



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado
NIT. 806231215-5

Evolucionamos pensando en Usted

Gobernación de Arauca

27/03/2026 8:59:09

2026012778-1



Origen: NIT 806231215-HOSPITAL DEL
SARARE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Destino: HOSPITAL DE LA CAJITA ROYAL
Al Contestar Cite el Número 2026012778-1

Saravena 26 de marzo de 2026

TRD.300.13.60

DIR-00-416

SALIENTE-2026-01307

Señores:

JUNTA DIRECTIVA HOSPITAL DEL SARARE ESE

Aten: Ing. RENSON MARTINEZ

Gobernador de Arauca

Presidente Junta Directiva HOSPITAL DEL SARARE ESE.

Arauca.

26-03-26.

David Regría U.

Recibo Jervis A. Puente
26/03/26

Asunto: Entrega De Informe De Gestión Gerencial para la vigencia 2025, Según Resolución 408 De 2018 Del Ministerio De Salud Y Protección Social.

Cordial Saludo,

Teniendo en cuenta el asunto del presente, se remite el informe del PLAN DE GESTION GERENCIA 2025, dándole cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Resolución N° 408 De 2018 Del Ministerio De Salud Y Protección Social. Lo anterior para los fines pertinentes, quedando atentos para su revisión y aprobación.

26-03-26
Jose Luis Cáceres

Rdo
26-03-26
Gedvies

Atentamente,

Vigilado Supersalud

ARIELA GELVIS QUINTERO
GERENTE

Elabora: Jorge Mora / Asesor de Planeación

Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca UAESA	
Recibido No	E-2026-000514
Fecha y Hora	27/03/2026 08:43:19 a.m.
Origen	HOSPITAL DEL SARARE
Remitente	ARIELA GELVIS QUINTERO
Recibe	YANETH TOVAR
Anexos	01 PAQUETE



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

*Evolucionamos
pensando en
Usted*



INFORME DE GESTIÓN_{R408} 2025

**Dra. Ariela Gelvis Quintero
Gerente**



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado
NIT. 8002315215-1

evolucionamos pensando en usted

PRESENTADO A:

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

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

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

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

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

Dr. JOSE LUIS CACERES
REPRESENTANTE GREMIO DE PRODUCCIÓN

Vigilado Supersalud

Contenido

1. OBJETIVO	6
2. ALCANCE	6
3. MARCO NORMATIVO	6
4. FASES DEL PLAN DE GESTIÓN DE ACUERDO A LA RESOLUCION 710 DEL 2012 MINSALUD	7
4.1 FASE PREPARACIÓN	7
4.2 FASE DE FORMULACIÓN	7
4.3 FASE DE APROBACIÓN	8
4.4 FASE DE EJECUCIÓN	9
4.5 FASE DE EVALUACIÓN	12
4.5.1 Escala de resultados	13
5 ESTRUCTURA DEL INFORME DE GESTIÓN GERENCIAL	14
6 EVALUACIÓN DE INDICADORES	14
6.1 Indicadores de Dirección y Gerencia	14
INDICADOR 1: Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	14
INDICADOR 2: Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	23
INDICADOR 3: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	27
6.2 INDICADORES AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	36
INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO	36
INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.	39
INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS A TRAVÉS DE COOPERAVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/ O MECANISMOS ELECTRÓNICOS.	41
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.	44
INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES –RIPS	47



INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	53
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.....	55
INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016- DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.....	59
6.3 Indicadores de gestión clínica o asistencial	61
INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN LA GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN LAS GESTANTES.....	61
INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA	76
INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMIA.....	97
INDICADOR 15: NUMERO DE PACIENTES PEDIATRICOS CON NEUMONIA BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.....	105
INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECIFICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICOS AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.....	111
INDICADOR 17: ANALISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA > A 48 HORAS ..	119
INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRIA.....	127
INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA.....	129
INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA	131
7. RESULTADO CONSOLIDADO POR AREAS DE GESTIÓN	133
8. CONCLUSIONES	136
9. ANEXOS.....	136

PRESENTACION

La Gerencia de la ESE Hospital del Sarare presenta ante miembros de la Junta Directiva el informe de Gestión correspondiente a la vigencia 2025 en el marco de la Resolución 710 de 2012, Resolución 743 de 2013, y Resolución 408 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

El presente informe contiene el análisis y resultados de los indicadores aplicables a la ESE de la resolución 408 de 2018 del Ministerio De Salud Y Protección Social para la vigencia 2025, contiene las tres áreas de gestión; dirección y gerencia, Administrativa y Financiera, Gestión clínica o Asistencial, con la presentación de datos cuantitativos y cualitativos que permiten evaluar el desempeño institucional y orientar futuras acciones para seguir brindando un servicio de salud eficiente y de calidad a la comunidad.

Durante esta vigencia, la institución orientó sus esfuerzos a ampliación de portafolio de servicios específicamente la habilitación del Servicio de Unidad de Cuidados intensivos adulto generando ampliación del portafolio de procedimientos alineados con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, así como la gestión continua para el desarrollo de proyectar que permitirán la ampliación de la capacidad instalada.

El desarrollo del Plan Operativo Anual 2025 permitió alcanzar un nivel de ejecución del 91,6%, evidenciando el compromiso institucional con el cumplimiento de las metas estratégicas propuestas. Este resultado refleja una adecuada articulación entre la planeación, la ejecución y el seguimiento de las actividades institucionales.

Asimismo, se destacan los avances en el fortalecimiento de los procesos de autoevaluación, la implementación de acciones de mejora continua y la consolidación de equipos de trabajo interdisciplinarios, lo cual ha permitido mejorar la eficiencia operativa y la calidad de la atención brindada a los usuarios.

El presente informe recoge de manera estructurada los principales logros, avances y resultados obtenidos durante la vigencia 2025, así como los retos identificados para continuar fortaleciendo la gestión institucional en beneficio de la población usuaria.



1. OBJETIVO

Dar a conocer los avances, logros y cumplimiento del plan de gestión, resultados obtenidos en el periodo del 01 de enero y el 31 de diciembre del 2025, en el marco de la Resolución 408 de 2018 del Ministerio De Salud Y Protección Social.

2. ALCANCE

El informe presenta los indicadores normativos definidos en la Resolución 408 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social en el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2025 en el marco del Plan de Gestión gerencial Bienestar y salud en el territorio.

3. MARCO NORMATIVO

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

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

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

4.1 FASE PREPARACIÓN

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

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

4.2 FASE DE FORMULACIÓN

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

Esta fase se ejecutó a través del diagnóstico institucional realizado para la generación y formulación de las estrategias contempladas en el plan de gestión gerencial 2024-2027, allí se incluyó la caracterización de la población atendida, morbilidad general atendida 2020-2023, producción de servicios de salud 2020-2023, actividades de salud pública



como notificación SIVIGILA, estado del Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud SOGCS y MIPG, situación financiera y planes de desarrollo Nacional, departamental y municipal.

4.3 FASE DE APROBACIÓN

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

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

LINEA ESTRATEGICA 1: DESARROLLO SOSTENIBLE DEL SARARE

Programa 1: Hospital del Sarare Sostenible.

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

Programa 2: Fortalecimiento de Infraestructura Hospitalaria y Modernización Tecnológica.

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

Programa 3: Fortalecimiento En Prestación De Servicios

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

Programa 4: Hospital Verde

- ✓ Fortalecer la gestión Ambiental del Hospital del Sarare.

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

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

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

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

- ✓ Fortalecer la Gestión estratégica del Talento Humano.

Programa 7: De la mano con la Comunidad.

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

Programa 8: Respuesta a Emergencias.

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

4.4 FASE DE EJECUCIÓN

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

- ✓ El despliegue del mismo a las áreas y unidades de gestión de la entidad, en forma de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.



- ✓ El seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas.
- ✓ Presentación a la Junta Directiva del Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión

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

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

La Plataforma Estratégica de la ESE Hospital del Sarare fue actualizada el 27 de diciembre de 2024. Esta actualización se realizó formalmente a través del Acuerdo No. 021 de 2024 de junta directiva del Hospital del Sarare E.S.E., el cual define el direccionamiento institucional para el periodo comprendido entre los años 2024 y 2027.

La E.S.E. Hospital del Sarare, en ejercicio de sus facultades legales y en cumplimiento del Acuerdo No. 021 de 2024, establece su Política de Planeación Institucional orientada a la armonización de sus metodologías con los planes de desarrollo nacional, territorial y municipal. Esta política garantiza la actualización y ejecución de una plataforma estratégica que proyecta a la institución para el año 2027 como una organización autosostenible, ambientalmente responsable y certificada en altos estándares de calidad y tecnología. A través del fortalecimiento del Sistema de Gestión Integrado (SGC) y el fomento de un talento humano competente, la entidad se compromete al monitoreo y evaluación sistemática de sus procesos para asegurar una atención integral, segura e intercultural de baja, mediana y alta complejidad, fundamentada en principios de humanismo y ética, con el fin primordial de disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de los usuarios y la comunidad en el departamento de Arauca.

MISION INSTITUCIONAL

El Hospital del Sarare es una Empresa Social del Estado ubicada en el municipio de Saravena, que brinda servicios de salud de baja y mediana complejidad al departamento de Arauca y sus alrededores con atributos de calidad, seguridad, humanización y buenas

prácticas ambientales; a través de un talento humano competente y comprometido con la vocación al servicio, dedicado a brindar una atención con eficiencia, eficacia, sentido ético y responsabilidad social, con énfasis en la gestión del riesgo, mantenimiento en la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad a fin de disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de los usuarios, las familias y comunidad.

VISION INSTITUCIONAL

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

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

- Modernizar el SGC para la planificación, implementación, seguimiento y evaluación del desempeño del Sistema de gestión Integrados del Hospital del Sarare E.S.E.
- Garantizar la operación, mantenimiento, ajuste y mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad que aumente su eficacia, eficiencia y efectividad, administrando y controlando sus riesgos institucionales.
- Asegurar la atención centrada en nuestros usuarios y familiares dando respuesta oportuna a sus necesidades y expectativas de su salud física, mental, emocional y espiritual, a través de métodos válidos y necesarios, que nos permitan identificar sus causas y aplicar los procedimientos pertinentes, para mejorar su calidad de vida y bajo la premisa de un trato seguro y humanizado.
- Promover la toma de conciencia en toda la institución, para brindar servicios de salud a través de procesos seguros, oportunos, efectivos y de calidad, monitorizando y analizando los indicadores de seguimiento a los riesgos, medición, análisis de los reportes de los eventos adversos, y verificando la implementación de barreras de seguridad, que prevengan la ocurrencia de los mismos.
- Fomentar y promover de forma permanente la formación de los trabajadores en sus competencias y conlleve a una transformación cultural de la institución con la más alta calidad y un enfoque ético, seguro y humanizado, que le permita al Hospital del Sarare, mantener una posición competitiva en el sector salud.



MAPA DE PROCESOS

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

Tabla 1. Niveles de Macro procesos

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

Imagen 1. Esquema del mapa de procesos



Fuente: Acuerdo de Junta Directiva No 022 del 2024

4.5 FASE DE EVALUACIÓN

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



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

Imagen 2. Resolución 408 del 2018 Minsalud



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

4.5.1 Escala de resultados

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

Imagen 3. Resolución 408 del 2018 Minsalud Anexo 5.

ANEXO N° 5
Escala de resultados

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

(C. F.)

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



5 ESTRUCTURA DEL INFORME DE GESTIÓN GERENCIAL

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

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

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

Tabla 2. Indicadores por Área de gestión

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

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

6 EVALUACIÓN DE INDICADORES

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

6.1 Indicadores de Dirección y Gerencia

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

Nivel	Indicador	Descripción	Fórmula	Meta	Medios de Verificación
Nivel I, II y III	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la	$\geq 1,20$	- Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior - Contrato de

		autoevaluación en la vigencia anterior	calificación de autoevaluación de la vigencia anterior		postulación - Certificación de acreditación
--	--	---	--	--	---

Fuente: Resolución 408 de 2018 de Minsalud

Contextualización del indicador:

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

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

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



Para determinar el grado de avance en la implementación de los estándares de acreditación en el Hospital del Sarare ESE es preciso hacer un comparativo de las vigencias evaluadas y la vigencia anterior, por tanto, en este informe se da un resumen de la vigencia 2025 y se comparan los datos de la vigencia 2024.

El Hospital del Sarare ESE actualmente se encuentra trabajando en los 8 grupos de acreditación establecidos en el Manual de Acreditación en Salud versión 3.1, y los 41 estándares nuevos adoptados por la resolución 1328 de 30 de agosto de 2021. Para ello se realizó un Diagnóstico de acreditación, por lo cual se realizó autoevaluación con los resultados obtenidos en la **vigencia 2025**, trabajo realizado por los equipos auto evaluadores conformados mediante la Resolución No. 036 del 3 de febrero del 2026 **"POR MEDIO DEL, SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN DEL PAMEC VIGENCIA 2025, SE DESIGNA EL EQUIPO DE PLANEACIÓN Y LIDERAZGOS; Y LOS GRUPOS AUTOEVALUADORES DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION V 3.1 Y LOS ADOPTADOS POR LA RESOLUCION 1328 DE 2021 EN EL HOSPITAL DEL SARARE ESE"**.

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

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

Después de designar de los equipos Autoevaluación, se comienza el proceso mismo de autoevaluación. Este proceso es llamado **AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO**, punto donde los equipos examina que tan efectivamente están trabajando, comparando el



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

evolucionamos pensando en usted

que hacer diario contra los estándares contemplados en los manuales. Si bien el proceso de análisis de los estándares no tiene una norma básica que diga cómo se debe hacer, se realiza bajo el siguiente enfoque.

- a. Se **lee inicialmente el manual** con todos los estándares antes de empezar la calificación el grupo, ya que como todos los estándares de un mismo grupo están interrelacionados, este procedimiento ayuda a los equipos a entender la globalidad y facilita grandemente el proceso de calificación del estándar individual. Seguido preguntar si todos los participantes entendieron el estándar de la misma forma. Si la respuesta es afirmativa entonces se puede continuar, si es negativa debe buscar aclaración consenso del equipo acerca de la interpretación.
- b. Luego se autoevalúa **cada estándar**, el promedio ponderado de calificación de estándares será el resultado mismo del proceso de implementación de la Acreditación en Salud. La calificación se realiza según los criterios de calificación de la Hoja radar así:
 - Enfoque:** se refiere a la directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada variable que se va a evaluar, se califica de 1 a 5.
 - Implementación:** se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución; se califica de 1 a 5.
 - Resultados:** se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques; se califica de 1 a 5.
- c. Seguidamente se identifica y registra las **Fortalezas de la Institución**, que el equipo considere que están relacionadas con el estándar evaluado. Debe enfocarse puramente en la frase estándar.
- d. Una vez discutidas todas las fortalezas de la organización hay que determinar que **Soportes pueden encontrarse en la organización**. Debe relacionar todos los soportes que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos posteriormente será motivo de revisión por parte de los evaluadores externos.



- e. El paso que sigue en el análisis es la redacción de todas de todas la **Oportunidades de Mejora** frente al estándar. Nuevamente, la redacción del estándar es la guía para el grupo, a cada debilidad del estándar se le debe elaborar una oportunidad de mejora que nos determinara cuales acciones de mejora que se van a trabajar en la vigencia.
- f. **Priorización** de oportunidades de mejora **según criterios riesgo, costo y volumen**. El equipo deberá evaluar cada oportunidad de mejora y calificar según la escala numérica de 1 a 5, siendo el 1 el de menos riesgo o de menos impacto sobre el atributo y 5 el valor de que genera más riesgos o impacto sobre el atributo. El resultado de la multiplicación según riesgo, costo y volumen será quienes determine la priorización de las oportunidades de mejora para el estándar. Se priorizan en rojo las oportunidades de mejora que califiquen con 75 o más puntos ponderados en la priorización.
- g. La respuesta lógica al encontrar debilidades es definir **acciones de mejoramiento** para las debilidades. Este ejercicio orientará de antemano conformará el plan de mejoramiento de la vigencia. Esta acción de mejoramiento.
- h. Luego de definir las acciones de mejora se debe **Determinar Barreras de Mejoramiento y el Proceso Responsable** de implementar las acciones de mejora, seguidamente se define un indicador de cumplimiento
- i. Finalmente, se establecen fechas en el cronograma del PAMEC y desde el área de calidad se programa los dos seguimientos normativos al cumplimiento.

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

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

Análisis del indicador:

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

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

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					1. PACAS				
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,755	1,479	1,340	1,309	1,277	1,181	1,191	1,106	1,085	1,000
1,525	Promedio Enfoque		1,293	Promedio Implementación	1,113	Promedio Resultados			

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2026

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

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					2. DIRECCIONAMIENTO				
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,556	1,444	1,444	1,167	1,167	1,167	1,167	1,167	1,056	1,056
1,481	Promedio Enfoque		1,167	Promedio Implementación	1,122	Promedio Resultados			

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2026

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

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					3. GERENCIA				
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,714	1,571	1,571	1,143	1,143	1,048	1,143	1,095	1,000	1,000
1,619	Promedio Enfoque		1,143	Promedio Implementación	1,057	Promedio Resultados			

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2026



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

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					4. GERENCIA DEL TALENTO HUMANO				
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,474	1,368	1,316	1,158	1,158	1,053	1,053	1,000	1,000	1,000
1,386	Promedio Enfoque		1,158	Promedio Implementación	1,021	Promedio Resultados			

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2026

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

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					5. GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO				
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
2,143	1,929	1,714	1,714	1,643	1,214	1,143	1,071	1,071	1,000
1,929	Promedio Enfoque		1,679	Promedio Implementación	1,100	Promedio Resultados			

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2026

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

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					6. GESTIÓN TECNOLOGÍA				
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,417	1,167	1,083	1,083	1,333	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1,222	Promedio Enfoque		1,208	Promedio Implementación	1,000	Promedio Resultados			

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2026

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

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					7. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN				
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,333	1,333	1,222	1,333	1,333	1,056	1,056	1,056	1,056	1,056
1,296	Promedio Enfoque		1,333	Promedio Implementación	1,056	Promedio Resultados			

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2026

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

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR					8. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD				
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,400	1,200	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1,200	Promedio Enfoque		1,000	Promedio Implementación	1,000	Promedio Resultados			

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2026



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

evolucionamos pensando en usted

Tabla 11. Resumen General de la autoevaluación vigencia 2026

RESUMEN TOTAL PARA LA VIGENCIA 2026									1,25
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
1,67	1,47	1,36	1,27	1,27	1,13	1,14	1,08	1,05	1,01
1,50			1,27		1,08				

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2026

Resultado autoevaluación comparativo - Vigencia 2025 vs 2026

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

Gráfica 1. Comparativa vigencia 2025-2026.



Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2025 y 2026

Tabla 12. Variación entre periodos.

GRUPO DE ESTÁNDARES	2025	206	VARIACIÓN.
Grupo De Estándares Del Proceso De Atención Al Cliente Asistencial	1,26	1,27	0,78%
Grupo De Estándares De Direccionamiento	1,23	1,24	0,80%
Grupo De Estándares De Gerencia	1,24	1,24	0%
Grupo De Estándares De Gerencia Del Talento Humano	1,15	1,16	0,86%



GRUPO DE ESTÁNDARES	2025	206	VARIACIÓN.
Grupo De Estándares De Gerencia Del Ambiente Físico	1,45	1,46	0,68%
Grupo De Estándares De Gestión De Tecnología	1,11	1,11	0%
Grupo De Estándares De Gerencia De La Información	1,18	1,18	0%
Grupo De Estándares De Mejoramiento De La Calidad	1,06	1,06	0%

Fuente: Gestión de la calidad / Autoevaluación PAMEC Vigencia 2025 y 2026

Resultado del indicador:

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

Promedio de la Calificación de la Autoevaluación en la vigencia evaluada

Promedio de la Calificación de la Autoevaluación en la vigencia Anterior

$$= \frac{1.25 \text{ (2026)}}{1.24 \text{ (2025)}} = 1,008$$

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

Tabla 13. Resultado del indicador 1

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de Calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	≥ 1,20	1,25	1	0,05	0,05

Información tomada del Documento de Autoevaluación vigencia evaluada 2026 y vigencia anterior 2025, informe rendido a la UAESA en respuesta a la solicitud realizada mediante correo electrónico a pamec.sic.sogcs@unisaludarauca.gov.co

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

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

Fuente: Resolución 408 de 2018 de Minsalud

Contextualización del indicador:

El Hospital del Sarare tiene implementado es su Sistema de Gestión, el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud como un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios en el Departamento de Arauca. Es así que, para el año 2025 la institución formuló actividades de mejoramiento continuo teniendo como punto de referencia los estándares del *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1*; ordenados de la siguiente manera: una primera sección en la que aparece el grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, una segunda sección en la que se encuentran los grupos de estándares de apoyo administrativo gerencial a dichos procesos asistenciales y una tercera sección en la cual se encuentran los estándares de mejoramiento de la calidad.



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

- **Direccionamiento;** es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno de la organización.
- **Gerencia;** es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobierno de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.
- **Gerencia del Talento Humano** se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación hasta su retiro, y su proceso de mejoramiento continuo.
- **Gerencia de la Información** se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel de la organización.
- **Ambiente Físico** incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.
- **Gestión de Tecnología** se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización.

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

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

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

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

Análisis del indicador:

De 36 acciones de mejoras priorizadas; el informe final para la vigencia del 2025 para el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud fue de: un 91,7 % "COMPLETADA" y "ATRASADA" 8,3%. El porcentaje completado es favorable para el indicador Gerencial N°2. *Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud por dar un cumplimiento >90 % de las actividades priorizadas para la vigencia evaluada.*



**Imagen 6. Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. 2025
por Grupo de Estándares.**

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PAMEC VIGENCIA 2025 HOSPITAL DEL SARARE											FECHA DE CORTE		17/03/2025						
ACTIVIDADES DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	DETALLE DE AVANCE	CLINICA ESTETICA (1-75)	MEJORAMIENTO (76-85)		BIBLIOTECAS (86-100)		TALANTO HUMANO (101-130)		SERVICIOS (131-150)		SERVICIOS DE INFORMACION (151-160)		MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (161-180)		ACCIONES	%			
	COMPLETOS	14	87%	1	100%	1	25%	10	100%	3	60%	1	100%	1	100%	0	0%	33	81.7%
	EN DESARROLLO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	ATRASADO	1	6%	0	0%	1	25%	0	0%	1	14%	0	0%	0	0%	0	0%	3	8.3%
	NO HECHO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
POTENCIAL DE SUBIDUCION		93%	100%		50%		100%		83%		100%		100%		0%	81.7%			
ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2025 POR GRUPO		15	1		2		10		6		1		1		0	36			

Fuente: Gestión de la calidad / Informe PAMEC 2025

Resultado del indicador:

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

Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas

Total, de acciones programadas

33 (Completadas)

$$= \frac{33 \text{ (Completadas)}}{36 \text{ (Acciones priorizadas)}} = 0.92$$

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



Tabla 14. Resultado del indicador 2

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

Información tomada del Documento de Informe de ejecución 2025 PAMEC, informe rendido a la UAESA en respuesta a la solicitud de la circular 003 del 2026, en cumplimiento de las fechas máximas establecidas, mediante el correo electrónico pamec.sic.sogcs@unisaludarauca.gov.co

INDICADOR 3: Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

Área	Indicador	Nivel	Descripción	Fórmula	Meta	Medio de Verificación
Dirección y Gerencia	3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0,9	Informe del responsable de planeación de la E.S.E. De lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: listado de las metas del Plan Operativo Anual del plan de desarrollo aprobadas programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud



ANÁLISIS DEL INDICADOR:

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

PLAN DE GESTION GERENCIAL 2024 – 2027.

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

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

Para la vigencia 2025, el Hospital del Sarare E.S.E. estructuró su Plan Operativo Anual (POA) como herramienta de planificación institucional orientada a materializar los objetivos estratégicos definidos en el Plan de Desarrollo Institucional. Dicho instrumento permitió organizar, priorizar y ejecutar las acciones institucionales relacionadas con la prestación de servicios de salud, el fortalecimiento administrativo, la gestión financiera, el mejoramiento de la calidad y el desarrollo institucional.

De acuerdo con la información consignada en el Informe de Gestión de la vigencia 2025, documento oficial de rendición de cuentas y seguimiento institucional, se programó un total de 24 metas dentro del Plan Operativo Anual. Estas metas fueron objeto de seguimiento permanente por parte de la Oficina de Planeación, mediante procesos sistemáticos de monitoreo, verificación de avances y evaluación de resultados, lo cual permitió establecer el estado de cumplimiento de cada una de las metas programadas.

El informe institucional puede consultarse en el siguiente enlace oficial:



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

evolucionamos pensando en usted

<https://hospitaldelsarare.gov.co/images/publicaciones/Planeacion/INFORME-DE-GESTION-V-2025.pdf>

OBJETIVO ESTRATÉGICO ASOCIADO	PROGRAMA	OBJETIVO	N°	META	LINEA BASE PROMEDIO 2020-2023	2025	CUMPLIMIENTO
Garantizar La Sostenibilidad Financiera De La Institución	Hospital Del Sarare Sostenible	Garantizar La Sostenibilidad Financiera De La Institución	1	Mejorar La Efectividad Del Promedio De Recaudo Mensual	56.5%	≥57% Del Valor Reconocido	CUMPLIDO
			2	Adquisición Del Módulo De Costos De Dinámica Gerencial	No Línea Base	Aplica Para La Vigencia	NO CUMPLIDO
		Fortalecer la política de contratación y defensa jurídica	3	Elaboración De Plan De Acción De Defensa Jurídica		Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO
			4	Ejecución Del 85% Del Plan De Acción Para Cada Vigencia	No Línea Base	Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO
Mejorar La Infraestructura Física, Tecnología y Capacidad Instalada Del Hospital, Que Permita Ampliar El Portafolio De Servicios Institucional Y Nivel De Complejidad	Fortalecimiento De Infraestructura Hospitalaria Y Modernización Tecnológica	Ampliar La Infraestructura Física Del Hospital Del Sarare	5	Realizar Gestión De Recursos Para La Construcción De La Nueva Área De Urgencias, Mediante La Formulación Y Presentación Del Proyecto De Inversión	No Línea Base	Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO

Vigilado Supersalud



			6	Realizar Gestión De Recursos Para La Construcción De La Sede Unap Mediante La Formulación Y Presentación Del Proyecto De Inversión	No Línea Base	Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO
			7	Realizar Gestión De Recursos Para La Construcción Del Cerramiento Perimetral Y Obras De Urbanismo Del Hospital Del Sarare E.S.E.	No Línea Base	Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO
		Mejorar La Tecnología Y Mobiliario Requeridos Para El Adecuado Funcionamiento De Los Procesos Del Hospital Del Sarare	8	Realizar Adquisición De Elementos, Bienes De Uso Hospitalario	No Línea Base	0,4% Del Presupuesto Asignado Para La Vigencia	CUMPLIDO
			9	Realizar Adquisición De Equipos Biomédicos Para La Prestación De Servicios	No Línea Base	0,5% Del Presupuesto Asignado Para La Vigencia	CUMPLIDO



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado
NIT. 800311215-1

evolucionamos pensando en usted

Mejorar La Gestión De Riesgo Institucional, Que Permita A La Entidad Lograr El Desarrollo Integral De Los Procesos	Fortalecimiento En Prestación De Servicios	Mejorar El Acceso A Los Servicios De Nivel Primario Y Complementario	10	Realizar Gestión El Riesgo En Salud A Través Del Fortalecimiento De Estrategias De Atención Primaria, Ajustadas Las Rutas De Mantenimiento De La Salud Y Materno perinatal	≥70% De Cumplimiento De Las Metas Contratadas	≥ 80% De Cumplimiento De Las Metas Contratadas	CUMPLIDO
			11	Ampliar La Zona De Influencia Directa Del Hospital Del Sarare A Través De La Prestación De Servicios De Consulta Especializada En Los Municipios Del Departamento De Arauca	No Línea Base	Servicios De Consulta Especializada En Los Municipios	NO CUMPLE
			12	Ampliar El Portafolio De Servicios	No Línea Base	Cuidado Intensivo	CUMPLIDO

Mejorar Las Prácticas Ambientales, Que Permitan Al Hospital Del Sarare La Minimización De Los Impactos Ambientales	Hospital Verde	Fortalecer La Gestión Ambiental Del Hospital Del Sarare	13	Realizar Prácticas Ambientales En El Entorno Hospitalario Institucional, Que Promuevan La Protección Y Conservación Del Medio Ambiente	Ejecución Del Plan De Acción Ambiental	Ejecución Del Plan De Acción Ambiental	CUMPLIDO
--	----------------	---	----	--	--	--	----------

Vigilado Supersalud



			14	Desarrollar Los Programas Ambientales Que Minimicen Los Aspectos E Impactos Ambientales Generados Por El Hospital A Causa De La Prestación De Servicios	Ejecución Del Plan De Acción Ambiental	Ejecución Del Plan De Acción Ambiental	CUMPLIDO
Mejorar El Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad, Articulado Con El Modelo Integrado De Planeación Y Gestión MIPG	Mejoramiento Continuo De La Calidad En Salud Y Gestión Del Riesgo	Mejorar Los Componentes Del SOGCS (Sistema Único De Habilitación, Sistema Único De Acreditación, Pamec, Sistema De Información) Articulado Con El MIPG y las Aplicables A La Seguridad Y Salud en El Trabajo	15	Realizar Autoevaluación Del Sistema Único De Acreditación De Acuerdo A La Normatividad Vigente	Mayor O Igual A 1,17	Mayor O Igual A 1,17	CUMPLIDO
			16	Cumplimiento De Pamec	90%	90%	CUMPLIDO
			17	Realizar Seguimiento A Indicadores Definidos Y Socializar El Informe De Cumplimiento Con Una Periodicidad Trimestral	Cumplimiento De La Resolución 0256 Y Decreto 2193	Cumplimiento De La Resolución 0256 Y Decreto 2193	CUMPLIDO
			18	Implementación del plan de acción de Humanización	No Línea Base	90% de cumplimiento	CUMPLIDO



**HOSPITAL
DEL SARARE**

Empresa Social del Estado
NIT. 800231215-1

evolucionamos pensando en usted

Mejorar La Competencia Compromiso Del Talento Humano de La ESE	Talento Humano De Calidad Y Con Vocación De Servicio	Fortalecer La Gestión Estratégica Del Talento Humano	19	Fortalecer El Plan Institucional De Capacitación	No Línea Base	0,10% Del Presupuesto Asignado Para La Vigencia	CUMPLIDO
			20	Garantizar La Ejecución Del Plan Bienestar e Incentivos	No Línea Base	0,30% Del Presupuesto Asignado Para La Vigencia	CUMPLIDO
			21	Realizar Convenio Con Institución De Educación Superior Para Prácticas Profesionales De Pregrado Y Posgrado En Salud	Convenio Con Instituciones Educativas	Convenio Con Instituciones Educativas	CUMPLIDO

Desarrollar Acciones que permitan vincular Y hacer participe a los Usuarios Y Grupos De Interés En el Ciclo De Gestión Del Hospital Del Sarare	De La Mano Con La Comunidad	Fortalecer Las Políticas De Participación Ciudadana, Servicio Al Ciudadano Y Transparencia Y Acceso A La Información	22	Formular Y Aprobar El Plan Anticorrupción Y De Atención Al Ciudadano, De Acuerdo A Los Lineamientos De Las Políticas Del MIPG.	Plan Anticorrupción 2023	Plan Anticorrupción 2025	CUMPLIDO
--	-----------------------------	--	----	--	--------------------------	--------------------------	----------

Vigilado Superintend



Incentivar, Promover, Gestionar E Implementar Practicas Seguras De La Atencion En Salud Que Mejoren La Calidad Del Servicio. Mejorar La Gestion De Riesgo Institucional Que Permita A La Entidad Lograr El Desarrollo Integral De Los Procesos	Respuesta A Emergencia	Formular Y Ejecutar Planes De Contingencia Que Permitan Al Hospital Del Sarare, dar Respuesta efectiva A Las Emergencias.	23	Diseñar El Plan De Contingencia Hospitalario Para La Atención De Emergencias Y Eventos Pandémicos	Plan De Emergencias Hospitalario	Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO
			24	Implementar El Plan De Contingencia Hospitalario Para La Atención De Emergencias Y Eventos Pandémicos		Aplica Para La Vigencia	CUMPLIDO

Fuente: Planeación / Informe Plan de gestión 2025

Resultado del indicador:

Como resultado del proceso de seguimiento y evaluación realizado durante la vigencia, se evidenció que **22 metas fueron cumplidas**, mientras que **2 metas no alcanzaron su cumplimiento total dentro del periodo evaluado**. Con base en esta información, el indicador se calcula aplicando la metodología establecida en la normatividad vigente:

Indicador = Número de metas cumplidas / Número de metas programadas

Aplicando los datos correspondientes a la vigencia evaluada se obtiene:

Indicador = $22 / 24 = 0,916$

Expresado en términos porcentuales, el resultado corresponde a un **91,6 % de cumplimiento del Plan Operativo Anual 2025**.

Este resultado evidencia un **alto nivel de ejecución de la planeación institucional**, reflejando la capacidad administrativa y operativa del Hospital del Sarare E.S.E. para



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado
NIT. 800311215-1

evolucionamos pensando en usted

implementar las acciones y estrategias definidas dentro de su planificación institucional. Asimismo, el porcentaje obtenido demuestra el compromiso de las diferentes dependencias de la entidad en el cumplimiento de las metas establecidas, así como la adecuada articulación entre los procesos estratégicos, misionales y de apoyo.

De acuerdo con los parámetros de evaluación establecidos en la **Resolución 408 de 2018**, el estándar mínimo de cumplimiento para este indicador corresponde a un valor **igual o superior a 0,90**. En este sentido, el resultado obtenido por la institución (**0,916**) **supera el estándar requerido**, lo que permite clasificar el desempeño institucional dentro del rango de cumplimiento satisfactorio.

En términos de calificación, la Resolución establece la siguiente escala de valoración:

Resultado menor o igual a 0,50: Calificación 0

Resultado entre 0,51 y 0,70: Calificación 1

Resultado entre 0,71 y 0,89: Calificación 3

Resultado igual o superior a 0,90: **Calificación 5**

En consecuencia, el resultado obtenido por el Hospital del Sarare E.S.E. para la vigencia 2025 (**0,916**) corresponde a una **calificación de cinco (5) puntos**, que representa el **máximo nivel de cumplimiento del indicador**.

El desempeño alcanzado evidencia una gestión institucional eficiente en la ejecución de la planeación operativa, permitiendo avanzar en el cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos en el Plan de Desarrollo Institucional. Asimismo, refleja la adecuada implementación de los mecanismos de seguimiento y control institucional, que garantizan la transparencia, eficiencia y eficacia en la gestión pública.

Finalmente, la institución continuará fortaleciendo los procesos de planeación, seguimiento y evaluación con el propósito de consolidar el cumplimiento de las metas institucionales y promover el mejoramiento continuo de la gestión, garantizando así el

Vigilado Supera

fortalecimiento de los servicios de salud ofrecidos a la población del área de influencia del hospital.

Tabla 16. Resultado del indicador 3

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	≥0,9	0,916	5	0,10	0,5

6.2 INDICADORES AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO

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

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

Análisis del indicador:

El Indicador de Riesgo Fiscal y Financiero, establecido en la Resolución 408 de 2018, tiene como finalidad evaluar la sostenibilidad fiscal y financiera de las Empresas Sociales del Estado (ESE), a partir del análisis integral de variables como liquidez, equilibrio presupuestal, nivel de endeudamiento, resultado operacional y capacidad para cumplir oportunamente con sus obligaciones. Este indicador permite clasificar a las ESE según su



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

evolucionamos pensando en usted

nivel de riesgo, constituyéndose en una herramienta clave para la toma de decisiones, seguimiento y control por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

De conformidad con la Resolución 851 del 30 de mayo de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se efectuó la categorización del riesgo fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2025, el **Hospital del Sarare E.S.E.** fue clasificado en la categoría **SIN RIESGO**.

Esta categorización indica que la institución cumple con los criterios técnicos definidos por el Ministerio, evidenciando una adecuada sostenibilidad fiscal y financiera, respaldada en una gestión eficiente del recurso público. Lo anterior se refleja en el control del gasto, la planeación presupuestal, el seguimiento permanente a la ejecución de ingresos y gastos, así como en la capacidad institucional para atender sus compromisos operativos.

No obstante, desde una perspectiva técnica de gestión financiera, es importante precisar que, aunque la entidad mantiene esta clasificación favorable, persisten riesgos estructurales asociados al comportamiento de la cartera con las EPS. En particular, se evidencia una alta concentración de cartera en pocos aseguradores, así como tiempos prolongados en los procesos de auditoría, conciliación y pago de cuentas médicas, lo que genera desfases entre el reconocimiento del ingreso y su recaudo efectivo, impactando la liquidez institucional.

Esta situación implica que, aunque los indicadores financieros reflejan estabilidad, existe un riesgo latente en la materialización del flujo de caja, el cual puede afectar la oportunidad en el cumplimiento de obligaciones con el talento humano, proveedores y contratistas.

En este contexto, la administración ha venido fortaleciendo de manera continua las estrategias de:

- **Gestión y depuración de cartera**, con énfasis en los principales deudores.
- **Conciliación y acuerdos de pago con EPS.**
- **Seguimiento al recaudo frente a la facturación.**
- **Control y racionalización del gasto**, acorde con la disponibilidad real de recursos.

El resultado del indicador refleja que el Hospital del Sarare E.S.E. mantiene una situación fiscal y financiera estable y clasificada sin riesgo, no obstante, el análisis evidencia la necesidad de continuar con una gestión activa del riesgo de cartera, con el fin de



garantizar la sostenibilidad financiera en el corto y mediano plazo y preservar la categorización de "Sin Riesgo" en futuras evaluaciones.

Resultado del indicador:

Imagen 9. Resultado SIHO vigencia 2025

Variable	Calificación
Año 2025 Resolución 1122 (con información cierre año 2024)	Sin riesgo
Año 2024 Resolución 980 (con información cierre año 2023)	Sin riesgo
Año 2023 Resolución 851 (con información cierre año 2022)	Sin riesgo
Año 2022 No se aplicó porque la Resolución 856 estuvo vigente hasta el 30 de Junio de 2022.	No aplica
Año 2021 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2020 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Sin riesgo
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Sin riesgo
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo
Año 2016 Resolución 2184 (con información cierre año 2015)	Sin riesgo
Año 2015 Resolución 1893 (con información cierre año 2014)	Riesgo alto
Año 2014 Resolución 2090 (con información cierre año 2013)	Riesgo alto
Año 2013 Resolución 1877 (con información cierre año 2012)	Riesgo alto
Año 2012 Resolución 2509 (con información cierre año 2011)	Riesgo alto

Tabla 17. Resultado del indicador 4

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



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

evolucionamos pensando en usted

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

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

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

Análisis del indicador:

INDICADOR No 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA			
Gasto de Funcionamiento + Gasto Operación Comercial y Prestación de Servicios Comprometidos 2025/Numero de UVR producidas 2025	110.878.656.846	19.497,81	1,11
Gasto de Funcionamiento + Gasto Comercial y Prestación de Servicios comprometidos 2024/Numero de UVR producidas 2024	91.419.364.483	17.595,64	
	5.195.568,20		

Fuente: Resultado SIHO vigencia 2025



Este indicador mide la relación entre el gasto de funcionamiento y el gasto de operación comercial y de prestación de servicios comprometidos frente al número de Unidades de Valor Relativo (UVR) producidas, comparando la vigencia evaluada con la inmediatamente anterior. Su finalidad es evaluar la eficiencia en el uso de los recursos institucionales en función del volumen de servicios de salud producidos.

Para la vigencia 2025, el Hospital del Sarare E.S.E. registró gastos comprometidos por \$110.878.656.846 y una producción de 19.497,81 UVR, lo que representa un costo promedio de \$5.686.722,64 por UVR. En comparación, para la vigencia 2024, los gastos comprometidos fueron de \$91.419.364.483 con una producción de 17.595,64 UVR, equivalente a un costo de \$5.195.568,20 por UVR.

Como resultado de esta relación, el indicador presenta un valor de **1,11 para el año 2025**, lo que evidencia un incremento en el costo por unidad de producción frente a la vigencia anterior.

De acuerdo con los criterios de evaluación establecidos en la Resolución 408 de 2018, la calificación del indicador se determina así: **0 puntos**: si el indicador es **mayor a 1,10**.

En este contexto, el resultado de 1,11 ubica al hospital en el rango de calificación de 0 puntos, dado que el indicador es superior a 1,10, lo que significa que no cumple con el estándar establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual exige que el costo por UVR disminuya o se mantenga controlado en relación con la vigencia anterior.

El comportamiento observado indica que, si bien la institución incrementó la producción de servicios de salud, el crecimiento de los gastos de funcionamiento y operación fue proporcionalmente mayor, generando una pérdida de eficiencia en el costo unitario de producción.

Entre las principales causas que explican este resultado se destacan:

- **Incremento en los costos del talento humano en salud**, tanto del personal de planta como del personal vinculado mediante contratos laborales, asociado principalmente a ajustes salariales, ampliación de la cobertura de servicios y mayores requerimientos de personal asistencial y de apoyo para garantizar la continuidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.
- **Aumento en los costos de insumos, medicamentos y materiales médicos**, impactados por variaciones de mercado y mayores niveles de consumo.

- **Mayor demanda de servicios de salud**, que implicó expansión de la capacidad operativa y mayores costos asociados a la atención.
- **Incremento en los gastos de funcionamiento institucional**, necesarios para garantizar la continuidad y calidad en la prestación del servicio.

El resultado del indicador evidencia una disminución en la eficiencia del gasto por unidad de producción, lo cual representa un riesgo en la sostenibilidad operativa si no se implementan medidas correctivas oportunas. En este sentido, se hace necesario fortalecer las estrategias de control del gasto, optimización de procesos, mejora en la productividad de los servicios y alineación del crecimiento del gasto con la generación efectiva de producción en UVR, con el fin de acercar el indicador a los rangos de cumplimiento definidos por la normatividad vigente.

Resultado del indicador:

Tabla 18. Resultado del indicador 5

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	<0,9	1,11	0	0,06	0,00

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

Ítem	Nivel	Descripción del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Requisitos de Soporte (Certificación)
6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos	Valor total adquisiciones de medicamentos y material medico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada	>0.7	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal (o Contador y Responsable de Control Interno) que



	mediante: a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de ESE c) Compras a través de mecanismos electrónicos	mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de ESE, c) compras a través de mecanismos electrónicos / valor de adquisiciones de la ESE por medicamento y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	contenga: 1. Valor total por mecanismos a), b) y c). 2. Valor total por otros mecanismos. 3. Valor total general de la vigencia. 4. Aplicación de la fórmula.
--	--	--	---

Fuente: Resolución 408 del 2018 de Minsalud

Análisis del indicador:

Este indicador mide la proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos por la institución mediante mecanismos de compras conjuntas, compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado o mediante mecanismos electrónicos, frente al total de adquisiciones realizadas por la E.S.E. en la vigencia evaluada. El objetivo del indicador es promover estrategias de compra que permitan optimizar costos, mejorar la eficiencia en la adquisición de medicamentos y fortalecer los mecanismos de economía de escala en el sector salud.

Para la vigencia 2025, el Hospital del Sarare E.S.E. registró un total de adquisiciones por medicamentos y material médico quirúrgico por valor de \$11.471.378.009. Sin embargo, durante la vigencia evaluada no se realizaron adquisiciones mediante los mecanismos establecidos en el indicador, es decir:

- Compras conjuntas: \$0
- Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado: \$0
- Compras a través de mecanismos electrónicos: \$0

En consecuencia, el resultado del indicador corresponde a 0,00, dado que la totalidad de las adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico se realizaron mediante procesos de contratación institucional propios, conforme a los procedimientos establecidos en el Manual de Contratación de la E.S.E.

Por lo anterior, el indicador no se cumple, teniendo en cuenta que la institución no utilizó durante la vigencia 2025 ninguno de los mecanismos señalados en la Resolución 408 de 2018 para la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico.

No obstante, el valor reportado del total de adquisiciones se presenta con fines informativos y de control, reflejando el volumen de recursos destinados por la institución para garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos necesarios para la prestación de los servicios de salud durante la vigencia evaluada. Para vigencias futuras, la entidad evaluará la posibilidad de incorporar mecanismos de compras conjuntas o plataformas electrónicas, con el propósito de fortalecer la eficiencia en la gestión de adquisiciones y alinearse con las estrategias de compra promovidas por el Ministerio de Salud y Protección Social

Tabla 19. Resultado del indicador 6

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

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

Ítem	Nivel	Descripción	Fórmula / Cálculo	Resultado esperado	Soporte
7	Nivel I, II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación (comparado con la vigencia anterior)	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal; en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador

Fuente: Resolución 408 del 2018 de Minsalud

Análisis del indicador:

Este indicador evalúa el monto de la deuda superior a treinta (30) días por concepto de salarios del personal de planta y obligaciones derivadas de la contratación de servicios, comparando el saldo registrado al cierre de la vigencia evaluada frente al saldo registrado en la vigencia inmediatamente anterior. Su propósito es medir la capacidad de la institución para cumplir oportunamente con sus obligaciones laborales y contractuales, así como identificar la variación interanual del nivel de mora.

Composición de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y contratación de servicios, según certificación expedida por el Revisor Fiscal;

Imagen 14. Certificación Revisor Fiscal

EL SUSCRITO REVISOR FISCAL CERTIFICA QUE:

INDICADOR 7: MONTO A 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. (2024 y 2025)

CONCEPTO MAYOR A 30 DÍAS	VIGENCIA 2024	VIGENCIA 2025
Deuda Salarios de planta	10.967.216	12.622.429
Contratación de servicios	2.979.000	0
TOTAL	13.946.216	12.622.429

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 2025	-9,5
	(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 2025) Menos (Valor de la deuda > a 30 días por concepto de salarios del personal de planta de personal y contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de 2025)	

Fuente: Certificación revisor Fiscal ESE Hospital del Sarare

De acuerdo con la información reportada, el monto total de la deuda superior a 30 días presentó una disminución de \$1.323.787, equivalente aproximadamente a una **variación interanual negativa del -9,5 %** entre las vigencias 2024 y 2025.

Para la vigencia 2025, la deuda superior a 30 días corresponde exclusivamente a obligaciones relacionadas con salarios del personal de planta, por valor de \$12.622.429, mientras que no se registran saldos pendientes por concepto de contratación de servicios al cierre de la vigencia.

Según la relación de cuentas por pagar de nómina, el saldo pendiente corresponde a obligación laboral a favor de funcionarios de la institución, cuyo pago no fue efectuado dentro de la vigencia fiscal 2025, quedando constituido como cuenta por pagar para la vigencia siguiente, razón por la cual se registra dentro del indicador como deuda superior a 30 días.

Criterios de evaluación según la Resolución 408 de 2018

La Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social establece los siguientes criterios de calificación para este indicador:

Calificación	Criterio de evaluación
0 puntos	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda superior a 30 días y la variación interanual es positiva , es decir, el monto de la deuda aumenta frente a la vigencia anterior.
1 punto	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda superior a 30 días y la variación interanual es igual a cero (0) , es decir, el monto de la deuda se mantiene igual frente a la vigencia anterior.
3 puntos	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda superior a 30 días y la variación interanual es negativa , lo que significa que el monto de la deuda disminuye frente a la vigencia anterior .
5 puntos	Si en la vigencia evaluada la ESE no registra deuda superior a 30 días por estos conceptos.

Clasificación del indicador para el Hospital del Sarare E.S.E.

Con base en los valores reportados:

- Existe **deuda superior a 30 días** al cierre de la vigencia 2025.
- La **variación frente a la vigencia 2024 es negativa (-9,5 %)**, lo que significa que el monto de la deuda **disminuyó**.

Por lo anterior, conforme a los criterios de evaluación establecidos en la Resolución 408 de 2018, el indicador se clasifica de la siguiente manera:

- **Calificación obtenida: 3 puntos**
- **Resultado del indicador: CUMPLE**

El resultado obtenido evidencia que, aunque al cierre de la vigencia 2025 persiste un saldo de obligaciones superior a 30 días, la institución **logró reducir el monto total de la deuda en mora frente a la vigencia anterior**, lo que refleja mejoras en la gestión de pagos y en el control de las obligaciones laborales y contractuales.



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado
NIT. 800235215-1

evolucionamos pensando en usted

En este sentido, el comportamiento del indicador muestra una tendencia favorable en la gestión financiera institucional, evidenciando avances en la reducción del nivel de mora, en concordancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la evaluación de la gestión de las Empresas Sociales del Estado.

Resultado del indicador:

Tabla 20. Resultado del indicador 7

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
7	Nivel I, II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Cero (0) o variación negativa	-0,95	3	0,06	0,18

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

Ítem	Nivel	Descripción	Fórmula / Criterio	Meta / Resultado esperado	Soporte
8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS	Número de informes de análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta como mínimo el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	4	Informe del responsable de Dirección de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las Actas de sesión de la Junta Directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, período de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe

Fuente: Resolución 408 del 2018 de Minsalud



Análisis del indicador:

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

El objetivo del informe es recopilar y analizar la información generada por los RIPS para la prestación de los servicios por las diferentes áreas de atención como requerimiento del plan de gestión 2025 de acuerdo a resolución 408 de 2018.

El informe contiene:

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 la vigencia 2025, 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.



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado
NIT. 800211215-1

evolucionamos pensando en usted

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 2025 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

DATOS DEMOGRÁFICOS

- Población atendida
- Frecuencia de atención por EPS
- Población atendida por municipio
- Morbilidad General:
 - Morbilidad < de un año
 - Morbilidad de 1 a 5 años
 - Morbilidad de 6 a 11 años
 - Morbilidad de 12 a 17 años
 - Morbilidad de 18 a 28 años
 - Morbilidad de 29 a 59 años
 - Morbilidad > de 60 años
- Morbilidad en el Servicio de Urgencias:
 - Morbilidad < de un año
 - Morbilidad de 1 a 5 años
 - Morbilidad de 6 a 11 años
 - Morbilidad de 12 a 17 años
 - Morbilidad de 18 a 28 años
 - Morbilidad de 29 a 59 años
 - Morbilidad > de 60 años



- **Morbilidad Por Egreso Hospitalario:**
 - Morbilidad < de un año
 - Morbilidad de 1 a 5 años
 - Morbilidad de 6 a 11 años
 - Morbilidad de 12 a 17 años
 - Morbilidad de 18 a 28 años
 - Morbilidad de 29 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

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

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

Tabla 21. Actas de Junta Directiva RIPS 2025

PERIODO DEL INFORME	FECHA DE PRESENTACION	NUMERO DE ACTA DE JUNTA
Informe RIPS primer trimestre 2025 (enero-marzo)	Julio 02 de 2025	Acta N 005 de 2025
Informe RIPS segundo trimestre 2025 (abril-junio)	Agosto 11 de 2025	Acta N 007 de 2025
Informe RIPS tercer trimestre 2025 (Julio-septiembre)	Noviembre 10 de 2025	Acta N 010 de 2025
Informe RIPS cuarto trimestre 2025 (octubre-diciembre)	Febrero 10 de 2026	Acta N 003 de 2026

Fuente: Archivo físico de Actas Junta Directiva de la ESE Hospital del Sarare vigencia 2025 y 2026.

Imagen 16. Acta de Junta No 005 del 2025



Fuente: Acta de Junta No 005 del 2025

Imagen 17. Acta de Junta No 007 del 2025



Fuente: Acta de Junta No 007 del 2025



Imagen 18. Acta de Junta No 010 del 2025



Fuente: Acta de Junta No 010 del 2025

Imagen 19. Acta de Junta No 003 del 2026



Fuente: Acta de Junta No 003 del 2026

Resultado del indicador:

Tabla 22. Resultado del indicador 8

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

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO.

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

Fuente: Resolución 408 del 2018 de Minsalud

Análisis del indicador:

Este indicador mide la relación entre el total de ingresos efectivamente recaudados y el total de gastos comprometidos durante la vigencia evaluada, incluyendo tanto cuentas por cobrar de vigencias anteriores (CXC) como cuentas por pagar de vigencias anteriores (CXP). Su propósito es evaluar la capacidad de la institución para respaldar sus compromisos presupuestales con ingresos efectivamente recaudados, permitiendo identificar el nivel de equilibrio financiero de la entidad.

Resultado del indicador:

INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO		
Valor de la Ejecución de Ingresos Totales con el Recaudos durante la vigencia 2025, incluyendo CXC Vigencia Anteriores	127.502.618.946,00	0,99
Valor de la Ejecución de Gastos Comprometidos durante la vigencia de 2025, incluyendo CXP de Vigencia Anteriores	129.239.500.767,00	

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO



Imagen 21. Reporte SIHO

Variable	EQUILIBRIO Y EFICIENCIA			
	2022	2023	2024	2025
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,38	1,39	1,55	1,46
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,06	1	1,01	0,99
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CxC y CXP)	1,21	1,31	1,37	1,32
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CxC y CXP)	0,86	0,9	0,79	0,81
Ingreso reconocido por venta de Servicios de Salud por UVR (8)	16.179,69	21.349,17	22.582,29	22.496,58
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR 3 (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	16.717,07	16.883,79	17.595,64	19.497,81
Gasto de personal por UVR (8)	11.619,29	11.764,38	10.817,75	12.069,77

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria – SIHO.

El resultado del indicador para la vigencia **2025 fue de 0,99**, valor que **no alcanza completamente la meta establecida de 1**, por lo que **técnicamente no se cumple el estándar definido**. No obstante, el resultado se encuentra **muy cercano al nivel de equilibrio presupuestal**, lo que evidencia una **gestión financiera responsable y un adecuado control del gasto institucional**.

Este comportamiento indica que **por cada peso comprometido por la institución se recaudaron aproximadamente \$0,99**, reflejando que la entidad mantiene una **capacidad casi equivalente entre los recursos recaudados y las obligaciones adquiridas**, situación que permite sostener la operación institucional sin presentar desequilibrios significativos.

La leve diferencia frente a la meta se explica principalmente por factores asociados al **comportamiento de la cartera del sistema de salud**, entre los cuales se destacan:

- **Retrasos en el pago de cuentas médicas por parte de algunas EPS**, que generan desfases entre la facturación y el recaudo efectivo.
- **Procesos de auditoría y conciliación de cuentas médicas prolongados**, que dilatan el reconocimiento definitivo y pago de las facturas.
- **Alta concentración de cartera en algunos pagadores**, lo cual impacta la disponibilidad de liquidez en determinados periodos.

A pesar de lo anterior, el resultado obtenido refleja que el **Hospital del Sarare E.S.E. mantiene un manejo presupuestal prudente y responsable**, orientado a garantizar el equilibrio financiero y la continuidad en la prestación de los servicios de salud. En este sentido, la administración continúa fortaleciendo las **estrategias de gestión de cartera, seguimiento al recaudo y control del gasto**, con el propósito de alcanzar plenamente la meta establecida en las próximas vigencias.

Tabla 23. Resultado del indicador 9

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
9	Nivel I, II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	≥ 1	0,99	3	0,06	0,18

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.

Ítem	Nivel	Descripción del Indicador	Criterio de Evaluación	Meta	Fuente de Verificación
10	Nivel I, II y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Superintendencia Nacional de Salud

Fuente: Resolución 408 de 2018 de Minsalud

Análisis del indicador:

Este indicador evalúa el cumplimiento oportuno en el reporte de la información requerida por la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a lo establecido en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya. Su objetivo es verificar que las instituciones del sector salud remitan de manera completa y dentro de los plazos establecidos los informes financieros, administrativos y de gestión exigidos por el ente de inspección, vigilancia y control.

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

Tabla 24. Relación de informes circular Única Supersalud

NOMBRE DEL INFORME	PERIODICIDAD	FECHA DE CORTE	FECHA DE REPORTE	OBSERVACIONES
FP001 - Conjunto Completo de Estados Financieros y Revelaciones	Anual	dic-31	abr-10	SE CUMPLIO
FP002 - Certificación Estados Financieros	Anual	dic-31	abr-10	SE CUMPLIO
FP003 - Dictamen Revisor Fiscal	Anual	dic-31	abr-10	SE CUMPLIO
FT002 - Publicación Estados Financieros	Anual	dic-31	abr-10	SE CUMPLIO
FT004 - Detalle de Pasivos por Tercero	Trimestral	Marzo 31 junio 30 septiembre 30 diciembre 31	20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.	SE CUMPLIO
FT025 - Reporte de Facturación Radicada por IPS, Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud a entidades del aseguramiento en salud Mensual	Mensual	Último día de cada mes.	20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año (diciembre 31), el reporte se hará hasta el 20 de febrero del año siguiente.	SE CUMPLIO



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado
NIT: 803231215-1

evolucionamos pensando en usted

FT026 - Contratación	Trimestral	Marzo 31 junio 30 septiembre 30 diciembre 31	20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.	SE CUMPLIO
GT001 - Reporte de implementación del Código de Conducta y de Buen Gobierno (Aplica para IPS públicas grupos C1, C2, D1)	Anual	sep-30	oct-20	SE CUMPLIO
GT003 - Rendición de cuentas	Anual	dic-31	abr-10	SE CUMPLIO
GT004 - Alianza o asociación de usuarios	Anual	dic-31	Febrero 20 o cuando exista una modificación.	SE CUMPLIO
ST002 - Aplicación del PAMEC (No aplica para IPS Públicas Grupo D3)	Anual	dic-31	feb-28	SE CUMPLIO
ST006 - Reclamaciones por Accidentes de Tránsito	Anual	dic-31	mar-30	SE CUMPLIO
FT018 - Datos para el cálculo de la posición de Liquidez (Aplica para IPS públicas grupos B, C1, C2 y D1)	Mensual	Último día de cada mes.	20 días calendario después de la fecha de corte. Para el cierre de año, el reporte se hará hasta febrero 20 del año siguiente.	SE CUMPLIO

Vigilado Supernatad



Durante la **vigencia 2025**, el **Hospital del Sarare E.S.E.** realizó el reporte oportuno de la totalidad de los informes exigidos, entre los cuales se destacan: estados financieros y sus revelaciones (**FP001**), certificación de estados financieros (**FP002**), dictamen del revisor fiscal (**FP003**), publicación de estados financieros (**FT002**), detalle de pasivos por tercero (**FT004**), reporte de facturación radicada (**FT025**), reporte de contratación (**FT026**), implementación del código de conducta y buen gobierno (**GT001**), rendición de cuentas (**GT003**), asociación de usuarios (**GT004**), aplicación del PAMEC (**ST002**), reclamaciones por accidentes de tránsito (**ST006**) y reporte de posición de liquidez (**FT018**).

De acuerdo con la información reportada y los registros de envío, todos los informes fueron presentados dentro de los plazos establecidos y con la periodicidad requerida, cumpliendo con los parámetros definidos por la Superintendencia Nacional de Salud.

En consecuencia, **el indicador se cumple**, evidenciando una adecuada gestión institucional en el reporte de información, cumplimiento de las obligaciones regulatorias y fortalecimiento de los procesos de transparencia y control en la gestión administrativa, financiera y asistencial de la entidad. Este resultado refleja además el compromiso de la institución con los principios de oportunidad, confiabilidad y responsabilidad en la rendición de información ante los organismos de vigilancia y control del sistema de salud.

Resultado del indicador:

Tabla 25. Resultado del indicador 10

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
10	Nivel I, II y III	Oportunidad en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Presentado oportunamente	Se cumplió	5	0,06	0,3



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado
NIT. 800211255-1

evolucionamos pensando en usted

INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL 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.

Ítem	Nivel	Descripción del Indicador	Criterio de Evaluación	Meta	Fuente de Verificación
11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 (o la norma que la sustituya).	Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Ministerio de Salud y Protección Social

Fuente: Resolución 408 del 2018 de Minsalud

Análisis del indicador:

Este indicador evalúa el cumplimiento oportuno en el reporte de la información institucional a través del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO), en concordancia con lo establecido en el Decreto 2193 de 2004, los cuales se entregaron en los planes establecidos por la UAESA.

El objetivo del indicador es verificar que las Empresas Sociales del Estado reporten de manera oportuna la información financiera, administrativa, de producción y gestión requerida por el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los plazos establecidos para cada período de reporte.

Durante la vigencia 2025, el Hospital del Sarare E.S.E. realizó el reporte de los informes trimestrales en el Sistema de Información Hospitalaria – SIHO, así:



Tabla 26. Relación de informes Trimestrales vigencia 2025

INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016- DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.		
PERIODO DEL INFORME	FECHA DE ENTREGA	OPORTUNIDAD DE REPORTE
Informe 2193 primer trimestre 2025 (Enero-Marzo)	Mayo 02 de 2025	OPORTUNO
Informe 2193 primer trimestre 2025 (Abril-Junio)	Agosto 11 de 2025	OPORTUNO
Informe 2193 primer trimestre 2025 (Julio-Septiembre)	Noviembre 07 de 2025	OPORTUNO
Informe 2193 primer trimestre 2025 (Octubre-Diciembre)	Febrero 16 de 2026	OPORTUNO
RESULTADO FINAL DE CUMPLIMIENTO		CUMPLE

Fuente: Reporte SIHO

Imagen 24. Resolución 408 del 2018 Minsalud, Indicador 11

Departamento	Provincia	Código Institucional	Nombre	2025-01	2025-06	2025-09	2025-12
Arauca	SARARENA	82700001	HOSPITAL DEL SARARE ESE	2025/01/07 (24-49-12)	2025/06/10 (08-38-51)	2025/09/01 (15-14-47)	2026/02/06 (10-02-09)

Fuente: Reporte SIHO

De acuerdo con las fechas de reporte registradas, todos los informes fueron presentados dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, garantizando la disponibilidad de la información institucional para el seguimiento, evaluación y control por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

En consecuencia, el resultado final del indicador es **CUMPLE**, evidenciando que el Hospital del Sarare E.S.E. mantuvo un adecuado cumplimiento de las obligaciones de reporte de información en el sistema SIHO, reflejando organización administrativa, oportunidad en el manejo de la información y compromiso institucional con los procesos de seguimiento y control del sector salud.

Resultado del indicador:

Tabla 27. Resultado del indicador 11

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, -capítulo 8, título 3, parte 5 del libro de Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y protección Social o la norma que la sustituya.	100%	100%	5	0,06	0,3

6.3 Indicadores de gestión clínica o asistencial

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

Ítem	Nivel	Descripción del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Requisitos de Soporte (Informe)
12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación/numero total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes 000 edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE,	>0.8	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE que contenga: • Referencia al acto administrativo de adopción de la guía. • Definición y cuantificación de la muestra. • Aplicación de la fórmula.



Contextualización del indicador:

Introducción

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 como 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.

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.

Historia natural

Los trastornos hipertensivos gestacionales son multisistémicos y de causa desconocida; se caracterizan por una atribuible placentación anómala, con hipoxia/isquemia placentaria,



**HOSPITAL
DEL SARARE**

Empresa Social del Estado
NIT. 800211215-1

evolucionamos pensando en usted

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, Endoglin). 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 normo inserta, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, falla hepática e insuficiencia renal aguda. Es mucho más frecuente este tipo de complicaciones en la pre eclampsia-eclampsia, aunque dos tercios de casos ocurren en embarazadas nulíparas sin otras complicaciones o factores de riesgo aparentes.

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 en el embarazo (THE) son grupo de complicaciones asociada al embarazo, para hablar de esta patología se debe conocer que se dividen en 5 grandes subgrupos dependiendo su característica, 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
- ✓ Pre eclampsia (leve y severa)
- ✓ Eclampsia
- ✓ Hipertensión crónica más pre eclampsia agregada
- ✓ Hipertensión gestacional

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

Clasificación:

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, reno vascular, endócrina (tiroidea, suprarrenal) y/o coartación de aorta

Preeclamsia 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.

Pre eclampsia Severa

- 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 $>5\text{g}/24\text{ h}$.
- Alteraciones hepáticas (aumento de transaminasas, epigastralgia persistente, náuseas/ vómitos, dolor en cuadrante superior en el abdomen.
- Alteraciones hematológicas (Trombocitopenia $0,9\text{ mg /dL}$ Oliguria de $<50\text{ mL/hora}$ hemograma con plaquetas menor de 100.000; LDH mayor 600 mg/dl ; AST y ALT mayor 70 mg/dl (síndrome HELLP) creatinina mayor $1,2\text{ mg/dl}$).
- Alteraciones neurológicas (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, hiperexcitabilidad
- ✓ Psicomotriz, alteración del sensorio - confusión).
- Alteraciones visuales (visión borrosa, escotomas centellantes, diplopía, fotofobia).
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Oligohidramnios.
- Desprendimiento de placenta.
- Cianosis - Edema Agudo de Pulmón (no atribuible a otras causas,

Eclampsia

- Se define como un caso de gestante con embarazo de 20 semanas o más o en las primeras tres semanas del puerperio con criterios de trastorno hipertensivo del embarazo que presenta convulsión o coma.

Hipertensión crónica más pre eclampsia sobre agregada

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

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 pre eclampsia agregada y en mujeres con hipertensión gestacional. Esta complicación donde existe una anemia hemolítica microangiopática se caracteriza por la presencia de hemólisis extravascular, elevación de enzimas hepática 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 normotensa y sin proteinuria.
- Dolor en epigastrio o en hipocondrio derecho.
- Náusea y vómito

Análisis del indicador:

Objetivo del informe

Presentación de resultados de evaluación de calidad de historias clínicas con aplicación de la guía de manejo específico para trastornos hipertensivos en gestantes adoptadas por el HOSPITAL DEL SARARE ESE bajo Resolución 221 del 15 de noviembre de 2023 por la cual se adoptan las Guías de práctica clínica de evidencia científica, rutas integrales de atención en salud de Minsalud, protocolos y guías del Instituto nacional de salud para eventos de interés en salud pública.

Objetivo de la guía

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

Definiciones

- ✓ **ADHERENCIA:** Ceñirse o apegarse a un referente
- ✓ **INDICADORES DE GESTION:** Son expresiones cuantitativas de las variables que intervienen en un proceso, que permiten verificar o medir la cobertura de las demandas, la calidad de los satisfactores o productos y el impacto de la solución de la necesidad de la sociedad.
- ✓ **GUÍAS:** son "el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de toma de decisiones, sobre los cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas." Su objetivo es "elaborar recomendaciones 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.

Metodología aplicada

Para evaluar la adherencia a las guías de manejo específico para trastornos hipertensivos en gestantes, se seleccionaron las historias clínicas de las pacientes diagnosticadas con



esta patología. Mediante listas de chequeo, se determinó el porcentaje de cumplimiento de los profesionales médicos y especialistas en el manejo de estos casos. Se recopilaban datos de las historias clínicas por trimestre, utilizando los códigos de diagnóstico de egreso, y se asignó a cada médico responsable del servicio la tarea de aplicar las listas de chequeo, lo que permitió obtener resultados numéricos. Se consideraron criterios de inclusión y exclusión:

✓ **Criterio de inclusión:**

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

✓ **Criterio de exclusión:**

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

EVALUACIÓN DE APLICACIÓN ESPECÍFICO PARA GUÍA DE MANEJO HIPERTENSIÓN EN LA GESTACIÓN 2025

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 2025 presentaron 231 eventos de trastornos hipertensivos en gestantes: (casos totales o N), de los cuales al aplicar la fórmula de tamaño muestra se analizaron 125 de ellos (muestra o n).

N=231, n: 125

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

Papeles de trabajo

Margen: 5%

Nivel de confianza: 90%

Población: 231

Tamaño de muestra: 125

$$125/4=31$$

Ecuación Estadística para Proporciones poblacionales

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

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

El Instrumento ISABEL es una herramienta digital de soporte a la decisión clínica diseñada para reducir errores de diagnóstico mediante el análisis de síntomas y datos del paciente. En el Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna, su importancia es vital porque ayuda al personal de salud a identificar rápidamente complicaciones graves (como preeclampsia o sepsis) que podrían pasar desapercibidas. El Hospital del Sararé adopto esta medida desde el 2024, realizando auditorias periódicas internas y externas con la UAESA.

Tabla 28. Lista de chequeo adherencia

N° ORD EN	VARIABLE	CUM PLE	NO CUM PLE	N A
1	Factores de riesgo para trastornos hipertensivos del embarazo para definir riesgo y clasificar de acuerdo a escala			
2	Toma de ASA 150 mg/ día al menos desde semana 16 hasta semana 36			
3	Presenta cefalea global o en casco, fosfenos o visión borrosa, tinitus, epigastralgia irradiada a hipocondrio derecho, clonus, oliguria (0,5 cc/kg/h en 6 horas) o si ha presentado episodio convulsivo.			
4	Signos vitales			
5	Valoración Neurológica			



6	Se registra valoración de bienestar fetal			
7	Lab: Cuadro hemático, Creatinina, Transaminasas (AST y ALT), Bilirrubinas, Proteinuria (Aislada y en orina de 24 horas), LDH			
8	Monitoria fetal continua (según edad gestacional)			
9	Doppler feto placentario (según criterio clínico)			
10	Ecografía obstétrica o perfil biofísico			
11	Inicio manejo de la crisis en los primeros 15 minutos			
12	Dos accesos venosos con catéter 16 o 18 en el mismo brazo			
13	Monitorización de cifras tensionales cada 15 minutos			
14	Sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección (sonda Foley 14 o 16).			
15	Monitorización del gasto urinario			
16	Balance de líquidos endovenosos administrados y eliminados			
17	Clasificación de severidad			
18	Indica FiO2 necesaria para garantizar saturación de oxígeno meta (>95%)			
19	Inicia sulfato de magnesio ampollas al 20% x 10 ml (2 g) oportunamente			
20	Seguimiento de volumen urinaria durante la atención de la emergencia			

21	Inicio manejo de crisis hipertensiva según protocolo con antihipertensivo vía intravenosa u oral			
22	En caso de edema pulmonar se inició manejo con nitroglicerina o nitroprusiato + furosemida			
23	Evalúa la TA a los 10 minutos de administrada la dosis de antihipertensivo para definir como se continua el manejo			
24	Evalúa riesgo tromboembólico con Anexo 11 de la Res 3280			
25	Se registra y se hace vigilancia cada 15 minutos signos vitales en emergencia hipertensiva o eclampsia las primeras 4 horas			
26	Se decide oportunamente desembarazar según criterio severidad			
27	Inicia corticoides para maduración pulmonar de acuerdo a edad gestacional			
28	Alta antihipertensivos, trombo profilaxis y control médico de la TA de acuerdo a lo requerido			
29	Seguimiento de la puerpera hasta los 42 días postparto para definir si requiere ingresar a programa de hipertensión Arterial Crónica			

Criterios de evaluación:

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

Tabla 29. Calificación

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

Resultados

En esta tabla se denota el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los 29 ítems evaluados, para efectos del indicador se tomarán todas las historias auditadas.

Tabla 30. Porcentaje

USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL
1	100%	47	100%	93	100%
2	100%	48	100%	94	100%
3	88%	49	100%	95	100%
4	100%	50	100%	96	100%
5	90%	51	100%	97	100%
6	100%	52	100%	98	100%
7	90%	53	96%	99	100%
8	95%	54	100%	100	100%
9	96%	55	88%	101	100%
10	100%	56	100%	102	100%
11	100%	57	95%	103	100%
12	90%	58	96%	104	100%
13	100%	59	100%	105	100%
14	80%	60	96%	106	100%
15	86%	61	91%	107	100%
16	100%	62	100%	108	100%
17	87%	63	100%	109	100%
18	100%	64	100%	110	100%
19	100%	65	100%	111	100%
20	100%	66	100%	112	100%
21	100%	67	100%	113	100%



22	100%	68	94%	114	100%
23	100%	69	94%	115	100%
24	100%	70	94%	116	100%
25	100%	71	88%	117	100%
26	100%	72	80%	118	100%
27	100%	73	100%	119	100%
28	100%	74	75%	120	100%
29	100%	75	100%	121	88%
30	100%	76	100%	122	100%
31	100%	77	100%	123	94%
32	100%	78	100%	124	83%
33	100%	79	100%	125	94%
34	100%	80	100%	126	100%
35	100%	81	100%	127	100%
36	100%	82	100%	128	100%
37	100%	83	100%	129	100%
38	100%	84	100%	130	100%
39	97%	85	100%	131	88%
40	94%	86	100%	132	100%
41	93%	87	100%	133	94%
42	93%	88	100%	134	83%
43	100%	89	100%	135	94%
44	100%	90	100%	136	100%
45	90%	91	100%	137	88%
46	100%	92	100%	138	100%

Fuente: Informe Institucional del indicador vigencia 2025 expedido por Gestión de la calidad

Resultado del indicador:

Formula del indicador (Resolución 408/2018) =

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

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

Aplicación Formula del indicador =

$$X = \frac{124}{125}$$

$$X = 99,2\%$$

Análisis del indicador

De 125 historias auditadas 124 cumplieron con la aplicación de la guía técnica de manejo de trastornos hipertensivos en la gestación. Lo que corresponde a 99,2%. Aquellas atenciones donde no se cumplió a cabalidad con lo especificado en la guía motivó la elaboración de plan de mejoramiento.

Análisis del resultado

Durante el 2025 en el hospital de Sarare se atendieron 231 paciente con trastorno hipertensivo en el embarazo por el servicio de urgencia, para el cumplimiento del indicador 13 de la resolución de 408 en la cual consiste en estricta de la guía de manejo para diagnóstico de trastornos hipertensivos en la gestación en pacientes con edad gestacional mayor a 27 semanas atendidas en la ESE, en la cual se auditaron 125 historia clínica, la muestra fue obtenida por la formula anteriormente descrita el tipo de muestra fue aleatoria acumulativa en la siguiente tabla se aprecia el número de historia clínica auditada por trimestre.

Tabla 31. Resultados por trimestre

TRIMESTRE	TOTAL	MUESTRA
I	39	31
II	51	31
III	70	32
IV	71	31
TOTAL	231	125

Fuente: Informe Institucional del indicador vigencia 2025 expedido por Gestión de la calidad

Las historias clínicas fueron auditadas por referente médico del servicio de Gineco-obstetricia para darle cumplimiento a los indicadores de la resolución , por directriz gerencial , teniendo en cuenta la importancia del cumplimiento de este indicador ya que



los trastorno hipertensivo en las gestantes hacen para del grupo de patología de emergencia obstétrica, y son una de las mayores complicaciones en el embarazo, teniendo como finalidad la reducción de morbilidad materna extrema y muerte perinatales.

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

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

En la siguiente imagen se grafica el cumplimiento del indicador 13 de la resolución 408 el cual fue del 99,2% con una meta del 80%.

Tabla 32. Resultados por trimestre

TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	META
I	100%	80%
II	100%	80%
III	96,87%	80%
III	100%	80%

Fuente: Informe Institucional del indicador vigencia 2025 expedido por Gestión de la calidad

Gráfico 2. Resultados por trimestre



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

Conclusión

En 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, 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 pre



eclampsia 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 relacionados 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 embarazo 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, morbilidad 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, desembrazada o remitida a mayor nivel de atención. Para salvar la vida de la madre y su hijo.

Tabla 33. Resultado del indicador 12

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

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

Ítem	Nivel	Descripción del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Requisitos de Soporte (Informe)
13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso	Número de historias clínicas auditadas que a hacen parte de la muestra representativa i con aplicación estricta de la guía de manejo	>0,8	Informe del Comité de Historias Clínicas que contenga: • Referencia al acto administrativo de adopción de la guía.

	hospitalario o de morbilidad atendida.	o adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	• Definición y cuantificación de la muestra. • Aplicación de la fórmula.
--	--	---	--

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

Contextualización del indicador

Introducción

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

Definiciones

Trabajo de parto:

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



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

Atenciones incluidas

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

Normas técnicas para atención de la gestante en trabajo de parto

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

ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO:

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

ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA:

Identificación:

- ✓ Identificación, Motivo de consulta y anamnesis:
- ✓ Fecha probable del parto
- ✓ Iniciación de las contracciones
- ✓ Percepción de movimientos fetales
- ✓ Expulsión de tapón mucoso y ruptura de membranas.
- ✓ Sangrado.
- ✓ Indagar por la presencia o ausencia de síntomas premonitorio de preeclampsia (cefalea, visión borrosa, tinitus, fosfenos, epigastralgia, vómitos en III trimestre)

ANTECEDENTES

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

EXAMEN FÍSICO

- ✓ Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación
- ✓ Toma de signos vitales
- ✓ Revisión completa por sistemas
- ✓ Valoración del estado emocional
- ✓ Valoración del estado nutricional.
- ✓ Valoración obstétrica que incluye la frecuencia e intensidad de la actividad uterina, la posición, situación y estación del feto, frecuencia cardíaca fetal, la altura uterina, el número de fetos y la estimación del tamaño fetal.
- ✓ Valoración ginecológica que incluye la valoración de los genitales externos y la exploración genital incluyendo la especuloscopia y el tacto vaginal para evaluar sangrado, presencia del cordón umbilical, condiciones del cuello uterino (masas, maduración, dilatación y borramiento cervical), estado de las membranas

SOLICITUD DE EXÁMENES PARACLÍNICOS

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

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONES PATOLÓGICAS

En el Hospital del Sarare ESE según guía institucional se estratifica según la escala de Herrera y Hurtado



Imagen 27. Escala de riesgo Biopsicosocial prenatal

Cuadro 1
Escala de riesgo biopsicosocial prenatal

	Clasificación	Puntos
Historia reproductiva		
Edad	<18 años	1
	18-35 años	0
	>35 años	1
Paridad	0	1
	1-4	0
	>4	1
Cesárea previa		1
Preeclampsia o hipertensión		1
Abortos recurrentes o infertilidad		1
Hemorragia postparto o retención		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 difícil		1
Cirugía ginecológica previa		1
Enfermedad actual		
Enfermedad renal crónica		1
Diabetes gestacional		1
Diabetes pre-concepcional		1
Hemorragia		1
Anemia	<20 semanas	1
	≥20 semanas	1
	(Hb <10 g/l)	1
	(≥42 semanas)	1
Embarazo prolongado		1
Hipertensión arterial		1
Polidramnios		1
Embarazo múltiple		1
Presentación de feto o transversa		1
Isquemia		1
Riesgo psicosocial		
Ansiedad severa		1
Apoyo social familiar inadecuado		1

Fuente: Herrera et al.
Ansiedad severa: Tensión emocional, humor depresivo, síntomas neurovegetativos de angustia (dos o tres síntomas intensos).
Apoyo social: 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.

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

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

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

Valorar el riesgo obstétrico y las condiciones de acceso (distancia al domicilio, condiciones y disponibilidad de transporte, etc.), socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación, la hospitalización de las pacientes que no cumplan con los criterios de admisión en el trabajo de parto. En caso de egreso se dan recomendaciones verbales y escritas signos de alarma para re consultar

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

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

- Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloideos 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 cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
- Iniciar el registro en el programa y si se encuentra en fase activa (Se adopta la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 6 y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica uterina regular), trazar la curva de alerta.
- Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el Partograma.
- Evaluar la fetocardia en reposo y pos contracción y registrarlas en el Partograma.
- Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Consignar en el Partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación.

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

La amniotomía no tiene indicación como maniobra habitual durante el trabajo de parto. Cuando la curva de alerta registrada en el Partograma sea cruzada por la curva de progresión (prolongación anormal de la dilatación), debe hacerse un esfuerzo por encontrar y corregir el factor causante. Los factores causantes de distocia en el primer periodo del parto, pueden dividirse en dos grandes grupos:

- Distocia mecánica: en la mayoría de los casos hace referencia a la desproporción céfalo-pélvica. Si la gestante no progresa significativamente luego de la prueba de encajamiento y existe la sospecha de desproporción céfalo-pélvica, se indicar 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 resolutive de la institución y en caso necesario remitir a un nivel de mayor complejidad.

Atención del segundo periodo del parto (expulsivo)

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

El descenso y posterior encajamiento de la presentación, son fenómenos relativamente tardíos en relación con la dilatación cervical; esta circunstancia es particularmente válida en las primíparas más que en las multiparas. 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 anotomía y al examen del líquido amniótico. El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en las contracciones. Si el líquido amniótico se encuentra mencionado y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si estas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico.

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

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

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

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

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

Atención del alumbramiento

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

- Dentro de un minuto del nacimiento se palpa el abdomen para descartar la presencia de otro feto y se administra un medicamento uterotónico: o Administrar oxitocina 10 UI por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal. o Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10 ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos. o Se recomienda el uso de 600 mcg de misoprostol por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento cuando la oxitocina no esté disponible. No se recomienda la administración por vía intrarectal.
- Pinzamiento teniendo en cuenta los criterios presentados en la sección anterior. Generalmente la placenta se desprende de la pared uterina y se expulsa de manera espontánea. La atención en este periodo comprende: Esperar a que se presenten los signos de desprendimiento de la placenta para traicionar el cordón. Estos signos son:
 - Contracción del fondo uterino
 - Formación del globo de seguridad.
 - Expulsión súbita de sangre por genitales.
 - Descenso de la pinza señal (descenso del cordón umbilical).
 - Reparición de contracciones dolorosas.



- Palpación de la placenta en la vagina.
 - Signo del pescador: tracción leve del cordón para valorar el descenso del fondo uterino si no ha ocurrido el desprendimiento.
 - Signo del pistón: Tracción cefálica del segmento para valorar el ascenso del cordón cuando no ha ocurrido el desprendimiento.
 - Tracción controlada del cordón
 - Verificar cada 15 minutos que el útero esté contraído. Al visualizar la placenta, tomarla con las dos manos, realizar un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa (maniobra de Dublin). Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad) como por su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etcétera). También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos. Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal. Durante los siguientes minutos luego del parto se producen la mayoría de las hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
 - Signos vitales maternos.
 - Globo de seguridad.
 - Sangrado genital.
 - Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas.
- El médico que atiende el parto debe diligenciar la historia clínica materna y del recién nacido, el certificado de nacido vivo y el carné materno.

Atención del puerperio inmediato.

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

- Signos vitales maternos.
- Globo de seguridad.

- Sangrado genital.
- Episiotomía para descartar la formación de hematomas. Si no se producen alteraciones en este periodo, 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.

Atención durante el puerperio mediano

Este periodo comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas postparto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este periodo, 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, su involución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Deambulación temprana.
- Alimentación adecuada a la madre. Si no se han presentado complicaciones se puede dar de alta a la madre con su recién nacido.

Atención para la salida de la madre y su neonato.

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

- Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido.
- Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito, diarrea. En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución.
- Importancia de la lactancia materna exclusiva
- Puericultura básica
- Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica de Atención para Planificación familiar en Hombres y Mujeres.



- Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento y desarrollo y vacunación.
- Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
- Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata. La gestante debe egresar con una cita médica ya establecida a fin de controlar el puerperio después de los primeros 7 días del parto.

Análisis del indicador:

Metodología aplicada

Para la revisión de la adherencia a las guías:

- ❖ Se evalúa las causas del año inmediatamente anterior a la medición (2024), siendo la Atención del parto la primera causa.
- ❖ Para la revisión de la adherencia a las guías -Manejo específico para atención del parto, se toman historias clínicas por nacimiento vía vaginal y a través de la lista de chequeo se determina el porcentaje de adherencia en el manejo de estas pacientes por los profesionales médicos y especialistas.
- ❖ Se tomaron los datos de historias clínicas con códigos de diagnóstico de egreso (número de historia clínica) por trimestre y se asignó al médico responsable del servicio para que aplicara las listas de chequeo que llevarían a arrojar unos resultados numéricos.

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

Para el año 2024 de acuerdo al informe del perfil epidemiológico del Hospital del Sarare, ESE la primera causa de egreso o morbilidad atendida fue atención del parto vaginal.

Acto administrativo de adopción de la guía: Resolución Gerencial 221 de 2023

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;



**HOSPITAL
DEL SARARÉ**
Empresa Social del Estado
NIT. 800311215-1

evolucionamos pensando en usted

En donde N = tamaño de la población, Z = nivel de confianza, P = probabilidad de éxito o proporción esperada, Q = probabilidad de fracaso, D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción).

Durante la vigencia de los cuatro trimestres 2025 se presentaron 887 atención de parto vaginales (casos totales o N), de los cuales al aplicar la fórmula de tamaño muestra se analizaron 208 historias clínicas (muestra o n).

Papeles de trabajo

Margen: 5%

Nivel de confianza: 90%

Población: 887

Tamaño de muestra: 208

208/4=52

Ecuación Estadística para Proporciones poblacionales

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

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

Tabla 34. Lista de chequeo adherencia

N. ORDEN	VARIABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NA
1	En la elaboración de historia clínica de ingreso en gestante en trabajo de parto se registra anamnesis completa según guía institucional			



N. ORDEN	VARIABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NA
2	Se registran los Antecedentes: Personales, ginecológicos y obstétricos			
3	se registra examen físico general completo			
4	se registra examen físico obstétrico completo según guía institucional			
5	se solicita y analiza el carnet de control prenatal al ingreso de gestante (número de controles, fecha y edad gestacional de inicio)			
6	se registraron las pruebas realizadas durante el control prenatal			
7	se evaluaron y/o complementaron los paraclínicos anormales o faltantes pertinentes, especialmente los del tercer trimestre y en trabajo de parto se solicitan los paraclínicos según resolución 3280			
8	en paciente que no se realizaron control prenatal se registra solicitud de pruebas rápidas de sífilis y VIH			
9	se registra en la historia clínica factores de riesgo de gestante en trabajo de parto			
10	se evidencia evaluación de la pelvis por médico general y/o ginecólogo para determinar vía del parto.			
11	se solicita valoración por gineco-obstetricia a gestante en trabajo de parto con factores de riesgo o condiciones patológica			
12	se realiza monitoreo fetal como prueba de bienestar fetal al ingreso y durante trabajo de parto			
13	se registra en historia clínica escala de alerta temprana y riesgo tromboembólico al ingreso			

14	se registra en historia clínica escala de alerta temprana cada 15 minutos posparto			
15	¿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?			
16	se realiza tamizaje para depresión posparto			
17	en la historia clínica se evidencia registro de partograma cada hora en gestante en trabajo de parto fase activa			
18	se registra en la historia clínica fcf cada 5 minutos en toco fano			
19	se administra dieta líquida clara en gestante en trabajo de parto			
20	Se evidencia registros clínicos de evaluación del estado de las membranas, si se encuentran integra, se procede a la amniotomía y al examen del líquido			
21	se evidencia en la historia clínica protección activa de periné para evitar desgarros perineales			
22	se registra atención del recién nacido, tiempo de pinzamiento del cordón umbilical y contacto piel a piel materno fetal			
23	se evidencia registro médico en ordenes medica de infusión de oxitocina a dosis según guía institucional para evitar hemorragias posparto			
24	se utiliza material sintético de absorción estándar para la reparación de la herida perineal, en caso de episiorrafia o desgarros			
25	se evidencia el registro en la historia clínica escala de alerta temprana puntuación cada 15 minutos durante las 2 horas posparto			
26	se pregunta a paciente sobre si desea llevar placenta			
27	se brinda educación sobre método de planificación familiar posparto			
28	se brinda educación sobre lactancia materna			
29	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 reconsultar			



30	Se revisa historia clínica si presento o no complicaciones posparto			
----	---	--	--	--

Criterios de evaluación:

1. Aplicación de la lista de chequeo
2. Sumatoria de los respondidos SI/NO
3. Excluir los respondidos NA
4. Hacer porcentaje de cumplimiento ($\sum \text{"SI"} / (\sum \text{"SI"} + \text{"NO"}) \times 100$)
5. Aplicar la tabla de cumplimiento, a saber:
- 6.

Tabla 35. Calificación

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

RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS

En esta tabla se denota el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los 30 ítems evaluados, para efectos del indicador se tomarán todos aquellos que sean iguales o superiores al 80%.

Tabla 36. Porcentajes

USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL
1	100%	77	100%	153	100%
2	94%	78	100%	154	100%
3	100%	79	100%	155	100%
4	100%	80	100%	156	96%
5	100%	81	100%	157	100%



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

evolucionamos pensando en usted

USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL
6	100%	82	100%	158	100%
7	100%	83	100%	159	100%
8	100%	84	100%	160	100%
9	100%	85	95%	161	100%
10	100%	86	100%	162	100%
11	93%	87	100%	163	100%
12	100%	88	100%	164	100%
13	94%	89	100%	165	100%
14	100%	90	100%	166	96%
15	100%	91	96%	167	100%
16	100%	92	100%	168	100%
17	100%	93	100%	169	100%
18	100%	94	100%	170	100%
19	100%	95	100%	171	96%
20	100%	96	100%	172	100%
21	94%	97	100%	173	100%
22	100%	98	100%	174	100%
23	100%	99	100%	175	100%
24	100%	100	100%	176	100%
25	100%	101	95%	177	100%
26	100%	102	100%	178	100%
27	100%	103	100%	179	100%
28	100%	104	100%	180	96%
29	100%	105	100%	181	100%
30	100%	106	100%	182	100%
31	100%	107	96%	183	100%
32	94%	108	100%	184	100%
33	100%	109	100%	185	100%
34	100%	110	100%	186	100%
35	100%	111	100%	187	100%

36	100%	112	96%	188	100%
37	100%	113	100%	189	100%
38	100%	114	100%	190	95%
39	100%	115	100%	191	96%
40	100%	116	100%	192	100%
41	100%	117	100%	193	100%



42	94%	118	100%	194	100%
43	100%	119	100%	195	100%
44	100%	120	100%	196	100%
45	100%	121	100%	197	100%
46	100%	122	100%	198	100%
47	100%	123	100%	199	100%
48	100%	124	100%	200	100%
49	100%	125	100%	201	100%
50	100%	126	100%	202	100%
51	100%	127	100%	203	96%
52	100%	128	100%	204	96%
53	100%	129	96%	205	87%
54	100%	130	91%	206	95%
55	100%	131	96%	207	96%
56	100%	132	100%	208	100%
57	100%	133	95%	209	
58	100%	134	100%	210	
59	100%	135	100%	211	
60	96%	136	100%	212	
61	96%	137	100%	213	
62	100%	138	95%	214	
63	100%	139	100%	215	
64	100%	140	95%	216	
65	100%	141	100%	217	
66	100%	142	100%	218	
67	100%	143	95%	219	
68	100%	144	100%	220	
69	95%	145	92%	221	
70	100%		100%	222	
71	100%	147	100%	223	
72	100%	148	100%	224	
73	100%	149	95%	225	
74	100%	150	95%	226	
75	95%	151	95%	227	
76	100%	152	100%	228	

Resultado del indicador:

Formula del indicador (Resolución 408/2018) =

Numero de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo 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

Aplicación Formula del indicador =

$$X = \frac{208}{208} \times 100$$

$$X = 100 \%$$

ANALISIS DEL INDICADOR

De las 208 historias auditadas 208 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 100%.

Aquellas atenciones donde no se cumplió a cabalidad con lo especificado en la guía motivó la elaboración de plan de mejoramiento.

Conclusión:

Durante el 2025 en el hospital del Sarare tuvo 1725 nacimiento, en la cual 877 fueron por parto vía vaginal de donde se toma la muestra para la evaluación 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 100% teniendo en cuenta que la meta es de 80%, teniendo como muestra 208 historia clínica la cual se obtuvo de la formula explicada anteriormente, el estudio de muestra fue aleatoria acumulativa del año en trimestres por trimestre, como se muestra en la siguiente tabla, estas historias fueron auditadas por



referente 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.

Tabla 37. Trimestres porcentaje

TRIMESTRE	CUMPLI.	META
I	100%	80%
II	100%	80%
III	100%	80%
IV	100%	80%
Año 2025	100%	80%

Fuente: Informe Institucional del indicador vigencia 2025 expedido por Gestión de la calidad

Grafico 3. Cumplimiento



Metodología:

Para la evaluación del cumplimiento del indicador, se seleccionó una muestra aleatoria acumulativa de 208 historias clínicas de partos vaginales a lo largo del año, distribuidas trimestralmente según la siguiente tabla:

Tabla 38. Trimestres

TRIMESTRE	TOTAL	MUESTRA
I	239	52
II	214	52
III	184	52
IV	240	52
TOTAL	877	208

Fuente: Informe Institucional del indicador vigencia 2025 expedido por Gestión de la calidad

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

Auditoría y Supervisión:

Las historias clínicas seleccionadas fueron auditadas trimestralmente por el Coordinador Médico del servicio de Ginecología y Obstetricia. Esta auditoría fue implementada por directriz gerencial, como parte de los planes de mejora continua derivados de evaluaciones anteriores, con el objetivo de fortalecer el cumplimiento del indicador.

Estrategias Implementadas:

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

- **Capacitación del Personal:** Se realizaron capacitaciones dirigidas al personal médico, con especial énfasis en aquellos adscritos al servicio de maternidad (médicos exclusivos del servicio), con el fin de reforzar el conocimiento y aplicación de la guía de manejo del parto.



- **Auditorías Trimestrales:** Se realizaron auditorías trimestrales exhaustivas de las historias clínicas de atención del parto, basándose en la muestra seleccionada, para identificar áreas de mejora y asegurar la adherencia a la guía de manejo.
- **Compromiso Gerencial y del Comité de Historia Clínica:** Se contó con el compromiso activo de la gerencia, la subgerencia y el comité de historia clínica, quienes supervisaron el progreso del indicador, verificaron su cumplimiento y brindaron el apoyo necesario para la implementación de las estrategias.

Conclusiones:

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

Recomendaciones:

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

Tabla 39. Resultado del indicador 13

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	$\geq 0,8$	1	5	0,05	0,25

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

INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMIA.

Ítem	Nivel	Descripción del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Requisitos de Soporte (Informe)
14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de apendicetomía	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico ec la vigencia objeto de la evaluación / Total de pacientes 000 diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	>0,9	Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que como mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicetomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud



Introducción

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

Definiciones

Apendicitis Aguda (AA): La apendicitis aguda se inicia con la inflamación del apéndice, que se desencadena, en la mayoría de los casos, por una obstrucción de la luz apendicular; esta induce acumulación del moco, que, asociada con la poca elasticidad de la serosa, resulta en incremento de la presión intraluminal, fenómeno que compromete primero el retorno venoso y linfático. Al comienzo de la enfermedad, el paciente refiere dolor abdominal difuso, usualmente de tipo cólico, de ubicación periumbilical, que posteriormente se localiza en el cuadrante inferior derecho, acompañado de náusea, vómito y fiebre.

Tratamiento quirúrgico Con el diagnóstico bien establecido, o con diagnóstico altamente probable, está indicada la intervención quirúrgica urgente. Demoras en practicar la operación pueden significar la progresión de la apendicitis a gangrena y perforación con peritonitis.

Evaluación del indicador

A. Criterios de inclusión:

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

B. Criterios de exclusión:

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

C. Factores evaluados

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

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

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



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

MEDICION DEL INDICADOR

Metodología:

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

Papeles de trabajo

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

Tabla 40. Tabla Papeles de trabajo

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

Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2025

Resultado del indicador:

APLICACIÓN DE LA FORMULA DEL INDICADOR:

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

La fórmula del indicador exigida por la Resolución 408 del 2018, es: (para efectos de este informe se entiende el 100% de los casos para el año 2025:

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

Total, de paciente con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia del objeto de evaluación

APLICACIÓN DE LA FORMULA OPORTUNIDAD

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

$$x = \frac{453}{529} \times 100$$

$$x = 85,6.1\%$$

Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2025

ANÁLISIS DEL INDICADOR

En el año 2025, el Hospital del Sarare egresó un número de **529** usuarios a quien se le hizo apendicetomía por concepto de apendicitis aguda. De estos, 453 cumplieron con la oportunidad del indicador, para un total de 85,6%, en las que no cumplieron se hizo plan de mejoramiento.

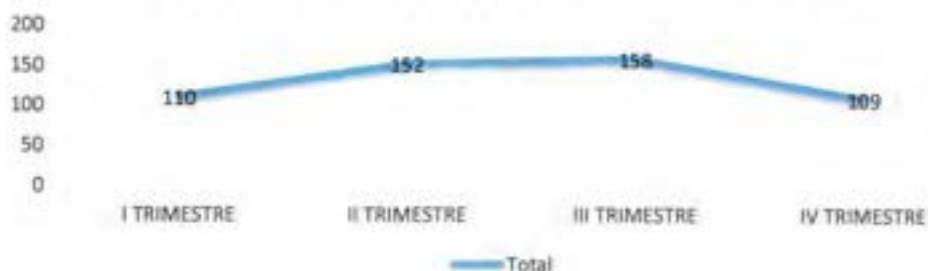
a. Perfil del comportamiento de apendicetomía en el Hospital del Sarare ESE

Por trimestre el comportamiento no es estadísticamente significativo, siendo:



Grafica 4. Total, del paciente con apendicetomía

TOTAL PACIENTES CON APENDICETOMÍA

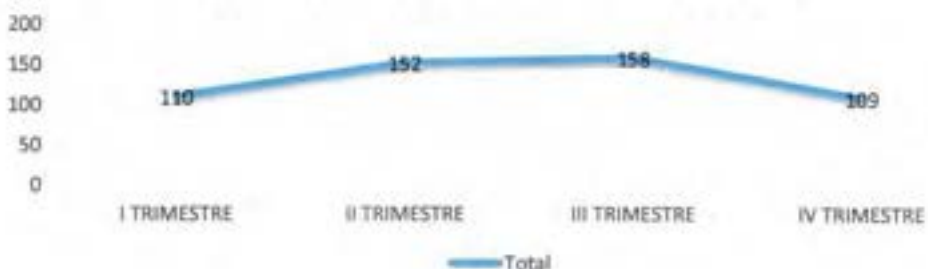


N= 529, n=453.

Fuente: historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2025

Grafica 5. Frecuencia según sexo

TOTAL PACIENTES CON APENDICETOMÍA



N= 529, n=453.

Fuente: historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2025

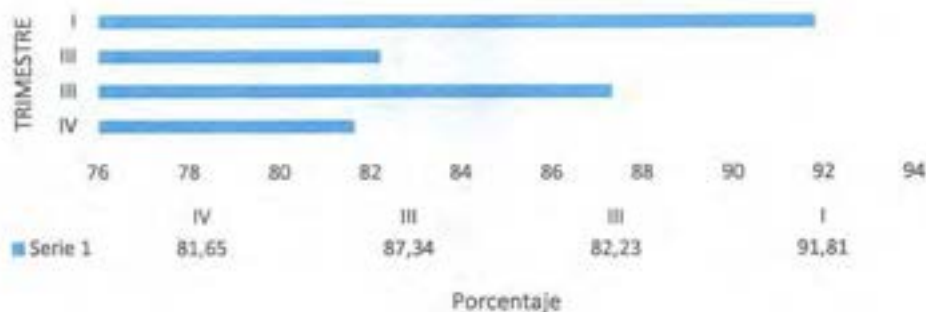
ANÁLISIS DEL RESULTADO

La apendicitis se ha convertido en la enfermedad abdominal más común para los servicios de urgencias y para el cirujano general, de los 529 apendicetomizados corresponden a 297 de sexo masculino y 232 del sexo femenino, En el primer trimestre hubo un cumplimiento del 91.81%, el segundo trimestre un cumplimiento del 82.23%, el tercer trimestre del 87.34% y en el cuarto trimestre de 81.65%, la información que atañe a este indicador se observa una mejoría en el I y III trimestre donde su porcentaje corresponde

al más bajo de todo el año. Consideramos secundario la implementación de diagnóstico por CIE 10 por parte de los médicos generales en el servicio de urgencias correspondiente a Apendicitis y no a dolor abdominal en estudio con respecto al tiempo de procedimiento quirúrgico oportuno.

Grafica 6. Número de pacientes apendicetomizados 2025

**NUMERO DE PACIENTES APENDICETOMIZADOS EN
2025**

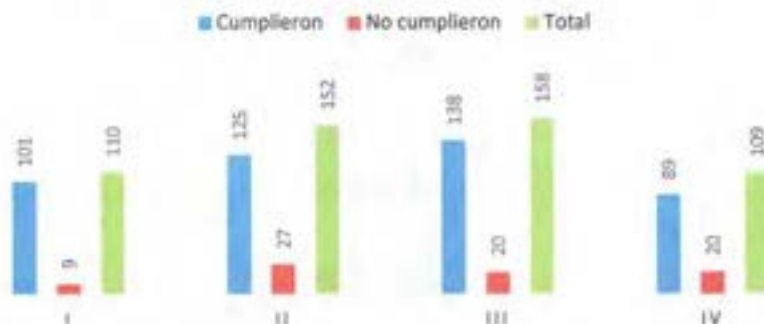


N= 529, n=453.

Fuente: historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2025

Grafica 7. Cumplimiento del indicador

CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR



N= 529, n=453.

Fuente: historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2025



DISCUSIÓN:

Al realizar el informe nos encontramos que aumento el número de pacientes apendicetomizados con respecto a los ultimos tres ultimos años evidenciandose un descenso en el cumplimiento de dicho indicador con respecto a los ultimos tres años. Considero como principal factor es la rotacion de medicos en el servicio de urgencias en el cual no ha sido posible mantener constante ademas de que se evidencian los mas grandes ingresos en horas de la noche lo cual se pospone la intervención quirúrgica para el siguiente día lo cual aumenta los tiempos de oportunidad y por ultimo con la implantacion de colocar diagnostico correspondiente por CIE 10 con la impresión diagnostica por parte de medicina general.

Tabla 41. Resultados por trimestre

TABLA COMPARATIVA CUMPLIMIENTO	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TOTAL
2018	90%	94%	94%	91%	92,25%
2019	91%	93%	89%	94%	91,75%
2020	93%	89%	95%	96%	93,25%
2021	96%	94%	95%	89%	93,50%
2022	92%	93%	90%	94%	92,25
2023	86%	85%	80%	89%	85%
2024	92%	92%	94,6%	94,3%	93,2%
2025	91,8%	82,2%	87,3%	81,65%	85,6%

N= 529, n=453.

Fuente: historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2025

INCONSISTENCIAS ENCONTRADAS:

Se encontraron varias causas que seran soporte de planes de accion de mejora para el año 2026, a saber:

1. No se realiza diagnostico por CIE 10 de Apendicitis sino se mantiene el diagnostico general de dolor abdominal.
2. Diagnosticos nocturnos lo cual genera un retraso en el procedimiento quirurgico y con ello incumplimiento del indicador.

3. Se realiza el diagnóstico por CIE 10, esto hace que se vea afectada la oportunidad ya que el médico general obtiene por impresión clínica el diagnóstico.
4. Se evidencia el mayor requerimiento de imágenes diagnósticas (ecografía y TAC de abdomen) con tiempo extenso para la realización de la misma, retraso que genera demoras en el diagnóstico y el procedimiento quirúrgico.
5. La institución corresponde al centro de referencia del departamento de Arauca, esto hace que la demanda de pacientes con apendicitis aumente y sobre todo en el horario nocturno con el proceso de remisión con menor cantidad de personal en el horario que en el diurno.

Tabla 42. Resultado del indicador 14

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de apendicetomía.	$\geq 0,9$	0,856	3	0,05	0,15

FUENTE DE INFORMACIÓN: INFORME SUBGERENCIA CIENTÍFICA DE LA ESE.

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

Ítem	Nivel	Descripción del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Requisitos de Soporte (Informe)
15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación	Cero (0) o variación negativa	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente (3) que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud



Contextualización del indicador

Introducción

El presente informe tiene como objetivo presentar el análisis del indicador de neumonías aspirativas en población pediátrica en el Hospital del Sarare ESE durante la vigencia 2025, con el fin de evaluar la incidencia y el impacto de esta enfermedad en la población atendida por esta institución de salud.

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

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

El seguimiento de este indicador permite identificar tendencias, analizar la variación interanual de los casos, detectar oportunidades de mejora en los procesos asistenciales y fortalecer las estrategias institucionales orientadas a la prevención de eventos adversos, la reducción de IACS y el cumplimiento de protocolos de seguridad del paciente.

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

Conceptos clave

- **Atención en salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

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

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

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

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

- **Historia clínica:** Presencia de un episodio documentado de aspiración.
- **Síntomas:** Tos productiva, fiebre, dificultad respiratoria, dolor torácico.



- **Examen físico:** Hallazgos como hipofonía y crepitaciones en la auscultación pulmonar.
- **Radiografía de tórax:** Presencia de infiltrados pulmonares.
- **Pruebas microbiológicas:** Cultivos de esputo o aspirado bronquial con identificación de patógenos.
- **Broncoscopia:** Para visualizar y extraer cuerpos extraños o evaluar la infección.

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

- **Evaluación de la deglución:** Detección temprana de problemas en pacientes en riesgo.
- **Posición adecuada durante la alimentación:** Mantener postura erguida para reducir aspiración.
- **Higiene bucal:** Reducción de bacterias en la cavidad oral.
- **Entrenamiento del personal:** Capacitación en técnicas de alimentación seguras.
- **Uso de dispositivos de alimentación:** Implementación de sondas en pacientes de alto riesgo.
- **Monitoreo constante:** Identificación temprana de signos de neumonía aspirativa.
- **Vacunación:** Actualización de inmunización contra influenza y neumococo.
- La **evaluación de un paciente con movilidad reducida**, donde se valoran varios aspectos de la condición del paciente para determinar el grado de limitación en su capacidad de moverse.

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

- **Vigilancia en pacientes con ventilación mecánica:** Control de sedación y aspiración de secreciones.

- **Manejo adecuado de sondas de alimentación:** Monitoreo y mantenimiento de su posición correcta.
- **Mejorar la deglución:** Terapias de rehabilitación y dietas modificadas para pacientes con dificultad de deglución.

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

Resultado del indicador:

Medición del indicador 15 según Resolución 408/2018.

Este indicador de calidad se revisó y se analizó mes a mes en el año 2025.

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

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

Resultado del Indicador

Indicador = 0/0=0.

En conclusión, en el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre del 2025, tenemos un indicador de cero (0) eventos de neumonía broncoaspirativa pediátrica intrahospitalaria.



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

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

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

Tabla 43. Resultado del indicador 15

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

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

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

Ítem	Nivel	Descripción del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Requisitos de Soporte (Informe)
16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	> 0,9	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador (4)

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

INTRODUCCION.

La mejora en el manejo de eventos coronarios agudos ha incrementado la sobrevivencia y calidad de vida, gracias a estrategias como las unidades de dolor torácico, que buscan identificar factores de riesgo, agilizar la atención, mejorar el diagnóstico, asegurar la adherencia a guías, reducir costos y mejorar el pronóstico. Si bien hay datos de países desarrollados, la información latinoamericana es limitada, pese al aumento de la enfermedad coronaria. Estudios como CARMELA e INTERHEART resaltan la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en Latinoamérica. El registro GRACE confirma estos hallazgos y reporta las incidencias de diabetes, hipertensión, infarto previo, dislipidemia y tabaquismo. A nivel mundial, la cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte. En Colombia, la mortalidad por enfermedad coronaria persiste como la principal causa de fallecimiento, superando incluso a los homicidios. La intervención



adecuada en la fase aguda del síndrome coronario agudo disminuye la progresión de la enfermedad y minimiza el daño cardíaco, impactando positivamente en la mortalidad y la calidad de vida. El diagnóstico y tratamiento precoz, así como la estratificación del riesgo, son cruciales para modificar el impacto del síndrome coronario agudo.

Variable a medir:

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

-Infarto Agudo de Miocardio: El infarto Agudo de miocardio es una patología que se caracteriza por la muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente una arteria coronaria que ocasiona una deficiencia total de oxígeno a la región distal de su área de irrigación.

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

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

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

Evaluación del indicador

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

Factores de inclusión

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

Factores de exclusión

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

Factores evaluados

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

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

Tabla 44. Niveles de atención

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

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



tanto absolutas como relativas, además del riesgo de la variable riesgo-beneficio de salvaguardar las complicaciones de este tipo de terapia).

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

Tabla 45. Guía práctica clínica Síndrome Coronario Agudo

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

Ahora bien, como el indicador tácitamente anota el criterio de calidad: **OPORTUNIDAD**, entendiéndose este como: *“la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios”,*

la filosofía del indicador, tendrá en su contenido una variable numérica, cronométrica, que nos demostrará en MINUTOS el intervalo tiempo de acceder a la terapia específica, siendo para nuestro nivel el de la Terapia Farmacológica, siendo cumplidora toda aquella que sea menos o igual a 60 minutos

Por lo que la formula subbase de construcción será:

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

Papeles de trabajo:

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

Lista de chequeo

**Tabla 46. ADHERENCIA A GUÍA DE ATENCIÓN Y OPORTUNIDAD DE INICIO TERAPIA ESPECÍFICA
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO**

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

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



BASE DE DATOS

FUENTE: Historias clínicas de usuarios atendidos en la vigencia 2025 con diagnóstico de infarto agudo de miocardio

Tabla 47. RESUMEN PAPELES DE TRABAJO

USUARIO	% CUM	¿CUMPLE?	USUARIO	% CUM	¿CUMPLE?	USUARIO	% CUM	¿CUMPLE?
1	91%	SI	39	100%	SI	77	100%	SI
2	100%	SI	40	100%	SI	78	100%	SI
3	100%	SI	41	100%	SI	79	100%	SI
4	73%	NO	42	100%	SI	80	91%	SI
5	100%	SI	43	100%	SI	81	100%	SI
6	91%	SI	44	91%	SI	82	100%	SI
7	100%	SI	45	92%	SI	83	100%	SI
8	91%	SI	46	92%	SI	84	100%	SI
9	100%	SI	47	100%	SI	85	100%	SI
10	100%	SI	48	100%	SI	86	92%	SI
11	91%	SI	49	92%	SI	87	100%	SI
12	91%	SI	50	100%	SI	88	100%	SI
13	100%	SI	51	100%	SI	89	100%	SI
14	100%	SI	52	100%	SI	90	100%	SI
15	91%	SI	53	91%	SI	91	73%	NO
16	100%	SI	54	100%	SI	92	73%	NO
17	100%	SI	55	100%	SI	93	100%	SI
18	91%	SI	56	91%	SI	94	100%	SI
19	91%	SI	57	100%	SI	95	100%	SI
20	100%	SI	58	100%	SI	96	100%	SI
21	100%	SI	59	100%	SI	97	92%	SI
22	100%	SI	60	91%	SI	98	100%	SI
23	100%	SI	61	100%	SI	99	100%	SI
24	83%	NO	62	100%	SI	100	100%	SI
25	100%	SI	63	100%	SI	101	73%	NO
26	100%	SI	64	100%	SI	102	100%	SI
27	100%	SI	65	100%	SI	103	100%	SI
28	100%	SI	66	100%	SI	104	100%	SI
29	100%	SI	67	92%	SI	105	91%	SI
30	100%	SI	68	100%	SI	106	92%	SI
31	91%	SI	69	91%	SI	107	100%	SI
32	100%	SI	70	100%	SI	108	100%	SI

33	100%	SI	71	73%	NO	109	82%	NO
34	100%	SI	72	75%	NO	110	100%	SI
35	100%	SI	73	100%	SI	111	100%	SI
36	100%	SI	74	100%	SI	112	100%	SI
37	75%	NO	75	100%	SI	113	91%	SI
38	100%	SI	76	100%	SI			

APLICACIÓN DE FORMULAS

- FORMULA INTERNA DE OPORTUNIDAD

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

FORMULA DEL INDICADOR (RESOLUCION 408/2018)

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

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

APLICACIÓN DE LA FORMULA DE INDICADOR DE OPORTUNIDAD

$$x = \frac{104}{113} = 92,03\%$$

Fuente: historia clínica, bases de datos diagnósticos de egreso de infarto agudo de miocardio 2025.

ANALISIS DEL INDICADOR

De los 113 pacientes que ingresaron por el servicio de urgencia de la ESE HOSPITAL DEL SARARE correspondientes al año 2025, 104 cumplieron con la lista de chequeo con más del 90%. Esto indica que hay cumplimiento explícito del indicador con la meta que exige la norma

ANALISIS DEL RESULTADO

De los 113 casos de IAM, vistos en el Hospital del Sarare ESE durante el 2025, 104 de los pacientes atendidos cumplieron con el indicador por encima del 90% en la oportunidad



de atención. Se resalta la importancia del cumplimiento de este indicador ya que por medio de este podemos disminuir la tasa de mortalidad de esta patología.

Durante el año 2025, en los diferentes comités, se hizo análisis de cada uno de los 13 ítem evaluados y se generaron estrategias que fueron suficientemente efectivas. Sin embargo, hay un ítem que aún debe trabajarse con más ahínco, a saber:

Tabla 48. Análisis

ACTIVIDAD	%
PTE FUE VISTO ANTES DE LOS 60 MIN.	100%
TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL	100%
SE TOMO UN EKG ANTES DE LOS 60 MIN.	100%
SE LE ADMINISTRO ASA/CLOPIDROGEL AL INGRESO	84%
SE LE ADMINISTRO ASA/CLOPIDROGEL DIARIA	100%
SE LE ADMINISTRO ANTICOAGULANTES SEGÚN INDICACIÓN	100%
SE LE ADMINISTRO INH BOMBA PROTONES	82%
SE TOMARON ENZIMAS CARDIACAS.	100%
FUE VALORADO POR ESPECIALISTA	100%
RECIBIÓ MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	100%
SE ADMINISTRO TROMBOLISIS SEGÚN INDICACIÓN	100%
SE LE ADMINISTRO ESTATINAS	93%
FUE REMITIDO A NIVEL SUPERIOR	100%

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

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

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

Tabla 49. Resultado del indicador 16

Área de Gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación
16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	$\geq 0,9$	0,9203	5	0,05	0,25

INDICADOR 17: ANALISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA > A 48 HORAS

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

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

Durante el año 2025 se presentaron 156 fallecimientos posteriores a 48 horas de su ingreso correspondiendo a una tasa de mortalidad de 8,4 fallecimientos por cada 1000 egresos, manteniendo prácticamente la misma cifra del año anterior.

Tabla 50. Tasa de mortalidad

AÑO	FALLECIMIENTOS	TASA DE MORTALIDAD < 100
2019	119	9,43
2020	148	13
2021	220	17

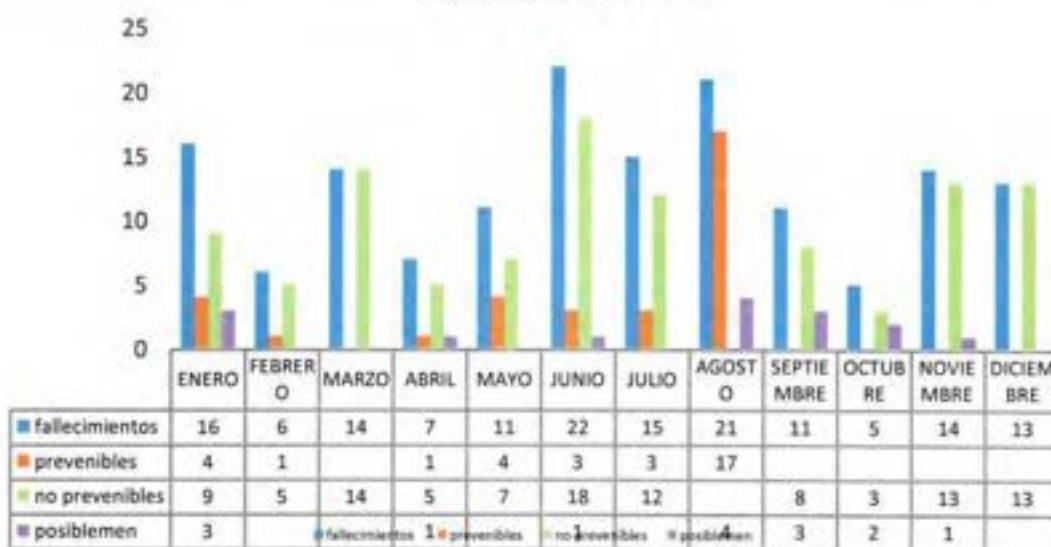


2022	125	12.5
2023	142	9.4
2024	129	9.2
2025	156	8.4

Fuente: historias clínicas Hospital del ESE Dinámica

Cada uno de los fallecimientos mayor a 48 horas del año 2025 fue revisado y analizado aplicando el instrumento Lista de chequeo Análisis de historia clínica Mortalidad hospitalaria y todos los casos fueron revisados en el Comité de Seguridad del paciente, donde se plantearon acciones de mejora para los casos considerados prevenibles y se revisó el impacto de las mismas. En el comparativo mes a mes se observa que el mayor número de fallecidos se presentan durante Junio del 2025.

Grafica 8. Fallecidos 2025



Fuente: historias clínicas Hospital del ESE Dinámica

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

Tabla. 51 Porcentaje por sexo

GENERO	MASCULINO	FEMENINO
PORCENTAJE	62,2%	37,8%

Fuente: Base de Datos Mortalidad >48h, Dinámica Gerencial® 2025

En cuanto a la procedencia el 51 % corresponden al municipio de Saravena, en segundo lugar, se encuentra el municipio de Tame con 18% y en tercer lugar el municipio de Arauquita con un 13 % de las defunciones mayores a 48 horas del ingreso.

Tabla 52. Porcentaje por municipio

PROCEDENCIA	PORCENTAJE
SARAVENA	51 %
TAME	18 %
ARAUQUITA	13%

Fuente: Base de Datos Mortalidad >48h, Dinámica Gerencial® 2025

El análisis de las mortalidades mayores a 48 horas durante 2025 muestra una clara concentración en el grupo de adultos mayores (≥ 60 años) , quienes representan 121 casos (77,6%) , evidenciando que la mayor carga de mortalidad se presenta en esta población. Este comportamiento es coherente con las características propias del grupo etario, donde es más frecuente la presencia de multimorbilidad, fragilidad y mayor riesgo de complicaciones clínicas. En menor proporción se ubica el grupo de adultos (26–59 años) con 28 casos (17,9%) , mientras que los grupos de juventud (3,2%) y primera infancia (1,3%) presentan una participación mínima. En conjunto, la distribución refleja un patrón esperado, con predominio de mortalidad en población adulta mayor.

Tabla 53. Porcentaje por edad

EDAD	PORCENTAJE
Adulto mayor (≥ 60 años):	77,6%
Adultez (26–59 años):	17,9%
Juventud (18-25 años):	3,2%
Primera infancia:	1,3%

Fuente: Base de Datos Mortalidad >48h, Dinámica Gerencial® 2025

En cuanto a las causas de fallecimiento la principal fue la infecciosa y asociada a sepsis, que concentró el 40,4 % de los casos, predominando los focos respiratorio y urinario, así como los cuadros de sepsis mixta y choque séptico, lo cual es consistente con el perfil de complejidad clínica y la alta carga de comorbilidades de los pacientes atendidos. En



segundo lugar, se ubicó la mortalidad neurológica no traumática (18 %), principalmente asociada a eventos cerebrovasculares isquémicos y hemorrágicos severos, seguida de la mortalidad cardiovascular (13,5 %), relacionada con insuficiencia cardíaca avanzada y eventos coronarios agudos. Las causas respiratorias no infecciosas (10,3 %) y oncológicas (9,6 %) reflejan la presencia de pacientes con enfermedad crónica avanzada y manejo paliativo, mientras que la mortalidad traumática (5,8 %) tuvo menor participación relativa. En conjunto, los resultados muestran que la mortalidad institucional se asocia principalmente a procesos infecciosos graves y patologías crónicas complejas, con una proporción limitada de causas externas, lo que orienta las oportunidades de mejora hacia el fortalecimiento de la detección temprana, el manejo oportuno de la sepsis y el abordaje integral del paciente crónico de alto riesgo.

Tabla 54. Por causa

Tipo de mortalidad	Frecuencia	%
Infecciosa / Sepsis	63	40,4 %
Neurológica no traumática	28	18,0 %
Cardiovascular	21	13,5 %
Respiratoria no infecciosa	16	10,3 %
Oncológica	15	9,6 %
Traumática (causa externa)	9	5,8 %
Metabólica / Renal / Hepática	3	1,9
Intoxicaciones	2	1,3 %
Total	156	100 %

Fuente: Base de Datos Mortalidad >48h, Dinámica Gerencial® 2025

En cuanto a la afiliación a EPS, los resultados se corresponden con la distribución en general de la población, la EPS con mayor representación fue Nueva EPS, con 118 casos (75,6%), lo cual es coherente con la distribución poblacional afiliada en el área de influencia de la institución. Otras EPS presentaron una participación menor y distribuida de forma heterogénea.

Este hallazgo sugiere una correspondencia entre volumen de afiliados y frecuencia de atención, sin evidenciar concentración inusual en aseguradores distintos al principal del territorio.

Tabla 55. Porcentaje EABP

AFILIACION	PORCENTAJE
ADRES	3%
COOSALUD	11%
EXTRANJERO	3%
FOMAG	2%
NUEVA EPS	76%
SANITAS	3%
SOAT	3%

Fuente: Base de Datos Mortalidad >48h, Dinámica Gerencial* 2025

Los servicios donde se presentó mayor número de mortalidades fueron:

- **Medicina Interna:** 91 casos (58,3%)
- **Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):** 59 casos (37,8%)

Estos resultados son consistentes con la atención de pacientes con patologías complejas, crónicas descompensadas y condiciones críticas que requieren manejo especializado.

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 la Prevenibilidad de las defunciones la mayoría de los casos fueron clasificados como no prevenibles, con 124 eventos (79,5%), lo que sugiere que estuvieron asociados principalmente a la evolución natural de enfermedades graves, condiciones clínicas avanzadas o alta complejidad de los pacientes atendidos. Por otra parte, 16 casos (10,3%) se consideraron parcialmente prevenibles, donde pudieron existir oportunidades de mejora en algunos procesos de atención, y 16 casos adicionales (10,3%) fueron clasificados como prevenibles, lo que evidencia la importancia de continuar fortaleciendo las estrategias institucionales orientadas a la detección temprana de riesgos, la oportunidad en la atención y la optimización de los procesos asistenciales para reducir eventos potencialmente evitables.



Tabla 56. Clasificación

ANÁLISIS	PREVENIBLES	NO PREVENIBLES	POSIBLEMENTE PREVENIBLES
PORCENTAJE	10,3%	79,5%	10,3%

Fuente: Acta de Comité Seguridad del Paciente

El análisis de las mortalidades mayores a 48 horas durante 2025 evidencia que 73 casos (46,8%) contaron con disentiimiento informado, mientras que 83 casos (53,2%) no lo presentaron, lo que indica que en una proporción importante de los pacientes se procesos realizados de comunicación clínica y toma de decisiones compartidas con el paciente o su familia, especialmente en contextos de enfermedad avanzada o pronóstico reservados. En relación con el Código Lila, este fue activado en 44 casos (28,2%), mientras que 112 casos (71,8%) no requirieron activación, comportamiento que se asocia principalmente a eventos relacionados con causas externas o situaciones de alto impacto emocional, acorde con el perfil de los casos atendidos. Por otra parte, 56 casos (35,9%) recibieron valoración por psicología, mientras que 100 casos (64,1%) no tuvieron esta intervención, evidenciando que el acompañamiento psicosocial se brindó principalmente en situaciones de mayor complejidad emocional, como fallecimientos en UCI, eventos traumáticos o presencia de disentiimiento informado, lo que sugiere una oportunidad para fortalecer el apoyo psicológico y el acompañamiento a pacientes y familias en el proceso de final de vida.

La mayor proporción de las mortalidades mayores a 48 horas durante 2025 corresponde a muertes no prevenibles, asociadas principalmente a la evolución natural de enfermedades crónicas avanzadas, patologías oncológicas, eventos cerebrovasculares, deficiencias orgánicas y procesos infecciosos graves. Estos casos se concentran predominantemente en población adulta mayor con multimorbilidad, en quienes el desenlace fatal se relaciona con la severidad del cuadro clínico y los pronósticos de base, más que con fallas en la atención en salud.

FALLECIMIENTOS PREVENIBLES

El análisis de las mortalidades mayores a 48 horas durante 2025 evidencia que 73 casos (46,8%) contaron con disentiimiento informado, mientras que 83 casos (53,2%) no lo presentaron, lo que indica que en una proporción importante de los pacientes de procesos

realizados de comunicación clínica y toma de decisiones compartidas con el paciente o su familia, especialmente en contextos de enfermedad avanzada o pronóstico reservados. En relación con el Código Lila, este fue activado en 44 casos (28,2%), mientras que 112 casos (71,8%) no requirieron activación, comportamiento que se asocia principalmente a eventos relacionados con causas externas o situaciones de alto impacto emocional, acorde con el perfil de los casos atendidos. Por otra parte, 56 casos (35,9%) recibieron valoración por psicología, mientras que 100 casos (64,1%) no tuvieron esta intervención, evidenciando que el acompañamiento psicosocial se brindó principalmente en situaciones de mayor complejidad emocional, como fallecimientos en UCI, eventos traumáticos o presencia de disentimiento informado, lo que sugiere una oportunidad para fortalecer el apoyo psicológico y el acompañamiento a pacientes y familias en el proceso de final de vida.

La mayor proporción de las mortalidades mayores a 48 horas durante 2025 corresponde a muertes no prevenibles, asociadas principalmente a la evolución natural de enfermedades crónicas avanzadas, patologías oncológicas, eventos cerebrovasculares, deficiencias orgánicas y procesos infecciosos graves. Estos casos se concentran predominantemente en población adulta mayor con multimorbilidad, en quienes el desenlace fatal se relaciona con la severidad del cuadro clínico y los pronósticos de base, más que con fallas en la atención en salud.

Causas extrahospitalarias

Un número importante de los casos prevenibles se asocia a causas extrahospitalarias, entre las que se destacan intoxicaciones por sustancias tóxicas, traumatismos craneoencefálicos, politraumatismos por accidentes de tránsito e infecciones que consultan en estadios avanzados. Estos eventos reflejan la influencia de determinantes sociales, factores ambientales, barreras geográficas de acceso a los servicios de salud y consulta tardía, los cuales impactan en los pronósticos clínicos al momento del ingreso hospitalario.

Causas intrahospitalarias

Las causas intrahospitalarias se presentan en menor proporción y se relacionan principalmente con complicaciones durante la hospitalización, progresión de sepsis o



infecciones asociadas a la atención en salud. Sin embargo, en la mayoría de los casos el desenlace estuvo condicionado por el estado crítico del paciente y la presencia de comorbilidades significativas, lo que limita la posibilidad de modificar el resultado final a pesar de las intervenciones realizadas.

Análisis general

En conjunto, el comportamiento de las mortalidades mayores a 48 horas evidencia un **predominio de causas no prevenibles y factores extrahospitalarios**, lo que es consistente con el perfil epidemiológico de la población atendida. No obstante, los casos clasificados como prevenibles o parcialmente prevenibles permiten identificar **oportunidades de mejora en la detección temprana, continuidad del cuidado, fortalecimiento de la red de atención y estrategias de prevención comunitaria**, orientadas a reducir riesgos y mejorar los desenlaces clínicos.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer la atención integral del adulto mayor, con énfasis en valoración geriátrica y manejo de fragilidad.
- Continuar el análisis periódico de mortalidad como herramienta de mejora continua y aprendizaje institucional.
- Reforzar la valoración por psicología en casos de alta complejidad clínica, disenterimiento y final de vida.
- Mantener y fortalecer los procesos de comunicación con pacientes y familias, garantizando decisiones informadas.
- Socializar los resultados en comités de seguridad del paciente.

Aplicación de la fórmula de indicador de oportunidad

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

INDICADOR: _____

Total, de muertes intrahospitalaria mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.

$$x = \frac{156}{156} = 100\%$$

Fuente: Comité de Seguridad del Paciente Hospital del Sararé ESE 2025

Tabla 58. Resultado del indicador 17

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

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

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

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

ESTANDAR PARA CADA AÑO: <5 (DIAS)

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

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



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

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



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

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

Para la vigencia 2025 se evidencia que el indicador sigue en descenso, pero con cumplimiento de la meta establecida (<5 días).

Tabla 59. Resultado del indicador 18

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.	≤5	4,72	5	0,03	0,15

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

Ítem	Nivel	Descripción del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Requisitos de Soporte (Informe)
19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria diferencia de la de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	<8	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

ESTANDAR PARA CADA AÑO: <8 (DIAS)

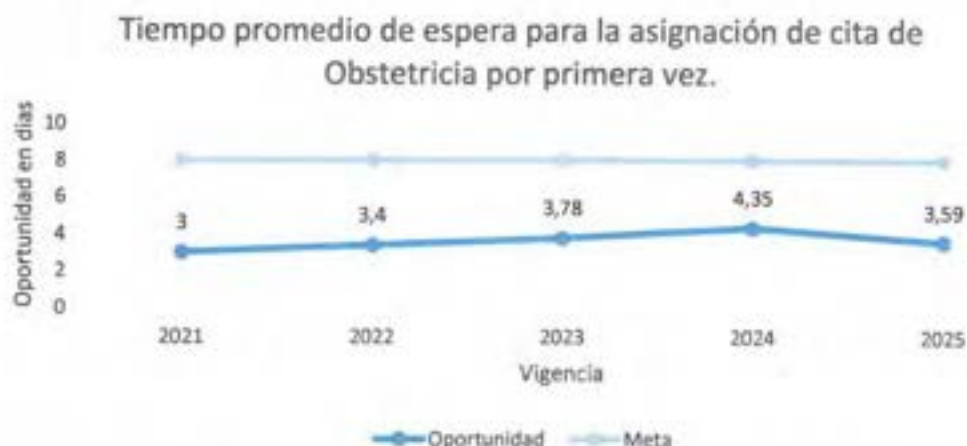
FUENTE DE INFORMACIÓN: REGISTRO DE AGENDAMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACION – DINAMICA GERENCIAL.

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



El Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia por primera vez se expresa como la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de obstetricia de **primera vez** y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de la evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.

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



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

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

Para la vigencia 2025 la Oportunidad de consulta obstétrica fue de 3.59 días, cumpliendo con la meta incluso muy por debajo de la definida (<8 días) y con el atributo de calidad en oportunidad para las consultas de obstetricia. Lo anterior tarifica el compromiso de la institución con la política de maternidad segura frente al atributo de oportunidad y accesibilidad de las gestantes a la consulta con la especialidad.

Tabla 60. Resultado del indicador 19

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstétrica	≤8	3,59	5	0,03	0,15

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

Ítem	Nivel	Descripción del Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Requisitos de Soporte (Informe)
20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	<15	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)

Fuente: Resolución 408 del 2018 Minsalud

ESTANDAR PARA CADA AÑO: <15 (DIAS)

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

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



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

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



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

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

En la vigencia 2025, el tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna de primera vez fue de 4,44 días, No se evidencia variación significativa respecto a 2024, el indicador se mantiene dentro del estándar nacional para cada año que es menor o igual a 15 días.

Tabla 61. Resultado del indicador 20

No.	Tipo de ESE	Indicador	Línea de Base	Resultado del Periodo Evaluado	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
20	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	≤15	4,44	5	0,02	0,1

7. RESULTADO CONSOLIDADO POR AREAS DE GESTIÓN

El análisis del desempeño institucional del Hospital del Sarare E.S.E., en el marco de la Resolución 408 de 2018, permite evidenciar un comportamiento diferenciado entre las tres áreas de gestión evaluadas: Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa, y Gestión Clínica o Asistencial, cuyo resultado consolidado alcanza una calificación final de **4.21**, ubicándose en un nivel de desempeño satisfactorio.

En el componente de **Dirección y Gerencia**, se obtuvo un resultado de **0.80 sobre 1.00**, lo que refleja un **alto nivel de cumplimiento** en los procesos estratégicos de la entidad. Se destaca especialmente la adecuada ejecución del Plan de Desarrollo Institucional, así como la efectividad en la implementación de auditorías para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud. Estos resultados evidencian una gestión organizacional orientada al cumplimiento de metas, con mecanismos de seguimiento y control que permiten la toma de decisiones informadas y oportunas.

Por su parte, el área **Financiera y Administrativa** alcanzó un resultado de **1.51 sobre 2.00**, constituyéndose como el componente con **mayores oportunidades de mejora**. Si bien se evidencian aspectos positivos como la clasificación sin riesgo fiscal y financiero, el cumplimiento en la entrega oportuna de reportes normativos y el adecuado uso de los sistemas de información (RIPS), persisten debilidades en indicadores clave relacionados con la eficiencia del gasto, la implementación de mecanismos de compras conjuntas o electrónicas y el equilibrio presupuestal con recaudo. Estas situaciones impactan de

manera directa la sostenibilidad financiera de la entidad, por lo que se hace necesario fortalecer estrategias de gestión administrativa y control del gasto.

En cuanto al componente de **Gestión Clínica o Asistencial**, se obtuvo el mejor desempeño con un resultado de **1.90 sobre 2.00**, evidenciando un **alto nivel de calidad en la prestación de los servicios de salud**. Se resaltan los excelentes resultados en la adherencia a guías de manejo clínico, la oportunidad en la atención de patologías prioritarias como el Infarto Agudo de Miocardio, el análisis de la mortalidad intrahospitalaria y los tiempos de espera para la asignación de citas en diferentes especialidades. Estos indicadores reflejan una atención centrada en el usuario, con procesos asistenciales eficientes y alineados con los estándares de calidad exigidos.

En términos generales, el comportamiento por áreas demuestra que el Hospital del Sarare E.S.E. cuenta con **fortalezas significativas en su gestión misional y estratégica**, especialmente en lo relacionado con la calidad de la atención en salud. No obstante, es fundamental orientar esfuerzos hacia el fortalecimiento del componente financiero y administrativo, con el fin de mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y garantizar la sostenibilidad institucional en el mediano y largo plazo.

Este análisis permite concluir que la entidad presenta una gestión equilibrada, con resultados favorables en la mayoría de los indicadores, pero con retos puntuales que deberán ser abordados mediante acciones de mejoramiento continuo, en concordancia con los lineamientos establecidos en la normatividad vigente.

Tabla 62. Indicadores estándares por áreas de gestión V 2025

	No.	INDICADOR	Estándar para cada año	Resultado año 2025	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	≥1,20	1,25	1	0,05	0,05
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	≥0,9	0,92	5	0,05	0,25
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥0,9	0,916	5	0,1	0,5



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

evolucionamos pensando en usted

Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero		SIN RIESGO	5	0,05	0,25
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	<0,9	1,11	0	0,06	0
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado y compras a través de mecanismos electrónicos	≥0,7	0	0	0,06	0
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa	-0,95	3	0,06	0,18
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones RIPS	4	4	5	0,06	0,3
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥1	0,99	3	0,06	0,18
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	CUMPLIO	5	0,06	0,3
	11	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Presentado oportunamente	5	0,06	0,3
Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación la guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en las gestantes	≥0,8	0,99	5	0,07	0,35
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥0,8	1	5	0,05	0,25
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	≥0,9	0,856	3	0,05	0,15
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) o variación negativa	0	5	0,05	0,25
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	≥0,9	0,9203	5	0,05	0,25
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	≥0,9	1	5	0,05	0,25
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	≤5	4,72	5	0,03	0,15
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstétrica	≤8	3,59	5	0,03	0,15

Vigilado Superintend



	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤15	4,44	5	0,02	0,1
	RESULTADO DE LA CALIFICACION FINAL					TOTAL	4,21

8. CONCLUSIONES

De acuerdo con la evaluación de los indicadores establecidos en la Resolución 408 de 2018, el Hospital del Sarare E.S.E. obtuvo una calificación final de 4.21, la cual lo ubica en el nivel de clasificación "Satisfactorio" dentro de la escala de desempeño institucional.

Esta clasificación indica que la entidad cumple de manera adecuada con los estándares definidos para la evaluación de la gestión, evidenciando un desempeño favorable en la mayoría de los indicadores, particularmente en los componentes de Dirección y Gerencia y Gestión Clínica o Asistencial. Dichos resultados reflejan una adecuada planeación institucional, cumplimiento de metas y una prestación de servicios de salud con criterios de calidad, oportunidad y seguridad para los usuarios. En este sentido, la clasificación obtenida constituye un resultado positivo para la entidad, pero a su vez representa una oportunidad para fortalecer la gestión institucional mediante la implementación de acciones de mejora focalizadas, que permitan optimizar el desempeño en los indicadores críticos y avanzar hacia niveles de excelencia en futuras evaluaciones.

Finalmente, este resultado reafirma el compromiso del Hospital del Sarare E.S.E. con el mejoramiento continuo, la sostenibilidad financiera y la garantía de servicios de salud con altos estándares de calidad, en cumplimiento de la normatividad vigente y en beneficio de la población usuaria.

9. ANEXOS

- Anexo 1. Certificación de revisor fiscal Indicador 6
- Anexo 2. Certificación de revisor fiscal indicador 7


ARIELA GELVIS QUINTERO

Gerente

Elaborado	Jorge Mora/Asesor de Planeación
Revisado	Henry Suárez/Asesor de Control Interno



Jorge Alberto Posada Barrios

Contador Público
ESPECIALISTA EN DERECHO TRIBUTARIO
ESPECIALISTA EN GERENCIA TRIBUTARIA
NIT. 92.517.719-1 RÉGIMEN COMÚN



EL SUSCRITO REVISOR FISCAL CERTIFICA QUE:

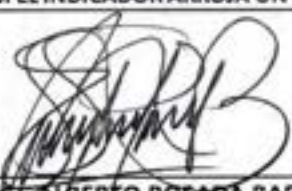
INDICADOR 7: MONTO A LA DEUDA SUPERIOR A 30 DÍAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR. (2024 y 2025).

El Hospital del Sarare E.S.E. presenta un sostenimiento favorable de su deuda por estos conceptos con corte al 31 de diciembre de la vigencia 2025. Lo anterior debido al manejo financiero eficiente y a la recuperación de cartera que sostuvo el pago de estas obligaciones. La deuda por salarios corresponde a saldos de liquidaciones laborales en proceso de pago.

CONCEPTO MAYOR A 30 DÍAS	VIGENCIA 2024	VIGENCIA 2025
Deuda Salarios de planta	10.967.216	12.622.429
Contratación de servicios	2.979.000	0
TOTAL	13.946.216	12.622.429

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 2025	-9,5
	(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 2025) Menos (Valor de la deuda > a 30 días por concepto de salarios del personal de planta de personal y contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de 2025)	

MEDICION DEL INDICADOR 6	RESULTADO A EVALUAR	CALIFICACION
	SI EL INDICADOR ARROJA UN VALOR NEGATIVO	TRES (3)


JORGE ALBERTO POSADA BARRIOS
REVISOR FISCAL
HOSPITAL DEL SARARE ESE

Jorge Alberto Posada Barrios

Contador Público
ESPECIALISTA EN DERECHO TRIBUTARIO
ESPECIALISTA EN GERENCIA TRIBUTARIA
NIT. 92.517.719-1 RÉGIMEN COMÚN



EL SUSCRITO REVISOR FISCAL CERTIFICA QUE:

INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS POR EL AÑO 2025.

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	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 2025	11.471.378.009

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

En la vigencia 2025 la entidad no realizó compras a través de los siguientes mecanismos: compras conjuntas, cooperativas de ESE y compras a través de mecanismos electrónicos; comparado con el periodo anterior presentó la misma tendencia. En indagación se evidenció que no ha sido viable realizar este tipo de compras, mediante estos mecanismos.

MEDICION DEL INDICADOR 6	RESULTADO A EVALUAR	CALIFICACION
	SI EL INDICADOR ARROJA UN VALOR < A (0,3) CERO TRES	CERO (0)

JORGE ALBERTO POSADA BARRIOS
REVISOR FISCAL
HOSPITAL DEL SARARE ESE

Cra. 16 No. 26-70 Centro
Tel. 8822481 Fax. 8892243
Saravena - Arauca
E-mail: Sinceconta@hotmail.com



ACUERDO No. 010 DE 2026

(21 de abril de 2026)

**POR MEDIO DEL CUAL SE EVALÚA EL PLAN DE GESTIÓN DEL GERENTE DE LA
ESE HOSPITAL DEL SARARE VIGENCIA 2025**

LA JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E

En uso de sus facultades legales, en especial las conferidas por la Ley 100 de 1993, el artículo 11 del Decreto 1876 de 1994, la Ley 1122 de 2007, La Ley 1438 de 2011, la Resolución 710 de 2012, en el artículo 11 numeral 4 de la Ordenanza 03E de 1997 y

CONSIDERANDO

Que la Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, en la cual se definen los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial.

Que de acuerdo con lo dispuesto en los Artículo 74 de la Ley 1438 del 2011; Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

Que según el artículo ibidem 74.1 El director o gerente de la empresa social del Estado del orden territorial deberá presentar ante la junta directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1 de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.

Que según el artículo ibidem 74.2 la Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director o gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

Que según el artículo ibidem 74.3 los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la junta directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al director o gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la junta directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

Que mediante Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, se adoptan las condiciones y metodologías para la Elaboración de Plan de Gestión por parte de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del Orden territorial y su evaluación por parte de la Junta Directiva.

Que mediante Resolución 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, "Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones". En el artículo 2. Modifíquese el artículo 3 de la Resolución 743 de 2013, modificatoria de la Resolución 710 de 2012, el cual quedará así: "Artículo 3. La evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión que debe presentar el Director o Gerente, a más tardar el 1º de abril de cada año, deberá realizarse sobre los resultados obtenidos entre el 1º de enero el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior. Si el Director o Gerente no se desempeñó en la totalidad de la vigencia a que refiere este artículo, no se realizará evaluación del plan de gestión respecto de dicha vigencia.

Que mediante Decreto No 505 del 2024 emanado de la Gobernación de Arauca por medio del cual se efectúa el Nombramiento del Cargo de Gerente del Hospital del Sarare ESE a la Doctora Ariela Gelvis Quintero identificada con cedula de ciudadanía No 63.328.657 expedida en Bucaramanga quien se posesionó según acta de posesión No 051 del 01 de abril del 2024.

Que mediante Acuerdo No 005 del 2024 la Junta Directiva de la ESE Hospital de Sarare aprobó el Plan de Gestión del Gerente de la ESE Hospital del Sarare 2024-2027.

Que la Doctora Ariela Gelvis Quintero, en cumplimiento de las disposiciones legales y dentro del término señalado en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011 el día 27 de marzo del 2026 radicó ante miembros de la Junta Directiva el Informe del Plan de gestión correspondiente a la vigencia 2025.

Que la gerente de la ESE, se desempeñó durante toda la vigencia establecida, lo cual permite evaluar el periodo comprometido entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2025 y que una vez realizada la evaluación por cada uno de los integrantes de Junta Directiva y hecha la ponderación respectiva, se presentó como resultado una calificación de 4,21.

Por lo anteriormente expuesto:

ACUERDA

ARTICULO 1o. El resultado de la evaluación del Plan de Gestión de la doctora ARIELA GELVIS QUINTERO, gerente del Hospital del Sarare ESE fue de 4,21 para la vigencia 2025 de acuerdo a la matriz de calificación del Anexo 4 de la Resolución 408 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

	No.	INDICADOR	Estándar para cada año	Resultado o año 2025	Calificación	Ponderación	Resultado Ponderado
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	$\geq 1,20$	1,25	1	0,05	0,05
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	$\geq 0,9$	0,92	5	0,05	0,25
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	$\geq 0,9$	0,916	5	0,1	0,5



4	Riesgo Fiscal y Financiero		SIN RIESGO	5	0,05	0,25
5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	<0,9	1,11	0	0,06	0
6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado y compras a través de mecanismos electrónicos	≥0,7	0	0	0,06	0
7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa	-0,95	3	0,06	0,18
8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones RIPS	4	4	5	0,06	0,3
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥1	0,99	3	0,06	0,18
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	CUMPLIO	5	0,06	0,3
11	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto único Reglamentario del sector salud y protección social o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Presentado oportunamente	5	0,06	0,3
12	Evaluación de aplicación la guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en las gestantes	≥0,8	0,99	5	0,07	0,35
13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥0,8	1	5	0,05	0,25
14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	≥0,9	0,856	3	0,05	0,15
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de	Cero (0) o variación negativa	0	5	0,05	0,25



		origen intrahospitalario y variación interanual					
16		Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	$\geq 0,9$	0,9203	5	0,05	0,25
17		Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	$\geq 0,9$	1	5	0,05	0,25
18		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	≤ 5	4,72	5	0,03	0,15
19		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstétrica	≤ 8	3,59	5	0,03	0,15
20		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤ 15	4,44	5	0,02	0,1
RESULTADO DE LA CALIFICACION FINAL						TOTAL	4,21

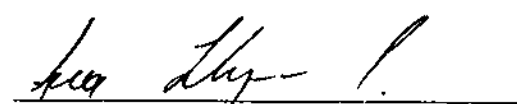
ARTICULO 2º. Notificación y recursos. De conformidad con lo previsto en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011, la presente decisión debe notificarse personalmente al Gerente del Hospital del Sarare ESE, la cual es susceptible de los recursos de reposición ante la misma junta en los términos del artículo 74 numeral 74.3 de la precitada Ley.

NOTIFIQUESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Arauca, a los 21 días del mes de Abril de 2026.


RENSON JESUS MARTINEZ PRADA

Presidente Junta Directiva
Gobernador del Departamento de Arauca


Dra. ANA ZULEYMA MENDOZA NIÑO

Directora Unidad Especial de Salud de



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

Evolucionamos pensando en Usted

Acuerdo No. 010, de abril de 2026 Página 6 de 6

Dr. ANGEL MARIA SALINAS QUINTERO
Representante de los Usuarios

Dr. JOSE LUIS CACERES DURAN
Representante de Gremios de Producción

Dr. DAVID PRINCIPE TEGRIA UNCARIA
Representante asociaciones científicas

Dr. JESUS ADRIAN PUERTA
Representante trabajadores área científica