



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

*Evolucionamos pensando
en Usted*



INFORME DE GESTION^{R408} **2024**

ARIELA GELVIS QUINTERO
GERENTE



evolucionamos pensando en usted

Ministerio de la Protección Social
Departamento de Arauca

PRESENTADO A:

Ing. RENSON JESÚS MARTINEZ PRADA
GOBERNADOR – PRESIDENTE DE LA JUNTA DIRECTIVA

DRA. ANA ZULEYMA MENDOZA NIÑO
DIRECTORA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA

Dr. DAVID PRÍNCIPE TEGRÍA UNCARIA
REPRESENTANTE ASOCIACIONES CIENTÍFICAS Y GREMIALES DE LOS
PROFESIONALES DE LA SALUD

Dr. JESUS ADRIAN PUERTA
REPRESENTANTE DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Dr. ÁNGEL MARÍA SALINAS QUINTERO
REPRESENTANTE DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS

Dr. JOSE LUIS CACERES
REPRESENTANTE GREMIO DE PRODUCCIÓN



Contenido

PRESENTACIÓN.....	5
1. OBJETIVO.....	6
2. ALCANCE.....	6
3. MARCO NORMATIVO.....	6
4. FASES DEL PLAN DE GESTIÓN DE ACUERDO A LA RESOLUCION 710 DEL 2012 MINSALUD.....	7
4.1 Fase preparación.....	7
4.2 Fase de Formulación.....	7
4.3 Fase de aprobación.....	8
4.4 Fase de ejecución.....	9
4.5 Fase de evaluación.....	12
4.5.1 Escala de resultados.....	13
5 ESTRUCTURA DEL INFORME DE GESTIÓN GERENCIAL.....	13
6 EVALUACIÓN DE INDICADORES.....	14
6.1 Indicadores de Dirección y Gerencia.....	14
INDICADOR 1: Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.....	14
INDICADOR 2: Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.....	24
INDICADOR 3: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.....	26
6.2 Indicadores Financiera y Administrativa.....	34
INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO.....	34
INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.....	36
INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS A TRAVÉS DE COOPERAVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/ O MECANISMOS ELECTRÓNICOS.....	38
INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.....	40
INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES –RIPS.....	42
INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO.....	45



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.....	47
INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO3, 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.....	50
6.3 Indicadores de gestión clínica o asistencial.....	52
INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN LA GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LAS GESTANTES.....	52
INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA	64
INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMIA...	83
INDICADOR 15: NUMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONIA BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.....	91
INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.....	96
INDICADOR 17: ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA > A 48 HORAS.....	105
INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA.....	113
INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA.....	115
INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA.....	117
7. RESULTADO CONSOLIDADO POR ÁREAS DE GESTIÓN.....	119
8. CONCLUSIONES.....	121
9. ANEXOS.....	127



PRESENTACIÓN

La Gerencia de la ESE Hospital del Sarare presenta ante miembros de la Junta Directiva el informe de Gestión correspondiente a la vigencia 2024 en el marco de la Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, y Resolución 408 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

El presente informe contiene el análisis y resultados de los indicadores aplicables a la ESE de la resolución 408 de 2018 del Ministerio De Salud Y Protección Social para la vigencia 2024, contiene las tres áreas de gestión; dirección y gerencia, Administrativa y Financiera, Gestión clínica o Asistencial, con la presentación de datos cuantitativos y cualitativos que permiten evaluar el desempeño institucional y orientar futuras acciones para seguir brindando un servicio de salud eficiente y de calidad a la comunidad.

De igual forma en el marco de dichos indicadores se presente el cumplimiento del Plan de Gestión Gerencial 2024-2027 Salud y bienestar en el territorio metas aplicables a la vigencia 2024, plan de Gestión aprobado mediante acuerdo de Junta Directiva No 005 del 2024.

Durante este periodo el Hospital del Sarare ESE ha trabajado fuertemente en mejorar las condiciones instalaciones físicas, actualización de la tecnología en equipos biomédicos y capacitación continua del personal, todo esto con el único fin de mejorar la calidad y oportunidad en la atención al usuario, su familia y comunidad evidenciando el compromiso institucional a garantizar la prestación de servicios de salud seguro, de calidad, humanizado con transparencia en la gestión y cultura de la mejora continua.



1. OBJETIVO

Dar a conocer los avances, logros y cumplimiento del plan de gestión, resultados obtenidos en el periodo del 01 de enero y el 31 de diciembre del 2024, en el marco de la Resolución 408 de 2018 del Ministerio De Salud Y Protección Social.

2. ALCANCE

El informe presenta los indicadores normativos definidos en la Resolución 408 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social en el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2024 en el marco del Plan de Gestión gerencial Bienestar y salud en el territorio.

3. MARCO NORMATIVO

- **LEY 1438 DE 2011.** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- **RESOLUCION 710 DE 2012.** Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.
- **RESOLUCION 743 DE 2013.** Por la cual se modifica la Resolución número 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones. Artículo 1°. Modifíquense los Anexos números 2, 3, y 4 del artículo 2° de la Resolución 710 de 2012, que hacen parte integral de la misma, los cuales quedarán tal y como se reflejan en la presente resolución.
- **RESOLUCION 408 DE 2018.** Por la cual se modifica la resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones. Sustituye los anexos 2,3, y 4 adoptados en la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, por los Anexos 2,3 y 4.



4. FASES DEL PLAN DE GESTIÓN DE ACUERDO A LA RESOLUCION 710 DEL 2012 MINSALUD

Con base a la Resolución 710 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social anexo N° 1 Condiciones y metodología para la presentación y evaluación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, el plan de Gestión de las empresas Sociales del estado resulta del desarrollo de cinco fases las cuales se especifican a continuación.

4.1 Fase preparación

Corresponde a la identificación de fuentes de información para establecer la línea de base y formular el Plan de Gestión. La línea de base será entendida, como el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial.

Esta fase se desarrolló en la fuente de información tomada de la Plataforma Estratégica vigente, estructura Orgánica de la entidad y portafolio de servicios.

4.2 Fase de Formulación

Diagnóstico inicial de la Empresa Social del Estado para cada uno de los indicadores incluidos en la matriz correspondiente. Este diagnóstico debe reflejar con evidencias suficientes, las condiciones en las cuales se encuentra cada indicador, tanto cuantitativa como cualitativamente de tal manera que permita conocer desde dónde se está partiendo y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la empresa mediante las actividades que se plantean más adelante.

Esta fase se ejecutó a través del diagnóstico institucional realizado para la generación y formulación de las estrategias contempladas en el plan de gestión gerencial 2024-2027, allí se incluyó la caracterización de la población atendida, morbilidad general atendida 2020-2023, producción de servicios de salud 2020-2023, actividades de salud pública como notificación SIVIGILA, estado del Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud SOGCS y MIPG, situación financiera y planes de desarrollo Nacional, departamental y municipal.



4.3 Fase de aprobación

En esta fase, el Director o Gerente de la Empresa Social del Estado, presenta el proyecto de Plan de Gestión a la Junta Directiva de la entidad, dentro de los términos legales. La Junta lo aprueba, y el Gerente puede presentar observaciones al plan de gestión aprobado, los cuales deberán ser resueltos por la Junta Directiva. Dicho trámite conforme a los términos establecidos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

Mediante acuerdo de Junta Directiva No 005 del 30 de Mayo del 2024 se aprobó el Plan de Gestión del Gerente de la ESE Hospital del Sarare 2024-2027 el cual tienen proyectadas las siguientes líneas estratégicas y programas como pilares del plan de desarrollo institucional 2024-2027 "SALUD Y BIENESTAR EN EL TERRITORIO".

LINEA ESTRATEGICA 1: DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SARARE

Programa 1: Hospital del Sarare Sostenible.

- Garantizar la Sostenibilidad Financiera de la Institución.
- Fortalecer la Política de Contratación y Defensa Jurídica.

Programa 2: Fortalecimiento de Infraestructura Hospitalaria y Modernización

Tecnológica.

- ✓ Ampliar la Infraestructura Física del Hospital del Sarare.
- ✓ Mejorar la Tecnología y mobiliario Requeridos para el adecuado funcionamiento de los procesos del Hospital del Sarare.

Programa 3: Fortalecimiento En Prestación De Servicios

- Mejorar el Acceso a los Servicios de Nivel Primario y Complementario

Programa 4: Hospital Verde

- ✓ Fortalecer la gestión Ambiental del Hospital del Sarare.

LINEA ESTRATEGICA 2: SALUD CONFIABLE, SEGURA Y HUMANIZADA PARA TODOS.

Programa 5: Mejoramiento Continuo de la Calidad y Gestión del Riesgo en Salud.



evolucionamos pensando en usted

- ✓ Mejorar Los Componentes Del SOGCS (Sistema Único De Habilitación Sistema Único De Acreditación, PAMEC, Sistema De Información) Articulados Con El MIPG y Las Aplicables A La Seguridad Y Salud En El Trabajo.

Programa 6: Talento Humano de Calidad y con vocación de Servicio.

- ✓ Fortalecer la Gestión estratégica del Talento Humano.

Programa 7: De la mano con la Comunidad.

- ✓ Fortalecer las políticas de Participación ciudadana, servicio al ciudadano y transparencia y acceso a la Información.

Programa 8: Respuesta a Emergencias.

- ✓ Formular y ejecutar planes de Contingencia que permitan al Hospital del Sarare, dar respuesta efectiva a las emergencias que puedan generarse en el periodo del plan.

4.4 Fase de ejecución

Aprobado el plan de gestión, este debe ser ejecutado por el Director o Gerente, lo cual comprende:

- ✓ El despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.
- ✓ El seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
- ✓ Presentación a la Junta Directiva del Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión

El cual incluyó la actualización de la Plataforma estrategia y Mapa de procesos.

Plataforma estratégica

Mediante Acuerdo de Junta Directiva No 021 del 27 de diciembre del 2024 se aprobó la actualización de la Plataforma estratégica de la ESE Hospital del Sarare para el periodo 2024-2027, la cual se menciona a continuación.



MISION INSTITUCIONAL

El Hospital del Sarare es una Empresa Social del Estado ubicada en el municipio de Saravena, que brinda servicios de salud de baja y mediana complejidad, al departamento de Arauca y sus alrededores con atributos de calidad, seguridad, humanización y buenas prácticas ambientales; a través de un talento humano competente y comprometido con la vocación al servicio, dedicado a brindar una atención con eficiencia, eficacia, sentido ético y responsabilidad social, con énfasis en la gestión del riesgo, mantenimiento en la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad a fin de disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de los usuarios, las familias y comunidad.

VISION INSTITUCIONAL

El Hospital del Sarare-ESE para el 2027 se proyecta a ser una organización autosostenible y ambientalmente responsable, que goce de reconocimiento a nivel Regional y Nacional, como una institución certificada en estándares de calidad, con alta tecnología, que ofrece servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad; promoviendo políticas transversales de atención médica segura y humanizada, garantizando la integralidad e interculturalidad a los usuarios y sus familias.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

- Modernizar el SGC para la planificación, implementación, seguimiento y evaluación del desempeño del Sistema de gestión Integrados del Hospital del Sarare E.S.E.
- Garantizar la operación, mantenimiento, ajuste y mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad que aumente su eficacia, eficiencia y efectividad, administrando y controlando sus riesgos institucionales.
- Asegurar la atención centrada en nuestros usuarios y familiares dando respuesta oportuna a sus necesidades y expectativas de su salud física, mental, emocional y espiritual, a través de métodos válidos y necesarios, que nos permitan identificar sus causas y aplicar los procedimientos pertinentes, para mejorar su calidad de vida y bajo la premisa de un trato seguro y humanizado.
- Promover la toma de conciencia en toda la institución, para brindar servicios de salud a través de procesos seguros, oportunos, efectivos y de calidad, monitorizando y analizando los indicadores de seguimiento a los riesgos, medición,



análisis de los reportes de los eventos adversos, y verificando la implementación de barreras de seguridad, que prevengan la ocurrencia de los mismos.

- Fomentar y promover de forma permanente la formación de los trabajadores en sus competencias y conlleve a una transformación cultural de la institución con la más alta calidad y un enfoque ético, seguro y humanizado, que le permita al Hospital del Sarare, mantener una posición competitiva en el sector salud.

- Realizar seguimiento y evaluación de los procesos y subprocesos institucionales, asegurando el mejoramiento continuo de los mismos, lo cual permita toma de decisiones basados en la evidencia y lograr un manejo racional de los recursos.

Mapa de Procesos

Mediante Acuerdo de Junta Directiva No 022 del 27 de diciembre del 2024 se aprobó la actualización del Mapa de Procesos de la ESE Hospital del Sarare, la cual se menciona a continuación.

Tabla 1. Niveles de Macro procesos

NIVELES
1. Macroproceso Estratégico
2. Macroproceso Misional
3. Macroproceso de Apoyo
4. Macroproceso de Control y seguimiento



Imagen 1. Esquema del mapa de procesos

MAPA DE PROCESOS



Fuente: Acuerdo de Junta Directiva No 022 del 2024

4.5 Fase de evaluación

La evaluación del Plan es un proceso soportado en información válida y confiable, de periodicidad anual.

Acorde al anexo No 04 de la Resolución 408 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social se aplica la matriz de calificación.



Imagen 2. Resolución 408 del 2018 Minsalud

RESOLUCIÓN NÚMERO 00408 DE 15 FEB 2018 2018 HOJA No 19 de 21

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones"

Anexo No. 4
Matriz de calificación

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	e	f	g	h	i=k*l
SE	1	Nivel 1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas					
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas					

Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/isis/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-408-de-2018.pdf>

4.5.1 Escala de resultados

Acorde al Anexo No 05 de la Resolución 710 del 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social en el que se define la escala de resultados.

Imagen 3. Resolución 408 del 2018 Minsalud Anexo 5.

ANEXO N° 5
Escala de resultados

Rango calificación (0,0-5,0)	Criterio	Cumplimiento del Plan de Gestión
Puntaje total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor al 70%
Puntaje total entre 3,50 y 5,0	Satisfactoria	Igual o superior al 70%

(C. E.).

Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-410-de-2012.pdf>

5 ESTRUCTURA DEL INFORME DE GESTIÓN GERENCIAL

El informe se presenta acorde a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Acorde al Anexo No 02 de la Resolución 408 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social se define indicadores y estándares por áreas de gestión, y acorde al anexo No 03 Instructivo para calificación y Anexo 4. Matriz de calificación se realiza la calificación.

El informe se estructura por Área de Gestión, indicador análisis y resultados.

Tabla 2. Indicadores por Área de gestión

AREA DE GESTIÓN	PORCENTAJE
Dirección y Gerencia	20%
Financiera y administrativa	40%
Gestión clínica o asistencial	40%
Total	100%

Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-408-de-2018.pdf>

6 EVALUACIÓN DE INDICADORES

Acorde a la metodología establecida en la Resolución 408 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social a continuación se presenta informe de cada indicador agrupados por área de gestión.

6.1 Indicadores de Dirección y Gerencia

INDICADOR 1: Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

Imagen 4. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 1

Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 1,20$	- Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior
			- Postulación para la acreditación, formalizada con contrato	- Contrato de postulación
			- Acreditación en la vigencia evaluada	- Certificación de acreditación

Fuente: Resolución 408 de 2018 de Minsalud



Contextualización del indicador:

El Hospital del Sarare ESE, es una entidad de salud que presta servicios de salud de baja y mediana complejidad, en los últimos años ha sido referente de salud a nivel departamental y tiene como política institucional el mejoramiento continuo de la calidad y la satisfacción de sus usuarios, ofreciendo servicios con calidad y con un enfoque basado en procesos, en pro de garantizar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social que establece los componentes del SOGCS así: 1. El Sistema Único de Habilitación, 2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, 3. El Sistema Único de Acreditación y 4. El Sistema de Información para la Calidad.

El componente 3, El Sistema Único de Acreditación establece los estándares de calidad superiores a los exigidos en Habilitación, que las instituciones deben cumplir si quieren optar para ser reconocidos como entidad acreditada

Para este caso, el Hospital del Sarare enfoca su PAMEC hacia el cumplimiento de los estándares de acreditación de manera progresiva, como parte del marco estratégico y gerencial de la empresa, integrándolo a sus acciones permanentes de auditoría y al fortalecimiento de las competencias laborales de su personal, que se traducen en el fomento de la Cultura de la Calidad y la identificación de la causa raíz de las oportunidades de mejora identificadas, lo que conduce al mejoramiento continuo de la calidad y a la búsqueda permanente de niveles superiores de calidad.

A partir de la vigencia 2.018 el Ministerio realizó una actualización del manual para la autoevaluación según resolución 5095 de 2.018 por la cual se adopta el Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1. Asimismo, la Resolución 1328 de 30 de agosto de 2021 por medio de la cual se modifica el artículo 1 de la resolución 5095 de 2018, adoptó los *"Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad"*.

Para determinar el grado de avance en la implementación de los estándares de acreditación en el Hospital del Sarare ESE es preciso hacer un comparativo de las vigencias evaluadas y la vigencia anterior, por tanto, en este informe se da un resumen de la vigencia 2024 y se comparan los datos de la vigencia 2023.



El Hospital del Sarare ESE actualmente se encuentra trabajando en los 8 grupos de acreditación establecidos en el Manual de Acreditación en Salud versión 3.1, y los 41 estándares nuevos adoptados por la resolución 1328 de 30 de agosto de 2021. Para ello se realizó un Diagnóstico de acreditación, por lo cual se realizó autoevaluación con los resultados obtenidos en la **vigencia 2024**, trabajo realizado por los equipos auto evaluadores conformados mediante la Resolución No. 025 del 6 de febrero del 2025 **"POR MEDIO DE LA CUAL, SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN DEL PAMEC VIGENCIA 2025, SE DESIGNA EL EQUIPO DE PLANEACIÓN Y LIDERAZGOS; Y LOS GRUPOS AUTOEVALUADORES DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION V 3.1 Y LOS ADOPTADOS POR LA RESOLUCION 1328 DE 2021 EN EL HOSPITAL DEL SARARE ESE"**.

Asimismo, la institución tiene definida una metodología para la **autoevaluación y formulación del PAMEC**, mediante la implementación de la Ruta Crítica:

1. *Autoevaluación.*
2. *Selección de procesos de mejora.*
3. *Priorización de procesos.*
4. *Definición de la calidad esperada.*
5. *Medición inicial de la calidad esperada.*
6. *Plan de acción para procesos seleccionados.*
7. *Ejecución del Plan de Acción.*
8. *Evaluación del mejoramiento.*
9. *Aprendizaje organizacional.*
10. *Nuevamente Autoevalúo e inicio la ruta. (Mejora Continua)*

Después de designar de los equipos Autoevaluación, se comienza el proceso mismo de autoevaluación. Este proceso es llamado **AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO**, punto donde los equipos examina que tan efectivamente están trabajando, comparando el quehacer diario contra los estándares contemplados en los manuales. Si bien el proceso de análisis de los estándares no tiene una norma básica que diga cómo se debe hacer, se realiza bajo el siguiente enfoque.

- a. **Se lee inicialmente el manual** con todos los estándares antes de empezar la calificación el grupo, ya que como todos los estándares de un mismo grupo están interrelacionados, este procedimiento ayuda a los equipos a entender la globalidad y facilita grandemente el proceso de calificación del estándar individual. Seguido preguntar si todos los participantes entendieron el



estándar de la misma forma. Si la respuesta es afirmativa entonces se puede continuar, si es negativa debe buscar aclaración consenso del equipo acerca de la interpretación.

- b. Luego se autoevalúa **cada estándar**, el promedio ponderado de calificación de estándares será el resultado mismo del proceso de implementación de la Acreditación en Salud. La calificación se realiza según los criterios de calificación de la Hoja radar así:

-**Enfoque:** se refiere a la directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada variable que se va a evaluar, se califica de 1 a 5.

-**Implementación:** se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución; se califica de 1 a 5.

-**Resultados:** se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques; se califica de 1 a 5.

- c. Seguidamente se identifica y registra las **Fortalezas de la institución**, que el equipo considere que están relacionadas con el estándar evaluado. Debe enfocarse puramente en la frase estándar.
- d. Una vez discutidas todas las fortalezas de la organización hay que determinar que **Soportes pueden encontrarse en la organización**. Debe relacionar todos los soportes que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos posteriormente será motivo de revisión por parte de los evaluadores externos.
- e. El paso que sigue en el análisis es la redacción de todas de todas la **Oportunidades de Mejora** frente al estándar. Nuevamente, la redacción del estándar es la guía para el grupo, a cada debilidad del estándar se le debe elaborar una oportunidad de mejora que nos determinara cuales acciones de mejora que se van a trabajar en la vigencia.
- f. **Priorización de oportunidades de mejora según criterios riesgo, costo y volumen**. El equipo deberá evaluar cada oportunidad de mejora y calificar según la escala numérica de 1 a 5, siendo el 1 el de menos riesgo o de menos impacto sobre el atributo y 5 el valor de que genera más riesgos o impacto sobre el atributo. El resultado de la multiplicación según riesgo, costo y volumen será quienes determine la priorización de las oportunidades de



- mejora para el estándar. Se priorizan en rojo las oportunidades de mejora que califiquen con 75 o más puntos ponderados en la priorización.
- g. La respuesta lógica al encontrar debilidades es definir **acciones de mejoramiento** para las debilidades. Este ejercicio orientará de antemano conformará el plan de mejoramiento de la vigencia. Esta acción de mejoramiento.
 - h. Luego de definir las acciones de mejora se debe **Determinar Barreras de Mejoramiento y el Proceso Responsable** de implementar las acciones de mejora, seguidamente se define un indicador de cumplimiento
 - i. Finalmente, se establecen fechas en el cronograma del PAMEC y desde el área de calidad se programa los dos seguimientos normativos al cumplimiento.

ACTIVIDADES CONCOMITANTES QUE DESARROLLAN LOS EQUIPOS DURANTE LA AUTOEVALUACION. Existen tres tipos de actividades en la autoevaluación: primero, el equipo revisa y discute cada estándar, segundo se escribe un reporte de soporte, y tercero, el equipo llega a un acuerdo de que tan bien está cumpliendo los estándares y utiliza un indicador de cumplimiento para medirlo. En la práctica la autoevaluación no tiene fases, están son actividades concomitantes que realizan los equipos:

1. **Discusión de los estándares y textos.**
2. **Documentación del cumplimiento del estándar.**
3. **Fortalezas y oportunidades para el mejoramiento.**
4. **Indicador de desempeño.**
5. **Dimensiones a evaluar según hoja radar de evaluación.**
6. **Mejoramiento y aprendizaje organizacional.**

Análisis del indicador:

A continuación, se presentan los datos por grupos de estándar, donde podemos evidenciar los resultados por grupo según el grado de avances del Enfoque, la implementación y los resultados.



Tabla 3. Calificación total estándar PACAS. (1-94)

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					1. PACAS					1,26
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
Sistematización 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	
1,713	1,436	1,330	1,309	1,277	1,181	1,191	1,106	1,085	1,000	
1,493	Promedio Enfoque		1,293	Promedio Implementación	1,113	Promedio Resultados				

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2025

Tabla 4. Calificación total estándar Direccionamiento. DIR (95-112)

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					2. DIRECCIONAMIENTO					1,23
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
Sistematización 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	
1,500	1,444	1,444	1,167	1,167	1,167	1,167	1,167	1,056	1,056	
1,463	Promedio Enfoque		1,167	Promedio Implementación	1,122	Promedio Resultados				

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2025

Tabla 5. Calificación total estándar Gerencia. GER (113-133)

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					3. GERENCIA					1,24
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
Sistematización 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	
1,714	1,571	1,571	1,143	1,143	1,048	1,143	1,095	1,000	1,000	
1,619	Promedio Enfoque		1,143	Promedio Implementación	1,057	Promedio Resultados				

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2025

Tabla 6. Calificación total estándar de Gerencia de Talento Humano. TH (134-152)

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					4. GERENCIA DEL TALENTO HUMANO					1,15
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	
1,421	1,368	1,316	1,158	1,158	1,053	1,053	1,000	1,000	1,000	
1,368	Promedio Enfoque		1,158	Promedio Implementación	1,021	Promedio Resultados				

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2025

Tabla 7. Calificación total estándar de Gerencia del Ambiente Físico. GAF (153-166)

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					5. GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO					1,45
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	
2,071	1,857	1,714	1,714	1,643	1,214	1,143	1,071	1,071	1,000	
1,881	Promedio Enfoque		1,679	Promedio Implementación	1,100	Promedio Resultados				

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2025

Tabla 8. Calificación total estándar Gestión Tecnología. GT (167-178)

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					6. GESTIÓN TECNOLOGÍA					1,11
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	
1,417	1,167	1,063	1,083	1,333	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	



1,222	Promedio Enfoque	1,208	Promedio Implementación	1,000	Promedio Resultados
-------	------------------	-------	-------------------------	-------	---------------------

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2025

Tabla 9. Calificación total estándar Gerencia de la Información. GI (179-196)

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					7. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN					1,18
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	
1,333	1,333	1,222	1,333	1,333	1,056	1,056	1,056	1,056	1,056	
1,296	Promedio Enfoque		1,333	Promedio Implementación	1,056	Promedio Resultados				

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2025

Tabla 10. Calificación total estándar Mejoramiento de la Calidad. MCC (197-201)

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					8. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD					1,06
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	
1,400	1,200	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
1,200	Promedio Enfoque		1,000	Promedio Implementación	1,000	Promedio Resultados				

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2025



Tabla 11. Resumen General de la autoevaluación vigencia 2025

RESUMEN TOTAL PARA LA VIGENCIA 2025										1,24
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
1,63	1,44	1,36	1,27	1,27	1,13	1,14	1,08	1,05	1,01	
1,48			1,27		1,08					

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2025

Resultado autoevaluación comparativo - Vigencia 2024 vs 2025

Según El Decreto 1011 de 2006 que define al Programa de Auditoria para el Mejoramiento como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud" para el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales y administrativos en las instituciones de Salud. A continuación, se presenta el resultado con respecto a la vigencia Inmediatamente anterior.

Gráfica 1. Comparativa vigencia 2024-2025.



Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2024 y 2025



evolucionamos pensando en usted

Tabla 12. Variación entre periodos.

GRUPO DE ESTÁNDARES	2023	2024	VARIACIÓN.
Grupo De Estándares Del Proceso De Atención Al Cliente Asistencial	1,26	1,26	0%
Grupo De Estándares De Direccionamiento	1,23	1,23	0%
Grupo De Estándares De Gerencia	1,24	1,24	0%
Grupo De Estándares De Gerencia Del Talento Humano	1,15	1,15	0%
Grupo De Estándares De Gerencia Del Ambiente Físico	1,45	1,45	0%
Grupo De Estándares De Gestión De Tecnología	1,1	1,11	0%
Grupo De Estándares De Gerencia De La Información	1,18	1,18	0%
Grupo De Estándares De Mejoramiento De La Calidad	1,06	1,06	0%

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2024 y 2025

Resultado del indicador:

Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación de la vigencia anterior =

Promedio de la Calificación de la Autoevaluación en la vigencia evaluada

Promedio de la Calificación de la Autoevaluación en la vigencia Anterior

$$= \frac{1.24 (2025)}{1.24 (2024)} = 1.0$$

Una vez realizada la autoevaluación de los estándares de acreditación se puede concluir que el Hospital del Sarare ESE No tuvo un avance significativo en el proceso de acreditación; aunque se evidencia en los planes de acción los avances y mejoras realizadas No generar cambios significativos en la calificación para subir en acreditación. Asimismo, el proceso de avances en la acreditación es una decisión de la alta dirección que debe ser aspirada y evidencia dentro de sus planes estratégicos, rubros presupuestales, plataforma estratégica y objetivos institucionales.

Tabla 13. Resultado del indicador 1

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	≥1,20	1,24	1	0,05	0,05

Información tomada del Documento de Autoevaluación vigencia evaluada 2025 y vigencia anterior 2024, informe rendido a la UAESA en respuesta a la solicitud de la circular 004 del 2025, mediante correo electrónico a pamec.sic.sogcs@unisaludarauca.gov.co

INDICADOR 2: Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.

Imagen 5. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 2

Dirección y Gerencia	2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC.	≥ 0,9	Superintendencia Nacional de Salud
----------------------	---	-------------------	---	--	-------	------------------------------------

Fuente: Resolución 408 de 2018 de Minsalud

Contextualización del indicador:

El Hospital del Sarare tiene implementado es su Sistema de Gestión, el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud como un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada

respecto a la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios en el Departamento de Arauca.

Es así que, para el año 2024 la institución formuló actividades de mejoramiento continuo teniendo como punto de referencia los estándares del *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1*; ordenados de la siguiente manera: una primera sección en la que aparece el grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, una segunda sección en la que se encuentran los grupos de estándares de apoyo administrativo gerencial a dichos procesos asistenciales y una tercera sección en la cual se encuentran los estándares de mejoramiento de la calidad.

La primera sección está diseñada de acuerdo con el proceso de atención genérico de un paciente en una institución hospitalaria o ambulatoria. Está compuesta por los subgrupos de estándares: derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención referencia, salida y seguimiento, y contrarreferencia. Finaliza con el subgrupo Sedes Integradas en Red, el cual incluye los procesos de articulación de las diferentes sedes tomando como base la gestión de calidad superior propuesta por la acreditación en salud. La segunda sección de los estándares incluye aquellos procesos administrativos gerenciales que son críticos en la organización para el apoyo de los procesos asistenciales. Esta sección se subdivide en seis grupos de estándares:

- **Direccionamiento;** es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno de la organización.
- **Gerencia;** es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobierno de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.
- **Gerencia del Talento Humano** se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación hasta su retiro, y su proceso de mejoramiento continuo.
- **Gerencia de la Información** se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel de la organización.

- Ambiente Físico incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.
- Gestión de Tecnología se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización.

Y la tercera sección de los estándares está constituida por los cinco estándares de mejoramiento de la calidad que aplican a todos los procesos evaluados tanto en los estándares asistenciales como en los de apoyo.

El Hospital del Sarare reconoce que todas las prácticas de la institución son susceptibles de mejora, que la calidad no es absoluta si no dinámica, continua y sostenible en el tiempo; asimismo, todo ciclo de mejora en este caso la Acreditación, el centro de atención es el Cliente. El Hospital del Sarare E.S.E. busca mediante esta herramienta de Gestión de la Calidad, servicios de salud seguros, humanizados y con altos estándares de calidad.

Desde lo normativo el Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud. Reglamenta la implementación de un Programa de Mejora Continua en la Salud aplicado en base a las pautas expedidas por el ministerio de salud. Asimismo, la Resolución 2082 de 2014 Artículo 6 Parágrafo: define que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de **carácter público** deberán implementar la etapa de preparación para la acreditación, utilizando para el efecto los correspondientes manuales de acreditación, adoptados por este ministerio.

De manera que, más allá de ser un requerimiento normativo; es una decisión estratégica adoptar, apoyar, implementar y garantizar los mecanismos necesarios para direccionar las actividades relacionadas con el mejoramiento continuo que lleve a la institución a cerrar brechas entre la calidad observadas de la esperada. Como único fin, lograr la excelencia en la prestación de servicios de salud en el departamento de Arauca.

Análisis del indicador:

De 49 acciones de mejoras priorizadas; el informe final para la vigencia del 2024 para el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud fue de: un 92 % "COMPLETADA" y "NO INICIADO" 8%. El porcentaje completado es favorable para el indicador Gerencial N°2. *Efectividad en la auditoria para el*

mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud por dar un cumplimiento >90 % de las actividades priorizadas para la vigencia evaluada.

Imagen 6. Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. 2024 por Grupo de Estándares.

ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL (1-7)		DIRECCIÓN DE CTS (18-20)		GERENCIA (21-22)		TALENTA HUMANO (164-170)		AMBULANCIA (121-123)		DIRECCIÓN DE TECNOLOGÍA (133-141)		GERENCIA DE INFORMACIÓN (142-144)		MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (154-158)		ACCIONES	%
	COMPLETADO	EN DESARROLLO	ADICIONAL	NO INICIADO	COMPLETADO	EN DESARROLLO	COMPLETADO	EN DESARROLLO	COMPLETADO	EN DESARROLLO	COMPLETADO	EN DESARROLLO	COMPLETADO	EN DESARROLLO	COMPLETADO	EN DESARROLLO		
EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD	19	100%	1	100%	4	44%	9	100%	7	100%	0	0%	4	64%	1	100%	45	92%
	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	0	0%	0	0%	2	22%	0	0%	0	0%	1	0%	1	16%	0	0%	4	8%
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%		100%		87%		100%		100%		0%		80%		100%		92%	
ACCIONES PRIORIZADAS PARA LA VIGENCIA 2024 POR GRUPO	19		1		6		9		7		1		5		1		49	

Fuente: Gestión de la calidad / Informe PAMEC 2024

Resultado del indicador:

Efectividad en la Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud =

Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas

Total de acciones programadas

45 (Completadas)

$$= \frac{\quad}{49 \text{ (Acciones priorizadas)}} = 0.92$$

49 (Acciones priorizadas)

Una vez realizada la autoevaluación de los estándares de acreditación se puede concluir que el Hospital del Sarare ESE No tuvo un avance significativo en el proceso de acreditación; aunque se evidencia en los planes de acción los avances y mejoras realizadas No generar cambios que alteren de forma positiva en la calificación de acreditación. Asimismo, el proceso de avance en la acreditación es una decisión de la alta dirección que debe ser aspirada y evidencia dentro de sus planes estratégicos, rubros presupuestales, plataforma estratégica y objetivos institucionales.



Tabla 14. Resultado del indicador 2

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	≥0,9	0,92	5	0,05	0,25

Información tomada del Documento de Informe de ejecución 2024 PAMEC, informe rendido a la UAESA en respuesta a la solicitud de la circular 034 del 2025, mediante correo electrónico al pamec.sic.sogcs@unisaludarauca.gov.co

INDICADOR 3: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

Imagen 7. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 1

3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0,9	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del Plan Operativo Anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO), y el cálculo del indicador
---	-------------------	---	---	-------	--

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

Análisis del indicador:

Mediante acuerdo de Junta Directiva No 005 del 30 de Mayo del 2024 se aprobó el Plan de Gestión del Gerente de la ESE Hospital del Sarare 2024-2027 el cual tienen proyectadas las siguientes líneas estratégicas y programas como pilares del



plan de desarrollo institucional 2024-2027 "SALUD Y BIENESTAR EN EL TERRITORIO".

PLAN DE GESTION GERENCIAL 2024 – 2027.

El objetivo principal del plan de gestión gerencial del Hospital Del Sarare E.S.E. es garantizar una administración eficiente, transparente y orientada a la mejora continua de la prestación de los servicios, con el fin de optimizar los recursos disponibles y brindar una atención oportuna y de calidad a los pacientes.

Para ello se proyectaron las siguientes líneas estratégicas y programas como pilares del plan de gestión gerencial 2024-2027 "SALUD Y BIENESTAR EN EL TERRITORIO".

A continuación, se presenta el cumplimiento de las metas definidas para la vigencia 2024.

Tabla 15. PLAN OPERATIVO 2024.

Objetivo Estratégico Asociado	Programa	Objetivo	N°	Meta	Línea Base Promedio 2020-2023	2024	Cumplimiento
Garantizar La Sostenibilidad Financiera De La Institución	Hospital Del Sarare Sostenible	Garantizar La Sostenibilidad Financiera De La Institución	1	Mejorar La Efectividad Del Promedio De Recaudo Mensual	56.5%	≥56.5% Del Valor Reconocido	CUMPLIDO
			2	Adquisición Del Módulo De Costos De Dinámica Gerencial	No Línea Base	N	
		Fortalecer La Política De Contratación Y Defensa Jurídica	3	Desarrollar Estrategias Para La Aplicación De La Política De Defensa Jurídica	No Línea Base	Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO
			4	Elaboración De Plan De Acción De Defensa Jurídica		Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO
			5	Ejecución Del 85% Del Plan De Acción Para Cada Vigencia	No Línea Base	Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO
Mejorar La Infraestructura Física, Tecnología y Capacidad Instalada Del	Fortalecimiento De Infraestructura Hospitalaria Y	Ampliar La Infraestructura Física Del Hospital Del Sarare	6	Realizar la actualización del Plan Maestro De Construcción Hospitalario	No Línea Base	Aplica Para La Vigencia (\$41.874.635)	CUMPLIDO



Hospital, Que Permita Ampliar El Portafolio De Servicios Institucional Y Nivel De Complejidad	Modernización Tecnológica	7	Realizar la formulación y Gestión De Aprobación con el MinSalud Para La Construcción De La Nueva Área De Urgencias, Mediante La Formulación Y Presentación Del Proyecto De Inversión	No Línea Base	Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO
		8	Realizar la formulación y Gestión De Aprobación con el MinSalud de la Construcción De La Sede Unap Mediante La Formulación Y Presentación Del Proyecto De Inversión	No Línea Base	Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO
		9	Realizar la formulación y Gestión De Aprobación con el MinSalud de la Construcción Del Cercamiento Perimetral Y Obras De Urbanismo Del Hospital Del Sarare E.S.E.	No Línea Base	Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO
		10	Realizar Gestión De Recursos Para Las Adecuaciones De Los Puestos De Salud Adscritos Al Hospital Del Sarare E.S.E.	No Línea Base	Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO
	Mejorar La Tecnología Y Mobiliario Requeridos Para El Adecuado Funcionamiento De Los Procesos Del Hospital Del Sarare	11	Realizar Adquisición De Elementos, Bienes De Uso Hospitalario	No Línea Base	0,4% Del Presupuesto Asignado Para La Vigencia	CUMPLIDO
		12	Realizar Adquisición De Equipos Biomédicos Para La Prestación De Servicios	No Línea Base	0,5% Del Presupuesto Asignado Para La Vigencia	CUMPLIDO
		13	Realizar Gestión De Recursos Para La Adquisición De Equipos Biomédicos Para La Unidad De Cuidados Intensivos	No Línea Base	Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO



Mejorar La Gestión De Riesgo Institucional, Que Permita A La Entidad Lograr El Desarrollo Integral De Los Procesos	Fortalecimiento En Prestación De Servicios	Mejorar El Acceso A Los Servicios De Nivel Primario Y Complementario	14	Fortalecer El Acceso A La Salud Rural Mediante La Puesta En Funcionamiento De Una Unidad Móvil Ginecológica	No Línea Base	Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO
			15	Realizar Gestión El Riesgo En Salud a través Del Fortalecimiento De Estrategias De Atención Primaria, Ajustadas Las Rutas De Mantenimiento De La Salud Y Materno perinatal	≥70% De Cumplimiento De Las Metas Contratadas	≥ 80% De Cumplimiento De Las Metas Contratadas	CUMPLIDO
			16	Ampliar La Zona De Influencia Directa Del Hospital Del Sarare a través De La Prestación De Servicios De Consulta Especializada en un municipio del Departamento de Arauca	No Línea Base	Servicios De Consulta Especializada En Los Municipios	CUMPLIDO
			17	Ampliar El Portafolio De Servicios	No Línea Base	Cuidado Intensivo	NO CUMPLIDO
Mejorar Las Prácticas Ambientales, Que Permitan Al Hospital Del Sarare La Minimización De Los Impactos Ambientales	Hospital Verde	Fortalecer La Gestión Ambiental Del Hospital Del Sarare	18	Realizar Prácticas Ambientales En El Entorno Hospitalario Institucional, Que Promuevan La Protección Y Conservación Del Medio Ambiente	Ejecución Del Plan De Acción Ambiental	Ejecución Del Plan De Acción Ambiental	CUMPLIDO
			19	Desarrollar Los Programas Ambientales Que Minimicen Los Aspectos E Impactos Ambientales Generados Por El Hospital A Causa De La Prestación De Servicios	Ejecución Del Plan De Acción Ambiental	Ejecución Del Plan De Acción Ambiental	CUMPLIDO
Mejorar El Sistema Obligatorio De Garantía De La	Mejoramiento Continuo De La	Mejorar Los Componentes Del	20	Realizar actualización de la plataforma estratégica institucional	Versión 2020	Aplica para la vigencia	CUMPLIDO



Calidad, Articulado Con El Modelo Integrado De Planeación Y Gestión MIPG	Calidad En Salud Y Gestión Del Riesgo	SOGCS (Sistema Único De Habilitación, Sistema Único De Acreditación, PAMEC, Sistema De Información) Articulados Con El MIPG y Las Aplicables A La Seguridad Y Salud En El Trabajo	21	Realizar Autoevaluación Del Sistema Único De Acreditación De Acuerdo A La Normatividad Vigente	Mayor O Igual A 1,17	Mayor O Igual A 1,17	CUMPLIDO
			22	Cumplimiento De PAMEC	90%	90%	CUMPLIDO
			23	Realizar Seguimiento A Indicadores Definidos Y Socializar El Informe De Cumplimiento Con Una Periodicidad Trimestral	Cumplimiento De La Resolución 0256 Y Decreto 2193	Cumplimiento De La Resolución 0256 Y Decreto 2193	CUMPLIDO
			24	Implementación del plan de acción de Humanización	No Línea Base	90% de cumplimiento	CUMPLIDO
Mejorar La Competencia Y Compromiso Del Talento Humano De La Ese	Talento Humano De Calidad Y Con Vocación De Servicio	Fortalecer La Gestión Estratégica Del Talento Humano	25	Fortalecer El Plan Institucional De Capacitación	No Línea Base	0,10% Del Presupuesto Asignado Para La Vigencia	CUMPLIDO
			26	Garantizar La Ejecución Del Plan Bienestar e incentivos	No Línea Base	0,30% Del Presupuesto Asignado Para La Vigencia	CUMPLIDO
			27	Realizar Convenio Con Institución De Educación Superior Para Prácticas Profesionales De Pregrado Y Posgrado En Salud	Convenio Con Instituciones Educativas	Convenio Con Instituciones Educativas	CUMPLIDO
Desarrollar Acciones Que Permitan Vincular Y Hacer Partícipe A Los Usuarios Y Grupos De Interés En El Ciclo De Gestión Del Hospital Del Sarare	De La Mano Con La Comunidad	Fortalecer Las Políticas De Participación Ciudadana, Servicio Al Ciudadano Y Transparencia Y Acceso A La	28	Formular Y Aprobar El Plan Anticorrupción Y De Atención Al Ciudadano, De Acuerdo A Los Lineamientos De Las Políticas Del MIPG	Plan Anticorrupción 2023	Plan Anticorrupción 2024	CUMPLIDO



		Información					
Incentivar, Promover, Gestionar E Implementar Prácticas Seguras De La Atención En Salud Que Mejoren La Calidad Del Servicio. Mejorar La Gestión De Riesgo Institucional Que Permita A La Entidad Lograr El Desarrollo Integral De Los Procesos	Respuesta A Emergencia	Formular y ejecutar planes de Contingencia que permitan al Hospital del Sarare, dar respuesta efectiva a las emergencias que puedan generarse en el periodo del plan..	29	Diseñar El Plan De Contingencia Hospitalario Para La Atención De Emergencias Y Eventos Pandémicos	Plan De Emergencias Hospitalario	Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO
			30	Implementar El Plan De Contingencia Hospitalario Para La Atención De Emergencias Y Eventos Pandémicos		Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO

Fuente: Planeación / Informe Plan de gestión 2024

Resultado del indicador:

Porcentaje de cumplimiento del Plan Operativo 2024 del Plan De Gestión Gerencial 2024 – 2027.

(Número de Metas del Plan Operativo 2024 cumplidas en la vigencia / Numero de Metas del Plan Operativo 2024 programadas para la vigencia) *100

Porcentaje de cumplimiento del Plan Operativo 2024: $(28/29) * 100 = 96.55\%$

De acuerdo al plan operativo anual correspondiente a la vigencia 2024 se observa un cumplimiento del 96.55% de las metas programadas.

Tabla 16. Resultado del indicador 3

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	≥0,9	0,9655	5	0,10	0,5

6.2 Indicadores Financiera y Administrativa

Imagen 8. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 1

INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

4	Nivel I, II y III con categorización de riesgo medio o alto	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizados en Riesgo medio o alto
---	---	----------------------------	--	--	---

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

Análisis del indicador:

El riesgo fiscal y financiero es una herramienta clave para evaluar la salud económica y la capacidad de nuestra entidad para manejar sus obligaciones financieras y tener una visión clara a la hora de la toma de decisiones. De acuerdo a lo anterior y de conformidad con la Resolución 980 del 30 de mayo de 2023 de Ministerio de Salud y Protección Social, Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2024 y se dictan otras disposiciones.



evolucionamos pensando en usted

Resultado del indicador:

Imagen 9. Resultado SIHO

8173600067 - HOSPITAL DEL SARARE ESE DE SARAVERA - (ARAUCA)

CATEGORIZACION DEL RIESGO		Calificación
Año	Resolución	
Año 2024	Resolución 988 (con información cierre año 2023)	Sin riesgo
Año 2023	Resolución 851 (con información cierre año 2022)	Sin riesgo
Año 2022	No se aplicó porque la Resolución 855 estuvo vigente hasta el 30 de Junio de 2022.	No aplica
Año 2021	Suspendida por Artículo 5 Resolución 856 "hasta el término de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2020	Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el término de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2019	Resolución 1242 (con información cierre año 2018)	Sin riesgo
Año 2018	Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Sin riesgo
Año 2017	Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016	Resolución 2194 (con información cierre año 2015)	Sin riesgo
Año 2015	Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Riesgo alto
Año 2014	Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Riesgo alto
Año 2013	Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Riesgo alto
Año 2012	Resolución 2508 (con información cierre año 2011)	Riesgo alta

Fuente: SIHO 2193

Se categoriza al Hospital del Sarare SIN RIESGO, a esto se anexa pantallazo como evidencia y la fuente en que fue tomada de dicha clasificación.

Tabla 17. Resultado del indicador 4

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
4	Nivel I, II y III	Riesgo Fiscal y Financiero	Sin riesgo	Sin riesgo	5	0,05	0,25



INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

Imagen 10. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 5

Área de gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
A	B	C	D	E	F	G
	5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	$\frac{\{(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de la evaluación} / \text{Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación}) / (\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación} / \text{Número UVR producidas en la vigencia anterior})\}}{1}$	< 0,90	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

Análisis del indicador:

INDICADOR No 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA			
Gasto de Funcionamiento + Gasto Operación Comercial y Prestación de Servicios Comprometidos 2024/Numero de UVR producidas 2024	91.419.364.483,00	17.595,64	
	5.195.568,20		1,04
Gasto de Funcionamiento + Gasto Comercial y Prestación de Servicios comprometidos 2023/Numero de UVR producidas 2023	76.677.301.719	16.883,79	
	4.541.473		

Fuente: SIHO 2193

El estándar del indicador definido en la Resolución 408 del 2018 Ministerio de salud y protección social es de $< 0,90$.

El indicador comprende los gastos de funcionamiento y operación comercial con respecto a las unidades de valor relativo producidas en la vigencia evaluada con respecto a la vigencia inmediatamente anterior.

Para el Hospital del Sarare ESE en la vigencia 2024 la evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) producida fue de 1.04, encontrándose por encima de la meta establecida por el Ministerio de la Protección Social que es de MENOR O IGUAL 0.90.

Al realizar comparativo entre vigencias se identifica; en la vigencia 2023 fue de 1.01, en la vigencia a reportar que es 2024 es de 1.04, lo que evidencia un leve aumento en la eficiencia de producción en UVR.

De acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 408 de 2018, si el indicador arroja un valor entre 1, 0 y 1,10 se obtiene una calificación de 1, por lo cual UVR de 1.04 corresponde a 1 punto de calificación.

Resultado del indicador:

Tabla 18. Resultado del indicador 5

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	$< 0,9$	1,04	1	0,06	0,06



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

Imagen 11. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 6

6	Nivel I, II y III	<p>Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos:</p> <p>a) Compras conjuntas</p> <p>b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado</p> <p>c) Compras a través de mecanismos electrónicos</p>	<p>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 ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada</p>	<p>≥ 0,7</p>	<p>Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b) y c); 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra 3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada 4. Aplicación de la fórmula del indicador
---	-------------------	--	---	--------------	--

Fuente: Resolución 408 del 2018 de Minsalud

Análisis del indicador:

La ESE Hospital del Sarare realizó la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico de acuerdo al Manual de contratación (Aprobado mediante acuerdo de Junta Directiva No 222 del 2020, actualizado mediante acuerdo No 23 del 27 de diciembre del 2024).

La ESE durante la vigencia 2024 no realizó contratación mediante mecanismos de compra conjuntas, compras a través de cooperativas de ESE ni compras a través de mecanismos electrónicos para adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico a diciembre 31 de 2024.

evolucionamos pensando en usted

El indicador se encuentra en 0, puesto que el Hospital del Sarare por su amplia cobertura de usuarios requiere realizar sus adquisiciones directamente con grandes distribuidores, lo que permite realizar las compras a mejor precio que utilizando las compras conjuntas o a través de cooperativas.

Imagen 12. Certificación Revisor Fiscal

Jorge Alberto Posada Barris
C. C. 1.234.567.890
CALLE 10 No. 20-70 CAROLINA
SUCRE - ARAUCA
TEL. 06078821112

EL SUPERVISOR FISCAL CERTIFICA QUE:

INDICADOR	FORMULA	VALOR
INDICADOR 6. PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRONICOS POR EL AÑO 2004.	a) Compras conjuntas en	0
	b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado	0
	c) Compras a través de mecanismos electrónicos	0
	TOTAL DE adquisiciones en la ESE por medicamentos y material medico quirurgico en la vigencia 2004	0.000.004.874
INDICADOR	FORMULA	VALOR
Proporción de medicamentos y material medico quirurgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas b) Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos	0.000.004.874	0


JORGE ALBERTO POSADA BARRIS
 Revisor Fiscal
 T. P. 12345-1

Calle 10 No. 20-70 Carolina
 Tel. 0607882112 Fax. 0607212
 Sucre - Arauca
 E-mail: Supersalud@psnara.gov.co

Fuente: Certificación revisor Fiscal ESE Hospital del Sarare

Anexo 1 Certificación de revisor fiscal Indicador 6

Resultado del indicador:

Tabla 19. Resultado del indicador 6

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado) Compras a través de mecanismos electrónicos.	≥0,7	0,00	0	0,05	0

INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.

Imagen 13. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 7

DETALLE DEL INDICADOR						
7	Nivel I, II y III	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	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 del personal de planta y por concepto de contratación de	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador	

Fuente: Resolución 408 del 2018 de Minsalud

Análisis del indicador:

La verificación del indicador es realizada por el Revisor Fiscal de la ESE Hospital del Sarare, quien de acuerdo a la información revisada emite la certificación.

Basado en la certificación se obtiene un resultado de -0.03, ya que la vigencia evaluada 2024 registra deuda y la variación interanual es negativa. Lo cual indica la calificación de 3.

Se adjunta al presente informe la certificación.

Imagen 14. Certificación Revisor Fiscal

CONCEPTO MAYOR A 30 DÍAS	VIGENCIA 2023	VIGENCIA 2024
Deuda Salarios de planta	5.409.761	10.967.216
Contratación de servicios	55.496.693	2.979.000
TOTAL	60.906.454	13.946.216

Contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda > a 30 días por concepto de salarios del personal de planta de personal y contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de 2024	0,3
	(Valor de la deuda > a 30 días por concepto de salarios del personal de planta de personal y contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de 2024) Menos (Valor de la deuda > a 30 días por concepto de salarios del personal de planta de personal y contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de 2023)	


JORGE ALBERTO POSADA BARRIOS
 Revisor Fiscal
 T.P 73352-T

Cra. 16 No. 26-70 Centro

Fuente: Certificación revisor Fiscal ESE Hospital del Sarare

Anexo 2. Certificado de revisor Fiscal

evolucionamos pensando en usted

Resultado del indicador:

Tabla 20. Resultado del indicador 7

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
7	Nivel I, II y III	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.	Cero (0) o variación negativa	-0,30	3	0,06	0,18

INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES –RIPS

Imagen 15. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 8

8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS	<p>vigencia anterior)</p> <p>Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población captada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios</p>	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las Actas de sesión de la Junta Directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe
---	-------------------	--	---	---	--

Fuente: Resolución 408 del 2018 de Minsalud

Análisis del indicador:

El Hospital del Sarare ESE realiza de manera periódica el análisis de la prestación de servicios de la institución, el cual es presentado trimestralmente ante la Junta directiva mediante el informe de RIPS, que contiene:

El objetivo del informes es recopilar y analizar la información generada por los RIPS para la prestación de los servicios por las diferentes áreas de atención como requerimiento del plan de gestión 2024 de acuerdo a resolución 408 de 2018.

El informe contiene:

- Personas atendidas por ciclo de vida
- Personas atendidas por procedencia
- Frecuencia de atención por EAPB
- Caracterización sociodemográfica
- Frecuencia de Atención ambulatoria
- Frecuencia de atención mediana complejidad
- Primeras causas por servicio
- Estadísticas vitales nacimientos
- Estadísticas vitales defunciones
- Comportamiento de eventos de interés en salud pública
- Conclusiones y recomendaciones

Suscripción de actas de Junta directiva en las que se realizó revisión de los informes RIPS de cada trimestre:

Tabla 21. Actas de Junta Directiva RIPS 2024

Acta de Junta Directiva	Informe	% Cumplimiento
Acta No 005 del 30 de mayo 2024	Primer trimestre 2024	25
Acta No 009 del 30 de septiembre 2024	Segundo trimestre 2024	25
Acta No 014 del 27 de diciembre 2024	Tercer trimestre 2024	25
Acta No 001 del 27 de febrero del 2025	Cuarto Trimestre 2024	25
TOTAL		100%

evolucionamos pensando en usted

Ministerio de la Protección Social
 Departamento de Arauca

Fuente: Archivo físico de Actas Junta Directiva de la ESE Hospital del Sarare vigencia 2024 y 2025.

Imagen 16. Acta de Junta No 005 del 2024

Imagen 17. Acta de Junta No 009 del 2024



Fuente: Acta de Junta No 005 del 2024

Fuente: Acta de Junta No 009 del 2024

Imagen 18. Acta de Junta No 014 del 2025

Imagen 19. Acta de Junta No 001 del 2025



Fuente: Acta de Junta No 014 del 2024

Fuente: Acta de Junta No 001 del 2025



Resultado del indicador:

Tabla 22. Resultado del indicador 8

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS	100%	100%	5	0,06	0,3

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO.

Imagen 20. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 9

9	Nivel I, II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores)	≥ 1	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
---	-------------------	---	---	-----	---

Fuente: Resolución 408 del 2018 de Minsalud

Análisis del indicador:

El indicador evidencia la relación entre el Total de Recaudo y los Gastos Comprometidos durante la vigencia 2024, arrojando un resultado 1,01 lo cual evidencia la responsabilidad de la administración de responder por los pagos de sus compromisos adquiridos. En vigencia evaluada la entidad contó con un peso para responder por cada peso que adeuda, sin tener en cuenta su cartera.

Es un buen indicador, que refleja el compromiso de la administración en dar continuidad y afinar los esfuerzos necesarios en todos los niveles de la

organización, de manera que se mantengan el resultado del indicador dentro del estándar esperado.

Resultado del indicador:

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO		
Valor de la Ejecución de Ingresos Totales con el Recaudos en la Vigencia 2024, incluyendo CXC Vigencia Anteriores	117.903.632.138,00	
Valor de la Ejecución de Gastos Comprometidos en la Vigencia 2024, incluyendo CXP de Vigencia Anteriores	116.518.740.911,00	1,01

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO

En siguiente imagen se evidencia la ficha técnica tomada de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, Basado en el reporte de información presupuestal a corte 31 de diciembre del 2024 reportada en WEB SIHO el hospital cumple con la meta obteniendo como resultado de la vigencia evaluada de 1.01.

Imagen 21. Reporte SIHO

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA				
VARIABLE	2021	2022	2023	2024
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,48	1,38	1,39	1,55
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,03	1,08	1	1,01
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,25	1,21	1,31	1,37
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,76	0,88	0,9	0,79
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	18.951,37	18.179,69	21.349,17	23.583,29
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	16.397,75	16.717,07	16.883,79	17.595,64
Gasto de personal por UVR (\$)	10.353,83	11.616,29	11.764,38	10.817,71

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO.



Tabla 23. Resultado del indicador 9

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
9	Nivel I, II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	≥1	1,01	5	0,06	0,3

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.

Imagen 22. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 10

10	Nivel I, II y III	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	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud
----	-------------------	--	--	---	------------------------------------

Fuente: Resolución 408 de 2018 de Minsalud

Análisis del indicador:

A continuación, se describen el estado de entrega de informes acorde a la circular Única de la Supersalud, con las respectivas observaciones de cumplimiento.

Tabla 24. Relación de informes circular Única Supersalud

NOMBRE DEL INFORME	PERIODICIDAD	FECHA DE CORTE	FECHA DE REPORTE	OBSERVACIONES
FP001 - Conjunto Completo de Estados Financieros y Revelaciones	Anual	dic-31	abr-10	SE CUMPLIO
FP002 - Certificación Estados Financieros	Anual	dic-31	abr-10	SE CUMPLIO



FP003 - Dictamen Revisor Fiscal	Anual	dic-31	abr-10	SE CUMPLIO
FT002 - Publicación Estados Financieros	Anual	dic-31	abr-10	SE CUMPLIO
FT004 - Detalle de Pasivos por Tercero	Trimestral	Marzo 31, junio 30, septiembre 30, diciembre 31	20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.	NO SE CUMPLIO
FT025 - Reporte de Facturación Radicada por IPS, Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud a entidades del aseguramiento en salud Mensual	Mensual	Último día de cada mes.	20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año (diciembre 31), el reporte se hará hasta el 20 de febrero del año siguiente.	
FT026 - Contratación	Trimestral	Marzo 31, junio 30, septiembre 30, diciembre 31	20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.	SE CUMPLIO
GT001 - Reporte de implementación del Código de Conducta y de Buen Gobierno (Aplica para IPS públicas grupos C1, C2, D1)	Anual	sep-30	oct-20	
GT003 - Rendición de cuentas	Anual	dic-31	abr-10	SE CUMPLIO
GT004 - Alianza o asociación de usuarios	Anual	dic-31	Febrero 20 o cuando exista una modificación.	



ST002 - Aplicación del PAMEC (No aplica para IPS Públicas Grupo D3)	Anual	dic-31	feb-28	
ST008 - Reclamaciones por Accidentes de Tránsito	Anual	dic-31	mar-30	
FT018 - Datos para el cálculo de la posición de Liquidez (Aplica para IPS públicas grupos B, C1, C2 y D1)	Mensual	Último día de cada mes.	20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.	

Resultado del indicador:

Debido a que no se realizó el reporte oportuno del 100% de informes el indicador genera calificación de 0. Le entidad generó planes de mejoramiento para evitar la materialización del riesgo de inoportunidad.

Tabla 25. Resultado del indicador 10

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
10	Nivel I, II y III	Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Presentado oportunamente	No se cumplió	0	0,06	0

INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO3, 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.

Imagen 23. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 11

11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento 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	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normalidad vigente de la vigencia objeto de evaluación	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social
----	-------------------	---	--	---	---

Fuente: Resolución 408 del 2018 de Minsalud

Análisis del indicador:

El indicador hace referencia a la oportunidad del reporte de informes Decreto 2193 del 2004, a continuación, se describen los informes presentados acorde a lo exigido en el Decreto 2193 del 20024 Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO), los cuales se entregaron en los planes establecidos por la UAESA.

Tabla 26. Relación de informes Trimestrales vigencia 2024

INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO3, 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.		
PERIODO DEL INFORME	FECHA DE ENTREGA	OPORTUNIDAD DE REPORTE
Informe 2193 primer trimestre 2024 (Enero-Marzo)	Mayo 31 de 2024	OPORTUNO
Informe 2193 primer trimestre 2024 (Abril-Junio)	Septiembre 02 de 2024	OPORTUNO

evolucionamos pensando en usted

		título 3, parte 5 del libro de Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y protección Social o la norma que la sustituya.					
--	--	--	--	--	--	--	--

6.3 Indicadores de gestión clínica o asistencial

INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN LA GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LAS GESTANTES.

Imagen 25. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 12

12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	Numero de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Numero total de historias clínicas adicionales de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0,6	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y certificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)
----	----------------	--	--	-------	--

Fuente: Resolución 408 del 2018 de Minsalud

Contextualización del indicador:

Introducción

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo constituyen una de las complicaciones más frecuentes a nivel mundial y son una causa principal de morbimortalidad tanto para la madre como para el bebé, especialmente en países con recursos limitados donde el acceso a servicios de control prenatal y asistencia

obstétrica es escaso. En estos países, particularmente en África, América Latina y El Caribe, las tasas de mortalidad materna y perinatal por esta causa son significativamente elevadas. La preeclampsia-eclampsia es una de las manifestaciones más graves y una de las principales preocupaciones. Estos trastornos se originan por una placentación anormal que lleva a una disfunción del endotelio materno y a una respuesta inflamatoria sistémica. La complejidad en el manejo radica en que su causa exacta es desconocida y en la variación de las definiciones y clasificaciones utilizadas.

Existen diferentes tipos de trastornos hipertensivos en el embarazo, incluyendo la hipertensión arterial crónica (presente antes o al inicio del embarazo), la preeclampsia (que puede ser leve o severa y aparece después de la semana 20 de gestación), la eclampsia (la aparición de convulsiones en una mujer con preeclampsia), la hipertensión crónica con preeclampsia agregada y la hipertensión gestacional (que se desarrolla durante el embarazo sin proteinuria). Una complicación severa de estos trastornos es el síndrome de HELLP, caracterizado por hemólisis (destrucción de glóbulos rojos), elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia (disminución de las plaquetas).

Para abordar este problema de salud pública, se han implementado modelos de atención como el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), que busca fortalecer el primer nivel de atención para ofrecer una atención integral, continua y con un enfoque familiar y comunitario. Además, instituciones como el Hospital del Sarare ESE han adoptado guías clínicas específicas para mejorar el diagnóstico oportuno, orientar el tratamiento adecuado, ofrecer educación a las pacientes y realizar la referencia a niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. El objetivo primordial de estas acciones es prevenir complicaciones graves y salvar la vida tanto de la madre como de su hijo.

Análisis del indicador:

Objetivo del informe

Presentación de resultados de evaluación de calidad de historias clínicas con aplicación de la guía de manejo específico para trastornos hipertensivos en gestantes adoptadas por el HOSPITAL DEL SARARE ESE bajo Resolución 221 del 15 de noviembre de 2021.



Objetivo de la guía

Diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hipertensivas del embarazo, orientar el tratamiento adecuado, ofrecer educación individual y referir al nivel de mayor Complejidad cuando se requiera para salvar la vida de la madre y su hijo.

Definiciones

- ✓ **ADHERENCIA:** Ceñirse o apegarse a un referente
- ✓ **INDICADORES DE GESTION:** Son expresiones cuantitativas de las variables que intervienen en un proceso, que permiten verificar o medir la cobertura de las demandas, la calidad de los satisfactores o productos y el impacto de la solución de la necesidad de la sociedad.
- ✓ **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 expícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos"

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.

Metodología aplicada

Para evaluar la adherencia a las guías de manejo específico para trastornos hipertensivos en gestantes, se seleccionaron las historias clínicas de las pacientes diagnosticadas con esta patología. Mediante listas de chequeo, se determinó el porcentaje de cumplimiento de los profesionales médicos y especialistas en el manejo de estos casos. Se recopilaron datos de las historias clínicas por trimestre, utilizando los códigos de diagnóstico de egreso, y se asignó a cada médico

responsable del servicio la tarea de aplicar las listas de chequeo, lo que permitió obtener resultados numéricos. Se consideraron criterios de inclusión y exclusión:

✓ **Criterio de inclusión:**

Todas gestantes con trastorno hipertensivo manejada por urgencia con embarazo mayor a 27 semanas.

✓ **Criterio de exclusión:**

- Trastorno hipertensivo menor de 27 semanas de gestación.
- Gestante manejada por consulta externa.

EVALUACIÓN DE APLICACIÓN ESPECÍFICO PARA GUÍA DE MANEJO HIPERTENSIÓN EN LA GESTACIÓN 2024

Definición y cuantificación de la muestra hipertensión en la gestación:

Para obtención de los datos a analizar en este indicador se utilizó muestreo aleatorio simple para poblaciones finitas que determinará el número de historias clínicas a analizar; En donde N = tamaño de la población, Z = nivel de confianza, P = probabilidad de éxito o proporción esperada, Q = probabilidad de fracaso, D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción).

Durante la vigencia 2024 presentaron 223 eventos de trastornos hipertensivos en gestantes: (casos totales o N), de los cuales al aplicar la fórmula de tamaño muestra se analizaron 123 de ellos (muestra o n).

N=223, n: 123

Nivel de confianza de 90% con margen de error 5,0% con probabilidad de ocurrencia 0.05

Papeles de trabajo

Margen: 5%

Nivel de confianza: 90%

Población: 223

Tamaño de muestra: 123

Ecuación Estadística para Proporciones poblacionales

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

- n= Tamaño de la muestra
- Z= Nivel de confianza deseado
- p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)
- q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)
- e= Nivel de error dispuesto a cometer
- N= Tamaño de la población

123/4=31

Tabla 28. Lista de chequeo adherencia

N° ORDEN	VARIABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NA
1	¿Se registró en la historia clínica tensión arterial durante el control prenatal?			
2	Identificación de factores de riesgo			
3	¿Se realiza monitoreo fetal a paciente con trastorno hipertensivo?			
4	¿Registro del peso materno en historia clínica?			
5	Toma de tensión arterial al ingreso			
6	Se tiene en cuenta los signos premonitorio en paciente con trastornos hipertensivo			
7	En paciente con trastorno hipertensivo se indica control de tensión arterial cada 4 horas o menos			
8	Valoración por ginecología paciente con trastornos hipertensivo			



N° ORDE N	VARIABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NA
9	Se realiza perfil toxémico en paciente con pre eclampsia			
10	Se clasifica trastorno hipertensivo teniendo en cuenta criterio de severidad			
11	Según clasificación de trastorno hipertensivo manejo antihipertensivo según guía institucional			
12	Se da manejo conservador a gestante con embarazo menor de 34 semana según criterio de severidad			
13	Se realiza manejo con corticoide a paciente con embarazo menor de 34 semanas que cursan con pre eclampsia			
14	Se estabilizó tensión arterial a gestante con pre eclampsia con criterio de severidad antes de desembarazar			
15	Se hizo remisión oportuna en gestante con pre eclampsia con criterio de severidad en embarazos menor de 34 semanas			
16	Se inicia manejo con sulfato de magnesio en paciente con pre eclampsia con criterio de severidad			
17	Se hace manejo con dosis de impregnación de sulfato de acorde a guía institucional			
18	Se indicó manejo con sulfato de magnesio como anti convulsionante de primera elección en eclampsia			
19	Monitorización de paciente con sulfato magnesio (gasto urinario, tensión arterial, fcf aún está embarazada , Fc, fr, signos de intoxicación por sulfato)			
20	Paciente fue monitorizada en cuidados intermedio a quien se le indico manejo con sulfato de magnesio			
21	En caso de intoxicación por sulfato se realizó manejo oportuno según guía institucional			
22	En paciente con complicaciones de trastorno hipertensivo se realiza vigilancia estricta médica y paraclínica durante las 72 horas de puerperio según guía institucional			
23	Requirió UCI por complicación			

Criterios de evaluación:

1. Aplicación de la lista de chequeo
2. Sumatoria de los respondidos SI/NO
3. Excluir los respondidos NA
4. Hacer porcentaje de cumplimiento ($\sum \text{"SI"} / (\sum \text{"SI"} + \text{"NO"})$) *100
5. Aplicar la tabla de cumplimiento, a saber:

Tabla 29. Calificación

CALIFICACION	CRITERIO
≥ 90%	CUMPLE
80% a 89.99%	ALERTA
< 80%	NO CUMPLE

Resultados

En esta tabla se denota el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los 23 ítems evaluados, para efectos del indicador se tomarán todas las historias auditada.

Tabla 30. Porcentaje

USUARIO	% CUMPL						
1	91%	32	100%	63	100%	94	100%
2	100%	33	100%	64	100%	95	100%
3	100%	34	100%	65	100%	96	100%
4	100%	35	100%	66	100%	97	100%
5	100%	36	100%	67	100%	98	100%
6	100%	37	91%	68	100%	99	100%
7	100%	38	100%	69	100%	100	100%
8	100%	39	100%	70	90%	101	90%
9	100%	40	100%	71	91%	102	100%
10	100%	41	100%	72	100%	103	100%
11	100%	42	100%	73	100%	104	90%
12	90%	43	100%	74	100%	105	100%
13	100%	44	100%	75	100%	106	100%
14	100%	45	100%	76	100%	107	100%
15	100%	46	100%	77	100%	108	100%



evolucionamos pensando en usted

16	90%	47	100%	78	100%	109	100%
17	100%	48	100%	79	100%	110	100%
18	100%	49	100%	80	100%	111	100%
19	100%	50	100%	81	100%	112	100%
20	100%	51	100%	82	100%	113	100%
21	100%	52	100%	83	100%	114	100%
22	100%	53	100%	84	100%	115	100%
23	100%	54	100%	85	100%	116	100%
24	100%	55	100%	86	100%	117	100%
25	90%	56	100%	87	100%	118	100%
26	90%	57	100%	88	100%	119	100%
27	100%	58	100%	89	100%	120	100%
28	100%	59	100%	90	100%	121	100%
29	100%	60	100%	91	100%	122	100%
30	100%	61	100%	92	100%	123	100%
31	100%	62	100%	93	100%		

Fuente: Informe Institucional del indicador vigencia 2024 expedido por Gestión de la calidad

Resultado del indicador:

Formula del indicador (Resolución 408/2018) =

Numero de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación

número total de historias clínicas auditadas de muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor a 27 semanas atendidas en la ESE, con diagnóstico de trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación



evolucionamos pensando en usted

Aplicación Formula del indicador =

$$X = \frac{123}{123}$$

$$X = 100\%$$

Análisis del indicador

De 123 historias auditadas 123 cumplieron con la aplicación de la guía técnica de manejo de trastornos hipertensivos en la gestación. Lo que corresponde a 100%. Aquellas atenciones donde no se cumplió a cabalidad con lo especificado en la guía motivó la elaboración de plan de mejoramiento,

Análisis del resultado

Durante el 2024 en el Hospital de Sarare ESE se atendieron 223 paciente con trastorno hipertensivo en el embarazo por el servicio de urgencia, para el cumplimiento del indicador 13 de la resolución de 408 en la cual consiste en estricta aplicación de la guía de manejo para diagnóstico de trastornos hipertensivos en la gestación en pacientes con edad gestacional mayor a 27 semanas atendidas en la ESE, en la cual se auditaron 123 historia clínica, la muestra fue obtenida por la formula anteriormente descrita el tipo de muestra fue aleatoria acumulativa en la siguiente tabla se aprecia el número de historia clínica auditada por trimestre

Tabla 31. Resultados por trimestre

TRIMESTRE	TOTAL	MUESTRA
I	42	31
II	46	31
III	77	31
IV	58	31
TOTAL	223	123

Fuente: Informe Institucional del indicador vigencia 2024 expedido por Gestión de la calidad



Las historias clínicas fueron auditadas por referente médico del servicio de Gineco-obstetricia para darle cumplimiento a los indicadores de la resolución , por directriz gerencial , teniendo en cuenta la importancia del cumplimiento de este indicador ya que los trastorno hipertensivo en las gestantes hacen para del grupo de patología de emergencia obstétrica, y son una de las mayores complicaciones en el embarazo, teniendo como finalidad la reducción de morbilidad materna extrema y muerte perinatales.

Para el cumplimiento del indicador se crearon estrategia por la parte administrativa junto con la parte asistencial con la finalidad del cumplimiento de indicador las cuales fueron:

- Se realizó capacitaciones al personal médico que labora en el hospital del Sararé, en el servicio de maternidad ya que son médicos exclusivos del servicio
- Se realizan auditorias trimestrales a las historias clínicas de trastorno hipertensivo en el embarazo, teniendo en cuenta la muestra seleccionada.
- Asignación de médico responsable para el análisis del indicador y seguimiento de este.
- Compromiso de parte de gerencia, subgerencia y comité de historia clínica en supervisión de los indicadores, y verificación de su cumplimiento

En la siguiente imagen se grafica el cumplimiento del indicador 13 de la resolución 408 el cual fue del 99% con una meta del 80%.

Tabla 32. Resultados por trimestre

TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	META
I	98,4%	80%
II	99,7%	80%
III	99,4%	80%
III	99,3%	80%

Fuente: Informe Institucional del indicador vigencia 2024 expedido por Gestión de la calidad



Gráfico 2. Resultados por trimestre



Fuente: historias clínicas base de datos por diagnóstico de trastorno hipertensivo Hospital del Sarare ESE

Conclusión

En el Hospital del Sarare ESE, nuestra práctica clínica se centra en la disminución de complicaciones y morbilidad materna extrema por trastornos hipertensivos durante el embarazo. Reconociendo que esta es una complicación frecuente y una causa importante de morbilidad materna y perinatal, hemos implementado protocolos institucionales y capacitaciones continuas para el personal de salud involucrado en la atención de estas pacientes. Realizamos un seguimiento clínico riguroso a pacientes con alto riesgo, dada nuestra condición de hospital de II nivel de complejidad y centro de referencia departamental en Arauca, lo que implica una gran población de pacientes y gestantes con trastornos hipertensivos.

Nuestro enfoque principal radica en la detección temprana de factores de riesgo durante la primera consulta prenatal, incluyendo hábitos alimentarios y tóxicos, así como la identificación de tensiones arteriales elevadas para descartar hipertensión crónica y ofrecer un manejo inicial oportuno. También identificamos antecedentes

evolucionamos pensando en usted

personales o familiares de preeclampsia, un factor de riesgo fundamental, al igual que la primigestación o secundigesta.

La educación a las gestantes y sus familias es crucial para la identificación precoz de signos y síntomas relacionados con esta patología, facilitando su ingreso y tratamiento oportuno.

A nivel institucional, contamos con una lista de chequeo y promovemos la adherencia a la guía de manejo del trastorno hipertensivo en el embarazo. Esto nos permite evaluar la oportunidad en la detección y la adecuación del manejo, con el objetivo de mejorar la atención y reducir complicaciones, morbilidad materna y perinatal. Nuestro objetivo principal es diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hipertensivas del embarazo, ofreciendo educación individualizada a todas las gestantes que consultan por signos o síntomas de hipertensión relacionada con el embarazo, desde su ingreso hasta su egreso (ya sea estabilizada para manejo ambulatorio, después del parto o remitida a un nivel superior de atención), con el fin último de salvar la vida de la madre y su hijo.

Tabla 33. Resultado del indicador 12

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragia III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	≥0,8	0,99	5	0,07	0,35

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

Imagen 26. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 13

13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	$\geq 0,8$	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)
----	----------------	--	--	------------	---

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

Contextualización del indicador

Introducción

Desde tiempos ancestrales, el cuidado durante el parto ha evolucionado buscando experiencias más reconfortantes. Si bien técnicas como la psicoprofilaxis se enfocaron en mitigar el dolor, hoy la "humanización del parto" promovida por la OMS busca una experiencia positiva para la mujer, entendida como aquella que cumple o supera sus expectativas personales y socioculturales. Esto implica un ambiente seguro, apoyo continuo y personal capacitado. A pesar de la tendencia creciente a la medicalización, la OMS promueve prácticas que respeten la fisiología del parto y empoderen a la mujer en la toma de decisiones, incluso ante intervenciones médicas. Este enfoque integral, basado en derechos humanos, busca optimizar la salud y el bienestar de la madre y el bebé. En nuestro hospital, implementamos capacitaciones, apoyo psicológico y mejoras en recursos para brindar una atención segura y humanizada, reconociendo el impacto del nacimiento en el futuro de nuestra región.



Definiciones

Trabajo de parto:

La atención de parto comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de las mujeres en gestación y sus familias o acompañantes para el proceso fisiológico del parto.

El trabajo de parto Es el conjunto de fenómenos pasivo y activos que desencadenados al final de la gestación tiene como objetivo la expulsión de un producto viable, placenta y sus anexos a través del canal del parto. En su conjunto, se define como <una lucha entablada entre fuerza activa (contracciones uterinas y musculatura abdominal), que coinciden para hacer avanzar un móvil (feto por un camino determinado vía o canal del parto), y resistencia que dificultan su progresión.

Atenciones incluidas

- Admisión de gestante en trabajo de parto
- Atención del primer periodo del trabajo de parto
- Atención del expulsivo
- Atención del alumbramiento

Normas técnicas para atención de la gestante en trabajo de parto

Existen normas técnicas para la atención de gestante en trabajo de parto las cuales consisten:

ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO:

Si la gestante tuvo control prenatal, solicitar y analizar los datos del carné materno.

ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Identificación:

- ✓ Identificación, Motivo de consulta y anamnesis:
- ✓ Fecha probable del parto
- ✓ Iniciación de las contracciones
- ✓ Percepción de movimientos fetales
- ✓ Expulsión de tapón mucoso y ruptura de membranas.
- ✓ Sangrado.



evolucionamos pensando en usted

- ✓ Indagar por la presencia o ausencia de síntomas premonitorio de preeclamsia (cefalea, visión borrosa, tinnitus, fosfenos, epigastralgia, vómitos en iii trimestre)

ANTECEDENTES

- ✓ Personales: Patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos y farmacológicos. Familiares
- ✓ Fecha de ultima regla y fecha de ultimo parto
- ✓ Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas

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 del estado nutricional.
- ✓ Valoración obstétrica que incluye la frecuencia e intensidad de la actividad uterina, la posición, situación y estación del feto, frecuencia cardiaca fetal, la altura uterina, el número de fetos y la estimación del tamaño fetal.
- ✓ Valoración ginecológica que incluye la valoración de los genitales externos y la exploración genital incluyendo la especuloscopia y el tacto vaginal para evaluar sangrado, presencia del cordón umbilical, condiciones del cuello uterino (masas, maduración, dilatación y borramiento cervical), estado de las membranas

SOLICITUD DE EXÁMENES PARACLÍNICOS

- ✓ Prueba treponémica rápida, si el resultado de esta es positivo solicite VDRL o RPR.
- ✓ Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.
- ✓ Prueba para VIH (prueba rápida) en caso de no haberse realizado en el tercer trimestre.
- ✓ Gota gruesa en zona endémica de malaria.
- ✓ Hematocrito y hemoglobina.
- ✓ Antígeno de superficie de hepatitis B si no cuenta con tamizaje durante la consulta para el cuidado prenatal
- ✓ Uroanálisis si no hay un reporte reciente (menor a un mes)

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONES PATOLÓGICAS
En el Hospital del Sarare ESE según guía institucional se estratifica según la escala de Herrera y Hurtado

Imagen 27. Escala de riesgo Biopsicosocial prenatal

Cuadro 1
Escala de riesgo biopsicosocial prenatal

	Clasificación	Puntos
Historia reproductiva		
Edad	<18 años	1
	18-35 años	0
	>35 años	2
Fecundidad	5	1
	1-4	0
	>4	2
Cesárea previa		1
Preeclampsia o hipertensión		1
Abortos recurrentes o infertilidad		1
Hemorragia postparto o remoción		1
Menstrual de placenta		1
Peso del recién nacido	<2.500 g ó >4.000 g	1
Mortinidad fetal tercia o neonata temprana		1
Trabajo de parto anormal o dificultoso		1
Cirugía ginecológica previa		1
Embarazo actual		
Entrenamiento renal crónica		1
Diabetes gestacional		1
Diabetes pre-concepcional		1
Hemorragia	<20 semanas	1
	≥20 semanas	1
	(Hb <10 g/d)	1
	(≥42 semanas)	1
Anemia		1
Embarazo prolongado		1
Hipertensión arterial		1
Polihidramnios		1
Embarazo múltiple		1
Presentación de feto transversa		1
Epitocoria		1
Riesgo psicosocial		
Ansiedad severa		1
Soporte social familiar inadecuado		1

Fuente: Herrera et al.
 Ansiedad severa: tensión emocional, humor depresivo, síntomas neurovegetativos de angustia (dos o tres síntomas simultáneos).
 Soporte social familiar: grado de distorsión con el apoyo recibido por la familia y compañero en el embarazo en tiempo, espacio y dinero (dos o tres aspectos inadecuados).
 Alto riesgo biopsicosocial: ≥3 puntos.

Ahora bien, con todos estos datos y actividades realizadas en la fase de admisión deben permitir definir si la gestante se encuentra en verdadero trabajo de parto o si, por el contrario, se halla aún en el preparto. Se debe considerar la admisión de la gestante para la atención del parto cuando se cumplan los siguientes criterios:

- ✓ Dinámica uterina regular
- ✓ Borramiento cervical >50%
- ✓ Dilatación de 4 cm

En caso de presentar alguna condición que pone en riesgo la salud de la gestante o del niño, se debe remitir a la gestante al prestador complementario.

Valorar el riesgo obstétrico y las condiciones de acceso (distancia al domicilio, condiciones y disponibilidad de transporte, etc.), socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación, la



hospitalización de las pacientes que no cumplan con los criterios de admisión en el trabajo de parto. En caso de egreso se dan recomendaciones verbales y escritas signos de alarma para re consultar

Atención del primer periodo del parto (dilatación y borramiento).

Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración. Posteriormente, se procede a efectuar las siguientes medidas:

- Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución de Hartmann. Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del Recién Nacido.
- Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
- Iniciar el registro en el programa y si se encuentra en fase activa (Se adopta la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 6 y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica uterina regular), trazar la curva de alerta.
- Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el Partograma.
- Evaluar la fetocardia en reposo y pos contracción y registrarlas en el Partograma.
- Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Consignar en el Partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación.

Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal. Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos (tocofano) para el nacimiento. El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería.

La amniotomía no tiene indicación como maniobra habitual durante el trabajo de parto.

Cuando la curva de alerta registrada en el Partograma sea cruzada por la curva de progresión (prolongación anormal de la dilatación), debe hacerse un esfuerzo por encontrar y corregir el factor causante. Los factores causantes de distocia en el primer periodo del parto, pueden dividirse en dos grandes grupos:

- **Distocia mecánica:** en la mayoría de los casos hace referencia a la desproporción céfalo-pélvica. Si la gestante no progresa significativamente luego de la prueba de encajamiento y existe la sospecha de desproporción céfalo-pélvica, se indicará realización de cesárea
- **Distocia dinámica:** En este caso, los factores afectan el mecanismo de la contracción en presencia de una relación céfalo-pélvica adecuada. Los factores que se deben descartar son: Mal control del dolor, Hipodinamia uterina, Deshidratación e Infección amniótica. El tratamiento a instaurar deberá corregir el factor identificado. Si luego de aplicadas las medidas correctivas, no se logra progresión, se debe evaluar la capacidad resolutoria de la institución y en caso necesario remitir a un nivel de mayor complejidad.

Atención del segundo periodo del parto (expulsivo)

- Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.
- Periodo expulsivo activo, cuando el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa.

El descenso y posterior encajamiento de la presentación, son fenómenos relativamente tardíos en relación con la dilatación cervical; esta circunstancia es particularmente válida en las primíparas más que en las múltiparas. Por otro lado, estas últimas tienden a exhibir mayores velocidades de dilatación y descenso. Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante a fin de disminuir su ansiedad; así como la vigilancia estrecha de la fetocardia. Inicialmente es preciso evaluar el estado de las membranas, si se encuentran íntegras, se procede a la anatomía y al examen del líquido amniótico. El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en las contracciones. Si el líquido amniótico se encuentra mencionado y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si estas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico



evolucionamos pensando en usted

Actualmente no se indica la episiotomía de rutina y sólo debe practicarse a juicio del médico. La atención del recién nacido debe hacerse de acuerdo con la Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido. En caso de mortinato, remitir con la placenta a patología para estudio anatomopatológico

Una vez se da el nacimiento, se debe permitir inmediatamente el contacto piel a piel de la madre con el recién nacido. En los casos en que no esté indicado el pinzamiento inmediato se deberá realizar un pinzamiento tardío del cordón umbilical. Este se realizará tras constatar los siguientes criterios

- Interrupción del latido del cordón umbilical.
- Disminución de la ingurgitación de la vena umbilical. •
- Satisfactoria perfusión de la piel del recién nacido
- Realizarlo entre 2 y 3 minutos después del nacimiento.

Por otro lado, se adoptan las siguientes indicaciones para pinzamiento inmediato:

- Desprendimiento de placenta.
- Placenta previa.
- Ruptura uterina.
- Desgarro del cordón.
- Paro cardíaco materno.

Atención del alumbramiento

En este periodo se debe realizar lo que se ha denominado manejo activo del alumbramiento, que consiste en:

- Dentro de un minuto del nacimiento se palpa el abdomen para descartar la presencia de otro feto y se administra un medicamento uterotónico: o Administrar oxitocina 10 UI por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal. o Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos. o Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía



sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.

- Pinzamiento teniendo en cuenta los criterios presentados en la sección anterior.

Generalmente la placenta se desprende de la pared uterina y se expulsa de manera espontánea. La atención en este período comprende: Esperar a que se presenten los signos de desprendimiento de la placenta para traicionar el cordón. Estos signos son:

- Contracción del fondo uterino
- Formación del globo de seguridad.
- Expulsión súbita de sangre por genitales.
- Descenso de la pinza señal (descenso del cordón umbilical).
- Reparición de contracciones dolorosas.
- Palpación de la placenta en la vagina.
- Signo del pescador: tracción leve del cordón para valorar el descenso del fondo uterino si no ha ocurrido el desprendimiento.
- Signo del pistón: Tracción cefálica del segmento para valorar el ascenso del cordón cuando no ha ocurrido el desprendimiento.
- Tracción controlada del cordón
- Verificar cada 15 minutos que el útero esté contraído. Al visualizar la placenta, tomarla con las dos manos, realizar un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa (maniobra de Dublín). Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad) como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etcétera). También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos. Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal



evolucionamos pensando en usted

Durante los siguientes minutos luego del parto se producen la mayoría de las hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Signos vitales maternos.
- Globo de seguridad.
- Sangrado genital.
- Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas.

El médico que atiende el parto debe diligenciar la historia clínica materna y del recién nacido, el certificado de nacido vivo y el carné materno

Atención del puerperio inmediato.

Este período comprende las dos primeras horas postparto. Durante éste, se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Signos vitales maternos.
- Globo de seguridad.
- Sangrado genital.
- Episiotomía para descartar la formación de hematomas. Si no se producen alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda. En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutoria de la institución y si es necesario deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia.

Atención durante el puerperio mediano

Este período comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas postparto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este período, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato:

evolucionamos pensando en usted

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia, infección puerperal, taquicardia, fiebre, taquipnea, su involución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Deambulación temprana.
- Alimentación adecuada a la madre. Si no se han presentado complicaciones se puede dar de alta a la madre con su recién nacido.

Atención para la salida de la madre y su neonato.

En esta fase es preciso dar información a la madre sobre:

- Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido.
- Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito, diarrea. En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución.
- Importancia de la lactancia materna exclusiva
- Puericultura básica
- Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica de Atención para Planificación familiar en Hombres y Mujeres.
- Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento y desarrollo y vacunación.
- Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
- Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata. La gestante debe egresar con una cita médica ya establecida a fin de controlar el puerperio después de los primeros 7 días del parto.

Análisis del indicador:

Metodología aplicada

Para la revisión de la adherencia a las guías:

- ❖ Se evalúa las causas del año inmediatamente anterior a la medición (2023), siendo la Atención del parto la primera causa.
- ❖ Para la revisión de la adherencia a las guías -Manejo específico para atención del parto, se toman historias clínicas por nacimiento vía vaginal 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 historias clínicas con códigos de diagnóstico de egreso (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.

EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA. (ANALISIS DE ADHERENCIA A GUIA DE MANEJO ATENCION DEL PARTO)

Para el año 2023 de acuerdo al informe del perfil epidemiológico del Hospital del Sarare, ESE la primera causa de egreso o morbilidad atendida fue atención del parto vaginal.

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

Definición y cuantificación de la muestra de atención del parto

Para obtención de los datos a analizar en este indicador se utilizó muestreo aleatorio simple para poblaciones finitas que determinará el número de historias clínicas a analizar, En donde N = tamaño de la población, Z = nivel de confianza, P = probabilidad de éxito o proporción esperada, Q = probabilidad de fracaso, D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción).

Durante la vigencia de los IV trimestres 2024 se presentaron 915 atención de parto vaginales (casos totales o N), de los cuales al aplicar la fórmula de tamaño muestra se analizaron 209 historias clínicas (muestra o n).

evolucionamos pensando en usted

Papeles de trabajo

Margen: 5%

Nivel de confianza: 90%

Población: 915

Tamaño de muestra: **209**

210/4=52

Ecuación Estadística para Proporciones poblacionales

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza deseado

p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)

q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e= Nivel de error dispuesto a cometer

N= Tamaño de la población

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

Tabla 34. Lista de chequeo adherencia

N°	VARIABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NA
1	En la elaboración de historia clínica de ingreso en gestante en trabajo de parto se registra anamnesis completa según guía institucional			
2	Se registran los Antecedentes: Personales, ginecológicos y obstétricos			
3	se registra examen físico obstétrico completo según guía institucional			
4	se solicita y analiza el carnet de control prenatal al ingreso de gestante			
5	se registraron las pruebas realizadas durante el control prenatal			
6	en paciente que no se realizaron control prenatal se registra solicitud de pruebas rápidas de sífilis y vih			
7	se registra en la historia clínica factores de riesgo de gestante en trabajo de parto			
8	se solicita valoración por gineco-obstetricia a gestante en trabajo de parto con factores de riesgo o condiciones patológica			
9	se realiza monitoreo fetal como prueba de bienestar fetal al ingreso y durante trabajo de parto			
10	se administra dieta líquida clara en gestante en trabajo de parto			
11	¿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?			
12	Se evidencia en los registros clínicos orden médica de canalizar vena periférica y uso de soluciones cristaloides			



evolucionamos pensando en usted

13	en la historia clínica se evidencia registro de partograma cada hora en gestante en trabajo de parto fase activa			
14	Se evidencia registros clínicos de evaluación del estado de las membranas, si se encuentran íntegras, se procede a la anatomía y al examen del líquido			
15	se evidencia en la historia clínica protección activa de periné para evitar desgarros perineal			
16	se registra atención del recién nacido, tiempo de pinzamiento del cordón umbilical y contacto piel a piel materno fetal			
17	se evidencia registro médico en ordenes medica de infusión de oxitócica a dosis según guía institucional para evitar hemorragias posparto			
18	se evidencia el registro en la historia clínica la vigilancia de la hemostasia uterina en puerperio inmediato (las dos primeras horas posparto)			
19	durante el puerperio se realiza examen físico obstétrico completo para detección temprana de complicaciones según guía institucional			
20	en el momento de egreso se registra la información que se brinda a la paciente posparto sobre planificación familiar, recomendaciones y signos de alarma para re consultar			
21	se da orden médica a gestante posparto de cita control por médico general 7 días posparto			
22	Se revisa historia clínica si presentó o no complicaciones posparto			

Criterios de evaluación:

1. Aplicación de la lista de chequeo
2. Sumatoria de los respondidos SI/NO
3. Excluir los respondidos NA
4. Hacer porcentaje de cumplimiento $(\sum "SI" / (\sum "SI" + "NO")) * 100$
5. Aplicar la tabla de cumplimiento, a saber:

Tabla 35. Calificación

CALIFICACION	CRITERIO
≥ 90%	CUMPLE
80% a 89.99%	ALERTA
< 80%	NO CUMPLE



evaluamos pensando en usted

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS

En esta tabla se denota el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los 22 ítems evaluados, para efectos del indicador se tomarán todos aquellos que sean iguales o superiores al 80%.

Tabla 36. Porcentajes

USUARIO	% CUMPL						
1	100%	54	95%	107	100%	160	100%
2	100%	55	91%	108	100%	161	100%
3	100%	56	100%	109	100%	162	96%
4	96%	57	95%	110	100%	163	100%
5	100%	58	100%	111	100%	164	100%
6	100%	59	96%	112	96%	165	96%
7	100%	60	95%	113	100%	166	95%
8	100%	61	100%	114	100%	167	100%
9	100%	62	100%	115	100%	168	100%
10	100%	63	100%	116	100%	169	100%
11	100%	64	100%	117	100%	170	96%
12	100%	65	100%	118	96%	171	95%
13	100%	66	100%	119	100%	172	95%
14	100%	67	95%	120	100%	173	96%
15	100%	68	100%	121	100%	174	95%
16	100%	69	100%	122	96%	175	100%
17	100%	70	100%	123	96%	176	100%
18	100%	71	100%	124	100%	177	95%
19	100%	72	100%	125	100%	178	96%
20	100%	73	100%	126	100%	179	92%
21	100%	74	100%	127	96%	180	96%
22	100%	75	100%	128	92%	181	95%
23	100%	76	100%	129	96%	182	100%
24	100%	77	95%	130	100%	183	95%
25	100%	78	100%	131	96%	184	100%
26	100%	79	100%	132	96%	185	100%
27	100%	80	100%	133	96%	186	100%
28	100%	81	100%	134	100%	187	100%
29	100%	82	100%	135	100%	188	95%



evolucionamos pensando en usted

30	100%	83	100%	136	100%	189	95%
31	100%	84	100%	137	96%	190	95%
32	100%	85	100%	138	100%	191	95%
33	100%	86	100%	139	96%	192	95%
34	100%	87	100%	140	100%	193	95%
35	100%	88	100%	141	100%	194	100%
36	100%	89	96%	142	100%	195	100%
37	100%	90	100%	143	96%	196	100%
38	100%	91	100%	144	100%	197	95%
39	100%	92	100%	145	100%	198	100%
40	100%	93	100%	146	100%	199	95%
41	100%	94	100%	147	96%	200	100%
42	100%	95	100%	148	96%	201	95%
43	100%	96	100%	149	100%	202	100%
44	100%	97	100%	150	100%	203	100%
45	100%	98	100%	151	100%	204	100%
46	100%	99	100%	152	100%	205	95%
47	100%	100	100%	153	100%	206	100%
48	95%	101	95%	154	100%	207	95%
49	100%	102	100%	155	100%	208	100%
50	100%	103	100%	156	100%	209	95%
51	100%	104	100%	157	100%	210	90%
52	100%	105	100%	158	100%		
53	100%	106	100%	159	100%		

Resultado del indicador:

Formula del indicador (Resolución 408/2018) =

Numero de historias clinicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida (parto) en la vigencia objeto de evaluación

número total de historias clinicas auditadas de muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida (parto) en la vigencia objeto de evaluación

evolucionamos pensando en usted

Aplicación Formula del indicador =

$$X = \frac{210}{210} \times 100$$

$$X = 100\%$$

ANALISIS DEL INDICADOR

De las 210 historias auditadas 210 cumplieron con la aplicación de la guía técnica de manejo adoptada por el Hospital del Sarare ESE para el diagnóstico de primera causa de egreso hospitalario en este caso atención del parto Lo que corresponde a 100%. Aquellas atenciones donde no se cumplió a cabalidad con lo especificado en la guía motivó la elaboración de plan de mejoramiento

DATOS CONCLUSIVOS:

Durante el año 2024, el Hospital del Sarare registró un total de 1674 nacimientos. De estos, 915 correspondieron a partos por vía vaginal, de los cuales se tomó una muestra para la evaluación del indicador. El Hospital del Sarare alcanzó un cumplimiento del 100%, al demostrar que la totalidad de las HC muestrales, cumple con más del 80% de las actividades chequeadas:

Tabla 37. Trimestres porcentaje

TRIMESTRE	CUMPLI.	META
I	99,8%	80%
II	99,1%	80%
III	98,8%	80%
IV	97,3%	80%
Año 2024	98.78	80%

Fuente: Informe Institucional del indicador vigencia 2024 expedido por Gestión de la calidad

Sin embargo, al promediar las calificaciones de cada una de las 210 HC evaluadas, estas me dan un 98.7% de los ítems que pasan con cumplimiento.



Grafico 3. Cumplimiento



Metodología:

Para la evaluación del cumplimiento del indicador, se seleccionó una muestra aleatoria acumulativa de 210 historias clínicas de partos vaginales a lo largo del año, distribuidas trimestralmente según la siguiente tabla:

Tabla 38. Trimestres

TRIMESTRE	TOTAL	MUESTRA
I	232	53
II	201	53
III	239	53
IV	243	51
TOTAL	915	210

Fuente: Informe Institucional del indicador vigencia 2024 expedido por Gestión de la calidad

La selección de la muestra se realizó siguiendo la fórmula establecida (mencionar la fórmula brevemente o referenciarla si es un documento aparte).

Auditoría y Supervisión:

Las historias clínicas seleccionadas fueron auditadas trimestralmente por el Coordinador Médico del servicio de Ginecología y Obstetricia. Esta auditoría fue

implementada por directriz gerencial, como parte de los planes de mejora continua derivados de evaluaciones anteriores, con el objetivo de fortalecer el cumplimiento del indicador.

Estrategias Implementadas:

Para asegurar el cumplimiento y mejora continua del indicador, se implementaron las siguientes estrategias:

- **Capacitación del Personal:** Se realizaron capacitaciones dirigidas al personal médico, con especial énfasis en aquellos adscritos al servicio de maternidad (médicos exclusivos del servicio), con el fin de reforzar el conocimiento y aplicación de la guía de manejo del parto.
- **Auditorías Trimestrales:** Se realizaron auditorías trimestrales exhaustivas de las historias clínicas de atención del parto, basándose en la muestra seleccionada, para identificar áreas de mejora y asegurar la adherencia a la guía de manejo.
- **Compromiso Gerencial y del Comité de Historia Clínica:** Se contó con el compromiso activo de la gerencia, la subgerencia y el comité de historia clínica, quienes supervisaron el progreso del indicador, verificaron su cumplimiento y brindaron el apoyo necesario para la implementación de las estrategias.

Conclusiones:

El Hospital del Sarare demostró un sólido compromiso con la atención de calidad a las mujeres embarazadas y el bienestar de los recién nacidos, evidenciado por el cumplimiento del 100% del Indicador 13. Las estrategias implementadas, incluyendo la capacitación del personal, las auditorías trimestrales y el compromiso gerencial, fueron fundamentales para alcanzar este resultado. Este logro contribuye significativamente a la disminución de complicaciones maternas y fetales en la región araucana.

Recomendaciones:

- Mantener y fortalecer las estrategias implementadas.



evolucionamos pensando en usted

- Continuar con la capacitación y actualización del personal médico en la guía de manejo del parto.
- Realizar análisis de causa raíz de las desviaciones identificadas en las auditorías para implementar acciones correctivas efectivas.
- Seguir monitoreando el indicador y ajustando las estrategias según sea necesario para garantizar el cumplimiento continuo.

Tabla 39. Resultado del indicador 13

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	≥0,8	0,987	5	0,05	0,25

FUENTE DE INFORMACIÓN: INFORME DEL COMITÉ DE HISTORIA CLINICAS LA ESE.



INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMIA.

Imagen 28. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 14

14	Nivel I y II	Oportunidad en la realización de apendicectomía	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0,9	Informe de Sugerencia Científica de la ESE o quién haga sus veces que como mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica, aplicación de la fórmula del indicador
----	--------------	---	---	-------	--

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

Introducción

El concepto de abdomen agudo, ejemplificado principalmente por la apendicitis aguda, es una condición que requiere tratamiento quirúrgico de manera urgente. La apendicitis aguda es la causa más común de cirugía abdominal de emergencia. Si bien el diagnóstico puede ser desafiante debido a la variabilidad en la presentación clínica y la tendencia de los cirujanos a intervenir tempranamente para evitar la perforación (lo que a veces resulta en falsos positivos), la oportunidad de la intervención quirúrgica es crucial. Retrasos tanto en la llegada del paciente al hospital como en el diagnóstico y la realización de la cirugía se han identificado como factores de riesgo importantes para la perforación del apéndice. Esta demora puede llevar a un aumento en las complicaciones postquirúrgicas, la necesidad de reintervenciones y una mayor estancia hospitalaria. Por lo tanto, asegurar una intervención quirúrgica oportuna es fundamental para minimizar estos riesgos y mejorar los resultados para los pacientes con apendicitis aguda.

Definiciones

Apendicitis Aguda (AA): 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.

Evaluación del indicador

A. Criterios de inclusión:

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

B. Criterios de exclusión:

- Se excluyen todos los usuarios con apendicetomía, la cual fue realizada en forma profiláctica y no por presencia de apendicitis de cualquier tipo
- Se excluyen los pacientes con diagnóstico de apendicitis que por tratarse de "plastrón apendicular", es candidato a realización apendicetomía diferida ambulatoria, y teniendo en cuenta que en alguna gestante con apendicitis se da manejo conservador.

C. Factores evaluados

Para la medición del indicador hay que tomar fecha y hora del diagnóstico y fecha y hora de realización del procedimiento quirúrgico, el cual está registrado en la Historia Clínica electrónica

Diagnóstico de Apendicitis aguda: Para este parámetro se tiene en cuenta tres escenarios:

- Sospecha clínica, examen médico, que se confirma por Ecografía/Tomografía
- Sospecha clínica en el servicio de urgencias y confirmación clínica por parte del cirujano general



evolucionamos pensando en usted

- Hallazgo intraoperatorio incidental que se encuentre con apéndice en Fase I o mayor

Cabe anotar que hay numerosos casos en que la hora de diagnóstico no es precisa, porque en ronda médica se hace diagnóstico, se hace orden de pasar a cirugía, pero la nota médica queda en forma posterior, cuando la ronda del piso o del servicio de urgencias culmine, esto agrega minutos valiosos para la evaluación.

Para ello se hace búsqueda en las notas médica y de enfermería y se determina la de mayor precisión para la variable buscada.

- **Procedimiento quirúrgico:** Se toma como la hora en que el paciente entra a la sala de cirugía específica donde será intervenido, previo a la realización del acto anestésico
- **Diagnóstico de apendicitis:** Este solo se toma cuando haya sido registrado en la hoja de egresos. Cabe anotar que para apendicitis existe un intervalo en el CIE que los incluye. Ahora bien, se resalta que, a pesar del diagnóstico, se excluye el plastrón apendicular, porque la intervención quirúrgica se realiza en forma diferida en algunas ocasiones.

MEDICION DEL INDICADOR

Metodología:

- Área de información de la ESE del Sarare, mediante un reporte del sistema información de la institución (Dinámica Gerencial®), se sustrae una base de datos que contiene algunos de los datos del papel del trabajo. Estos datos son sustraídos del informe quirúrgico.
- El responsable de la medición con la identificación del usuario objeto de apendicetomía evalúa una por una cada historia clínica, verificando tanto el historial médico como el de enfermería.
- Mediante hoja de Excel, con estos 2 tiempos del indicador, se mide el intervalo en minutos del tiempo ocurrido entre el diagnóstico y el acto quirúrgico.

Papeles de trabajo

La hoja de cálculo de Excel, que contiene la base de datos y los tiempos buscados para la construcción del indicador, es diligenciada para cada uno de los usuarios producto del indicador.

Tabla 40. Tabla Papeles de trabajo

DOCUMENTO	SEXO	EDAD	FECHA Y HORA DE DIAGNÓSTICO	FECHA Y HORA DE CIRUGÍA	HALLAZGO QUIRÚRGICO	OPORTUNIDAD

Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2024

Resultado del indicador:

APLICACIÓN DE LA FORMULA DEL INDICADOR:

FORMULA INDICADOR A EVALUAR (INDICADOR 14 - RESOLUCIÓN 408/2018)

La fórmula del indicador exigida por la Resolución 408 del 2018, es: (para efectos de este informe se entiende el 100% de los casos para el año 2024:

$$\frac{\text{Numero de paciente con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se le realizo apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación}}{\text{Total, de paciente con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia del objeto de evaluación}}$$

APLICACIÓN DE LA FORMULA OPORTUNIDAD

$$= \frac{\text{usuarios que cumplen oportunidad de apendicectomía en menos de 6 horas del diagnóstico}}{\text{total usuarios con diagnóstico de apendicitis intervenidos quirúrgicamente}} \times 100$$

$$x = \frac{487}{523} \times 100$$

$$x = 93.1\%$$

Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2024

ANÁLISIS DEL INDICADOR

En el año 2024, el Hospital del Sarare egresó un número de **523** usuarios a quien se le hizo apendicetomía por concepto de apendicitis aguda. De estos, **487**

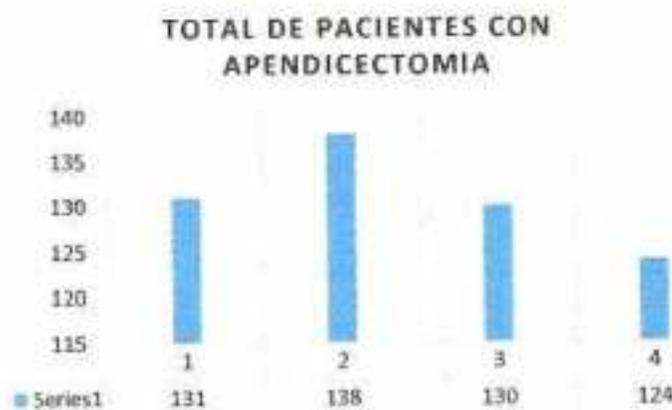
evolucionamos pensando en usted

cumplieron con la oportunidad del indicador, en las que no cumplieron se hizo plan de mejoramiento.

a. Perfil del comportamiento de apendicectomía en el Hospital del Sarare ESE

Por trimestre el comportamiento no es estadísticamente significativo, siendo:

Grafica 4. Total, del paciente con apendicectomía

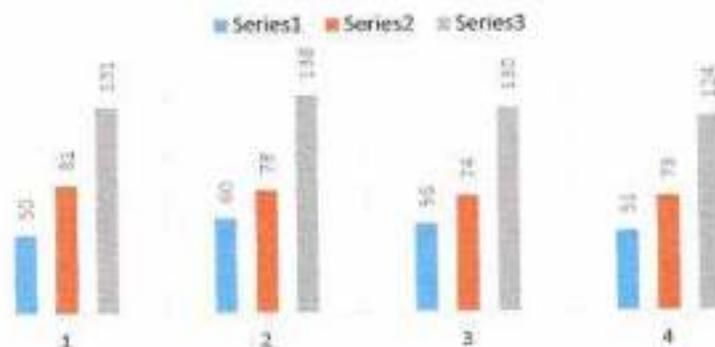


N= 523, n=487.

Fuente: historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2024

Grafica 5. Frecuencia según sexo

FRECUENCIA SEGÚN SEXO



N= 523, n=487.

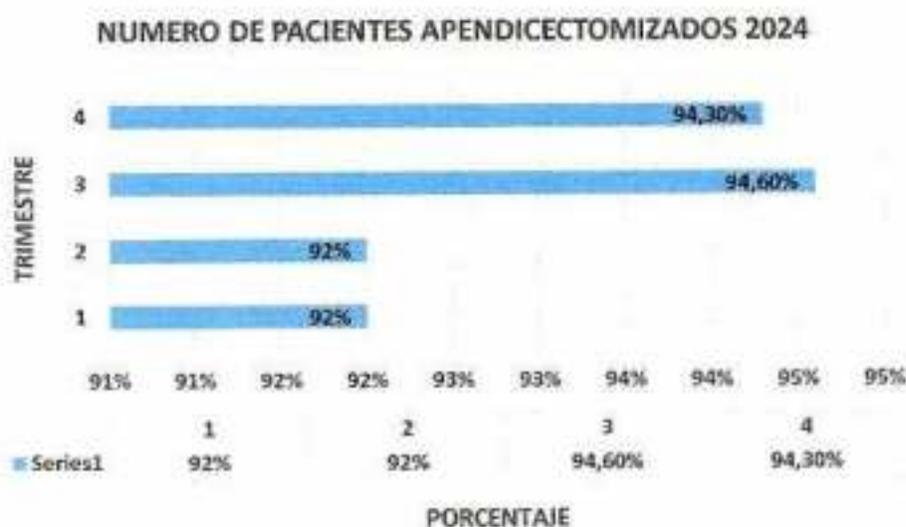
Fuente: historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2024

evolucionamos pensando en usted

ANALISIS DEL RESULTADO

La apendicitis se ha convertido en la enfermedad abdominal más común para los servicios de urgencias y para el cirujano general, de los **523** apendicectomizados corresponden a **306** de sexo masculino y **217** del sexo femenino, En el **primer trimestre** hubo un cumplimiento del **92%**, el **segundo trimestre** un cumplimiento del **92%**, el **tercer trimestre del 94.6%** y en el **cuarto trimestre de 94.3%**, la información que atañe a este indicador se observa una mejoría en el III y IV trimestre donde su porcentaje corresponde al más bajo de todo el año. Consideramos secundario a implementación de diagnóstico por CIE 10 por parte de los médicos generales en el servicio de urgencias correspondiente a Apendicitis y no a dolor abdominal en estudio con respecto al tiempo de procedimiento quirúrgico oportunos.

Grafica 6. Número de pacientes apendicectomizados 2024

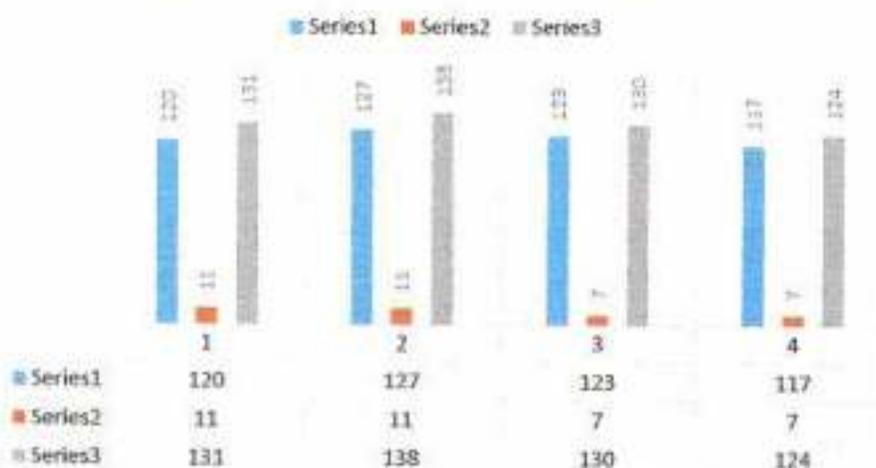


N= 523, n=487.

Fuente: historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2024

Grafica 7. Cumplimiento del indicador

CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR



N= 523, n=487.

Fuente: historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2024

DISCUSIÓN:

Al realizar el informe nos encontramos que aumento el número de pacientes apendicectomizados con respecto a los últimos tres últimos años evidenciándose un descenso en el cumplimiento de dicho indicador con respecto a los últimos tres años. Considero como principal factor es la rotación de médicos en el servicio de urgencias en el cual no ha sido posible mantener constante además de que se evidencian los más grandes ingresos en horas de la noche lo cual se pospone la intervención quirúrgica para el siguiente día lo cual aumenta los tiempos de oportunidad y por último con la implementación de colocar diagnóstico correspondiente por CIE 10 con la impresión diagnóstica por parte de medicina general.

Tabla 41. Resultados por trimestre

TABLA COMPARATIVA CUMPLIMIENTO	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TOTAL
2018	90%	94%	94%	91%	92,25%



evolucionamos pensando en usted

2019	91%	93%	89%	94%	91.75%
2020	93%	89%	95%	96%	93,25%
2021	96%	94%	95%	89%	93,50%
2022	92%	93%	90%	94%	92,25
2023	86%	85%	80%	89%	85%
2024	92%	92%	94.6%	94.3%	93.2%

N= 523, n=487.

Fuente: historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2024

INCONSISTENCIAS ENCONTRADAS:

Se encontraron varias causas que serán soporte de planes de acción de mejora para el año 2025, a saber:

1. No se realiza diagnóstico por CIE 10 de Apendicitis sino se mantiene el diagnóstico general de dolor abdominal.
2. Diagnósticos nocturnos lo cual genera un retraso en el procedimiento quirúrgico y con ello incumplimiento del indicador.
3. Se realiza el diagnóstico por CIE 10, esto hace que se vea afectada la oportunidad ya que el médico general obtiene por impresión clínica el diagnóstico.
4. Se evidencia el mayor requerimiento de imágenes diagnósticas (ecografía y TAC de abdomen) con tiempo extenso para la realización de la misma, retraso que genera demoras en el diagnóstico y el procedimiento quirúrgico.
5. La institución corresponde al centro de referencia del departamento de Arauca, esto hace que la demanda de pacientes con apendicitis aumente y sobre todo en el horario nocturno con el proceso de remisión con menor cantidad de personal en el horario que en el diurno.

Tabla 42. Resultado del indicador 14

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de apendicetomía.	≥0,9	0,931	5	0,05	0,25

FUENTE DE INFORMACIÓN: INFORME SUBGERENCIA CIENTIFICA DE LA ESE.

INDICADOR 15: NUMERO DE PACIENTES PEDIATRICOS CON NEUMONIA BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.

Imagen 29. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 15

15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	<p>Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación</p> <p>Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior</p>	Cero (0) o variación negativa	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente (3) que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador
----	----------------	---	--	-------------------------------	--

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

Contextualización del indicador

Introducción

El presente informe tiene como objetivo presentar el análisis del indicador de neumonías aspirativas en población pediátrica en el Hospital del Sarare ESE durante la vigencia 2024, con el fin de evaluar la incidencia y el impacto de esta enfermedad en la población atendida por esta institución de salud.

La neumonía por broncoaspiración es una infección pulmonar que ocurre cuando alimentos, líquidos, secreciones u otros materiales extraños ingresan a las vías respiratorias y los pulmones en lugar de ser deglutidos correctamente hacia el esófago. Esta condición es especialmente peligrosa en pacientes hospitalizados y es considerada una infección asociada a los cuidados de la salud (IACS).

Se desarrolla con mayor frecuencia en personas con condiciones médicas preexistentes o que están recibiendo tratamiento médico, como aquellos con ventilación mecánica, sondas nasogástricas o en unidades de cuidados intensivos.

Conceptos clave

- **Atención en salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **Evento adverso:** Resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.
 - **Evento adverso prevenible:** Daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial.
 - **Evento adverso no prevenible:** Daño que se presenta a pesar del cumplimiento
- **IAAS:** Las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) son aquellas que afectan a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital.
- **Neumonía Asociada a los Cuidados de la Salud (NACS):** Es una categoría de neumonía que se identificó para diferenciarla de la neumonía adquirida en la comunidad y la neumonía intrahospitalaria. Se caracteriza por presentarse en pacientes que han tenido contacto reciente con el sistema de salud, como



evolucionamos pensando en usted

hospitalizaciones previas, residencia en centros de cuidados crónicos o medicina domiciliaria.

En el ámbito hospitalario, los principales factores de riesgo para la neumonía por broncoaspiración incluyen:

- **Ventilación mecánica.**
- **Alteración del estado de conciencia**
- **Sondas nasogástricas.**
- **Reflujo gastroesofágico.**

Para la definición de neumonía por broncoaspiración intrahospitalaria, se pueden considerar los siguientes criterios:

- **Historia clínica:** Presencia de un episodio documentado de aspiración.
- **Síntomas:** Tos productiva, fiebre, dificultad respiratoria, dolor torácico.
- **Examen físico:** Hallazgos como hipofonía y crepitaciones en la auscultación pulmonar.
- **Radiografía de tórax:** Presencia de infiltrados pulmonares.
- **Pruebas microbiológicas:** Cultivos de esputo o aspirado bronquial con identificación de patógenos.
- **Broncoscopia:** Para visualizar y extraer cuerpos extraños o evaluar la infección.

Para reducir el riesgo de neumonía por broncoaspiración dentro del programa de seguridad del paciente, se recomienda:

- **Evaluación de la deglución:** Detección temprana de problemas en pacientes en riesgo.
- **Posición adecuada durante la alimentación:** Mantener postura erguida para reducir aspiración.
- **Higiene bucal:** Reducción de bacterias en la cavidad oral.



evolucionamos pensando en usted

- **Entrenamiento del personal:** Capacitación en técnicas de alimentación seguras.
- **Uso de dispositivos de alimentación:** Implementación de sondas en pacientes de alto riesgo.
- **Monitoreo constante:** Identificación temprana de signos de neumonía aspirativa.
- **Vacunación:** Actualización de inmunización contra influenza y neumococo.
- **La evaluación de un paciente con movilidad reducida,** donde se valoran varios aspectos de la condición del paciente para determinar el grado de limitación en su capacidad de moverse

Las principales estrategias de prevención en el Hospital del Sarare incluyen:

- **Vigilancia en pacientes con ventilación mecánica:** Control de sedación y aspiración de secreciones.
- **Manejo adecuado de sondas de alimentación:** Monitoreo y mantenimiento de su posición correcta.
- **Mejorar la deglución:** Terapias de rehabilitación y dietas modificadas para pacientes con dificultad de deglución.

La neumonía por broncoaspiración es un problema significativo en el ámbito hospitalario, con alta incidencia en pacientes con factores de riesgo como ventilación mecánica, alteraciones de la deglución y sondas nasogástricas. La identificación temprana y la aplicación de medidas preventivas son fundamentales para reducir su impacto en la población pediátrica atendida en el Hospital del Sarare ESE.

Resultado del indicador:

Medición del indicador 15 según Resolución 408/2018.

Este indicador de calidad se revisó y se analizó mes a mes en el año 2024.



	<i>Número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen (IAAS) intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación.</i>
<i>Indicador =</i>	<i>Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación- Número de pacientes pediátricos con de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior</i>

El resultado obtenido en la tasa de neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario fue:

Resultado del Indicador

Indicador = $0/0=0$.

En conclusión, en el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre del 2024, tenemos un indicador de cero (0) eventos de neumonía broncoaspirativa pediátrica intrahospitalaria.

Este resultado se obtuvo mediante una vigilancia epidemiológica activa, prospectiva y permanente. Se llevó a cabo el seguimiento de los pacientes en el Hospital del Sarare ESE durante las rondas de seguridad del paciente y el programa de control de infecciones. Además, el programa promueve la cultura de seguridad, fortaleciendo la notificación del personal asistencial sobre la ocurrencia de eventos adversos.

El programa de seguridad del paciente analiza los eventos adversos mediante el modelo de gestión establecido en el Protocolo de Londres. Este análisis permite obtener herramientas de prevención de eventos adversos para el personal asistencial, según el plan de mejora de cada análisis.

La adherencia del personal asistencial a la adecuada caja de herramientas que posee el Hospital del Sarare ESE, que incluye capacitaciones continuas, manuales, guías, protocolos, procedimientos, etc., y la puesta en práctica de la guía técnica de buenas prácticas, es fundamental para mejorar la seguridad del paciente y por ende la disminución de las Neumonías asociadas al cuidado de la Salud.

Tabla 43. Resultado del indicador 15

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-espирativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Cero (0) o variación negativa	0,00	5	0,05	0,25

FUENTE DE INFORMACIÓN INFORME DEL REFERENTE O EQUIPO INSTITUCIONAL PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECIFICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICOS AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

Imagen 30. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 16

Gestión Clínica o Asistencial 40%	16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 0,9	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador (4)
-----------------------------------	----	----------------	--	---	-------	--

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud



INTRODUCCION.

La mejora en el manejo de eventos coronarios agudos ha incrementado la supervivencia y calidad de vida, gracias a estrategias como las unidades de dolor torácico, que buscan identificar factores de riesgo, agilizar la atención, mejorar el diagnóstico, asegurar la adherencia a guías, reducir costos y mejorar el pronóstico. Si bien hay datos de países desarrollados, la información latinoamericana es limitada, pese al aumento de la enfermedad coronaria. Estudios como CARMELA e INTERHEART resaltan la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en Latinoamérica. El registro GRACE confirma estos hallazgos y reporta las incidencias de diabetes, hipertensión, infarto previo, dislipidemia y tabaquismo. A nivel mundial, la cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte. En Colombia, la mortalidad por enfermedad coronaria persiste como la principal causa de fallecimiento, superando incluso a los homicidios. La intervención adecuada en la fase aguda del síndrome coronario agudo disminuye la progresión de la enfermedad y minimiza el daño cardíaco, impactando positivamente en la mortalidad y la calidad de vida. El diagnóstico y tratamiento precoz, así como la estratificación del riesgo, son cruciales para modificar el impacto del síndrome coronario agudo.

Variable a medir:

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

DEFINICIONES

-Infarto Agudo de Miocardio: El infarto Agudo 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 que ocasiona una deficiencia total de oxígeno a la región distal de su área de irrigación.

-Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios (Dec 1011/2006).

-Hora Dorada (Gold Hour): En caso de infarto de miocardio, los especialistas hablan de la hora de oro para referirse a los primeros sesenta minutos que siguen a los primeros síntomas, en los que si se consigue atender al paciente, la mortalidad se reduce considerablemente. Sin embargo, muchos pacientes suelen esperar



demasiado antes de llamar a los servicios de emergencia médicas, desperdiciando un tiempo vital.

-**Terapia Específica:** aquella en la que el tratamiento se dirige a la erradicación de uno o más de los agentes etiológicos o causantes de la enfermedad.

Evaluación del indicador

Para la evaluación de este indicador se tuvieron en cuenta diferentes variables:

Factores de inclusión

Todo paciente quien ingresa por el servicio de urgencia del hospital del Sarare que presente clínica de infarto agudo de miocardio.

Factores de exclusión

Se excluyen todos los pacientes que cumplen el criterio de síntomas de Síndrome Coronario Agudo y que se descarta por paraclínica el diagnóstico de infarto agudo de miocardio

Factores evaluados

El mejor tratamiento del infarto agudo de miocardio es la **intervención coronaria percutánea primaria (ICPP)** siempre que se cumplan una serie de condiciones, entre las que destaca que el tiempo puerta-balón sea inferior a 90 minutos.

Siguiendo el indicador de la Resolución 408 del 2018, donde nos precisa "Terapia específica", no se es claro el alcance del mismo y basado en la "Guía de Práctica Clínica para el Síndrome Coronario Agudo | Tercera edición. 2017" del Ministerio de la Protección Social, el Hospital del Sarare hizo una división de dos escenarios para la aplicación de la Terapia específica, según su nivel de atención, a saber:

Tabla 44. Niveles de atención

NIVEL DE INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓN
NIVEL BÁSICO	TERAPIA FARMACOLÓGICA
NIVEL AVANZADA	TERAPIA DE REVASCULARIZACIÓN

Para efectos del seguimiento de la guía técnica y basados en el nivel de complejidad de los servicios habilitados, serán tomados como terapia específica, el nivel básico, el cual se incluye la terapia farmacológica que se realiza en el servicio de Urgencias de la ESE HOSPITAL DEL SARARE hasta las terapias fibrinolíticas, que aunque es requirente de una unidad de hemodinamia, se ejecuta con la responsabilidad que amerita, teniendo en cuenta los múltiples factores en pro o en contra (ventana fibrinolítica, contraindicaciones tanto absolutas como relativas, además del riesgo de la variable riesgo-beneficio de salvaguardar las complicaciones de este tipo de terapia).

De la guía de Práctica Clínica para el Síndrome Coronario Agudo | Tercera edición, 2017^o del Ministerio de la Protección Social, se sustrajo:

Tabla 45. Guía práctica clínica Síndrome Coronario Agudo

EVENTO	INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN
ASA desde la sala de urgencias	Se recomienda utilizar una dosis de mantenimiento de ASA entre 75 mg y 100 mg diarios después de la dosis de carga de 300mg en SCA.	Fuerte a favor.
Clopidogrel desde urgencias	Se recomienda administrar la dosis de carga de clopidogrel desde la sala de urgencias a todos los pacientes con síndrome coronario agudo con ST y a los pacientes con síndrome coronario agudo sin ST de riesgo moderado y alto que no sean candidatos a la utilización de prasugrel o ticagrelor.	Fuerte a favor.
Inhibidores de la bomba de protones y anti-agregación dual	Se recomienda administrar inhibidores de la bomba de protones a pacientes con alto riesgo de sangrado que estén siendo tratados con antiagregación dual con ASA y clopidogrel.	Fuerte a favor.
Uso de anticoagulación con Enoxaparina	Se recomienda el uso de anticoagulación con enoxaparina en lugar de heparinas no fraccionadas, en pacientes con SCA sin ST. En caso de no estar disponible la enoxaparina se puede administrar heparina no fraccionada.	Fuerte a favor.
Estatinas desde la sala de urgencias	Se recomienda administrar estatinas después de un síndrome coronario agudo en el servicio de urgencias	fuerte a favor



Ahora bien, como el indicador tácitamente anota el criterio de calidad: **OPORTUNIDAD**, entendiéndose este como: *"la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios"*, la filosofía del indicador, tendrá en su contenido una variable numérica, cronométrica, que nos demostrará en MINUTOS el intervalo tiempo de acceder a la terapia específica, siendo para nuestro nivel el de la Terapia Farmacológica, siendo cumplidora toda aquella que sea menos o igual a 60 minutos

Por lo que la formula subbase de construcción será:

$$X = \text{Hora la aplicación de medicación por parte de enfermería} - \text{Hora de Dx de IAM por parte del Médico}$$

Papeles de trabajo:

Para la construcción de este indicador, se tomó en cuenta, de la lista de chequeo de la adherencia a la guía de atención al paciente con IAM, tomándose para la construcción del actual indicador los títulos indicativos a la terapia farmacológica propia de la guía:

Lista de chequeo

Tabla 46. ADHERENCIA A GUÍA DE ATENCIÓN Y OPORTUNIDAD DE INICIO TERAPIA ESPECÍFICA

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

PTE FUE VISTO ANTES DE LOS 60 MIN.		SE TOMARON ENZIMAS CARDIACAS.	
TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL		FUE VALORADO POR ESPECIALISTA	
SE TOMO UN EKG ANTES DE LOS 60 MIN.		RECIBIÓ MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	



evolucionamos pensando en usted

SE LE ADMINISTRO ASA AL INGRESO		SE ADMINISTRO TROMBOLISIS SEGÚN INDICACIÓN	
SE LE ADMINISTRO ANTICOAGULANTES SEGÚN INDICACIÓN		SE LE ADMINISTRO ESTATINAS	
SE LE ADMINISTRO INH BOMBA PROTONES		FUE REMITIDO A NIVEL SUPERIOR	

C: CUMPLE, NC: No cumple; NA: No aplica

BASE DE DATOS

FUENTE: Historias clínicas de usuarios atendidos en la vigencia 2024 con diagnóstico de infarto agudo de miocardio

Tabla 47. RESUMEN PAPELES DE TRABAJO

USUARIO	% CUM	CUMPLE?	USUARIO	% CUM	CUMPLE?	USUARIO	% CUM	CUMPLE?
1	83%	NO	44	92%	SI	86	100%	SI
2	92%	SI	45	92%	SI	87	100%	SI
3	100%	SI	46	92%	SI	88	100%	SI
4	92%	SI	47	100%	SI	89	100%	SI
5	100%	SI	48	100%	SI	90	100%	SI
6	100%	SI	49	100%	SI	91	91%	SI
7	100%	SI	50	100%	SI	92	100%	SI
8	100%	SI	51	92%	SI	93	92%	SI
9	100%	SI	52	100%	SI	94	100%	SI
10	83%	NO	53	100%	SI	95	100%	SI
11	100%	SI	54	100%	SI	96	91%	SI
12	100%	SI	55	92%	SI	97	100%	SI
13	100%	SI	56	100%	SI	98	92%	SI
14	100%	SI	57	100%	SI	99	100%	SI
15	100%	SI	58	100%	SI	100	100%	SI
16	100%	SI	59	100%	SI	101	100%	SI
17	83%	NO	60	100%	SI	102	100%	SI
18	100%	SI	61	100%	SI	103	100%	SI
19	100%	SI	62	100%	SI	104	100%	SI
20	100%	SI	63	100%	SI	105	100%	SI



evolucionamos pensando en usted

21	100%	SI	64	100%	SI	106	100%	SI
22	92%	SI	65	100%	SI	107	100%	SI
23	100%	SI	66	100%	SI	108	100%	SI
24	92%	SI	67	100%	SI	109	92%	SI
25	100%	SI	68	100%	SI	110	100%	SI
26	92%	SI	69	100%	SI	111	100%	SI
27	100%	SI	70	100%	SI	112	100%	SI
28	100%	SI	71	92%	SI	113	100%	SI
29	100%	SI	72	100%	SI	114	100%	SI
30	100%	SI	73	100%	SI	115	100%	SI
31	100%	SI	74	100%	SI	116	200%	SI
32	100%	SI	75	100%	SI	117	300%	SI
33	100%	SI	76	100%	SI	118	400%	SI
34	100%	SI	77	100%	SI	119	500%	SI
35	91%	SI	78	100%	SI	120	600%	SI
36	100%	SI	79	100%	SI	121	700%	SI
37	90%	NO	80	100%	SI	122	800%	SI
38	100%	SI	81	100%	SI	123	900%	SI
39	100%	SI	82	100%	SI	124	1000%	SI
40	100%	SI	83	100%	SI	125	1100%	SI
41	92%	SI	84	100%	SI	126	1200%	SI
42	100%	SI	85	92%	SI	127	1300%	SI
43	100%	SI						

APLICACIÓN DE FORMULAS

- FORMULA INTERNA DE OPORTUNIDAD

$X =$ Hora la aplicación de medicación por parte de enfermería - Hora de Dx de IAM por parte del Medico



FORMULA DEL INDICADOR (RESOLUCION 408/2018)

Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico de la vigencia objeto de la evaluación

Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación

APLICACIÓN DE LA FORMULA DE INDICADOR DE OPORTUNIDAD

$$x = \frac{123}{127} = 96.85\%$$

Fuente: historia clínica, bases de datos diagnósticos de egreso de infarto agudo de miocardio 2024.

ANÁLISIS DEL INDICADOR

De los 127 pacientes que ingresaron por el servicio de urgencia de la ESE HOSPITAL DEL SARARE correspondientes al año 2024, 123 cumplieron con la lista de chequeo con más del 90%. Esto indica que hay cumplimiento explícito del indicador con la meta que exige la norma.

ANÁLISIS DEL RESULTADO

De los 127 casos de IAM, vistos en el Hospital del Sarare ESE durante el 2024, el 123 de los pacientes atendidos cumplieron con el indicador por encima del 90% en la oportunidad de atención. Se resalta la importancia del cumplimiento de este indicador ya que por medio de este podemos disminuir la tasa de mortalidad de esta patología.

Durante el año 2024, en los diferentes comités, se hizo análisis de cada uno de los 13 ítem evaluados y se generaron estrategias que fueron suficientemente efectivas. Sin embargo, hay un ítem que aún debe trabajarse con más ahínco, a saber:

Tabla 48. Análisis

ACTIVIDAD	%
PTE FUE VISTO ANTES DE LOS 60 MIN.	100%
TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL	100%



evolucionamos pensando en *usted*

SE TOMO UN EKG ANTES DE LOS 60 MIN.	100%
SE LE ADMINISTRO ASA/CLOPIDROGEL AL INGRESO	79%
SE LE ADMINISTRO ASA/CLOPIDROGEL DIARIA	100%
SE LE ADMINISTRO ANTICOAGULANTES SEGÚN INDICACIÓN	100%
SE LE ADMINISTRO INH BOMBA PROTONES	98%
SE TOMARON ENZIMAS CARDIACAS.	96%
FUE VALORADO POR ESPECIALISTA	100%
RECIBIÓ MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	100%
SE ADMINISTRO TROMBOLISIS SEGÚN INDICACIÓN	100%
SE LE ADMINISTRO ESTATINAS	100%
FUE REMITIDO A NIVEL SUPERIOR	100%

Es importante anotar que la evaluación de cada ítem en forma individual nos muestra las debilidades y que hacen que baje el indicador del 100%, pero es posible que no suficiente para que baje del 90% que hace que el paciente evaluado quede dentro del ámbito de "inoportunidad".

Como vemos todo es cuestión de oportunidad en los antiagregantes, que es posible que, Si se estén dando dentro de los términos, pero los registros no son exactos y la fórmula es muy estricta.

Los planes de mejora están en marcha, pero aún no con la eficiencia que se esperaría.



Tabla 49. Resultado del indicador 16

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación
16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	≥0,9	0,968	5	0,05	0,25

INDICADOR 17: ANALISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA > A 48 HORAS.

Imagen 31. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 17

17	Nivel II y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0,9	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente (3) que como mínimo contenga: análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador
----	----------------	--	---	-------	--

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

Durante el año 2024 se presentaron 129 fallecimientos posteriores a 48 horas de su ingreso correspondiendo a una tasa de mortalidad de 9.2 fallecimientos por cada 1000 egresos, manteniendo prácticamente la misma cifra del año anterior.



Tabla 50. Tasa de mortalidad

ANO	FALLECIMIENTOS	TASA DE MORTALIDAD x 100
2019	119	9.43
2020	148	13
2021	220	17
2022	125	12.5
2023	142	9.4
2024	129	9.2

Fuente: historias clínicas Hospital del ESE Dinámica

Cada uno de los fallecimientos mayor a 48 horas del año 2024 fue revisado y analizado aplicando el instrumento Lista de chequeo Análisis de historia clínica Mortalidad hospitalaria y todos los casos fueron revisados en el Comité de Seguridad del paciente, donde se plantearon acciones de mejora para los casos considerados prevenibles y se revisó el impacto de las mismas. En el comparativo mes a mes se observa que el mayor número de fallecidos se presentan durante agosto del 2024.

Grafica 8. Fallecidos 2024





Fuente: historias clínicas Hospital del ESE Dinámica

Se observó que de las defunciones , un 62 % se presentó en pacientes de género masculino, conservando la tendencia de los últimos 8 años, observándose un aumento en la proporción de género comparado con el año anterior

En cuanto a la procedencia el 46 % corresponden al municipio de Saravena, en segundo lugar, se encuentra el municipio de Tame con 18% y en tercer lugar el municipio de Arauquita con un 13 % de las defunciones mayores a 48 horas del ingreso.

Tabla 51. Porcentaje por sexo

GENERO	MASCULINO	FEMENINO
PORCENTAJE	62%	38 %

Fuente: Base de Datos Mortalidad >48h, Dinámica Gerencial® 2024

Tabla 52. Porcentaje por municipio

PROCEDENCIA	PORCENTAJE
SARAVENA	46 %
TAME	18 %
ARAUQUITA	13%

Fuente: Base de Datos Mortalidad >48h, Dinámica Gerencial® 2024

En cuanto a la distribución por edades, la mayor cantidad de fallecimientos se produjo en el grupo de mayores de 65 años con un 69 % tendencia que se mantiene y refleja la mayor vulnerabilidad de este grupo debido a la presencia de múltiples comorbilidades entre las que se destacan diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se presentaron 9 fallecimientos en pacientes menores de 18 años grupo que tuvo un aumento en relación con el año anterior. Se destaca que parte de este aumento obedece a fallecimiento de pacientes con anomalías congénitas que finalmente los llevan al fallecimiento a edades tempranas (5 pacientes). Se destaca en este grupo el caso de un menor de 2 meses que fallece en espera de ser trasladado a UCI pediátrica, pero que presentó demoras relacionadas con dicho traslado.



Tabla 53. Porcentaje por edad

EDAD	PORCENTAJE
MAYORES DE 65 AÑOS	69 %
MENORES DE 65 AÑOS	24 %

Fuente: Base de Datos Mortalidad >48h, Dinámica Gerencial® 2024

En cuanto a las causas de fallecimiento se encuentran en los primeros lugares los fallecimientos como consecuencia de las enfermedades infecciosas dentro de las cuales las dos principales causas son (neumonía bacteriana y sepsis) con un 62 % manteniendo la tendencia del año anterior excepto que la neumonía bacteriana en el 2024 ocupa el primer lugar en las causas de fallecimiento

Tabla 54. Por causa

CAUSA: ENFERMEDADES INFECCIOSAS	PORCENTAJE
NEUMONIA	42 %
SEPSIS	20 %

Fuente: Base de Datos Mortalidad >48h, Dinámica Gerencial® 2024

Después de las causas infecciosas sigue manteniéndose el cáncer en tercer lugar con un 10 % del total de los fallecimientos, manteniendo la tendencia del año anterior.

En cuanto a la afiliación a EPS, los resultados se corresponden con la distribución en general de la población, el 83 % de los pacientes estaban afiliados a Nueva EPS y en segundo lugar con un 7 % Sanitas y en tercer lugar Coosalud con un 4 % manteniendo los mismos lugares del año anterior, salvo por un incremento en el porcentaje de los afiliados a Nueva Eps y una disminución del porcentaje de los afiliados de Sanitas

Tabla 55. Porcentaje EABP

AFILIACION	PORCENTAJE
NUEVA EPS	83 %
SANITAS	7 %
COOSALUD	4 %

Fuente: Base de Datos Mortalidad >48h, Dinámica Gerencial® 2024

Fallecimientos no prevenibles

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 80 % se clasificaron como no evitables y un 13 % como evitables y posiblemente prevenibles un 7%.

Tabla 56. Clasificación

ANALISIS	PREVENIBLES	NO PREVENIBLES	POSIBLEMENTE PREVENIBLES
PORCENTAJE	13%	80%	7 %

Fuente: Acta de Comité Seguridad del Paciente

Llama la atención que en un 41 % de los pacientes los familiares firmaron disenso para la realización de maniobras invasivas como intubación orotraqueal y reanimación cerebro cardiopulmonar o remisión a niveles mayores de atención, este porcentaje tuvo un aumento significativo en relación con el año anterior.

Se observó que en un 44% de los casos los pacientes fueron declarados según historia clínica como código lila debido a las condiciones de salud y el pronóstico.

FALLECIMIENTOS PREVENIBLES

Dentro de los fallecimientos clasificados como prevenibles en su mayoría fueron por causas extrahospitalarias con un 88 % de los fallecimientos clasificados como prevenibles por acciones ya sea de las EPS o programas de prevención o factores atribuibles al mismo paciente.

Dentro de los fallecimientos clasificados como posiblemente prevenibles encontró que un 56 % de estos casos fueron por causas exclusivamente. Se destaca que este porcentaje disminuye considerablemente en un 24 % comparado con el año anterior. Cada uno de estos fallecimientos fueron objeto de análisis minucioso por parte de comité Institucional de seguridad del paciente desde donde se plantearon acciones de mejora y seguimiento.

Estos resultados muestran que se vuelve a mantener la tendencia de los últimos años donde las causas extrahospitalarias de los fallecimientos prevenibles habían sido mayores, relacionadas en su mayoría con la gestión de las remisiones

Fuente: Acta de Comité Seguridad del Paciente

Tabla 57. Clasificación

ORIGEN	CAUSAS EXTRAHOSPITALARIAS	CAUSAS INTRAHOSPITALARIAS
PREVENIBLES	88 %	12 %
POSIBLEMENTE PREVENIBLES	44 %	56 %

Grafica 9. Fallecidos



Fuente: Acta de Comité Seguridad del Paciente

Causas extrahospitalarias 19

- Muerte por suicidio: Dos casos de suicidio por ingesta de Paraquat, todos pertenecientes a la etnia indígena. Durante el 2024 hubo una disminución en estos casos comparados con el año 2023
- Fallecimiento como consecuencia de bacteremia asociada a catéter de hemodiálisis.
- 10 pacientes que requieren remisión urgente y no fueron ubicados al momento de su fallecimiento, incluye pacientes catalogados como urgencia vital (desde 2 días, hasta 6 días).
- Dos pacientes catalogados como urgencia vital con demoras de hasta 2 días en la gestión del traslado aéreo



- Cinco pacientes con enfermedades prevenibles a través de programas de promoción: cáncer de cérvix (2 pacientes) y VIH/SIDA (3 pacientes)

Causas intrahospitalarias

- Paciente que fallece por COVID-19 que fue adquirido intrahospitalariamente, reingreso antes de 24 horas del egreso hospitalario
 - Reingreso por la misma causa antes de 15 días
 - Reingreso por urgencias por la misma causa antes de 48 horas (3 preconsultas)
- #### **EVENTO CENTINELA**
- Paciente que fallece por Bloqueo AV completo, no se contaba con parches para marcapaso
 - Paciente que ingresa por dolor abdominal, estuvo 4 días y fallece con dolor abdominal sin haberse resuelto cuadro quirúrgico, en la nota de fallecimiento colocan que sospechan isquemia mesentérica, que ameritaba manejo qx
 - Paciente que ingresó 5 días antes por urgencias por sintomatología urinaria, estuvo en el servicio de observación por 24 horas de donde es dado de alta, le tomaron urocultivo y egresan pendiente reporte. Reingresa 6 días después por sepsis urinaria.
 - Reingreso por la misma causa antes de 72 horas, había consultado a urgencias el día anterior del ingreso por cefalea intensa y crisis hipertensiva.

Otros aspectos intrahospitalarios

Dentro de las muertes posiblemente prevenibles se encontraron estos aspectos intrahospitalarios para mejorar:

- Traslado prematuro de cuidado intermedio a estancia general, aun cuando cumplía con los criterios para permanecer en cuidados intermedios.
- Se observan reingresos por la misma causa antes de 20 días (3 casos)
- Se observan dos casos de pacientes que reingresan por la misma causa al servicio de urgencias antes de 72 horas (2 casos) uno de ellos tuvo 3 reingresos.

En cuanto a las recomendaciones emanadas del informe de mortalidad 2023, se observó que, durante el año 2024, se implementaron algunas medidas que conllevan a fortalecer los puntos a mejorar encontrados durante los comités:



evolucionamos pensando en usted

- Se fortalecieron las medidas de prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud a través de capacitaciones y asesoría externa
- Se mejoró el diligenciamiento del registro de controles de líquidos, implementándose un formato transversal. También se comenzó a registrar en la historia clínica médica y de enfermería estos controles.
- Se estandarizaron y socializaron los formatos de disentimiento de procedimientos y remisión

RECOMENDACIONES

- Continuar fortaleciendo el programa de código lila.
- Se propone la inclusión de temas relacionados con la Neumonía Bacteriana y Sepsis en el programa de formación continua, abordando aspectos como la detección temprana y el manejo oportuno.
- Insistir en las mesas de trabajo municipal sobre la gestión de las remisiones de los pacientes que requieren UCI o son urgencias vitales y la oportunidad en la gestión del traslado
- Continuar fortaleciendo el programa de código Lila ya que se observa una disminución en su aplicación.
- Fortalecimiento de programas de prevención de SIDA, TBC, Ca de cérvix

Aplicación de la fórmula de indicador de oportunidad

Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación.

INDICADOR: $\frac{\text{Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación.}}{\text{Total, de muertes intrahospitalaria mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.}}$

$$x = \frac{129}{129} = 100\%$$

Fuente: Comité de Seguridad del Paciente Hospital del Sarare ESE 2024

Tabla 58. Resultado del indicador 17

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
17	Nivel II y III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	≥0,9	1,00	5	0,05	0,25

INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRIA

Imagen 32. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 18

18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de	< 5	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
----	----------------	---	--	-----	---

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

ESTANDAR PARA CADA AÑO: <5 (DIAS)

FUENTE DE INFORMACIÓN. REGISTRO DE AGENDAMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACION – DINAMICA GERENCIAL.

INDICADOR: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA. Resolución 0256/2016_ Resolución 408/2018.

El Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría por primera vez, se expresa como la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el

evolucionamos pensando en usted

usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.

Gráfico 10. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría por primera vez.



Fuente de Información Ficha técnica de la página del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

El cálculo de indicador se realiza partiendo del cociente entre la sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatría de **primera vez** y la fecha en la cual el usuario la solicitó sobre el número total de citas de Pediatría de primera vez asignadas en un periodo determinado.

Para la vigencia 2024 se evidencia que el indicador sigue en descenso, pero con cumplimiento de la meta establecida (<5 días).



Tabla 59. Resultado del indicador 18

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.	≤5	4,06	5	0,03	0,15

INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA

Imagen 33. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 19

19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 8	Ficha técnica de la página web del SHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
----	----------------	---	---	-----	--

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

ESTANDAR PARA CADA AÑO: <8 (DIAS)

FUENTE DE INFORMACIÓN: REGISTRO DE AGENDAMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACION – DINAMICA GERENCIAL.

INDICADOR: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA_ Resolución 0256/2016_ Resolución 408/2018.

El Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia por primera vez se expresa como la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha



en que se asignó la cita de obstetricia de **primera vez** y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de la evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.

Gráfico 11. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia por primera vez.



Fuente de Información. Ficha técnica de la página del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

El cálculo de indicador se realiza partiendo del cociente entre la sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó sobre el número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas en un periodo determinado.

Para la vigencia 2024 la Oportunidad de consulta obstétrica fue de 4.35 días, cumpliendo con la meta incluso muy por debajo de la definida (<8 días) y con el atributo de calidad en oportunidad para las consultas de obstetricia. Lo anterior tarifica el compromiso de la institución con la politica de maternidad segura frente al atributo de oportunidad y accesibilidad de las gestantes a la consulta con la especialidad.



Tabla 60. Resultado del indicador 19

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstétrica	≤8	4,35	5	0,03	0,15

INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA

Imagen 34. Resolución 408 del 2018 Minsalud Indicador 20

20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	≤ 15	Ficha técnica de la página web del SISO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)
----	----------------	--	---	------	---

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

ESTANDAR PARA CADA AÑO: <15 (DIAS)

FUENTE DE INFORMACIÓN: REGISTRO DE AGENDAMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACION – DINAMICA GERENCIAL.



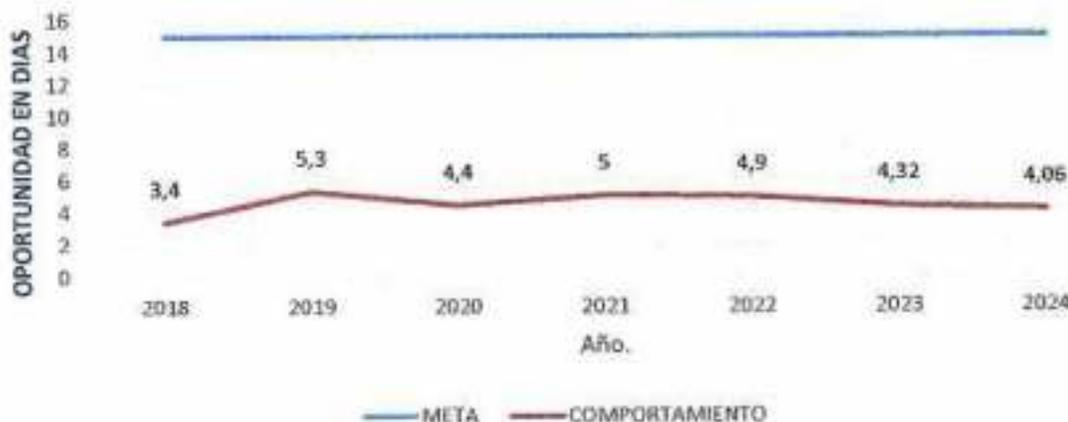
evolucionamos pensando en usted

INDICADOR: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA_ Resolución 0256/2016_ Resolución 408/2018.

El Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna de primera vez se expresa como la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.

Gráfico 12. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna por primera vez.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna de primera vez



Fuente de Información Res 408/2018: Ficha técnica de la página del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

El cálculo de indicador se realiza partiendo del cociente entre la sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó sobre el número total de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas en un periodo determinado.

En la vigencia 2024, el tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna de primera vez fue de 4.06 días, No se evidencia variación



significativa respecto a 2023, el indicador se mantiene dentro del estándar nacional para cada año que es menor o igual a 15 días.

Tabla 61. Resultado del indicador 20

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	≤15	4,06	5	0,02	0,1

7. RESULTADO CONSOLIDADO POR AREAS DE GESTIÓN

La presente tabla contiene los indicadores y estándares por áreas de gestión que componen la resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, desde la Gerencia se realizó respectiva evaluación de cada uno de ellos para la vigencia 2024 con un resultado de **4.19**.

Tabla 62. Indicadores estándares por áreas de gestión V 2024

No.	INDICADOR	Estándar para cada año	Resultado año 2024	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado	
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	≥1,20	1,24	1	0,05	0,05
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	≥0,9	0,92	5	0,05	0,25
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥0,9	0,9655	5	0,1	0,5



Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero		SIN RIESGO	5	0,05	0,25	
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	<0,9	1,04	1	0,06	0,06	
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado y compras a través de mecanismos electrónicos	≥0,7	0	0	0,06	0	
	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	Cero (0) o variación negativa	-0,3	3	0,06	0,18	
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones RIPS	4	4	5	0,06	0,3	
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥1	1,01	5	0,06	0,3	
	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.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	NO SE CUMPLIO	0	0,06	0	
	11	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2015- Decreto único Reglamentario del sector salud y protección social o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Presentado oportunamente	5	0,06	0,3	
	Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación la guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en las gestantes	≥0,8	0,99	5	0,07	0,35
		13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥0,8	0,9875	5	0,05	0,25
14		Oportunidad en la realización de apendicetomía	≥0,9	0,931	5	0,05	0,25	

15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) o variación negativa	0	5	0,05	0,25
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	$\geq 0,9$	0,968	5	0,05	0,25
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	$\geq 0,9$	1	5	0,05	0,25
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	≤ 5	4,06	5	0,03	0,15
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstétrica	≤ 8	4,35	5	0,03	0,15
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤ 15	4,06	5	0,02	0,1
RESULTADO DE LA CALIFICACION FINAL					TOTAL	4,19

8. CONCLUSIONES

La Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social establece los lineamientos para la evaluación y calificación de la gestión que se realiza en la vigencia, con el objetivo de garantizar calidad, seguridad y accesibilidad para los usuarios. A partir del análisis realizado, La calificación de 4,19 obtenida en la evaluación refleja un cumplimiento sólido de los estándares exigidos, demostrando un compromiso con la seguridad, eficiencia y bienestar de los pacientes.

Este resultado evidencia los esfuerzos realizados en la implementación de buenas prácticas y en el fortalecimiento de la infraestructura y el talento humano en salud. Si bien siempre existen oportunidades de mejora, este desempeño positivo motiva a seguir avanzando en la optimización de los procesos y la innovación en la atención, con el fin de continuar elevando la calidad del servicio y garantizar un acceso oportuno y seguro para toda la población.

Anexo 3. Adecuación A Infraestructura Física Hospitalaria

La gestión para el mantenimiento y mejora de la infraestructura física hospitalaria es fundamental para garantizar espacios seguros, funcionales y adecuados para la prestación de servicios de salud de calidad. En este contexto, se han desarrollado diversas actividades y contratos orientados a la modernización, reparación y optimización de las instalaciones hospitalarias.

Estas acciones incluyen mantenimiento preventivo y correctivo, adecuaciones estructurales, adquisición de equipos y tecnología, así como alianzas estratégicas con proveedores especializados. A través de una planificación eficiente y la correcta ejecución de los contratos, se busca fortalecer la capacidad operativa de los hospitales, mejorar la experiencia de los pacientes y garantizar condiciones óptimas para el personal de salud.

A continuación, se relacionan las intervenciones realizadas;

OBJETO	ADECUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA PARA INSTALAR LA BOVEDA DE ARCHIVO CENTRAL DEL HOSPITAL DEL SARARE MUNICIPIO DE SARAPIQUÍ, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	 HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado
CONTRATO	NC-055 DEL 8 DE DICIEMBRE DEL 2024	
VALOR	\$195.194.870,00	
REGISTRO FOTOGRAFICO		





OBJETO	CONSTRUCCIÓN DEL PARQUEADERO PARA LA UNIDAD MOVIL GINECOLOGICA Y LA UNIDAD MOVIL BANCO DE SANGRE EN LA SEDE PRINCIPAL DEL HOSPITAL DEL SARARE, MUNICIPIO DE SARAYAMA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA.	 HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado
CONTRATO	CO-419 DEL 13 DE AGOSTO DEL 2024	
VALOR	\$47.708.011,87	
REGISTRO FOTOGRAFICO		



OBJETO	ADJUDICACION DE LA INFRAESTRUCTURA PARA FACTORACION CENTRAL Y HABILITACIONES PARA EL AREA DE HOSPITALIZACION QUIRURGICA DEL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.	 HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado
CONTRATO	MC-644 DEL 27 DE SEPTIEMBRE DEL 2024	
VALOR	\$273.918.790,00	
REGISTRO FOTOGRAFICO		

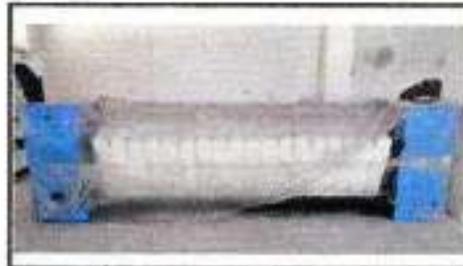




OBJETO	BUMINISTRO E INSTALACION DE DOS LAVADORAS INDUSTRIALES DE ALTO CENTRIFUGADO DE 48KG, UNA SECADORA INDUSTRIAL DE 90 KG Y UN RODILLO O PLANCHADORA ELECTRICA DE 2.8 METROS PARA EL AREA DE LAVANDERIA EN EL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.	 HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado
CONTRATO	HS-067 DEL 30 DE ABRIL DE 2014	
VALOR	\$228.655.957.00	
REGISTRO FOTOGRAFICO		



UBICACION: SEDE S FINOTIA



UBICACION: SEDE S FINOTIA



UBICACION: SEDE S FINOTIA



UBICACION: SEDE S FINOTIA

OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PARA EL APOYO DE ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.	 HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado
CONTRATO	CD-431 DEL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2014	
VALOR	\$ 690.000.00	
REGISTRO FOTOGRAFICO		



UBICACION: SEDE FINOTIA



UBICACION: SEDE FINOTIA



UBICACION: SEDE FINOTIA



UBICACION: SEDE FINOTIA



OBJETO	EN CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL AREA BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.	 HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado
CONTRATO	N/A	
VALOR	N/A	
REGISTRO FOTOGRAFICO		



UBICACIÓN BANCO DE SANGRE UDESA PRIMARIA



UBICACIÓN BANCO DE SANGRE UDESA PRIMARIA



UBICACIÓN BANCO DE SANGRE UDESA PRIMARIA



UBICACIÓN BANCO DE SANGRE UDESA PRIMARIA

OBJETO	EN CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL AREA DE OBSERVACIÓN PEDIATRIA Y PROCESAMIENTO PEDIATRIA DEL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.	 HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado
CONTRATO	N/A	
VALOR	N/A	
REGISTRO FOTOGRAFICO		



UBICACIÓN PEDIATRIA UDESA PRIMARIA



UBICACIÓN PEDIATRIA UDESA PRIMARIA



UBICACIÓN PEDIATRIA UDESA PRIMARIA



UBICACIÓN PEDIATRIA UDESA PRIMARIA



evolucionamos pensando en usted

Ministerio de la Protección Social
 Departamento de Arauca

OBJETO	EN CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE MANTENIMIENTO DEL PLAN DE ESTRATEGIA DE SEGURIDAD VIAL DEL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.	 HOSPITAL DEL SARARE <small>Empresa Social del Estado</small>
CONTRATO	N/A	
VALOR	N/A	
REGISTRO FOTOGRAFICO		



OBJETO	COMPRA DE EQUIPOS INDUSTRIALES, RECIPIENTES MUEBLES Y ENSERES PARA LAS ÁREAS DE LAVANDERIA, MANTENIMIENTO, GUARDIANO Y SEDE C DEL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.	 HOSPITAL DEL SARARE <small>Empresa Social del Estado</small>
CONTRATO	CD 690 DE 13 NOVIEMBRE 2024	
VALOR	\$66.992.638.00	
REGISTRO FOTOGRAFICO		





evolucionamos pensando en usted

Ministerio de la Protección Social
Departamento de Arauca

9. ANEXOS

- Anexo 1. Certificación de revisor fiscal Indicador 6
- Anexo 2. Certificación de revisor fiscal indicador 7
- Anexo 3. Adecuación a infraestructura

ARIELA GELVIS QUINTERO

Gerente

Hospital del Sarare ESE

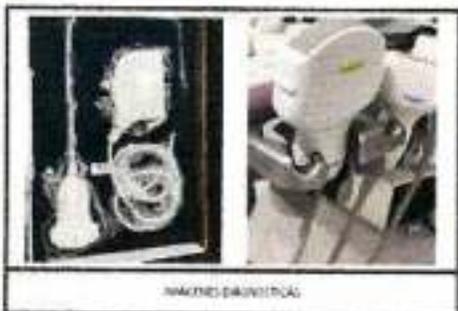
Elaborado	Jorge Moral/Asesor de Planeación	
Revisado	Yenny Suárez/Asesor de Control Interno	



evolucionamos pensando en usted

Ministerio de la Protección Social
Departamento de Arauca

OBJETO	SUMINISTRO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS REQUERIDOS POR REPOSICIÓN OBSOLESCENCIA, CUMPLIMIENTO DE VIDA ÚTIL Y ADECUACIÓN PARA HABILITACIÓN DEL HOSPITAL DEL SARARE MUNICIPIO DE SARAVENA	 HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado
CONTRATO	HS-822	
VALOR	\$ 1.314.811.549	



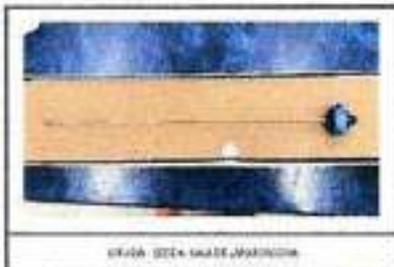
OBJETO	COMPRA E INSTALACION DE UN ESTERILIZADOR DE BAJA TEMPERATURA	 HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado
CONTRATO	HS-819	
VALOR	\$ 490.208.390	





evolucionamos pensando en usted

OBJETO	COMPRAS DE EQUIPOS Y SUPORTES BIOMÉDICOS PARA LOS SERVICIOS DE ODONTOLÓGICA, INTRACRANIAL, CIRUGÍA EXTERNA, Y LA ADQUISICIÓN DE NUEVOS EQUIPOS PARA LOS SERVICIOS DE LABOR Y NEUROFISIOLOGÍA EN EL HOSPITAL DEL SARARE, MUNICIPIO DE SARAYUA, DEPARTAMENTO DE ARAUCA	 HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado
CONTRATO	HS-017	
VALOR	\$ 737.878.899	



SIENA - SENA - SENA - SENA



DR. GUSTAVO HERRERA



COMPUTERIZADA SENA - SENA



ODONTOLÓGICA - SENA

OBJETO	COMPRAS DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA PARA LA E.S.E. HOSPITAL DEL SARARE	 HOSPITAL DEL SARARE Empresa Social del Estado
CONTRATO	HS-013	
VALOR	\$ 748.245.888	



OFTALMOLOGÍA



OFTALMOLOGÍA



OFTALMOLOGÍA



OFTALMOLOGÍA