



# ***INFORME PLAN DE GESTIÓN 2018***

***NESTOR BASTIANELLI RAMIREZ***

***GERENTE***



*evolucionamos pensando  
en usted*



# *INDICADORES DE DIRECCIÓN Y GERENCIA*



*evolucionamos pensando  
en usted*

## **INFORME PLAN DE GESTION VIGENICA 2018**

### **INTRODUCCION**

Con la expedición de la Resolución 0710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y modificado por la Resolución 408 de 2018 y Resolución 1098 de 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, se reglamenta la evaluación de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, acorde con lo establecido en los artículos 72, 73 y 74 de la Ley 1438 de 2011; el informe que a continuación se desarrolla, lo presento como Gerente del HOSPITAL DEL SARARE ESE, el documento presenta los resultados que se lograron en la vigencia 2018, gracias al trabajo en equipo de todos los colaboradores de la ESE y el direccionamiento de la junta directiva.

El Plan de Gestión esta enlazado con el Plan de Desarrollo Institucional, y los Planes de Acción de las Dependencias y Procesos. El plan de Gestión fue aprobado mediante acuerdo de junta 001 del 11 de enero 2017 y modificado mediante acuerdo 001 de 2018 en la cual se adaptó a la Resolución 408 de 2018.

El plan de gestión a ejecutar por parte del Gerente debe contener las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de salud y al Ministerio de salud; en ese contexto este plan está constituido por los componentes de Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa; y Gestión Clínica o Asistencia Para efectos de la evaluación del plan de gestión, se presenta el informe, atendiendo los lineamientos de la Resolución 408 de 2018 y los compromisos fijados en el plan de gestión para la vigencia 2018.

En este informe se presentan los resultados para cada uno de los 20 indicadores definidos dentro del Plan de Gestión y sus respectivos soportes documentados dentro de las tres áreas de trabajo.

## **TABLA DE CONTENIDO**

### **INDICADORES DIRECCIÓN Y GERENCIA**

1. MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.
2. EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD
3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

### **FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**

4. RIESGO FISCAL Y FINANCIERO
5. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA
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
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
8. UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES \_RIPS
9. RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO
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.
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 LIBRO2 DEL DECRETO 780 DE 2016-

DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.

**GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL**

12. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN LA GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LAS GESTANTES
13. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA
14. OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICETOMÍA
15. NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL
16. OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)
17. ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA
18. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA
19. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTÉTRICA
20. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA

## **INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR**

## INDICADOR 1

### MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA

### RESULTADO DE LA AUTOEVALUACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN SEGÚN RESOLUCIÓN 5095 de 2018

## INTRODUCCIÓN

El Hospital del Sarare ESE, establece como política institucional el mejoramiento continuo de la calidad y la satisfacción de sus usuarios, ofreciendo servicios de salud con calidad y con un enfoque basado en procesos, garantizando el cumplimiento del Decreto N° 1011 de abril de 2006, que establece, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social que establece y su artículo 4 que establece los componentes del SOGCS así: 1. El Sistema Único de Habilitación, 2. La Auditoria 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 2 La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, establece la elaboración del PAMEC o el PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD enfocado en los estándares de acreditación, en procura de lograr un documento base que ofrezca los conceptos y los instrumentos que faciliten la labor de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención que reciben los usuarios.

La Institución ejecuta su PAMEC 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.

En el año 2.017 la autoevaluación se realizó según la resolución 0123 de 2.012 con el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario del Ministerio de la Protección Social en su versión 003, sin embargo, para 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, 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 evaluada y la vigencia anterior, por tanto, en este informe se da un resumen de la vigencia 2.017 y se comparan los datos de la vigencia 2.018 para terminar este informe está enfocado en la verificación de las acciones de mejora priorizadas con el fin de verificar su cumplimiento como herramienta de mejoramiento continuo en la ESE

## **AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN VIGENCIA 2018**

### **GRUPO DE ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE**

#### **ASISTENCIAL**

El grupo de estándares PACAS evaluó la parte asistencial en la atención de los usuarios y sus familias, inicia desde los Derechos y deberes hasta sedes integradas en red, fundamentalmente fortalece los deberes y derechos de los pacientes de los pacientes en la institución o cualquiera de sus sedes, logrando que se promueva el respeto y el cumplimiento de estos deberes y existan mecanismos explícitos para solucionar controversias alrededor de dichas definiciones. Para el efecto, la institución debe diseñar o adoptar tanto los derechos como los deberes, darlos a conocer al cliente interno y al cliente externo, desplegarlos en los procesos y evaluar el respeto hacia ellos. El cumplimiento de los estándares también promueve que los pacientes reciban la atención que la institución ofrece, sin discriminación, en un tiempo razonable, sin interrupciones y de acuerdo con su condición o enfermedad. Se define como intencionalidad del grupo de estándares asistenciales al resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo, a partir de un enfoque de humanización de servicios, es:

- Que, durante su atención, a los pacientes les sean respetados los derechos.
- Que conozcan cuáles son los deberes que tienen en su condición de usuarios.
- Que los pacientes reciban la atención que la institución ofrece, sin discriminación, en un tiempo razonable, sin interrupciones y de acuerdo con su condición o enfermedad.
- Que la atención del paciente y su familia se realice de manera congruente con las características socioculturales individuales y consulte sus necesidades y expectativas sobre la atención.
- Que cada paciente reciba atención, cuidado y tratamiento de acuerdo con sus condiciones específicas de salud.
- Que el plan de cuidado y tratamiento sea recibido por el paciente bajo condiciones de seguridad, respeto a sus derechos, de manera informada, con acciones de

educación sobre su enfermedad o condición de salud y con el propósito de obtener los resultados esperados de la atención.

- Que se evalúe la implementación del plan de cuidado y tratamiento para que el paciente obtenga los resultados esperados de la atención.
- Que el paciente reciba una adecuada finalización del tratamiento y un plan de cuidados posterior al egreso.
- continuidad de la atención en el lugar de referencia y si es necesario, el regreso a la institución.
- Que el paciente se beneficie de las acciones de mejoramiento de los procesos de cuidado y tratamiento.

El grupo de estándares cliente asistencial nos orienta y evaluó la atención del usuario y su familia desde que ingresa a la institución hasta que sale, siguiendo la siguiente ruta, es decir, desde que inicia con la primera atención con la socialización de los deberes de los pacientes, el programa de seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención, salida y seguimiento, referencia y contrarreferencia y sedes integradas en red.

Gráfico 1. Conceptualización gráfica de los grupos de estándares



**Fuente.** Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, Versión 3.1, Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia, ISBN: 978-958-5401-36-5

A continuación, se presenta el resultado de la Autoevaluación en general para el grupo de Estándares Proceso Cliente Asistencial.

**Grafico 2. Resultado de la Calificación de Estándares Cliente Asistencial**

GRUPO	ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					Media
		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	
1PACAS	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,10
1PACAS	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
1PACAS	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1,80
1PACAS	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
1PACAS	5	4	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2,40
1PACAS	6	4	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2,50
1PACAS	7	3	3	2	1	1	2	2	1	1	1	1,70
1PACAS	8	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1,60
1PACAS	9	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1,70
1PACAS	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
1PACAS	11	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1,60
1PACAS	12	3	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1,80
1PACAS	13	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
1PACAS	14	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,20
1PACAS	15	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2,00
1PACAS	16	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,10
1PACAS	17	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,90
1PACAS	18	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,70
1PACAS	19	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2,40
1PACAS	20	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2,00
1PACAS	21	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2,00
1PACAS	22	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2,00
1PACAS	23	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
1PACAS	24	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,80
1PACAS	25	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2,00
1PACAS	26	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1,60
1PACAS	27	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,90
1PACAS	28	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2,00
1PACAS	29	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1,80
1PACAS	30	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2,30
1PACAS	31	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1,70
1PACAS	32	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,90
1PACAS	33	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,10
1PACAS	34	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,10
1PACAS	35	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
1PACAS	36	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1,90
1PACAS	37	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1,60
1PACAS	38	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
1PACAS	39	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1,50
1PACAS	40	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
1PACAS	41	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
1PACAS	42	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
1PACAS	43	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
1PACAS	44	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
1PACAS	45	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
1PACAS	46	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
1PACAS	47	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,70
1PACAS	48	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1,80
1PACAS	49	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
1PACAS	50	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1,90
1PACAS	51	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
1PACAS	52	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
1PACAS	53	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1,70
1PACAS	54	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1,70
1PACAS	55	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,70
1PACAS	56	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
1PACAS	57	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
1PACAS	58	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
1PACAS	59	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
1PACAS	60	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1,50
1PACAS	61	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
1PACAS	62	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
1PACAS	63	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
1PACAS	64	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
1PACAS	65	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
1PACAS	66	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1,70
1PACAS	67	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1,50
1PACAS	68	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
1PACAS	69	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
1PACAS	70	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20
1PACAS	71	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,10
1PACAS	72	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,60
1PACAS	73	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
1PACAS	74	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
1PACAS	75	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40

**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

El Grupo de Estándares PACAS ocupó el primer puesto de los 8 grupos de estándares evaluados con una calificación de media de 1,681 al promediar Enfoque, Implementación y

Resultado. A continuación, se referencia los TRES primeros estándares y los TRES últimos dentro de los 75 estándares Cliente Asistencial (PACAS), así

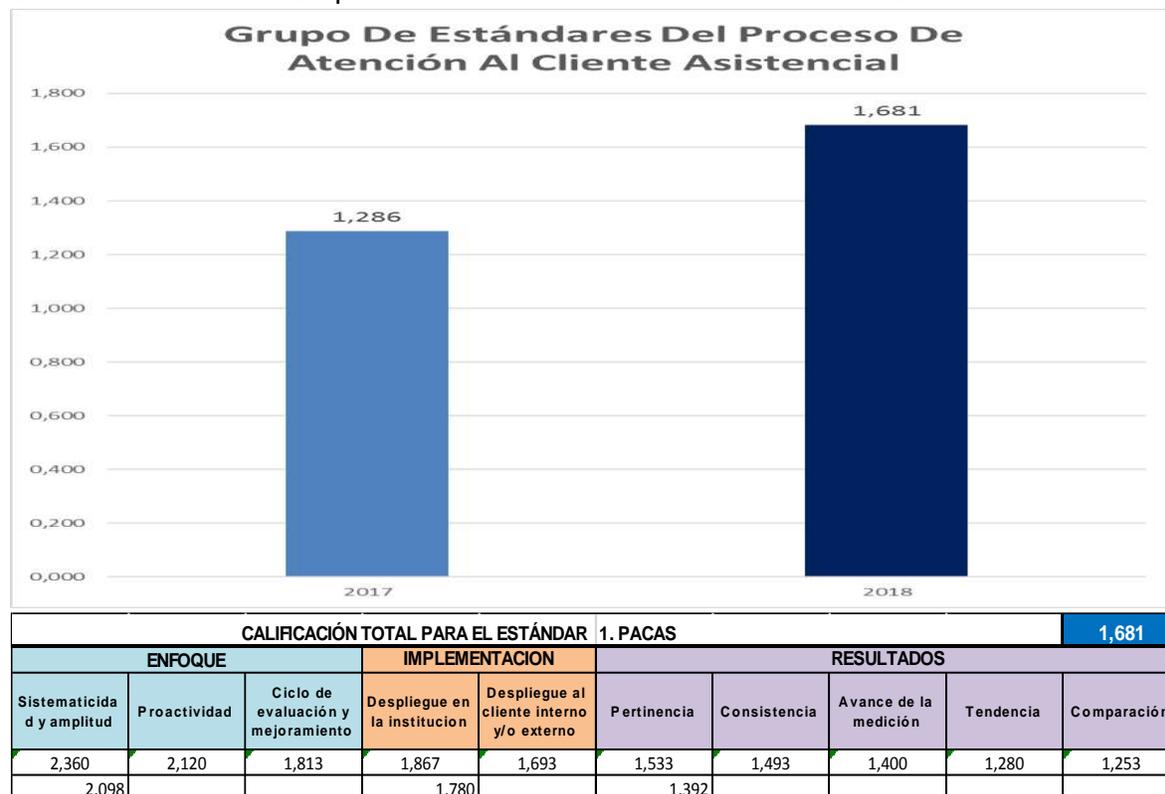
**Grafico 3.** Ranking de estándares del Grupo con mayor y menor calificación.

ESTÁNDARES CON MAYOR CALIFICACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 6. Código: (AsSP2)</b> La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.	2,50
2	<b>Estándar 5. Código: (AsSP1)</b> La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante:	2,40
3	<b>Estándar 19. Código: (AsREG3)</b> En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención. Estas guías o protocolos	2,40
ESTÁNDARES CON MENOR CALIFICACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 10. Código: (AsAC2)</b> En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención en salud y de rutas de acceso. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento. NO EVIDENCIA AVANCE	1,00
2	<b>Estándar 74. Código: (AsSIR16)</b> Existe un plan de mediano plazo para la presentación a la acreditación de todas las sedes integradas en red. En caso de presentación gradual, debe precisarse el tiempo del proceso completo e incluir en primer término la sede principal y las sedes en las que se atiende el mayor número de usuarios. NO EVIDENCIA AVANCE.	1,00
3	<b>Estándar 64. Código: (AsSIR6)</b> El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos.	1,10

**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

A continuación, se presenta la tabla resumen para el estándar

**Grafico 4.** Resumen Grupo de Estándares del Proceso Atención al Cliente Asistencial



**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

### ANÁLISIS DE LOS DATOS PARA EL ESTÁNDAR

El Grupo de Estándares PACAS es el Grupo que más avances ha mostrado gracias a las actividades realizadas en el programa de Seguridad del Paciente y a la Documentación y socialización de procesos por parte de los líderes, la alta gerencia de la ESE ha realizado acciones de conjuntas para Institucionalizar las Jornadas de Actualización en Seguridad del Paciente, patrocinando el Simposio y Seminario anual de Seguridad del Paciente, una jornada Científica donde se comparten saberes no solo para el Talento Humano de la ESE, sino que también se intercambian saberes con otras IPS a nivel departamental y nacional, en estas actividades se han invitado capacitadores de talla nacional y expertos técnicos del departamento.

Analizando los datos podemos concluir que el Grupo de Estándares registra un incremento global del 23%. La calificación del estándar aumento de 1,286 en el 2.017 a 1,681 en el 2.018, siendo el enfoque, el que registra el promedio de implementación que es consecuente a que hace referencia a la documentación de los procesos. Se evidencia en la institución aprendizaje organizacional en estos temas gracias a la socialización y evaluación de algunos procesos asistenciales y al compromiso del área de enfermería en Internación.

### **GRUPO DE ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO**

La intencionalidad del Grupo de Estándares es lograr que la organización esté alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad. Para el efecto, la organización debe contar con procesos para:

- La lectura del entorno.
- La formulación y revisión periódica del direccionamiento estratégico.
- La construcción de un plan de direccionamiento estratégico.
- La comunicación, difusión y orientación del personal.
- La sustentación de la gestión del personal ante la junta.
- El seguimiento y evaluación del direccionamiento estratégico y del plan estratégico.
- La evaluación integral de la gestión en salud.

El del Grupo de Estándares de Direccionamiento enfatiza en los siguientes ejes: gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo, la seguridad del paciente, la humanización de la atención, la gestión de la tecnología, el enfoque de riesgos orientados a la transformación cultural de largo plazo y la responsabilidad social.

Dentro de las características del grupo de estándares está la incorporación de la normatividad relevante, los aspectos éticos, las necesidades del usuario y su familia, las necesidades de los trabajadores, la relación con la comunidad a la que sirve y la interacción con otras organizaciones en el desarrollo de un medio ambiente saludable. La política para promover, proteger y mejorar la salud de la población en el ámbito de los servicios que brinda y en colaboración con las organizaciones y comunidades relevantes. La articulación del direccionamiento estratégico con los procesos de las unidades funcionales. La

educación continua de la junta directiva. La viabilidad financiera para la ejecución de los planes. A continuación, vamos a ver los resultados de la evaluación según equipo evaluador siguiendo los parámetros de la Hoja Radar para la calificación.

**Grafico 5.** Resultado de la Calificación de Estándares Direccionamiento

GRUPO	ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					Media	
		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.DIRECCIONAM	76	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
2.DIRECCIONAM	77	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1,80
2.DIRECCIONAM	78	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2,00
2.DIRECCIONAM	79	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2,00
2.DIRECCIONAM	80	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,60
2.DIRECCIONAM	81	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
2.DIRECCIONAM	82	3	3	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1,70
2.DIRECCIONAM	83	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1,90
2.DIRECCIONAM	84	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
2.DIRECCIONAM	85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
2.DIRECCIONAM	86	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,50
2.DIRECCIONAM	87	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,70
2.DIRECCIONAM	88	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,20

**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

El Grupo de Estándares de Direccionamiento ocupó el segundo puesto de los ocho grupos de estándares, al calificarlos obtiene una calificación media de 1,669 al promediar Enfoque, Implementación y Resultado. Esta calificación aumentó en comparación con el año anterior debido a la implementación del programa de Humanización y a las difusiones de plataforma estratégica. A continuación, se referencia los DOS primeros estándares y los DOS últimos dentro del grupo de estándares, así

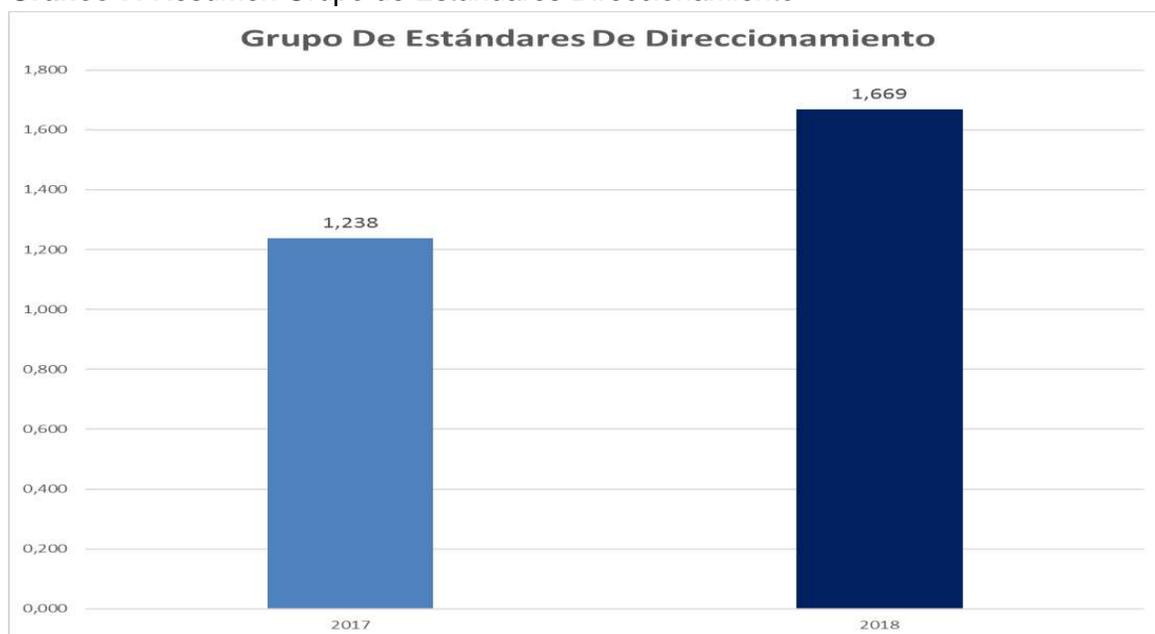
**Grafico 6.** Ranking de estándares del Grupo con mayor y menor calificación.

ESTÁNDARES CON MAYOR CALIFICACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 78. Código: (DIR 3)</b> La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.	2,00

2	<b>Estándar 79. Código: (DIR 4)</b> La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.	2,00
<b>ESTÁNDARES CON MENOR CALIFICACIÓN</b>		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 85. Código: (DIR10)</b> Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva. NO EVIDENCIA AVANCE	1,00
2	<b>Estándar 88. Código: (DIRMCC1)</b> La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares,	1,20

Fuente. Investigación del Equipo Evaluador.

**Grafico 7. Resumen Grupo de Estándares Direccionamiento**



CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR 2. DIRECCIONAMIENTO									1,669
ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institucion	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
2,385	2,231	1,615	1,846	1,538	1,538	1,462	1,462	1,308	1,308
2,077 Promedio Enfoque			1,692 Promedio Imp	1,415 Promedio Resultados					

Fuente. Investigación del Equipo Evaluador.

## **ANÁLISIS DE LOS DATOS PARA EL ESTÁNDAR**

El Grupo de Estándares DIRECCIONAMIENTO mantiene la tendencia al mejoramiento continuo, se evidencian avances significativos en comparación con la vigencia anterior, aumenta en un 25%, Esta tendencia de mejoramiento se debe a que se promueve la difusión de la plataforma estratégica y se fomentó el proceso de capacitación a líderes de proceso con los Diplomados de ACESI.

La situación que más dificulta el buen desarrollo y cumplimiento de los estándares de direccionamiento y gerencia en el Hospital es la parte financiera que afecta el presupuesto y por ende el cumplimiento de las actividades de mejoramiento programadas, esta situación se presenta por el incumplimiento en los pagos por parte de las EPS de régimen subsidiado, sumada a la crisis financiera, es importante resaltar la que el Ministerio de Salud anuncio un cambio en el modelo de salud con la implementación del MIAS y la contratación de servicios según las RIAS y existe incertidumbre por parte de los prestadores en cuanto a los lineamientos del nuevo modelo .

## **GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA**

La intencionalidad al cumplimiento del grupo de estándares es que los procesos organizacionales lleven a la operación los lineamientos estratégicos orientados hacia el logro de los resultados institucionales esperados, con el enfoque de gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad. Para tal efecto, la organización cuenta con procesos de:

- Identificación de los clientes internos y externos de los procesos y de sus necesidades.
- Definición y monitorización de metas y objetivos por unidad funcional, alineados con las metas y los objetivos institucionales.
- Identificación y cumplimiento de los requisitos de entrada al proceso de acreditación.
- Asignación de recursos físicos, financieros y de talento humano para las labores de mejoramiento.
- La protección de los recursos.

- Si la organización delega servicios, procesos para definir, acordar y monitorizar criterios de alineación entre el servicio delegado, los lineamientos y las políticas institucionales y los estándares de acreditación que apliquen, así como el mejoramiento de los servicios delegados.
- Esto incluye estrategias y acciones de la alta gerencia para apoyar con recursos y acompañar a los niveles operativos en las actividades de mejoramiento de procesos, un enfoque de autocontrol de los responsables de los procesos, el cumplimiento y el respeto de los deberes y los derechos de los pacientes.

La organización obtenga cada vez mejores resultados en los procesos institucionales o delegados en relación con los logros esperados institucionales. Para tal efecto, la organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de direccionamiento estratégico de manera sistemática con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad.

Esto incluye, la definición de un plan con objetivos y estrategias, basado en la información obtenida del equipo de salud, del usuario y su familia, la determinación de procesos prioritarios de atención e implementación de las actividades de mejoramiento en concordancia con las prioridades, la monitorización del mejoramiento de los procesos mediante la medición de resultados, la divulgación y despliegue de los resultados del mejoramiento entre los trabajadores de la institución y la identificación y respuesta efectiva a las necesidades.

**Grafico 8.** Resultado de la Calificación de Estándares de Gerencia.

GRUPO	ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					Media
		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	
3.GERENCIA	89	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1,40
3.GERENCIA	90	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
3.GERENCIA	91	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1,80
3.GERENCIA	92	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1,60
3.GERENCIA	93	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
3.GERENCIA	94	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,70
3.GERENCIA	95	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2,30
3.GERENCIA	96	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1,30
3.GERENCIA	97	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,60
3.GERENCIA	98	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
3.GERENCIA	99	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,20
3.GERENCIA	100	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1,70
3.GERENCIA	101	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,60
3.GERENCIA	102	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1,70
3.GERENCIA	103	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1,70

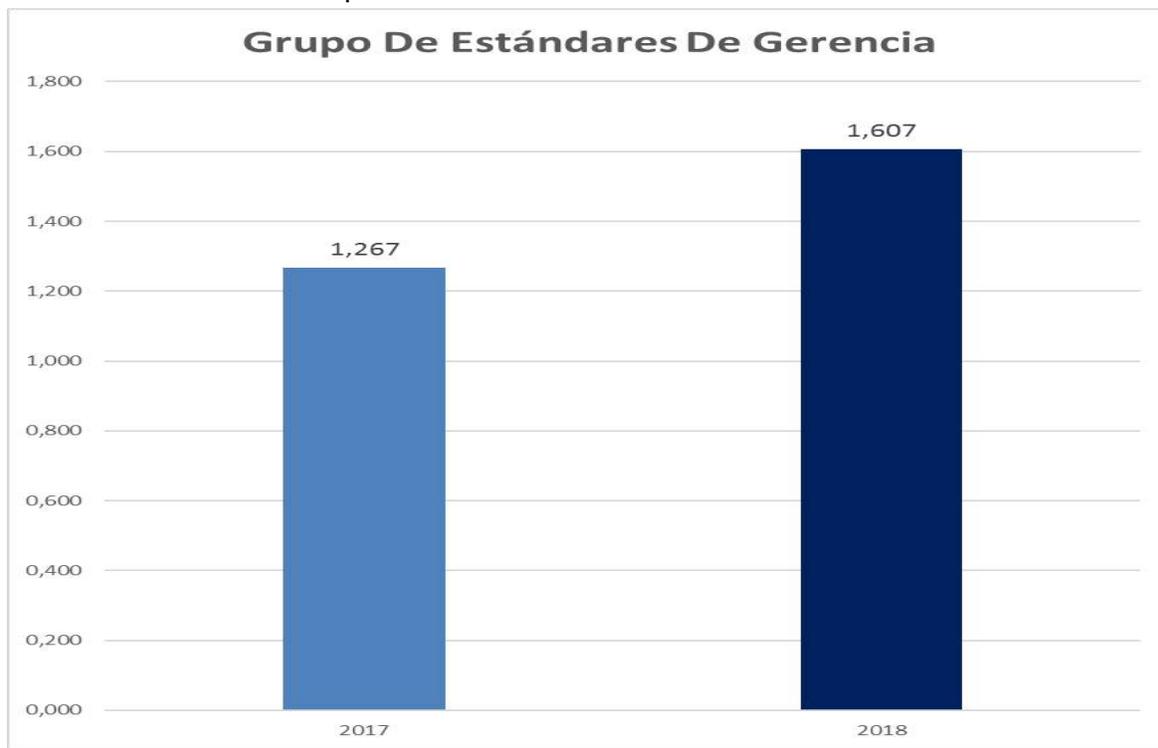
Fuente. Investigación del Equipo Evaluador.

**Grafico 9.** Ranking de estándares del Grupo con mayor y menor calificación.

ESTÁNDARES CON MAYOR CALIFICACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 95. Código: (GER. 7)</b> La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos	2,30
2	<b>Estándar 99. Código: (GER.11)</b> Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional.	2,20
ESTÁNDARES CON MENOR CALIFICACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 93. Código: (GER. 5)</b> La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales. NO EVIDENCIA AVANCE	1,00
2	<b>Estándar 98. Código: (GER. 10)</b> Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores. NO EVIDENCIA AVANCE	1,00

Fuente. Investigación del Equipo Evaluador.

**Grafico 10.** Resumen Grupo de Estándares Gerencia



CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					3. GERENCIA					1,607
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	
2,467	2,333	1,933	1,800	1,667	1,267	1,200	1,133	1,133	1,133	
2,244 Promedio Enfoque			1,733 Promedio Imp		1,173 Promedio Resultados					

**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El Grupo de Estándares GERENCIA, mantiene la tendencia con respecto al año anterior, se evidencian falta de disponibilidad presupuestal lo que ha obligado a retirar personal en algunas áreas de proceso, esta tendencia se mantiene en los Estándares Administrativos pues el Hospital empieza a tener problemas financieros y no hay recursos para dar cumplimiento a algunas acciones de mejora.

Como estrategia gerencial, la alta dirección de la ESE realiza esfuerzos por conseguir recursos por medio del recaudo en cartera mediante embargos de cuentas a las EPS y cobros jurídicos de cartera por parte del área comercial y de servicios de la ESE, se ha centrado en el pago de proveedores de las administraciones anteriores y tratar de mejorar

el clima laboral de la ESE y la satisfacción del Cliente Interno, se plantean cambios estructurales.

A nivel estructural se hacen esfuerzos por la gerencia para realizar identificación de necesidades y expectativas de sus clientes externos e internos, la información se recolecta a través de las encuestas de satisfacción, se implementó en el SIAU el formato de Demanda Insatisfecha para saber cuáles son las especialidades que mayor demanda insatisfecha ocasionan y determinar acciones de mejoramiento. Se proyecta la implementación y realización de los formatos para la caracterización de la población laboral de la ESE por medio de la encuesta SOCIODEMOGRÁFICA, logrando así, que todo el personal de la institución registre la información necesaria según la ficha.

Las relaciones laborales evidencian cambios significativos gracias a las acciones del programa de Humanización que está en la primera etapa de implementación en el 2.018, y se proyecta para la próxima vigencia darle continuidad al proceso con la implementación de la segunda etapa, con las intervenciones colectivas a los funcionarios de la ESE.

En la vigencia 2.018 quedó una actividad priorizada que no se cumplió por falta de presupuesto fue la Referenciación con instituciones acreditadas, por lo cual, para la próxima vigencia se proyecta priorizar esta actividad teniendo como referentes instituciones pioneras en sus departamentos y que no necesariamente estén acreditadas.

## **GRUPO DE ESTÁNDARES DE TALENTO HUMANO**

La intencionalidad del grupo de estándares de Talento Humano al cumplimiento de los estándares de este grupo es lograr que el talento humano mejore sus competencias y desempeño en relación con las metas y los objetivos institucionales, particularmente en la atención de usuarios. Para ello, la organización cuenta con procesos de:

- Identificación y respuesta efectivas a las necesidades del talento humano.
- Planeación del talento humano institucional.

- Desarrollo de estrategias para promover la seguridad del paciente, la humanización de la atención y el enfoque de riesgo.
- Educación continuada.
- Evaluación competencias y desempeño.
- Mejoramiento de la salud ocupacional y seguridad industrial.
- Evaluación sistemática de la satisfacción del cliente interno.
- Desarrollo de la transformación cultural.

El cumplimiento del grupo de estándares de Talento Humano debe garantizar competencias del talento humano en el rol que desempeña en la institución, empoderar el talento humano para asumir las responsabilidades que le han sido asignadas, aplicar los procesos al talento humano, incluidos todos los colaboradores de la institución, independientemente de la modalidad de vinculación.

Para esto es fundamental acondicionar las áreas y puestos de trabajo para mejorar el desempeño de los colaboradores de la institución, desarrollar estrategias para promover la comunicación y el diálogo permanente, implementar estrategias para evaluar la transformación cultural y aplicar los procesos al talento humano, incluidos todos los colaboradores de la institución, independientemente de la modalidad de vinculación. La organización obtenga cada vez mejores resultados en el desempeño del talento humano alineado con los objetivos y las metas institucionales.

Para el efecto, la organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de direccionamiento estratégico, de manera sistemática, con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad.

**Grafico 11.** Resultado de la Calificación de Estándares de Talento Humano.

GRUPO	ESTÁNDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					Media
		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	
4. GERENCIA DEL	104	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,40
4. GERENCIA DEL	105	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
4. GERENCIA DEL	106	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
4. GERENCIA DEL	107	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
4. GERENCIA DEL	108	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
4. GERENCIA DEL	109	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,70
4. GERENCIA DEL	110	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
4. GERENCIA DEL	111	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
4. GERENCIA DEL	112	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,60
4. GERENCIA DEL	113	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
4. GERENCIA DEL	114	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
4. GERENCIA DEL	115	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
4. GERENCIA DEL	116	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
4. GERENCIA DEL	117	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
4. GERENCIA DEL	118	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
4. GERENCIA DEL	119	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
4. GERENCIA DEL	120	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00

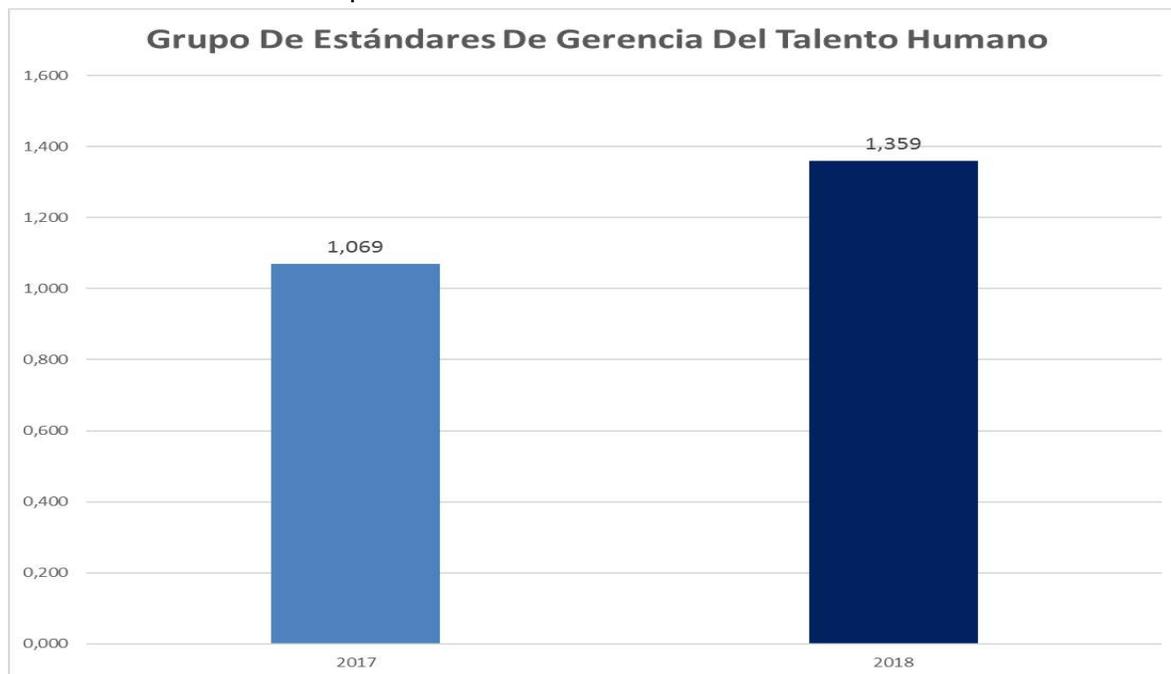
Fuente. Investigación del Equipo Evaluador.

**Grafico 12.** Ranking de estándares del Grupo con mayor y menor calificación.

ESTÁNDARES CON MAYOR CALIFICACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 107. Código: (TH4)</b> La institución tiene definido el programa de inducción de personal (nuevos colaboradores contratados, trabajadores de empresas subcontratadas, personal en formación o entrenamiento)	2,00
2	<b>Estándar 108. Código: (TH5)</b> Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias	2,00
ESTÁNDARES CON MENOR CALIFICACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 106. Código: (TH3)</b> La asignación del talento humano (número y el tipo de profesionales, auxiliares o tecnólogos necesarios) responde a la planeación y a las fases del proceso de atención. NO EVIDENCIA AVANCE	1,00
2	<b>Estándar 118. Código: (TH15)</b> Se cuenta con procesos planeados, implementados y evaluados para la supervisión, asesoría, prerrogativas, autorizaciones y acompañamiento al personal en prácticas formativas durante los procesos de contacto directo con el paciente. NO EVIDENCIA AVANCE	1,00

Fuente. Investigación del Equipo Evaluador.

**Grafico 13.** Resumen Grupo de Estándares Gerencia del Talento Humano



CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					4. GERENCIA DEL TALENTO HUMANO					1,359
ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institucion	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
1,706	1,647	1,647	1,471	1,412	1,176	1,176	1,118	1,118	1,118	
1,667 Promedio Enfoque			1,441 Promedio Imp		1,141 Promedio Resultados					

**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El Grupo de Estándares TALENTO HUMANO, mantiene la tendencia positiva con respecto al año anterior, se evidencia un avance del 20% que es muy significativo para el grupo de estándares sabiendo que el Talento Humano de la ESE se constituye en la principal ficha clave del andamiaje de la organización, en la Vigencia 2.017 fue calificado con 1,069 en promedio general para el grupo de estándar, es así, para el 2.018 el grupo de estándar fue calificado con 1,359, se evidencia que en el 2.018 se realizó la actualización documental por parte de un profesional de apoyo que fue contratado para realizar esta función, para esta vigencia se espera que esta actualización documental sea socializada y evaluada en la próxima vigencia.

## GRUPO DE ESTÁNDARES DE AMBIENTE FÍSICO

La Intencionalidad del grupo de estándares de gerencia del ambiente físico es que los procesos institucionales, y en particular los de atención del paciente, cuenten con los recursos físicos, tecnológicos y de infraestructura y con las características técnicas que respondan a las necesidades. En especial que las condiciones del ambiente físico garanticen la protección en un ambiente humanizado a los usuarios y los colaboradores.

Para ello, la organización cuenta con procesos de:

- Gestión de insumos y suministros.
- Gestión de la infraestructura física.
- Gestión ambiental.
- Plan de emergencias y desastres internos y externos.
- Seguridad industrial y salud ocupacional.

Esto incluye el manejo seguro del ambiente físico, con enfoque de riesgo, consistente con el direccionamiento estratégico, y la promoción de una cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico.

**Grafico 14.** Resultado de la Calificación de Estándares de gerencia del ambiente físico

GRUPO	ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					Media
		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	
5.GERENCIA DEL	121	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,60
5.GERENCIA DEL	122	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1,70
5.GERENCIA DEL	123	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1,60
5.GERENCIA DEL	124	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,60
5.GERENCIA DEL	125	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
5.GERENCIA DEL	126	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1,70
5.GERENCIA DEL	127	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
5.GERENCIA DEL	128	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
5.GERENCIA DEL	129	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1,50
5.GERENCIA DEL	130	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
5.GERENCIA DEL	131	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30

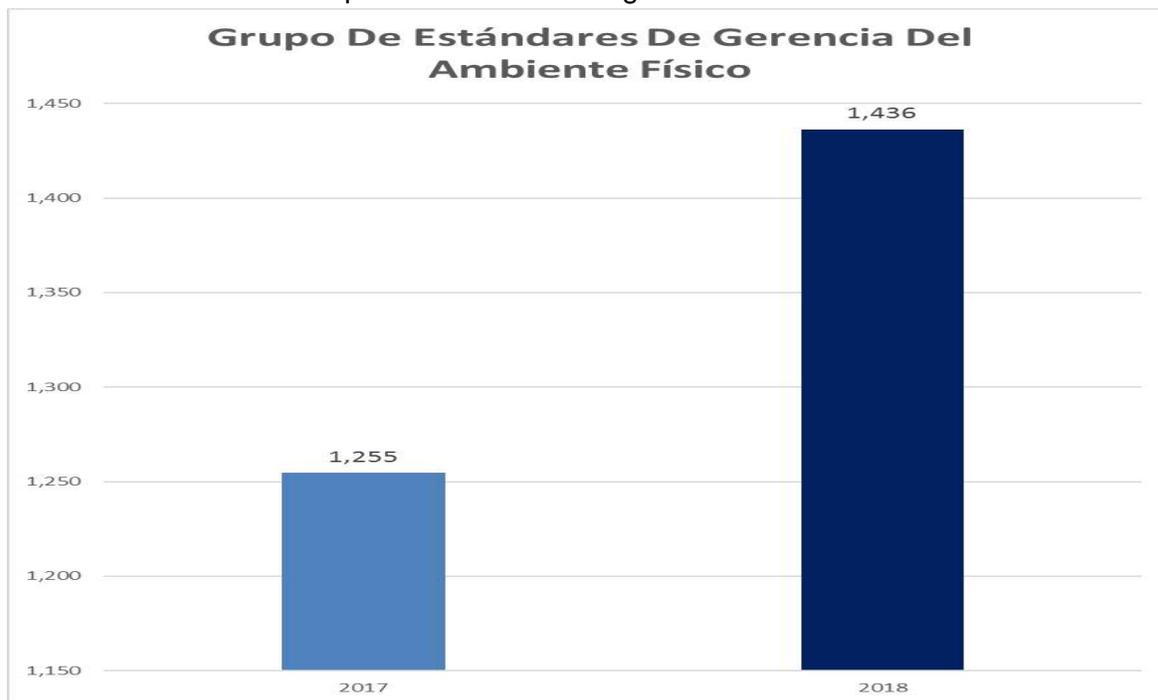
**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

**Grafico 15.** Ranking de estándares del Grupo con mayor y menor calificación.

ESTÁNDARES CON MAYOR CALIFICACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 122. Código: (GAF2)</b> La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.	1,70
2	<b>Estándar 126. Código: (GAF6)</b> Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios (cuando ocurren situaciones que lo ameriten).	1,70
ESTÁNDARES CON MENOR CALIFICACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 127. Código: (GAF7)</b> La organización minimiza el riesgo de pérdida de usuarios durante su proceso de atención a través de su infraestructura y sus procedimientos organizacionales. En el caso de pérdida de un paciente, existe un proceso diseñado, implementado y evaluado para el manejo de esta situación. NO SE EVIDENCIAN AVANCES	1,00
2	<b>Estándar 130. Código: (GAF109)</b> En las construcciones nuevas y en las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad, el respeto del ambiente y las normas vigentes. NO SE EVIDENCIAN AVANCES	1,00

**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

**Grafico 16.** Resumen Grupo de Estándares de gerencia del ambiente físico



CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR 5. GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO									1,436
ENFOQUE			IMPLEMENTACION		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
2,182	2,091	1,727	1,545	1,545	1,182	1,091	1,000	1,000	1,000
2,000 Promedio Enfoque			1,545		1,055 Promedio Resultados				

**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El Grupo de Estándares AMBIENTE FÍSICO para la vigencia 2.018 se mantiene con tendencia positiva respecto al año anterior, los Estándares Administrativos tienen dificultad para su cumplimiento dado a la crisis financiera y el no pago de las EPS, sin embargo, la alta gerencia del Hospital durante la vigencia ha realizado adecuaciones y mejoras de la Infraestructura de la planta física.

En la Vigencia 2.018 se realizó la adecuación del Área de Urgencias Pediatría, se realizó instalación de los lavamanos de los consultorios de medicina especializada, se inició la obra del cuarto de sistemas, se adquirió la planta eléctrica y se adecuó la placa para el piso, se empezó a construir el área lúdica de pediatría, se realizó adecuación y restauración de los quirófanos, en el área de Imágenes Diagnosticas se realizó la adecuación de un área para recepción y vestier de pacientes, entre otras actividades de adecuación del ambiente físico de la ESE.

La alta gerencia tiene un compromiso social con el Sarare y dentro de los planes a mediano plazo está la proyección de una UCI y de la zona de parqueaderos para los funcionarios de la Institución.

## GRUPO DE ESTÁNDARES GESTIÓN DE TECNOLOGÍA

**Grafico 17.** Resultado de la Calificación de Estándares de Gestión De Tecnología

GRUPO	ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					Media
		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	
6.GESTION TECN	132	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
6.GESTION TECN	133	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
6.GESTION TECN	134	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1,70
6.GESTION TECN	135	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
6.GESTION TECN	136	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2,20
6.GESTION TECN	137	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
6.GESTION TECN	138	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1,80
6.GESTION TECN	139	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
6.GESTION TECN	140	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
6.GESTION TECN	141	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00

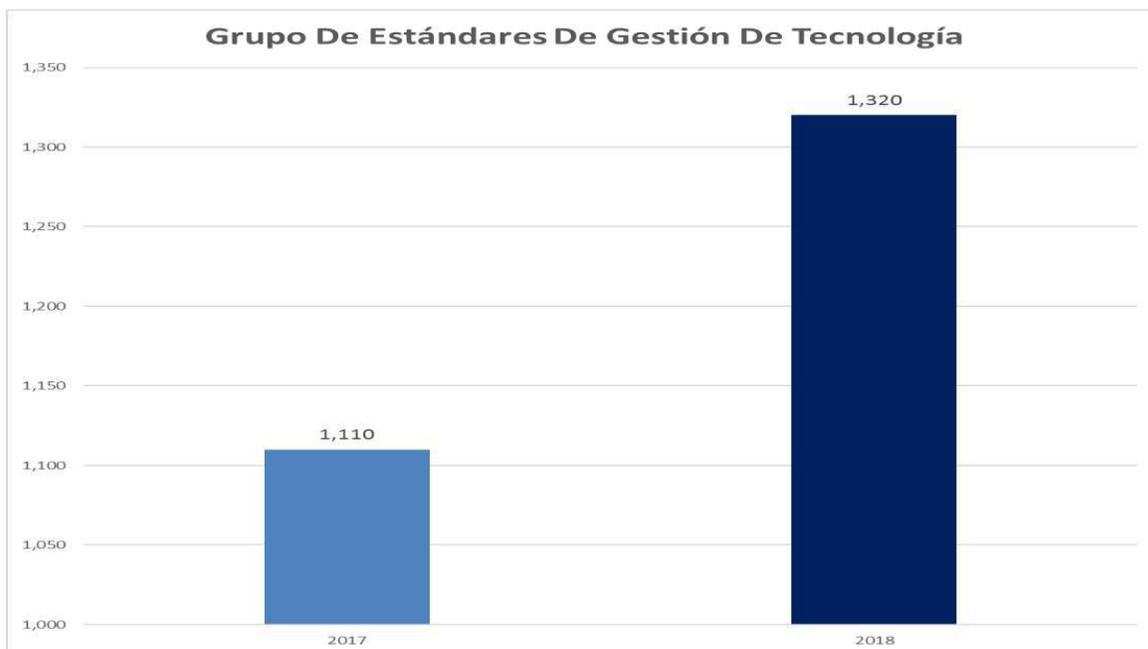
Fuente. Investigación del Equipo Evaluador.

**Grafico 18.** Ranking de estándares del Grupo con mayor y menor calificación.

ESTÁNDARES CON MAYOR CALIFICACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 134. Código: (GT3)</b> La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología.	2,20
2	<b>Estándar 138. Código: (GT7)</b> En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores.	1,80
ESTÁNDARES CON MENOR CALIFICACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 135. Código: (GT4)</b> La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología. NO SE EVIDENCIA AVANCE	1,00
2	<b>Estándar 139. Código: (GT8)</b> La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el grado de complejidad de los prestadores. NO SE EVIDENCIA AVANCE	1,00

Fuente. Investigación del Equipo Evaluador.

**Grafico 19.** Resumen Grupo de Estándares Gestión De Tecnología



CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR 6. GESTION TECNOLOGIA									1,320
ENFOQUE			IMPLEMENTACION		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
1,900	1,700	1,500	1,300	1,300	1,100	1,100	1,100	1,100	1,100
1,700 Promedio Enfoque			1,300 Promedio Imp		1,100 Promedio Resultados				

**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El Grupo de Estándares gestión de la tecnología para la vigencia se mantiene con tendencia positiva y con tendencia al mejoramiento continuo. Comparación con la vigencia anterior refleja un mejoramiento del 15% aproximadamente, en el 2.017 el grupo de estándar obtuvo una calificación general promedio de 1,110 y en el 2.018 aumento a 1,320.

Para el grupo de estándares se evidencia que no existe política definida, implementada y evaluada para la monitorización y control de la tecnología. El área de Sistemas está en proceso de ajuste del Plan de Mantenimiento y articularlo con el Plan de Biomédicos, logrando así, la articulación según la resolución 029 de la Supersalud.

### GRUPO DE ESTÁNDARES GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

**Grafico 20.** Resultado de la Calificación de Estándares gerencia de la información

GRUPO	ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					Media
		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	
7.GERENCIA DE	142	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
7.GERENCIA DE	143	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,70
7.GERENCIA DE	144	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1,40
7.GERENCIA DE	145	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,60
7.GERENCIA DE	146	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2,40
7.GERENCIA DE	147	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,00
7.GERENCIA DE	148	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
7.GERENCIA DE	149	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,60
7.GERENCIA DE	150	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1,80
7.GERENCIA DE	151	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
7.GERENCIA DE	152	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2,30
7.GERENCIA DE	153	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,30
7.GERENCIA DE	154	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1,50
7.GERENCIA DE	155	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00

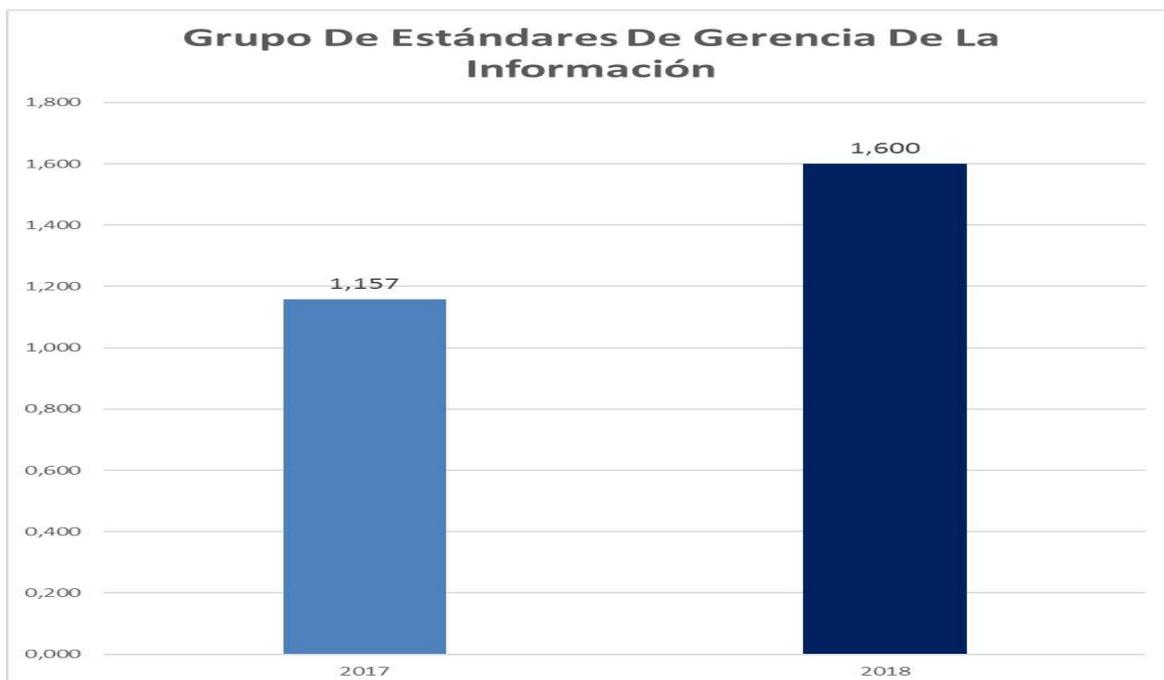
Fuente. Investigación del Equipo Evaluador.

**Grafico 21.** Ranking de estándares del Grupo con mayor y menor calificación.

ESTÁNDARES CON MAYOR CALIFICACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 146. Código: (GI5)</b> Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.	2,40
2	<b>Estándar 152. Código: (GI11)</b> Le corresponde a la gerencia de la información incorporar en los sistemas informáticos o computarizados los contenidos de los registros definidos por la organización en los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos. Esto incluye mecanismos para garantizar que se previenen eventos adversos asociados al uso de siglas o por confusión en las órdenes médicas.	2,30
ESTÁNDARES CON MENOR CALIFICACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 148. Código: (GI7)</b> Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada. NO SE EVIDENCIA AVANCE	1,00
2	<b>Estándar 155. Código: (GIMCC1)</b> La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares. NO SE EVIDENCIA AVANCE	1,00

Fuente. Investigación del Equipo Evaluador.

**Grafico 22.** Resumen Grupo de Estándares gerencia de la información



CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR 7. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN									1,600
ENFOQUE			IMPLEMENTACION		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
2,214	2,143	2,000	1,714	1,571	1,429	1,286	1,214	1,214	1,214
2,119 Promedio Enfoque			1,643 Promedio Imp		1,271 Promedio Resultados				

**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El Grupo de Estándares gerencia de la información para la vigencia se mantiene con tendencia positiva. En comparación con la vigencia anterior refleja un mejoramiento del 28% aproximadamente, en el 2.017 el grupo de estándar obtuvo una calificación general promedio de 1,157 y en el 2.018 aumento a 1,600.

Esto se debe a los lineamientos de las políticas de seguridad informática y de control y acceso a la información que se documentaron en la vigencia 2.018, se realizó actualización de la página web de la ESE según los lineamientos de MiPG y las políticas de transparencia de la información. Sin embargo, pese a que la ESE cuenta con un Software de información como Dinámica Gerencial se tiene dificultad con la minería de datos y la centralización de la información, debido a que dinámica fue implementado en la ESE a partir del 2.010 para 300 estaciones y a la fecha se ha incrementado casi en un 60% el número de estaciones lo

que ha originado que la red se torne lenta en la transmisión de datos y en ocasiones colapse porque supero su capacidad original, para superar este impase se debe proyectar la adquisición una central de almacenamiento o servidor con mayor capacidad de almacenamiento. Es importante también verificar en esta vigencia las características del Hardware que en muchos servicios ya cumplieron su vida útil.

## GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

**Grafico 23.** Resultado de la Calificación de Estándares Mejoramiento De La Calidad

GRUPO	ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					Media
		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	
8.MEJORAMIENT	156	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,50
8.MEJORAMIENT	157	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
8.MEJORAMIENT	158	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,10
8.MEJORAMIENT	159	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00
8.MEJORAMIENT	160	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00

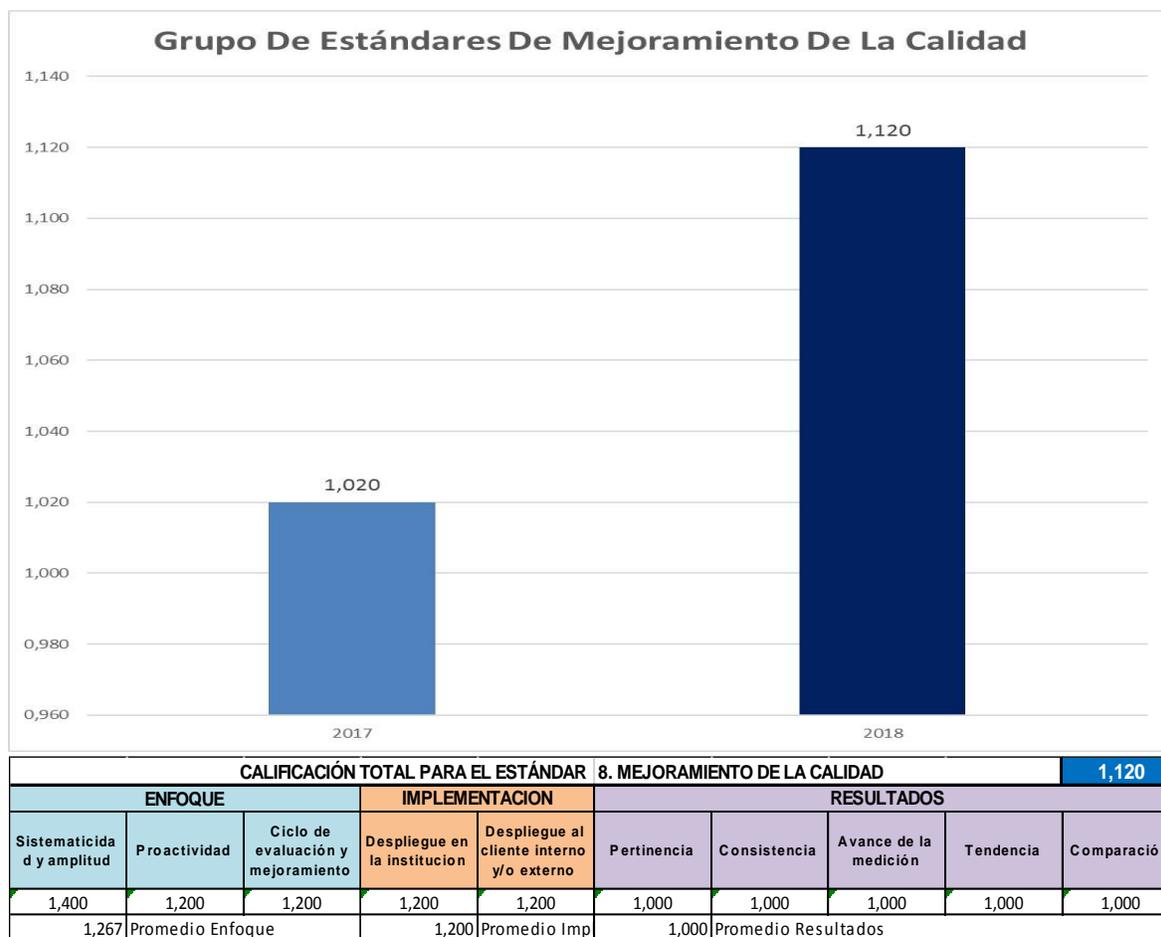
**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

**Grafico 24.** Ranking de estándares del Grupo con mayor y menor calificación.

ESTÁNDARES CON MAYOR CALIFICACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 156. Código: (MCC1)</b> Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados	1,50
ESTÁNDARES CON MENOR CALIFICACIÓN		
#	ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
1	<b>Estándar 160. Código: (MCC5):</b> Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas. NO SE EVIDENCIA AVANCE	1,00

**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

**Grafico 25.** Resumen Grupo de Estándares Mejoramiento De La Calidad



**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El Grupo de Estándares Mejoramiento De La Calidad se evidencia una leve tendencia positiva hacia el mejoramiento continuo con respecto al año anterior cercano del 9%. En la vigencia 2.017 el grupo de estándares califico con una media de 1,020 y para la vigencia 2.018 el resultado de la calificación promedio del grupo de estándares es de 1,120.

Es el grupo de estándares que menos evidencia avances, sin embargo, los procesos de seguimiento se mantienen en la institución pese a que los líderes de proceso del área asistencial se han desmotivado debido a la sobrecarga laboral. Los jefes de enfermería que son líderes de proceso no tienen tiempo para realizar las actividades del PAMEC pues les

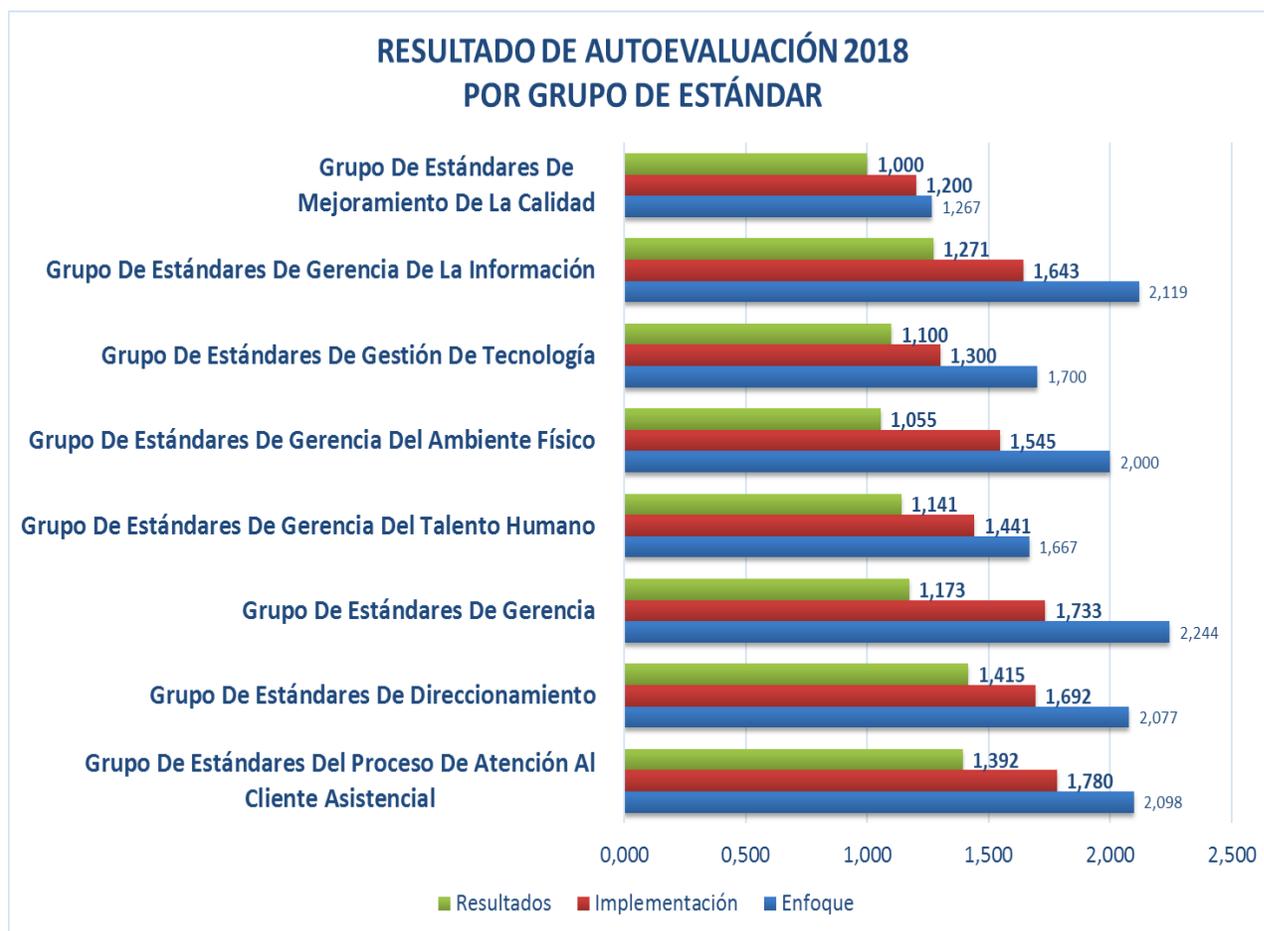
quitaron las horas de Liderazgo de Calidad por cuestiones gerenciales. En el cuadro de turnos registran 186 que deben cumplir con los turnos asistenciales y no le queda mucho tiempo disponible para las actividades administrativas, esta situación dificulta la asistencia a las reuniones y al cumplimiento de las actividades el PAMEC.

## RESULTADO DE LA AUTOEVALUACIÓN POR GRUPOS DE ESTÁNDAR VIGENCIA 2.018

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.

**Grafico 26.** Resultado de la Autoevaluación por grupos de estándar vigencia 2.018

+



GRUPO DE ESTÁNDARES	Enfoque	Implementación	Resultados
Grupo De Estándares Del Proceso De Atención Al Cliente Asistencial	2,098	1,780	1,392
Grupo De Estándares De Direccionamiento	2,077	1,692	1,415
Grupo De Estándares De Gerencia	2,244	1,733	1,173
Grupo De Estándares De Gerencia Del Talento Humano	1,667	1,441	1,141
Grupo De Estándares De Gerencia Del Ambiente Físico	2,000	1,545	1,055
Grupo De Estándares De Gestión De Tecnología	1,700	1,300	1,100
Grupo De Estándares De Gerencia De La Información	2,119	1,643	1,271
Grupo De Estándares De Mejoramiento De La Calidad	1,267	1,200	1,000
<b>PROMEDIO</b>	<b>1,896</b>	<b>1,542</b>	<b>1,193</b>
		<b>VIGENCIA 2018 = 1,575</b>	<b>1,575</b>

**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

En la gráfica anterior podemos evidenciar que la mayor calificación se da en el Enfoque, este resultado es lógico y esperado dado que el enfoque hace referencia al **Planear** en el ciclo PHVA de Calidad, es la primera fase o la preparación documental de los procesos de una institución, seguidamente, está la fase de la Implementación, que es el **Hacer** en el ciclo PHVA y finalmente esta la fase de los Resultados que es la **Verificación y el Actuar** de los ciclos de calidad.

Para la próxima vigencia se debe fortalecer el proceso de socialización y evaluación de los procesos institucionales para fomentar el mejoramiento de las competencias del talento humano de la institución, garantizando adherencia a protocolos y aumentando la seguridad del paciente, la principal estrategia es socializando y evaluando nuestros procesos documentados y los protocolos normativos del ministerio a través de las GPC disponibles en la página web del ministerio de la protección social de salud de Colombia.

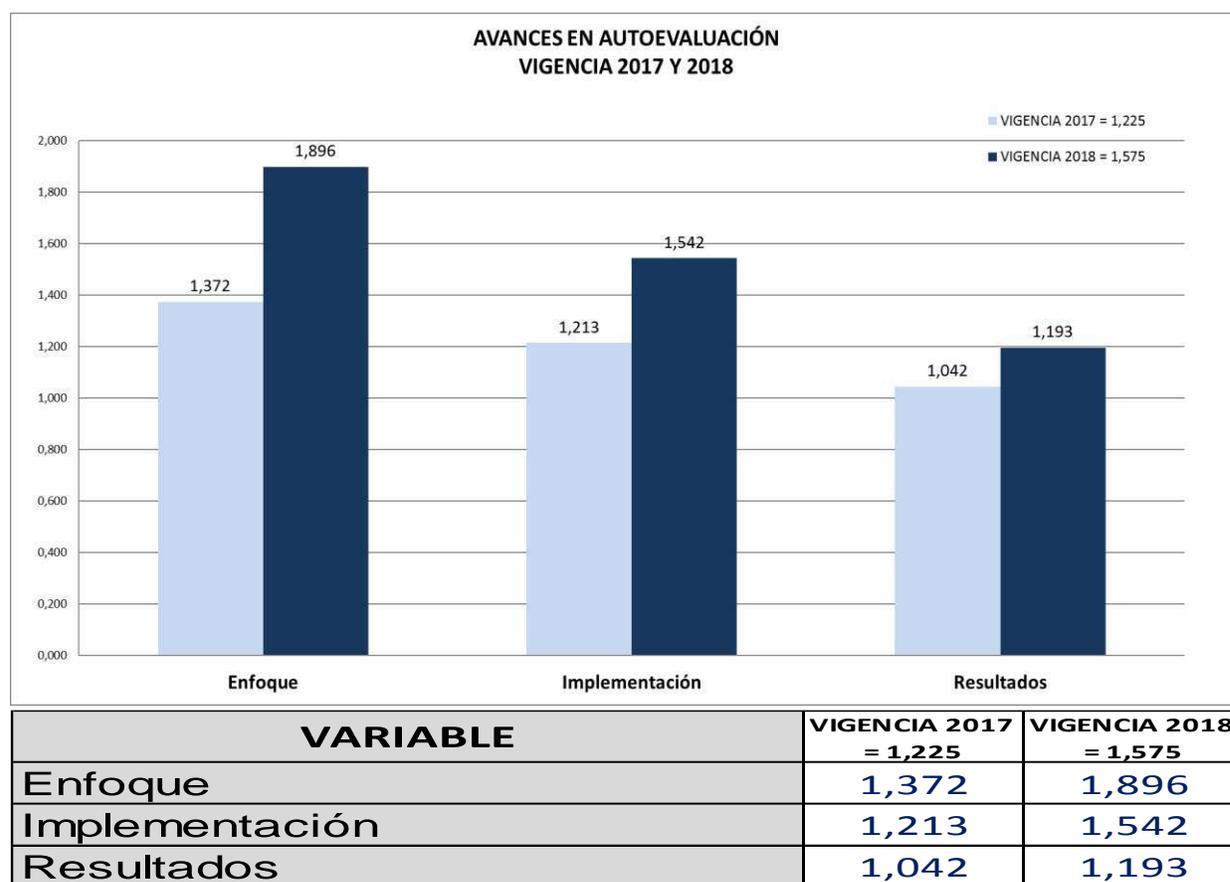
## RESULTADO AUTOEVALUACIÓN COMPARATIVO - VIGENCIA 2.017 Y 2.018

En los datos anteriores está documentado el proceso de autoevaluación y calificación de los estándares de acreditación para la vigencia 2.018, para poder comparar los avances es preciso dar un breve vistazo a los resultados de la autoevaluación de estándares de acreditación de la vigencia 2.017, de esta manera podemos evidenciar el grado de avance y determinar los resultados del programa PAMEC 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.

En la vigencia 2017, el equipo evaluador del Hospital del Sarare E.S.E realizó el proceso de calificación de los estándares de acreditación, teniendo como referente el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y hospitalario, adoptado por la resolución 123 de 26 de enero 2012 versión 003. Para esta oportunidad el manual contaba con 158 estándares a evaluar y el resultado en general de la autoevaluación fue de 1,225 como se muestra más adelante en el gráfico. Para la autoevaluación de la Vigencia 2.018 se implementó la manual versión 3.1 normado por la Resolución 5095 de 2018 por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia en Versión 3.1 del Ministerio de Salud y la Protección Social, este manual trae como principal novedad la inclusión de dos estándares más que la versión anterior, uno es el **Estándar 8. Código: (AsDP4) La organización tiene definido, implementado y en operación el plan de prevención y control de infecciones**, este estándar es del Grupo de Estándares PACAS y el **Estándar 107. Código: (TH4) La institución tiene definido el programa de inducción de personal (nuevos colaboradores contratados, trabajadores de empresas subcontratadas, personal en formación o entrenamiento)**, que pertenece al grupo de estándares de Talento Humano, además, se incluyen y se excluyen criterios a los grupos de estándar fortaleciendo la seguridad del paciente y la humanización en la atención en los servicios de salud, favoreciendo y mejorando la calidad en la prestación institucional.

La intencionalidad de cada grupo de estándares, en esta versión incluye un cuadro resumen que relaciona los cambios en estándares o criterios, incorporaciones o modificaciones en nomenclatura o codificación al interior de éste grupo. Se incluye el “Contexto Normativo” en el que se relacionan las principales normas que impulsan y soportan el Sistema Único de Acreditación en Salud de Colombia en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta versión contiene en los anexos una tabla denominada “Índice y codificación de los estándares” que facilita al usuario la ubicación de los estándares en el cuerpo del manual.

**Grafico 27.** Resumen Comparativo de la Autoevaluación vigencia 2.017 y 2.018

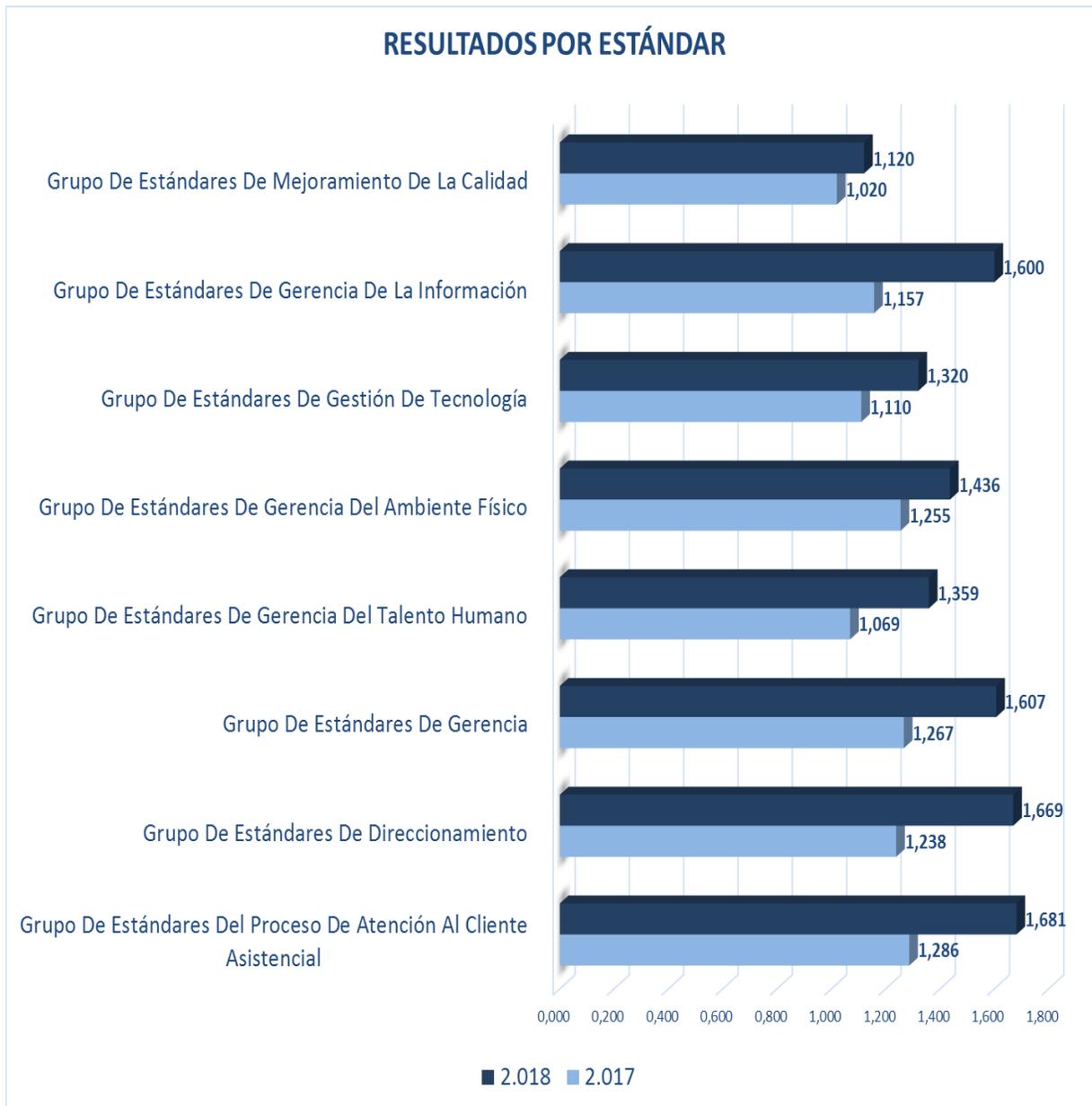


**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

En el grafico anterior podemos evidenciar el grado de avance por grupo de estándares y se representa el grado de avance promediando según el grado de avance según enfoque, implementación y resultados. Evidenciando que en la vigencia 2.018 el resultado global es

1,225 y en el 2.019 el resultado es 1,575. A continuación, veremos el avance por grupo de estándar.

**Grafico 28.** Comparativo vigencia 2.017 y 2.018 por grupo de Estándares



<b>GRUPO DE ESTÁNDARES</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Grupo De Estándares Del Proceso De Atención Al Cliente Asistencial	1,286	1,681
Grupo De Estándares De Direccionamiento	1,238	1,669
Grupo De Estándares De Gerencia	1,267	1,607
Grupo De Estándares De Gerencia Del Talento Humano	1,069	1,359
Grupo De Estándares De Gerencia Del Ambiente Físico	1,255	1,436
Grupo De Estándares De Gestión De Tecnología	1,110	1,320
Grupo De Estándares De Gerencia De La Información	1,157	1,600
Grupo De Estándares De Mejoramiento De La Calidad	1,020	1,120

**Fuente.** Investigación del Equipo Evaluador.

Como se puede apreciar en la gráfica anterior el grupo de estándares que más nivel de avance ha demostrado es el grupo Cliente Asistencial, es de resaltar que éste grupo es los más números y tiene más de la mitad de los estándares delo manual.

Las barras oscuras representan la vigencia 2.018 y las barras claras corresponden a la vigencia 2.017, en el resultado general se aprecia que en todos los estándares hay avances significativos y que poco a poco la institución está logrando encaminar sus esfuerzos a la acreditación.

Es claro que la situación financiera pone en riesgo el proceso de mejoramiento continuo, sin embargo, se puede evidenciar el compromiso de los líderes de proceso y el trabajo articulado de la gerencia. No obstante, el hospital presenta debilidades en algunos estándares de obligatorio que se espera se puedan subsanar con los procesos de mejoramiento continuo hacia la acreditación.

## CONCLUSIÓN

Una vez realizada la autoevaluación de los estándares de acreditación se puede concluir que el Hospital del Sarare ESE y la alta gerencia están enfocando sus esfuerzos hacia el direccionamiento estratégico y el mejoramiento continuo, esto conlleva a que la organización realice el aprendizaje organizacional y la reducción de eventos adversos, garantizando procesos seguros y una atención humanizada.

Así pues, la calificación final de los 160 estándares aplicables del PAMEC en la vigencia 2018 evidencia un incremento cercano al 22% aumentando de 1,225 en el 2.017 a 1,575 en el 2.018, lo que representa un avance significativo en el proceso de acreditación, se espera que para la vigencia 2.020 el grado de avance este cercano 2.0 en la calificación según los criterios de la hoja radar, evidenciando así, el proceso de mejoramiento continuo de la calidad.



**Dr. Vladimir Duran Osorio**  
Prof. Universitario Líder Area Calidad  
Hospital del Sarare ESE  
Saravena – Arauca  
2018

## **INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

## **INDICADOR 2.**

### **EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

#### **INTRODUCCIÓN**

El Hospital del Sarare ESE ejecuta su PAMEC 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.

Su estructura, se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, propuestos por el Ministerio de la Protección Social, en donde con base en una autoevaluación institucional de estándares superiores a los del Sistema Único de Habilitación y concordantes con el propósito de Acreditación se establecieron los planes de mejoramiento, con el único fin de acercar la institución a lo sus usuarios, satisfaciendo razonablemente sus necesidades y expectativas y con un propósito cercano de cumplir los estándares superiores de calidad establecidos en el Sistema de acreditación en salud.

La ESE, establece como política institucional la búsqueda activa de la satisfacción de sus usuarios, ofreciendo servicios de salud con calidad y con un enfoque basado en procesos y en la búsqueda constante de la calidad de los servicios de salud que presta a sus usuarios, toma como referente el Decreto N° 1011 de abril de 2006, que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en el cual se relaciona el PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC), en procura de lograr un documento base que ofrezca los conceptos y los instrumentos que faciliten la labor de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención que reciben los usuarios.

En el siguiente informe se evidencia el segundo seguimiento programado al PAMEC de la Institución durante el segundo semestre de 2018, se presenta el análisis y el consolidado del seguimiento al desarrollo de las acciones de mejora de cada uno de los grupos de estándares de Acreditación, según el Manual Acreditación Salud Ambulatorio Hospitalario Resolución 0123 de 2012 Versión 003 y se presenta agrupado por Grupos de Estándares así:

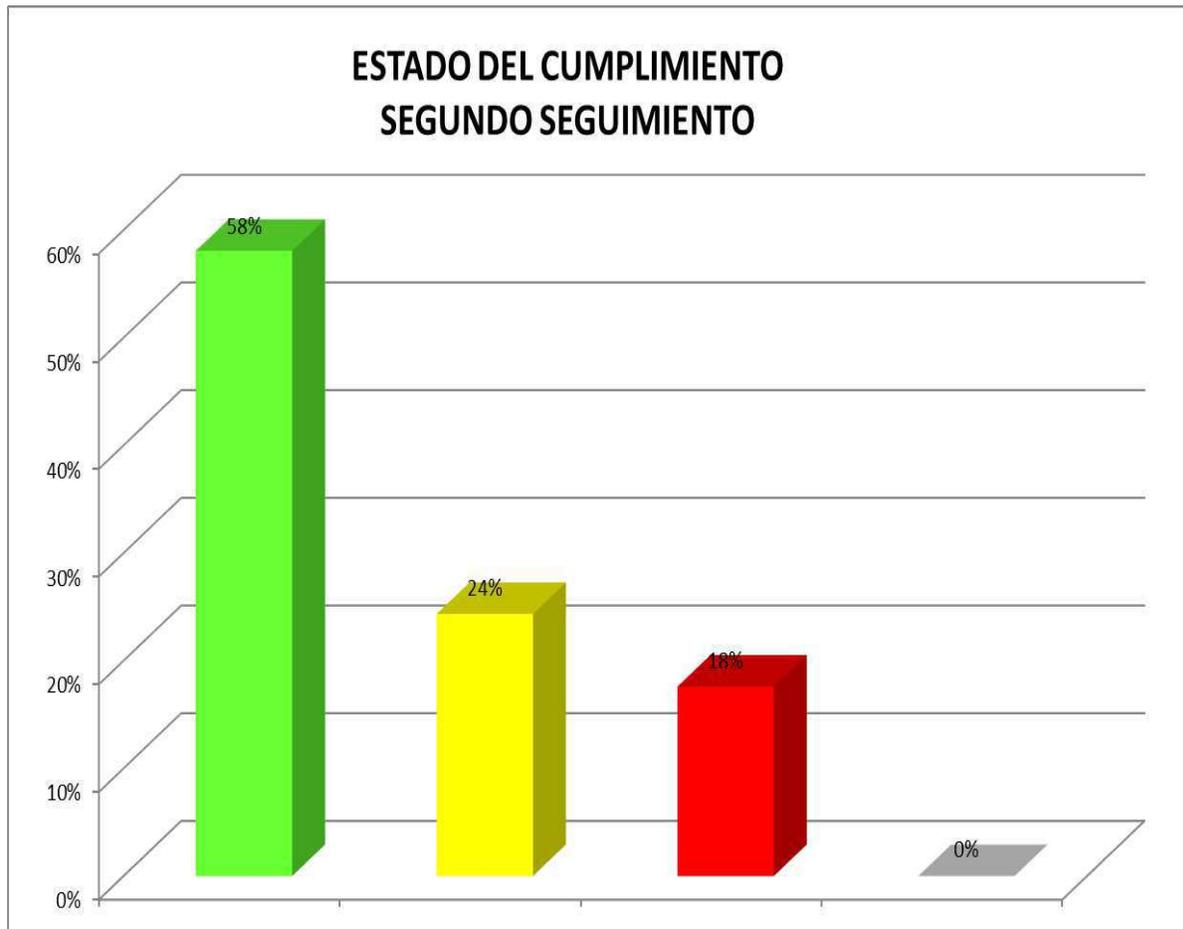
- Grupo De Estándares Del Proceso De Atención Al Cliente Asistencial (1 – 74)
- Grupo De Estándares De Direccionamiento (75 – 87)
- Grupo De Estándares De Gerencia (88 – 102)
- Grupo De Estándares De Gerencia Del Talento Humano (103 – 108)
- Grupo De Estándares De Gerencia Del Ambiente Físico (109 – 129)
- Grupo De Estándares De Gestión De Tecnología (130 – 139)
- Grupo De Estándares De Gerencia De La Información (140 – 153)
- Grupo De Estándares De Mejoramiento De La Calidad (154 – 158)

## **METODOLOGÍA DE TRABAJO**

La ESE, cuenta con un equipo evaluador de estándares de acreditación teniendo en cuenta el manual versión 3.0 y se reúne al inicio de la vigencia para proponer acciones de mejora durante el año. Estas mejoras se dan a conocer al equipo de Líderes de Proceso responsables de la ejecución y desde el área de calidad se realiza dos seguimientos programados en el año. Las actividades se califican según grado de cumplimiento; es decir, se califica COMPLETO si el cumplimiento es superior al 95%, EN DESARROLLO si el cumplimiento está en el rango de al 55 al 94%, se califica ATRASADO si el cumplimiento esta entre el 25 y el 55% y se califica NO INICIADO si el cumplimiento es inferior al 24%; sin embargo, si las actividades no fueron iniciadas el momento de verificar el segundo seguimiento se califica como ATRASADO.

A continuación, presentamos el resumen de los estándares y su cumplimiento en el segundo seguimiento programado.

GRUPO DE ESTÁNDARES	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO	TOTAL
ASISTENCIALES 1-74	117	39	34	0	190
DIRECCIONAMIENTO 75-87	10	4	4	0	18
GERENCIA 88-102	6	4	0	0	10
TALENTO HUMANO 103-118	26	10	9	0	45
AMBIENTE FÍSICO 119-129	22	6	10	0	38
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA 130-139	7	5	1	0	13
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN 140-153	8	13	2	0	23
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 154-158	2	2	0	0	4
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>341</b>
	58%	24%	18%	0%	



## **ANÁLISIS DE GRUPO DE ESTÁNDARES DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE 2018**

### **1. GRUPO DE ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL (1 – 74)**

En el grupo de estándares de los procesos Cliente Asistencial incluye Derechos de los pacientes, Seguridad del paciente, Acceso, Registró e ingreso, Evaluación de necesidades al ingreso, Planeación de la atención, Ejecución del tratamiento, Evaluación de la atención, Salida y seguimiento, Referencia y Contrarreferencia, Sedes integradas en red.

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo a partir de un enfoque de humanización de servicios es básicamente que durante su atención a los pacientes se le respeten los derechos (a la información, a aceptar o rechazar la participación en investigaciones, a la intimidad y confidencialidad, a su buen nombre, a las decisiones sobre su cuerpo, a la dignidad y el respeto por sus creencias, costumbres y valores, a la libertad, entre otros) y se les expliquen cada uno de estos derechos. Que conozcan cuáles son los deberes que tienen en su condición de usuarios, que se promueva el respeto y el cumplimiento de estos deberes y existan mecanismos explícitos para solucionar controversias alrededor de dichas definiciones.

Además, se debe garantizar que los pacientes reciban la atención que la institución ofrece, sin discriminación, en un tiempo razonable, sin interrupciones y de acuerdo con su condición o enfermedad. Y que al paciente que requiere ser referido se le garanticen las condiciones para la continuidad de la atención en el lugar de referencia y, si es necesario, el regreso a la institución.

En la siguiente tabla podemos apreciar la distribución de frecuencias y el porcentaje de cumplimiento del PAMEC durante el segundo semestre.

### Grupo estándares PACAS 1-74

GRUPO DE ESTÁNDARES	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO	TOTAL
ASISTENCIALES 1-74	117	39	34	0	190
DIRECCIONAMIENTO 75-87	10	4	4	0	18
GERENCIA 88-102	6	4	0	0	10
TALENTO HUMANO 103-118	26	10	9	0	45
AMBIENTE FÍSICO 119-129	22	6	10	0	38
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA 130-139	7	5	1	0	13
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN 140-153	8	13	2	0	23
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 154-158	2	2	0	0	4
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>341</b>
	58%	24%	18%	0%	

En total se priorizaron 190 acciones de mejoramiento para el grupo de estándares PACAS que equivalen al 55,7% del total de las 341 acciones priorizadas. Durante el segundo se puede evidenciar que de las 190 acciones priorizadas para el grupo de estándares se evidencia un porcentaje de ejecución del 82,1% que corresponde a las 117 acciones de mejora que calificaron como COMPLETO (61,6%) más las 39 acciones de mejora se calificaron como EN DESARROLLO (20,5%), a su vez se evidencia un ATRASO de 34 acciones que corresponden al 17,9% para el grupo de estándares. No se evidencian acciones NO INICIADAS.

### CAUSAS IDENTIFICADAS

Durante las Auditorias de Seguimiento al cumplimiento del PAMEC los líderes de proceso manifiestan que en el segundo semestre no se pudo dar cumplimiento a algunas acciones por falta de recursos económicos y falta de talento humano en los procesos, situación que fue dada por la crisis presupuestal y el recorte administrativo que la gerencia implemento para garantizar el adecuado funcionamiento del Hospital ante la crisis departamental de la salud y el no pago de las EAPB de los servicios facturados. Es importante resaltar que durante la vigencia se realizaron cambios de los líderes y coordinadores en algunos servicios lo que conlleva a demoras en los procesos de mejoramiento. Sin embargo, cabe resaltar el compromiso de los líderes de proceso y de la alta gerencia para dar continuidad al proceso. En reunión de líderes se realizó gestión y socialización de algunas actividades y compromisos pendientes que por temas contractuales y de disponibilidad de tiempo no se realizaron y se proyectan para desarrollar en la siguiente vigencia.

## 2. GRUPO DE ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO (75 – 87)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es que la organización esté alineada con el direccionamiento estratégico, logrando un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad. Para el efecto, la organización cuenta con procesos para:

- La lectura del entorno.
- La formulación y revisión periódica del direccionamiento estratégico.
- La construcción de un plan de direccionamiento estratégico.
- La comunicación, difusión y orientación del personal.
- La sustentación de la gestión del personal ante la junta.
- El seguimiento y evaluación del direccionamiento estratégico y del plan estratégico.
- La evaluación integral de la gestión en salud.

### Grupo Estándares Direccionamiento 75-87.

GRUPO DE ESTÁNDARES	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO	TOTAL
ASISTENCIALES 1-74	117	39	34	0	190
<b>DIRECCIONAMIENTO 75-87</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>18</b>
GERENCIA 88-102	6	4	0	0	10
TALENTO HUMANO 103-118	26	10	9	0	45
AMBIENTE FÍSICO 119-129	22	6	10	0	38
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA 130-139	7	5	1	0	13
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN 140-153	8	13	2	0	23
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 154-158	2	2	0	0	4
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>341</b>
	58%	24%	18%	0%	

Para el estándar de DIRECCIONAMIENTO se identificaron 18 acciones de mejoramiento correspondientes al 5,3% del total de las 341 acciones priorizadas. Durante el segundo se puede evidenciar que de las 18 acciones priorizadas para el grupo de estándares se evidencia un porcentaje de ejecución del 77,8% que corresponde a las 10 acciones de mejora que calificaron como COMPLETO (55,6%) más las 4 acciones de mejora se calificaron como EN DESARROLLO (22,2%), a su vez se evidencia un ATRASO de 4 acciones que corresponden al 22,2% para el grupo de estándares. No se evidencian acciones NO INICIADAS.

## CAUSAS IDENTIFICADAS

Se evidencia el Acto Administrativo número 003 donde se aprueba la nueva plataforma estratégica. Pendiente Evidencia en Físico y se realizó aprobación de Plataforma estratégica en la vigencia. Por falta de disponibilidad presupuestal no se pudo realizar los banners publicitarios ni las carteleras en acrílico para publicar la plataforma estratégica en las salas de espera de la ESE.

Por parte de Talento Humano no se realizó la actualización del Manual de Funciones según las recomendaciones de la Función Pública. Esta actividad está pendiente para ejecutar en la vigencia 2019.

### 3. GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA (88 – 102)

#### Grupo Estándares GERENCIA 88-102.

GRUPO DE ESTÁNDARES	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO	TOTAL
ASISTENCIALES 1-74	117	39	34	0	190
DIRECCIONAMIENTO 75-87	10	4	4	0	18
<b>GERENCIA 88-102</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>
TALENTO HUMANO 103-118	26	10	9	0	45
AMBIENTE FÍSICO 119-129	22	6	10	0	38
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA 130-139	7	5	1	0	13
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN 140-153	8	13	2	0	23
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 154-158	2	2	0	0	4
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>341</b>
	58%	24%	18%	0%	

La intencionalidad o el resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es que los procesos organizacionales lleven a la operación los lineamientos estratégicos orientados hacia el logro de los resultados institucionales esperados, con el enfoque de gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad. Para tal efecto, la organización cuenta con procesos de identificación de los clientes internos y externos, de sus necesidades. Define y monitoriza de metas y objetivos por unidad funcional, alineados con las metas y los objetivos institucionales y la protección de los recursos.

La organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de direccionamiento estratégico de manera sistemática con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad.

Para el estándar de GERENCIA en total se priorizaron 10 acciones de mejoramiento que equivalen al 2,9% del total de las 341 acciones priorizadas. Durante el segundo se puede evidenciar que de las 10 acciones priorizadas se evidencia un porcentaje de ejecución del 100% correspondiente a 6 acciones de mejora que calificaron como COMPLETO (60%) más las 4 acciones de mejora se calificaron como EN DESARROLLO (40%). No se evidencian acciones en ATRASO y No se evidencian acciones NO INICIADAS.

### **CAUSAS IDENTIFICADAS**

De las actividades pendientes en el Estándar de Gerencia esta la realización de convenios de referenciación con otras instituciones para temas de calidad y seguridad del paciente. El proceso de la Plataforma estratégica y la actualización del portafolio de servicios es un tema que está en proceso de implementación y ajustes dado que la persona encargada de imagen corporativa estaba en licencia de maternidad. Estas actividades deberán ser priorizadas en el 2019.

### **4. GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO (103 – 118)**

La Intencionalidad del Grupo de Estándares de Gerencia del Talento Humano es lograr que el resultado esperado de la institución cuando se obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es el talento humano mejore sus competencias y desempeño en relación con las metas y los objetivos institucionales, particularmente en la atención de usuarios identificando y respondiente efectivamente las necesidades del Talento Humano, junto con la promoción de las políticas de seguridad del paciente y la humanización del servicio enfocados en la mitigación del riesgo.

Logrando que la organización obtenga cada vez mejores resultados en el desempeño del talento humano alineado con los objetivos y las metas institucionales.

**Grupo Estándares TALENTO HUMANO 103-118**

GRUPO DE ESTÁNDARES	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO	TOTAL
ASISTENCIALES 1-74	117	39	34	0	190
DIRECCIONAMIENTO 75-87	10	4	4	0	18
GERENCIA 88-102	6	4	0	0	10
<b>TALENTO HUMANO 103-118</b>	<b>26</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>45</b>
AMBIENTE FÍSICO 119-129	22	6	10	0	38
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA 130-139	7	5	1	0	13
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN 140-153	8	13	2	0	23
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 154-158	2	2	0	0	4
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>341</b>
	<b>58%</b>	<b>24%</b>	<b>18%</b>	<b>0%</b>	

Para el estándar de TALENTO HUMANO en total se priorizaron 45 acciones de mejoramiento que equivalen al 13,2% del total de las 341 acciones. Durante el segundo semestre se puede evidenciar un porcentaje de ejecución del 80% correspondiente a 26 acciones de mejora que calificaron como COMPLETO (57,8%) más las 10 acciones de mejora se calificaron como EN DESARROLLO (22,2%). Se evidencian 9 acciones en ATRASO (20,0%) y No se evidencian acciones NO INICIADAS.

**CAUSAS IDENTIFICADAS**

Algunas de las acciones no se pudieron realizar por falta de Disponibilidad de tiempo de la líder de Talento Humano, sin embargo, como acción gerencial se contrató a una profesional de Apoyo (Dra. Gina Paola Mancera) para dar cumplimiento a las actividades del Estándar. La Dra. Mancera Documento y actualizo los procesos que se aprobaron del área de Talento Humano.

Queda proyectado para la siguiente vigencia la actualización y articulación del Plana institucional de Capacitaciones, donde se debe incluir en temas de interés para capacitar a la junta directiva de la ESE. Esta la Actualización del procedimiento de viáticos, Actualizar el Manual de Inducción y Reinducción, así como la socialización y evaluación de los documentos aprobados y generar convenios con los institutos para fortalecimiento del talento humano en la ESE.

## 5. GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO (119 – 129)

La Intencionalidad del Grupo de Estándares de Gerencia del Ambiente Físico (GAF) al lograr el resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es que los procesos institucionales y en particular los de atención del paciente cuenten con los recursos físicos, tecnológicos y de infraestructura y con las características técnicas que respondan a las necesidades. En especial que las condiciones del ambiente físico garanticen la protección en un ambiente humanizado a los usuarios y los colaboradores. Esto incluye el manejo seguro del ambiente físico, con enfoque de riesgo, consistente con el direccionamiento estratégico, y la promoción de una cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico

### Grupo Estándares AMBIENTE FÍSICO 119-129

GRUPO DE ESTÁNDARES	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO	TOTAL
ASISTENCIALES 1-74	117	39	34	0	190
DIRECCIONAMIENTO 75-87	10	4	4	0	18
GERENCIA 88-102	6	4	0	0	10
TALENTO HUMANO 103-118	26	10	9	0	45
<b>AMBIENTE FÍSICO 119-129</b>	<b>22</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>38</b>
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA 130-139	7	5	1	0	13
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN 140-153	8	13	2	0	23
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 154-158	2	2	0	0	4
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>341</b>
	<b>58%</b>	<b>24%</b>	<b>18%</b>	<b>0%</b>	

Para el estándar de AMBIENTE FÍSICO en total se priorizaron 38 acciones de mejoramiento que equivalen al 11,1% del total de las 341 acciones. Durante el segundo semestre se puede evidenciar un porcentaje de ejecución del 73,7% correspondiente a 22 acciones de mejora que calificaron como COMPLETO (57,9%) más las 6 acciones de mejora se calificaron como EN DESARROLLO (15,8%). Se evidencian 10 acciones en ATRASO (26,3%) y No se evidencian acciones NO INICIADAS.

## **CAUSAS IDENTIFICADAS**

El principal impase para el cumplimiento de las acciones propuestas está en la falta de presupuesto, pues se había proyectado realizar algunos cambios en la infraestructura de la ESE, en especial el área de Urgencias, Procedimientos, Observación, Laboratorio, Banco de Sangre, Rayos X, Facturación, Sistemas, Puertas de Acceso y control de vigilantes, Servicio de Consulta Especializada y la Sala de Espera. Algunas de las áreas por remodelar y adecuar quedaron proyectadas para la vigencia 2019 por falta de disponibilidad presupuestal.

Para la vigencia 2019 se proyecta socializar los panoramas de Riesgos en las todas las sedes de la institución, realizando capacitación en la Sede A, sede UNAP y Sede INCORA.

También quedó pendiente la realización de Folletos Informativos y Carteleros de información con contenidos de prevención de incendios y actividades a desarrollar en caso de presentarse en la ESE y Distribuirlos en los usuarios y sus Familias Como estrategia de educación, prevención y preparación en casos de incendio, esta actividad no se realizó por falta de presupuesto para contratar diseño y elaboración de los folletos.

No se documentó la política del no Fumador.

## **6. GRUPO DE ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA (130 – 139)**

La Intencionalidad del Grupo de Estándares de Gestión de la Tecnología al lograr el resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es que los procesos institucionales, y en particular los de atención del paciente, cuenten con el respaldo de una gestión tecnológica, orientada a la eficiencia, la efectividad y la seguridad, en un marco de aplicación sensible a las necesidades de los usuarios y los colaboradores.

### Grupo Estándares GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

GRUPO DE ESTÁNDARES	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO	TOTAL
ASISTENCIALES 1-74	117	39	34	0	190
DIRECCIONAMIENTO 75-87	10	4	4	0	18
GERENCIA 88-102	6	4	0	0	10
TALENTO HUMANO 103-118	26	10	9	0	45
AMBIENTE FÍSICO 119-129	22	6	10	0	38
<b>GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA 130-139</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>13</b>
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN 140-153	8	13	2	0	23
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 154-158	2	2	0	0	4
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>341</b>
	58%	24%	18%	0%	

Para tal efecto la institución debe gestionar lo relacionado con el proceso de Equipos Biomédicos, Gestión de Medicamentos y Dispositivos Médicos, Mejoramiento de Tecnovigilancia y Farmacovigilancia, a su vez con el control de los procesos de adquisición de nueva tecnología.

### CAUSAS IDENTIFICADAS

Para el estándar de GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA en total se priorizaron 13 acciones de mejoramiento que equivalen al 3,8% del total de las 341 acciones. Durante el segundo semestre se puede evidenciar un porcentaje de ejecución del 92,3% correspondiente a 7 acciones de mejora que calificaron como COMPLETO (53,8%) más las 5 acciones de mejora se calificaron como EN DESARROLLO (38,5%). Se evidencian 1 acción en ATRASO (7,7%) y No se evidencian acciones NO INICIADAS. Uno de los principales impases para el cumplimiento de las actividades propuesta es la falta de personal de apoyo en el área de sistemas, está pendiente la actualización de algunos procesos y la socialización de los mismos.

### 7. GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN (140 – 153)

La Intencionalidad del Grupo de Estándares de Gerencia De La Información al lograr el resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es que los procesos institucionales cuenten con la información necesaria para la

toma de decisiones basada en hechos y datos, implementación de estrategias y mecanismos para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información, los sistemas de evaluación y mejoramiento de la gerencia de la información, las políticas y estrategias para el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información, las políticas y las estrategias en el manejo de registros clínicos del paciente de manera que estén disponibles para los equipos de salud responsables de la atención, la unificación centralizada en las instituciones organizadas en red y a definición de planes de contingencia en caso de fallas en sistemas primarios.

### Grupo Estándares GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

GRUPO DE ESTÁNDARES	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO	TOTAL
ASISTENCIALES 1-74	117	39	34	0	<b>190</b>
DIRECCIONAMIENTO 75-87	10	4	4	0	<b>18</b>
GERENCIA 88-102	6	4	0	0	<b>10</b>
TALENTO HUMANO 103-118	26	10	9	0	<b>45</b>
AMBIENTE FÍSICO 119-129	22	6	10	0	<b>38</b>
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA 130-139	7	5	1	0	<b>13</b>
<b>GERENCIA DE LA INFORMACIÓN 140-153</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>23</b>
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 154-158	2	2	0	0	<b>4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>341</b>
	<b>58%</b>	<b>24%</b>	<b>18%</b>	<b>0%</b>	

Para el estándar de GERENCIA DE LA INFORMACIÓN en total se priorizaron 23 acciones de mejoramiento que equivalen al 6,7% del total de las 341 acciones. Durante el segundo semestre se puede evidenciar un porcentaje de ejecución del 92,3% correspondiente a 8 acciones de mejora que calificaron como COMPLETO (34,8%) más las 13 acciones de mejora se calificaron como EN DESARROLLO (56,5%). Se evidencian 2 acción en ATRASO (8,7%) y No se evidencian acciones NO INICIADAS.

### CAUSAS IDENTIFICADAS

Queda pendiente del estándar el fortalecimiento el proceso que permita identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de la información que se brinda a usuarios y familiares, así como definir un Mecanismo de Monitoreo de control y evaluación del desempeño de los indicadores organizacionales. Por otra parte, se proyecta Diseñar Un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización.

## 8. GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (154 – 158)

La Intencionalidad del Grupo de Estándares de Mejoramiento De La Calidad al lograr el resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es la institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos y que el proceso de calidad de la institución integre de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización para que los procesos de calidad que se desarrollen sean efectivos y eficientes logrando así el aprendizaje organizacional en la institución.

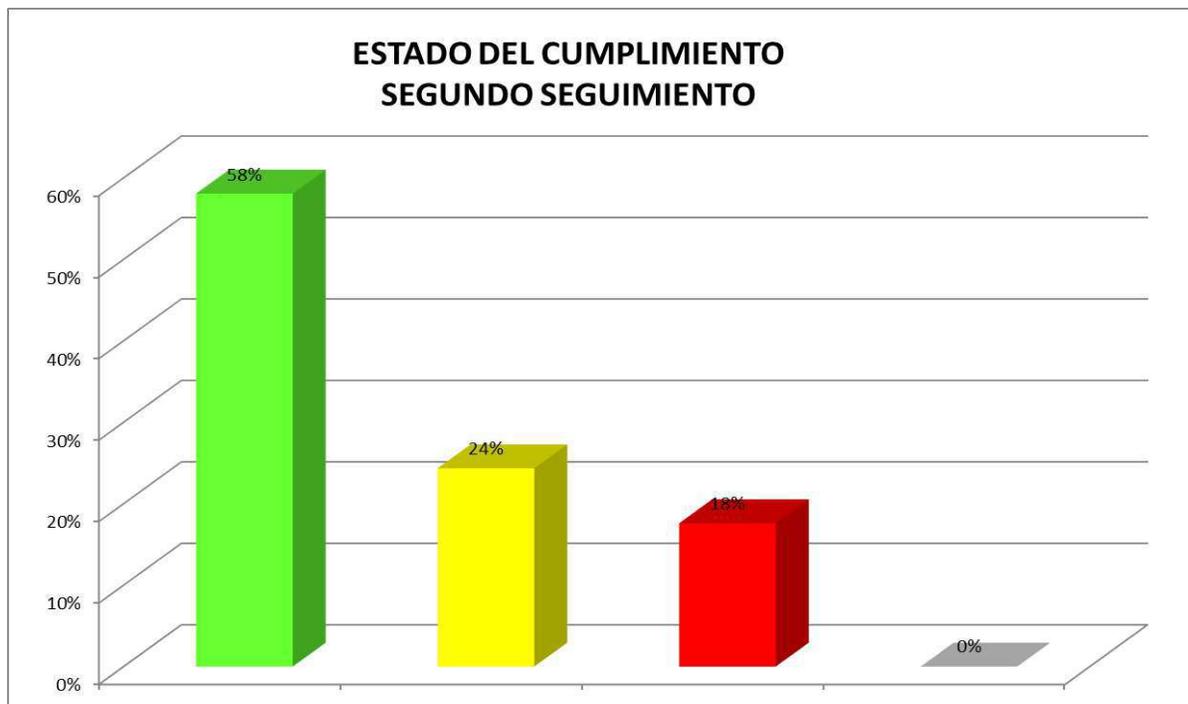
### Grupo Estándares MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

GRUPO DE ESTÁNDARES	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO	TOTAL
ASISTENCIALES 1-74	117	39	34	0	<b>190</b>
DIRECCIONAMIENTO 75-87	10	4	4	0	<b>18</b>
GERENCIA 88-102	6	4	0	0	<b>10</b>
TALENTO HUMANO 103-118	26	10	9	0	<b>45</b>
AMBIENTE FÍSICO 119-129	22	6	10	0	<b>38</b>
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA 130-139	7	5	1	0	<b>13</b>
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN 140-153	8	13	2	0	<b>23</b>
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 154-158</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>341</b>
	<b>58%</b>	<b>24%</b>	<b>18%</b>	<b>0%</b>	

Para el estándar de MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD se identificaron 4 acciones de mejoramiento que equivalen al 1,2% del total de las 341 acciones. Durante el segundo semestre se puede evidenciar un porcentaje de ejecución del 100% correspondiente a 2 acciones de mejora que calificaron como COMPLETO (50%) más las 2 acciones de mejora se calificaron como EN DESARROLLO (50%). No se evidencian acciones ATRASAS y NO INICIADAS.

**EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD ANÁLISIS GENERAL DEL PAMEC VIGENCIA 2018.**

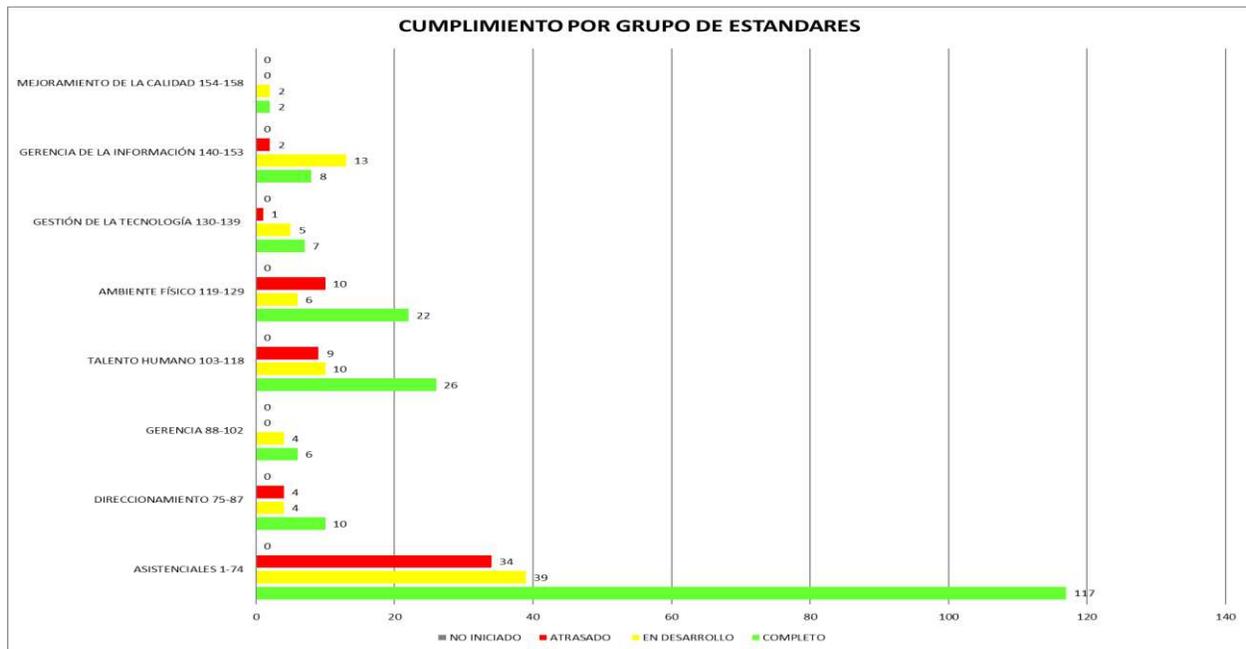
ESTADO	FR	%
<b>COMPLETO</b>	198	58%
<b>EN DESARROLLO</b>	83	24%
<b>ATRASADO</b>	60	18%
<b>NO INICIADO</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>341</b>	<b>100%</b>



En la tabla anterior se hace un análisis total de los estándares con la respectiva calificación por estándar, lo que se puede representar en una gráfica de cumplimiento por indicador.

Para la vigencia 2018 se priorizaron 341 acciones de mejoramiento, durante el segundo semestre de 2018 se puede evidenciar que el porcentaje acumulado de **cumplimiento al realizar la media del avance total es del 82%** sobre el total del avance de las 341 acciones.

Al realizar el análisis Individualizando las acciones de mejoramiento podemos evidenciar que el 58% de las acciones se evaluaron como COMPLETO, como lo indica el grafico anterior en color Verde, a su vez, en Amarillo se refleja las Acciones EN DESARROLLO que alcanzaron el 24% de las mismas. Sin embargo, en rojo se evidencian las acciones que presentan ATRASO con un porcentaje del 18% y en gris las actividades NO INICIADAS con un porcentaje del 0%



  
**Dr. Vladimir Suran Osorio**  
 Prof. Universitario Líder Área Calidad  
 Hospital del Sarare ESE  
 Saravena – Arauca  
 2018



**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 800231215-1

*Evolucionamos pensando en usted*

Vigilado:  
**Supersalud**  
Por la defensa de los derechos de los usuarios

**Ministerio de la Protección Social**  
**Departamento de Arauca**

## **INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

## INDICADOR 3

### GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

#### INFORME DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE DESARROLLO VIGENCIA 2018

#### PRESENTACION

El Hospital del Sarare ESE, es una empresa que ofrece servicios de Baja, media y alta complejidad, pertenece al orden departamental y se caracteriza por el liderazgo en la prestación de los servicios, brindando atenciones a los usuarios en condiciones de acuerdo a los atributos de calidad, seguridad y atención humanizada, mediante tecnología de punta y desarrollo técnico científico, realizando así un aporte significativo al desarrollo del piedemonte Araucano.

El presente informe contiene el resultado del plan de desarrollo del HOSPITAL DEL SARARE ESE para la vigencia 2018, su porcentaje de cumplimiento es fundamental para la toma de decisiones a nivel directivo con el fin de lograr el cumplimiento de los objetivos institucionales.

#### OBJETIVO DEL INFORME

Evaluar el cumplimiento de las metas contenidas en el plan operativo anual del Hospital del Sarare ESE.

#### PLATAFORMA ESTRATEGICA

#### MISIÓN INSTITUCIONAL

El Hospital del Sarare es una Empresa Social del Estado de referencia para el Departamento, que brinda servicios de salud de baja y mediana complejidad regidos por los estándares de Calidad enfocados hacia la Acreditación, que garantizan la disminución del riesgo en la prestación del servicio, la seguridad del paciente, la satisfacción del usuario y el bienestar integral de sus colaboradores. Está dotada con moderna tecnología en equipos biomédicos y alto desarrollo técnico-científico al servicio de un talento humano idóneo y comprometido con la institución.

## **VISIÓN INSTITUCIONAL**

El Hospital del Sarare ESE, será para el año 2020 reconocido como una de las mejores Instituciones de Salud de la Orinoquia, líder en la prestación de servicios de salud de Mediana y Alta complejidad, promoviendo las políticas de atención medica humanizada, integral y segura a toda la población del Piedemonte Araucano.

## **OBJETIVOS INSTITUCIONALES:**

- Garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.
- Aumentar la satisfacción del usuario y mejorar su calidad de vida.
- Generar una cultura humanizada en la prestación de Servicios de Salud, soportada en la ética y compromiso del talento humano
- Incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud que mejoren la calidad del servicio en el hospital del Sarare
- Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.
- Optimizar la gestión de los procesos del SGI.
- Mantener actualizados los sistemas de información.
- Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE

**POLITICA DE CALIDAD:** El hospital ese del municipio de Saravena orienta sus mayores esfuerzos en prestar un servicio de atención en salud que se caracterice por su cobertura, atención humanizada, practicas seguras, oportunidad, accesibilidad, pertinencia y comodidad, direccionando sus estrategias al fortalecimiento de las competencias del talento humano, aseguramiento de la calidad, buena actitud del servicio y la estandarización de procesos y el avance tecnológico, que generen el crecimiento institucional dentro de un entorno de mejoramiento continuo que garantice la satisfacción de las necesidades y expectativas de la comunidad y su calidad de vida

## **DESARROLLO ESTRATEGICO**

Teniendo en cuenta la dinámica de la red prestadora de servicios de salud del departamento y el crecimiento exponencial en la capacidad instalada del Hospital del Sarare ESE, se tiene por objetivo la siguiente proyección:

- Mantener los servicios de primer nivel de atención en busca de Un modelo de Salud Familiar.
- Aumentar la oferta en servicios de mayor complejidad (II y III Nivel de Atención).
- Llegar a ser centro de Referencia.

Para ello se deben articular las metas a en la misión, visión, objetivos institucionales y política de calidad, con las estrategias y programas diseñados para tal fin.

## **ESTRATEGIAS PLAN DE DESARROLLO**

### **Talento Humano**

- Mejorar las competencias del personal
- Desarrollar estrategias para tener fácil adaptación de los profesionales
- Optimizar el modelo de contratación
- Implementar estímulos e incentivos

### **Sistemas de información y plataformas tecnológicas**

- Ser más eficiente en el manejo de necesidades internas de información, plataformas, herramientas, entre otros
- Implementar Servicios con telemedicina
- Desarrollar herramientas que faciliten el acceso a la información y su análisis
- Gestionar la información en línea
- Tener portabilidad de la información
- Desarrollar un sistema de información válido y oportuno
- Tener control de procesos

### **Seguridad del paciente y Atención Humanizada**

- Centrarse en el usuario
- Capacitar al personal en relacionamiento
- Alinear los procesos al ciclo de servicio
- Mejorar los canales de comunicación con los usuarios
- Facilitar el acceso a los servicios
- Relacionarse con el usuario no solo desde el punto de vista de prestación de servicios, sino también con otro tipo de actividades y de forma integral.

### **Estrategia financiera**

- Optimizar costos, gastos e inversiones

### **Infraestructura y equipos**

- Realizar estudios a las inversiones en infraestructura y equipos de alta tecnología
- Generar mayor cobertura de forma eficiente
- Ser competentes en tecnología y productividad

- Comprar tecnología de forma escalonada en red (que no todos los actores del sector compren lo mismo, sino que compren lo necesario para la red)

### Modelo de atención

- Alcanzar y mantener alta calidad en atención
- Tener integralidad en los servicios
- - Desarrollar mejores capacidades en promoción y prevención

### Proyectos de Inversión

Teniendo en cuenta que en el Plan de Desarrollo se ejecutan proyectos, es fundamental que los proyectos de inversión se encuentren formulados y registrados en el Banco de Proyectos de Inversión. La Ley 152/94 establece que las entidades territoriales deben tener actualizados sus Bancos de Programas y Proyectos de Inversión, en donde deben registrarse todos los proyectos viables que opten a cualquier fuente de recursos de inversión pública. En este sentido, es fundamental que la entidad revise el estado y operación del Banco de Proyectos para garantizar una efectiva ejecución de las acciones programadas en el Plan de Desarrollo. De acuerdo con lo anterior, los planes de acción deben identificar y relacionar todos los proyectos con sus metas y requerimientos de recursos para cada vigencia fiscal, como un insumo del proceso de programación presupuestal

## PLAN OPERATIVO ANUAL

De conformidad con el acuerdo de Junta 05 de Junio de 2018 “**POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA EL PLAN OPERATIVO DEL PLAN DE DESARROLLO DEL HOSPITAL DEL SARARE ESE PARA LAS VIGENCIAS 2018 y 2019**”; El cual define en el **ARTICULO 1:**

Modificar el plan operativo anual del Plan de desarrollo del Hospital del Sarare ESE, para el cual se establece el siguiente plan operativo:

OBJETIVO DE PROGRAMA	PROYECTOS/SUB PROGRAMAS	ID	METAS A DESARROLLAR	2018	2019
Mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud	Cumplimiento de las acciones de mejora planteadas para cada vigencia	1	Actualizar el PAMEC anualmente una vez realizada la autoevaluación para cada vigencia 2017, 2018 y 2019: *Con las oportunidades de mejora priorizadas (acreditación) acorde a la metodología de riesgo, costo y volumen; definir las acciones de	X	X

OBJETIVO DE PROGRAMA	PROYECTOS/SUB PROGRAMAS	ID	METAS A DESARROLLAR	2018	2019
			<p>mejoramiento para los hallazgos y/o incumplimientos detectados.</p> <p>*Definir barreras y cronograma de ejecución de acciones de mejoramiento.</p> <p>*Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas.</p> <p>*Presentar los resultados cuantitativos y cualitativos consolidados.</p> <p>*Socialización y ejecución del programa de Auditoría</p> <p>*Realizar seguimiento periódico a las actividades planteadas en el plan de mejoramiento y sus respectivos cierres de ciclo</p>		
Mantener Actualizado el Sistema integrado de Gestión	Mantenimiento del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, Mantenimiento del Control Interno Institucional	2	<p>Asesoría a los procesos</p> <p>Realizar min 1 auditoria de cumplimiento de requisitos del MECI 1000:2005, NTC GP:1000:2009, DECRETO 1011 DE 2006</p> <p>Seguimiento a los hallazgos encontrados.</p> <p>Cierre de No conformidades</p>	X	X
	Gestión de Transparencia y atención al Ciudadano	3	Mantenimiento y Seguimiento al Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)	X	X
		4	Elaboración y seguimientos de los procesos y plan Anticorrupción y de atención al usuario.	X	X
	Gestión del Riesgo Institucional	5	Actualización y seguimiento de mapa de riesgos	X	X
Incrementar los ingresos por venta de servicios de salud	Ampliación de la oferta de servicios de la institución	6	Servicios de diagnóstico cardiovascular	X	X
		7	Servicios de diagnóstico neumológico	X	X
		8	Procedimientos de Cirugía de ortopedia de alta complejidad	X	X
		9	Ofertar al menos uno de los siguientes Servicios:		X

OBJETIVO DE PROGRAMA	PROYECTOS/SUB PROGRAMAS	ID	METAS A DESARROLLAR	2018	2019
			Servicios de diagnóstico de alta complejidad en servicios de oftalmología, otorrinolaringología Procedimientos de Cirugía plástica, reconstructiva y maxilofacial Procedimientos de neurocirugía Fortalecimiento de imágenes diagnósticas que incluye resonancia magnética nuclear		
	Modelo Integral atención en Salud	10	Construcción del enfoque de un modelo de salud familiar para servicios de primer nivel		X
Fortalecer la tecnología y mobiliario en el Hospital	Adquisición de tecnología de punta para el mejoramiento en la prestación de servicios Hospitalarios	11	Elaborar proyectos de inversión para la adquisición de equipos médicos y mobiliario y presentarlos al ente departamental y nacional, para la financiación de recursos	X	X
Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Diseño del Modelo integrado de Planeación y gestión	14	Realizar autodiagnóstico y Plan de Acción del MIPG, como estrategia de Implementación del Modelo	X	
Fortalecer la atención humanizada	Elaboración de Programa de Humanización Institucional	15	Diseñar el programa de Humanización de la Atención	X	
		16	Implementar el programa de Humanización de la Atención		X
Fortalecer la gestión Institucional de Archivo	Plan institucional de Archivo	17	Elaborar y aprobar plan institucional de Archivo (PINAR)	X	
		18	Ejecutar en un 30% el plan Institucional de Archivo (PINAR)		X
Fortalecer la gestión Ambiental del Hospital del Sarare ESE	Elaboración del Sistema de Gestión ambiental del Hospital del Sarare	19	Diseñar el Sistema de Gestión Ambiental del Hospital del Sarare		X
		20	Fortalecer la cultura de cuidado al medio ambiente con personal institucional, mediante prácticas ambientales que promuevan la protección y conservación del mismo, teniendo en cuenta el		X

OBJETIVO DE PROGRAMA	PROYECTOS/SUB PROGRAMAS	ID	METAS A DESARROLLAR	2018	2019
			sentido de pertenencia institucional y la responsabilidad social		
		21	Definir estrategia para fomentar la cultura ecológica en la Institución que incluya la conservación de los recursos ambientales en la Institución (servicios Públicos), La conservación del medio ambiente.	X	X
Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE	Gestión del Talento Humano	22	Formular, ejecutar y evaluar los programas de bienestar social e incentivos	X	X
		23	Elaborar y Ejecutar el PIC Plan institucional de Capacitación de acuerdo a los requerimientos de la institución.	X	X
Fortalecer la Salud laboral y Seguridad en el trabajo en el Hospital del Sarare	Implementación de un Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo	24	Desarrollar las Actividades designadas en el Sistema de Salud y Seguridad en el Trabajo	X	X
Fortalecer el mantenimiento de las tecnologías y ambiente físico del Hospital del Sarare ESE	Proceso que responda a la necesidades relacionadas con el ambiente físico que se genera en los procesos de atención por los clientes internos y externos	25	Actualizar e Implementar el Plan de Mantenimiento Preventivo Programado de Infraestructura, incluir adecuaciones del ambiente físico, Mantenimiento de Redes Eléctricas, Red de Frio, Tanques y redes Hidráulicas. Incluir todas las Sedes y puestos de Salud de la ESE	X	X
		26	Actualizar e Implementar el Plan de Mantenimiento Preventivo Programado de Equipos Médicos, incluir todas las Sedes y puestos de Salud de la ESE	X	X

## DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el control y la evaluación del Plan de Desarrollo del Hospital del Sarare ESE 2017 – 2019 y operar un mecanismo de seguimiento de las acciones que éste genere con una periodicidad adecuada en cuanto a la información cualitativa y cuantitativa relativa

al avance en el cumplimiento de los objetivos, programas y estrategias del plan, se consideró mediante:

1. El seguimiento al plan de acción integrado del Hospital del Sarare, se encuentra documentado en el INSTRUCTIVO DE ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN (**PLA-00-I01**), que establece el contenido, periodicidad y nivel eficacia de la evaluación del plan y su cumplimiento se evidencia en (<http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANDEACCION/EVALUACIONPLANDEACCION2018.pdf>)

2. Resolución Numero 408 de 2018

## **ANTECEDENTES**

### **EVALUACION CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA 2017**

#### **CALCULO DEL INDICADOR**

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

De acuerdo al plan operativo anual correspondiente al 2017 se observa un cumplimiento del **86.6%** de las metas programadas.

### **EJECUCIÓN CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA 2018**

#### **METAS A DESARROLLAR**

**Subprograma 1:** Cumplimiento de las acciones de mejora planteadas para cada vigencia

**Objetivo:** Generar Mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud

**Meta1:** Actualizar el PAMEC anualmente una vez realizada la autoevaluación para cada vigencia 2017, 2018 y 2019:

- Con las oportunidades de mejora priorizadas (acreditación) acorde a la metodología de riesgo, costo y volumen; definir las acciones de mejoramiento para los hallazgos y/o incumplimientos detectados.

- Definir barreras y cronograma de ejecución de acciones de mejoramiento.
- Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas.
- Socialización y ejecución del programa de Auditoría
- Realizar seguimiento periódico a las actividades planteadas en el plan de mejoramiento y sus respectivos cierres de ciclo

## RESULTADO

GRUPO DE ESTÁNDARES	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO	TOTAL
ASISTENCIALES 1-74	117	39	34	0	<b>190</b>
DIRECCIONAMIENTO 75-87	10	4	4	0	<b>18</b>
GERENCIA 88-102	6	4	0	0	<b>10</b>
TALENTO HUMANO 103-118	26	10	9	0	<b>45</b>
AMBIENTE FÍSICO 119-129	22	6	10	0	<b>38</b>
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA 130-139	7	5	1	0	<b>13</b>
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN 140-153	8	13	2	0	<b>23</b>
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD 154-158	2	2	0	0	<b>4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>198</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>341</b>
	<b>58%</b>	<b>24%</b>	<b>18%</b>	<b>0%</b>	

ESTADO	FR	%
<b>COMPLETO</b>	198	58%
<b>EN DESARROLLO</b>	83	24%
<b>ATRASADO</b>	60	18%
<b>NO INICIADO</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>341</b>	<b>100%</b>

Para la vigencia 2018 se priorizaron 341 acciones de mejoramiento, durante el segundo semestre de 2018 se puede evidenciar que el porcentaje acumulado de cumplimiento al realizar la media del avance total es del 82% sobre el total del avance de las 341 acciones.

Al realizar el análisis Individualizando las acciones de mejoramiento podemos evidenciar que el 58% de las acciones se evaluaron como COMPLETO, como lo indica el cuadro anterior en color Verde, a su vez, en Amarillo se refleja las Acciones EN DESARROLLO que alcanzaron el 24% de las mismas. Sin embargo, en rojo se evidencian las acciones que presentan ATRASO con un porcentaje del 18% y en gris las actividades NO INICIADAS con un porcentaje del 0%.

La anterior información puede ser ampliada en el informe final del PAMEC para la vigencia 2018

**Subprograma 2:** Mantenimiento del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, Mantenimiento del Control Interno Institucional.

**Objetivo:** Mantener Actualizado el Sistema integrado de Gestión

**Meta2:** Realizar min 1 auditoria de cumplimiento de requisitos del MECI 1000:2009, NTC GP:1000:2009, DECRETO 1011 DE 2006; Seguimiento a los hallazgos encontrados, Cierre de No conformidades.

## RESULTADO

Para la vigencia 2018 se realizaron y cumplieron las siguientes actividades:

- Formulación del Plan Anual de Auditoria (**SEI-01-F14**), el cual se evidencia en la IP interna: \\192.168.1.3\CarpetaCalidad\21. SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL\01. Control Interno y Calidad\9. Registros
- Elaboración de los informes correspondientes a las auditorías:
  - Informe Anual de cumplimiento al MECI
  - Informe Control Interno Contable
  - Informe a la Contraloría Departamental.
  - Informe de Evaluación por Dependencias.
  - Informes cuatrimestrales del cumplimiento al MECI
  - Informes semestrales de seguimiento a derechos de petición quejas y reclamos
  - Informes de derechos de autor
  - Evaluaciones cuatrimestrales Plan Anticorrupción

- Informe de Auditoría de resolución 2003 de 2014 de los servicios de Telemedicina, urgencias, laboratorio, Imágenes diagnósticas, banco de Sangre, farmacia, cirugía y consulta especializada, y una auditoría general de todos los servicios.

La información se evidencia en la IP interna: \\192.168.1.3\CarpetaCalidad\21. SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL\02. Calidad\9. Informes de Auditoría.

**Subprograma3** : Gestión de Transparencia y atención al Ciudadano

**Objetivo:** Mantener Actualizado el Sistema integrado de Gestión

**Meta3:** Mantenimiento y Seguimiento al Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)

## RESULTADOS

Se formuló y ejecutó la estrategia de racionalización de trámites y servicio al ciudadano en las cuales se realizaron las siguientes actividades:

- Cumplimiento de los plazos establecidos para respuesta a PQRS en un 80%, con contenido de las respuestas eficaces y claras para el usuario frente al motivo de queja
- Implementación de Call Center para mejorar las líneas de atención, eliminación del desplazamiento de los usuarios a la Entidad y mejorar la Satisfacción del Usuario. El cual arrojó un incremento en las Citas de MEDICINA INTERNA en un 39,40% para la vigencia 2018 con respecto a la vigencia 2017. En el año 2017 se asignaron 8.910 citas y en el año 2018 aumento a 12.420 citas. Así mismo Se registró un incremento en las Citas de PEDIATRIA en un 26,20% para la vigencia 2018 con respecto a la anterior. En el año 2017 se asignaron 4,736 citas y en el año 2018 aumento a 5,977 citas.
- Se implementó estrategia de envío de resultados de laboratorio por correo electrónico: (resultadoslaboratorio@hospitaldelsarare.gov.co) para que los usuarios soliciten el resultado vía email, si así lo desean. La cual permite que no se genere congestión en los respectivos servicios debido a que se suprime el usuario que espera resultados de exámenes, quedando solo los pacientes que van a realizarse algún tipo de Examen; y menor tiempo de respuesta al usuario, puesto que no deberá desplazarse varias veces a las diferentes sedes del hospital para entrega de resultados, disminuyendo los costos a usuarios de otros municipios.

**Subprograma 3:** Gestión de Transparencia y atención al Ciudadano

**Objetivo:** Mantener Actualizado el Sistema integrado de Gestión

**Meta4:** Elaboración y seguimiento del plan Anticorrupción y de atención al usuario.

**RESULTADO:**

Se realizó construcción participativa del Plan anticorrupción y de atención al ciudadano, el cual fue socializado el 25 de enero con los usuarios y publicado el 31 de enero de 2018., se puede consultar en la página web del Hospital en el Link ([http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLAN\\_ANTICORRUPCION/2018/PLAN-ANTICORRUPCION-Y-ATENCION-AL-CIUDADANO-2018-.pdf](http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLAN_ANTICORRUPCION/2018/PLAN-ANTICORRUPCION-Y-ATENCION-AL-CIUDADANO-2018-.pdf))

El seguimiento se realizó en los tiempos establecidos por la normatividad vigente y se evidencia en:

- <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2018/INFORMESEGUIMIENTOPLANANTICORRUPCION30DEABRIL.pdf>
- <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2018/INFORMESEGUIMIENTOPLANANTICORRUPCION31AGOSTO.pdf>
- <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/controlinterno/2018/SEGUIMIENTOPLANANTICORRUPCION31122018.pdf>

**Subprograma 4** Gestión del Riesgo Institucional

- **Objetivo:** Mantener Actualizado el Sistema integrado de Gestión
- **Meta5:** Actualización y seguimiento de mapa de riesgos

**RESULTADOS:**

Para la vigencia 2018 se construyeron el mapa de riesgos de corrupción ([http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLAN\\_ANTICORRUPCION/2018/MAPA-DE-RIESGO-CORRUPCION-2018-.pdf](http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLAN_ANTICORRUPCION/2018/MAPA-DE-RIESGO-CORRUPCION-2018-.pdf)) y mapa de riesgos de los procesos ([\\192.168.1.3\CarpetaCalidad\planeación\Registros](http://192.168.1.3\CarpetaCalidad\planeación\Registros)), el cual se articuló con el plan de acción 2018 y su seguimiento se evidencia en <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/PLANDEACCION/EVALUACIONPLANDEACCION2018.pdf>

**Subprograma 5** Ampliación de la oferta de servicios de la institución

- **Objetivo:** Incrementar los ingresos por venta de servicios de salud
- **Meta6:** Servicios de diagnóstico cardiovascular

**RESULTADO:** Durante la vigencia 2018 se ofertaron consultas y procedimientos de diagnóstico cardiovascular en modalidad presencial y por telemedicina, que le permitió a la Institución fortalecer los ingresos por venta de servicios de salud y mejorar la calidad de vida de los usuarios y sus familias.

SERVICIO	DISTINTIVO DE HABILITACIÓN
CARDIOLOGÍA	DHS281057
CARDIOLOGÍA PEDIATRICA	DHS609097
DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	DHS5052685

*Fuente: Constancia de Habilitación REPS 2018*

En promedio mensual se ofertaron los siguientes servicios:

**Numero promedio mensual de procedimientos y consultas de diagnóstico cardiovascular:**

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA CARDIOLOGIA	33
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA CARDIOLOGIA PEDIATRICA	1
ECO PERICARDIO PLEURA O TORAX	13
ECOCARDIOGRAFIA DE STRESS FARMACOLOGICO	8
ECOCARDIOGRAMA MODO M BIDIMENSIONAL Y DOPPLER	5
ECOCARDIOGRAMA MODO M BIDIMENSIONAL Y DOPPLER COLOR	34
ECOCARDIOGRAMA MODO M Y BIDIMENSIONAL	30
ELECTROCARDIOGRAFIA DINAMICA DE 24 HORAS HOLTER	108
ELECTROCARDIOGRAMA	201
<b>TOTAL</b>	<b>432</b>

*Fuente: Dinámica Gerencial*

- **Meta7:** Servicios de diagnóstico Neumológico

**RESULTADO:** En la vigencia 2018 se ofertó el servicio de Neumología (DISTINTIVO DHS609095) en la modalidad de telemedicina del cual se ofertó un promedio mensual de 6 consultas.

- **Meta 8:** Procedimientos de Cirugía de ortopedia de alta complejidad

**RESULTADO:** No se ofertaron servicios de ortopedia de alta complejidad

**Subprograma 6:** Ampliación de la oferta de servicios de la institución

**Objetivo:** Fortalecer la tecnología y mobiliario en el Hospital.

**Meta11:** Elaborar proyectos de inversión para la adquisición de equipos médicos y mobiliario y presentarlos al ente departamental y nacional, para la financiación de recursos

**RESULTADO:** Para la vigencia 2018 se formuló ante la unidad administrativa de Salud de Arauca UAESA, el proyecto “MEJORAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MEDIANTE LA ADQUISICIÓN DE UNA UNIDAD MÓVIL PARA EL HOSPITAL DEL SARARE ESE” por valor de \$282.800.000; el cual fue aprobado y a través de la gestión gerencial se obtuvieron los recursos con fuente de financiación del departamento para la ejecución del proyecto; el cual será ejecutado y entregado a la entidad en la vigencia 2019 como donación.

Como evidencia se adjunta el link del proceso de contratación (<https://www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=18-1-196912>)

Por otra parte, se logró fortalecer los servicios asistenciales, mediante la compra de quipos biomédicos con recursos propios por valor de \$315.687.207, como se relaciona en la siguiente tabla:

CONTRATO	OBJETO	VALOR
MC 173	COMPRA DE DOTACIÓN DE ELEMENTOS PARA CUBRIR LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS (INSUMOS HOSPITALARIOS COMO EQUIPOS MEDICOS	47.970.359
MC-262	ADQUISICIÓN DE SIMULADORES NECESARIOS PARA EL OPTIMO FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS DE BAJA, MEDIA Y ALTA TECNOLOGÍA PERTENECIENTES A LA ESE HOSPITAL DEL SARARE	47.573.433
HS 029	COMPRA DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA EL AREA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E	130.202.660
HS 048	ADQUISICIÓN DE EQUIPOS E INSTRUMENTAL PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE UROLOGIA DE LA ESE	89.940.755

<b>TOTAL</b>	315.687.207
--------------	-------------

**Meta12:** Realizar autodiagnóstico y Plan de Acción del MIPG, como estrategia de Implementación del Modelo

**RESULTADO:** El hospital del Sarare E.S.E, reconociendo la importancia de la implementación del modelo, crea el comité institucional de Gestión y Desempeño mediante la Resolución 07\_A del 18 de enero de 2018. Quien tiene como función realizar seguimiento a la Implementación del MIPG, a partir de allí durante la vigencia 2018 se realizaron los autodiagnósticos correspondientes a las dimensiones y se proyectó el plan de acción de MIPG 2019 para el mejoramiento institucional ante la implementación del modelo.

A continuación, se describen los autodiagnósticos establecidos para cada dimensión del MIPG

<b>DIMENSIÓN DEL MODELO</b>	<b>CUESTIONARIO/AUTODIAGNOSTICO</b>
1. Talento humano	1.1 Gestión del Talento Humano 1.2 Integridad
2. Direccionamiento estratégico y planeación	2.1 Direccionamiento y Planeación 2.2 Plan Anticorrupción
3. Gestión con valores para el resultado	3.1 Gestión Presupuestal 3.2 Gobierno Digital (antes Gobierno en línea) 3.3 Defensa Jurídica 3.4 Servicio al Ciudadano 3.5 Trámites 3.6 Participación Ciudadana 3.7 Rendición de Cuentas
4. Evaluación de Resultados	4. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional
5. Información y comunicación	5.1 Gestión Documental 5.2 Transparencia y Acceso a la Información
6. Gestión del Conocimiento	NA
7. Control interno	7. Control Interno

Como evidencia del cumplimiento se realizó envío de informe a la alta dirección y miembros del comité de Gestión y Desempeño el día 21 de diciembre de 2018 a través de la comunicación interna **PLA-00-15**

**Subprograma 8:** Elaboración del Programa de Humanización Institucional

**Objetivo:** Fortalecer la atención humanizada

**Meta15:** Diseñar el programa de Humanización de la Atención

**RESULTADO:**

El Hospital del Sarare como empresa social del estado, tiene como propósito orientar la prestación de servicio con calidad y calidez, cuyo fundamento es el ser humano como su razón de ser, por lo cual incorpora no solo aspectos tecnológicos y técnico científico sino también un abordaje integral del ser humano, orientado a usuarios y colaboradores.

Por lo tanto, la institución incorpora la política de humanización, aprobada mediante la **resolución N 85 de 2018**; como respuesta a las necesidades en particular de usuarios y colaboradores, buscando un cambio en las pautas de comunicación al interior de la institución, que a su vez se proyecte fuera de ella e impacte positivamente en la calidad del servicio, basados en los lineamientos del sistema de garantía de calidad de salud representados en Continuidad, Pertinencia, Oportunidad, Accesibilidad y Seguridad.

Dentro de esta política se toman como referentes la promulgación y defensa de los derechos y deberes de los usuarios, el establecimiento de canales de comunicación efectivos que se constituyan en un apoyo real y efectivo para el usuario y su grupo familiar, así como una comunicación adecuada entre colaboradores que propicie el mejoramiento de la dinámica institucional y por ende una transformación cultural.

Así mismo se define un responsable en la institución como referente para el diseño del programa de humanización, el cual se realiza a través del Manual de Humanización (**CEX-05-M01**), que es socializado durante la vigencia 2018 a los funcionarios de la entidad; para proyectar una implementación en la vigencia 2019

**Meta 17:** Elaborar y Aprobar el Plan Institucional de Archivo (PINAR)

**RESULTADO:**

Para la vigencia 2018 se formuló el Plan Institucional de Archivo PINAR (SIS-03-R11) el cual fue aprobado mediante la Resolución N 141A de 2018. Su evidencia puede ser consultada en la página web de la institución en <http://www.hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/planeaci%C3%B3n/plan-institucional-de-archivo-pinar.html>

**Subprograma 10:** Elaboración del Sistema de Gestión ambiental del Hospital del Sarare

**Objetivo:** Fortalecer la gestión Ambiental del Hospital del Sarare ESE

**Meta21:** Definir estrategia para fomentar la cultura ecológica en la Institución que incluya la conservación de los recursos ambientales en la Institución (servicios Públicos), La conservación del medio ambiente.

**RESULTADO:**

El Hospital del Sarare ESE, reconociendo la importancia de la conservación del medio ambiente, realizó para la vigencia 2018 las siguientes acciones:

- Actualización y aprobación de la Política Ambiental Institucional (<http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/politicas/POLITICA-AMBIENTAL.pdf>)
- Documentación y aplicación del PROGRAMA AMBIENTAL DE USO RACIONAL DE AGUA Y ENERGÍA (**HSE-03-R02**), el cual tiene como objetivo Generar estrategias tendientes a la reducción del consumo de energía eléctrica y agua potable, por medio de buenas prácticas ambientales, campañas internas y sensibilización de los funcionarios frente al consumo racional de los recursos energético y agua. Así mismo se realizaron rondas para detectar fugas de agua en todos los servicios, bajo el formato HSE-03-F28
- Socialización de los resultados de ahorro de agua y energía en los comités ambientales realizados durante la vigencia 2018
- Capacitación de usuarios y funcionarios en temas ambientales como reciclaje y separación de residuos.

**Meta 22:** Formular, ejecutar y evaluar los programas de bienestar social e incentivos

**RESULTADO:** Para la vigencia 2018 se formularon y ejecutaron las siguientes actividades concernientes al plan de bienestar Social, con el fin de mejorar la convivencia laboral y clima organizacional:

“Actividades lúdico-deportivas y recreación que inciden en el mejoramiento de la calidad de vida laboral y el bienestar social para los funcionarios del Hospital del Sarare ESE.”:

- Celebración de fechas especiales (día de la secretaria, del Bacteriólogo, de la Enfermera, día del trabajador, día del llanero, día de los niños, día del odontólogo, día del médico)
- Campeonato de Microfútbol (Mundialito)
- Campeonato de Voleibol Playa
- Semana de la Salud Laboral
- Cliclopaseo institucional
- Actividad de recibimiento de la navidad mediante actos culturales para fomentar el trabajo en equipo.
- Actividad de recreación con el fin de generar sentido de pertenencia a los colaboradores que laboran durante fechas especiales como 24 y 31 de diciembre.

**Meta 23:** Elaborar y Ejecutar el PIC Plan institucional de Capacitación de acuerdo a los requerimientos de la institución.

**RESULTADO:**

Para la vigencia 2018 se elaboró el Plan Institucional de Capacitación (**THU-00-R01**) el cual fue aprobado mediante la **resolución N 041-B de 2018** y ejecutados satisfactoriamente.

Dentro del plan institucional de capacitación se aprovechó el personal institucional para fortalecer las capacitaciones a nivel interno, de las cuales se observan que fueron delegadas a la institución desde las siguientes áreas:

- Coordinación de Enfermería
- Coordinación Médica
- Laboratorio Clínico
- Banco de Sangre
- Cirugía
- Farmacia
- Psicología y Trabajo Social
- Promoción y prevención
- Servicio al cliente
- Gestión Documental
- Contabilidad
- Área comercial y de Servicios

Así mismo, analizando los cambios normativos en el sector salud, a través del plan institucional de capacitación se brindaron herramientas y conocimiento para mejorar las habilidades del personal del Hospital en aras de fortalecer las competencias de sus colaboradores minimizando el riesgo en los procesos de atención en salud.

Con el cambio de la normatividad aplicable al Hospital se hace necesario la implementación de nuevos sistemas como el **Nuevo Modelo de Atención en salud MIAS**, , el **Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG** y la integración con el **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud**, Por lo anterior se hizo necesario realizar capacitación al personal misional y administrativo en los temas mencionados anteriormente que faciliten la comprensión e interpretación de los nuevos sistemas de gestión.

TEMA DE CAPACITACIÓN	CAPACITADOR
APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD.	ACESI
ADOPCION Y ADAPTACION DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD	ACESI
PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CENTRADOS EN EL USUARIO Y SU FAMILIA BASADOS EN ASPECTOS HUMANÍSTICOS	ACESI
GESTIÓN INSTITUCIONAL BASADA EN LOS LINEAMIENTOS DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION (MIPG)	ACESI

**Subprograma 12:** Implementación de un Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo

**Objetivo:** Fortalecer la Salud laboral y Seguridad en el trabajo en el Hospital del Sarare

**Meta 24:** Desarrollar las Actividades designadas en el Sistema de Salud y Seguridad en el Trabajo

**RESULTADO:** El Hospital del Sarare ESE, reconociendo la importancia que tiene para la entidad el bienestar físico de sus colaboradores, realizó durante la vigencia 2018 las siguientes actividades:

- Diagnóstico del grado de cumplimiento de la entidad de los requisitos contenidos en el decreto 1072 de 2015
- Actualización, aprobación y socialización de la política institucional de Salud y Seguridad en el trabajo (

<http://www.hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/politicas/POLITICA-DE-SEGURIDAD-Y-SALUD-EN-EL-TRABAJO.pdf>

- Actualización del SG-SST, bajo el decreto 1443 de 2014 y Decreto 1072 de 2015.
- Fortalecimiento del del plan de emergencias en cuanto a preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos
- Realización de Simulacro de emergencia
- Actualización de los panoramas de Riesgos en las todas las sedes de la institución.
- Socialización de los panoramas de Riesgos en las todas las sedes de la institución
- Realización de la Semana de la Salud, dirigida a los funcionarios de la entidad. En la cual se realiza revisión de las condiciones de salud de los trabajadores y se brinda un espacio de esparcimiento y relajación con un SPA.

**Subprograma 13:** Responder a la necesidad relacionada con el ambiente físico que se genera en los procesos de atención por los clientes internos y externos

**Objetivo:** Fortalecer el mantenimiento de las tecnologías y ambiente físico del Hospital del Sarare ESE.

**Meta 25:** Actualizar e Implementar el Plan de Mantenimiento Preventivo Programado de Infraestructura, incluir adecuaciones del ambiente físico, Mantenimiento de Redes Eléctricas, Red de Frio, Tanques y redes Hidráulicas. Incluir todas las Sedes y puestos de Salud de la ESE

**RESULTADO:** Para la vigencia 2018 se formuló el plan de Mantenimiento preventivo de infraestructura que Incluye todas las sedes de la institución los cuales se soportan en los siguientes planes:

- Plan de Mantenimiento Instalaciones Físicas año 2018 (**GDA-01-F03**); el cual está dirigido a cada una de las sedes de atención y puestos de Salud e incluye Redes Eléctricas y Áreas adyacentes
- Plan de mantenimiento preventivo de equipos industriales de uso Hospitalario (Generadores eléctricos, Lavadoras, secadoras, Planchas industriales y Red de frío)-**GDA-01-F19**.

Para la ejecución del anterior plan, la institución asignó en su presupuesto de la vigencia 2018, un valor de \$ 579.711.500, que puede ser verificado en el **INFORME FINANCIERO**

DE ASIGNACIÓN Y EJECUCIÓN DE RECURSOS EN MANTENIMIENTO HOSPITALARIO, que se realiza para envío a la Superintendencia Nacional de Salud:

DESCRIPCIÓN	VALOR
<b>MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA</b>	
Edificios	197.101.910
Instalaciones Físicas	144.927.875
Sistemas de Redes	86.956.725
Áreas Adyacentes	86.956.725
Otros	63.768.265
<b>TOTAL</b>	<b>579.711.500</b>

**Subprograma 13:** Responder a la necesidad relacionada con el ambiente físico que se genera en los procesos de atención por los clientes internos y externos

**Objetivo:** Fortalecer el mantenimiento de las tecnologías y ambiente físico del Hospital del Sarare ESE.

**Meta 26:** Actualizar e Implementar el Plan de Mantenimiento Preventivo Programado de Equipos Médicos, incluir todas las Sedes y puestos de Salud de la ESE

**RESULTADO:** Para la vigencia 2018 se formuló el plan de Mantenimiento Biomédico (**GDA-01-F18**) que Incluye todas las sedes de la institución, el cual se articuló con el cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos (**GDA-01-F04**)

Para la ejecución del anterior plan, la institución asignó en su presupuesto de la vigencia 2018, un valor de \$ 1.367.439.577, que puede ser verificado en el INFORME FINANCIERO DE ASIGNACIÓN Y EJECUCIÓN DE RECURSOS EN MANTENIMIENTO HOSPITALARIO, que se realiza para envío a la Superintendencia Nacional de Salud:

**CALCULO DEL INDICADOR RESOLUCIÓN 408**

OBJETIVO DE PROGRAMA	PROYECTOS/SU BPROGRAMAS	ID	METAS A DESARROLLAR	2018	cumplimiento
Mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud	Cumplimiento de las acciones de mejora planteadas para cada vigencia	1	<p>Actualizar el PAMEC anualmente una vez realizada la autoevaluación para cada vigencia 2017, 2018 y 2019:</p> <p>*Con las oportunidades de mejora priorizadas (acreditación) acorde a la metodología de riesgo, costo y volumen; definir las acciones de mejoramiento para los hallazgos y/o incumplimientos detectados.</p> <p>*Definir barreras y cronograma de ejecución de acciones de mejoramiento.</p> <p>*Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas.</p> <p>*Presentar los resultados cuantitativos y cualitativos consolidados.</p> <p>*Socialización y ejecución del programa de Auditoria</p> <p>*Realizar seguimiento periódico a las actividades planteadas en el plan de mejoramiento y sus respectivos cierres de ciclo</p>	X	SI
Mantener Actualizado el Sistema integrado de Gestión	Mantenimiento del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, Mantenimiento del Control Interno Institucional	2	<p>Asesoría a los procesos</p> <p>Realizar min 1 auditoria de cumplimiento de requisitos del MECI 1000:2005, NTC GP:1000:2009, DECRETO 1011 DE 2006</p> <p>Seguimiento a los hallazgos encontrados.</p> <p>Cierre de No conformidades</p>	X	SI
	Gestión de Transparencia y atención al Ciudadano	3	Mantenimiento y Seguimiento al Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)	X	SI
		4	Elaboración y seguimiento s de los procesos y plan Anticorrupción y de atención al usuario.	X	SI

OBJETIVO DE PROGRAMA	PROYECTOS/SU BPROGRAMAS	ID	METAS A DESARROLLAR	2018	cumplimiento
	Gestión del Riesgo Institucional	5	Actualización y seguimiento de mapa de riesgos	X	SI
Incrementar los ingresos por venta de servicios de salud	Ampliación de la oferta de servicios de la institución	6	Servicios de diagnóstico cardiovascular	X	SI
		7	Servicios de diagnóstico neumológico	X	SI
		8	Procedimientos de Cirugía de ortopedia de alta complejidad	X	NO
		9	Ofertar al menos uno de los siguientes Servicios: Servicios de diagnóstico de alta complejidad en servicios de oftalmología, otorrinolaringología Procedimientos de Cirugía plástica, reconstructiva y maxilofacial Procedimientos de neurocirugía Fortalecimiento de imágenes diagnosticas que incluye resonancia magnética nuclear		N/A PARA LA VIGENCIA
	Modelo Integral atención en Salud	10	Construcción del enfoque de un modelo de salud familiar para servicios de primer nivel		N/A PARA LA VIGENCIA
Fortalecer la tecnología y mobiliario en el Hospital	Adquisición de tecnología de punta para el mejoramiento en la prestación de servicios Hospitalarios	11	Elaborar proyectos de inversión para la adquisición de equipos médicos y mobiliario y presentarlos al ente departamental y nacional, para la financiación de recursos	X	SI
Optimizar la gestión de los procesos del SGI.	Diseño del Modelo integrado de Planeación y gestión	14	Realizar autodiagnóstico y Plan de Acción del MIPG, como estrategia de Implementación del Modelo	X	SI
Fortalecer la atención humanizada	Elaboración de Programa de Humanización Institucional	15	Diseñar el programa de Humanización de la Atención	X	SI
		16	Implementar el programa de Humanización de la Atención		N/A PARA LA VIGENCIA

OBJETIVO DE PROGRAMA	PROYECTOS/SU BPROGRAMAS	ID	METAS A DESARROLLAR	2018	cumplimiento
Fortalecer la gestión Institucional de Archivo	Plan institucional de Archivo	17	Elaborar y aprobar plan institucional de Archivo (PINAR)	X	SI 0
		18	Ejecutar en un 30% el plan Institucional de Archivo (PINAR)		N/A PARA LA VIGENCIA
Fortalecer la gestión Ambiental del Hospital del Sarare ESE	Elaboración del Sistema de Gestión ambiental del Hospital del Sarare	19	Diseñar el Sistema de Gestión Ambiental del Hospital del Sarare		N/A PARA LA VIGENCIA
		20	Fortalecer la cultura de cuidado al medio ambiente con personal institucional, mediante prácticas ambientales que promuevan la protección y conservación del mismo, teniendo en cuenta el sentido de pertenencia institucional y la responsabilidad social		N/A PARA LA VIGENCIA
		21	Definir estrategia para fomentar la cultura ecológica en la Institución que incluya la conservación de los recursos ambientales en la Institución (servicios Públicos), La conservación del medio ambiente.	X	SI
Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE	Gestión del Talento Humano	22	Formular, ejecutar y evaluar los programas de bienestar social e incentivos	X	SI
		23	Elaborar y Ejecutar el PIC Plan institucional de Capacitación de acuerdo a los requerimientos de la institución.	X	SI
Fortalecer la Salud laboral y Seguridad en el trabajo en el Hospital del Sarare	Implementación de un Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo	24	Desarrollar las Actividades designadas en el Sistema de Salud y Seguridad en el Trabajo	X	SI
Fortalecer el mantenimiento de las tecnologías y ambiente físico	Proceso que responda a la necesidades relacionadas con el ambiente físico que	25	Actualizar e Implementar el Plan de Mantenimiento Preventivo Programado de Infraestructura, incluir adecuaciones del ambiente físico, Mantenimiento de Redes	X	SI

OBJETIVO DE PROGRAMA	PROYECTOS/SU BPROGRAMAS	ID	METAS A DESARROLLAR	2018	cumplimiento
del Hospital del Sarare ESE	se genera en los procesos de atención por los clientes internos y externos		Eléctricas, Red de Frio, Tanques y redes Hidráulicas. Incluir todas las Sedes y puestos de Salud de la ESE		
		26	Actualizar e Implementar el Plan de Mantenimiento Preventivo Programado de Equipos Médicos, incluir todas las Sedes y puestos de Salud de la ESE	X	SI

### Metas propuestas para la vigencia 2018 (18 Metas)

- **Porcentaje de cumplimiento de plan desarrollo** = (Numero de metas del plan operativo cumplidas en la vigencia/Numero de metas del plan operativo programadas para la vigencia) \*100
- Porcentaje de cumplimiento de plan desarrollo = (17/18) \*100= **94.44%**

De acuerdo al plan operativo anual correspondiente al 2018 se observa un cumplimiento del **94.44%** de las metas programadas.

Atentamente:



**JHONATAN SOLANO CARRILLO**  
Profesional Planeación



# ***INDICADORES DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA***



*evolucionamos pensando  
en usted*

## INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

#### INDICADOR4

#### RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

De conformidad con la Resolución 00002249 del 30 de mayo de 2018 de Ministerio de Salud y Protección Social, "Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de ña Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones" se categoriza al Hospital del Sarare SIN RIESGO

Arauca	Saravena	ESE Hospital del Sarare	Sin riesgo
--------	----------	-------------------------	------------

## **INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA (1)**

## INDICADOR5

### EVOLUCIÓN DE GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

INDICADOR N° 5:		EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA			
Fuente: Ficha técnica de la pagina web el SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social					
Estádar meta: <0,90					
Gasto de funcionamiento + Gastos Operación Comercial y prestación de Servicios comprometidos 2018					
	37.393.848,07	9.517.771,26	46.911.619,33		
Número de UVR producidas 2018		12.566,93	12.566,93	3.732,94	
Gasto de funcionamiento + Gastos Operación Comercial y prestación de Servicios comprometidos 2017					
	35.387.176,81	6.747.860,54	42.135.037,35		
Número de UVR producidas 2017		13.690,85	13.690,85	3.077,61	1,21

Este indicador mide la producción entre el gasto comprometido y la producción de UVR, dando como resultado el costo de producir una UVR en un año determinado, este resultado debe ser inferior al 90% del costo del año, indica la eficiencia en el gasto en la producción; básicamente determina la eficiencia producida a menos costo.

Para el 2018, la evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) producida fue del 1.21, encontrándose en los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, indicando esto que hubo aumento de costo en la producción, por cada peso producido se gastaron 1.21 peso en la vigencia 2018 con respecto 1.01 del 2017. La disminución en UVR producidas en la vigencia 2018 con respecto a 2017, obedecen a las siguientes variables:

Los Gastos de funcionamiento están conformados por: 1) los Gastos de personal tanto administrativo como asistencial, contribuciones inherentes a la nómina, servicios personales indirectos, y los honorarios. Estos fueron \$28.165.975.516 para el año 2017 de \$31.332.712.864 para el año 2018,

presentando un aumento respecto al año inmediatamente anterior del 11% que equivale a \$3.167 millones, debido a la reducción de las horas laborales del personal de contrato de 192 horas mensuales a 186 horas mensuales en un personal que corresponde a 87% del total de la nómina, debido al incremento de la demanda de servicio se contrató 14 funcionarios administrativos (servicios básicos, facturadores, 46 funcionarios asistenciales (médicos, auxiliares enfermería) y se contrató más horas de especialistas.

2) Los Gastos de Operación Comercial y Prestación de Servicios que comprenden material médico quirúrgico, productos farmacéuticos, material de laboratorio, dotaciones de bienes hospitalarios, material de odontología, apoyo diagnóstico y alimentación. En el 2017 se comprometieron \$ 6.747.860.538 y en el 2018 \$ 9.517.771.256 con una diferencia de \$2.771 millones, que refleja un aumento respecto al año anterior del 41%, siendo lo más representativo el producto farmacéutico, material de laboratorio y compra de bienes de uso hospitalarios.

El Total de los gastos de funcionamiento y operación fueron de \$42.135.037.348 para el 2017 y ascendieron a \$46.911.619.324 para el 2018, con una diferencia de \$4.776 millones, que equivale a un aumento del 11%, debido a que se aumentó la atención en los servicios de salud, por aumento de enfermedades respiratorias y atención a población extranjera.

3) En cuanto a la producción en unidad en valor relativo UVR, refleja un incremento en la producción por unidad en UVR, es decir aún falta conseguir la eficiencia en el costo de producción.

En este indicador la calificación es de cero ( 0 ).

## **INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO- QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGIENTES MECANISMOS:**

- a) COMPRAS CONJUNTOS
- b) COMPRAS A TRAVES DE COOPERATIVAS DE E.S.E
- c) COMPRA A TRAVES DE MECANISMOS  
ELECTRONICOS

## INDICADOR 6

### PROPORCION DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO-QUIRURGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGUIENTES MECANISMOS:

- a) COMPRAS CONJUNTAS
- b) COMPRAS A TRAVES DE COOPERATIVAS DE ESE
- c) COMPRA A TRAVES DE MECANISMOS ELECTRONICOS

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

INDICADOR	FORMULA	VALOR
Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismo: a) Compras conjuntas b) Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	a) Compras conjuntas b)	0
	b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado	0
	c) Compras a través de mecanismos electrónicos	0
	Total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia 2018	4.459.312.448

INDICADOR	FORMULA	VALOR
Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismo: a) Compras conjuntas b) Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	(Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico - quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de ESEs c) compras a través de mecanismos electrónicos) / (Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada)	0

Este indicador siempre se había mantenido en cero en años anteriores, pero en la vigencia 2017 del Hospital del Sarare realizo compras se realizó compras con cooperativas de ESEs de Santander por valor de \$44.580.000. obtenido como resultado mayor valor en los precios de los medicamentos con respecto a otros contratistas y/o proponentes quienes ofrecen precios más económicos y de acuerdo a la situación financiera del Hospital y la normatividad de contratación vigente no es viable realizar este tipo contratación. para la vigencia 2018.

**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**

## INDICADOR 7

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

CONCEPTO MAYOR A 30 DÍAS	VIGENCIA 2017	VIGENCIA 2018
Deuda Salarios de planta	0	0
Contratación de servicios	1.102.136.954	291.618.575
<b>TOTAL</b>	<b>1.102.136.954</b>	<b>291.618.575</b>

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 2018	-0,36
	(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 2018) <b>Menos</b> (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 2017)	

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

## **INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES -RIPS**

## INTRODUCCION

Los RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud) “son el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la Resolución No. 3374 de 27 de Diciembre de 2000”

Partiendo de las disposiciones dadas por las resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013 del Ministerio de Salud y protección social, establecen que las instituciones prestadoras de servicios deben generar planes de gestión orientados a la generación de resultados gerenciales, administrativos y clínicos. Este informe realiza un análisis que incluye todas las actividades, procedimientos o intervenciones de salud que realiza la E.S.E Hospital del Sarare en aras de realizar una mejora constante en su productividad y en la humanización del servicio de salud.

Para el registro de los procesos asistenciales, se cuenta con el sistema Dinámica gerencial, en el que se tiene un modelo de Historia Clínica que cumple con los requisitos de ley, de donde se toman los insumos para generar el informe RIPS

## **OBJETIVO GENERAL DE LOS INFORMES RIPS PRESENTADOS**

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 2018 de acuerdo a resolución 408 de 2018

### **Objetivos específicos**

- Calcular el nivel de demanda de los servicios de salud.
- Establecer el perfil de los usuarios de cada tipo de servicio.
- Establecer el perfil de morbilidad y mortalidad

## **CONTENIDO DEL INFORME DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PRESENTADO TRIMESTRALME**

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

- Introducción del Informe
- Objetivo general y Objetivos específicos
- Datos demográficos:
  - Población Atendida
  - Frecuencia de Atención por EPS
  - Población Atendida por municipio
- Morbilidad General:
  - Morbilidad < de un año
  - Morbilidad de 1 a 4 años
  - Morbilidad de 5 a 14 años
  - Morbilidad de 15 a 44 años
  - Morbilidad de 45 a 59 años

- Morbilidad > de 60 años
- Morbilidad en el Servicio de Urgencias:
  - Morbilidad < de un año
  - Morbilidad de 1 a 4 años
  - Morbilidad de 5 a 14 años
  - Morbilidad de 15 a 44 años
  - Morbilidad de 45 a 59 años
  - Morbilidad > de 60 años
- Morbilidad Por Egreso Hospitalario:
  - Morbilidad < de un año
  - Morbilidad de 1 a 4 años
  - Morbilidad de 5 a 14 años
  - Morbilidad de 15 a 44 años
  - Morbilidad de 45 a 59 años
  - Morbilidad > de 60 años
- Estadísticas Vitales:
  - Nacimientos por grupo de edad de la madre
  - Nacimientos por procedencia
  - Nacimientos por Zona
  - Nivel educativo de la madre
  - Nacimientos por grupo étnico.
- Mortalidad Hospitalaria:
  - Mortalidad en horas de estancia hospitalaria
  - Causas de Mortalidad
- Eventos de Interés en Salud Pública.
  - Comportamiento de la IRA
  - Comportamiento de la EDA
  - Comportamiento epidemiológico del Dengue
  - Comportamiento del accidente ofídico
  - Comportamiento epidemiológico del paludismo
  - Comportamiento epidemiológico de la tuberculosis
  - Comportamiento epidemiológico del intento suicida

- Conclusiones
- Recomendaciones

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

PERIODO DEL INFORME	FECHA DE PRESENTACIÓN	NÚMERO DE ACTA DE JUNTA
Informe RIPS cuarto trimestre 2017 (Octubre –Diciembre)	21/02/2018	Acta N 001 de 2018
Informe RIPS primer trimestre 2018 (Enero-Marzo)	01/06/2018	Acta N 005 de 2018
Informe RIPS Segundo trimestre 2018 (Abril-Junio)	17/08/2018	Acta N 008 de 2018
Informe RIPS Tercer trimestre 2018 (Julio-Septiembre)	23/10/2018	Acta N 010 de 2018
Informe RIPS cuarto trimestre 2018 (Octubre –Diciembre)	20/03/2019	Acta N 001 de 2019

**Nota: La evidencia de las Actas de Junta reposa en el archivo de gestión de la Institución**

Atentamente:



**JHONATAN SOLANO CARRILLO**

Profesional Universitario de Planeación

## **INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO**

## INDICADOR 9

### RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

AÑO	EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	VALORES	RESULTADO	EQUILIBRIO
2018	Total Recaudos (Ingresos)	53.883.578	-1.103.746	0,98
	Total Compromisos (Gastos)	54.987.324		
2017	Total Recaudos (Ingresos)	50.806.059	-4.096.537	0,93
	Total Compromisos (Gastos)	54.902.596		

### EJECUCION PRESUPUESTO DE INGRESOS

El presupuesto de Ingresos para la Vigencia Fiscal 2018 fue aforado en la suma de \$40,180 millones, a diciembre 31 de 2018, se efectuaron adiciones por valor de \$15,609 millones, presentando a esa fecha un aforo definitivo por valor de \$55,789 millones.

Los ingresos corrientes han alcanzado un recaudo de \$50,055 millones que representa un 90% de lo presupuestado, en este grupo se clasifican las Ventas de Servicios de Salud con una ejecución del 89%, es decir un recaudo de \$49.839 millones, destacándose los siguientes recaudos: El ingreso de Régimen Subsidiado con \$24,734 millones, que representa el 50%, el ingreso de Cuentas por Cobrar con \$17,479 que representa el 35%, el ingreso de Régimen Contributivo con \$2,696 millones, equivalente al 5%, el ingreso de SOAT-Accidentes de Tránsito con un recaudo de \$1,915 millones, equivalente al 4% y las Ventas de Otros Servicios con un recaudo de \$215 millones que representa el 1%.

La disponibilidad inicial representa un 6% del presupuesto definitivo, los ingresos por Aportes Patronales corresponden al 1% para un total del 97% de recaudo con respecto al presupuesto definitivo.

## EJECUCION PRESUPUESTO DE GASTOS

El presupuesto inicial de gastos para la vigencia de 2018 fue aforado en \$40,180 millones y adiciones por valor de \$15,609 millones para un presupuesto definitivo a \$55,790 millones. Los Gastos de Funcionamiento, están constituidos por los gastos de personal, generales, comercialización, las transferencias y otros gastos, cuya sumatoria asciende a la suma de \$47,713 millones de los cuales se comprometieron \$46,912 millones de pesos, es decir un 98%, siendo los gastos de personal el que más impacto tiene sobre este rubro, que representa el 66%.

Para Gastos Generales se destinan \$5.980 millones, el 13% de esta conceptualización del gasto. El componente del gasto de comercialización alcanzó una ejecución del 20%, es decir se comprometió recursos por la suma de \$9,518 millones del presupuesto definitivo.

Dando como resultado un equilibrio presupuestal de **0,98** centavo, es decir que, por cada peso comprometido, se tiene 0,98 centavo de recaudado para responder. Este resultado es un excelente indicador, si se tienen en cuenta la difícil situación que tienen los hospitales para recaudar sus carteras con las diferentes EPS que vienen presentando un alto grado de iliquidez y declaración en quiebra de las principales clientes.

**INDICADOR 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA**

### 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**

En la vigencia 2018 se evidencia el reporte oportuno de la información que se debe rendir a la superintendencia de Salud, según la periodicidad establecida.

Los informes reportados en la vigencia fueron:

ARCHIVO	NOMBRE	PERIODICIDAD	PERIODO/ VIGENCIA	AÑO DE REPORTE
FT002	Publicación de los Estados Financieros	Anual	80/2017	2018
FT004	Cuentas por Pagar	Trimestral	43/2017 40/2018 41/2018 42/2018	2018
502	Certificación ejecución anual de mantenimiento Hospitalario	Semestral	43/2017 41/2018	2018
ST002	Aplicación PAMEC	Anual	80/2017	2018

Como evidencia de Cumplimiento se Anexa la certificación de la Superintendencia de Salud.

Superintendencia Nacional de Salud  
Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional  
REPORTE DE INDICADORES ESE RESOLUCIÓN 408 DE 2018  
INDICADOR N° 2 - DIRECCIÓN Y GERENCIA / INDICADOR N° 10 - FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA  
VIGENCIA 2018

Fuente: Sistema de Seguimiento Institucional de la UNAS  
Fecha de actualización: 10/04/2019

NIT	RAZÓN SOCIAL	Indicador 2 Ejecución de actividades directas Evaluación de cumplimiento de la Ley 1712 de 2014	Indicador 10 Disponibilidad de recursos Evaluación de cumplimiento de la Ley 1712 de 2014
890982091	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE SAN LUIS	0,84	CUMPLE
800014405	ESE HOSPITAL SANTA ISABEL	0,92	NO CUMPLE
890989680	E.S.E. HOSPITAL OSCAR EMIRO VERGARA CRUZ	0,95	NO CUMPLE
891982128	E.S.E. HOSPITAL PRESBITERO ALONSO MARIA GIRALDO	0,90	NO CUMPLE
890906211	E.S.E. HOSPITAL MUNICIPAL SAN RODRIGUE	0,91	CUMPLE
890905198	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN TAMARIA	0,92	NO CUMPLE
890982264	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ANTIOQUIA	0,97	CUMPLE
890906560	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE SANTO DOMINGO	0,95	CUMPLE
800080589	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	0,98	NO CUMPLE
890980003	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN JUAN DE DIOS	0,84	CUMPLE
890982184	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HORACIO MUÑOZ SUESCUN	0,90	NO CUMPLE
890980855	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1,00	CUMPLE
890984686	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO	1,00	NO CUMPLE
890982182	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN PABLO	0,70	CUMPLE
890980346	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE TITIRIBI	0,91	NO CUMPLE
800138704	E.S.E. HOSPITAL PEDRO CLAVER AGUIRRE YEPES	0,76	NO CUMPLE
890981137	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA	0,82	NO CUMPLE
800065395	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL TOBIAS PUERTA	0,93	CUMPLE
890980971	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IVAN RESTREPO GOMEZ	0,52	NO CUMPLE
891982129	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA	SIN REPORTE	NO CUMPLE
890980828	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	0,72	NO CUMPLE
800114286	E.S.E. HOSPITAL SAN CAMILO DE LEJIS	0,93	NO CUMPLE
890980367	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE VENECIA	0,91	NO CUMPLE
811020948	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ATRATO MEDIO ANTIOQUEÑO	SIN REPORTE	NO CUMPLE
890982162	E.S.E. HOSPITAL LA MISERICORDIA	0,94	NO CUMPLE
890981726	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS YARUMAL	0,93	NO CUMPLE
890981536	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO	0,99	NO CUMPLE
800014884	ESE HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ	0,90	NO CUMPLE
834001482	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO JAIME ALVARADO Y CASTILLA	0,71	NO CUMPLE
800218979	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	0,46	NO CUMPLE
800231215	HOSPITAL DEL SARARE ESE	0,82	CUMPLE

**INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 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**

## 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 LIBRO2 DEL DECRETO 780 DE 2016- DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.**

El hospital ha cumplido con el reporte del informe trimestral del decreto 2193 de 2004, compilado en la sección 2, capítulo 8, título3, parte 5 del libro2 del decreto 780 de 2016- Decreto único Reglamentario del sector salud y protección social o la norma que la sustituya. Se ha enviado la información de producción, de calidad y la información financiera, para cada uno de los trimestres enero-marzo de 2018, abril- junio de 2018, julio-septiembre de 2018 en las fechas establecidas.

Departamento	Municipio	Nombre Institución	Nivel	Primer Trimestre		Segundo Trimestre		Tercer trimestre		Cuarto trimestre		Resultado Final de Cumplimiento
				Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	
Antioquia	TÁMESIS	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1	28/05/2018	Oportuno	28/08/2018	Oportuno	21/11/2018	Oportuno	06/03/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	TARAZÁ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO	1	29/05/2018	Oportuno	23/08/2018	Oportuno	21/11/2018	Oportuno	26/02/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	TARSO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN PABLO	1	24/05/2018	Oportuno	24/08/2018	Oportuno	29/11/2018	Oportuno	05/03/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	TITIRIBÍ	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	1	22/05/2018	Oportuno	22/08/2018	Oportuno	19/11/2018	Oportuno	28/02/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	TOLEDO	E.S.E. HOSPITAL PEDRO CLAVER AGUIRRE YEPES	1	30/05/2018	Oportuno	24/08/2018	Oportuno	26/11/2018	Oportuno	26/02/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	TURBO DISTRITO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA	2	25/05/2018	Oportuno	16/08/2018	Oportuno	19/11/2018	Oportuno	20/02/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	URAMITA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL TOBIAS PUERTA	1	25/05/2018	Oportuno	13/08/2018	Oportuno	07/11/2018	Oportuno	22/02/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	URRAO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IVAN RESTREPO GOMEZ	1	11/05/2018	Oportuno	21/08/2018	Oportuno	14/11/2018	Oportuno	22/02/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	VALDIVIA	E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VALDIVIA	1	25/05/2018	Oportuno	24/08/2018	Oportuno	24/11/2018	Oportuno	27/02/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	VALPARAISO	ESE HOSPITAL SAN JUAN DIOS	1	25/05/2018	Oportuno	05/09/2018	Oportuno	28/11/2018	Oportuno	06/03/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	VEGACHÍ	ESE HOSPITAL SAN CAMILO DE LELIS	1	17/05/2018	Oportuno	14/08/2018	Oportuno	21/11/2018	Oportuno	19/02/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	VENECIA	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	1	24/05/2018	Oportuno	28/08/2018	Oportuno	26/11/2018	Oportuno	27/02/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	VIGÍA DEL FUERTE	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ATRATO MEDIO ANTIOQUEÑO	1	25/05/2018	Oportuno	14/08/2018	Oportuno	16/11/2018	Oportuno	01/03/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	YALÍ	ESE HOSPITAL LA MISERICORDIA	1	11/05/2018	Oportuno	01/08/2018	Oportuno	08/11/2018	Oportuno	26/02/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	YARUMAL	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS YARUMAL	2	22/05/2018	Oportuno	16/08/2018	Oportuno	19/11/2018	Oportuno	21/02/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	YOLOMBÓ	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE YOLOMBO	2	15/05/2018	Oportuno	10/08/2018	Oportuno	14/11/2018	Oportuno	22/02/2019	Oportuno	Cumple
Antioquia	YONDÓ	ESE HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ	1	25/05/2018	Oportuno	28/08/2018	Oportuno	04/12/2018	Oportuno	06/03/2019	Oportuno	Cumple
Arauca	ARAUCA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA	2	01/06/2018	Oportuno	04/09/2018	Oportuno	03/12/2018	Oportuno	04/03/2019	Oportuno	Cumple
Arauca	ARAUCA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO JAIME ALVARADO Y CASTILLA	1	01/06/2018	Oportuno	04/09/2018	Oportuno	30/11/2018	Oportuno	05/03/2019	Oportuno	Cumple
Arauca	SARAVENA	HOSPITAL DEL SARARE ESE	2	01/06/2018	Oportuno	04/09/2018	Oportuno	30/11/2018	Oportuno	04/03/2019	Oportuno	Cumple
Arauca	TAME	ESE MORENO Y CLAVIJO	1	01/06/2018	Oportuno	04/09/2018	Oportuno	30/11/2018	Oportuno	04/03/2019	Oportuno	Cumple



# ***INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL***



*evolucionamos pensando  
en usted*



**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 800231215-1

*Evolucionamos pensando en usted*

Vigilado:  
**Supersalud**  
Por la defensa de los derechos de los usuarios

**Ministerio de la Protección Social**  
**Departamento de Arauca**

# **INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRES O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES**

## **INDICADOR 12 RESOLUCIÓN 408 DE 2018:**

### **INFORME DE COMITÉ HISTORIA CLÍNICAS**

#### **EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICO PARA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES:**

##### **1. INTRODUCCION**

En todo el mundo, los trastornos hipertensivos constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbilidad tanto materna cuanto perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos.

Un análisis sistemático de la OMS sobre las causas de muerte materna ha mostrado que los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de muerte materna en los países en vías de desarrollo, especialmente en África, América Latina y El Caribe.

Los países en vías de desarrollo continúan registrando tasas comparativamente más elevadas de muertes maternas y perinatales por embarazos complicados debido a la hipertensión como resultado de la escasa utilización de los servicios de control prenatal y de asistencia obstétrica así como la presentación tardía a las unidades especializadas para la atención de emergencia. Los problemas con el manejo de la hipertensión en el embarazo se encuentran no solo en su etiopatogenia desconocida, sino también en la variación en sus definiciones, medidas y clasificaciones utilizadas para categorizar la hipertensión en las embarazadas.

La preeclampsia-eclampsia es una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal mundial. Optimizar la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos es un paso necesario hacia la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales (Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015) planteados en el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) propone un fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, basado en atención integral, con continuidad y con un enfoque familiar, comunitario e individual. La especificidad del primer nivel de atención será explícita en el set de instrumentos asistenciales en salud; las acciones que deben realizarse en los niveles superiores se mencionarán según su especificidad teniendo en cuenta la realidad y los principios de

accesibilidad, calidad y eficiencia consagrados en la Constitución de la República y el Sistema Nacional de Salud.

### **1.1. Historia natural**

Los trastornos hipertensivos gestacionales son multisistémicos y de causa desconocida; se caracterizan por una atribuible placentación anómala, con hipoxia/isquemia placentaria, disfunción del endotelio materno, probablemente favorecida por una predisposición inmunogenética, con una inapropiada o exagerada respuesta inflamatoria sistémica.

La enfermedad se caracteriza por la disfunción endotelial de todo el sistema materno y del lecho placentario, debido a un desbalance de los factores que promueven la normal angiogénesis a favor de factores antiangiogénicos (sFlt-1 o sVEGFr, Factor de Crecimiento Placentario PlGF, Endogлина). Estos factores están presentes en exceso en la circulación de pacientes varias semanas antes de la aparición de las primeras manifestaciones clínicas con evidencia de alteraciones metabólicas e inmunogenéticas. Se comprobó que existe alteración enzimática para la síntesis normal del óxido nítrico (NO), que conduce al estrés oxidativo en todos los endotelios maternos y placentarios con aumento del Tromboxano A2 y disminución de Prostaciclina, estimulación del Sistema Renina-Angiotensina, con aumento de la resistencia periférica y vasoconstricción generalizada. Estos cambios reducen el flujo útero placentario, con trombosis del lecho vascular placentario, depósitos de fibrina, isquemia e infartos de la placenta. Todos estos factores circulantes conducen al daño endotelial, con el consecuente aumento de la permeabilidad endotelial, la pérdida de la capacidad vasodilatadora y de la función antiagregante plaquetaria. Los hallazgos clínicos de la preeclampsia pueden manifestarse como un síndrome materno (hipertensión y proteinuria con o sin anomalías sistémicas), y/o un síndrome fetal (restricción de crecimiento fetal, reducción del líquido amniótico e hipoxia fetal).

Aquellas madres con hipertensión asociada al embarazo tienen riesgo aumentado para desarrollar complicaciones potencialmente letales, tales como desprendimiento de placenta normoinserta, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, falla hepática e insuficiencia renal aguda. Es mucho más frecuente este tipo de complicaciones en la preeclampsia–eclampsia, aunque dos tercios de casos ocurren en embarazadas nulíparas sin otras complicaciones o factores de riesgo aparentes.

## 1.2. Definición:

La definición de la OMS respecto a hipertensión arterial (HTA) aplica también para la gestante: tensión arterial (TA) igual o mayor a 140 mm Hg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica, registrada en dos tomas separadas por lo menos por cuatro a seis horas.

Los trastornos hipertensivos (THE) son grupo de complicaciones asociada al embarazo, para hablar de estas patologías se debe conocer que se dividen en 5 grandes subgrupos dependiendo sus características, según el colegio americano de ginecología y obstetricia, la federación internacional de ginecología y obstetricia, el ministerio de salud, las cuales son:

- Hipertensión arterial crónica
- Preeclampsia (leve y severa)
- Eclampsia
- Hipertensión crónica más preeclampsia agregada
- Hipertensión gestacional

Clasificación	frecuencia
Preeclampsia	2-8%
Hipertensión crónica	2-5%
Hipertensión gestacional	2-3%
Preeclampsia agregada	1-3%
Eclampsia	0.1%-1,0

## 1.3. Clasificación:

### 1.3.1 Hipertensión arterial crónica:

Hipertensión diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación, o hipertensión que se diagnostica durante el embarazo y no se resuelve a las 12 semanas posparto. Puede ser primaria o esencial, o secundaria a patología renal, renovascular, endócrina (tiroidea, suprarrenal) y/o coartación de aorta.

### 1.3.2 preeclampsia leve

Se define cuando una materna con embarazo mayor de 20 semanas con una tensión arterial mayor o igual a 140 / 90 mm de Hg tomada en dos ocasiones separada de 4 hora como mínimo más proteinuria mayor o igual a 300 mg / 24 horas.

Preeclamsia Servera.

- Tensión arterial  $\geq$  160/110 mm Hg, con proteinuria positiva y asociada a uno o varios de los siguientes eventos clínicos o de laboratorio (indicativos de daño endotelial en órgano blanco):
  - Proteinuria  $>$ 5g/24 h.
  - Alteraciones hepáticas (aumento de transaminasas, epigastralgia persistente, náuseas/ vómitos, dolor en cuadrante superior en el abdomen.
  - Alteraciones hematológicas (Trombocitopenia  $0,9$  mg /dL Oliguria de  $<$ 50 mL/hora).
  - Alteraciones neurológicas (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, hiperexcitabilidad psicomotriz, alteración del sensorio - confusión).
  - Alteraciones visuales (visión borrosa, escotomas centellantes, diplopía, fotofobia).
  - Restricción del crecimiento intrauterino.
  - Oligoamnios.
  - Desprendimiento de placenta.
  - Cianosis - Edema Agudo de Pulmón (no atribuible a otras causas,

### **1.3.3 eclampsia**

Cuando una paciente con trastorno hipertensivo del embarazo sin alteraciones vasculares cerebrales o patología neurológica presenta una convulsión

### **1.3.4 Hipertensión crónica más pre eclampsia sobre agregada:**

Es el desarrollo de pre eclampsia o eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente.

### **1.3.4 Hipertensión gestacional:**

Es un diagnóstico provisional que amerita reclasificación en posparto; si el cuadro es de rápida recuperación y las cifras retornan a lo normal se clasifican como *hipertensión transitoria* y si las cifras tensionales permanecen elevadas por más de seis semanas se clasifica como *hipertensión crónica* y no se acompañan de proteinuria.

## **COMPLICACIÓN**

### **SINDROME DE HELLP**

El síndrome de HELLP una complicación de los trastornos hipertensivo del embarazo principalmente encontrado en paciente con preeclampsia agregada y en mujeres con hipertensión gestacional. Esta

complicación donde existe una anemia hemolítica microangiopática se caracteriza por la presencia de hemólisis intravascular, elevación de enzimas hepáticas y descenso del conteo plaquetario

Criterios:

- HEMÓLISIS Anormalidades en el frotis de sangre periférica: esquistocitos. Esferocitos.

Bilirrubina total > 1,2 mg /dL. Deshidrogenasa láctica > 600 U/L.

- ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS HEPÁTICAS

Transaminasas > 70 UI.

Deshidrogenasa láctica > 600 U/L.

- TROMBOCITOPENIA < 100.000 plaquetas /mm.

- SÍNTOMAS: el 20 % son normotensas y sin proteinuria.

Dolor en epigastrio o en hipocondrio derecho.

Náusea y vómito.

## 2. OBJETIVO:

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 durante el año 2017.

### 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.

## 3. MARCO LEGAL

Constitución Política Colombiana ARTICULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Decreto 1011 de 2006 reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1438 de 2011 Artículo 74, establece la evaluación del plan de gestión del director o gerente de empresas sociales del estado del orden territorial.

Resolución 408 de 2018 en su considerando estable que con la expedición de la resolución 256 de 2016 se dictan disposiciones relacionadas con el sistema de información para la calidad.

Resolución 408 de 2018 en el artículo 3, ajustes a los planes de gestión presentados en 2017

Resolución de adopción de las guías de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo o trastornos hipertensivos en la gestante, guía de manejo de la primera causa de egreso de la institución que para este caso la atención del parto, en el Hospital del Sarare ESE,

#### **4. ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCIÓN DE LA GUÍA: RESOLUCIÓN 38A FEBRERO 27 DE 2018**

**Resolución 38A febrero 27 de 2018** “Por lo cual se adoptan la guías de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo, los trastornos hipertensivos en las gestantes, la guía de atención del parto y la guía de atención de infarto agudo del miocardio IAM

#### **5. 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 explícitas 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.

## **6. METODOLOGÍA APLICADA**

Para la revisión de la adherencia a las guías -Manejo específico para trastornos hipertensivos en gestantes, se toman las embarazadas que aplican por la patología enunciada y a través de la lista de chequeo se determina el porcentaje de adherencia en el manejo de estas pacientes por los profesionales médicos y especialistas.

Se tomaron los datos de historias clínica 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.

## **7. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE LA ESPECÍFICO PARA GUÍA DE MANEJO HIPERTENSIÓN EN LA GESTACIÓN 2018**

### **7.1. 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 2018 se presentaron 394 eventos de trastornos hipertensivos en gestantes: (casos totales o  $N$ ), de los cuales al aplicar la fórmula de tamaño muestral se analizaron 185 de ellos (muestra o  $n$ ).

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

**N** [tamaño del universo] **394**

← **Escriba aquí el tamaño del universo**

**p** [probabilidad de ocurrencia] **0,05**

← **Escriba aquí el valor de p**

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

**Fórmula empleada**

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

**Matriz de Tamaños muestrales para un universo de 394 con una p de 0,05**

Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]									
	10,0%	9,0%	8,0%	7,0%	6,0%	5,0%	4,0%	3,0%	2,0%	1,0%
90%	12	15	19	24	33	45	66	104	176	301
95%	17	21	27	34	45	62	88	134	211	324
97%	21	26	32	41	54	73	103	152	231	335
99%	29	36	44	55	72	96	132	186	263	350

**N=394, n: 186**

nivel de confianza de 99% con margen de error 3,0% con probabilidad de ocurrencia 0.05

## 7.2 PAPELES DE TRABAJO

### LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA

#### GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICO PARA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES:

N° ORDEN	VARIABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NA
1	Se registro 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			
9	se realiza perfil toxemico en paciente con preeclampsia			
10	se clasifica trastorno hipertensivo teniendo en cuenta criterio de severidad			
11	según clasificación de trastorno hipertensivo manejo antihipertensivo según guía institucional			

N° ORDEN	VARIABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NA
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 preeclampsia			
14	se estabilizo tensión arterial a gestante con preeclampsia con criterio de severidad antes de desembarazar			
15	se hizo remisión oportuna en gestante con preeclampsia con criterio de severidad en embarazos menor de 34 semanas			
16	se inicia manejo con sulfato de magnesio en paciente con preeclampsia 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	monitoreización de paciente con sulfato magnesio (gasto urinario , tensión arterial , fcf si aún está embarazada , fc, fr, signos de intoxicación por sulfato )			
20	paciente fue monitoreizada 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			

**CRITERIOS DE EVALUACION:**

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:

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 21 ítems evaluados, para efectos del indicador se tomarán todos aquellos que sean igual o superior al 95%.

USURIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL
1	89%	48	90%	95	91%	143	100%
2	100%	49	100%	96	100%	144	100%
3	91%	50	100%	97	100%	145	100%
4	91%	51	90%	98	100%	146	100%
5	94%	52	94%	99	67%	147	100%
6	90%	53	95%	100	100%	148	100%
7	100%	54	80%	101	100%	149	100%
8	100%	55	100%	102	91%	150	100%
9	100%	56	94%	103	100%	151	90%
10	100%	57	100%	104	100%	152	100%
11	100%	58	88%	105	100%	153	100%
12	100%	59	100%	106	94%	154	100%
13	100%	60	100%	107	100%	155	100%
14	100%	61	100%	108	100%	156	100%
15	89%	62	100%	109	94%	157	100%
16	100%	63	91%	110	88%	158	100%
17	100%	64	100%	111	100%	159	100%
18	90%	65	94%	112	100%	160	100%
19	100%	66	100%	113	100%	161	90%
20	90%	67	100%	114	100%	162	100%
21	100%	68	100%	115	94%	163	100%
22	100%	69	100%	116	94%	164	100%
23	82%	70	100%	117	94%	165	100%
24	78%	71	88%	118	100%	166	100%
25	89%	72	89%	119	94%	167	100%
26	100%	73	90%	120	100%	168	100%
27	90%	74	90%	121	100%	169	100%
28	90%	75	100%	122	100%	170	88%
29	100%	76	89%	123	100%	171	91%
30	100%	77	94%	124	100%	172	100%
31	90%	78	100%	125	93%	173	100%
32	100%	79	91%	126	100%	174	88%
33	100%	80	82%	127	100%	175	100%
34	100%	81	100%	128	100%	176	100%
35	100%	82	100%	129	100%	177	94%

USURIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL
36	94%	83	100%	130	100%	178	94%
37	100%	84	100%	131	100%	179	88%
38	100%	85	100%	132	100%	180	91%
39	90%	86	94%	133	100%	181	100%
40	100%	87	91%	134	91%	182	100%
41	92%	88	100%	135	100%	183	88%
42	100%	89	92%	136	100%	184	100%
43	100%	90	90%	137	100%	185	100%
44	90%	91	91%	138	100%	186	94%
45	94%	92	91%	140	100%		
46	100%	93	100%	141	100%		
47	100%	94	91%	142	100%		

**8. Formula del indicador (Resolucion 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*

**Aplicación Formula del indicador =**

$$X = \frac{175}{186}$$

$$X = 0.94$$

### **ANALISIS DEL INDICADOR**

De 186 historias auditadas 175 cumplieron con la aplicación de la guía técnica de manejo de trastornos hipertensivos en la gestación. Lo que corresponde a 94%. Aquellas atenciones donde no se cumplió a cabalidad con lo especificado en la guía motivó la elaboración de plan de mejoramiento,

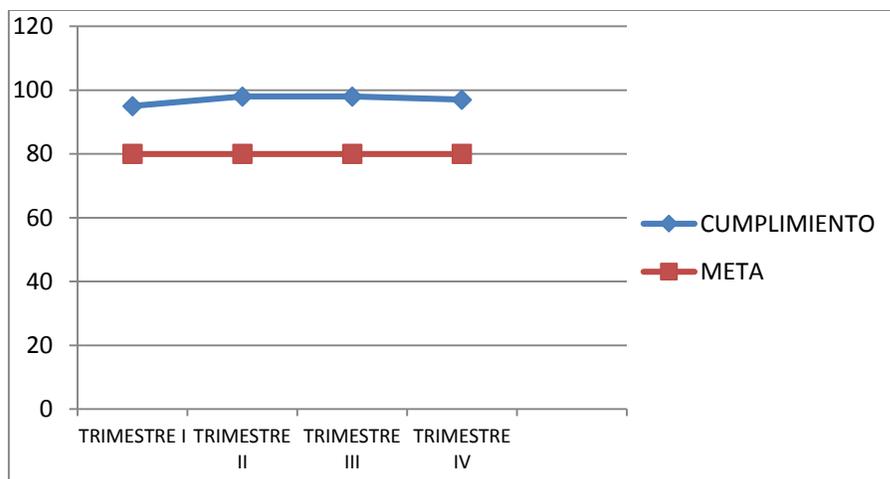
### **ANALISIS DEL RESULTADO**

En las 186 historias auditadas en el 2018 en el hospital de sarare 94% cumpliendo con el indicador ya que la meta es de un 80% , estas historias fueron auditadas por coordinador médico del servicio gineco-obstetricia por directriz gerencial para mejoramiento en el cumplimiento del indicador y como planes de mejora de los años anteriores, además para diagnóstico y manejo oportuno para brindarle mejor atención a las usuarias y así mismo disminuir las complicaciones materna, teniendo en cuenta que es una patología de morbilidad materna extrema y con una adherencia a guía se pueden evitar muerte materna y fetal.

El trabajo inicia capacitando al personal médico sobre la guía de manejo para diagnóstico de trastorno hipertensivo y mostrándoles la importancia del cumplimiento del indicador para la atención de los usuarios. Se continúa auditando la historia clínica trimestral con la lista de chequeo de adherencia a guía, verificando cumplimiento por parte del servicio de maternidad y parte médica, generando así planes de mejoramiento y medidas correctivas por lo anterior se cumple con la meta establecida por la resolución 408.

Revisando el cumplimiento de los ítems de la lista de chequeo, el cumplimiento es:

**Tabla 2 Fuente historias clínicas base de datos por diagnóstico de trastorno hipertensivo Hospital del Sarare ESE 2018. N=394, n=186**



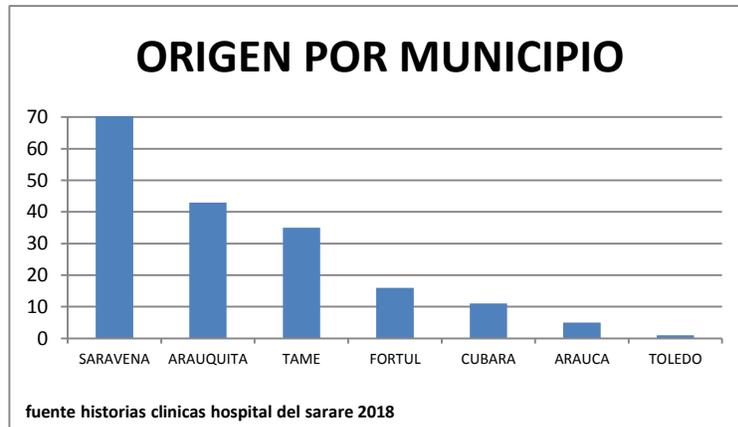
En la evaluación de la atención en gestantes con trastornos hipertensivos cuya meta es el 80% se evidencia que se alcanzó en los 4 trimestres la meta esperada alcanzando un 94% durante el 2018

### **PERFIL DE COMPORTAMIENTO EN GESTANTE CON TRASTORNO HIPERTENSIVO**

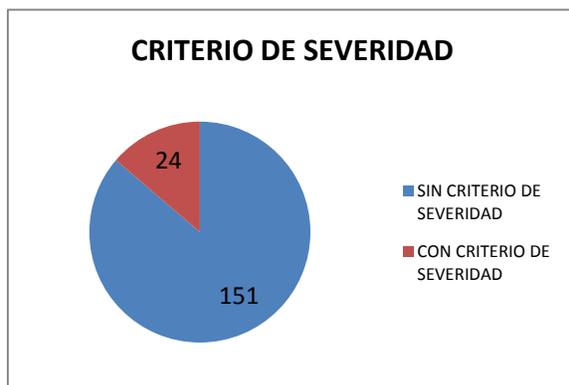
En el hospital del sarare en el 2018 se atendieron de 394 paciente gestante con trastorno hipertensivo, estudiando las 186 auditadas de las cuales dentro de su perfil se evidencia:

#### **POR MUNICIPIO DE ORIGEN**

Esta variable fue considerada importante no tanto porque fuera determinante para el análisis del indicador, sin embargo se realiza para determinar el flujo de trastorno hipertensivo en el departamento atendidas en el hospital del sarare en el 2018 analizando que la mayor procedencia fue de saravena con un 39%, seguido del municipio de arauquita con un 23 %, el resto de municipio con menor porcentaje de procedencia, sin embargo llama la atención que Arauca municipio tenga un 2% , sabiendo que este tiene un hospital de mayor nivel de complejidad



**POR CLASIFICACION DEL TRASTORNO HIPERTNESIVO**



Esta variante no analiza el cumplimiento del indicador , pero es importante ya que podemos analizar que gestante presentaron trastorno hipertensivo con criterio de severidad analizamos que de las 186 historias auditadas un 86,7% fueron sin criterio de severidad y un 13,3 % presentaron criterio de severidad, Ahora bien, aunque el informe no arroja información preponderante para este análisis se puede decir

que las paciente están recibiendo educación sobre signos y síntomas de alarma en los servicios de control prenatal y servicio de urgencia para consultar a tiempo, y que se está dando manejo oportuno a gestante con este diagnostico

### **CONCLUSION**

En nuestra práctica clínica en el hospital del Sarare se ha tratado de disminuir las complicaciones y morbilidad materna extrema por trastorno hipertensivo en embarazo e identificar oportunamente los factores de riesgo en materna, como habíamos mencionado anteriormente es una complicación muy frecuente y responsable de un porcentaje importante de morbimortalidad materna y perinatal, se han realizado protocolos institucionales y capacitaciones continuas a profesionales de la salud que se involucran en la atención de estas paciente, como seguimiento clínico a paciente con alto riesgo de desencadenar esta patología, ya que somos hospital de II nivel de complejidad y referente departamental Arauca y de algunos municipios de departamentos aledaños, teniendo así una gran población de paciente y materna con trastornos hipertensivos

El enfoque principal es durante el inicio del embarazo, detectar durante la primeras consulta factores de riesgo de la materna como hábitos alimentarios y tóxicos, como también identificar tensiones arteriales y descartar trastorno hipertensivo crónico para manejo inicial oportuno, así mismo identificar antecedente personal o familiar de preclamsia ya que este es un indicador de factor de riesgo fundamental para detención de factores, así como la primipaternidad o secundipaternidad. Educación a las maternas y familiares es de suma importancia para la identificación oportuna de signos y síntomas relacionado a esta patología para el ingreso y manejo oportuno.

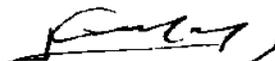
Existen a nivel institucional una lista de chequeo y adherencia guía del manejo de trastorno hipertensivo en el embrazo en la cual medimos la oportunidad en la detección y manejo adecuado para estas pacientes con el fin de mejorar en la atención y disminuir complicaciones, morbimortalidad materna y perinatal. Teniendo como objetivo diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hipertensivas del embarazo y tratamiento adecuado, ofrecer educación individual a todas las gestantes que consulten a nuestra institución por signos o síntomas de hipertensión relacionada con el embarazo desde su ingreso a la misma hasta su salida ya sea estabilizada con Manejo ambulatorio, desembarazada o remitida a mayor nivel de atención. para salvar la vida de la madre y su hijo.

Atentamente:

Comité de Historias clinica Hospital del Sarare



**DAVID TEGRIA**  
Presidente del Comité



**LEONARDO GRISMAN**  
Secretario del Comité



**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 800231215-1

*Evolucionamos pensando en usted*

Vigilado:  
**Supersalud**  
Por la defensa de los derechos de los usuarios

**Ministerio de la Protección Social**  
**Departamento de Arauca**

## **INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE LA MORBILIDAD ATENDIDA**

**INDICADOR 13 RESOLUCIÓN 408 DE 2018:  
INFORME DE COMITÉ HISTORIA CLÍNICAS**

**ANÁLISIS INDICADORES Y ESTANDARES DE EVALUACION ADHERENCIA A GUIAS DE  
MANEJO DEL PLAN DE GESTION -HOSPITAL DEL SARARE ESE.**

**2018.**

**EVALUCION DE APLICACION DE GUIA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO  
HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA**

**1. INTRODUCCION**

La antigüedad del nacimiento de un nuevo ser humano es comparable con el antiquísimo que resultan las técnicas de atención del parto y de aquellas dirigidas a hacer más reconfortante esta inigualable experiencia.

Entre los aztecas por ejemplo las embarazadas eran cuidadas celosamente a través de rituales y ceremonias, baños con hierbas aromáticas así con sesiones de relajación y ejercicios, todo con la intención de favorecer una experiencia de parto sin dolor; cuidado al que posteriormente se denominó preparación psicoprofiláctica. No obstante, los beneficio y popularidad lograda por la técnica psicoprofilaxis, el hecho que su enfoque principal fuese el de mitigar el dolor provocado por las contracciones y dilatación cervical, dejó de lado otros aspectos del cuidado del parto que hoy se colocan en palestra del debate y las agendas de atención de la salud obstetra.

El tema de la agenda precitada se ha denominado humanización del cuidado de la gestante durante la labor y el parto. Por tal motivo la OMS realiza recomendaciones sobre Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.

La mayoría de los aproximadamente 140 millones de nacimientos que ocurren a nivel mundial cada año se dan en mujeres que no presentan factores de riesgo de tener complicaciones para ellas ni para sus bebés, al comienzo y durante el trabajo de parto. Sin embargo, el momento del nacimiento es crítico para la sobrevivencia de las mujeres y los bebés, ya que el riesgo de morbilidad puede aumentar considerablemente si surgen complicaciones. De acuerdo con las metas establecidas en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en

todas las edades, y la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030), la agenda mundial está ampliando su enfoque con el fin de garantizar que las mujeres y los bebés no solo sobrevivan a las complicaciones del parto (si ocurrieran) sino también que se desarrollen y alcancen su potencial de salud y vida. A pesar de los importantes debates e investigaciones que se han desarrollado durante muchos años, el concepto de “normalidad” en el trabajo de parto y el parto no es universal ni está estandarizado. En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Además, el mayor uso de intervenciones en el trabajo de parto sin indicaciones claras continúa ampliando la brecha sanitaria en cuanto a la equidad entre entornos con muchos recursos y aquellos con pocos recursos. Esta directriz aborda estos problemas e identifica las prácticas más comunes utilizadas durante el parto a fin de establecer normas de buenas prácticas para llevar adelante un trabajo de parto y un parto sin complicaciones. Promueve el concepto de la experiencia en la atención como un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto y mejores resultados centrados en la mujer, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina. Es relevante para todas las embarazadas sanas y sus bebés, y toma en cuenta que el parto es un proceso fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la mayoría de las mujeres y los bebés. La directriz reconoce una “experiencia de parto positiva” como un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto. Define una experiencia de parto positiva como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias

técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales a través de la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas. Esta directriz actualizada, integral y consolidada sobre los cuidados esenciales durante el parto reúne las recomendaciones nuevas y existentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, al ser parte de un paquete de recomendaciones, garantizará la calidad de la atención basada en la evidencia, independientemente del entorno o del nivel de atención de salud. Las recomendaciones que se presentan en esta directriz no son específicas a ningún país o región, y reconocen las diferencias que existen a nivel mundial en cuanto al nivel de servicios de salud disponibles dentro de cada país y entre ellos. La directriz resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y el parto para las mujeres y sus bebés a través de un enfoque holístico basado en los derechos humanos. Presenta un modelo global de cuidados durante el parto que considera la complejidad y la heterogeneidad de los modelos predominantes de atención y la práctica actual.

### **1.1 DEFINICIONES:**

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.

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

**1.1.1 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

- 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.

Antecedentes:

- Personales: Patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos y farmacológicos.

- Familiares

- Fecha de última regla y fecha de último parto

- **EXAMEN FÍSICO**

- Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación

Toma de signos vitales

- Revisión completa por sistemas

- Valoración del estado emocional

- Valoración obstétrica que analice la actividad uterina, las condiciones del cuello, la posición, situación y estación del feto.

- Fetocardia

- Tamaño del feto

- Número de fetos

- Estado de las membranas

- Polimetría

- **SOLICITUD DE EXÁMENES PARACLÍNICOS**

- VDRL

- Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.
- Hemograma
- Pruebas treponemicas
- VIH si no se realizó en el último trimestre

• **IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONES PATOLOGICA**

En el hospital del Sarare según guía institucional se estratifica según la escala de herrera y hurtado

**Cuadro 1**  
**Escala de riesgo biopsicosocial prenatal**

	<b>Clasificación</b>	<b>Puntos</b>
<b>Historia reproductiva</b>		
Edad	<16 años	1
	16-35 años	0
	>35 años	2
Paridad	0	1
	1-4	0
	>4	2
Cesárea previa		1
Preeclampsia o hipertensión		1
Abortos recurrentes o infertilidad		1
Hemorragia postparto o remoción		1
Manual de placenta		1
Peso del recién nacido	<2,500 g ó >4,000 g	1
Mortalidad fetal tardía o neonatal temprana		1
Trabajo de parto anormal o dificultoso		1
Cirugía ginecológica previa		1
<b>Embarazo actual</b>		
Enfermedad renal crónica		2
Diabetes gestacional		2
Diabetes preconcepcional		3
Hemorragia	<20 semanas	1
	≥20 semanas	2
Anemia	(Hb <10 g/l)	1
Embarazo prolongado	(>42 semanas)	1
Hipertensión arterial		2
Polihidramnios		2
Embarazo múltiple		3
Presentación de frente o transversa		3
Isoinmunización		3
<b>Riesgo psicosocial</b>		
Ansiedad severa		1
Soporte social familiar inadecuado		1

Fuente: Herrera *et al.*<sup>20</sup>

**Ansiedad severa:** Tensión emocional, humor depresivo, síntomas neurovegetativos de angustia (dos o tres síntomas intensos).

**Soporte social inadecuado:** Insatisfacción con el apoyo recibido por la familia y/o compañero en el embarazo en tiempo, espacio y dinero (dos o tres aspectos insatisfechos)

**Alto riesgo biopsicosocial:** ≥3 puntos

Las 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. Si la conclusión es que no se encuentra en trabajo de parto, es preciso evaluar

las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio y en consecuencia indicar deambulación y un nuevo examen, según criterio médico, en un período no superior a dos horas. En caso contrario se debe hospitalizar.

### **1.1.2 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 partograma y si se encuentra en fase activa, 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 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 período 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 la 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.

### **1.1.3 ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (EXPULSIVO)**

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 amniotomía 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 meconiado 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

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

#### **1.1.4 ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO**

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 traccionar 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.

Al visualizar la placenta, se toma con las dos manos, se inicia un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa. Es importante tener en cuenta que durante este período del parto ocurre el mayor número de complicaciones graves y eventualmente fatales, por lo que este proceso debe vigilarse estrechamente. Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad), como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etc.). 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. Normalmente el útero se contrae adecuadamente una vez ha ocurrido el alumbramiento, pero se administra una infusión I.V. de 5-10 Unidades de Oxitocina diluidas en 500 o 1.000 cc de Cristaloïdes para prevenir la hemorragia postparto por

atonía uterina. Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal.

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

### **1.1.5 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 resolutive 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.

### **1.1.6 ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO**

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:

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia, infección puerperal, taquicardia, fiebre, taquipnea, subinvolución 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.

### **1.1.7 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.

## **2. MARCO LEGAL**

Constitución Política Colombiana ARTICULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Decreto 1011 de 2006 reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1438 de 2011 Artículo 74, establece la evaluación del plan de gestión del director o gerente de empresas sociales del estado del orden territorial.

Resolución 408 de 2018 en su considerando estable que con la expedición de la resolución 256 de 2016 se dictan disposiciones relacionadas con el sistema de información para la calidad.

Resolución 408 de 2018 en el artículo 3, ajustes a los planes de gestión presentados en 2017

Resolución de adopción de las guías de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo o trastornos hipertensivos en la gestante, guía de manejo de la primera causa de egreso de la institución que para este caso la atención del parto, oportunidad en la atención específica en paciente al egreso con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) en el Hospital del Sarare ESE, oportunidad en la realización de la apendicetomía.

### **1.1 ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCIÓN DE LA GUÍAS**

Resolución 38A febrero 27 de 2018 “Por lo cual se adoptan la guías de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo, los trastornos hipertensivos en las gestantes, la guía de atención del parto y la guía de atención de infarto agudo del miocardio IAM.

### **3. 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 explícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos"

#### **4. METODOLOGÍA APLICADA**

##### Para la revisión de la adherencia a las guías:

- ❖ Atención del parto (primera causa de egreso del año 2018)
- ❖ 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.

#### **4.2 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 2018 de acuerdo al informe del perfil epidemiológico del Hospital del Sarare, 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 2018 se presentaron 1341 atención de parto vaginales (casos totales o N), de los cuales al aplicar la fórmula de tamaño muestra se analizaron 299 historias clínicas (muestra o n).

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

N [tamaño del universo]     **1.341**

← Escriba aquí el tamaño del universo

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

← Escriba aquí el valor de p

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

**Fórmula empleada**

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

**Matriz de Tamaños muestrales para un universo de 1341 con una p de 0,5**

Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]									
	10,0%	9,0%	8,0%	7,0%	6,0%	5,0%	4,0%	3,0%	2,0%	1,0%
90%	64	78	97	124	164	224	320	480	746	1.118
95%	90	109	135	171	223	299	415	594	860	1.177
97%	108	131	162	204	263	349	475	662	921	1.204
99%	148	178	218	271	344	445	586	777	1.014	1.241

**N= 1341 n 299**

Nivel de confianza 95% con margen de error de 5% con probabilidad de ocurrencia 0,5

**PAPELES DE TRABAJO – LISTA DE CHEQUEO**

N° ORD EN	VARIABLE	CUMPLE	NO CUMPL E	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 medica de canalizar vena periférica y uso de soluciones cristaloides			
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 integras, se procede a la anatomía y al examen del líquido			
15	se evidencia en la historia clinica 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 medico en ordenes medica de infusión de oxitocina a dosis según guía institucional para evitar hemorragias posparto			
18	se evidencia el registro en la historia clinica la vigilancia de la hemostasia uterina en puerperio inmediato (las dos primeras horas posparto)			
19	durante el puerperio se relaza examen físico obstétrico completo para detención 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 alarmar para re consultar			
21	se da orden médica a gestante posparto de cita control por médico general 7 días posparto			

**CRITERIOS DE EVALUACION:**

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:

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

En esta tabla se denota el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los 21 items evaluados, para efectos del indicador se tomaran todos aquellos que sean iguales o superiores al 80%.

USURIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL
1	84%	76	95%	151	85%	227	80%
2	90%	77	95%	152	89%	228	95%
3	90%	78	90%	153	85%	229	90%
4	94%	79	94%	154	85%	230	95%
5	84%	80	95%	155	90%	231	100%
6	80%	81	80%	156	85%	232	84%
7	100%	82	89%	157	94%	233	100%
8	95%	83	90%	158	100%	234	100%
9	89%	84	80%	159	95%	235	100%
10	75%	85	89%	160	100%	236	100%
11	85%	86	95%	161	89%	237	85%
12	85%	87	94%	162	95%	238	84%
13	90%	88	85%	163	90%	239	95%
14	85%	89	90%	164	100%	240	89%
15	95%	90	89%	165	100%	241	89%
16	95%	91	89%	166	90%	242	100%
17	100%	92	95%	167	100%	243	94%
18	95%	93	94%	168	100%	244	100%
19	85%	94	90%	169	95%	245	100%
20	95%	95	95%	170	95%	246	95%
21	90%	96	95%	171	95%	247	100%

USURIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL
22	89%	97	95%	172	100%	248	100%
23	90%	98	95%	173	100%	249	100%
24	85%	99	95%	174	100%	250	95%
25	90%	100	95%	175	90%	251	90%
26	95%	101	89%	176	89%	252	100%
27	84%	102	90%	178	90%	253	100%
28	95%	103	95%	179	100%	254	100%
29	95%	104	94%	180	100%	255	100%
30	85%	105	95%	181	89%	256	84%
31	94%	106	85%	182	94%	257	85%
32	95%	107	85%	183	100%	258	86%
33	95%	108	90%	184	100%	259	100%
34	95%	109	85%	185	84%	260	94%
35	100%	110	75%	186	95%	261	95%
36	90%	111	89%	187	100%	262	90%
37	85%	112	95%	188	100%	263	95%
38	95%	113	95%	189	89%	264	95%
39	95%	114	89%	190	95%	265	100%
40	95%	115	95%	191	90%	266	100%
41	95%	116	80%	192	86%	267	100%
42	85%	117	84%	193	85%	268	95%
43	95%	118	84%	194	100%	269	100%
44	84%	119	90%	195	95%	270	90%
45	95%	120	95%	196	89%	271	100%
46	95%	121	86%	197	80%	272	100%
47	90%	122	90%	198	94%	273	95%
48	90%	123	90%	199	89%	274	100%
49	90%	124	90%	200	89%	275	100%
50	89%	125	95%	201	95%	276	95%
51	85%	126	89%	202	89%	277	100%
52	89%	127	80%	203	94%	278	100%
53	95%	128	85%	204	86%	279	100%
54	90%	129	84%	205	95%	280	90%
55	94%	130	95%	206	85%	281	100%
56	89%	131	84%	207	95%	282	100%
57	89%	132	89%	208	94%	283	100%
58	94%	133	95%	209	85%	284	100%
59	95%	134	95%	210	85%	285	100%
60	89%	135	94%	211	95%	286	100%
61	90%	136	89%	212	94%	287	100%

USURIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL
62	100%	137	94%	213	90%	288	100%
63	95%	138	90%	214	95%	289	95%
64	95%	139	94%	215	95%	290	100%
65	89%	140	89%	216	95%	291	100%
66	90%	141	90%	217	94%	292	95%
67	95%	142	100%	218	90%	293	95%
68	89%	143	100%	219	90%	294	100%
69	89%	144	95%	220	89%	295	100%
70	95%	145	85%	221	89%	296	100%
71	95%	146	100%	222	95%	297	100%
72	95%	147	86%	223	95%	298	90%
73	94%	148	90%	224	95%	299	100%
74	95%	149	95%	225	95%		
75	95%	150	95%	226	85%		

## 6. Formula del indicador (Resolucion 408/2018) =

Numero 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 morbilidad atendida (parto) en la vigencia objeto de evaluación

número total de historias clínicas 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

### 6.1 Aplicación Formula del indicador =

$$X = \frac{278}{299}$$

$$X = 0.93$$

### **ANALISIS DEL INDICADOR**

De las 299 historias auditadas 278 cumplieron con la aplicación de la guía técnica de manejo adoptada por el hospital del sarare para el diagnóstico de primera causa de egreso hospitalario en este caso atención del parto Lo que corresponde a 93%. Aquellas atenciones donde no se cumplió a cabalidad con lo especificado en la guía motivó la elaboración de plan de mejoramiento.

### **ANALISIS DEL RESULTADO:**

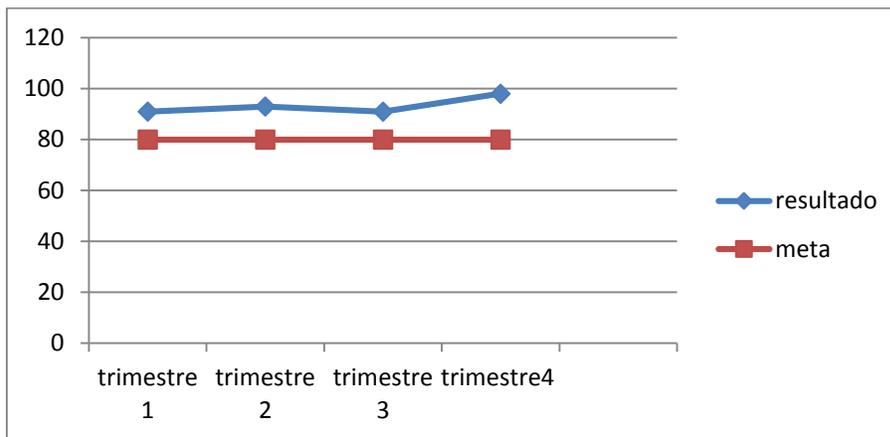
En las 299 historias clínica que se auditaron en el hospital del sarare durante el 2018 para evaluar el cumplimiento del indicador 13 de la resolución 408 , que consiste en con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida (parto), se cumplió con el 93% ya que la meta es de 80%, estas historias fueron auditadas por coordinador médico del servicio gineco-obstetricia por directriz gerencial para mejoramiento en el cumplimiento del indicador y como planes de mejora de los años anteriores, teniendo en cuenta la gran importancia de este indicador ya que por medio del cual se puede disminuir las complicaciones ,morbilidades y mortalidades maternas y fetales, ofreciendo una atención oportuna a las usuarias de la región araucana.

Se crearon estrategias para el cumplimiento de este indicador, la cual consisten en lo siguiente:

- Primero se realizó capacitaciones al personal médico que labora en el hospital del sarare, sobre todo lo teórico y práctico en manejo de paciente embarazada para una culminación de la gestación exitosa.
- Se realizan auditorias trimestrales a la muestra de historias, las cuales se realizan por medio de la formula descrita anteriormente siendo esta acumulativa con una muestra aleatoria.

- Se realizan reuniones trimestrales con médico y rurales que rotan por el servicio de maternidad, para aplicaciones de planes de mejoras, realizando compromisos por parte de estos.

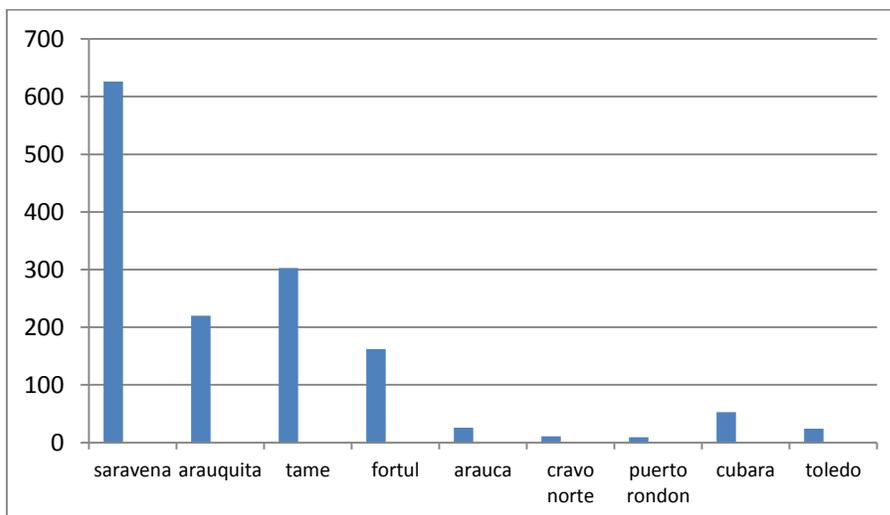
Revisando el cumplimiento de los ítems de la lista de chequeo, el cumplimiento es:



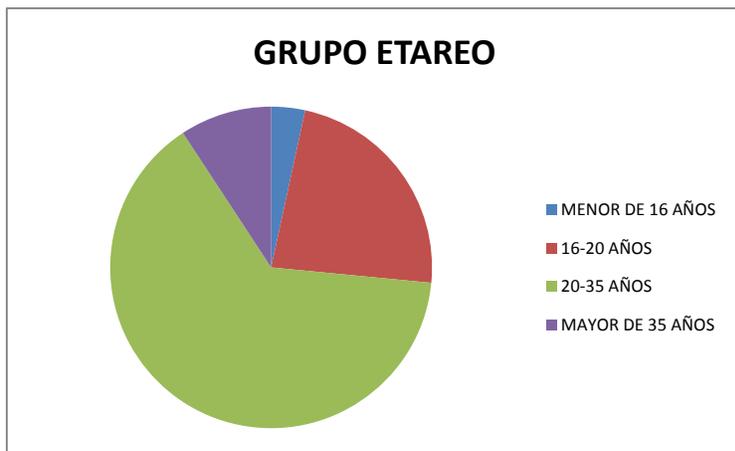
### **PERFIL DE COMPORTAMIENTO EN ATENCION DEL PARTO**

En el hospital del Sarare en el 2018 se atendió el parto de 1341 gestante

### **POR MUNICIPIO DE ORIGEN**



**POR GRUPO ETAREO**



Atentamente:

Comité de Historias clinica Hospital del Sarare

**DAVID TEGRIA**  
Presidente del Comité

**LEONARDO GRISMAN**  
Secretario del Comité

## **INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA**

## **INDICADOR 14 RESOLUCIÓN 408 DE 2018**

### **INFORME OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICETOMÍA**

#### **1. INTRODUCCION**

El concepto de abdomen agudo fue incluido en la literatura científica médica por John B. Deaver, profesor de la Universidad de Pennsylvania y cirujano del Hospital Lankenau de Filadelfia. Aunque el término es bastante amplio, goza de mucha aceptación en la medicina contemporánea y en general, se emplea para referirse a eventos clínicos que caracterizan a una afección aguda intraabdominal que necesita tratamiento quirúrgico urgente. Se considera que la Apendicitis Aguda (AA), es la enfermedad más característica de este síndrome. Se estima que anualmente se operan más de 250 000 personas en los Estados Unidos, de ellas unas 2000 fallecen por complicaciones postoperatorias. Con el avance de las metodologías diagnósticas y el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y terapéuticas, la mortalidad por causa de la AA ha venido disminuyendo paulatinamente desde la segunda mitad del siglo XX. No obstante, sigue siendo la enfermedad que con mayor frecuencia obliga a una intervención quirúrgica; se estima que esta urgencia afecta hasta un 7% de cualquier población, sin ajustar por covariables como género y edad. Por otro lado, el tiempo transcurrido antes del ingreso del paciente, así como las demoras en el diagnóstico y la intervención pueden llevar a que ocurran complicaciones postquirúrgicas las cuales oscilan entre 5 y 18% de los casos. La taxonomía de la AA también se expresa en un amplio espectro de clasificaciones: Ellis la divide en perforada y no perforada ; Caballero las clasifica en tres estados conocidos como edematosa, supurativa y perforada ; Pera las identifica en catarral cuando predomina el fenómeno de hiperemia y congestión (grado I); flegmonosa, cuando aparecen erosiones de la mucosa con supuración y exudados fibrinopurulentos en la serosa (grado II); gangrenosa, cuando hay necrosis de la pared (grado III), perforada (grado IV) y absceso apendicular (grado V). En el medio local, la historia clínica y el examen físico siguen siendo considerados como las herramientas más útiles en el diagnóstico de la AA. No obstante, en un significativo número de casos la forma de presentación clínica es bastante atípica e inespecífica, lo que predispone a errores diagnósticos, incluso entre los profesionales más experimentados. Por otra parte, la tendencia más frecuente entre los cirujanos es adelantar un procedimiento quirúrgico lo más pronto posible para disminuir la probabilidad de perforación, lo que se traduce en una elevada tasa de falsos positivos que, según los reportes de la literatura, puede ir desde el 13% hasta el 40%. Varios intentos se han realizado para disminuir estas estimaciones de equivocación, de las cuales las más significativas han sido la incorporación de tecnologías de diagnóstico por imagen como la ecografía y la tomografía

computarizada. Lamentablemente, estas no están al alcance de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud en el país. Por esta razón, el diagnóstico oportuno sigue estando sujeto a la pericia y agudeza de los clínicos. Diversos análisis han demostrado que el diagnóstico clínico sigue siendo un enorme desafío, particularmente en los casos de mujeres en edad fértil, en los que la AA tiende a enmascararse con las características clínicas de otras patologías de origen ovárico. La AA constituye la urgencia abdominal quirúrgica más frecuente en la infancia con una incidencia entre 4-5 x 1000, con mayor frecuencia de presentación entre los seis y los diez años de edad, muy poco frecuente entre los preescolares y de presentación muy excepcional antes del primer año de edad. Los niños que son hospitalizados por dolor abdominal agudo tendrán una causa quirúrgica en el 30-38% de los casos, médica en el 20-36% y serán catalogados como dolor abdominal inespecífico en un 20-36% de las veces

## **OPORTUNIDAD QUIRURGICA**

La apendicitis se ha convertido en la enfermedad abdominal más común para el cirujano general. Tradicionalmente, se han buscado variables clínicas que puedan predecir cuáles pacientes con dolor en el cuadrante inferior derecho efectivamente tienen apendicitis. De tal forma, se ha podido establecer que el sexo y la edad son variables que ayudan a determinar el riesgo de tener apendicitis. Una variable que ha sido explorada tímidamente es la del tiempo de evolución. Generalmente, se ha considerado que un mayor tiempo de evolución de los síntomas implica una fase más avanzada de la apendicitis y mayor riesgo de perforación, de acuerdo con la clásica descripción de la evolución de la enfermedad: edematosa, fibrinopurulenta, gangrenosa o perforada. Sin embargo, es escasa la información que sustenta esta creencia. En algunos estudios se ha sugerido que el retraso en el tratamiento quirúrgico determina una mayor frecuencia de apendicitis complicada o perforada, mientras que en otros no lo han logrado demostrar. Sin embargo, estos resultados deben evaluarse con prudencia. La primera dificultad estriba en las definiciones. La apendicitis complicada se refiere a toda apendicitis con proceso inflamatorio sin perforación macroscópica del órgano, dado que se asume contaminación peritoneal al momento de la cirugía, lo que coloquialmente se llama "líquido de reacción peritoneal". La apendicitis perforada hace referencia al compromiso macroscópico de la serosa con salida de material fecal al peritoneo, que causa peritonitis localizada. Algunos autores intercambian estas definiciones, lo que hace difícil la interpretación de los resultados. Por otro lado, en muchos de estos estudios se compara retrospectivamente el tiempo de evolución de acuerdo con los hallazgos histopatológicos, lo cual no toma en cuenta las condiciones propias de la enfermedad y el paciente que la padece. Es ampliamente aceptado que los pacientes de edades extremas y con

enfermedades concomitantes, presentan una incidencia mayor de apendicitis perforada. Estos casos representan un reto mayor y en ellos un retraso en el diagnóstico es el común denominador, por asistencia tardía o por exámenes de laboratorio poco específicos. En este orden de ideas, se espera que el tiempo de evolución de la enfermedad hasta la cirugía sea más prolongado, por lo cual la comunidad médica y la sociedad han establecido una relación de causa y efecto basada en la temporalidad (“perforación por retraso diagnóstico”). Lo que no es posible discernir es si este tiempo intrahospitalario influye en la perforación. Si se pretendiera diseñar un estudio para determinar dicha relación de causalidad (el tiempo de evolución es un factor que determina la incidencia de perforación), la manera ideal debería ser ensamblando una cohorte para comparar el tipo de apendicitis según el tiempo de los síntomas; esto es, deberían compararse por grupos los pacientes que tuvieron 6 horas de evolución, luego los que tenían 12, y así sucesivamente. Si el factor tiempo es en efecto un factor determinante de perforación, el resultado esperado sería que, a mayor tiempo de evolución, el número de apendicitis complicadas aumentara progresivamente. Si se aceptan las tradicionales fases de evolución de la apendicitis, se esperaría que a las 36 horas todas ellas estuvieran complicadas o perforadas. No obstante, los resultados obtenidos en este estudio no confirman esta teoría. Nuestros resultados demuestran que, independientemente del tiempo de evolución de los síntomas, la frecuencia de apendicitis no complicada es estable y que, después de las 6 horas, 30 a 40 % de los pacientes se presentan con apendicitis perforada. Sin embargo, se encontró que antes de las 6 horas, el 9 % de los pacientes ya se encuentran con apendicitis perforada y que, después de más de 48 horas de evolución de los síntomas, menos de la mitad de los apéndices se han perforado, lo cual desvirtúa en forma categórica la teoría comúnmente aceptada. Las curvas de supervivencia que documentan el tiempo de evolución hasta el momento de la cirugía, no mostraron diferencias en el tiempo al evento por tipo de apendicitis complicada o no complicada, pero sí cuando se comparan las perforadas. Esto sugiere que los pacientes que van a seguir el curso de la complicación, esto es, la evolución hacia fibrino-purulenta-gangrenosa y perforada, están determinados desde un principio, sin que el tiempo sea una variable importante. No obstante, una vez que este camino se toma, el tiempo hasta la perforación sigue una tendencia progresiva, aunque no lineal.

Los anteriores hallazgos comprueban una vez más que el cuerpo humano actúa como un sistema orgánico complejo, en el cual existen otros factores, no relacionados con el tiempo de evolución de los síntomas, que interactúan y pueden determinar cambios en la presentación de la enfermedad. Dado que el fenómeno central de la apendicitis es la inflamación, es posible aventurar que existen perfiles diferenciales, como se ha demostrado para otro tipo de enfermedades como la pancreatitis o la sepsis, y que antes que el tiempo, es el tipo de respuesta inflamatoria personal la que determina el tipo de apendicitis. Esta teoría ha sido sugerida por otros autores. Por otra parte, un concepto

ampliamente aceptado y que debe ponerse en duda, es la explicación fisiopatológica de los hallazgos quirúrgicos del apéndice de acuerdo con la tradicional descripción de las fases de evolución de la apendicitis producto de la obstrucción intraluminal. Si esto fuera correcto en todos los casos, se esperaría no encontrar apendicitis edematosas después de varias horas de evolución, hallazgo que no se puede corroborar con estos resultados. Otros estudios epidemiológicos han demostrado que, a pesar del uso creciente de métodos diagnósticos y de los cambios en variables clínicas productos del desarrollo, las tasas de apendicitis perforada no han disminuido, lo que sugiere que pueden existir dos patrones clínicos de apendicitis aguda, es decir, dos entidades diferentes. Se puede sugerir que los hallazgos de hiperplasia linfoide que obstruyen la luz es solo un epifenómeno que ocurre de manera simultánea con el desencadenamiento de la respuesta inflamatoria de la apendicitis y que, antes que un evento mecánico resultante del aumento de la presión intraluminal, existe un proceso de inflamación que lleva a la isquemia y la necrosis apendicular, o un perfil genético que predispone a seguir el camino de la apendicitis complicada. Este estudio presenta una fortaleza particular que afianza sus resultados, dada por su diseño, que permite investigar de forma adecuada el criterio temporal de la causalidad como factor determinante o no determinante de una asociación. Cabe anotar que no sería posible hacer un ensayo clínico controlado para examinar esta relación, dadas sus consideraciones éticas: intervenir prontamente Vs. tardíamente a unos pacientes.

Se han determinado como factores de riesgo para la perforación de la apéndice, en los pacientes con apendicitis aguda: la inoportunidad para el manejo quirúrgico, dada por el tiempo transcurrido antes del ingreso del paciente, así como las demoras en el diagnóstico y la intervención; aspectos que pueden llevar a que ocurran complicaciones postquirúrgicas, que oscilan del 5 al 18% de los casos, mayor riesgo de re-intervención y aumento en la estancia hospitalaria; sin que esto demuestre ser influenciado por el género(21–23), cirugía realizada por cirujanos en formación en los países en desarrollo, respecto a la tasa de re-intervención(22)(21), se ha visto relacionada con aumento de la mortalidad; sin relación demostrada con los ingresos económicos de la población general.

*(Rev Colomb CirUGIA. 2013;28:24-30 "Tiempo de evolución de la apendicitis")*

## 2. MARCO LEGAL

Constitución Política Colombiana ARTICULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Decreto 1011 de 2006 reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1438 de 2011 Artículo 74, establece la evaluación del plan de gestión del director o gerente de empresas sociales del estado del orden territorial.

Resolución 408 de 2018 en su considerando 3 establece que con la expedición de la resolución 256 de 2016 se dictan disposiciones relacionadas con el sistema de información para la calidad.

Resolución 408 de 2018 en el artículo 3, ajustes a los planes de gestión presentados en 2018

### **VARIABLE A MEDIR: INDICADOR 14: “OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA”**

## 3. 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.

#### **4. EVALUACIÓN DEL INDICADOR**

##### **4.1. Criterios de inclusión:**

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

##### **4.2. Criterios de exclusión:**

- Se excluyen todos los usuarios con apendicetomía, la cual fue realizada en forma profiláctica y no por presencia de apendicitis o peri apendicitis
- 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.

##### **4.3. Factores evaluados**

Para la medición del indicador hay que tomar 2 conceptos que se tomaron de la siguiente forma, donde se busca la fecha y la hora por medio del Historial Clínico.

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

- Sospecha clínica, examen médico dudoso, que se confirma por Ecografía/Tomografía
- Sospecha clínica en el servicio de urgencias y confirmación clínica por parte del cirujano general
- 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 medica se hace diagnóstico, se hace orden de pasar a cirugía, pero la nota medicas 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.

- b. 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
- c. Diagnóstico de apendicitis:** Este solo se toma cuando haya sido inscrito en la hoja de egresos. Cabe anotar que para apendicitis y periapendicitis existe un intervalo en el CIE que los incluye. Ahora bien, cabe anotar que, a pesar del diagnóstico, se excluye el plastrón apendicular, porque la intervención quirúrgica se realiza en forma diferida

## 5. MEDICION DEL INDICADOR

### METODOLOGIA:

- 5.1.** 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.
- 5.2.** 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.
- 5.3.** 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

### 5.4. 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

IDENTIFIC UDUARIO	NOMBRE	MES	TRIM	EDAD	MUNICIPIO	HORA DIAGNÓSTICO	HORA_INICIO CIRUGIA	DIFERENCIA EN MINUTOS	CUMPLE (SI/NO)

Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2018

**5.5. BASE DE DATOS DE LOS PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZO APENDICECTOMIA QUE CONTENA IDENTIFICACION DEL PACIENTE, FECHA Y HORA DE CONFIRMACION DEL DIAGNOSTICO DE APENDICITIS Y FECHA Y HORA DE LA INTERVENCION QUIRURGICA: (N=392; Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2018)**

## 6. 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 2018:

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

### APLICACIÓN DE LA FORMULA OPORTUNIDAD

$$= \frac{\text{usuarios que cumplen oportunidad de apendicectomia en menos de 6 horas del diagnostico}}{\text{total usuarios con diagnostico de apendicitis intervenidos quirurgicamente}} \times 100$$

$$x = \frac{363}{392} \times 100$$

$$x = 92,6\%$$

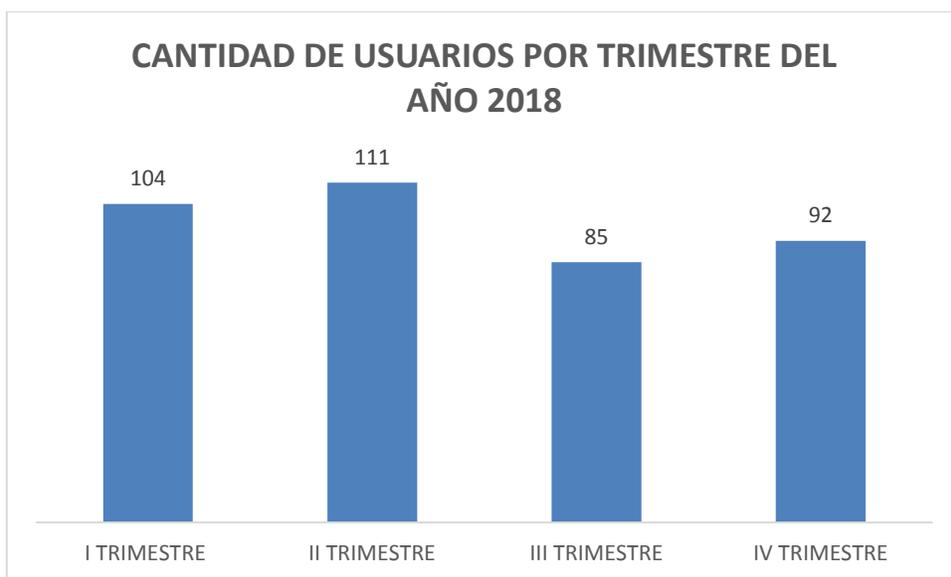
Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2018

## 7. ANÁLISIS DEL INDICADOR

En el año 2018, el Hospital del Sarare egresó un número de 392 usuarios a quien se le hizo apendicetomía por concepto de apendicitis aguda 363 cumplieron con la oportunidad del indicador, EN LAS QUE NO CUMPLIERON SE HIZO PLAN DE MEJORAMIENTO

### PERFIL DEL COMPORTAMIENTO DE APENDICECTOMIA EN EL HOSPITAL DEL SARARE

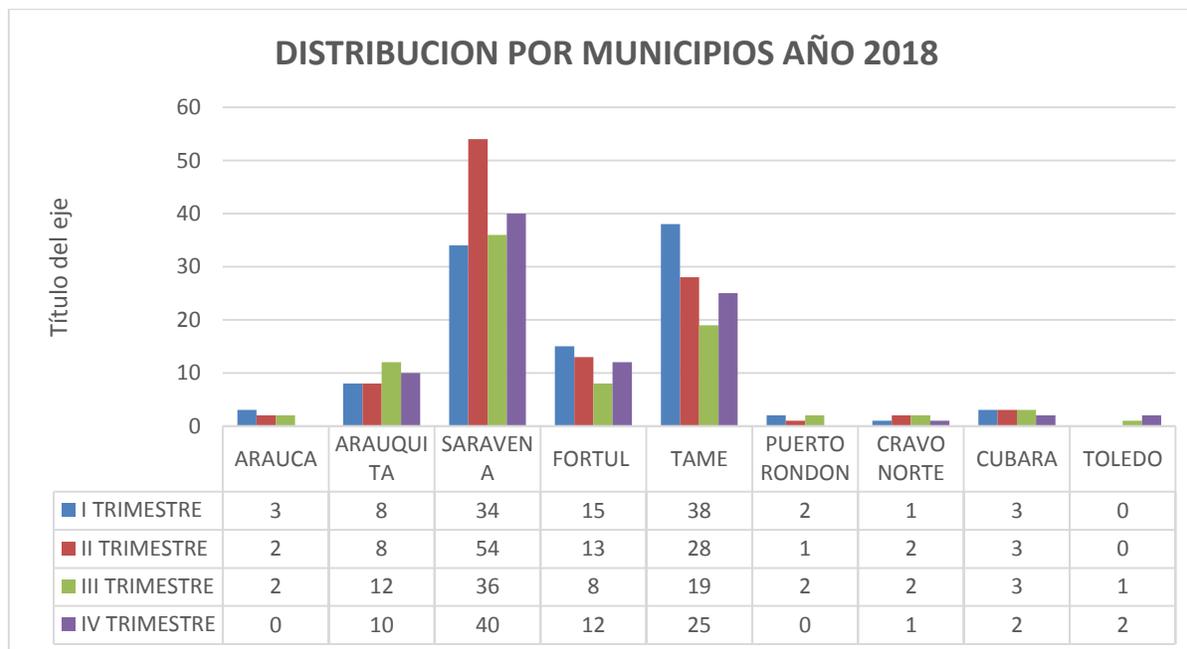
Por trimestre el comportamiento no es estadísticamente significativo, siendo:



**N= 392, n=392.**

Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2018

**POR MUNICIPIO**



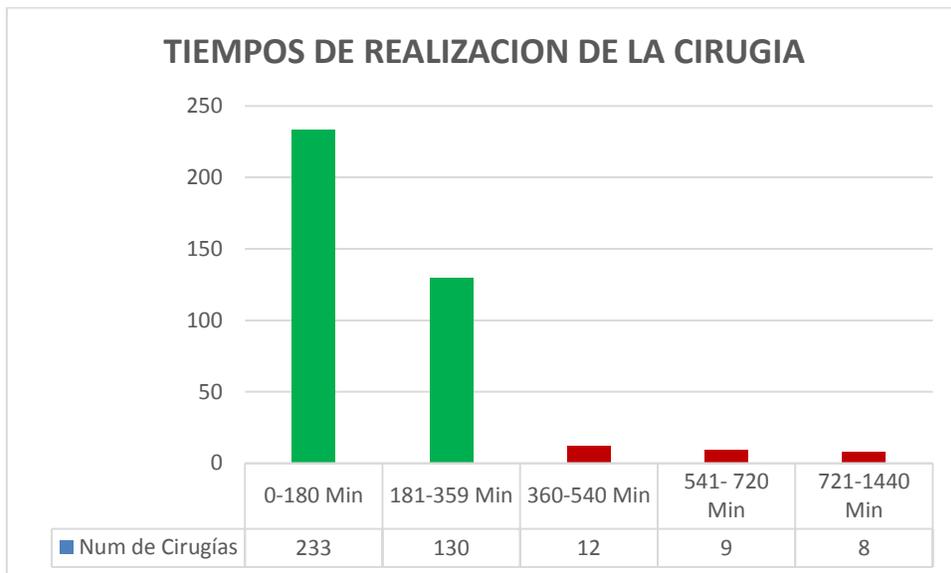
**N= 392, n=392.**

Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2018

Aunque no es un dato relevante para el indicador, el tiempo transcurrido entre un posible diagnóstico en su I nivel de atención y la llegada al Hospital del Sarare, nos sirve para evaluación de las complicaciones porque los tiempos que el paciente ha consumido llegando a su I nivel su evaluación, toma de paracrínicos, observación de paciente con abdomen quirúrgico, decisión de remisión más el logro del mismo, tiempo de ambulancia, son minutos de oro en que el paciente llega a nuestra institución con presencia de mayor avance de la enfermedad como apendicitis perforada, o con necrosis, haciendo que las complicaciones sean mayores, las posibles Infecciones del sitio operatorio, y peritonitis. El número no es despreciable siendo fuera de Saravena del 58%, aunque el dato podría ser mayor si tomamos que las remisiones son todas a nuestra ESE desde los primeros niveles de atención, y si se cumple la proporcionalidad de incidencia según población de cobertura, este dato podría ascender a más de 65%

**TIEMPOS EN REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA**

La filosofía de la medición del indicador es la oportunidad de realización del acto quirúrgico con el fin de minimizar las complicaciones. Para la realización del informe se tomaron rangos de 3 horas cuantificada en minutos, arrojando los siguientes datos:



**N= 392, n=392.**

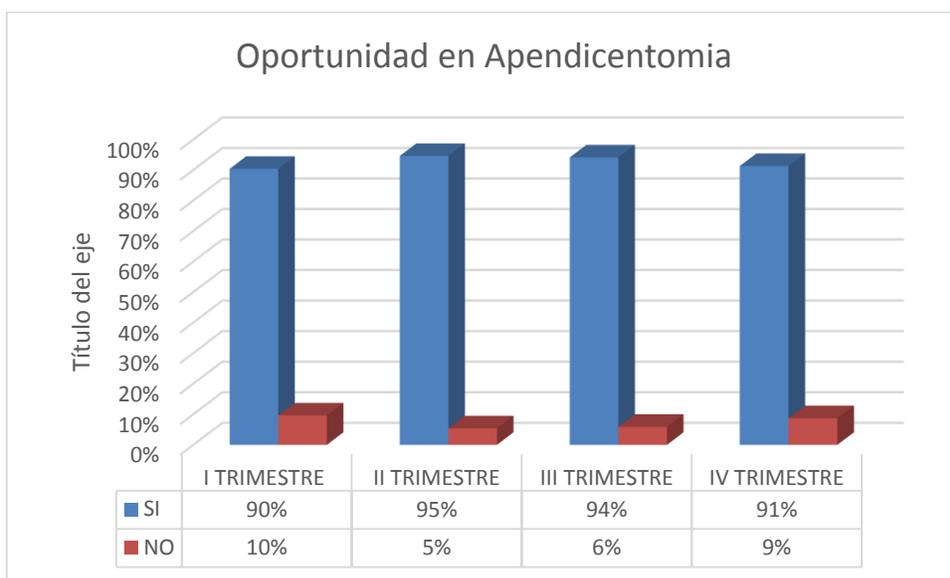
Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2018

El 59,4% de los usuarios fueron intervenidos en las primeras 3 horas (0-180 minutos) desde su diagnóstico, considerándolo como buena oportunidad, ya que los eventos logísticos de una cirugía urgente, pero no emergente está en esos mismos tiempos. Un 33,1% para las 3 a 6 horas (181-360 minutos). Efectivamente en las mediciones del indicador queda un poco menos del 7% que sobrepasan las 6 horas (más de 360 minutos). Especial atención se debe considerar a 10 usuarios que tuvieron acceso a su intervención por encima de las 15 horas de realizado el diagnóstico. El comité hará evaluación aparte de las complicaciones evitables de apendicitis perforada, peritonitis, estancias prolongadas secundarias a inoportunidad de la cirugía o en caso contrario a causas inherentes al usuario.

### **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 392 usuarios el 57% es de sexo masculino y el 43% femenino, En el primer trimestre hubo un cumplimiento del 90%, el segundo trimestre un cumplimiento del 95%, el tercer trimestre del 94% y en el cuarto trimestre hubo un cumplimiento del 91% es importante aclarar que a pesar de la oportunidad de la adherencia a la apendicetomía de que los pacientes fueron operados antes de las 6 horas, se presentaron algunas complicaciones.

Finalmente, que es la información que atañe a este indicador se observa un cumplimiento de la meta, siendo solo en el I trimestre donde no se pudo cumplir la meta, particularmente el primer trimestre hubo un cumplimiento del 90% del total de los usuarios de ese trimestre. Es importante aclarar que los planes de mejora para la parte médica y la disponibilidad de las salas de quirófano para estos procedimientos fue más oportuna.



**N= 392, n=392.**

Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2018

Ahora bien, ya en el análisis integral de los incumplimientos encontramos varias causas que serán soporte de planes de acción de mejora para el año 2019 con el fin de mejorar estas falencias, a saber:

1. Información incompleta o no entendible por parte del usuario o de la madre en la población pediátrica de mantener el ayuno mínimo de 06 horas previo al acto quirúrgico lo que obliga a esperar a que haya el mínimo cumplimiento para ser intervenido, so pena de aumentar los riesgos y complicaciones anestésicas
2. Falta de oferta de tiempo quirúrgicos en las salas de cirugía como ya se anotó. Pacientes que ya se conoce que es una apendicitis perforada con absceso o peritonitis, son procedimientos que bloquearán una sala post operatoria por contaminación de la misma. Es por ello, que rápidamente sacan las cirugías urgentes limpias antes de ingresar éstas
3. Es frecuente que cuando el diagnóstico se haga en forma nocturna, o en horas de la madrugada, el cirujano ordene preparar la cirugía a primera hora de la mañana, porque parte del equipo quirúrgico es disponible luego de las 11 pm.

Es importante anotar que la crisis institucional y funcional de la otra gran empresa social del estado del Departamento, el Hospital San Vicente de Arauca, hacen que la sobredemanda sea amplia, y con ello las dificultades técnicas para cumplir con los deberes en forma oportuna.



**DAVID PRINCIPE TEGRIA**  
Subgerente científico



**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 800231215-1

*Evolucionamos pensando en usted*

Vigilado:  
**Supersalud**  
Por la defensa de los derechos de los usuarios

**Ministerio de la Protección Social**  
Departamento de Arauca

# **INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONIAS BRONCO- ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL**

## **INFORME DEL ANALISIS NEUMONIAS BRONCOASPIRATIVAS E INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD (IAAS) EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL 2018**

### **1. MARCO LEGAL**

Constitución Política Colombiana ARTICULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Decreto 1011 de 2006 reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1438 de 2011 Artículo 74, establece la evaluación del plan de gestión del director o gerente de empresas sociales del estado del orden territorial.

Resolución 408 de 2018 en su considerando establece que con la expedición de la resolución 256 de 2016, se dictan disposiciones relacionadas con el sistema de información para la calidad.

Resolución 408 de 2018 en el artículo 3, ajustes a los planes de gestión presentados en 2017.

Las Infecciones Asociada a la Atención en Salud son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria. Se calcula que cada año cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por estas infecciones. La carga de IAAS es varias veces superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos.

Cada día, las Infecciones Asociada a la Atención en Salud provocan la prolongación de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, enormes costos adicionales para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, y muertes innecesarias.

El riesgo para desarrollar infecciones durante los procesos de atención en salud, se relaciona directamente con el modo de transmisión de los agentes infecciosos, el tipo de cuidado y las condiciones inmunológicas de base de los pacientes. Entre estos últimos se

destacan la presencia de comorbilidades como antecedente de enfermedad neoplásica, diabetes, desnutrición, presencia de quemaduras extensas o trauma.

El riesgo de adquirir una IAAS es significativamente mayor en Unidades de Cuidados Intensivo (UCI) ya que la población internada en este servicio es considerada de alto riesgo por su condición clínica y por los múltiples procedimientos invasivos a los que están expuestos.

La OMS estima que entre el 5% y el 10% de los pacientes atendidos en instituciones de salud de países desarrollados contraerán una o más infecciones asociadas y que en los países en desarrollo, se calcula que la proporción de pacientes afectados podría superar el 25%.

Más de 1,4 millones de personas en el mundo padecen IAAS; más de 4.384 niños fallecen diariamente por esta causa en países en desarrollo. En Inglaterra, más de 100.000 casos de infecciones nosocomiales causan cada año más de 5.000 muertes relacionadas directamente con dichas infecciones. El impacto de las infecciones asociadas a la atención en salud no es más alentador en América; en Estados Unidos 1 de cada 136 pacientes hospitalizados se enferma gravemente a causa de una infección intrahospitalaria, lo que equivale a 2 millones de casos y aproximadamente 80.000 muertes al año.

En el 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentó formalmente a través de la Circular 045, la Implementación de las estrategias de vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Resistencia y Consumo de Antibióticos, permitiendo así monitorizar el comportamiento de las Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD): Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV) en Unidades de Cuidados Intensivos e intermedios (UCI, UCI/I) adulto, pediátrica y neonatal, Infección de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS-AC) en Unidades de Cuidados Intensivos e intermedios (UCI, UCI/I) adulto, Pediátrica y neonatal e Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC) en Unidades de Cuidados Intensivos e intermedios (UCI, UCI/I) adulto y Pediátrica y sus agentes causales más frecuentes.

En Colombia se generó un esfuerzo para la creación de la vigilancia nacional de las IAAS, priorizando aquellas asociadas a dispositivos e igualmente la resistencia bacteriana y consumo de antibióticos, en donde en el 2011 el Instituto Nacional de Salud - INS ejecutó una prueba piloto de estos eventos en hospitales de alta complejidad, con el fin de integrar la vigilancia de los eventos anteriormente mencionados al Sistema Nacional de Vigilancia.

Las IAAS en Colombia se encuentran según los lineamientos contenidas en el Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 del Ministerio de la Protección Social por el cual se crea y reglamenta el Sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.

En Colombia, teniendo en cuenta la necesidad de contar con información nacional que permita una mejor aproximación a esta problemática y generar acciones para su contención, desde el 2012 mediante la circular 045 de 2012 del MSPS se dio inicio la implementación de la vigilancia de las IAAS en el país priorizando la monitorización de las IAD.

Localmente se tienen diferentes experiencias en cuanto la caracterización del evento y los programas de control de infecciones. En el Distrito de Bogotá el subsistema de vigilancia epidemiológica monitoriza las IAAS desde el año 1998, reportó para el periodo 2012-2013 un aumento de los casos, predominando las infecciones del sitio quirúrgico, seguida de la ISTU asociada y no asociada al catéter.

Las principales infecciones asociadas a dispositivos fueron las infecciones del torrente sanguíneo asociada a catéter en 5,1 casos por 1000 días dispositivo, infecciones urinarias asociadas a catéter con 3,9 casos por 1000 días dispositivo y por último la neumonía asociada a ventilador en 3,6 casos por 1000 días dispositivo.

Así mismo existen grandes avances en ciudades como Medellín en donde el grupo GERMEN y la Secretaria de Salud de Antioquia realizó el seguimiento las entidades hospitalarias encontrándose que todas contaban con comité de infecciones, conocían de las definiciones de IAAS, poseían protocolos de higiene de manos, ejercían precauciones de aislamiento y el 62,5% tenían protocolo para el estudio de brotes.

Actualmente desde el Instituto Nacional de Salud (INS) se continúa en el proceso de implementación de la vigilancia nacional de estos eventos dando cumplimiento a las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

### **Descripción del evento**

Se ha establecido que las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) son aquellos procesos infecciosos que no están presentes ni incubándose en el momento de la admisión, pero que se observan durante la estadía hospitalaria o al alta del paciente. Las IAAS ocurren en cualquier ámbito de atención, incluyendo hospitales, centros de atención ambulatoria, sitios de cuidado crónico y centros de rehabilitación.

Las infecciones se asocian con varias causas, incluyendo pero no limitándose al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibióticos. Además, las IAAS son causadas por una variedad de agentes infecciosos, incluyendo bacterias, hongos y virus que con frecuencia son de difícil manejo debido a que están asociadas en su mayoría a microorganismos altamente resistentes a la acción de los antimicrobianos.

La definición de IAAS expuesta en el presente protocolo, corresponde a la definición de Infección asociada al cuidado de la salud (IACS) y reemplaza otras definiciones previamente utilizadas en otros escenarios tales como infección nosocomial e infección intrahospitalaria.

Las IAAS pueden presentarse en los pacientes de manera localizada o sistémica, como resultado de una reacción adversa en la atención, que conlleva como consecuencia a la presencia de un agente(s) infeccioso(s) o su toxina(s), y pueden ser detectadas durante la estancia hospitalaria o al alta del paciente. Las IAAS en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son las infecciones que no se encuentran presentes ni incubándose en el momento de la admisión a la UCI y que pueden estar relacionadas con el período de internación en la UCI e incluso detectarse después del alta de la unidad.

Dentro del área de Gestión asistencial la ESE Hospital del Sarare, cuenta con un comité institucional creado bajo la resolución #036 cuyo líder responsable es el referente de seguridad del paciente, el cual se reúne mensualmente y analiza los eventos adversos, incidentes e indicios de atención insegura de los diferentes programas como IAAS, farmacovigilancia, tecnovigilancia, hemovigilancia, reactivovigilancia, bioseguridad y PGIRH, y se adoptan planes de mejora y de acuerdo a las alertas tempranas se realizan comités extraordinarios que conllevan a mejorar el indicador de calidad en la atención en salud de nuestros servicios.

También, se dio la adopción de las guías de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo o trastornos hipertensivos en la gestante, guía de manejo de la primera causa de egreso de la institución que para este caso es la atención del parto.

Las infecciones serán diagnosticadas y clasificadas a fines del registro epidemiológico según las guías del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC/NHSN; ajuste, 2008) vigilancia de la definición de infecciones asociadas a la atención en salud y criterios específicos).

## **INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCION EN SALUD:**

Toda infección adquirida durante la internación y que no estuviese presente o incubándose al momento de la admisión del paciente, o bien en el caso de un recién nacido, cuando ésta fuese adquirida durante su pasaje a través del canal del parto. En el caso de las heridas quirúrgicas la infección puede manifestarse luego del alta del paciente, hasta 30 días o un año dependiendo de la colocación o no de prótesis. Las infecciones que ocurren a las 48 horas después del ingreso suelen considerarse infecciones asociadas a la atención en salud, manifestándose en el tiempo de internación o después del egreso del paciente así:

Paciente que ingresó infectado y sale infectado (extra-hospitalaria).

Paciente que ingresó en período de incubación y desarrolló la infección por fuera del hospital (extra-hospitalaria).

Paciente que ingresó sano, adquirió la infección y la desarrolló en el hospital (intrahospitalaria).

Ingresa infectado, se cura, adquiere una nueva infección intrahospitalaria y egresa en período de incubación pero desarrolla la infección por fuera del hospital (infección intrahospitalaria).

## **NEUMONIA (PNEU):**

La neumonía se identifica utilizando una combinación de criterios radiológicos, clínicos y de laboratorio. Solo se deben reportar los eventos que ocurren en áreas donde están internados los pacientes cuando la neumonía ocurre, y está asociada a ARM (el paciente fue intubado y colocado en el respirador en ese momento determinado o dentro de las 48 horas previas a presentar el evento). Si la neumonía ocurre 48 horas después del alta del paciente de un sector de hospitalización a otro, se reporta la infección al sector del cual fue dado de alta, no al área actual de internación del paciente.

**NOTA:** no hay un periodo mínimo de tiempo de colocación en RM para que la neumonía se considera asociada al mismo.

**ARM-RESPIRADOR:** Un dispositivo para asistir o controlar la respiración en forma constante, inclusive en el periodo del destete, a través de una traqueostomía o por intubación endotraqueal.

**NOTA:** Los dispositivos para expandir el pulmón como presión positiva intermitente (IPPB); presión positiva al final de la espiración nasal (PEEP) y presión positiva continua en la vía respiratoria (CPAP) no son considerados respiradores a menos que sea utilizados por traqueostomía o tubo endotraqueal (ejemplo: CPAP por tubo endotraqueal).

### **CRITERIOS PARA DEFINIR LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA ATENCION EN SALUD:**

Aplicables a todas las neumonías.

El diagnóstico de PNEU efectuado por un médico no es criterio suficiente para considerar una PNEU asociada a la atención en salud IAAS (nosocomial o intrahospitalaria).

Aunque hay criterios específicos para pacientes pediátricas, estos pueden también esta

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

Las neumonías aspirativas adquiridas IAAS (de origen intrahospitalaria) representan una parte importante en el contexto de la sepsis nosocomial en general y condicionan, como es bien conocido, un incremento notable en la mortalidad y los costos. Generalmente, los pacientes ingresados a la UCI cursan con alguna enfermedad subyacente que altera su estado inmunológico y agrava la evolución de las infecciones adquiridas, muchos de los cuales son pacientes debilitados que han sufrido procedimientos invasivos.

#### ❖ **Medición del indicador 15 según Resolución 408/2018.**

Este indicador de calidad se revisó y se analizó mes a mes en el año 2018.

Número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen (IAAS) intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación.

Indicador = 
$$\frac{\text{Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación}}{\text{Número de pacientes pediátricos con de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior}}$$

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

Indicador =  $0/0=0$ .

En conclusión, en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2018, tenemos un indicador de cero (0) eventos de neumonía broncoaspirativa pediátrica (IAAS) intrahospitalaria.

Este resultado se obtuvo mediante la vigilancia epidemiológica activa prospectiva y permanente, se ejecutó el seguimiento a los pacientes nacidos en el hospital del Sarare-ESE y el control y seguimiento, al uso de dispositivos médicos (catéter umbilical, catéter periférico, etc.) y aquellas que comparten espacio físico neonatal.

También a través de la búsqueda activa diaria, en dinámica gerencial estadístico diagnóstico por presuntivos y como cumplimiento de seguimiento a este indicador mensualmente se realiza vigilancia epidemiológica activa, vigilancia epidemiológica dirigida y vigilancia epidemiológica prospectiva, por parte de la referente de seguridad del paciente de la institución, quien cuenta con especialidad en epidemiología; y una auxiliar de 100% dedicada a la labor de rondas diarias de seguridad del paciente y listas de chequeo; dentro de las fortalezas el Hospital del Sarare – ESE, ha implementado un sistema de educación continua basada en casos clínicos que se analizan mediante el modelo de gestión, según el protocolo de Londres, para obtener herramientas de prevención de eventos adversos para el personal asistencial.

La adherencia del personal asistencial a la adecuada caja de herramientas con la que cuenta la Hospital del Sarare- ESE, entre ellos a capacitaciones continuas, manuales, guías, protocolos, procedimientos etc. Y la puesta en práctica de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en atención en salud, ha demostrado gran porcentaje de aceptación.



**CLARA NUBIA ROLON RODRIQUEZ**

Referente de Seguridad del Paciente.

Enfermera especialista en Epidemiología.

Msg. Salud pública y PhD en Salud pública.

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

**INDICADOR 16 RESOLUCION 408 DE 2018**  
**INFORME DE COMITÉ HISTORIA CLÍNICAS**

**ANÁLISIS INDICADORES Y ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN ADHERENCIA A GUÍAS DE  
MANEJO DEL PLAN DE GESTIÓN HOSPITAL DEL SARARE ESE - 2018.**

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

**1. INTRODUCCION**

El avance en el diagnóstico y tratamiento de los eventos coronarios agudos ha beneficiado a la población, por el incremento de la sobrevivencia y la mejoría en la calidad de vida después de un episodio índice, debido a la utilización de estrategias como la creación de unidades de dolor torácico, cuyo objetivo ha sido conocer la frecuencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población local, agilizar la atención de los pacientes, incrementar la certeza diagnóstica, establecer la adherencia a las guías de manejo vigentes, disminuir costos y mejorar el pronóstico. Conocemos las estadísticas y publicaciones de países desarrollados, sin embargo los datos de Latinoamérica son mucho más difíciles de obtener a pesar de presentar en los últimos años, una mayor incidencia y prevalencia de enfermedad coronaria. Entre otros estudios, contamos con la información suministrada por el registro CARMELA, que es un análisis sobre la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular realizado en siete ciudades latinoamericanas (1553 colombianos de 11550 pacientes latinos), en los cuales se documentó que los factores de riesgo más comunes fueron tabaquismo (30%), obesidad (23%), síndrome metabólico (20%), hipertensión arterial (18%), hipercolesterolemia (14%), diabetes mellitus (7%) y placa carotídea en el 8%. También se cuenta con el estudio INTERHEART, el cual evaluó la presencia de factores de riesgo en pacientes hospitalizados por infarto agudo del miocardio y los comparó con una población “sana”. Se desarrolló en 52 países e incluyó a 1888 pacientes latinoamericanos y 1200 controles, (cerca de 3000 personas, 11% del total mundial) de los cuales 800 fueron colombianos y sus resultados demostraron alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en todo el mundo, incremento del riesgo de un evento coronario entre 2 a 4 veces si fuma o si es diabético, hipertenso o dislipidémico; si se combinan factores el riesgo aumenta, hasta 13 veces si fuma y es diabético o hipertenso; si además tiene niveles lipídicos inadecuados, el riesgo aumenta 42 veces. El análisis univariado del riesgo demuestra que los niveles inadecuados de lípidos son responsables de casi 50% de los infartos agudo de miocardio (IAM) en el mundo; el tabaco da cuenta de un tercio y los factores psicosociales, como estrés y depresión, de casi un tercio más; la obesidad representa el 20%. El consumo de alcohol, el ejercicio y el consumo diario de frutas y

vegetales son factores protectores y la ausencia de ellos constituye un factor de riesgo. Por último el registro internacional más importante hasta el momento es el GRACE que cuenta con más de 102000 pacientes, de los cuales un porcentaje no despreciable son latinoamericanos. En este se ha reportado la incidencia de factores de riesgo cardiovascular así: Diabetes mellitus 23%, hipertensión arterial 58%, infarto de miocardio previo 32%, dislipidemia 45% y tabaquismo 58%. La mortalidad establecida en el registro GRACE es del 7% para el IAMST, 4% para el IAMNST y del 3% para la AI. Según la organización Mundial de la salud (OMS) cada dos segundos se produce una muerte por enfermedad cardiovascular en el mundo, cada cinco segundos un infarto de miocardio y cada seis segundos un evento cerebrovascular, esto sitúa la cardiopatía isquémica como responsable del treinta por ciento de muertes en todo el mundo constituyendo la principal causa de fallecimiento. Estados Unidos reporta casi 700000 personas fallecidas anualmente por enfermedades cardiovasculares. En España en el año 2000 se reportaron 125723 muertes, lo que supone el 35% de todas las defunciones, con una tasa bruta de mortalidad de 315 por 100.000 habitantes. En Colombia existe información basada en estudios que tienen en cuenta los certificados de defunción y muestran que entre el año 1970 y 2000 no ha disminuido significativamente la mortalidad, en 1970 era de 94 muertes por 100000 habitantes y para el 2000 de 93 por 100000 habitantes. Esta información de la población general del país, revela la gravedad de la enfermedad coronaria y la sitúa como la principal causa de muerte en el país, mayor aún que los homicidios que ocupan el segundo lugar. Sin embargo, no se cuenta con información acerca de la mortalidad del síndrome coronario agudo. De acuerdo con las estadísticas publicadas por el ministerio de la protección social en el informe sobre la situación de salud en Colombia, indicadores de salud 2007, la enfermedad isquémica del corazón es la primera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años de edad o más, e incluso supera las muertes violentas o el cáncer, combinados

A pesar de los efectos causados por la enfermedad aterosclerótica y en especial por su manifestación como síndrome coronario agudo, existe evidencia científica suficiente para demostrar que la intervención adecuada, específicamente en la etapa aguda, permite modificar la progresión de la enfermedad y minimizar el daño que se produce en el corazón, con la consecuente disminución en la mortalidad y la mejoría en la calidad de vida del grupo poblacional afectado o en riesgo. La atención de las personas con enfermedad cardiovascular comienza antes de que se haga clínicamente manifiesta, y es posible que este tipo de acercamiento sea el que produzca mejores resultados. La eliminación completa de la enfermedad coronaria, mejoraría la expectativa de vida en 9,8 años, mientras que la eliminación completa de todas las formas de cáncer lo haría en tan sólo 3 años. La asistencia médica temprana, el diagnóstico precoz y la instauración del tratamiento

adecuado, de acuerdo con la estratificación del riesgo, permitirán cambiar el impacto en la morbilidad causada por el síndrome coronario agudo.

## **2. MARCO LEGAL**

Constitución Política Colombiana ARTICULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Decreto 1011 de 2006 reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011 definieron los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión a presentar por parte de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado - ESE del orden territorial; además en desarrollo de tales disposiciones se expidió la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, que contiene los Anexos 1, 2, 3, 4, y 5, en la que se encuentran 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, los indicadores y estándares por áreas de gestión, el instructivo para la calificación, la matriz de calificación y la escala de resultados

Resolución 408 de 2018 en su considerando 3 establece que con la expedición de la resolución 256 de 2016 se dictan disposiciones relacionadas con el sistema de información para la calidad.

Resolución 408 de 2018 en el artículo 3, ajustes a los planes de gestión presentados en 2017 y a los informes de cumplimiento de dicho plan.

Resolución 38A de febrero 27 del 2018 del Hospital del Sarare sobre adopción de las guías de atención de las complicaciones o trastornos hipertensivos en la gestante, guía de manejo de la primera causa de egreso de la institución que para este caso es la atención del parto, oportunidad en la atención específica en paciente al egreso con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) en el Hospital del Sarare ESE.

**VARIABLE A MEDIR: INDICADOR 16: “OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)”**

### **3. ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCIÓN DE LA GUÍAS**

Resolución 38A febrero 27 de 2018 “Por lo cual se adoptan las guías de atención de las complicaciones o trastornos hipertensivos en las gestantes, la guía de atención del parto y la guía de atención de infarto agudo del miocardio IAM.

### **4. 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.

## 5. EVALUACIÓN DEL INDICADOR

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

### 5.1. Factores de inclusión

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

### 5.2. Factores de exclusión

Se excluyen todos los pacientes que cumplen el criterio de síntomas de Síndrome Coronario Agudo y que en su I nivel de atención se hizo diagnóstico clínico, y se inició o no terapia farmacológica para este síndrome.

### 5.3. 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:

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 requiriente 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” del Ministerio de la Protección Social, se sustrajo:

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 anti-agregación 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= Hora la aplicación de medicación por parte de enfermería – Hora de Dx de IAM por parte del Medico

**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**

**ADHERENCIA A GUÍA DE ATENCIÓN Y OPORTUNIDAD DE INICIO TERAPIA  
ESPECÍFICA  
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO**

PTE FUE VISTO ANTES DE LOS 60 MIN.		FUE VALORADO POR ESPECIALISTA	
TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL		RECIBIÓ MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	
SE TOMO UN EKG ANTES DE LOS 60 MIN.		SE ADMINISTRO TROMBOLISIS SEGÚN INDICACIÓN	
FUE TRASLADADO A REANIMACION		SE LE ADMINISTRO CLOPIDROGEL SEGÚN INDICACIÓN	
SE LE ADMINISTRO ASA AL INGRESO		SE LE ADMINISTRO ESTATINAS	
SE LE ADMINISTRO ANTICOAGULANTES SEGÚN INDICACIÓN		FUE REMITIDO A NIVEL SUPERIOR	
SE LE ADMINISTRO INH BOMBA PROTONES			
SE TOMARON ENZIMAS CARDIACAS.			

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

USURIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL
1	100%	17	100%	33	100%	49	91%
2	100%	18	100%	34	100%	50	100%
3	100%	19	100%	35	100%	51	100%
4	100%	20	100%	36	100%	52	100%
5	100%	21	100%	37	100%	53	91%
6	100%	22	100%	38	100%	54	100%
7	100%	23	100%	39	100%	55	100%
8	100%	24	100%	40	100%	56	100%
9	100%	25	100%	41	100%	57	100%
10	100%	26	100%	42	100%	58	100%
11	100%	27	100%	43	100%	59	100%
12	100%	28	100%	44	100%	60	100%
13	100%	29	100%	45	91%	61	100%
14	100%	30	100%	46	100%	62	100%
15	100%	31	100%	47	100%	63	100%
16	100%	32	100%	48	100%	64	100%

## 6. APLICACIÓN DE FORMULAS

### 6.1. FORMULA INTERNA DE OPORTUNIDAD

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

### 6.2. 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

$$x = \frac{63}{64} = 0.992$$

Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2018

### ANALISIS DEL INDICADOR

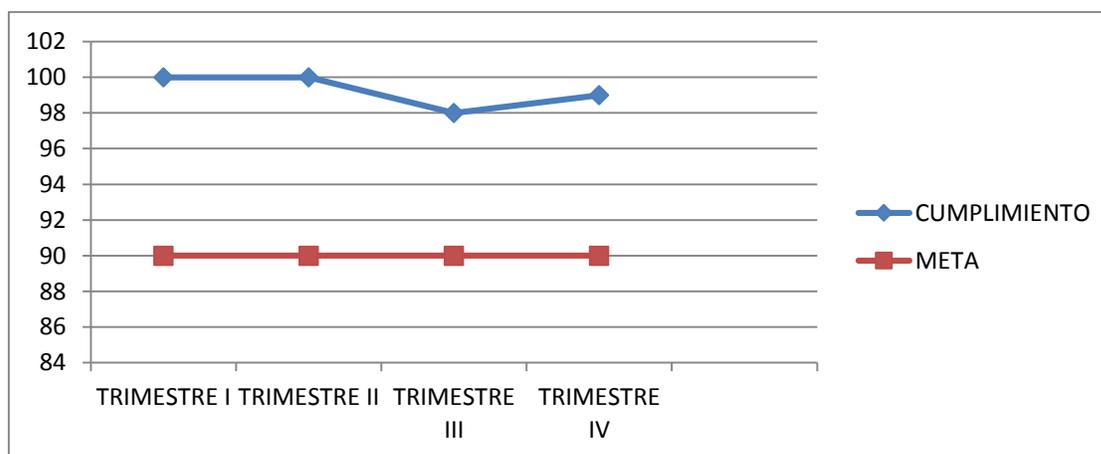
De los 64 pacientes que ingresaron por el servicio de urgencia de la ESE HOSPITAL DEL SARARE correspondientes al año 2018, 63 cumplieron con el indicador de oportunidad en cuanto al inicio de la terapia específica de acuerdo a la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio del ministerio adoptada por la institución, equivalente al 99,2% de oportunidad superando el estándar de evaluación según resolución.

### ANALISIS DEL RESULTADO

De los 64 casos de IAM, vistos en el Hospital del Sarare durante el 2018, el 99.2% de los pacientes atendidos cumplieron con el indicador de 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.

Para lograr el objetivo de este indicador, se diseñaron estrategias las cuales consistieron en capacitar al personal médico que labora en la institución sobre la guía de práctica clínica del ministerio, haciendo enfoque sobre el manejo oportuno de la terapia específica, por directriz gerencial se asignó médico responsable para la evaluación de las historias clínicas y aplicando planes de mejoramiento.

En la evaluación de paciente con infarto agudo del miocardio atendido en el hospital del Sarare en 2018, cuya meta es 90% , se cumplió con el 99,2%

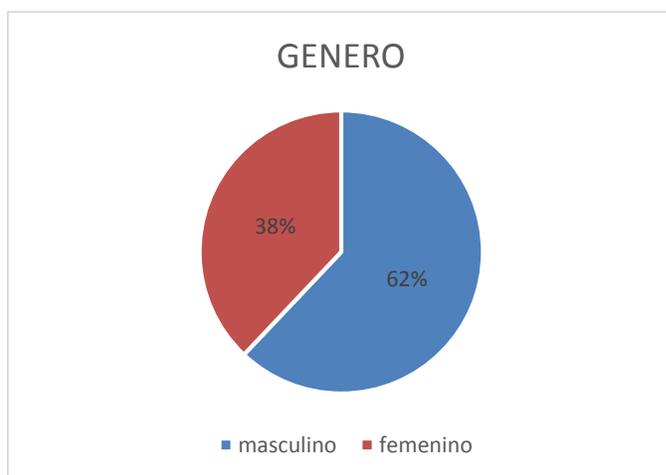


Fuente: historia clínica, bases de datos diagnósticos de egreso de infarto agudo de miocardio 2018.

## 7. PERFIL DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

El hospital en el año 2018, atendió y egreso 64 pacientes con **INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO**, los cuales dentro de su perfil se evidencia:

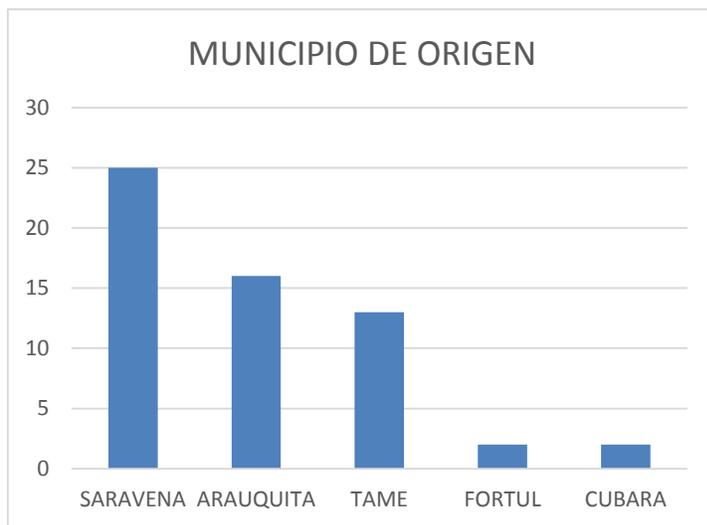
### POR GENERO:



Esta variable se considera de mucha importancia para determinar que genero esta mas predispuesto a desencadenar eventos. coronario, para realizar estrategias para su prevención. En el hospital del sarare durante el año 2018 se evidencia que el genero masculino fue el que mas presento infarto agudo del miocardio en un 62% con una diferencia considerable ya que el género femenino en 38% siendo este con menor

frecuencia. En comparación con estudios realizados a nivel mundial que presumen 2:1, hay una variedad de estudios, contamos con la información suministrada por el registro CARMELA que es un análisis sobre la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular realizado en siete ciudades latinoamericanas (1553 colombianos de 11550 pacientes latinos), en los cuales se documentó que los factores de riesgo más comunes fueron tabaquismo (30%), obesidad (23%), síndrome metabólico (20%), hipertensión arterial (18%), hipercolesterolemia (14%), diabetes mellitus (7%) y placa carotídea en el 8%. Dentro del comportamiento por trimestres, llama la atención el ascenso anormal en el primer trimestre en comparación con los demás, que duplica y triplica este monto dentro de las mujeres.

**POR MUNICIPIO DE ORIGEN**



En esta variable se aclara en municipio de origen pero con manejo realizado en hospital del sarare en el 2018, ya que entre criterio de exclusión se encuentra que los paciente con IAM con manejo inicial de I nivel. De acuerdo a lo analizado en el Hospital del Sarare durante el 2018 se puede concluir que el mayor numero de paciente con IAM fueron de Saravena con un 43%,siendo menos del 50% paciente de Saravena

atendidos con IAM, seguido del municipio de Arauquita con un 27% y Tame con un 22%siendo estos un porcentaje significativo, por lo que se puede concluir que en el hospital del Sarare en 2018 se atendieron gran numero de paciente de otros municipios.

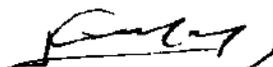
Atentamente:

Comité de Historias clinica Hospital del Sarare



**DAVID TEGRIA**

Presidente del Comité



**LEONARDO GRISMAN**

Secretario del Comité

## **INDICADOR 17: ANALISIS DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA**

**INFORMES ANALISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA MAYOR A 48 HORAS  
VIGENCIA 2018**

**1. ANÁLISIS DE CASOS DE MUERTES INTRAHOSPITALARIAS MAYOR DE 48 HORAS**

**1.1 ANÁLISIS GENERAL TASA DE MUERTES INTRAHOSPITALARIAS MAYOR DE 48 HORAS**

<b>MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA MAYOR A 48 HORAS</b>			
<b>PRIMER SEMESTRE DE 2018</b>		<b>SEGUNDO TRIMESTRE DE 2018</b>	
<b>MES</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>MES</b>	<b>CANTIDAD</b>
ENERO	11	JULIO	15
FEBRERO	11	AGOSTO	9
MARZO	12	SEPTIEMBRE	12
ABRIL	7	OCTUBRE	13
MAYO	5	NOVIEMBRE	9
JUNIO	9	DICIEMBRE	7
<b>TOTAL DEFUNCIONES</b>	<b>55</b>	<b>TOTAL DEFUNCIONES</b>	<b>65</b>
<b>TOTAL DEFUNCIONES 2018 : 120</b>			

Durante el año 2018 se presentaron 120 fallecimientos posteriores a 48 horas de su ingreso correspondiendo a una tasa de mortalidad de 9.7 fallecimientos por cada 1000 egresos. Se observa un incremento con respecto al número de fallecimientos del año anterior de 22 pacientes, es decir hubo un 23 % más de fallecimientos comparados con el año anterior. Este resultado, aunque no sobrepasa la meta institucional que está ubicada en 10 fallecimientos por cada 1000 egresos, corresponde a la tendencia al aumento que se ha observado en los tres últimos años, y también se observó que durante 5 meses del año la meta fue sobrepasada. Al hacer el análisis se encontraron factores externos difíciles de controlar con acciones a nivel institucional por lo

tanto se sugiere colocar la meta institucional para el año 2019 en 11 fallecimientos por cada 1000 egresos.

Se observó que de las defunciones de la vigencia 2018, un 60 % se presentó en pacientes de género masculino, conservando la tendencia del año 2017 y en cuanto a la procedencia el 48 % corresponden al municipio de Saravena, observándose un aumento de las defunciones de pacientes provenientes de otros municipios; en segundo lugar, se encuentra el municipio de Tame con 19 % de las defunciones mayores a 48 horas del ingreso. Esto se explica por el hecho de que el Hospital del Sarare se ha convertido en el principal centro de referencia de los pacientes críticamente enfermos del Departamento y sus alrededores ante la pobre capacidad de respuesta del Hospital san Vicente.

En cuanto a la distribución por edades, la mayor cantidad de fallecimientos se dio en el grupo de mayores de 65 años con un 73% mientras que el año anterior que el 67% de los pacientes que fallecieron se encontraban en este grupo, observándose un 6 % de aumento en este grupo de edad. Se presentaron cinco fallecimientos en el grupo de menores de 25 años, que, aunque solo corresponde a un 4 % siempre es motivo de análisis por el tipo de población; Se encuentra que, de estos cinco casos, cuatro de ellos fallecen en espera de ser ubicados en un nivel superior de atención, entre ellos tenemos una paciente con LLA sin tratamiento, una paciente de 24 años que fallece como consecuencia del cáncer de cérvix que se reusa inicialmente a recibir el manejo adecuado. Es de resaltar el caso de una paciente venezolana que fallece como consecuencia de un Síndrome de Hellp, quien nunca pudo ser ubicada a pesar de todos los esfuerzos del grupo de referencia y quien ameritaba manejo en mayor nivel de complejidad y un lactante que fallece por meningitis, también con requerimiento de manejo en UCI pediátrica.

En cuanto a las causas de fallecimiento se encuentra que los fallecimientos como consecuencia de la sepsis y todas sus complicaciones ocupa el primer lugar con el 36%, observándose un aumento del 13 % con respecto al año anterior y continúa siendo la mayor causa de mortalidad 48 horas posterior al ingreso ; En segundo lugar se encuentran las enfermedades del sistema cardiovascular que pasa del tercer al segundo lugar con respecto al año anterior, con un 16 % y en tercer lugar el cáncer en sus diferentes presentaciones con un 15 % ( 2 % menos que el año

anterior ). Se sugiere continuar capacitando al personal tanto médico como de enfermería en estas patologías con el fin de detectar precozmente su aparición y complicaciones.

En cuanto a la afiliación a EPS, los resultados se corresponden con la distribución en general de la población, el 47 % de los pacientes estaban afiliados a Comparta manteniendo la cifra del año anterior y en segundo lugar con un 19 % Nueva EPS quien desplaza a Salud vida que fue la segunda EPS con más afiliados fallecidos en el 2017 .

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 66 % se clasificaron como no evitables y un 34 % como evitables. Con preocupación se observa que el número de fallecimientos clasificados como prevenibles duplicó la cifra del año anterior, en su mayoría por causas extrahospitalarias con un 80 % y un 20 % de los fallecimientos evitables posiblemente con mejoras internas a nivel institucional. Cada uno de los casos que se consideró prevenible por causas internas ha sido analizado en comité de seguridad institucional desde donde se plantearon acciones de mejora y seguimiento.

De todos los casos de fallecimientos se encuentra que un 24 % de los pacientes tenían criterio de manejo en otro nivel de complejidad por lo que se encontraban en trámite de remisión al momento de su fallecimiento sin ser aceptados, reflejándose la difícil situación de salud del país donde las empresas no están respondiendo oportunamente a los requerimientos de los usuarios. Esta cifra también duplicó la del año anterior. En un 2 % los pacientes fueron aceptados, pero el personal del avión ambulancia no los trasladó debido al mal estado en que se encontraban y en un 8 % de los casos los pacientes tenían criterio de manejo en otro nivel de complejidad, pero las familias no aceptaban el traslado, basándose en el pronóstico de los pacientes y la poca posibilidad de recuperación. Se sigue insistiendo en la necesidad urgente de contar con una unidad de cuidado intensivo adulto en la institución para ofrecer una atención oportuna y adecuada a los pacientes en estado crítico que llegan a nuestra institución y para atender de una manera digna a los pacientes cuyo pronóstico no sea tan favorable evitando exponer a las familias

y los pacientes a las remisiones a otros departamentos, muchas veces sin contar con los recursos. El Hospital del Sarare viene realizando gestiones a nivel Departamental y nacional para la implementación de la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto y hasta el momento se está formulando el proyecto. También se ha fortalecido la competencia y habilidades del personal que labora en la unidad de cuidado intermedio a través de la capacitación para dar manejo adecuado a los pacientes críticos con criterio de UCI mientras son remitidos a mayor nivel de complejidad.

Durante este año se presentaron 3 fallecimientos en pacientes venezolanos que presentaban patologías que comprometían la vida y requerían manejo urgente en mayor nivel de complejidad, pero nunca pudieron ser ubicados, este es el reflejo de la problemática social y humanitaria que enfrenta Colombia y cuyo sistema de salud no está preparado ni estructurado para atender a estos pacientes; El Hospital del Sarare se encuentra sólo en la atención a esos pacientes y sigue brindando esta atención en la medida de los recursos y tecnología con los que cuenta, además de que todos los pacientes venezolanos que requieren mayor nivel de complejidad son direccionados por el mismo CRUE a nuestra institución, cuente o no con los recursos necesarios para atenderlos.

### **RECOMENDACIONES:**

**A NIVEL INTERNO:** Es necesario que para el año 2019 se fortalezcan las acciones institucionales para prevenir la broncoaspiración. Y se haga seguimiento a la oportunidad en el manejo quirúrgico de los pacientes de cirugía general que presenten complicaciones y que estas acciones sean documentadas y evaluadas a través del Comité de Seguridad del paciente. También se sugiere continuar las acciones encaminadas a mejorar la oportunidad de los traslados al servicio de cuidado intermedio en pacientes recuperables.

**A NIVEL EXTERNO:** Se sugiere socializar los resultados en diversos escenarios como las mesas de salud Departamental, consejo municipal, interventoría de régimen subsidiado y asociaciones de usuarios con el fin de buscar mecanismos que contribuyan a mejorar la oportunidad en la remisión de pacientes.

## 2. APLICACIÓN DE LA FÓRMULA DE INDICADOR

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.

<b>MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA MAYOR A 48 HORAS</b>	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación.	120	<b>=100%</b>
	Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	120	

Atentamente.

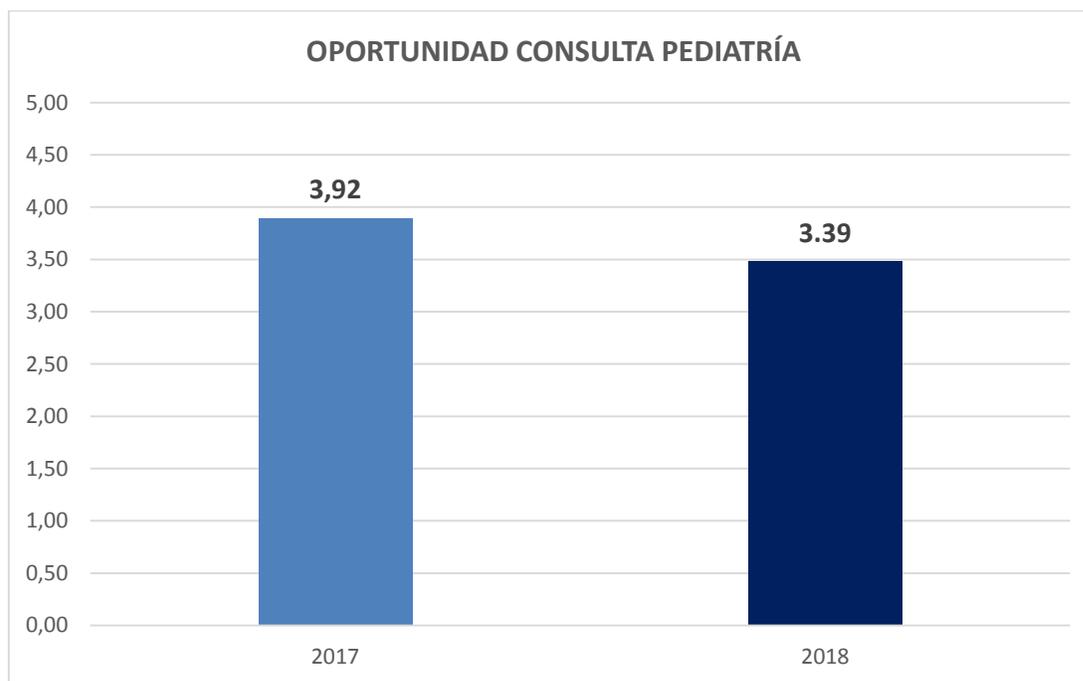
  
**CLARA NUBIA ROLON RODRIGUEZ**  
Referente Política Institucional de  
Seguridad del Paciente.  
Coordinador del Comité de Infecciones.

## **INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA**

## INDICADOR 18

### TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA POR PRIMERA VEZ

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



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 2018 se registra una tendencia estable en la oportunidad de consulta de pediatría de primera vez en la ESE Hospital del Sarare. La Oportunidad de consulta en el

2017 estaba en 3.92 días mientras que para el 2018 se observa una leve disminución a 3.39 días manteniendo una tendencia en los resultados de la oportunidad, cumpliendo con el estándar anual que es menor o igual a 5 días. El indicador se mantiene estable en términos generales y el resultado está dentro de los valores esperados. La tendencia se logró mantener con los ajustes en la contratación de los especialistas, sin embargo, es de resaltar que en el primer trimestre y en el último trimestre se evidenció dificultad para la contratación de los profesionales del servicio, por otra parte, una profesional entro en licencia de maternidad y otro renunció por problemas asociados al orden público, esto dificultó un poco la prestación del servicio, sin embargo, los resultados del indicador están dentro de los valores solicitados por la norma. Información obtenida del Sistema de información hospitalaria – SIHO.

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

## INDICADOR 19

### TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA POR PRIMERA VEZ

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.



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.

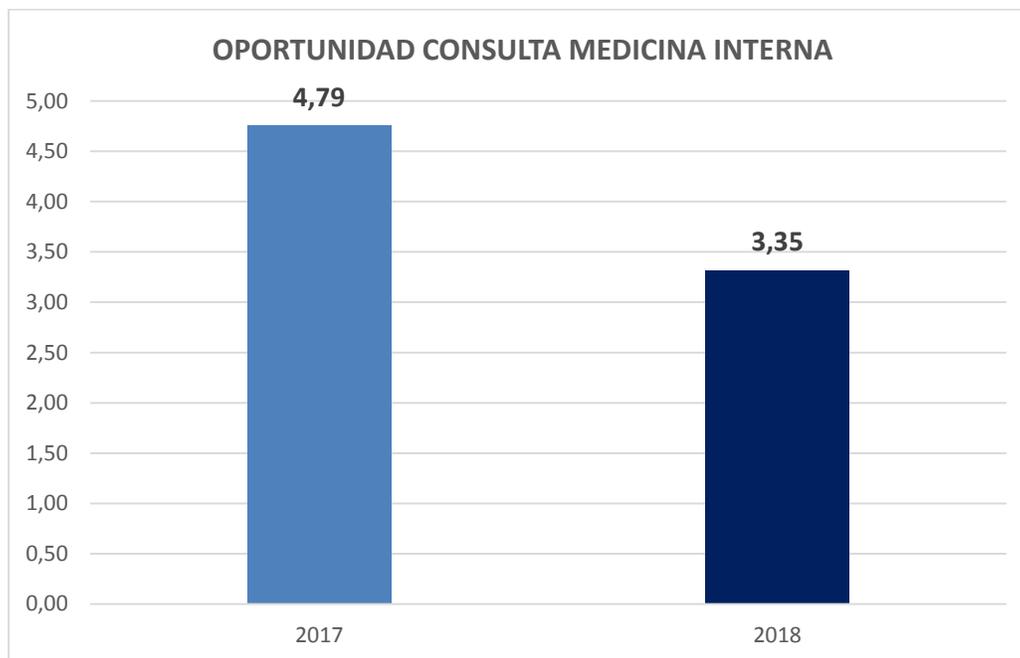
En la vigencia 2018 en el Hospital del Sarare ESE la Oportunidad de consulta obstétrica estaba en 3.12 días para cita de primera vez, sin embargo, es importante aclarar que no hay evidencia de dato en el 2017 debido a que en la vigencia 2017 el indicador se sacaba en conjunto con oportunidad de ginecología, a partir del 2018 se empezó a llevar el indicador por separado.

El resultado del indicador para el 2018 se mantiene dentro de los días que la norma solicita, gracias a las acciones gerenciales en la contratación de especialistas, a quienes se les realizó un cambio en la modalidad de contratación, se les definieron los turnos específicos tanto de consulta externa y los de turnos de internación y cirugía. La fuente de información ficha técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

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

## INDICADOR 20

### TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA POR PRIMERA VEZ



El Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna 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.

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 2018 se evidencia una reducción de la oportunidad de consulta de medicina interna de 1.4 días comparado con el año anterior, en la vigencia 2017 la oportunidad estaba en 4.79 días mientras que para el 2018 disminuyó a 3.35 días manteniendo una tendencia a la disminución, cuyos resultados se mantienen dentro de los estándares para cada año que es menor o igual a 15 días.

Es importante resaltar las acciones gerenciales en la contratación de los médicos internistas y los ajustes de los días contratados por consulta permitieron una reducción en la oportunidad de asignación de citas por primera vez. La fuente de información para graficar la información es la ficha técnica de la página WEB del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.