

INFORME PLAN DE GESTION VIGENICA 2017

INTRODUCCION

Con la expedición de la Resolución 0710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y modificado por la Resolución 408 de 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, se reglamenta la evaluación de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, acorde con lo establecido en los artículos 72, 73 y 74 de la Ley 1438 de 2011; el informe que a continuación se desarrolla, lo presento como Gerente de la ESE HSOPITAL DEL SARARE, el documento presenta los resultados que se lograron en la vigencia 2015, gracias al trabajo en equipo de todos los colaboradores del Hospital, el direccionamiento de la junta directiva. El Plan de Gestión esta enlazado con el Plan de Desarrollo Institucional, y los Planes de Acción de las Dependencias y Procesos. El plan de Gestión fue aprobado mediante acuerdo de junta 001 del 11 de enero 2017.

El plan de gestión a ejecutar por parte del Gerente debe contener las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de salud y al Ministerio de salud; en ese contexto este plan está constituido por los componentes de Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa; y Gestión Clínica o Asistencia

Para efectos de la evaluación del plan de gestión, se presenta el informe, atendiendo los lineamientos de la Resolución 408 de 2018 y los compromisos fijados en el plan de gestión para la vigencia 2017, En este informe se presentan los resultados para cada uno de los 20 indicadores definidos dentro del Plan de Gestión y los documentos que soportan los resultados del mismo. Dentro de las tres áreas de trabajo.

1. INDICADORES AREA DE DIRECCION Y GERENCIA.

INDICADOR 1 MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR

AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN VIGENCIA 2017

➤ **GRUPO DE ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL (PACAS):**

El Grupo de Estándares PACAS es el Grupo que más avances ha mostrado gracias a las actividades realizadas en el programa de Seguridad del Paciente, la gerencia ha realizado acciones de conjuntas para Institucionalizar las Jornadas de Actualización en Seguridad del Paciente, patrocinando Simposios y Seminarios donde se han invitado capacitadores de talla nacional. Se evidencia en la institución aprendizaje organizacional en estos temas. La calificación del estándar bajo un poco con respecto a la vigencia 2016 debo a que el equipo evaluador realizo un proceso mucho más analítico al momento de realizar la Autoevaluación según las recomendaciones de la Hoja Radar.

El Grupo de Estándares PACAS ocupo el 4 puesto de los 8 grupos de estándares evaluados con una calificación de 1,1676. Dentro de los primeros 74 estándares Cliente Asistencial (PACAS), la autoevaluación denota:

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,703	1,405	1,081	1,270	1,162	1,095	1,000	0,986	0,986	0,986

Dentro del grupo PACAS, los estándares que más hay repunte fueron:

GRUPO PACAS		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
7 1	La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman presenta condiciones de ambiente físico acordes con los desarrollos planificados, las políticas organizacionales y las exigencias de la acreditación.	1,70
5	La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización	1,50
3 8	El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.	1,50
4	El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados	1,50

2	en la mejor evidencia disponible.	
4 7	La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento. Incluye	1,50

➤ **GRUPO DE ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO:**

El Grupo de Estándares DIRECCIONAMIENTO mantiene la tendencia con respecto al año anterior, no se evidencian avances significativos, esta tendencia se mantiene en los Estándares Administrativos pues el Hospital está teniendo dificultades con el recaudo de la cartera y el incumplimiento en los pagos por parte de las EPS de régimen contributivo, se empieza a evidenciar una crisis financiera, lo que conllevó a que algunas acciones de mejora no se pueden realizar.

El Grupo de Estándares ocupa el 3 puesto de los 8 grupos de estándares evaluados con una calificación parcial para el estándar de 1,1692.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,308	1,000	1,154	1,000	1,462	1,231	1,231	1,154	1,231	0,923

Dentro del grupo DIRECCIONAMIENTO, los estándares que mayor calificación obtuvieron fueron:

GRUPO DIRECCIONAMIENTO		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
80	La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve, sin discriminación. La política es parte del direccionamiento estratégico y se articula con la política de calidad de la institución.	1,70
76	La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.	1,50
81	Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.	1,40

➤ **GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA:**

El Grupo de Estándares GERENCIA, mantiene la tendencia con respecto al año anterior, no se evidencian avances significativos, esta tendencia se mantiene en los Estándares Administrativos pues el Hospital empieza a tener problemas financieros y no hay recursos para dar cumplimiento a algunas acciones de mejora. Como estrategia gerencial, la alta dirección de la ESE realiza esfuerzos por conseguir recursos por medio del recaudo en cartera y se ha centrado en el pago de proveedores de las administraciones anteriores y tratar de mejorar el clima laboral de la ESE y la satisfacción del Cliente Interno, se plantean cambios estructurales.

El Grupo de Estándares ocupó el quinto puesto de los 8 grupos de estándares evaluados con una calificación parcial para el estándar de 1,1667. Perdió un puesto respecto a la vigencia 2016

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,133	1,000	1,267	1,133	1,400	1,267	1,200	1,067	1,200	1,000

Dentro del grupo GERENCIA, los estándares que mejor calificación obtuvieron fueron:

GRUPO GERENCIA		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
94	La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos.	1.80
93	Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado	1.50
89	La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	1.50

➤ **GRUPO DE ESTÁNDARES DE TALENTO HUMANO:**

El Grupo de Estándares TALENTO HUMANO, mantiene la tendencia con respecto al año anterior, no se evidencian avances significativos, esta tendencia se mantiene en los Estándares Administrativos, se identificaron algunas de las causas y se atribuye a la alta rotación del personal asistencial, falta de capacitación del personal y la poca documentación del Proceso. De hecho es el segundo grupo de estándares con la calificación más baja 1,050

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,063	1,063	1,063	1,063	1,063	1,125	1,063	1,000	1,000	1,000

Dentro del grupo TALENTO HUMANO, los estándares que mejor calificación obtuvieron fueron:

GRUPO TALENTO HUMANO		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
114	La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional.	1.60
103	Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización	1.20

➤ **GRUPO DE ESTÁNDARES DE AMBIENTE FÍSICO:**

El Grupo de Estándares AMBIENTE FÍSICO para la vigencia 2016 se mantiene con respecto al año anterior, esta tendencia a la mejora en los Estándares Administrativos pues el Hospital durante la vigencia ha realizado adecuaciones y mejoras de la Infraestructura del Hospital. De hecho el estándar ocupa el primer puesto en la Autoevaluación individual de grupos de estándares con la calificación más alta de 1,2091, sin embargo bajo 0,0909 con respecto a la vigencia 2016 debido a que no se pudo realizar inversión en las mejoras de la planta física de la ESE en especial Urgencias, Consulta Externa Especializada, Laboratorio y Radiología.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,636	1,455	1,182	1,091	1,182	1,273	1,273	1,000	1,000	1,000

Dentro del grupo AMBIENTE FÍSICO, los estándares que mejor calificación obtuvieron fueron:

GRUPO AMBIENTE FÍSICO		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
121	La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental	1,70
120	La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.	1,50
122	La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos	1,50

GRUPO DE ESTÁNDARES GESTIÓN DE TECNOLOGÍA

El Grupo de Estándares TECNOLOGÍA para la vigencia 2017 se mantiene con respecto al año anterior, al igual que todos los Estándares Administrativos, no se evidencian cambios significativos. De hecho el estándar ocupa el sexto puesto de Ocho en la Autoevaluación individual de grupos de estándares con la calificación 1,0900

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,300	1,300	1,100	1,100	1,000	1,000	1,100	1,000	1,000	1,000

Dentro del grupo TECNOLOGÍA, los estándares que mejor calificación obtuvieron fueron:

GRUPO GESTIÓN TECNOLOGÍA		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
134	La organización garantiza que el proceso de mantenimiento (interno o delegado a un tercero) está planeado, implementado y evaluado	1.40
132	La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología.	1.30
130	La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.	1.10

➤ GRUPO DE ESTÁNDARES GERENCIA DE LA INFORMACIÓN:

El Grupo de Estándares GERENCIA DE LA INFORMACIÓN para la vigencia 2016 se mantiene con respecto al año anterior, al igual que todos los Estándares Administrativos, sin embargo la calificación del estándar es buena, ocupando el segundo puesto de ocho en la Autoevaluación individual de grupos de estándares con la calificación más 1,1929

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,357	1,214	1,214	1,357	1,143	1,429	1,214	1,000	1,000	1,000

Dentro del grupo GERENCIA DE LA INFORMACIÓN, los estándares que calificación obtuvieron fueron:

GRUPO GESTIÓN GERENCIA DE LA INFORMACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
142	Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo.	1.50
144	Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.	1.44
143	La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tendrá en cuenta	1.40

➤ **GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO:**

El Grupo de Estándares DE MEJORAMIENTO para la vigencia 2017 no fue evaluado, por tanto no se priorizo ni se hizo seguimiento, por tanto la calificación del estándar fue 0.000 ocupando el último puesto de ocho en la Autoevaluación individual de grupos de estándares.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Así pues la calificación final de los 158 estándares aplicables en la vigencia 2017 es de 1,119

En la vigencia 2017, el equipo evaluador del Hospital del Sarare E.S.E realizó la autoevaluación a los estándares de acreditación, teniendo como referente el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y hospitalario, adoptado por la Resolución 123 de 26 de Enero 2012. El resultado de la autoevaluación fue de 1,119 aumentando un 0.006 en la calificación global con respecto a la vigencia anterior (2016) debido a que el proceso de Autoevaluación fue más analítico al momento de aplicar los criterios de la Hoja Radar; los principales avances se presentaron en el Enfoque y la implementación del área asistencial.

RESULTADO DE LA AUTOEVALUACIÓN POR ESTÁNDARES:

PUESTO	GRUPO DE ESTÁNDARES VIGENCIA 2017	CALIFICACIÓN
1	Grupo De Estándares De Gerencia Del Ambiente Físico (109 – 129)	1,2091
2	Grupo De Estándares De Gerencia De La Información (140 – 153)	1,1929
3	Grupo De Estándares De Direccionamiento (75 – 87)	1,1692

4	Grupo De Estándares Del Proceso De Atención Al Cliente Asistencial (1 – 74)	1,1676
5	Grupo De Estándares De Gerencia (88 – 102)	1,1667
6	Grupo De Estándares De Gestión De Tecnología (130 – 139)	1,0900
7	Grupo De Estándares De Gerencia Del Talento Humano (103 – 108)	1,0500
8	Grupo De Estándares De Mejoramiento De La Calidad (154 – 158)	0,0000
Promedio general de la autoevaluación para la vigencia 2017		1,119

Comparativo autoevaluación vigencia 2016 vs vigencia 2017:

GRUPO DE ESTÁNDARES	2016			2017		
	Enfoque	Implementación	Resultados	Enfoque	Implementación	Resultados
Grupo De Estándares Del Proceso De Atención Al Cliente Asistencial (1 – 74)	1,275	1,209	1,025	1,403	1,233	1,025
Grupo De Estándares De Direccionamiento (75 – 87)	1,154	1,231	1,153	1,153	1,231	1,153
Grupo De Estándares De Gerencia (88 – 102)	1,133	1,267	1,146	1,133	1,266	1,146
Grupo De Estándares De Gerencia Del Talento Humano (103 – 108)	1,063	1,063	1,037	1,062	1,062	1,037
Grupo De Estándares De Gerencia Del Ambiente Físico (109 – 129)	1,515	1,227	1,109	1,424	1,136	1,109
Grupo De Estándares De Gestión De Tecnología (130 – 139)	1,233	1,050	1,020	1,233	1,050	1,020
Grupo De Estándares De Gerencia De La Información (140 – 153)	1,262	1,250	1,128	1,261	1,250	1,128
Grupo De Estándares De Mejoramiento De La Calidad (154 – 158)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
PROMEDIO	1,079	1,037	0,952	1,084	1,029	0,952
	VIGENCIA 2016 = 1,113			VIGENCIA 2017 = 1,119		

RESULTADO DEL INDICADOR:

Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior

$$1.119 / 1.113 = 1.005$$

Ver anexo 1. Certificación documento de autoevaluación Líder Calidad

INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD.

El Hospital del Sarare ESE realizo el Proceso de Autoevaluación para formulación del PAMEC de la vigencia 2017 con enfoque en acreditacion dando como resultado 95 Estándares Priorizados, 149 Oportunidades de Mejora, 18 Barreras Para el Mejoramiento Identificadas y 425 Total Acciones De Mejoramiento para la vigencia; de las de las cuales se completaron 218 correspondientes al 51,3% quedaron en desarrollo 113 correspondientes al 26,6%, quedaron atrasadas 85 acciones correspondientes al 20% y no iniciadas quedaron 9 acciones correspondientes al 2,1%.

La información corespondiete a la ejecucion del PAMEC fue suministrada en los tiempos establecidos a los entes de control a través de la plataforma PISIS según de la Circular externa de la Super Intendencia Nacional de Salud; con los siguientes datos:

=Relación de número de acciones de mejora ejecutada derivadas de las Auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas para la vigencia derivadas de los Planes de mejoramiento del componente de Auditoria registrados en el PAMEC

= 331 Ejecutada / 425 programadas

Resultado del indicador= 0.78

Ver anexo 2. Certificación cumplimiento de PAMEC Líder de calidad

INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.

El Plan de desarrollo 2017-2019 fue presentado a la Junta Directiva y aprobado mediante Acuerdo 003 de 2017, es un instrumento que sirve para canalizar el esfuerzo, entusiasmo y aspiraciones compartidas por todos los colaboradores de la institución. A través del plan se orienta, recursos técnicos, financieros, Asistenciales y el Talento humano al servicio de un propósito compartido y un futuro deseado. Además, el plan analiza el contexto y las situaciones que la organización debe enfrentar y abordar para ser efectivos en sus propósitos.

El Plan de desarrollo que fue elaborado por el trienio con metas específicas, para la evaluación del año 2017, de acuerdo a la información consolidada tanto estadística como informes e indicadores.

PROGRAMA	META	ESTADO	INDICADOR	PORCENTAJE
Mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud	Actualizar el PAMEC anualmente una vez realizada la autoevaluación para cada vigencia 2017, 2018 y 2019	SI	Documento Elaborado	100%
	Realizar min 1 auditoria de cumplimiento de requisitos del MECI 1000:2005, NTC GP:1000:2009, DECRETO 1011 DE 2006	SI	(Auditorías Realizadas/Auditorías Programadas)*100	75%
	Realizar Seguimiento a los hallazgos encontrados.	SI	(Seguimientos Realizados/Seguimientos Programados)*100	50%
	Actualización y seguimiento de mapa de riesgos	SI	(Procesos Realizados/total de Proceso)*100	80%
	Elaboración y seguimiento de los procesos y plan Anticorrupción y de atención al usuario.	SI	Documento Elaborado	100%
Fortalecer la tecnología y mobiliario en el Hospital	Adquisición de tecnología de punta para el mejoramiento en la prestación de servicios Hospitalarios	SI	(Recursos Aprobados/ Recursos Gestionados) (Mobiliario adquirido para la vigencia/mobiliario Proyectado)*100	100%
Mejorar la capacidad de respuesta a la insuficiencia eléctrica del hospital del Sarare ESE	Adquisición de Planta Eléctrica para el hospital del Sarare	SI	(Recursos Aprobados/ Recursos Gestionados)*100	100%
Mejorar la prestación de los servicios con la adquisición de Unidad móvil	Gestionar la adquisición de Unidad Móvil para la Institución ante Entes Departamentales y Nacionales.	SI	(Recursos Aprobados/ Recursos Gestionados)*100	100%
Garantizar como mínimo el 95% del funcionamiento del sistema de vigilancia en salud pública y el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico en todo el departamento, así como la divulgación y remisión oportuna según corresponda a los entes nacionales (Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud).	1. realizar la notificación semanal e inmediata a la unidad notificadora del municipio	SI	(Notificaciones Realizadas/Eventos Ocurrido)*100	100%
	2. Socialización con el personal de salud los diferentes eventos que requieren vigilancia y notificación ante los entes nacionales.	SI	(Personal socializado/total personal)*100	80%
Mantener como mínimo en un 95% la notificación oportuna del sistema de vigilancia en salud pública y el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico en todo el	1. Realizar notificación de brotes y seguimiento a eventos de interés en salud publica	SI	(Notificaciones Realizadas/Eventos Ocurrido)*100	100%

departamento	2. realizar reuniones mensuales de COVE y extraordinarias cuando sea necesario	SI	(Reuniones realizadas/Reuniones Programadas)*100	100%
	3.Realizar unidad de análisis a los eventos de notificación que ameriten ser analizados	SI	(Eventos analizados/total de eventos ocurridos)*100	90%
Incrementar los ingresos por venta de servicios de salud	Servicios de telemedicina	SI	(Servicios implementados/total servicios proyectados)*100	100%
	Construcción y puesta en marcha de la Unidad de Cuidado Intensivo (Adultos)	NO		5%
CUMPLIMIENTO PARA LA VIGENCIA				85%
Incrementar los ingresos por venta de servicios de salud	Servicios de diagnóstico gastrointestinal	NO	(Servicios implementados/total servicios proyectados)*100	0%
	Servicios de diagnóstico cardiovascular	NO		0%
	Servicios de diagnóstico neumológico	NO		0%
	Servicios de diagnóstico de alta complejidad en servicios de oftalmología, otorrinolaringología	NO		0%
	Procedimientos de Cirugía plástica, reconstructiva y maxilofacial	NO		0%
	Procedimientos de neurocirugía	NO		0%
	Procedimientos de Cirugía de ortopedia de alta complejidad	NO		0%
	Fortalecimiento de imágenes diagnósticas que incluye resonancia magnética nuclear	NO		0%
	Construcción del enfoque de un modelo de salud familiar para servicios de primer nivel	NO		0%

- **Porcentaje de cumplimiento de plan desarrollo** = (Numero de metas del plan operativo cumplidas en la vigencia/Numero de metas del plan operativo programadas para la vigencia)*100
- Porcentaje de cumplimiento de plan desarrollo =(13/15)*100= 86.6%

De acuerdo al plan operativo anual correspondiente al 2017 se observa un cumplimiento del **86.6%** de las metas programadas. También se presentan las metas esperadas para las vigencias posteriores

Ver anexo 3. Certificación cumplimiento Plan de Desarrollo Líder planeación.

2. INDICADORES AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR 4: INDICADOR: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

De conformidad con la Resolución 1755 del 26 de mayo de 2017 de Ministerio de Salud y Protección Social, en donde se efectúa la categorización del riesgo de las empresas sociales del estado a nivel territorial para la vigencia 2017. El hospital del Sarare fue categorizado SIN RIESGO

Ver anexo 4. Resolución 1755 de 2017

INDICADOR 5: EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR PRODUCIDA

Este indicador mide la producción entre el Gasto comprometido y la producción de UVR, dando como resultado el costo de producir una UVR en un año determinado.

Formula del indicador:

((Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/Numero UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación)/ (gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación/Numero UVR producidas en la vigencia anterior))

EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA				
Gasto de funcionamiento + Gastos Operación Comercial y prestación de Servicios comprometidos 2017	(35,387,176,810+ 6,747,860,538)	42.135.037.348		
Número de UVR producidas 2017	13.690,85	13.690,85	3.077.605,6 5	
	=	=	=	=
Gasto de funcionamiento + Gastos Operación Comercial y prestación de Servicios comprometidos 2016	(33,364,771,637+8,122,186,748)	41.486.958.385	3.061.684,5 4	1,01
Número de UVR producidas 2016	13.550,37	13.550,37		

En el año 2017, aunque se redujo el costo de los gastos de comercialización, no se refleja debido incremento del IVA (3%) más el IPC (4.1%), más el 5% del incremento salarial. Con esta reducción que se logra el valor de la UVR producida solo tiene un incremento del 140 unidades Además la producción se redujo debido a que se cerraron contratación con algunas EPS morosas.

En el 2017 los gastos de operación y prestación de servicios, se presenta una disminución del 17% con relación al año 2016 equivalente a \$ 1.374.327.000 con relación al a las adquisiciones de suministros de material médico-quirúrgico, productos farmacéuticos, material odontológico, material de laboratorio, banco de sangre, material de osteosíntesis, insumos de Imagenología, ropa hospitalaria, alimentación.

Ver anexo 5. Ficha técnica SIHO

INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS

Formula del indicador:

Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de ESEs c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada

$$3.486.567.648/44.580.000 = 0.001$$

Este indicador siempre se había mantenido en cero en años anteriores; para la vigencia 2017 se realizó compras con cooperativas de ESEs de Santander por valor de \$44.580.000 equivalente al 0,12786214% de total de las compras medicamentos y material médico quirúrgico.

Ver anexo 6. Certificación del indicador por Revisoría fiscal

INDICADOR 7: MONTO A LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y PÓR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.

CONCEPTO MAYOR A 30 DÍAS	VIGENCIA 2016	VIGENCIA 2017
Deuda Salarios de planta	731.525.002	0
Contratación de servicios	991.155.569	1.102.136.954
TOTAL	1.722.680.571	1.102.136.954

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	VALOR
Monto de la deuda superior a 30 días salarios de planta y	(Monto de la deuda superior a 30 días salarios de	-1.78

contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	planta y contratación de servicios año 2017) (Monto de la deuda superior a 30 días salarios de planta y contratación de servicios año 2017) - (Monto de la deuda superior a 30 días salarios de planta y contratación de servicios año 2016)	
---	--	--

El resultado de este indicador mejoro considerablemente o con respecto al año anterior, sin embargo este pudo haber sido mejor si la plataforma de pago del banco no hubiera presentado problemas técnicos el 28 de diciembre de 2017 para haber cancelado más pasivos laborales tanto de honorarios como de proyectos.

Ver anexo 7. Certificación del indicador por Revisoría fiscal

INDICADOR 8: UTILIZACION DE INFORMACION DE REGISTRO INVIDIDUAL DE PRESTACIONES RIPS.

Numero de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación. 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

Los informes de RIPS fueron presentados a la Junta Directiva, según consta en las siguientes actas de junta:

ACTA 004 DEL 28 JUNIO DE 2017	INFORME PRIMER TRIMESTRE 2017 RIPS
ACTA 006 DEL 09 OCTUBRE DE 2017	INFORME SEGUNDO TRIMESTRE 2017 RIPS
ACTA 008 DEL 14 NOVIEMBRE DE 2017 Y ACTA 009 DEL 12 DE DICIEMBRE DE 2017	INFORME TERCER TRIMESTRE 2017 RIPS
ACTA 001 DEL 20 DE FEBRERO DE 2017	INFORME EPIDEMIOLOGICO AÑO 2017

Ver anexo 8. Certificación del indicador

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

Valor de la Ejecución de Ingresos Totales Recaudados en la vigencia 2017 incluyendo CxC Vigencias anteriores	=	50.806.059.132	=	0,93
Valor de la Ejecución de Gastos comprometidos 2017 incluyendo CxP de vigencias anteriores		54.902.596.081		

El punto de equilibrio presupuestal de la vigencia 2017 comparando con el 2016 mejoro 0,16 que significa que la administración viene mejorando la política de recaudo y disminución de costos. Este indicador en el 2017 fue de la prioridad de la administración de mejorar sustancialmente el recaudo para poder financiar sus gastos de funcionamiento y pagar el pasivo de vigencias anteriores al año 2017, logrando así que de estos pasivos quedan por pagar \$521.784.939, de los cuales quedan aún por depurar con conceptos de viáticos y cruzar cuentas con estos proveedores para verificar las existencia real de ellos.

Ver anexo 5. Ficha técnica SIHO

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.

El hospital ha cumplido con el reporte de la información solicitada en la circular única de Superintendencia Nacional de salud; dicha documentación fue enviada

Ver anexo 9. Pantallazo de cargue primer semestre de 2017.

INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

El hospital ha cumplido con el reporte del informes trimestrales del decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto único Reglamentario del sector salud y protección social o la norma que la sustituya.

Se ha enviado la información de producción, de calidad y la información financiera, para cada uno de los trimestres los tres trimestres enero-marzo de 2017, abril- junio de 2017, julio- septiembre de 2017 en las fechas establecidas.

Ver anexo 5. Ficha técnica SIHO

3. AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL

DEFINICIONES

- **ADHERENCIA:** Ceñirse o apegarse a un referente
- **GUÍAS** son "el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de toma de decisiones, sobre los cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas." Su objetivo es "elaborar recomendaciones explícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos"

Se encuentran 3 tipos de guías clínicas

- Basadas en la opinión de expertos
- Basadas en consensos
- Basadas en la evidencia (búsqueda de literatura y síntesis de evidencia)

Las guías proporcionan a los profesionales de la salud una referencia de una determinada enfermedad, su fisiopatología, signos y síntomas, métodos diagnósticos, diagnósticos diferenciales, tratamiento, manejo y evolución de la enfermedad, disminuyen la posibilidad de que los pacientes sean diagnosticados erróneamente, reciban medicamentos innecesarios o sean sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos

Injustificados, permiten estandarizar procesos de atención en salud, facilitan la medición de resultados y son un gran aporte para la calidad del servicio a la vez que impactan de manera positiva en los costos institucionales.

Existen tantas guías así como patologías a nivel nacional a través del ministerio de la protección social como a nivel internacional.

METODOLOGÍA APLICADA

Para la revisión de la adherencia a las guías:

- ❖ -Atención del parto (primera causa de egreso del año 2017)
- ❖ -Manejo específico para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.

Se toman las embarazadas que aplican por la patología enunciada y a través de la lista de chequeo se determina el porcentaje de adherencia en el manejo de estas pacientes por los profesionales médicos y especialistas.

Se tomaron los datos de egresos (número de historia clínica) por trimestre y se asignó al médico responsable del servicio para que aplicara las listas de chequeo que llevarían a arrojar unos resultados numéricos.

Para sacar la muestra representativa con un margen de error de 5%, se utilizó la fórmula utilizada en cada análisis de guía según estipulado en la resolución 408 de febrero 2018:

Para la revisión de la adherencia a las guías:

- ❖ Infarto agudo de miocardio y
- ❖ Oportunidad en la realización de apendicetomía

Se tomó el 100% de los casos de pacientes con estos diagnósticos, según lo establecido en la Resolución 408 de 2018.

En cada análisis se adjunta lista de chequeo para evaluación de adherencia.

ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCION DE GUIAS:

Resolución 38A febrero 27 de 2018

Ver anexo 10. Resolución de adopción de la guías e informe de comités.

INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACIÓN

Acto administrativo de adopción de la guía: Resolución 38A febrero 27 de 2018

- ❖ ANALISIS DE ADHERENCIA A GUIA DE MANEJO HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE 2017

Formula usada para hemorragia III trimestre fue:

Matriz de Tamaños Muestrales para diversos margenes de error y niveles de confianza, al estimar una proporción en poblaciones Finitas

N [tamaño del universo]	22	← Escriba aquí el tamaño del universo
p [probabilidad de ocurrencia]	0,05	← Escriba aquí el valor de p

Nivel de Confianza (alfa)	1-alfa/2	z (1-alfa/2)
90%	0,05	1,64
95%	0,025	1,96
97%	0,015	2,17
99%	0,005	2,58

Fórmula empleada

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_0 = p^*(1-p)^* \left[\frac{z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right]^2$$

Matriz de Tamaños muestrales para un universo de 22 con una p de 0,05

Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]									
	10,0%	9,0%	8,0%	7,0%	6,0%	5,0%	4,0%	3,0%	2,0%	1,0%
90%	8	9	10	12	14	15	17	19	21	22
95%	10	11	12	14	15	17	18	20	21	22
97%	11	12	14	15	16	18	19	20	21	22
99%	13	14	15	16	18	19	20	21	21	22

N= 22, n=17.

En el año 2017 se presentaron 22 casos, al aplicar la fórmula para saca l muestra representativa se obtiene un total de 17 Historias clínicas por auditar la aplicación estricta de la guía. Con un margen de error del 5%

Aspectos evaluados (lista de chequeo):

- Al finalizar el segundo periodo del parto se administra oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos.
- En mujeres con parto por cesárea, se adiciona una infusión de 30 UI de oxitocina en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas, inmediatamente después de la administración del bolo inicial de 5 UI de oxitocina.
- La paciente presento: Hipotonía y atonía uterina, Placenta retenida, Cotiledón retenido, Traumatismos genitales espontáneos o hiatrogénicos, Defectos de la coagulación?
- Se identificó oportunamente los cambios clínicos significativos en la gestante.
- Se identificó oportunamente los cambios del sensorio como agitación o intranquilidad en la paciente?
- Se activa código rojo por perdida mayor a 1000ml?
- La activación la realiza la primera persona del equipo asistencial que establece contacto con la paciente que sangra?
- La restitución del volumen se hizo con solución de cristaloides, bien sea solución salina 0,9%, o solución de Hartman.
- Se realizó reemplazo adecuado del volumen perdido calculado por los signos y síntomas de choque.
- La reposición volumétrica se hizo de 3 mL de solución de cristaloides por cada mL de sangre perdida?
- El código rojo se manejó por el equipo establecido por la Institución según la norma?.
- Al minuto 0 se activó todo el equipo y además servicio de laboratorio y/o banco de sangre?
- En nuestra institución si el código rojo se activa en una paciente que está ingresando por urgencias esta será llevada a sala de reanimación para iniciar la secuencia según el caso. y si se presenta en maternidad o sala de parto será dejada en sala de partos?
- Se calentaron los líquidos a 39°C para administración Intravenosa?
- Al minuto 1-20: 1º se Administró Oxígeno por Cánula Nasal a 4L/min 2: Se tomó dos accesos venosos con catéteres # 14 y/o 16 (gris: 225 mL/min).
- Se tomó muestras de sangre para Hemoglobina, Hematocrito Tiempo de Protrombina, Tiempo Parcial de Tromboplastina, Plaquetas, Fibrinógeno y Pruebas Cruzadas?
- Se ausculto los pulmones y el corazón para detectar posible edema agudo del pulmón o falla de bomba?
- Se estableció los diagnósticos diferenciales e inicio el manejo según causa:(Aborto y complicaciones, Embarazo Ectópico, Mola Hidatiforme, Causas placentarias: Placenta Previa, Abruption de Placenta, Posibilidad de Ruptura Uterina, Postparto: Tono (70%) Trauma (20%) Tejido (10%) Trombina (1%).
- Se dejó sonda vesical para medir la Eliminación urinaria permanentemente.
- Se colocó frazadas a la paciente para evitar hipotermia debido a perdida de líquidos
- Se identificó y definió la remisión a un mayor nivel de complejidad oportunamente.
- Si el diagnóstico fue una atonía, se mantuvo las maniobras de hemostasia, como el masaje uterino permanente, las maniobras compresivas como son el masaje uterino bi-manual o la compresión externa de la aorta
- Se mantuvo el reemplazo de líquidos necesarios para mejorar la perfusión y la recuperación hemodinámica por continuidad del shock?
- Si el choque fue severo se transfundió tempranamente glóbulos rojos O negativo y si no hay disponibles O positivo?
- Se garantizó la vigilancia de los signos de perfusión como el estado de conciencia, el llenado capilar, el pulso, la presión arterial, frecuencia respiratoria y la eliminación urinaria.

- Se vigiló el sangrado vaginal y si fue hemorragia por atonía uterina, se vigiló la contracción uterina?
- Al ingreso se evaluó, identifico y decide manejo acerca de riesgo de sangrado pos parto en la paciente. (edad, multiparidad, anemia, Hta, trastorno de la coagulación, ingesta de anticoagulantes o antiagregantes, etc.)
- Hubo necesidad de traslado a intermedio o remisión a otro nivel de complejidad?

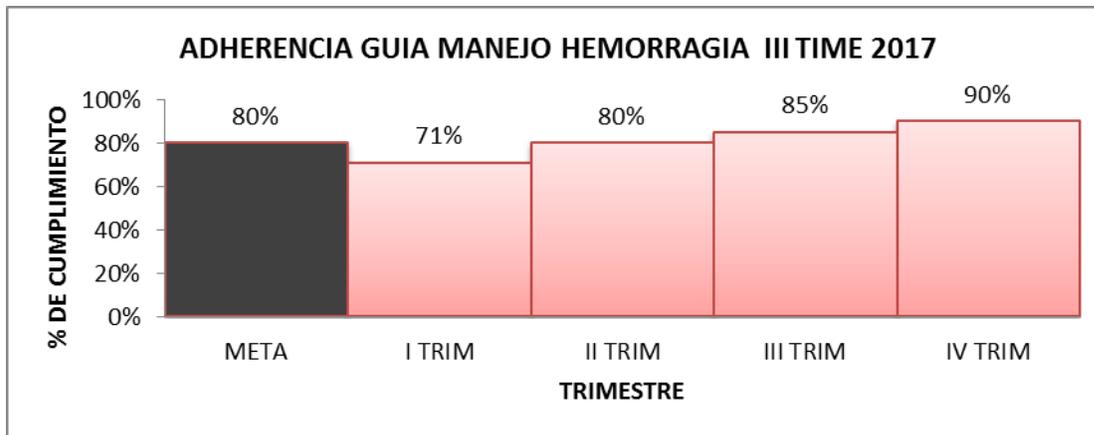


Tabla Fuente historias clínicas base de datos egresos Hospital del Sarare ESE 2017.

En la evaluación de la aplicación de guía de manejo específico para hemorragia de III trimestre se encontró que el puntaje de la evaluación se afecta a partir de la calificación del I trimestre, ya que el número de casos fue evidentemente menor y el impacto de cualquier omisión es proporcionalmente mayor. En este caso fue el ítem ¿En nuestra institución si el código rojo se activa en una paciente que está ingresando por urgencias esta será llevada a sala de reanimación para iniciar la atención según el caso?, allí el resultado es negativo porque en la institución hospital del Sarare ESE no hay sala de reanimación en maternidad, sin embargo esto no significa que la gestante no sea atendida adecuadamente, ya que dicha atención de urgencia se realiza en el área de servicios donde se identifique el caso.

En general el resultado del indicador de hemorragia III trimestre para vigencia de 2017 fue del **81.5%** de cumplimiento de adherencia a la guía, superando la meta esperada.

❖ ANALISIS DE ADHERENCIA A GUIA DE MANEJO HIPERTENSION EN LA GESTACION 2017

Formula usada

Matriz de Tamaños Muestrales para diversos margenes de error y niveles de confianza, al estimar una proporción en poblaciones Finitas

N [tamaño del universo]	97	← Escriba aquí el tamaño del universo
p [probabilidad de ocurrencia]	0,05	← Escriba aquí el valor de p

Nivel de Confianza (alfa)	1-alfa/2	z (1-alfa/2)
90%	0,05	1,64
95%	0,025	1,96
97%	0,015	2,17
99%	0,005	2,58

Fórmula empleada

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_0 = p^*(1-p)^* \left[\frac{z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right]^2$$

Nivel de Confianza	Matriz de Tamaños muestrales para un universo de 97 con una p de 0,05									
	d [error máximo de estimación]									
	10,0%	9,0%	8,0%	7,0%	6,0%	5,0%	4,0%	3,0%	2,0%	1,0%
90%	11	14	17	21	26	33	44	58	74	90
95%	15	18	22	27	33	42	52	66	80	92
97%	18	21	26	31	38	47	57	70	83	93
99%	24	28	33	39	46	55	65	76	86	94

N=97 n: 47

En el año 2017 se presentaron 97 casos, al aplicar la fórmula para sacar muestra representativa se obtiene un total de 47 Historias clínicas por auditar la aplicación estricta de la guía. Con un margen de error del 5%

Aspectos evaluados (lista de chequeo):

- ¿Se preguntaron antecedentes de la paciente de riesgo para pre eclampsia?
- Se detectó la aparición de la pre eclampsia durante el control prenatal?
- ¿Se monitorizó adecuadamente?
- ¿Se remitió oportunamente?
- Las condiciones de la remisión fueron adecuadas?
- Se registra signos premonitorios?
- Se registra maduración pulmonar fetal en gestante de 24-34 s?
- Se registra prueba de bienestar fetal en gestación mayor de 22 s.?
- Se registra toma de frecuencia cardiaca fetal.
- Se registra toma de tensión arterial al ingreso?
- Se registra peso materno?
- ¿Se atendió en el nivel adecuado para la condición?
- ¿En caso de crisis hipertensiva se realiza EKG?
- Se solicita interconsulta por Ginecología?
- ¿Se clasificó adecuadamente el grado de severidad de la pre eclampsia?
- "Se hizo manejo de fluido terapia así: ¿Líquidos endovenosos SSN al 0.9%: bolo inicial de 1000 cc. Con gasto urinario mayor 2cc/kg/h, continuar la infusión de líquidos a 150 cc/hora (déficit 68cc/kg). Con gasto urinario menor a 0.5 cc/kg/h, continuar bolos de 1.000 cc/h con valoración médica cercana?"

- Se realizó la valoración completa de laboratorio. (Incluye pruebas de bienestar fetal)?
- ¿Hubo seguimiento clínico y de laboratorio adecuado para la condición?
- ¿El empleo del sulfato fue oportuno?
- ¿Se usó adecuadamente el sulfato de magnesio. (Dosis, tiempo antes y después de parto)
- Impregnación 2 ampollas en 150 cc de ssn pasar en media hora luego 5 ampollas en 500 cc pasar a 50 cc hora. suspender luego de 48 horas.
- Se hizo control estricto de líquidos administrados-líquidos eliminados (LA/LE).
- ¿Se hizo adecuada monitorización y se vigilan signos de intoxicación por sulfato?
- "¿Se utilizaron antihipertensivos de urgencia estando indicados?
- Hidralazina: 5 mg IV primera opción. Si la Tensión Arterial no disminuye, se continúan dosis de 5 mg cada 20 a 30 minutos. Si con la dosis de 20 mg IV no hay respuesta, debe pasarse a otro antihipertensivo, Nifedipina: 20 MG VO inicial y repetir cada 30 min, 20 mg 3 dosis hasta 60 mg y luego 10-20 mg c/6 horas vía oral, con un máximo de 20 mg c/4 horas, Labetalol 10 mg IV luego c/10 minutos, en dosis ascendente, 20 mg, 40 mg, 80 mg. Dosis máxima de 220 mg, hasta lograr control de la TA y continuar con 20-40 mg c/ horas vía oral?. Nitropusiató de sodio: para encefalopatía hipertensiva y no respuesta al tratamiento previo. Dosis de 0.25 mcg /kg min hasta un máximo de 5 mcg/kg/min.
- ¿El empleo de antihipertensivos fue adecuado?.
- ¿Se tomó oportunamente la decisión de terminar la gestación?
- ¿La vía del parto seleccionada, fue la más adecuada para la situación clínica?
- ¿Se trasladó a una unidad de cuidados especiales/intensivos estando indicada?
- ¿Hubo buen manejo de las complicaciones secundarias a la preeclampsia?
- "En caso de eclampsia se hizo manejo: Sulfato de magnesio (esquema de Zuspan) dosis inicial: 6 g IV en 20 minutos. 3 ampollas en 200 cc de ssn pasar en 20 minutos mantenimiento: 1 g/h hasta 24 horas pos parto, si no hubo control de la convulsión se administró un segundo bolo de sulfato de magnesio: 2 g IV en 20 minutos y administrar, dosis de mantenimiento de 2 g / h."
- ¿Se vigiló por 72 horas el puerperio de estas pacientes?
- ¿Se hizo control médica y de paraclínicos para el egreso?
- Se evidencio unidad de criterio en el manejo medico?

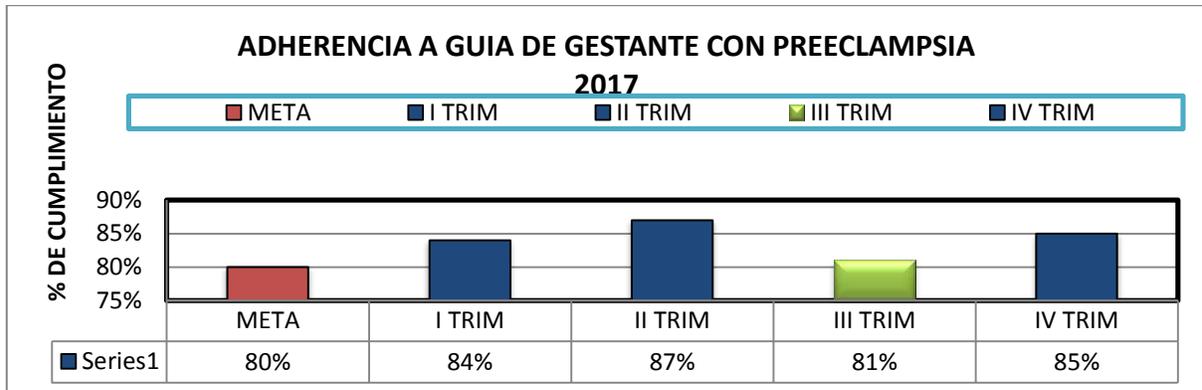


Tabla Fuente historias clínicas base de datos egresos Hospital del Sarare ESE 2017. N=97, n=42.

En la evaluación de la atención en gestantes con trastornos hipertensivos cuya meta es el 80% se evidencia que se alcanzó en los 4 trimestres la meta esperada alcanzando un **84.25%** durante el 2017.

RESULTADO DEL INDICADOR: (hemorragias del iii trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación):

La norma solicita evaluar hemorragia en el III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes; para el año 2017 en la institución se evaluaron las dos guías de manejo alcanzando un % de cumplimiento consolidado del indicador del **82.87%** de cumplimiento.

Cabe anotarse que durante el año 2017 se gestionó ante la Unidad de Salud de Arauca, la asistencia técnica, el acompañamiento y asesoría de un profesional especializado en el área de Ginecoobstetricia, el cual aportó su conocimiento para el reentrenamiento del personal en el manejo específico de las urgencias obstétricas y el análisis de casos.

INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA

ANÁLISIS DE ADHERENCIA A GUIA DE MANEJO ATENCION DEL PARTO

Para el año 2017 de acuerdo al informe epidemiológico del Hospital del Sarare, la primera causa de egreso o morbilidad atendida fue atención del parto vaginal.

Formula usada

Matriz de Tamaños Muestrales para diversos margenes de error y niveles de confianza, al estimar una proporción en poblaciones Finitas

N [tamaño del universo]	1.197
-------------------------	-------

← Escriba aquí el tamaño del universo

p [probabilidad de ocurrencia]	0,5
--------------------------------	-----

← Escriba aquí el valor de p

Nivel de Confianza (alfa)	1-alfa/2	z (1-alfa/2)
90%	0,05	1,64
95%	0,025	1,96
97%	0,015	2,17
99%	0,005	2,58

Fórmula empleada

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_0 = p^*(1-p)^* \left(\frac{z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$$

Matriz de Tamaños muestrales para un universo de 1197 con una p de 0,5

Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]									
	10,0%	9,0%	8,0%	7,0%	6,0%	5,0%	4,0%	3,0%	2,0%	1,0%
90%	64	78	97	123	162	220	311	460	699	1.016
95%	89	108	133	168	218	291	400	564	799	1.064
97%	107	130	159	200	257	338	456	625	851	1.087
99%	146	175	214	265	333	428	557	727	930	1.117

N=1197, n=291.

En el año 2017 se presentaron 1.197 partos vaginales casos, al aplicar la fórmula para saca l muestra representativa se obtiene un total de 291 Historias clínicas por auditar la aplicación estricta de la guía. Con un margen de error del 5%

Definición parto.

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.

Características de la atención.

El proceso de atención, las actividades, procedimientos y secuencia definido en esta guía son:

- Admisión de la gestante en trabajo de parto.
- Atención del primer período del parto (dilatación y borra miento)
- Atención del segundo período del parto (expulsivo)
- Atención del alumbramiento
- Atención del puerperio inmediato
- Atención del puerperio mediato
- Atención para la salida de la madre y su neonato.

Aspectos evaluados:

- Se registra elaboración de la Historia Clínica completa: identificación, motivo de consulta, fecha probable de parto, iniciación de las contracciones, percepción de los movimientos fetales, expulsión de tapón mucoso, ruptura de membranas y /o sangrado?
- Se registran los Antecedentes: Personales: Patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos y farmacológicos, familiares.
- Se evidencia registro de examen Físico, Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación, Toma de signos vitales, Revisión completa por sistemas,
- Valoración del estado emocional, Valoración obstétrica que analice la actividad uterina, las condiciones del cuello, la posición, situación y estación del feto, Fetocardia, Tamaño del feto, Número de fetos, Estado de las membranas, Pelvimetría ?
- Se evidencia solicitud de exámenes paraclínicos, VDRL y hemoclasificación si la paciente no tuvo control prenatal?
- Se evidencia Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas: Biológicos: Primigestante adolescente (<16 años), Primigestante Mayor (>35 años)
- Gran múltipara (Mas de 4 partos), Historia obstétrica adversa, Antecedente de cirugía uterina (cesárea previa o miomectomía), Edad gestacional no confiable o no confirmada, Ausencia de control prenatales, Edad gestacional pretérmino o prolongado, Paraclínicos o ecografías con hallazgos anormales , Fiebre, Hipertensión arterial, Edema o Anasarca, Disnea ,Altura uterina mayor a 35 cm o menor a 30 cm, Embarazo múltiple, Taquicardia o bradicardia fetal, Distocia de presentación, Prolapso de cordón, Obstrucciones del canal del parto, Presencia de condiloma, Sangrado genital, Ruptura de membranas
- Líquido amniótico meconiado, Psico-sociales, Inicio tardío del control prenatal, Falta de apoyo social, familiar o del compañero Tensión emocional Alteraciones de la esfera mental. Dificultades para el acceso a los servicios de salud.
- Se evidencia identificación de factores de riesgos en la historia clínica de ingreso?
- Se evidencia registro de solicitud de interconsulta por ginecología al identificar los riesgos maternos y perinatal?

- "ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO)."
- Se evidencia en la historia clínica registro se explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo informado y firma del consentimiento informado?
- Se evidencia en los registros clínicos orden médica de canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración, de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución, de Hartman?
- Se evidencia en los registros clínicos médicos y de enfermería toma de signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria?.
- "Se evidencia el registro en el partograma: el trazo de la curva de alerta, la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones, la fetocardia en reposo y pos contracción, los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación, en la paciente en trabajo de parto?."
- Se evidencia en los registros clínicos el traslado a sala de partos a la paciente con estación de +2?
- Se evidencia registro de distocia mecánicas o dinámicas y se solicita valoración por ginecólogo para la atención según la norma?
- "ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (EXPULSIVO)."
- Se evidencia en los registros clínicos el descenso y posterior encajamiento de la presentación, la dilatación y la vigilancia estrecha de la fetocardia.

- Se evidencia solicitud de atención por ginecólogo en caso de hallazgos anormales en la presentación, dilatación y alteración en la fetocardia?
- Se evidencia registros clínicos de evaluación del estado de las membranas, si se encuentran integrales, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico.
- Se evidencia registro de episiotomía según criterio médico?
- Se evidencia registro de atención al recién nacido según la norma?
- Se evidencia en los registros clínicos solicitud de interconsulta por pediatría en caso de sufrimiento fetal?
- Se evidencia en los registros médicos la remisión a estudio de patología y anatomopatológico de la placenta en caso de mortinato?
- **ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO**
- Se evidencia registro del alumbramiento, las complicaciones si las hay y del estado de la placenta?
- Se evidencia registro de solicitud de interconsulta por ginecología en caso de complicación en la atención del alumbramiento y sus complicaciones?
- Se evidencia registro médicos de administración de infusión I.V. de 5-10 Unidades de oxitocina diluidas en 500 o 1.000 cc de Cristaloides para prevenir la hemorragia postparto por atonía uterina
- Se evidencian registros de desgarros de cuello y/o perineales y Episiorrafia en forma anatómica por planos, indicando el material de sutura utilizado?
- Se evidencia el registro médico de la historia clínica materna y del recién nacido, el certificado de nacido vivo y el carné materno y la orden de vacunación al RN?
- **ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO**
- "se evidencia el registro de vigilancia de la hemostasia uterina, las 2 primeras horas pos parto. Signos vitales maternos, Globo de seguridad, Sangrado genital, Revisión de la Episiorrafia, para descartar la formación de hematomas?"
- Se evidencia registro de solicitud de interconsulta por ginecología en caso de complicación en las 2 primeras horas pos parto?
- Se evidencia evolución y orden médica de trasladar a la madre a alojamiento conjunto una vez pasen las 2 horas de vigilancia?.
- **ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO**
- Se evidencia registros de: involución uterina, del aspecto de los loquios, de detección temprana de las complicaciones como hemorragia, infección puerperal, taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos, Deambulación temprana y Alimentación adecuada a la madre?
- **"ATENCIÓN PARA LA SALIDA DE LA MADRE Y SU NEONATO."**
- "Se encuentra registros clínicos de evidencia de información a la madre sobre: Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido, vacunación del recién nacido, Signos de alarma de la madre, Importancia de la lactancia materna exclusiva, Puericultura básica, Alimentación balanceada adecuada para la madre, Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar, factores protectores contra la violencia intrafamiliar, Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil y afiliación al sistema de SGSSS del recién nacido en forma inmediata?"

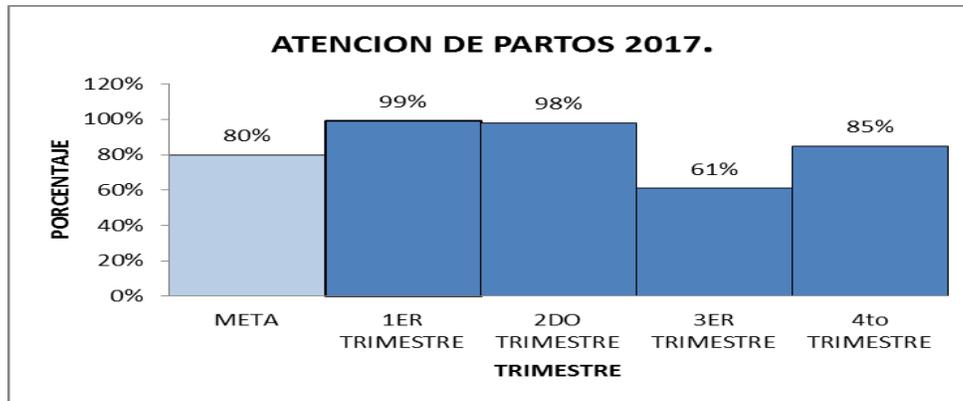


Tabla 3. Fuente: estadísticas de egreso hospital del Sarare.

El grafico anterior muestra que siendo el 80% la meta para que los profesionales médicos se adhieran a brindar atención según la guía adoptada por el hospital emanada del Ministerio de la Salud y Protección Social, se encontró que durante los 1, 2 y 4 trimestre se alcanzó la meta, el 3er trimestre bajo a 61%, lo anterior porque hubo modificación en la lista de chequeo como parte del cumplimiento del plan de mejoramiento generado posterior a la visita del personal del Ministerio de Salud y de las unidades de análisis de eventos de interés en salud pública. Se observa que en el último trimestre se superó la meta estimada.

En general el resultado consolidado del indicador para vigencia de 2017 fue del **85.75%** de cumplimiento de adherencia a la guía de atención del parto.

INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICETOMÍA

Acto administrativo de adopción de la guía: Resolución 38A febrero 27 de 2018

Formula: No de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la Apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnostico en la vigencia objeto de evaluación /Total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación

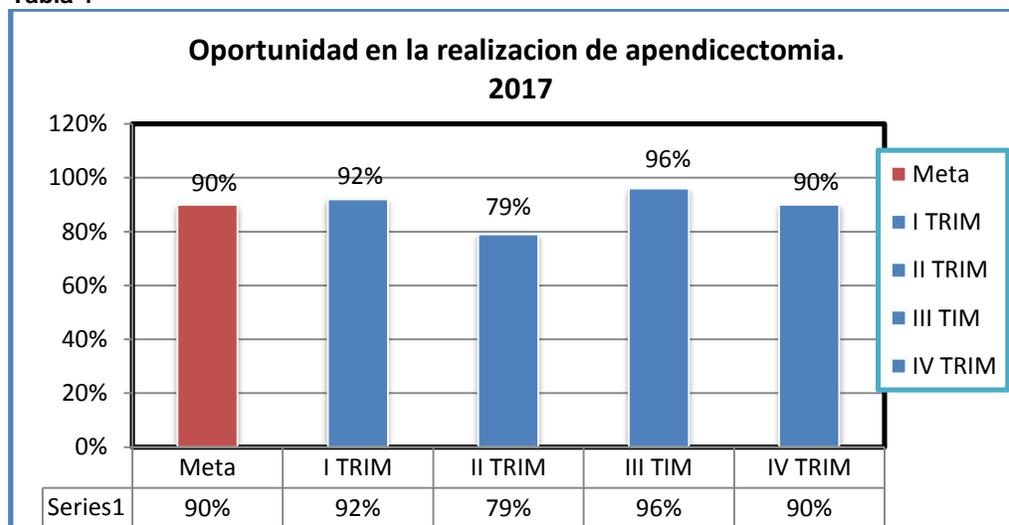
Definición: La apendicitis aguda se inicia con la inflamación del apéndice, que se desencadena, en la mayoría de los casos, por una obstrucción de la luz apendicular; esta induce acumulación del moco, que, asociada con la poca elasticidad de la serosa, resulta en incremento de la presión intraluminal, fenómeno que compromete primero el retorno venoso y linfático.

Al comienzo de la enfermedad, el paciente refiere dolor abdominal difuso, usualmente de tipo cólico, de ubicación periumbilical, que posteriormente se localiza en el cuadrante inferior derecho, acompañado de náusea, vómito y fiebre.

Tratamiento quirúrgico Con el diagnóstico bien establecido, o con diagnóstico altamente probable, está indicada la intervención quirúrgica urgente.

Demoras en practicar la operación pueden significar la progresión de la apendicitis a gangrena y perforación con peritonitis.

Tabla 4



N= 543, n=543.

Fuente historias clínicas base de datos egresos Hospital del Sarare ESE 2017.

En la medición de la oportunidad en la realización de la apendicetomía cuya meta es del 90% se observó en el I, III y IV trimestre se alcanzó el objetivo, quedando el II trimestre por debajo de la meta ya que los quirófanos fueron insuficientes y la demanda de procedimientos quirúrgicos programados y de urgencias aumentó. Cabe resaltar que el II trimestre hubo mayor demanda para el uso de quirófanos esto es I trimestre 139, II Trimestre 155, III trimestre 136 IV trimestre 113, lo que afectó negativamente la disponibilidad de uso de la sala quirúrgica.

Se debe entender que la frecuencia de atención de casos quirúrgicos complejos se incrementó a partir de la crisis institucional y funcional de la otra gran empresa social del estado del Departamento, el Hospital San Vicente de Arauca.

En general el resultado consolidado del indicador para vigencia de 2017 fue del **89.25%** de cumplimiento de adherencia a la guía.

Para la evaluación de la oportunidad en la realización del procedimiento quirúrgico de apendicetomía se toma la historia clínica, se revisa el tiempo que pasa entre la orden del especialista de traslado al quirófano y el ingreso del paciente a la sala de cirugía. Este tiempo de referencia no puede ser mayor de 6 horas.

Encabezado de la lista de chequeo evaluación oportunidad apendicetomía

N. DE HISTORIA	TIEMPO ENTRE VALORACION Y CIRUGIA EN MINUTOS	MENOR DE 6 HRS	HORA INGRESO A URGENCIAS	HORA VALORACION POR CX	HORA DE TRASLADO A CX	HORA DE INGRESO A CX
----------------	--	----------------	--------------------------	------------------------	-----------------------	----------------------

INDICADOR 15. NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y RADIACIÓN INTERANUAL

Definición: La neumonía por aspiración es la lesión del parénquima pulmonar producida por la entrada de una sustancia extraña en las vías respiratorias de forma aguda.

Durante el año 2017 no se presentó ningún caso de neumonía broncoaspirativa pediátrica intrahospitalaria.

INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

Acto administrativo de adopción de la guía: Resolución 38A febrero 27 de 2018

Definición: El infarto de miocardio es una patología que se caracteriza por la muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente una arteria coronaria.

Factores evaluados:

- ¿Paciente fue visto antes de los 60 min?.
- ¿Se evidencia registro de monitoreo de Tensión arterial?
- ¿Se evidencia registro de tomo y lectura de ekg antes de 60 min?

- ¿Se evidencia orden de trasladado a sala de Reanimación?
- ¿Se evidencia orden y administración ASA al ingreso?
- ¿Se evidencia orden y administración de Dinitratos al ingreso?
- ¿Se evidencia orden y toma de Enzimas Cardiacas?
- Se evidencia solicitud y manejo por especialista antes de 60 minutos?
- ¿Recibió manejo en cuidado intermedio?
- ¿Se evidencia orden y administración de trombolisis según indicación?
- ¿Fue remitido a nivel superior?

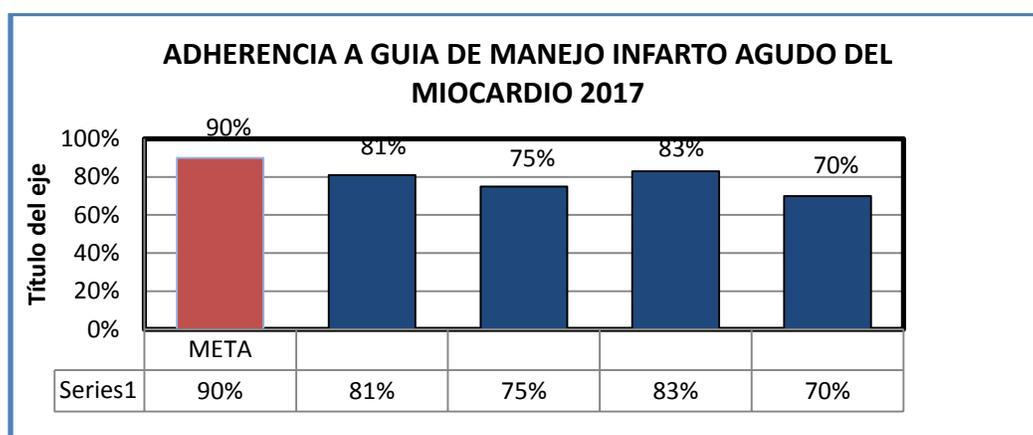


Tabla 5. Fuente historias clínicas base de datos egresos Hospital del Sarare ESE 2017. N= 33, n=33.

En la oportunidad para la atención en paciente con infarto donde la meta es el 90% se observó que no se cumplió la meta en ninguno de los trimestres, esto por múltiples factores que son objeto de mejoras, primero se estaba evaluando con un margen de 10 minutos para brindar el manejo médico al paciente una vez ingresaba a la institución, mientras que la norma toma como tiempo de referencia hasta una hora; igualmente todo paciente que ingresa con este tipo de patología se atiende en la sala de reanimación, dato que con frecuencia no se registra en la nota de ingreso, siendo confirmado posteriormente con las notas de enfermería.

El % de atención a pacientes remitidos es alto y cuando llegan a la institución no son susceptibles de realizar trombolisis por estar fuera de ventana o por la edad, y uno de los ítems que evalúa la adherencia es la realización del procedimiento y la administración de la dosis de 300 miligramos de ASA que en algunas ocasiones no aparece en la remisión ni se confirma en las notas de enfermería ni médicas, así mismo no se evidencia la orden de administración de Dinitratos de isosorbide al ingreso.

Las mejoras establecidas para estos hallazgos es elaborar el algoritmo de atención al paciente con IAM y socializar a los médicos de la institución y a los que vienen en remisión de los otros municipios.

En general el resultado consolidado del indicador para vigencia de 2017 fue del **77.25%** en el cumplimiento de adherencia a la guía.

INDICADOR 17: ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

El análisis de mortalidad hospitalaria neta incluyó el 100 % de los casos reportados e incluidos en el libro de mortalidad del sistema Dinámica Gerencial y corroborados con registros RUAF/DANE. Durante el año 2017 se presentaron 96 fallecimientos posteriores a 48 horas de su ingreso correspondiendo a una tasa de mortalidad de 8.7 fallecimientos por cada 1000 egresos.

Este resultado sobrepasa la meta institucional que está ubicada en 8 fallecimientos por cada 1000 egresos, manteniendo la tendencia ascendente que se ha observado en los dos últimos años, por lo tanto se sugiere redefinir la construcción, medición y monitoreo de este indicador, acorde a la realidad actual y el portafolio de servicios vigente. Se observó un aumento de 4 pacientes en el número total de fallecimientos con respecto a las defunciones del año 2016.

Se observó que de las defunciones del año, un 62 % se presentó en pacientes de género masculino y según la procedencia, el 63 % corresponde al municipio de Saravena.

En cuanto a la distribución por edades, la mayor cantidad de fallecimientos se dio en el grupo de mayores de 65 años con un 67 % mientras que el año anterior el 70 % de los pacientes que fallecieron se encontraban en este grupo. Se presentaron tres fallecimientos en el grupo de menores de 25 años, que aunque solo corresponde a un 3 % siempre es motivo de análisis por el tipo de población, uno de ellos tenía cáncer en etapa terminal, otro paciente de 3 años con antecedentes de importancia antes del nacimiento y malformación congénita y el último paciente con fallecimiento por causa relacionada con neumonía que se revisó en la unidad de análisis respectiva.

En cuanto a las causas de fallecimiento, se encuentra que la sepsis y sus complicaciones ocupa el primer lugar con el 23 %, manteniendo el porcentaje y la mayor causa de mortalidad como en el año anterior, nuevamente en segundo lugar se observa el diagnóstico de cáncer en estado terminal con un 18 %, seguidas de las enfermedades cerebrovasculares en un 16 % manteniendo también el tercer lugar del año anterior. Se sugiere continuar capacitando al personal tanto médico como de enfermería en estas patologías con el fin de detectar precozmente su aparición y complicaciones.

En cuanto a la afiliación a EPS, los resultados se corresponden con la distribución en general de la población, el 48 % de los pacientes estaban afiliados a Comparta y 18 % a Saludvida.

Durante este año se continuó realizando el análisis los factores que contribuyen a empeorar un cuadro de base o el manejo, como son las enfermedades concomitantes que unidas al diagnóstico principal indudablemente llevan al fallecimiento o complicaciones, las enfermedades concomitantes que más se presentaron en el grupo de fallecidos son: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las secuelas de las enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares antiguas.

Desde el año 2015 se incluye en el análisis si ese deceso pudo prevenirse de alguna forma implementando algún tipo de medida ya sea intrahospitalario o extra hospitalario, en articulación con los demás integrantes del sistema de salud. En cuanto a las defunciones prevenibles desde el punto de vista de fallas y mejoramiento de procesos internos, el 84 % se clasificaron como no evitables y un 16 % como evitables, de los cuales el 81 % correspondían a causas extrainstitucionales y un 19 % de los fallecimientos evitables posiblemente con mejoras internas a nivel institucional.

Cada uno de estos casos ha sido analizado en comité de seguridad institucional desde donde se plantearon acciones de mejora y seguimiento, específicamente neumonía asociada al cuidado de la salud. De todos los casos de fallecimientos se encuentra que un 11 % de los pacientes tenían criterio de manejo en otro nivel de complejidad por lo que se encontraban en trámite de remisión al momento de su fallecimiento sin ser aceptados, reflejándose la difícil situación de salud del país donde las empresas no están respondiendo oportunamente a los requerimientos de los usuarios. En un 3 % los pacientes fueron aceptados, pero el personal del avión ambulancia no los trasladó debido al mal estado en que se encontraban y en un 10 % de los casos los pacientes tenían criterio de manejo en otro nivel de complejidad pero las familias no aceptaban el traslado, basándose en el pronóstico de los pacientes y la poca posibilidad de recuperación.

Esta situación reafirma la necesidad urgente de unidad de cuidado intensivo adulto, para ofrecer una atención oportuna y adecuada a los pacientes en estado crítico que llegan a nuestra institución y para atender de una manera digna a los pacientes cuyo pronóstico no sea tan favorable evitando exponer a las familias y los pacientes a las remisiones a otros departamentos, muchas veces sin contar con los recursos.

INDICADOR 18, 19 y 20: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA DE PEDIATRÍA, GINECO-OBSTÉTRICA y MEDICINA INTERNA

No Indicador	INDICADOR	Estándar para cada año	Resultado año 2017
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	≤5	3,18
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstétrica	≤8	3,67
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤15	5,70

En lo relacionado a la oportunidad en la asignación de consulta médica especializada por primera vez, se debe especificar que en los casos de Pediatría y Medicina Interna, se dio prioridad a las atenciones de usuarios canalizados a partir de los programas de Promoción y Prevención que se desarrollan en nuestra Unidad de Atención Primaria. Los resultados no reflejan la oportunidad brindada en este servicio a población general. Durante el año 2017 no fue posible contar con la

cantidad de especialistas requeridos para satisfacer la demanda en estos servicios, esto debido a la no disponibilidad de personal capacitado en la región

Los resultados de oportunidad en el servicio de Consulta Especializada por Ginecoobstetricia han presentado evolución positiva debido a la disponibilidad permanente de tres (3) ginecólogos. Debe anotarse que a partir del año 2018, se hará medición y reporte independiente para la oportunidad de atenciones de ginecología y obstetricia.

Estos tres indicadores de oportunidad eran medidos de manera global para criterios de evaluación de los planes de gestión gerencial, pero a partir del 15 febrero de 2018 (Resolución 408) se especificó que la evaluación y seguimiento correspondería exclusivamente a las atenciones de primera vez, tal y como venía siendo solicitado por el Ministerio de Salud (Decreto 2193 de 2004).

Ver anexo 5. Ficha técnica SIHO

NESTOR BASTIANELLI RAMIREZ
Gerente