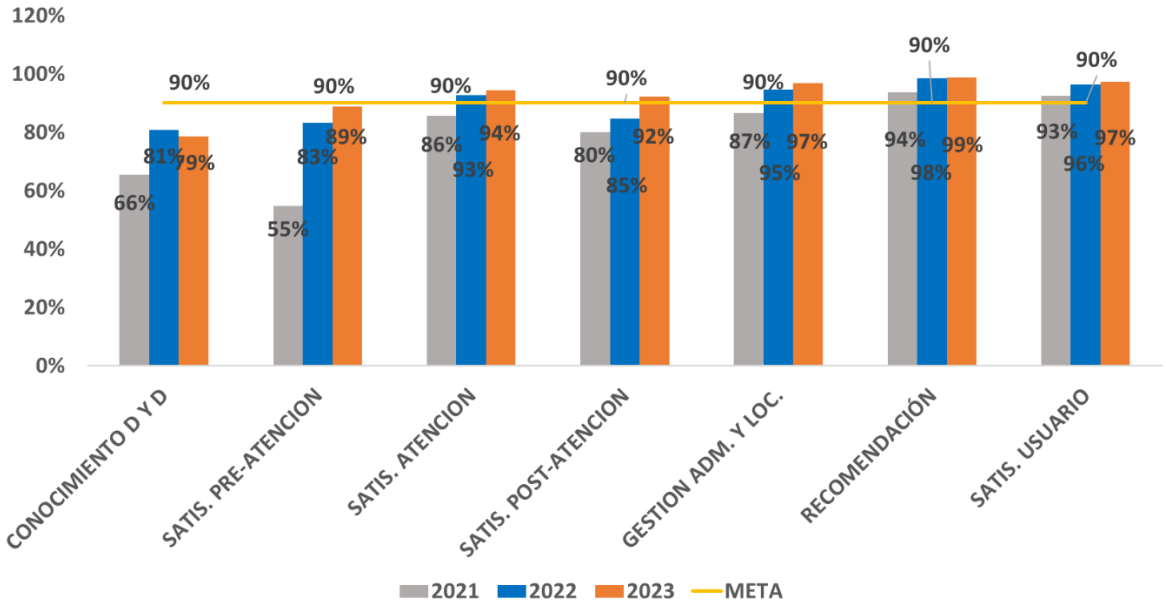
- Durante el 2do semestre del 2023, se observa una disminución del 2,2% en el % de inasistencia, lo cual permite tener una mayor disponibilidad de agendas.

Lo anterior muestra que las estrategias implementadas en su mayoría a partir del último trimestre del año vienen generando un mayor compromiso en nuestros usuarios, frente a la asistencia o cancelación de las citas asignadas, resaltando aquí lo que enuncia uno de sus deberes: **“Cumplir con las citas asignadas y los horarios de atención de la IPS”.**

Encuestas De Satisfacción – Consolidado 2021-2023

La percepción del usuario con respecto al cumplimiento de sus necesidades y expectativas se mide a través de la encuesta de satisfacción, la cual dividimos en 7 grupos que nos permitirán identificar fácilmente la satisfacción en los diferentes momentos que recorre el usuario durante el uso de nuestros servicios.

% DE SATISFACCIÓN ENCUESTA POR GRUPO COMPARATIVO 2021 a 2023



	2022	2023
PROM. DE USUARIOS ENCUESTADOS	855	919

2021: 93%
2022: 96%
2023: 97%

En el comparativo del 2023 frente a los años anteriores, se observa un incremento en la satisfacción de nuestros usuarios, donde 5 de los 7 grupos cumplen con la meta del 90% y algunos la superan.

Entre los que presentaron incremento con respecto al 2022 está: Pre-atención (6%), Atención (1%) y Post-Atención (7%). de los diferentes servicios.

De acuerdo con la Resolución 0256, se mide la satisfacción frente a las siguientes preguntas:

- Califique su nivel de satisfacción con el servicio recibido (experiencia global) – se viene cumpliendo el indicador con respecto a la meta del 90%

  2021: 93%
  2022: 96%
  2023: 97%

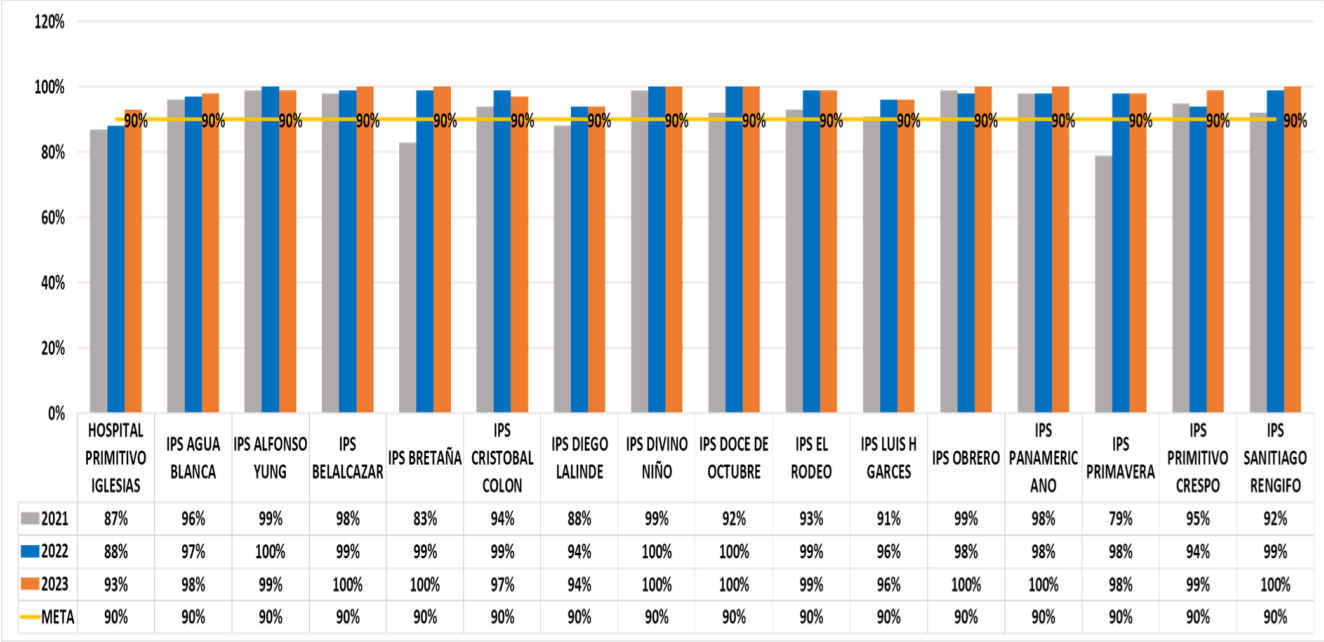
- ¿Recomendaría usted a otra persona la utilización de nuestros servicios? - se viene cumpliendo el indicador con respecto a la meta del 90%

2021: 94%
2022: 98%
2023: 99%

Aunque la satisfacción sobre conocimiento en Derechos y Deberes no ha llegado a la meta
del 90%, si ha presentado un incremento frente al año 2021; lo anterior debido a que se viene implementando diferentes estrategias para la su divulgación. Aquí cito algunas:

- Derechos y Deberes divulgados en salas de espera.
- Durante la atención de los servicios, el profesional informa a los usuarios o su familia como mínimo 1 derecho y 1 deber (deja registro en la HC).
- Divulgación en salas de espera por parte del personal de facturación.
- Divulgación a través de actividades lúdicas y educativas por parte de estudiantes en práctica.
- Entre mayo y agosto 2023, desde comunicaciones se imprimen aprox. 10.000 folletos para ser distribuidos en los servicios asistenciales durante su atención.
- Desde septiembre 2023 se informan en las charlas pedagógicas.

% DE SATISFACCIÓN ENCUESTA POR IPS
COMPARATIVO 2021 a 2023

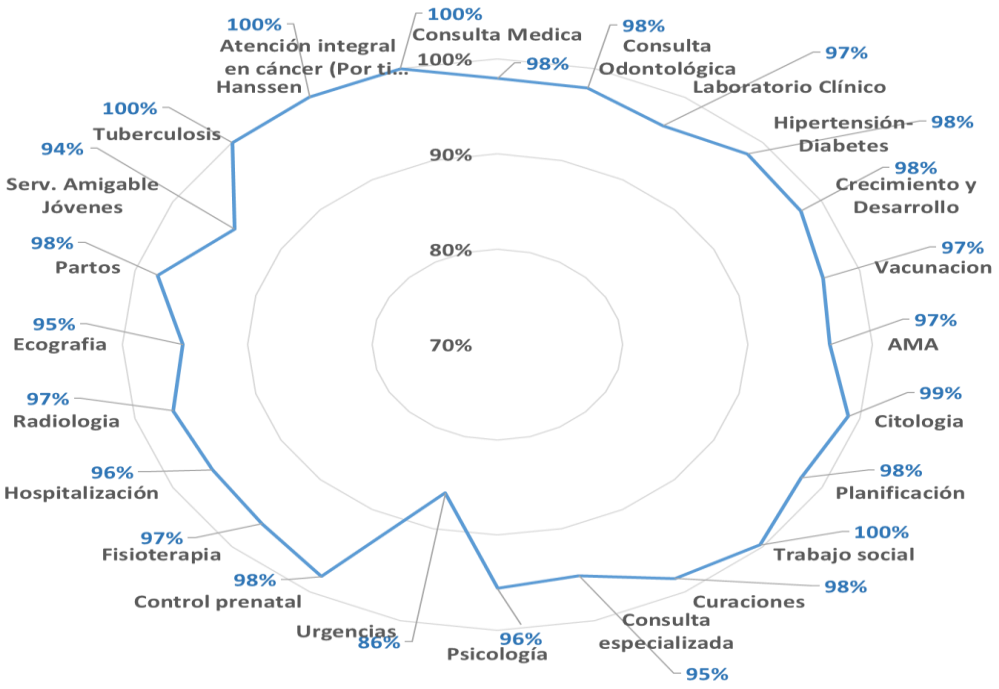


	HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	IPS AGUA BLANCA	IPS ALFONSO YUNG	IPS BELALCAZAR	IPS BRETAÑA	IPS CRISTOBAL COLON	IPS DIEGO LALINDE	IPS DIVINO NIÑO	IPS DOCE DE OCTUBRE	IPS EL RODEO	IPS LUIS H GARCES	IPS OBRERO	IPS PANAMERICANO	IPS PRIMAVERA	IPS PRIMITIVO CRESPO	IPS SANITIAGO RENGIFO
2021	87%	96%	99%	98%	83%	94%	88%	99%	92%	93%	91%	99%	98%	79%	95%	92%
2022	88%	97%	100%	99%	99%	99%	94%	100%	100%	99%	96%	98%	98%	98%	94%	99%
2023	93%	98%	99%	100%	100%	97%	94%	100%	100%	99%	96%	100%	100%	98%	99%	100%
META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

IPS	HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	AGUA BLANCA	ALFONSO YUNG	BELALCAZAR	BRETAÑA	CRISTOBAL COLON	DIEGO LALINDE	DIVINO NIÑO	DOCE DE OCTUBRE	RODEO	LUIS H GARCES	OBRERO	PANAMERICANO	PRIMAVERA	PRIMITIVO CRESPO	SANITIAGO RENGIFO
ENCUESTAS PROM. MES	163	36	64	35	36	103	39	17	27	40	90	125	36	30	40	36

La satisfacción con las IPS ha experimentado una mejora notable en el 2023 en comparación con años anteriores, destacando especialmente el Hospital Primitivo Iglesias, Belalcázar, Rodeo, Luis H., Primavera, Santiago Rengifo, Doce de Octubre, Panamericano y Primitivo Crespo.

% SATISFACCIÓN POR SERVICIO – 2023



Durante el 2023, la mayoría de los servicios cumplen con la meta del 90%, con la excepción del servicio de Urgencias que alcanza un 86%. Esta disminución se atribuye principalmente a la reticencia de algunos usuarios enfermos a aceptar la remisión a una cita prioritaria o consulta externa después de la valoración por triage, en lugar de ser atendidos como urgencias. También, se han registrado demoras debido a la congestión del servicio, lo que ha llevado a que los usuarios esperen un poco más para ser llamados por triage o el médico.

En contraste, algunas IPS han alcanzado una satisfacción del 100%, entre ellas: Tuberculosis, Por ti Mujer, Consulta Médica y Trabajo Social.

El Programa por Ti mujer se venía midiendo dentro de consulta especializada y a partir de julio se crea como un servicio con una Satisfacción Global a la fecha del 100%.

% DE SATISFACCIÓN ENCUESTA REALIZADA A USUARIOS POOL AMBULANCIAS – JUNIO A DICIEMBRE 2023



	CONOCIMIENTO D Y D	AMABILIDAD DEL PERSONAL	DISPONIBILIDAD Y CALIDAD EQUIPOS	PRESENTACION POR PARTE DEL PROFESIONAL	COMODIDAD Y SEGURIDAD DE AMBULANCIA	LIMPIEZA AMBULANCIA	RECOMENDACIÓN A OTRA PERSONA	SATIS. GLOBAL DEL USUARIO
JUNIO	91%	100%	91%	91%	91%	100%	100%	96%
JULIO	63%	95%	67%	96%	88%	98%	98%	100%
AGOSTO	83%	94%	88%	100%	92%	92%	94%	97%
SEPTIEMBRE	60%	100%	60%	88%	91%	100%	100%	100%
OCTUBRE	60%	100%	93%	87%	87%	100%	100%	93%
NOVIEMBRE	48%	100%	96%	87%	100%	96%	100%	100%
DICIEMBRE	56%	97%	100%	87%	85%	97%	100%	100%
META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%

	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
TOTAL ENCUESTAS REALIZADAS	23	57	36	43	15	23	39

Desde junio, hemos implementado la medición del servicio de Pool de Ambulancias mediante encuestas telefónicas dirigidas a nuestros usuarios habituales, llevadas a cabo por el personal de SIAU. Las preguntas de la encuesta fueron desarrolladas en colaboración con el equipo que presta el servicio, teniendo en cuenta las condiciones de calidad que deben cumplir los vehículos.

En los últimos 7 meses de seguimiento, hemos observado que los usuarios que hacen uso de este servicio no poseen un conocimiento completo de sus derechos y deberes, reflejando un promedio de satisfacción del 66%. Como parte de nuestra estrategia de mejora, hemos publicado los derechos y deberes en las ambulancias, y durante la prestación del servicio, nuestros profesionales educan a los usuarios mediante la divulgación de esta información.

En relación con la disponibilidad y calidad de equipos, la satisfacción promedio alcanza el 85%. Nos enfocamos en mantener y mejorar la calidad y disposición de los equipos mediante mantenimientos preventivos y la adquisición de nuevos vehículos.

PARTICIPACION SOCIAL

La Red de Salud Centro actualmente cuenta con 10 Asociaciones de Usuarios conformada por 69 miembros así:



4. OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

4.1 ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Informe semestral de Evaluación del Sistema de Control Interno

De acuerdo con la evaluación realizada en enero de 2024, correspondiente al periodo julio a diciembre 2023, el estado del sistema de control interno de la entidad se encuentra en un 80%.

El Sistema de Control Interno de la Red de Salud del Centro E.S.E tiene una institucionalidad definida que permite la toma de decisiones frente a la estructura de control. Sin embargo, es importante que se cuente con un responsable de Planeación que realice las funciones propias de la segunda línea de defensa, así como la apropiación de los líderes de procesos, subgerentes en el entendimiento y cumplimiento de su rol en el marco de las líneas de defensa, que facilite la identificación de riesgos, el establecimiento de controles, generación de alertas y la mejora, de acuerdo con los roles y responsabilidades de cada una de las líneas establecidas

La estructura de control basada en los cinco componentes del MECI, operó de manera integrada durante el periodo verificado. Sin embargo, existe la necesidad de fortalecer aspectos de la gestión institucional que faciliten la adecuada operación de los 5 componentes del sistema de control interno. En relación con la gestión de riesgos y actividades de control se advierten oportunidades de mejora, toda vez que es preciso el compromiso de todos los colaboradores.

El sistema de control interno en la E.S.E Centro es efectivo; la entidad posee un sistema consolidado, aunque susceptible de mejora. Se adapta a la dinámica organizacional con lo cual contribuye al logro de los objetivos planteados, a partir del desarrollo de una gestión soportada en evidencias.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente
Ambiente de control	Si	88%
Evaluación de riesgos	si	68%
Actividades de control	Si	75%
Información y comunicación	Si	82%
Monitoreo	Si	89%
Sistema de control Interno		80%

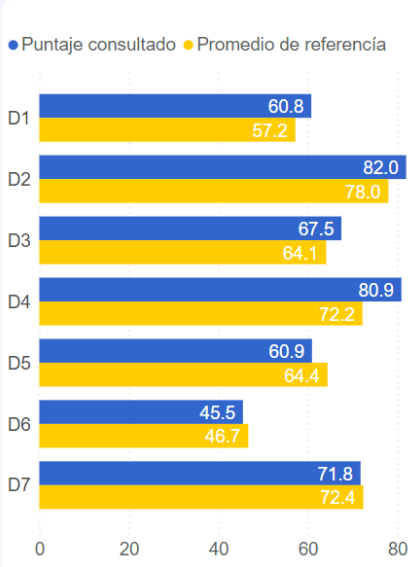
4.2 ÍNDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación del IDI (índice de desempeño institucional) al cierre de la vigencia 2022, la Red de Salud del Centro E.S.E, obtiene un índice de 69,2%.



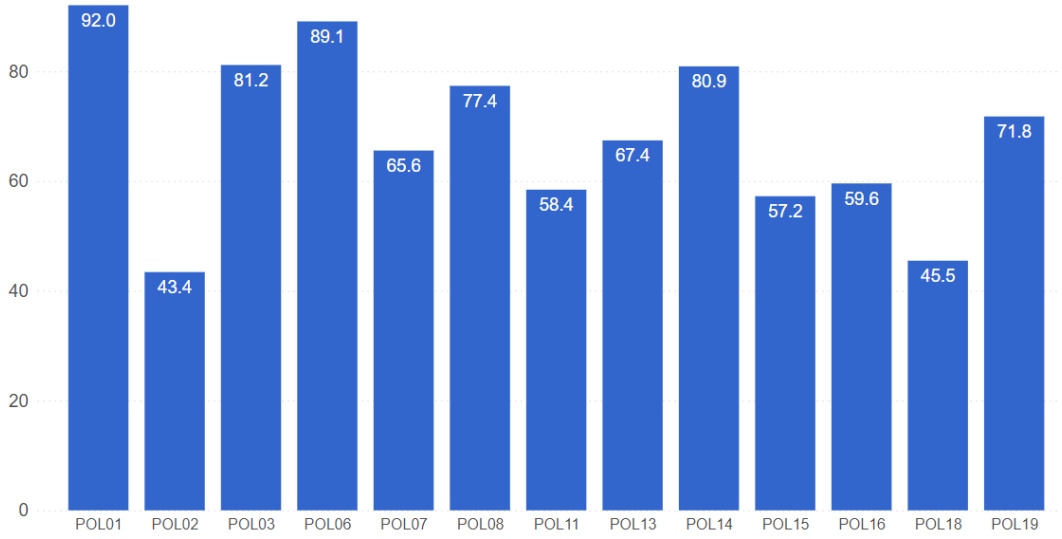
Nota 1 : El promedio del grupo par corresponde al promedio de puntajes de las entidades que hacen parte de dicho grupo. Este valor solo se visualiza cuando se filtra o consulta una sola entidad.

Los resultados de las dimensiones de gestión y desempeño fueron las siguientes:



Dimensión	Puntaje consultado
D1: Talento Humano	60.8
D2: Direccionamiento y Planeación	82.0
D3: Gestión para Resultados	67.5
D4: Evaluación de Resultados	80.9
D5: Información y Comunicación	60.9
D6: Gestión del Conocimiento	45.5
D7: Control Interno	71.8

Los resultados de las políticas de gestión y desempeño fueron los siguientes:



POLITICAS
POL01: Gestión Estratégica del Talento Humano
POL02: Integridad
POL03: Planeación Institucional
POL06: Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos
POL07: Gobierno Digital
POL08: Seguridad Digital
POL11: Servicio al ciudadano
POL13: Participación Ciudadana en la Gestión Pública
POL14: Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
POL15: Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción
POL16: Gestión Documental
POL18: Gestión del Conocimiento
POL19: Control Interno

4.3 PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITO ANTE LOS ORGANISMOS DE CONTROL Y GRADO DE AVANCE EN SU CUMPLIMIENTO

A la fecha la entidad tiene un plan de mejoramiento vigente con la Contraloría General de Santiago de Cali, el cual presenta un avance del 48% de cumplimiento, es preciso indicar que este plan se suscribió el 23 de agosto de 2023 y corresponde a la auditoria financiera y de gestión – vigencia 2022.

Fecha de la auditoria	Nombre de la Auditoria	Relación de Hallazgos			Total Hallazgos	% Avance del Plan de Mejoramiento
		Administrativa	Administrativa disciplinaria	Sancionatorio		
17/04/2023	Auditoría financiera y de gestión a la red de salud del centro E.S.E, vigencia 2022	9	0	0	9	48%

4.4 PLAN DE AUDITORIAS – PRECISANDO SU VIGENCIA, AVANCES Y SEGUIMIENTOS A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO.

El plan de auditorías de la vigencia 2023 se cumplió en un 94%.

	Actividades Ejecutadas	Actividades Programadas	% Ejecución
LIDERAZGO ESTRATEGICO	68	60	113%
ENFOQUE HACIA LA PREVENCION	9	22	41%
GESTION DEL RIESGO	6	10	60%
RELACION CON ENTES DE CONTROL	13	10	130%
EVALUACION Y SEGUIMIENTO	44	47	94%
TOTAL	**140**	**149**	**94%**

El plan de auditorías de la vigencia se encuentra en ejecución; a la fecha se ha cumplido con los siguientes informes y actividades.

- Cierre fiscal
- Cuenta anual consolidada 2023
- Informe toma física de inventarios correspondiente al segundo semestre de 2023.
- Informe de seguimiento al trámite de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias correspondientes al segundo semestre de 2023.
- Informe de austeridad del gasto correspondiente al IV trimestre de 2023

- Informe de auditoría resultante del seguimiento efectuado al comité de conciliación y defensa judicial.
- Informe de cumplimiento sarlaft y sicoft.
- Informe de auditoría de caja menor.
- Informe de seguimiento a los avances de los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría General de Santiago de Cali.
- Evaluación del plan de desarrollo institucional 2023.
- Informe de cumplimiento del plan de gestión del gerente vigencia 2023.
- Informe de legalidad del software 2023.

4.5 EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO CONTABLE Y ESTADO DE AVANCE DE LA IMPLEMENTACION DEL NUEVO MARCO NORMATIVO CONTABLE.

El 28 de febrero de 2024 se generó el informe de control interno contable de la entidad el cual arrojó en la valoración cuantitativa los siguientes resultados:

EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE	PUNTAJE OBTENIDO
ELEMENTOS DEL MARCO NORMATIVO	**8.75**
Políticas contables	0.86
Políticas de operación	7.89
ETAPAS DEL PROCESO CONTABLE	**17.04**
Reconocimiento	**17.04**
Identificación	2.60
Calificación	2.00
Registro	5.65
Medición	1.00
Medición posterior	1.79
Presentación de estados financieros	4.00
RENDICIÓN DE CUENTAS	**1.00**
ADMINISTRACION DEL RIESGO	**3.25**
PUNTAJE OBTENIDO (1)	**30.03**
TOTAL PREGUNTAS (2)	**32**
PORCENTAJE OBTENIDO (1/2)	**93.85%**
CALIFICACION	**4.69**
	8.75

En su totalidad el control interno contable de la Red de Salud del Centro E.S.E tiene una calificación de 4,69 sobre 5;

Si bien el resultado anterior demuestra que el control interno contable tiene un adecuado grado de desarrollo, ubicándolo en el máximo rango de la escala de valoración, lo cual genera una confianza razonable sobre los controles empleados en el proceso contable, es necesario advertir que en la evaluación se evidenciaron oportunidades de mejora las cuales es preciso intervenir.

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EMPRESARIAL

Con ocasión de lo dispuesto en la circular externa No. 20221510000000053-5 por la cual imparte lineamientos respecto del programa de transparencia y ética empresarial, mediante el acuerdo No. 1.02.063-2023 del 13 de diciembre de 2023 adopta el programa de transparencia y ética empresarial.

4.6 CLAVES DE ACCESO A LOS DIFERENTES APLICATIVOS DE REPORTE Y SEGUIMIENTO A QUE HAYA LUGAR

Las claves de acceso a los diferentes aplicativos de reporte y seguimiento de información son:

APLICATIVO	USUARIO	CLAVE
PROCURADURIA	Gloria.riascos@saludcentro.gov.co	CENTRO2613#
SIA – CONTRALORÍA	ESECENTRO	CENTRO2613
SIA- OBSERVA - CONTRALORIA[1]	Jorge.tamayo@saludcentro.gov.co	Pa$w0rd
DAFP	805027261	CENTRO2613
CONTADURIA GENERAL DE LA NACION	ENT220176001	CENTRO2613
SIHO-Ministerio de Protección Social	7600103958	CENTRO2613
SUPERSALUD	805027261 gerencia@saludcentro.gov.co	CentroJETN2613*
MIPG-	Furag2874JP	Centro2613
Datos abiertos	evaluacionymejora@ saludcentro.gov.co	Esecentro2613
SIRECI Modulo: transmisión (storm web)/prorrogas	6077	r3dd3s4lfd
SIRECI Diligenciamiento / storm user	6077	6077storm1234*

[1] El usuario es el correo electrónico de cada funcionario que tiene que ver con la rendición de contratos, órdenes de compra, actas de supervisión, cartas de autorización. Se debe enviar correo a la contraloría al Ing. Néstor López (sia@contraloriacali.gov.co) solicitando la creación del usuario y asignación de claves.

4.7 RESULTADOS DE INDICADORES DEL PLAN DE GESTION DE GERENTES A DICIEMBRE DEL AÑO 2023.

AREA DE GESTION	No.	INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR PARA CADA AÑO	RESULTADO PERIODO EVALUADO VIGENCIA 2023	CALIFICACION	PONDERACION	RESULTADO PONDERADO
DIRECCION Y GERENCIA 20%	1	**MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES ACREDITADAS**	Indicador nominal	Mantener la acreditación Autoevaluación de la vigencia evaluada ≥3,5	3.52	5	0.05	0.250
	2	**EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**	Numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas / Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria **registradas en el PAMEC.** **486/535: 91%**	0,90	0.91	5	0.05	0.250
	3	**GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**	No. de metas del plan desarrollo cumplidas: 85 No. de metas del plan desarrollo establecidas: 99 Resultado: 87%	≥0,90	0.85	3	0.10	0.300
TOTAL DIRECCION Y GERENCIA							**0.20**	**0.800**
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%	4	**RIESGO FISCAL Y FINANCIERO**	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	SIN RIESGO			0.05	-
	5	**EVOLUCION DEL GASTO POR UVR PRODUCIDA**:	(Gastos funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de evaluación / # de UVR producidas en la vigencia) $29.103,28 Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación /# de UVR producidas en la vigencia anterior) $28.508,73 Resultado: 98%	<0,90	0,98	3	0.057	0.171
	6	**PROPORCIÓN DE M Y MMQ ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS:** **1. Compras conjuntas.** **2. Compras a través de cooperativas de E.S.E's.** **3. Compras a través de mecanismos electróncos.**	Vr. Total adquisiciones de M y MMQ realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos:(a) Compras conjuntas. (b) Compras a través de cooperativas de E.S.E´s. (c). Compras a través de mecanismos electróncos. / Vr. Total de adquisiciones de la E.S.E por medicamentos y material medico-quirúrgico. $	≥0,70	80.05%	5	0.057	0.286
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por salarios y contratación de servicios corte 31 Dic de la vigencia evaluada / Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios corte 31 Dic vigencia anterior valores constantes	Vr. De la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de Dic de la vigencia objeto de evaluación	Cero (0) o varación negativa	0	5	0.057	0.286
	8	**UTILIZACION DE INFORAMCION DE RIPS**: Número de informes de análisis de prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia	# de informes del análisis de la prestación de servicios de la E.S.E a la J.D. con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	4	4	5	0.057	0.286
	9	**RESULTADO EQUILIBRIO PPTAL CON RECAUDO**	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de cxc de vigencias anteriores): $60.453.469 (miles de pesos). Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores: $60.296.790 Resultado: 100%	≥1,00	1,11	5	0.057	0.286
	10	**Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud**	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	5	0.057	0.286
	11	**Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004**	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	5	0.057	0.286
TOTAL FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA							**0.40**	**1.886**

AREA DE GESTION	No.	INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR PARA CADA AÑO	RESULTADO PERIODO EVALUADO VIGENCIA 2023	CALIFICACION	PONDERACION	RESULTADO PONDERADO
GESTION CLINICA O ASISTENCIAL 40%	21	**PROPORCION DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMAN 12**. 742/1.353	Numero de mujeres gestantes a quienes se les realizo por lo menos una valoracion medica y se inscribieron en el programa de CPN de la E.S.E, a mas tardar en la semana 12 de gestación / Total de mujeres gestantes identificadas. 742/1353: 55% Fuente: Dra Norma Vargas	≥0,85	0.55	1	0.08	0.080
	22	**INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE**:	# de recien nacidos con DX Sifilis congenita en poblacion atendida por la ESE en la vigencia Fuente: diapositiva informe de gestión PMS.	0 Casos	5	0	0.08	-
	23	**EVALUACION DE APLICACIÓN GUIA DE MANEJO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA**:	# de HCL que hacen parte de la muestra representativa con aplicacion estricta de la guia de atencion de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE / Total HCL auditadas de la muestra representativa de pacientes con Dx de HTA atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación: 345/381: 91% Fuente: Informe Auditoria HC 2023	≥0,90	0.91	5	0.07	0.350
	24	**EVALUACION APLICACIÓN GUIA DE MANEJO DE CYD**:	# de HCL que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se les aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del CYD / # de HCL de niños (as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de CYD en la E.S.E en la en la vigencia. 360/383: 94% Fuente: Informe Auditoria HC 2023	≥0,80	0,95	5	0.06	0.300
	25	**REINGRESOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS**:	Numero de consultas al servicio de Urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas que hacen parte de la muestra representativa. Total de consultas del servicio de Urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa. 154/31.654 : 0,0048 -->0,4865%	≤0,03	0,005	5	0.05	0.250
	26	**OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCION DE CONSULTA MEDICA. GENERAL**:	Sumatoria total de los dias calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita,por cualquier medio para ser atendido en la consulta medica general y la fecha para la cual es asignada la cita /181.748 Numero total de consultas medicas generales asignadas en la institucion. 79.859 fuente: Informe SIHO	≤3	2,3	5	0.06	0.300
TOTAL GETION CLINICA O ASISTENCIAL							**0.40**	**1.28**
TOTAL CALIFICACION DEL PERIODO							**1.00**	**3.966**
CRITERIO DE LA GESTION							**GESTION SATISFACTORIA ≥ 70%**	