



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

— **María Upegui** —

HOMO

INFORME DE GESTIÓN

2021

PRESENTACIÓN.....	3
1. CONTEXTO GENERAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA.....	4
2. INDICADORES PLAN DE GESTIÓN	7
2.1 DIRECCIÓN Y GERENCIA	7
INDICADOR 1. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.....	7
INDICADOR 2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.	11
INDICADOR 3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO.....	14
2.2 GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	20
INDICADOR 4. RIESGO FISCAL FINANCIERO.....	20
INDICADOR 5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.....	22
INDICADOR 6. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO-QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS: A) COMPRAS CONJUNTAS, B) COMPRAS A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE ESE, C) COMPRAS A TRAVÉS DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS.....	23
INDICADOR 7. MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR	25
INDICADOR 8. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES (RIPS).....	26
INDICADOR 9. RESULTADO DEL EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO.....	27
INDICADOR 10. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA	28
INDICADOR 11. OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193.....	30
2.3 GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	31
INDICADOR 27. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO DE LAS TRES (3) PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DE LA ESE RESOLUCIÓN 0408 DE 2018.....	31
INDICADOR 28. EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA PARA LA PREVENCIÓN DE FUGAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA ESE. RESOLUCIÓN 0408 DE 2018.....	33
INDICADOR 29. EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA PARA LA PREVENCIÓN DE SUICIDIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA ESE RESOLUCIÓN 0408 DE 2018.....	35
INDICADOR 30. OPORTUNIDAD EN LA CONSULTA PSIQUIÁTRICA.....	37

PRESENTACIÓN

El presente informe de Gestión, contiene los logros y resultados de los compromisos de la Institución frente a los indicadores de gestión para la vigencia 2021, en el Plan de Gestión 2020-2023 que fue aprobado en el Acuerdo N° 07 del 04 de junio de 2020, en cumplimiento de la Resolución 408 de 2018, que modificó la Resolución 710 de 2012 y 403 de 2013, en la cual se adopta la metodología para la presentación del plan de gestión y la evaluación del mismo.

El informe de Gestión presenta información en tres áreas fundamentales para la ESE Hospital Mental de Antioquia “María Upegui – HOMO”:

- Dirección y Gerencia (20%): Mejoramiento continuo con base en Acreditación comparado con la vigencia anterior, efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad y Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.
- Financiera y Administrativa (40%): Categorización del riesgo, evolución del gasto por unidad de valor relativo producido, equilibrio operacional, compras conjuntas, reporte oportuno de informes, cumplimiento de obligaciones laborales, utilización RIPS.
- Clínica asistencial (40%): Adherencia a Guías de manejo de las tres primeras causas de morbilidad de la ESE, adherencia a guías para prevención de fugas de pacientes, adherencia a guías para prevención de suicidio y oportunidad en la consulta de psiquiatría.

En cada área de gestión se exponen los resultados, logros y compromisos de cada uno de los indicadores, la meta establecida y un análisis de las causas en los casos que se presentaron brechas entre la meta y el resultado.

Los resultados presentados en el informe corresponden al período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2021.

29

Fecha de envío a la Junta Directiva: 30 de marzo de 2022.

Fecha de presentación a la junta: a más tardar el 25 de abril.



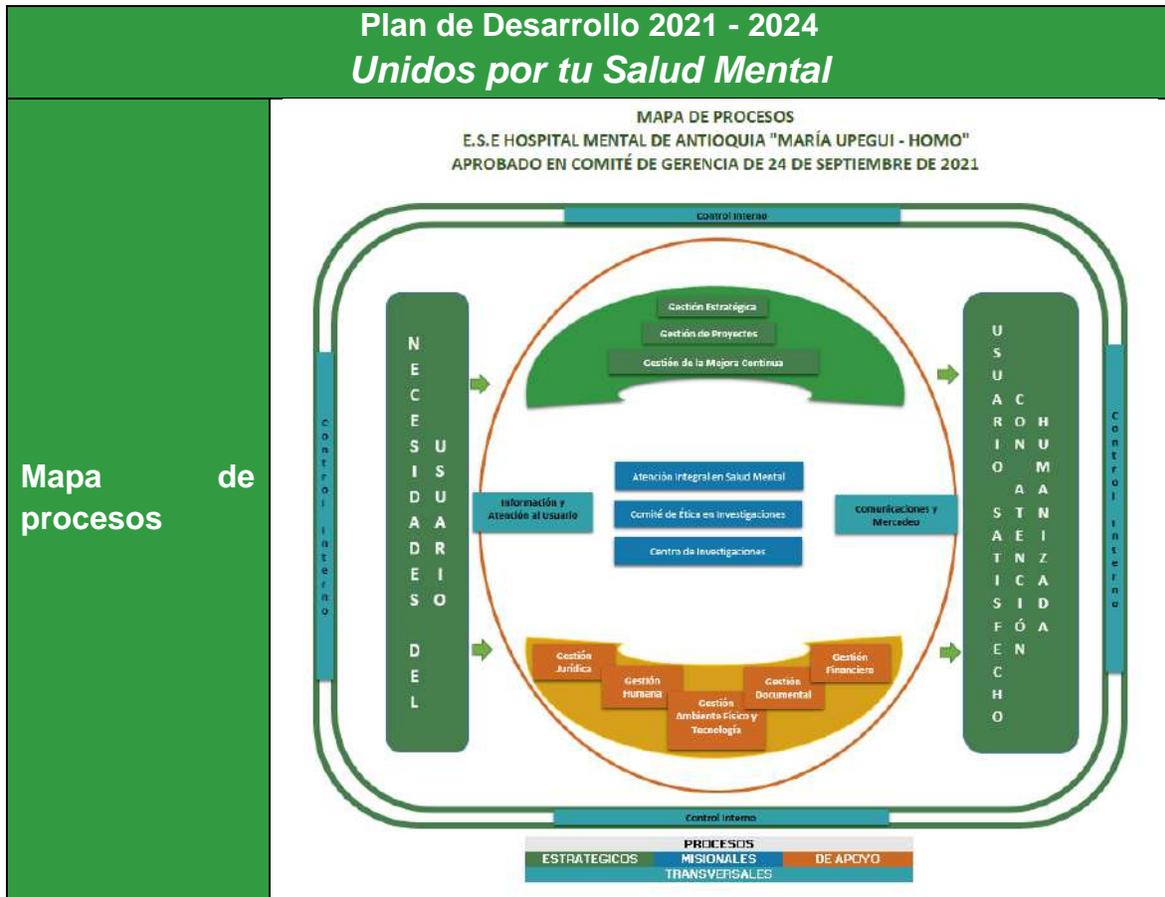
1. CONTEXTO GENERAL DE LA ESE HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

Nombre	ESE Hospital Mental de Antioquia “María Upegui – HOMO”
Carácter Territorial	Departamental
Dirección	Calle 38 # 55-310 Barrio Santa Ana
Nivel de atención	Mediana complejidad
Transformación en ESE	Mediante Ordenanza No. 17 de 2 de diciembre de 1994
Gerente	Alberto Aristizabal Ocampo
Plan de Gestión 2020 - 2023	Aprobado mediante Acuerdo No. 07 de 4 de junio de 2020

Plan de Desarrollo 2021 - 2024 <i>Unidos por tu Salud Mental</i>	
Misión	Prestamos servicios especializados en salud mental, bajo un modelo integral humanizado y seguro, enfocado en el paciente y su familia y generando conocimientos con enfoque investigativo.
Visión	Para el año 2024 seremos un hospital innovador, líder en la prestación de servicios integrales en salud mental, con un Centro de Investigación como referente a nivel nacional e internacional y financieramente sostenible.
Objetivos corporativos	Garantizar que los servicios que presta nuestra institución se realicen por personal competente Mantener y mejorar el Sistema Integrado de Gestión para asegurar la satisfacción de nuestros clientes y el cumplimiento de las normas vigentes



Plan de Desarrollo 2021 - 2024 <i>Unidos por tu Salud Mental</i>	
	<p>Prestar a nuestros usuarios servicios de salud mental integrales, con el mínimo de riesgos y en forma oportuna, con eficacia, eficiencia y efectividad</p> <p>Fortalecer la estrategia de educación al paciente, su grupo familiar y red de apoyo, orientando a mejorar las condiciones de su entorno y control de riesgos</p> <p>Acompañar los programas de salud mental desde la atención primaria en salud en el departamento de Antioquia</p>
Principios	<p>Enfoque centrado en el usuario, su familia y red de apoyo</p> <p>Humanización</p> <p>Responsabilidad social</p> <p>Calidad</p> <p>Eficiencia</p>
Valores	Honestidad, Respeto, Compromiso, Justicia, Diligencia
Líneas estratégicas	<p>Desarrollo e innovación de la atención en salud mental</p> <p>Crecimiento y sostenibilidad financiera</p> <p>Proyección y estrategia organizacional</p>
Organigrama	 <pre> graph TD JD[JUNTA DIRECTIVA] --> GER[GERENCIA] GER --- OAJ[OFICINA ASESORA JURÍDICA] GER --- OGT[OFICINA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO] GER --- OACI[OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO] GER --- OCM[OFICINA DE COMUNICACIONES Y MERCADEO] GER --- SA[SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA] GER --- SP[SUBGERENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS] GER --- DTP[DIRECCIÓN TÉCNICA DE PLANEACIÓN Y PROYECTOS] </pre>



Calle 38 No 55-310 Bello-Colombia - Teléfono: (604) 4448330 Fax: (604) 4527479
Línea de atención 018000 417474. Nit: 890.905.166-8. www.homo.gov.co

Código: CO-FR-02

Versión: 03

Fecha: 28/12/21

2. INDICADORES PLAN DE GESTIÓN

ÁREA DE GESTIÓN	PORCENTAJE	TOTAL INDICADORES
Dirección y Gerencia	20%	3
Administrativa y Financiera	40%	8
Gestión Clínica Asistencial	40%	4

Fuente: Resolución 408 de 2018 del 15 de febrero de 2018, que modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013.

2.1 DIRECCIÓN Y GERENCIA

Esta área de gestión se enfoca en el mejoramiento continuo a través de la implementación de estándares superiores de calidad (Sistema Único de Acreditación), y de la ejecución proporcional del Plan de Desarrollo (Plan Operativo Anual); que basados en las cuestiones internas y externas demuestran el mejoramiento de la institución.

Indicador 1. Mejoramiento Continuo de la Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.			
Línea base	1,18		
Meta año 2020	0,80	Resultado año 2020	0,81
Meta año 2021	1,18	Resultado año 2021	1,12
Fórmula de indicador	Numerado / Denominador		
Meta	≥ 1,2		
Variables		Año 2021	Resultado



Numerador	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada	2,9	1,12
Denominador	Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	2,6	

Fuente: Autoevaluación estándares de acreditación 2021, Resolución 5095 de 2018, proceso Gestión de la Mejora Continua.

ANÁLISIS

La variación del resultado del año 2021 en relación al año 2020 es 1,12; comparado con la variación obtenida en 2020 de 0,81 se obtuvo una diferencia positiva de 38% en la autoevaluación. Sin embargo, no se cumple con la meta que es $\geq 1,2$

Es importante resaltar que los cambios en autoevaluación de estándares de acreditación no son significativos en periodos tan cortos, debido a que cada criterio se evalúa desde el enfoque hasta los resultados, por lo que el avance se medirá de acuerdo al estado encontrado. En algunos casos, si la diferencia encontrada radica en la implementación, se puede lograr la implementación y en el siguiente ciclo se medirán los resultados; pero en otros casos, es posible que la diferencia encontrada se encuentre desde el enfoque, lo que significa que se puede avanzar solo en la documentación, y en el siguiente ciclo en la implementación. Este detalle permite explicar que la valoración de un criterio va desde el enfoque hasta los resultados, y que su evaluación cuantitativa solo variará cuando se consiga enfoque, implementación y resultados, y adicionalmente, entre cada ciclo, variará dependiendo de la madurez en su implementación. Es de anotar que se vienen desarrollando acciones tendientes a mejorar la implementación y la calidad de la medición y el seguimiento a resultados, lo que se evidencia con el avance frente a la línea de base.

A continuación se presenta la comparación de autoevaluación por grupos de estándares entre 2020 y 2021:



GRUPO DE ESTANDARES Resolución 5095 de 2018	CANTIDAD ESTANDARES	AUTOEVALUA DOS 2020	AUTOEVALUA DOS 2021	PROMEDIO CALIFICACION 2020	PROMEDIO CALIFICACION 2021	CALIFICACIÓN MÍNIMA 2020	CALIFICACIÓN MÍNIMA 2021
Cliente Asistencial	75	52	51	2,6	2,9	1,0	2,3
Direccionamiento	13	13	13	2,5	2,8	1,0	1,0
Gerencia	15	15	15	2,8	3,0	2,1	2,6
Gerencia del talento humano	17	17	17	2,9	3,0	1,5	2,6
Gerencia del ambiente físico	11	11	11	2,0	2,3	1,0	2,0
Gestión de la tecnología	10	7	7	2,6	2,8	2,2	2,6
Gerencia de la información	14	14	14	2,9	3,1	1,5	2,6
Mejoramiento continuo	5	5	5	2,6	2,9	1,5	2,6
RESULTADO	160	134	133	2,6	2,9	1,0	1,0

ACTIVIDADES EJECUTADAS:

La ESE Hospital Mental de Antioquia definió los equipos de mejoramiento que realizan las actividades de la ruta crítica del PAMEC desde el año 2018, a través de la Resolución 0371, para el año 2020 se actualiza a Resolución 0139, con la inclusión de la jefe de la Oficina Jurídica a los equipos de mejoramiento, y la creación del equipo que acompañe los estándares de mejoramiento de la calidad y para el año 2021 se actualiza a la Resolución 0055 por cambio en el Representante Legal.

La metodología que se llevó a cabo para la ejecución de la ruta crítica fueron reuniones programadas con cada grupo de mejoramiento y revisión de avance durante el comité de Gerencia y los equipos de expertos.

LOGROS:

- Se fortalecen los equipos de mejoramiento para PAMEC
- Se refuerza en los empleados el conocimiento de la institución con la revisión de cada estándar y la definición de fortalezas y oportunidades de mejora.



- Se genera un plan de acción que impacta en las necesidades prioritarias de la institución y se integra con el Plan Operativo Anual.

EVIDENCIAS Y SOPORTES:

- Autoevaluación de los grupos de estándares de acreditación 2020
- Autoevaluación de los grupos de estándares de acreditación 2021
- Informe indicador 1 Mejoramiento Continuo de la Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior
- Resolución 0139 de 2020 y 0055 de 2021.



Indicador 2. Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.			
Línea base	0,92		
Meta año 2020	0,60	Resultado año 2020	0,92
Meta año 2021	0,90	Resultado año 2021	0,92

Fórmula de indicador	Numerador / Denominador		
Meta	≥ 0,90		
Variables		Año 2021	Resultado
Numerador	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías	68	0,92
Denominador	Número de acciones de mejora planteadas	74	

Fuente: Plan de acción estándares de acreditación 2021, Resolución 5095 de 2018, proceso Gestión de la Mejora Continua.

ANÁLISIS

Si bien las acciones de mejora derivadas de las auditorías de 2021 comparadas con las acciones de mejora derivadas de las auditorías de 2020, presentan una diferencia negativa de 0,4%, se logró para el período un cumplimiento de 92%, en todo caso, superior a la meta establecida que es ≥ 90%.

A continuación se presentan las acciones que no se ejecutaron:

- Poner en funcionamiento 50 camas con infraestructura confortable para los servicios de hospitalización en la ESE Hospital Mental de Antioquia.
A cargo de Ambiente Físico y Tecnología, Información y Atención al Usuario.
Justificación: retraso en la entrega de la obra física por lo que se estima que para el primer semestre de 2022 pueda entrar en funcionamiento estas camas en la nueva infraestructura.
- Realizar un estudio de tiempos y movimientos por cada puesto de trabajo asistencial.



A cargo de Gestión Humana.

Justificación: no fue posible ejecutarse porque esta actividad debe hacerse de manera simultánea con la socialización del nuevo mapa de procesos, que fue modificado en los últimos meses del año. Se estima realizar esta actividad con el apoyo de las universidades, en el marco de los convenios docencia-servicio establecidos en la E.S.E.

- Construir inventario de activos de información - Referenciación de inventario de activos.

A cargo de Sistemas de Información.

Justificación: el equipo de Gestión Documental priorizó sus actividades en la construcción de las tablas de retención documental, como paso previo a la realización de la Referenciación comparativa, la cual hará parte de las actividades priorizadas en la siguiente vigencia.

- Implementación de la ventanilla única virtual: realizar los ajustes que se requieren de infraestructura para poner en funcionamiento la asignación de citas por medio web.

A cargo de Sistemas de Información.

Justificación: La ventanilla del proveedor actual no se ajusta a la normatividad, de acuerdo con las instrucciones dadas por la líder de Gestión Documental, por lo cual se priorizan para la siguiente vigencia las acciones tendientes a dar cumplimiento al presente requerimiento.

- Evaluar la implementación de comité de violencia sexual y conocimiento del protocolo.

A cargo de Evaluación y Control.

Justificación: Durante la vigencia se instituyó el comité, y la primera evaluación de su funcionamiento está prevista para el primer trimestre del 2022.

ACTIVIDADES EJECUTADAS:

Este indicador refleja la ejecución del Programa de Auditoría para El Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en salud del Hospital.

En el año 2021 se formularon planes de acción de todos los grupos de estándares de acreditación, a cargo de 10 procesos institucionales. El proceso de Gestión de la Mejora Continua con la asesoría de la Secretaría de Salud de Antioquia, realizó seguimiento periódico a la implementación de la Ruta Crítica y a la ejecución de las acciones propuestas.



Se realizaron 4 seguimientos a la ejecución, el primero se llevó a cabo durante la medición inicial, como punto de partida entre julio y agosto de 2021, luego entre septiembre y octubre se realizó el segundo seguimiento, en el mes de noviembre se realizó el tercer seguimiento y en diciembre el último seguimiento. Adicionalmente, después de los cuatro seguimientos se envía a Control Interno para que validen el avance de las acciones; en el mes de enero de 2022 se realiza el cierre del ciclo PAMEC 2021, a través de la validación entregada por Control Interno, la recopilación de nuevas evidencias de ejecución y el informe de aprendizaje organizacional.

La información se presenta a la Superintendencia Nacional de Salud oportunamente de acuerdo a la Circular externa 012 de 2016. La Superintendencia Nacional de Salud emite un reporte con el resultado del archivo tipo ST002 de acuerdo a la Circular 012 de 2016, que corresponde al indicador N°2 del anexo técnico de la Resolución 408 de 2018. Vigencia 2021.

LOGROS:

- Se activan los equipos de expertos por cada proceso
- Se implementa un tablero de indicadores por cada uno de los procesos encargados de ejecución de acciones PAMEC.
- Se realiza seguimiento a la ejecución entre Control Interno y Calidad.

EVIDENCIAS Y SOPORTES:

- Tablero de indicadores de las acciones ejecutadas en 2021.
- Informe PAMEC 2021.
- Informe indicador 2 Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.



Indicador 3. Gestión de ejecución del plan de desarrollo.			
Línea base	0,90		
Meta año 2020	0,60	Resultado año 2020	0,68
Meta año 2021	0,90	Resultado año 2021	0,95

Fórmula de indicador	Numerador / Denominador		
Meta	≥ 0,90		
Variables		Año 2021	Resultado
Numerador	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación	18	0,95
Denominador	Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	19	

Fuente: Plan de Desarrollo 2021 - 2024, Dirección de Planeación. ESE Hospital Mental de Antioquia "María Upegui – HOMO". Proceso: Gestión Estratégica.

ANÁLISIS

Al cierre de la vigencia 2021, se cumplió con el 95% de las metas del Plan Operativo Anual, superando la meta establecida que es $\geq 0,90$.

La brecha de 0,05 de cumplimiento corresponde se explica por la medición del clima laboral que se realiza cada dos años, y que para esta vigencia no presentó aumento en el porcentaje de satisfacción. Este resultado, a su vez, se vió influenciado por la pandemia por COVID-19 que implicó restricciones para la realización de actividades y en consecuencia, la percepción de los empleados.

ACTIVIDADES EJECUTADAS:

La ejecución del Plan Operativo Anual – POA vigencia 2021, permite avanzar en el cumplimiento de las metas planteadas en el Plan de Desarrollo 2021-2024. Las metas del Plan están enmarcadas dentro de la plataforma estratégica institucional en los objetivos corporativos y en 3 líneas estratégicas:



LINEA ESTRATEGICA	METAS PLAN OPERATIVO ANUAL 2021	
	CUMPLIDAS	NO CUMPLIDAS
1. Desarrollo e Innovación de la Atención en Salud Mental	6	0
2. Crecimiento y Sostenibilidad financiera	6	0
3. Proyección y Estrategia Organizacional	6	1
Total	18	1
JUSTIFICACIÓN NO CUMPLIDAS	La meta no cumplida corresponde a la medición del clima laboral que se realiza cada dos años. Está medición se vio afectada por la pandemia por COVID-19 que presentó restricciones para la realización de actividades y la percepción de los empleados.	

LÍNEA ESTRATÉGICA N° 1: Desarrollo e Innovación de la Atención en Salud Mental

Objetivo estratégico		Prestar servicios en salud mental centrada en el usuario, la familia y la red de apoyo, mejorando la relación con los ciudadanos y ofreciendo nuevos servicios.					
PROGRAMA	PROYECTO	INDICADOR RESULTADO	DE	META 2021	RESULTADO 2021	CUMPLIMIENTO DE LA META	
						SI	NO
1.1 Atención Integral en Salud Mental	1.1.1 Sostenimiento de la Prestación de Servicios Habilitados	Porcentaje de servicios prestados que se mantienen habilitados		100%	100%	1	
	1.1.2 Implementación del plan de participación ciudadana institucional, para fortalecer la relación con los ciudadanos y los grupos de interés	Proporción de cumplimiento del plan de participación ciudadana		30%	100%	1	
	1.1.3 Desarrollo de estrategias enfocadas a mejorar la gestión farmacéutica	Porcentaje de satisfacción del usuario		95%	96,2%	1	
1.2 Diversificación del Negocio	1.2.1 Desarrollo de unidades potencialmente generadoras de ingreso	Aumentar la capacidad instalada en la prestación del servicio		5%	5,6%	1	
	1.2.2 Implementación de un modelo de prestación de servicios, articulados a rutas de atención integradas	Proporción de modalidades implementadas		50%	50%	1	
	1.2.3 Fortalecimiento y desarrollo de la investigación	Aumento del ingreso por facturación del Centro de Investigaciones		5%	35%	1	
Total						6	

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Crecimiento y sostenibilidad financiera

Objetivo Estratégico	Alcanzar el equilibrio financiero que permita continuar con prestación de servicios integrales en salud mental a través de la ejecución del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero y de la gestión de recursos que permitan nuevas inversiones.					
	PROGRAMA	PROYECTO	INDICADOR RESULTADO DE	META 2021	RESULTADO 2021	CUMPLIMIENTO DE LA META
SI						NO
2.1. Gestión eficiente de los recursos y diversificación del ingreso no operativo	2.1.1. Alcance del equilibrio financiero	Proporción del Resultado de equilibrio de lo facturado con relación a lo recaudado.	90%	95%	1	
	2.1.2. Diversificación de ingresos no operacionales	Incrementar los ingresos no operacionales	20%	813%	1	
2.2. Infraestructura y equipamiento	2.2.1. Terminación de construcción de la tercera etapa de nueva sede Hospitalaria	Porcentaje de Cumplimiento del plan de construcción de la tercera etapa de la nueva infraestructura física.	100%	100%	1	
	2.2.2. Gestión y ejecución de recursos para la terminación de la etapa 4 y 5	Porcentaje de Cumplimiento del plan de construcción de la 4 y 5 etapa de la nueva infraestructura física.	0%	NA	0	
	2.2.3. Mantenimiento de la infraestructura actual y la nueva sede	Porcentaje de cumplimiento del plan de mantenimiento de la infraestructura actual y nueva sede	100%	100%	1	
	2.2.4. Renovación y actualización de la tecnología de la información y comunicación.	Porcentaje de Cumplimiento del PETI	25%	82%	1	
	2.2.5. Implementación del plan de dotación de mobiliario hospitalario	Porcentaje de ejecución del plan de dotación	30%	30%	1	
Total					6	

LÍNEA ESTRATÉGICA N° 3: Proyección y estrategia organizacional

PROGRAMA	PROYECTO	INDICADOR RESULTADO	DE	META 2021	RESULTADO 2021	CUMPLIMIENTO DE LA META	
						SI	NO
3.1. Gestión de la calidad y el mejoramiento de procesos	3.1.1. Implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud (PAMEC)	Porcentaje de Cumplimiento de la ruta crítica		100%	100%	1	
	3.1.2. Prestación segura de los servicios asistenciales	Porcentaje de Implementación del programa de seguridad del paciente		100%	100%	1	
	3.1.3. Administración de la gestión de riesgos	Porcentaje de Monitorización del riesgo		30%	75%	1	
	3.1.4. Integración de los sistemas de gestión de la institución (Habilitación, Acreditación, ISO 9001:2015, MIPG, Seguridad y Salud en el Trabajo - SST)	Porcentaje de integración de los sistemas de gestión de calidad		40%	86%	1	
3.2. Gestión de talento humano y gestión del conocimiento	3.2.1. Planificación y desarrollo de la gestión del talento humano	Aumentar el porcentaje de satisfacción del clima laboral		70%	55%		1
	3.2.2. Construcción y ejecución del plan de acción para el desarrollo de la gestión del conocimiento	Aumentar Porcentaje del resultado del autodiagnóstico		40%	40%	1	

PROGRAMA	PROYECTO	INDICADOR RESULTADO	DE	META 2021	RESULTADO 2021	CUMPLIMIENTO DE LA META	
						SI	NO
3.3. Comunicación estratégica para la proyección institucional	3.3.1. Implementación del plan de comunicaciones y medios del HOMO	Porcentaje de actividades ejecutadas del plan de comunicaciones.		100%	100%	1	
Total						6	1

LOGROS:

Se logró tener indicadores más acorde a los programas y proyectos planteados permitiendo un seguimiento más apropiado de la ejecución.
Se realizó seguimiento a la ejecución en los comités de Gerencia, facilitando la intervención oportuna de las acciones que presentaban desviaciones.

DIFICULTADES:

Se evidencia la necesidad de un sistema de información y registro para el seguimiento de los indicadores de la mano de un fortalecimiento de la cultura de la medición, evaluación y análisis.

EVIDENCIAS Y SOPORTES:

El soporte de seguimiento a la ejecución del POA 2020 se encuentra publicado en la página web de la institución en el siguiente enlace:

<https://homo.gov.co/adjuntos/plan-operativo-anual-2021>

Informe Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional año 2021.



2.2 GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Esta área de gestión orienta hacia la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y al cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y de rendición de cuentas. Involucra los procesos y recursos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la ESE.

Indicador 4. Riesgo Fiscal Financiero.	
Línea base	Riesgo alto
Meta año 2024	Riesgo Bajo
Resultado año 2020, 2021	Aprobación Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero por la Junta Directiva. Acta No. 1 de 2021

Fuente: Acta Junta Directiva, Gerencia. ESE Hospital Mental de Antioquia “María Upegui – HOMO”.
Proceso: Gestión Estratégica.

ANÁLISIS

Para el año 2020 y 2021, no se definió por parte del Ministerio de Salud y Protección Social el riesgo fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado; pero el proceso de Gestión Financiera en su actividad rigurosa de monitoreo ha presentado el programa de Saneamiento Fiscal y Financiero que aún no ha sido viabilizado.

ACTIVIDADES EJECUTADAS

Mediante resolución 01342 del 29 de mayo de 2019, la ESE fue categorizada en riesgo Alto por el Ministerio de Salud y Protección Social. La Entidad ha elaborado un programa de saneamiento fiscal y financiero para restablecer su solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud; tal como lo establece Artículo 77 de la Ley 1955 de 2018.

El programa se ha venido actualizando, acorde con los requerimientos del Ministerio.





RESOLUCIÓN NÚMERO 0001342 DE 29 MAY 2019 2019 HOJA No. 6

Continuación de la resolución "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2019"

Anexo Técnico No. 2
Empresas Sociales del Estado del nivel territorial categorizadas sin riesgo, con riesgo bajo, medio o alto para la vigencia 2019

Municipio	Nombre	Ubicación	Riesgo
Amazonas	Leticia	ESE Hospital San Rafael	Riesgo alto
Antioquia	Abejorral	ESE Hospital San Juan de Dios	Riesgo bajo
Antioquia	Alejandro	ESE Hospital Presbítero Luis Felipe Abello	Riesgo alto
Antioquia	Amalfi	ESE Hospital El Carmen	Sin riesgo
Antioquia	Andes	ESE Hospital San Rafael	Sin riesgo
Antioquia	Angelópolis	ESE Hospital La Mascoyaria	Riesgo alto
Antioquia	Angostura	ESE Hospital San Rafael	Riesgo medio
Antioquia	Anorí	ESE Hospital San Juan de Dios	Sin riesgo
Antioquia	Anzá	ESE Hospital San Francisco de Asís	Riesgo bajo
Antioquia	Arboletes	ESE Hospital Pedro Nel Cardona	Riesgo alto
Antioquia	Argelia	ESE Hospital San Julián	Riesgo alto
Antioquia	Armenia	ESE Hospital San Martín de Pones	Riesgo alto
Antioquia	Barbosa	ESE Hospital San Vicente de Pauli	Riesgo alto
Antioquia	Bello	ESE Hospital Bellosalud	Sin riesgo
Antioquia	Bello	ESE Hospital Mental de Antioquia	Riesgo alto
Antioquia	Betanc	ESE Hospital San Antonio	Sin riesgo
Antioquia	Betanc	ESE Hospital German Velez Gutierrez	Sin riesgo

DIFICULTADES

Al corte de la vigencia evaluada, el programa de saneamiento Fiscal y Financiero no ha sido viabilizado. Se devolvió el día 06 de febrero de 2020 y se radicó nuevamente en abril de 2020, el 04 de septiembre de 2020 se devolvió nuevamente para ajustes y se radicó en octubre de 2020, se devolvió en noviembre de 2020 y se radicó en la secretaria de salud en febrero de 2021; se recibe en marzo de 2021 solicitud de actualización de información a diciembre de 2020 y en septiembre 2021 se recibe solicitud de actualización de la información a junio de 2021 y en formato 6.8; pendiente actualización del Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero a diciembre 2021 y de recibir la actualización de la herramienta del MHCP para entregar nuevamente a Secretaria de Salud de Antioquia.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Aprobación Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero por la Junta Directiva. Actas de Junta directiva de Enero 25 de 2021 y Agosto 27 de 2021.



Indicador 5. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.			
Línea base	0,88		
Meta año 2020	< 0,90	Resultado año 2020	1,04
Meta año 2021	0,90	Resultado año 2021	0,87

Fórmula de indicador	Numerador / Denominador		
Meta	< 0,90		
Variables	Año 2021	Resultado	
Numerador	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicio comprometido en la vigencia objeto de la evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación)	49.867,43	0,87
Denominador	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia anterior)	57.078,34	

Fuente: Ficha Técnica SIHO. ESE Hospital Mental de Antioquia "María Upegui – HOMO". Proceso: Gestión Financiera.

ANÁLISIS:

La evolución del gasto por unidad de valor relativo producida tuvo una variación positiva en el 2021, presentando un valor de 0,87, que supera la meta del 0,90. Esta variación supera además la línea de base, con lo que puede evidenciarse la efectividad de las medidas tomadas con respecto al incremento de la productividad.

ACTIVIDADES EJECUTADAS

Durante el año 2021 se incrementó la producción de servicios, gracias a la apertura de 19 camas de hospitalización, lo que permitió atender la demanda generada por el incremento de consultas especializadas urgentes, en desarrollo del Piloto del



modelo de atención mental que se inició en la subregión del Suroeste. Esta mayor capacidad de atención, se reflejó también en el incremento de ayudas diagnósticas.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Ficha técnica SIHO 2021

Indicador 6. Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas, b) Compras a través de cooperativas de ESE, c) Compras a través de mecanismos electrónicos

Línea base	0,28		
Meta año 2020	0,46	Resultado año 2020	0,984
Meta año 2021	≥ 0,70	Resultado año 2021	0,992

Fórmula de indicador	Numerador / Denominador		
Meta	< 0,90		
Variables	Año 2021	Resultado	
Numerador	Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizados en la vigencia evaluada, mediante compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado.	13.593.053.102	99,25%
Denominador	Valor total de adquisiciones de la Empresa Social del Estado por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada.	13.695.812.242	

Fuente: Mecanismo de compras de medicamentos y dispositivos médicos. ESE Hospital Mental de Antioquia “María Upegui – HOMO”. Proceso: Atención Integral en Salud Mental, subproceso Gestión Farmacéutica.

ANÁLISIS:

Durante el año 2021 se realizó el 99% de las compras de medicamentos y material médico – quirúrgico mediante compras a través de mecanismos electrónicos y de



cooperativas; presenta una diferencia positiva con el 2020 de 1%. Se cumple con la meta que es $\geq 70\%$.

ACTIVIDADES EJECUTADAS

COMPRA MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO 2021

	COMPRA TOTAL	COMPRA OKA Y COHAN	PORCENTAJE
ENERO	\$ 864.897.781	\$ 853.517.791	\$ 98,68
FEBRERO	\$ 1.046.368.977	\$ 1.046.368.977	\$ 100,00
MARZO	\$ 1.053.000.466	\$ 1.036.180.426	\$ 98,40
ABRIL	\$ 1.239.874.762	\$ 1.239.874.762	\$ 100,00
MAYO	\$ 1.214.502.226	\$ 1.205.898.821	\$ 99,29
JUNIO	\$ 1.103.459.603	\$ 1.092.082.903	\$ 98,97
JULIO	\$ 1.202.414.973	\$ 1.185.517.468	\$ 98,59
AGOSTO	\$ 1.175.448.453	\$ 1.175.448.453	\$ 100,00
SEPTIEMBRE	\$ 1.216.919.835	\$ 1.204.860.335	\$ 99,01
OCTUBRE	\$ 1.108.910.390	\$ 1.108.910.390	\$ 100,00
NOVIEMBRE	\$ 1.045.227.640	\$ 1.028.427.640	\$ 98,39
DICIEMBRE	\$ 1.424.787.136	\$ 1.415.965.136	\$ 99,38
TOTAL	\$ 13.695.812.242	\$ 13.593.053.102	\$ 99,25

LOGROS:

- Permite comprar a mejor precio el insumo o medicamento según los oferentes.
- Hay mayor transparencia con los proveedores que cumplen la condición descrita por el hospital para la compra.
- En cualquier momento se puede solicitar medicamentos y dispositivos médicos según la necesidad del hospital.

EVIDENCIAS Y SOPORTES:

Informe de Revisoría Fiscal del indicador 6 Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico.



Indicador 7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior

Línea base	0		
Meta año 2020	0	Resultado año 2020	0
Meta año 2021	0	Resultado año 2021	0

Fórmula de indicador	Minuendo – Sustraendo		
Meta	0		
Minuendo	Resta	Sustraendo	Resultado
Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación	----	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior	0

Fuente: Tesorería. ESE Hospital Mental de Antioquia “María Upegui – HOMO”. Proceso: Gestión Financiera.

ANÁLISIS:

El resultado del indicador cumple con la meta propuesta que es cero (0), dado que la ESE no posee deuda por concepto de salarios con vencimiento superior a 30 días.

ACTIVIDADES EJECUTADAS:

Para mantener el flujo de caja, la ESE HOMO ha realizado varios proyectos interadministrativos con la Gobernación de Antioquia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, el municipio de Medellín, entre otros.

EVIDENCIAS Y SOPORTES:

Informe de Revisoría Fiscal del indicador No. 7 Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.



Indicador 8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)			
Línea base	4 informes		
Meta año 2020	3 informes	Resultado año 2020	4 informes
Meta año 2021	4 informes	Resultado año 2021	4 informes

Fuente: Sistema de Información para la Calidad: XENCO - ESE Hospital Mental de Antioquia.
Proceso: Gestión de la Mejora Continua.

ANALISIS:

Durante el año 2021 se presentaron a la Junta Directiva cuatro (4) informes RIPS, con el perfil de morbilidad.

Se realizaron 4 entregas de RIPS, cumpliendo con la meta establecida para el año.

ACTIVIDADES EJECUTADAS:

PERÍODO PRESENTADO	FECHA DE PRESENTACIÓN	NÚMERO DE ACTA JUNTA DIRECTIVA
RIPS I TRIMESTRE	Mayo 7 de 2021	Acta No.5
RIPS 2019 VS 2020	Junio 25 de 2021	Acta No. 6
RIPS II TRIMESTRE	Agosto 27 de 2021	Acta No. 7
RIPS 30 DE NOVIEMBRE 2021	Diciembre 10 de 2021	Acta No. 10

LOGROS:

Se mantuvo la prestación de servicios a pesar de la pandemia, que vio obligados a otros prestadores a cerrar servicios; la ESE Hospital Mental de Antioquia se vio favorecida por el auge que ha tenido la telemedicina en el hospital desde su inicio en el año 2017.

EVIDENCIAS Y SOPORTES:

Informe de Directora de Planeación del indicador No. 8: utilización de información de RIPS.

Indicador 9. Resultado del equilibrio presupuestal con recaudo			
Línea base	1,24		
Meta año 2020	> 1	Resultado año 2020	0,89
Meta año 2021	> 1	Resultado año 2021	0,93

Fórmula de indicador	Numerador / Denominador		
Meta	> 1		
Variables	Año 2021	Resultado	
Numerador	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CXC de vigencias anteriores)	79.158.050,22	0,93
Denominador	Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CXP de vigencias anteriores.	85.199.124,65	

Fuente: Ficha Técnica SIHO. ESE Hospital Mental de Antioquia "María Upegui – HOMO". Proceso: Gestión Financiera.

ANÁLISIS:

El resultado del equilibrio presupuestal con recaudo para el 2021 fue de 0,93. Este valor fue superior al alcanzado en el año 2020, de 0,87. Es de anotar que la pandemia ha afectado este indicador, tanto para el año 2020 como para el 2021, y que el mejoramiento de la vigencia evaluada frente a la anterior, se da a expensas de un fortalecimiento de la gestión de cartera y de una mayor eficiencia en el gasto.

ACTIVIDADES EJECUTADAS

Se fortaleció la gestión de cartera con las EPS, y se tuvo una gestión del gasto más eficiente, sin afectar, como se vió en el indicador Nro. 5, la producción de servicios.



LOGROS

El 30 de noviembre de 2021 se logró el corte de cuentas del pasivo pensional a 31 de octubre de 2021, certificado por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

DIFICULTADES

Los tiempos de revisión de la información al interior de la Gobernación no alcanzaron a permitir el recaudo de algunos de los recursos de concurrencia que se esperaba recaudar en la vigencia, toda vez que la E.S.E sigue teniendo gastos por causa del pasivo pensional. Se espera que en el primer semestre del 2022 puedan recaudarse estos recursos, para restaurar el equilibrio presupuestal durante la siguiente vigencia.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Ficha técnica SIHO 2021

Indicador 10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya			
Línea base	Oportuno		
Meta año 2020	Oportuno	Resultado año 2020	No Oportuno
Meta año 2021	Oportuno	Resultado año 2021	No Oportuno

Fuente: Reportes a la Superintendencia Nacional de Salud. ESE Hospital Mental de Antioquia "María Upegui – HOMO". Proceso: Gestión Financiera.

ANALISIS:

Para el año 2021 no se cumple con la oportunidad en el reporte, debido a que el reporte FT025 fue enviado extemporáneo para los meses de abril y mayo de 2021; y el reporte de GT003 fue enviado extemporáneo para el mes de marzo. La demora en el reporte FT025 se debe a que la persona encargada de la función se retiró en febrero y sus funciones no fueron reemplazadas. La demora en el reporte GT003 se debió a desconocimiento de la persona encargada para entregar la información.

LOGROS

Se presentaron todos los reportes en forma oportuna, salvo el reporte FT025 que fue enviado extemporáneo para los meses de abril y mayo de 2021; y el reporte de GT003 fue enviado extemporáneo para el mes de marzo.

DIFICULTADES

La rotación del personal por los concursos, ya que una vez son nombrados renuncian y deben ser reemplazados y la curva de aprendizaje es un riesgo que deben asumir las entidades.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Resultado de indicadores 2 y 10 Resolución 408 de 2018 vigencia 2021



Indicador 11. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193

Línea base	Oportuno		
Meta año 2020	Oportuno	Resultado año 2020	Oportuno
Meta año 2021	Oportuno	Resultado año 2021	Oportuno

Fuente: SIHO. ESE Hospital Mental de Antioquia “María Upegui – HOMO”. Proceso: Gestión Financiera, Gestión de la Mejora Continua.

ANALISIS:

Para el año 2021 se cumple con la oportunidad en el reporte por los procesos a cargo.

ACTIVIDADES EJECUTADAS

Se realiza reporte periódico de la información solicitada a cargo de Gestión Financiera y de Gestión de la Mejora Continua.

EVIDENCIAS Y SOPORTES

Resultado en SIHO de indicador 11 de la Resolución 408 de 2018 vigencia 2021.

2.3 GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

Esta área de gestión se relaciona con el conjunto de procesos de prestación de servicios salud orientados a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria a nivel asistencial.

Indicador 27. Evaluación de aplicación de guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE Resolución 0408 de 2018

Línea base	0,84		
Meta año 2020	0,80	Resultado año 2020	0,86
Meta año 2021	≥ 0,80	Resultado año 2021	0,91

Fórmula de indicador	Numerador / Denominador		
Meta	≥ 0,80		
Variables	Año 2021	Resultado	
Numerador	Número de historias clínicas de que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE en la vigencia	530	99,25%
Denominador	Total de historias clínicas de la muestra representativa para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE auditadas en la vigencia.	585	

Fuente: Informe adherencia a Guías de Práctica Clínica. ESE Hospital Mental de Antioquia "María Upegui – HOMO". Proceso: Gestión de la Mejora Continua.

ANÁLISIS:

Las guías de práctica clínica se pueden definir como "declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales en la toma de decisiones, para una atención en salud apropiada en circunstancias clínicas concretas". Surgen ante



la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial.

De acuerdo con el resultado, Se obtuvo una aplicación de las guías de manejo de las tres primeras causas de morbilidad superior a la meta establecida; en 90,6% para la E.S.E Hospital Mental de Antioquia en el año 2021; en comparación con el reporte de 2020 se obtuvo una diferencia positiva de 5,8% para 2021.

ACCIONES EJECUTADAS:

La evaluación de la aplicación de las Guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE se realiza trimestralmente. La selección de la muestra se realiza cumpliendo los parámetros de significación estadística, con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error del 5%. La muestra se calcula sobre el universo de las atenciones que corresponden al perfil de morbilidad del trimestre anterior, según las tres (3) primeras causas de consulta hospitalaria y ambulatoria en la institución.

En la vigencia se evaluaron 585 historias, de las cuales 530 (90,6%) cumplieron los parámetros de aplicación estricta de las guías.

EVIDENCIA Y SOPORTES:

Informe del comité de Historias Clínicas del indicador No. 27 Aplicación guías tres primeras causas de morbilidad.

Indicador 28. Evaluación de la aplicación de la guía para la prevención de fugas de pacientes hospitalizados en la ESE. Resolución 0408 de 2018			
Línea base	1		
Meta año 2020	0,80	Resultado año 2020	0,80
Meta año 2021	≥ 0,80	Resultado año 2021	0,89

Fórmula de indicador	Numerador / Denominador		
Meta	≥ 0,80		
Variables	Año 2021	Resultado	
Numerador	Número de historias clínicas con aplicación estricta de la guía para prevención de fugas de pacientes de la ESE adoptada por la entidad en la vigencia objeto de evaluación	23	88,5%
Denominador	Total de historias clínicas auditadas de pacientes que registraron fugas durante en la vigencia objeto e evaluación	26	

Fuente: Informe aplicación de Guías para Prevención de Fugas. ESE Hospital Mental de Antioquia "María Upegui – HOMO". Proceso: Gestión de la Mejora Continua.

ANÁLISIS:

El Hospital, ha identificado la fuga como uno de los riesgos inherentes a sus procesos de atención, y con el fin de prevenir que este se materialice, ha diseñado, implantado y evaluado una guía de atención, que fue elaborada siguiendo las recomendaciones contenidas en la norma técnica de seguridad del paciente, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo con el resultado, se obtuvo una aplicación de la guía para prevención de fugas de pacientes hospitalizados cumpliendo con la meta establecida de 80%. El resultado obtenido en la vigencia fue 88,5%, y comparado con el reporte de 2020, se obtuvo una diferencia positiva de 10%.

ACCIONES EJECUTADAS:

Durante la vigencia, se fortaleció la identificación de riesgos al ingreso de los pacientes por parte de los médicos tratantes. Así mismo, se fortaleció la aplicación de la guía por parte del personal de Enfermería, lo que permitió mejorar el resultado frente al año 2020.

En total se registraron 26 fugas durante el 2021, y de éstas se aplicó la guía de prevención a 23.

EVIDENCIAS Y SOPORTES:

Informe de comité de Historias Clínicas y comité de Seguridad del Paciente del indicador No. 28 Evaluación de aplicación de guía para prevención de fugas.

Indicador 29. Evaluación de la aplicación de la guía para la prevención de suicidio de pacientes hospitalizados en la ESE Resolución 0408 de 2018			
Línea base	0,80		
Meta año 2020	0,80	Resultado año 2020	1
Meta año 2021	≥ 0,80	Resultado año 2021	0,95

Fórmula de indicador	Numerador / Denominador		
Meta	≥ 0,80		
Variables	Año 2021	Resultado	
Numerador	Numero de historias clínicas de pacientes ambulatorios y hospitalarios tratados en la ESE con intento de suicidio en el año 2021, a quienes se les aplicó estrictamente la Guía para la prevención de suicidio adoptada por la entidad	90	94,7%
Denominador	Total de Historias Clínicas de pacientes que auditadas de pacientes que registraron intento de suicidio en el año 2021	95	

Fuente: Informe aplicación de Guías para Prevención de Suicidio. ESE Hospital Mental de Antioquia “María Upegui – HOMO”. Proceso: Gestión de la Mejora Continua.

ANALISIS:

El Hospital, ha identificado el intento de suicidio como uno de los riesgos inherentes al proceso de atención en salud mental. Para prevenir su materialización se ha diseñado, implantado y evaluado una guía de atención, la cual fue elaborada siguiendo las recomendaciones contenidas en la norma técnica de seguridad del paciente, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo con el resultado, se obtuvo una aplicación de la guía en el 94,7% de los casos de intento de suicidio presentados en el 2021. Este resultado es superior a la meta establecida (80%), y comparado con el resultado del 2020 se presentó una variación negativa de 5.3. No obstante el fortalecimiento de la identificación de los riesgos de los pacientes al ingreso, el principal criterio de inaplicación estricta de la



guía, está relacionado con el registro en la historia clínica de la información suministrada a los pacientes, familias y/o cuidadores sobre el tratamiento, cuidados y necesidad de evitar autoagresiones.

ACCIONES EJECUTADAS:

Durante la vigencia, se continuó fortaleciendo la identificación de riesgos al ingreso de los pacientes por parte de los médicos tratantes y se reiteró en el personal la aplicación de la guía.

La evaluación de la aplicación de la Guía para la prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE ambulatorios y hospitalarios, se aplica a todas las historias clínicas de los pacientes que registran intento de suicidio y las historias de todos los pacientes en los que los psiquiatras utilizan los códigos CIE 10 para intento de suicidio en pacientes hospitalizados y ambulatorios.

EVIDENCIAS Y SOPORTES:

Informe de comité de Historias Clínicas y comité de Seguridad del Paciente del indicador 29. Aplicación guía para prevención de suicidios.

Indicador 30. Oportunidad en la consulta psiquiátrica			
Línea base	9,84 días		
Meta año 2020	10 días	Resultado año 2020	10,9 días
Meta año 2021	10 días	Resultado año 2021	9,2 días
Fórmula de indicador	Numerador / Denominador		
Meta	10 días		
Variables	Año 2021	Resultado	
Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita	348.657	9,2
Denominador	Número total de consultas médicas especializadas asignadas.	37.815	

Fuente: Oportunidad consulta de psiquiatría - XENCO. ESE Hospital Mental de Antioquia "María Upegui – HOMO". Proceso: Gestión de la Mejora Continua.

ANÁLISIS:

El resultado del indicador oportunidad en la asignación de citas fue 9,2 días en el año 2021, en el año 2020 fue de 10,9 días; se obtuvo una diferencia positiva de 16%.

ACTIVIDADES EJECUTADAS:

1. Se asignan citas presenciales.
2. Se asignan citas por medio de call center.
3. Se entrega informe de oportunidad en consulta externa cada trimestre, con la revisión de la principal causa: asignación de cita a los pacientes antes del tiempo definido de control por parte del especialista.



EVIDENCIAS Y SOPORTES:

Informe de Subgerencia de Prestación de Servicios del indicador No. 30 oportunidad consulta psiquiatría.



ALBERTO ARISTIZABAL OCAMPO

Representante Legal

ESÉ HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA “MARÍA UPEGUI – HOMO”

