

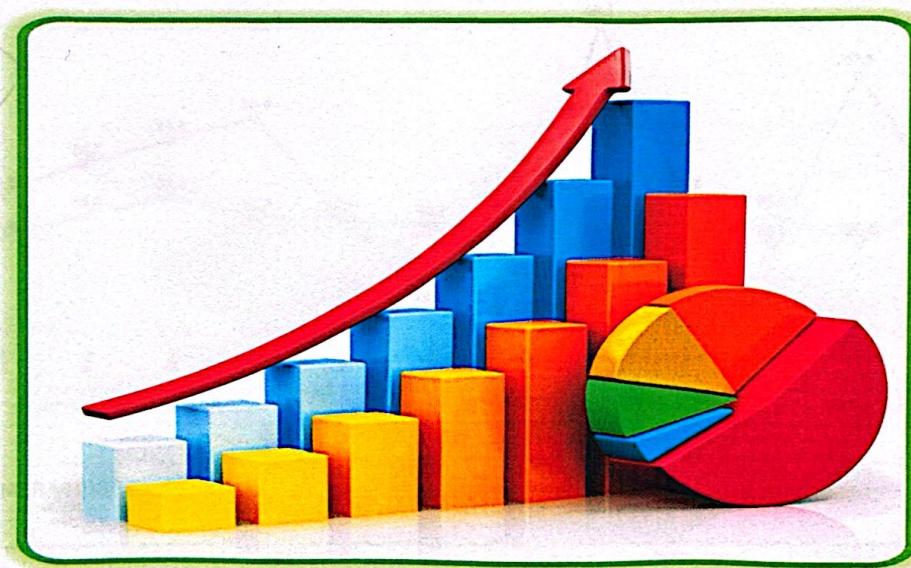


E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PITALITO

Un Hospital
al servicio de
la vida



ANÁLISIS DEL RESULTADO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD COMPARATIVO VIGENCIAS 2023 - 2024



**E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO
DE PITALITO**

NIT 891.180.134

Pitalito, 21 de abril de 2025

DIANA MARCELA CONDE MARTÍN

Gerente

Vigilado Supersalud

Calle 3 Sur No. 1B - 45
Pitalito - Huila

www.hospitalpitalito.gov.co
gerencia@hospitalpitalito.gov.co

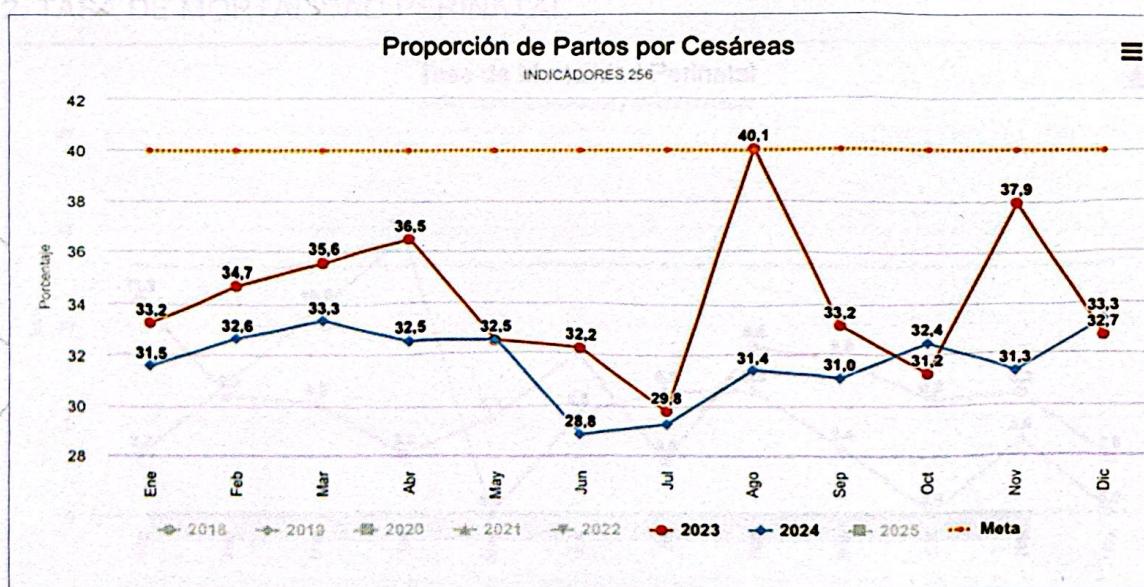
PBX: (608) 836 2500
Ext: 5000

GESTIÓN DOCUMENTAL:
Resolución N°. 028 de 23
de enero de 2025.
Versión:2.0



INFORME DE RESULTADO DE INDICADORES DE CALIDAD RES. 256 DE
2016, COMPARATIVO VIGENCIA 2023 - 2024

1. PROPORCIÓN DE PARTOS POR CESAREA.



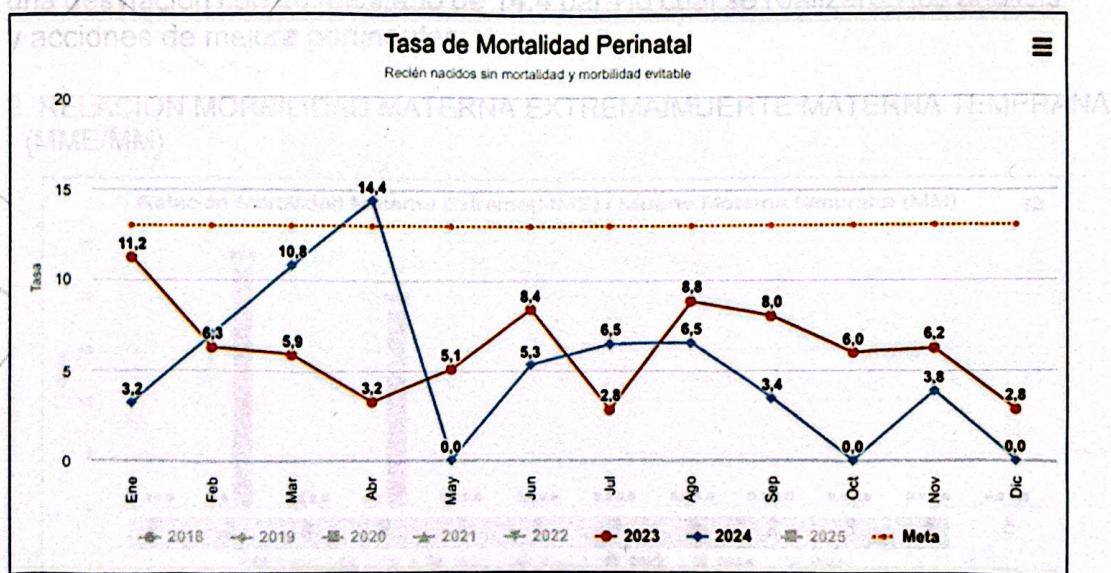
Fuente: SGI ALMERA HDSP

Periodos	2023		2024	Meta
	Indicador	Indicador	Indicador	
Enero	33.2%		31.5%	40.0%
Febrero	34.7%		32.6%	40.0%
Marzo	35.8%		33.3%	40.0%
Abri	36.5%		32.5%	40.0%
Mayo	32.5%		32.5%	40.0%
Junio	32.2%		28.8%	40.0%
Julio	29.8%		29.2%	40.0%
Agosto	40.1%		31.4%	40.0%
Septiembre	33.2%		31.0%	40.0%
Octubre	31.2%		32.4%	40.0%
Noviembre	37.9%		31.3%	40.0%
Diciembre	32.7%		33.3%	40.0%
Acumulado	34.1%		31.7%	40.0%



En este indicador se ha tenido un desempeño adecuado, el resultado para la vigencia 2023 fue de 34,1%, para el 2024 31,7%, frente a una meta de 40% referenciados en el estándar nacional, indicando que la proporción está dentro de los estándares normativos.

2. TASA DE MORTALIDAD PERINATAL



Fuente: SGI ALMERA HDSP

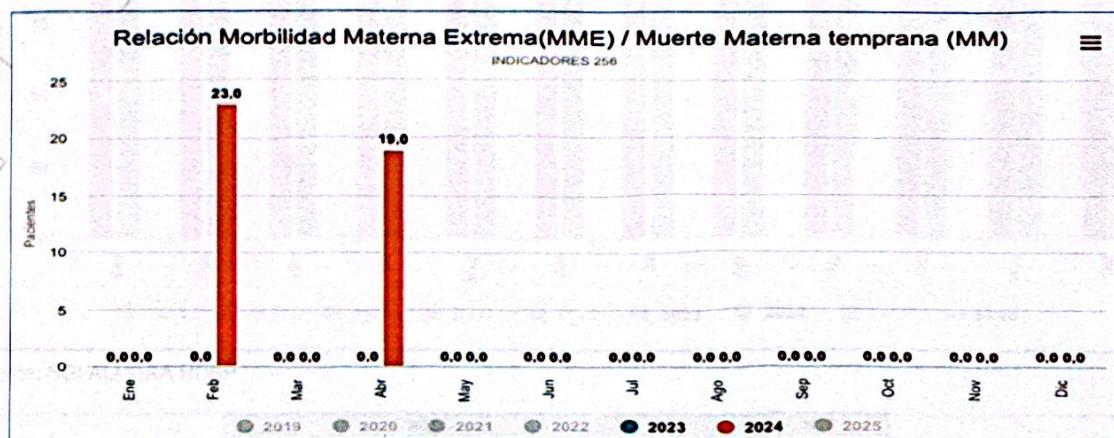
Periodos	2023		2024	Meta
	Indicador	Indicador		
Enero	11.2		3.2	13.0
Febrero	6.3		7.0	13.0
Marzo	5.9		10.8	13.0
Abri	3.2		14.4	13.0
Mayo	5.1		0.0	13.0
Junio	8.4		5.3	13.0
Julio	2.8		6.5	13.0
Agosto	8.8		6.5	13.0
Septiembre	8.0		3.4	13.0
Octubre	6.0		0.0	13.0
Noviembre	6.2		3.8	13.0
Diciembre	2.8		0.0	13.0
Acumulado	6.2		5.1	13.0

En el cuadro se presentan los resultados de análisis, encontrando que las causas de



Se observa un comportamiento adecuado del indicador con un promedio anual para la vigencia 2023 de 6,2 muertes fetales por cada mil nacimientos, para la vigencia 2024 un promedio de 5,1 muertes fetales por cada mil nacimientos, indicando un comportamiento adecuado frente a una meta de 13 teniendo en cuenta el estándar nacional. Para el mes de abril se presentó una desviación con un resultado de 14,4 para lo cual se realizaron los análisis y acciones de mejora pertinentes.

3. RELACION MORBILIDAD MATERNA EXTREMA/MUERTE MATERNA TEMPRANA (MME/MM)



Fuente: SGI ALMERA HDSP

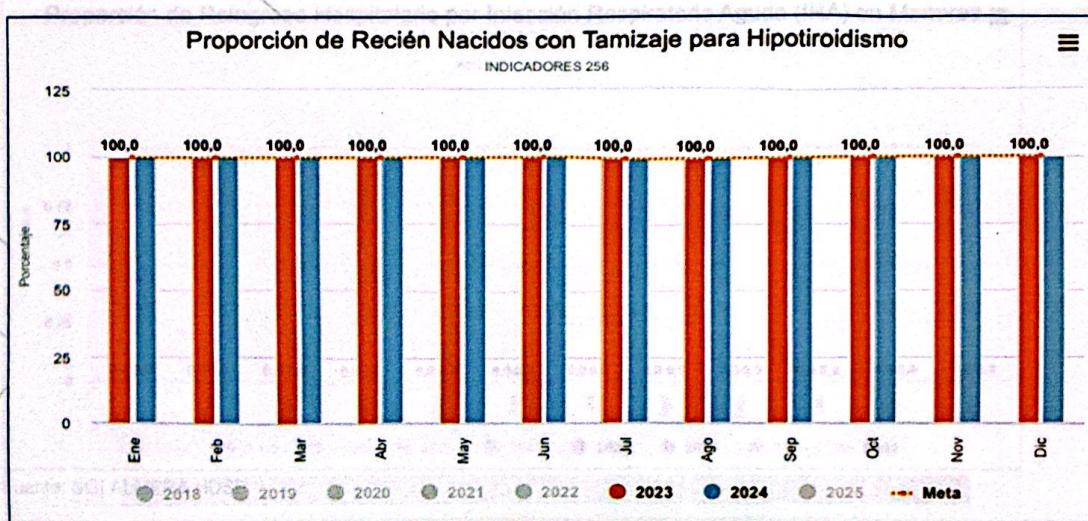
Periodos	2023		2024	
	Número de casos de muerte materna (42 días)	B	Número de casos de muerte materna (42 días)	B
Enero	0.0		0.0	
Febrero	0.0		1.0	
Marzo	0.0		0.0	
Abri	0.0		1.0	
Mayo	0.0		0.0	
Junio	0.0		0.0	
Julio	0.0		0.0	
Agosto	0.0		0.0	
Septiembre	0.0		0.0	
Octubre	0.0		0.0	
Noviembre	0.0		0.0	
Diciembre	0.0		0.0	

En este indicador se observa, que durante la vigencia 2023 no se presentaron muertes maternas frente a la morbilidad materna reportada en SIVIGILA, en tanto que durante la vigencia 2024 se presentaron 2 muertes maternas, para lo cual se realizaron los respectivos análisis, encontrando que las causas de



estos dos eventos no fueron atribuibles al desempeño de la institución sino a enfermedad catastrófica y externas a la institución.

4. PROPORCIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON TAMIZAJE PARA HIPOTIROIDISMO



Fuente: SGI ALMERA HDSP

Periodos	2023	2024	Meta
	Indicador	Indicador	
Enero	100,0%	100,0%	100,0%
Febrero	100,0%	100,0%	100,0%
Marzo	100,0%	100,0%	100,0%
Abri	100,0%	100,0%	100,0%
Mayo	100,0%	100,0%	100,0%
Junio	100,0%	100,0%	100,0%
Julio	100,0%	100,0%	100,0%
Agosto	100,0%	100,0%	100,0%
Septiembre	100,0%	100,0%	100,0%
Octubre	100,0%	100,0%	100,0%
Noviembre	100,0%	100,0%	100,0%
Diciembre	100,0%	100,0%	100,0%
Acumulado	100,0%	100,0%	

Se observa un desempeño óptimo en el resultado de este indicador debido a que el resultado es del 100% tanto para la vigencia 2023 como para la vigencia 2024.

no hubo reingresos por IRA en menores de 5 años.





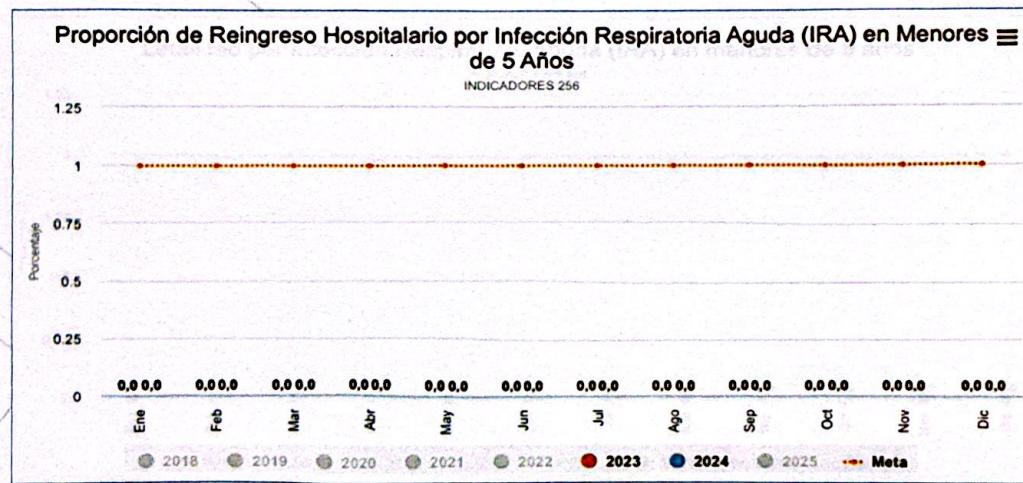
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PITALITO

Un Hospital
al servicio de
la vida



5. PROPORCIÓN DE REINGRESO HOSPITALARIO POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN MENORES DE 5 AÑOS

DE 5 AÑOS



Fuente: SGI ALMERA HDSP

Periodos	2023		2024		Meta
	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	
Enero	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Febrero	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Marzo	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Ab	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Mayo	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Junio	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Julio	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Agosto	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Septiembre	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Octubre	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Noviembre	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Diciembre	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Acumulado					1.0%

Se observa un desempeño óptimo de este indicador con un resultado de 0% para las dos vigencias tanto para el 2023 como para el 2024, indicando que no hubo reingresos por IRA en menores de 5 años.

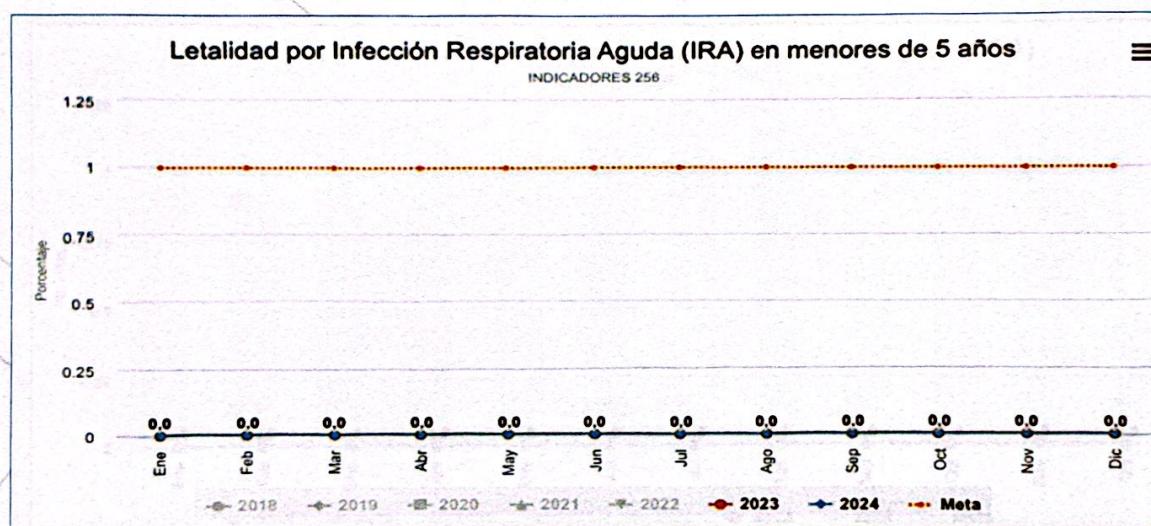


ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PITALITO

Un Hospital
al servicio de
la vida



6. LETALIDAD POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN MENORES DE 5 AÑOS



Fuente: SGI ALMERA HDSP

Periodos	2023	2024	Meta
	Indicador	Indicador	
Enero	0,0%	0,0%	1,0%
Febrero	0,0%	0,0%	1,0%
Marzo	0,0%	0,0%	1,0%
Abri	0,0%	0,0%	1,0%
Mayo	0,0%	0,0%	1,0%
Junio	0,0%	0,0%	1,0%
Julio	0,0%	0,0%	1,0%
Agosto	0,0%	0,0%	1,0%
Septiembre	0,0%	0,0%	1,0%
Octubre	0,0%	0,0%	1,0%
Noviembre	0,0%	0,0%	1,0%
Diciembre	0,0%	0,0%	1,0%
Acumulado			1,0%

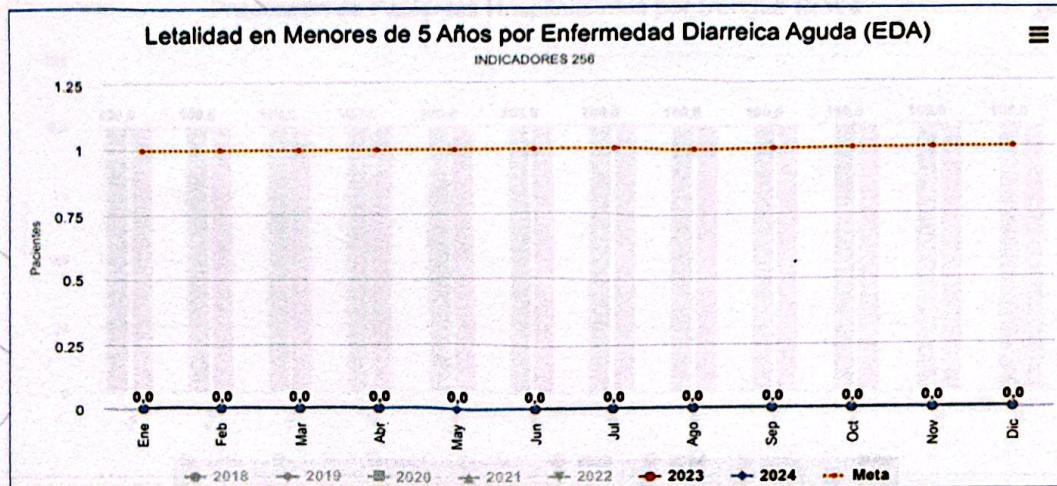
Durante las vigencias 2023 y 2024 no se presentaron muertes en menores de 5 años atendidos en la institución con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda.

anos atendidos en la institución con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda





7. LETALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS POR ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA (EDA)



Fuente: SGI ALMERA HDSP

Periodos	2023		2024		Meta
	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	
Enero	0.0		0.0		1.0
Febrero	0.0		0.0		1.0
Marzo	0.0		0.0		1.0
Abril	0.0		0.0		1.0
Mayo	0.0		0.0		1.0
Junio	0.0		0.0		1.0
Julio	0.0		0.0		1.0
Agosto	0.0		0.0		1.0
Septiembre	0.0		0.0		1.0
Octubre	0.0		0.0		1.0
Noviembre	0.0		0.0		1.0
Diciembre	0.0		0.0		1.0
Acumulado					1.0

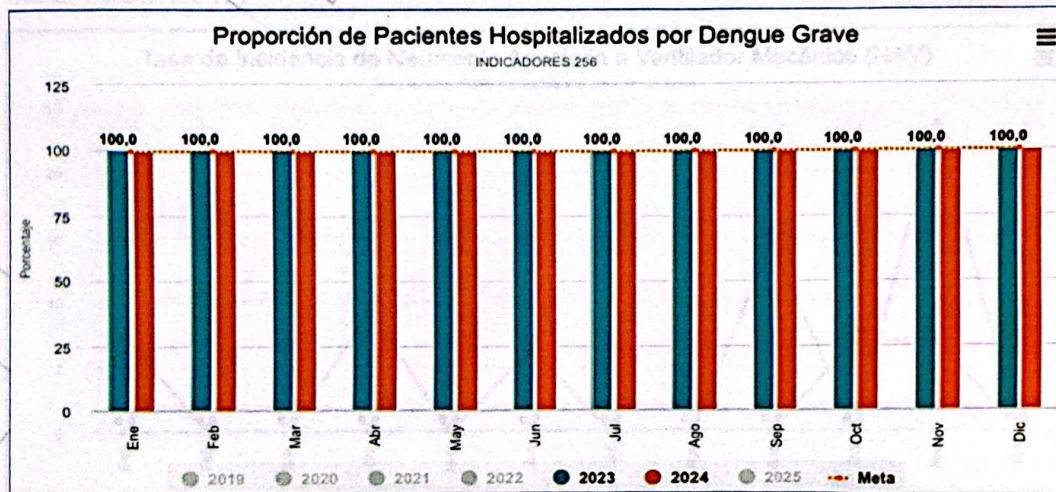
Este resultado se obtuvo en las 6455 atenciones en el periodo de enero a diciembre de 2024, donde los pacientes con diagnóstico de Enfermedad Diarreica Aguda fueron hospitalizados.

Durante las vigencias 2023 y 2024 no se presentaron muertes en menores de 5 años atendidos en la institución con diagnóstico de Enfermedad Diarreica Aguda.





8. PROPORCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DENGUE GRAVE



Fuente: SGI ALMERA HDSP

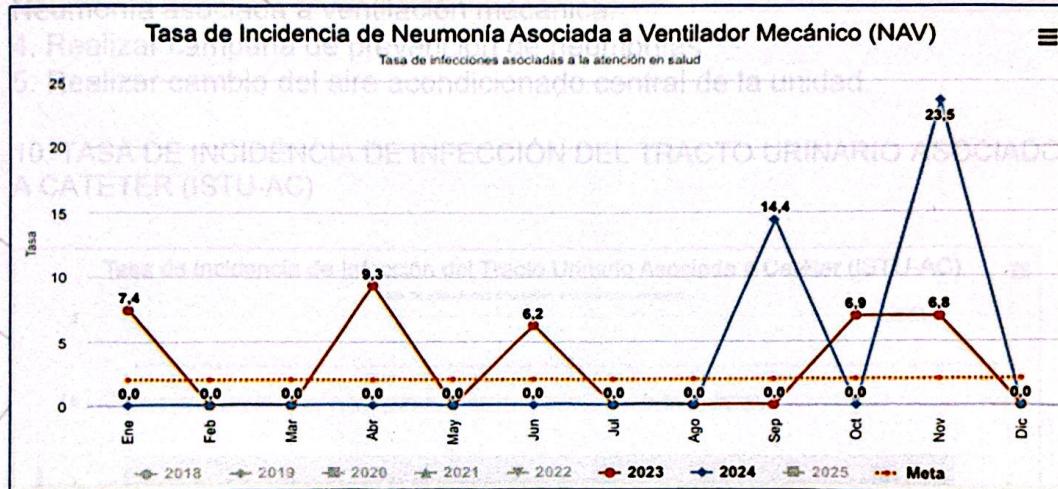
Periodos	2023		2024	Meta
	Indicador	Indicador		
Enero	100.0%		100.0%	100.0%
Febrero	100.0%		100.0%	100.0%
Marzo	100.0%		100.0%	100.0%
Abri	100.0%		100.0%	100.0%
Mayo	100.0%		100.0%	100.0%
Junio	100.0%		100.0%	100.0%
Julio	100.0%		100.0%	100.0%
Agosto	100.0%		100.0%	100.0%
Septiembre	100.0%		100.0%	100.0%
Octubre	100.0%		100.0%	100.0%
Noviembre	100.0%		100.0%	100.0%
Diciembre	100.0%		100.0%	100.0%
Acumulado	100.0%		100.0%	100.0%

Este indicador presenta un desempeño óptimo, lo que indica que el 100% de los pacientes con dengue grave fueron hospitalizados durante las vigencias 2023 y 2024.

En la vigencia 2023 se realizó una revisión de los pacientes hospitalizados con dengue grave y se identificaron 100% de casos. En la vigencia 2024 se realizó una revisión similar y se identificaron 100% de casos. Se realizó una evaluación de los resultados y se formularon las acciones de mejora enfocadas a la optimización del manejo de los pacientes con dengue grave.



1. Socializar y evaluar la escala CPIS. (Valoración Clínica de la Infección Preditora)
2. Actualizar y socializar la lista de chequeo para Neumonía Asociada a Ventrilador Mecánico (NAV)
3. Actualizar y socializar el protocolo institucional para prevención de la
9. TASA DE INCIDENCIA DE NEUMONIA ASOCIADA A VENTILADOR MECÁNICO (NAV)



Fuente: SGI ALMERA HDSP

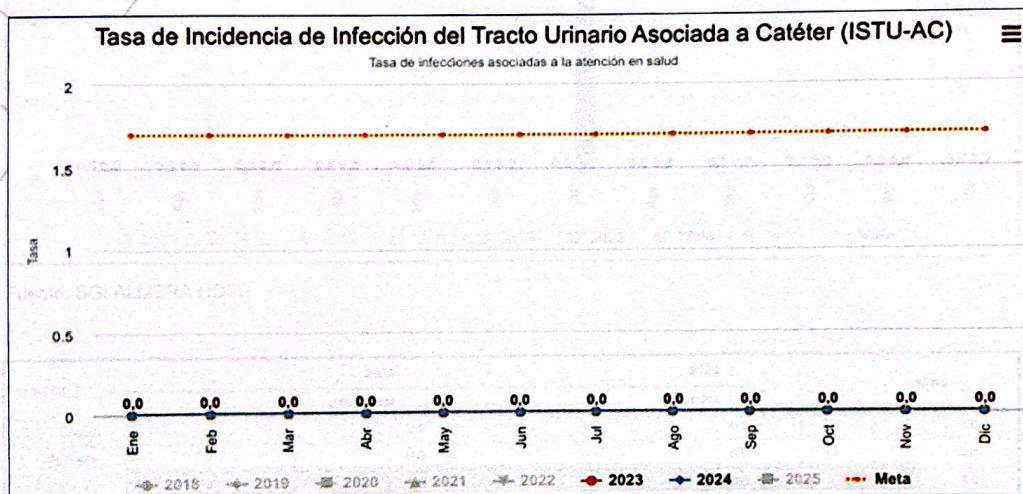
Periodos	2023		2024		Meta
	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	
Enero	7.4	0.0	0.0	0.0	2.0
Febrero	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0
Marzo	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0
Abi	9.3	0.0	0.0	0.0	2.0
Mayo	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0
Junio	0.2	0.0	0.0	0.0	2.0
Julio	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0
Agosto	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0
Septiembre	0.0	0.0	14.4	0.0	2.0
Octubre	6.9	0.0	0.0	0.0	2.0
Noviembre	6.8	23.5	0.0	0.0	2.0
Diciembre	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0
Acumulado	3.1	3.2	3.2	3.2	2.0

Frente a este indicador durante las 2 vigencias 2023 y 2024 hubo desviación del resultado, con una tasa de 3,1 y 3,2 respectivamente, comparado con la meta establecida < a 2, sin embargo, se realizaron los respectivos análisis y formulación de acciones de mejora enfocadas a:



1. Socializar y evaluar la escala CPIS. (Valoración Clínica de la Infección Pulmonar)
2. Actualizar y socializar la lista de chequeo para Neumonía Asociada a Ventilación mecánica.
3. Actualizar y socializar protocolo institucional para prevención de la Neumonía asociada a ventilación mecánica.
4. Realizar campaña de prevención de neumonías.
5. Realizar cambio del aire acondicionado central de la unidad.

10. TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO A CATETER (ISTU-AC)



Fuente: SGI ALMERA HDSP

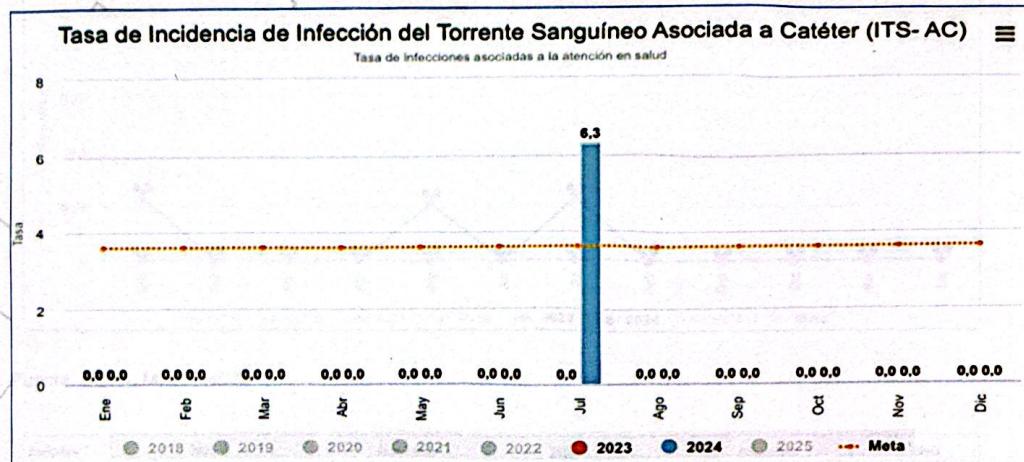
Periodos	2023		2024	Meta
	Indicador	Indicador	Indicador	
Enero	0.0	0.0	0.0	1.7
Febrero	0.0	0.0	0.0	1.7
Marzo	0.0	0.0	0.0	1.7
Abri	0.0	0.0	0.0	1.7
Mayo	0.0	0.0	0.0	1.7
Junio	0.0	0.0	0.0	1.7
Julio	0.0	0.0	0.0	1.7
Agosto	0.0	0.0	0.0	1.7
Septiembre	0.0	0.0	0.0	1.7
Octubre	0.0	0.0	0.0	1.7
Noviembre	0.0	0.0	0.0	1.7
Diciembre	0.0	0.0	0.0	1.7
Acumulado				





Durante las vigencias 2023 y 2024 no se realizaron reportes de infecciones del tracto urinario asociado a catéter.

11. TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUINEO ASOCIADA A CATÉTER (ITS-AC)



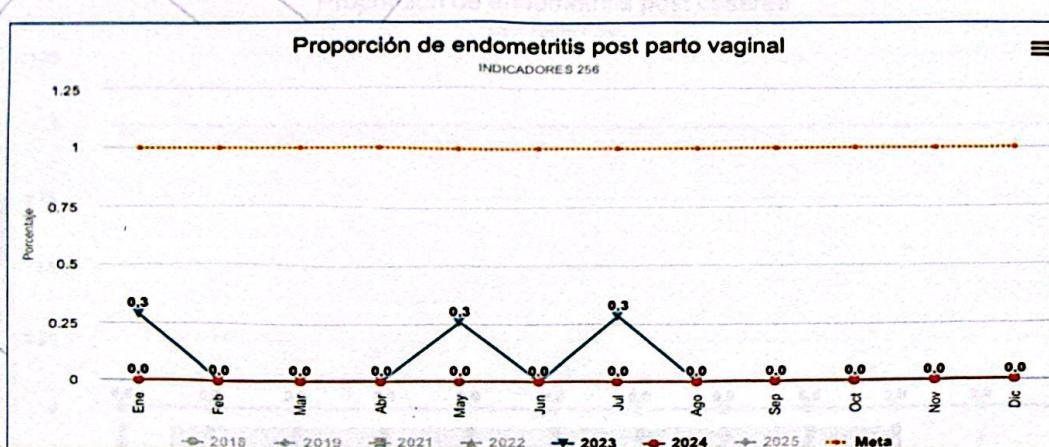
Fuente: SGI ALMERA HDSP

Períodos	2023		2024		Meta
	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	
Enero	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8
Febrero	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8
Marzo	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8
Abri	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8
Mayo	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8
Junio	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8
Julio	0.0	0.0	6.3	6.3	3.8
Agosto	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8
Septiembre	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8
Octubre	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8
Noviembre	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8
Diciembre	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8
Acumulado	0.0	0.0	6.3	6.3	3.8

Este indicador presentó una desviación durante la vigencia 2024, con un resultado de tasa de 6,3, en el mes de julio, que corresponde a un evento no prevenible, paciente con choque hipovolémico de difícil manejo, por lo cual no aplica plan de mejora, debido a que las causas fueron inherentes al paciente, en tanto que durante la vigencia 2023 no se presentaron infecciones de torrente sanguíneo asociado a catéter.



12. PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS POST PARTO VAGINAL



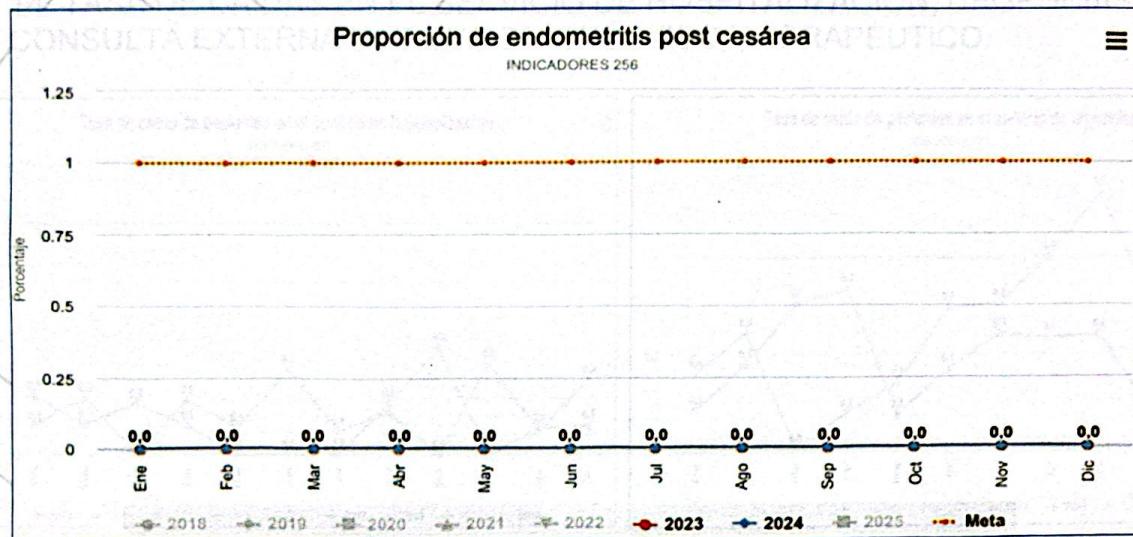
Fuente: SGI ALMERA HDSP

Fuente: SGI ALMERA HDSP

Periodos ↑	2023 ↓	Acumulado ↓	2024 ↓	Acumulado ↓	Meta ↓
Enero	0.3%	0.3%	0.0%	0.0%	1.0%
Febrero	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	1.0%
Marzo	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	1.0%
Ab	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	1.0%
Mayo	0.3%	0.1%	0.0%	0.0%	1.0%
Junio	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	1.0%
Julio	0.3%	0.1%	0.0%	0.0%	1.0%
Agosto	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	1.0%
Septiembre	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	1.0%
Octubre	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	1.0%
Noviembre	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	1.0%
Diciembre	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	1.0%
Acumulado	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	1.0%

Durante la vigencia 2023 se presentaron 3 eventos de endometritis post parto vaginal, con un promedio de 0,1%, sin embargo, el desempeño del indicador es adecuado comparado frente a la meta establecida de 1%, es decir estamos por debajo del rango establecido, en tanto que durante la vigencia 2024 no se presentaron endometritis post parto vaginal.



13. PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS POST CESAREA

Fuente: SGI ALMERA HDSP

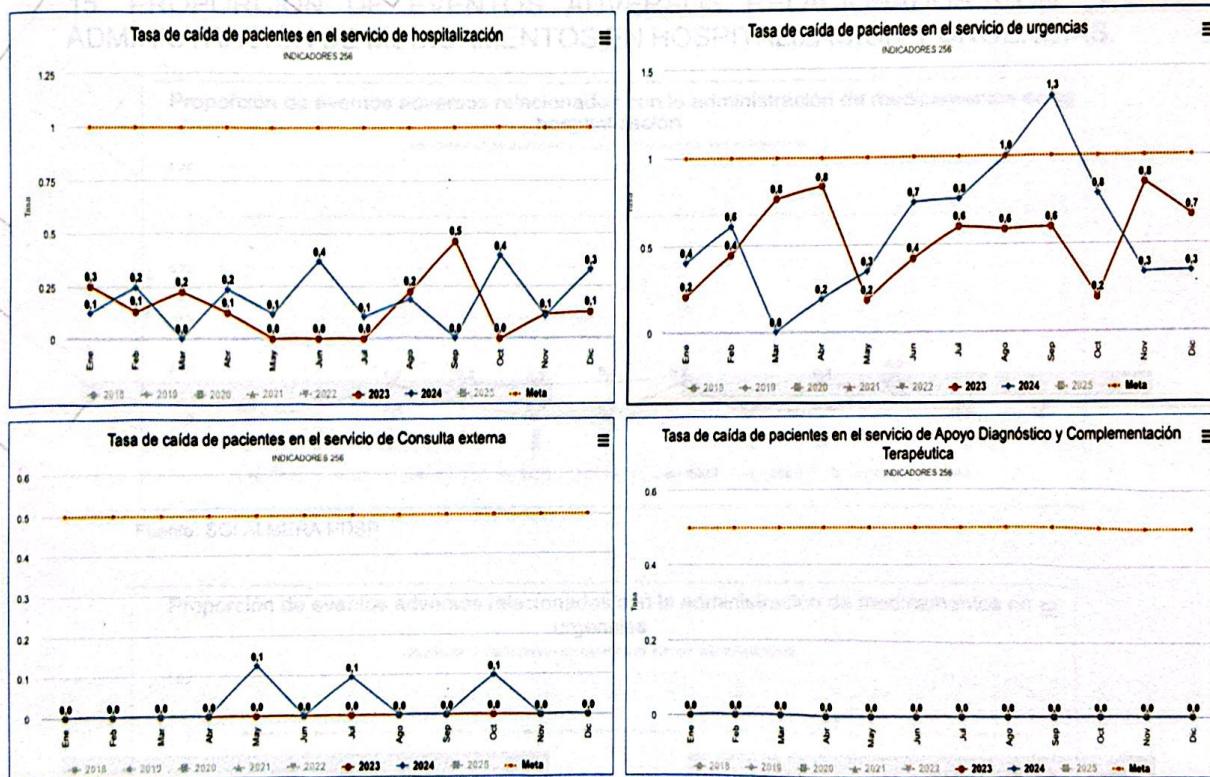
Periodos	2023		2024	Meta
	Indicador	Indicador		
Enero	0.0%		0.0%	1.0%
Febrero	0.0%		0.0%	1.0%
Marzo	0.0%		0.0%	1.0%
Abri	0.0%		0.0%	1.0%
Mayo	0.0%		0.0%	1.0%
Junio	0.0%		0.0%	1.0%
Julio	0.0%		0.0%	1.0%
Agosto	0.0%		0.0%	1.0%
Septiembre	0.0%		0.0%	1.0%
Octubre	0.0%		0.0%	1.0%
Noviembre	0.0%		0.0%	1.0%
Diciembre	0.0%		0.0%	1.0%

Durante la vigencia 2023 y 2024 no se presentaron endometritis post cesárea, el comportamiento del indicador ha sido óptimo.

Se implementaron estrategias administrativas para ubicar pacientes con el objetivo de mejorar el control del paciente, sin embargo, el riesgo de caídas aumentó, para lo cual se tomaron las medidas y acciones necesarias para mitigar el riesgo, así como la educación a usuarios y fomento en la prevención de caídas. En el servicio de hospitalización no se presentó desviación de este indicador durante la vigencia 2023 y 2024. En el servicio de Consulta Externa se presentaron 3 eventos no preventibles no atribuibles al desempeño de la institución y tampoco hubo desviación del



14. TASA DE CAÍDAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA Y APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.



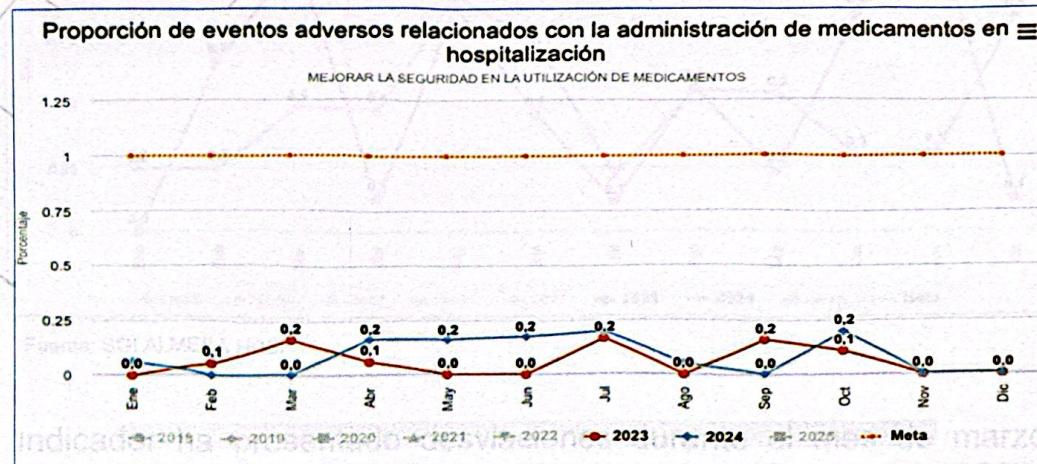
Fuente: SGI ALMERA HDSP

La tasa de caídas en los servicios intrahospitalarios y ambulatorios durante la vigencia 2023 y 2024 presentan una desviación en el servicio de urgencias durante la vigencia 2024, comparado con la vigencia 2023 y frente a una meta de 1, debido a la congestión de este servicio (Urgencias), en donde se implementaron áreas de contingencia en pasillos y áreas administrativas para ubicar pacientes con el objetivo de mejorar el confort del paciente, sin embargo, el riesgo de caídas aumentó, para lo cual se tomaron las medidas y acciones necesarias para mitigar el riesgo, así como la educación a usuarios y familia en la prevención de caídas. En el servicio de hospitalización no se presentó desviación de este indicador durante la vigencia 2023 y 2024. En el servicio de Consulta Externa se presentaron 3 eventos no prevenibles, no atribuibles al desempeño de la institución y tampoco hubo desviación del

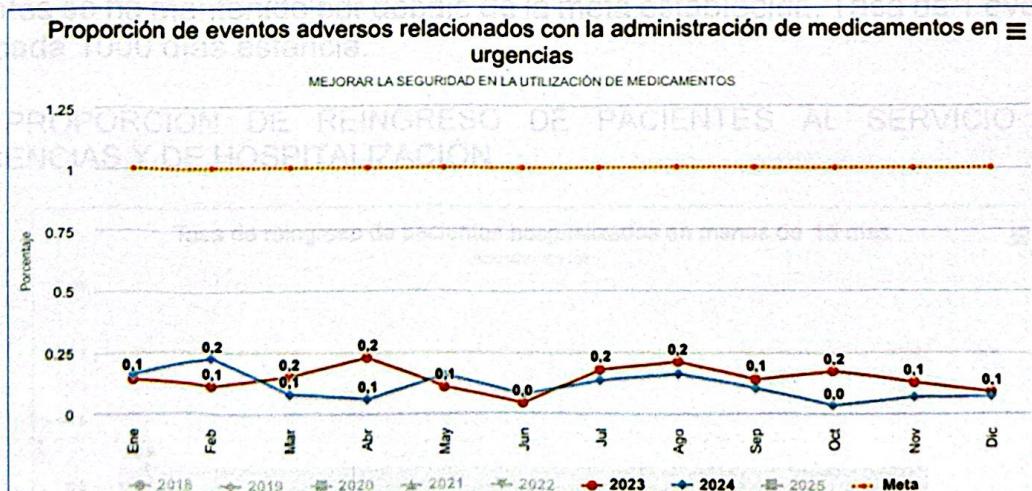


**1. TASA DE ULCERAS POR PRESIÓN**

indicador. En Apoyo Diagnóstico y Complementación terapéutica no se presentaron eventos de caídas durante las dos vigencias de análisis.

15. PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS.

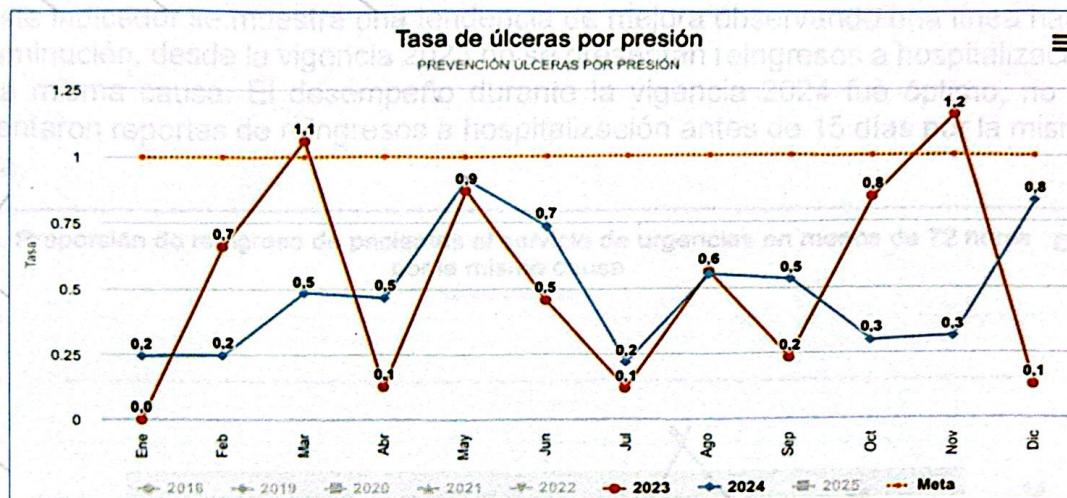
Fuente: SGI ALMERA HDSP



Fuente: SGI ALMERA HDSP

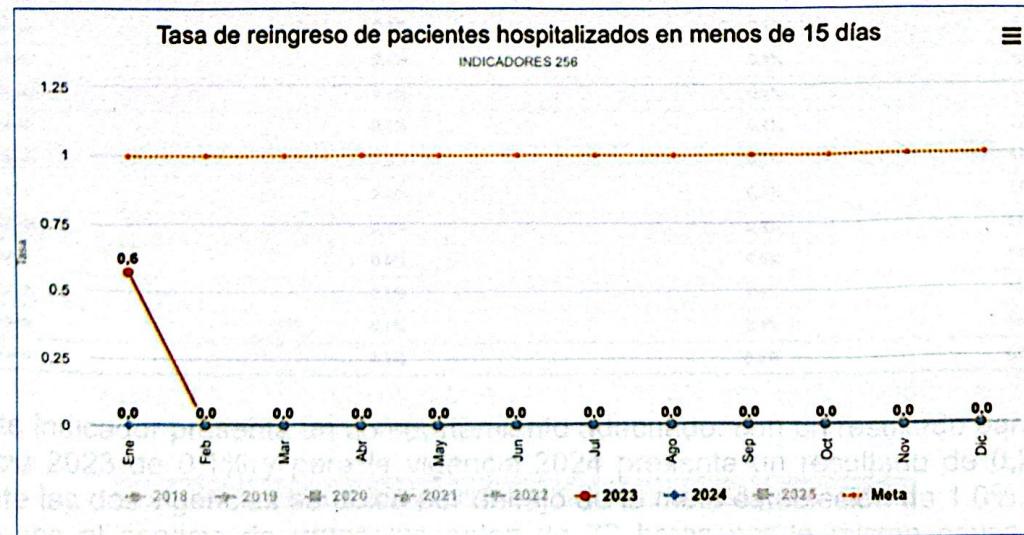
Este indicador presenta un desempeño adecuado frente a la meta institucional que es del 1%, con un resultado promedio para la vigencia 2023 de 0,1% y 0,1% para hospitalización y urgencias respectivamente, que comparado con la vigencia 2024 presenta un comportamiento similar durante las dos vigencias.



16. TASA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Fuente: SGI ALMERA HDSP

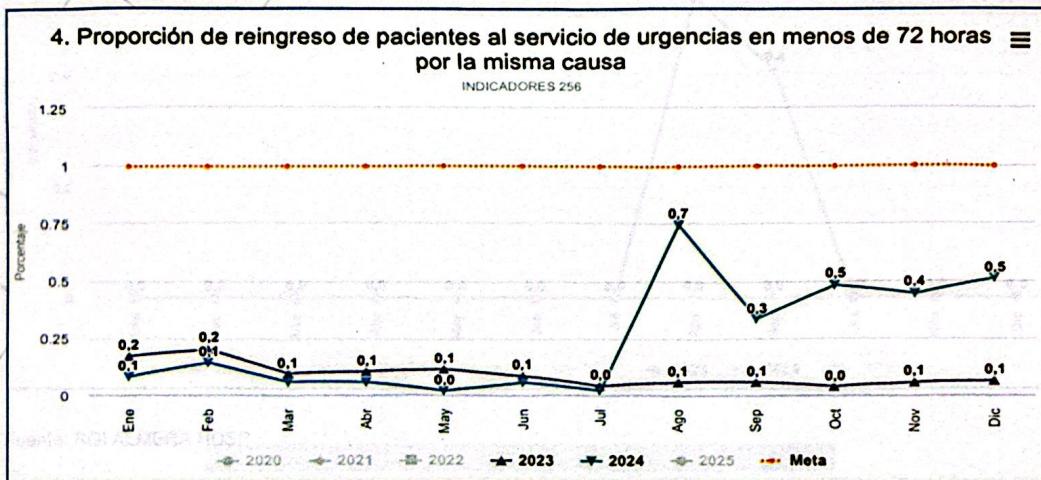
Este indicador ha presentado desviaciones durante el mes de marzo y noviembre de la vigencia 2023, en tanto que durante la vigencia 2024 se observa un descenso en el desempeño del indicador, aunque se presentaron eventos se ha mantenido por debajo de la meta establecida, Tasa de 1 evento por cada 1000 días estancia.

17. PROPORCIÓN DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS Y DE HOSPITALIZACIÓN

Fuente: SGI ALMERA HDSP



En este indicador se muestra una tendencia de mejora observando una línea hacia la disminución, desde la vigencia 2023 no se presentan reingresos a hospitalización por la misma causa. El desempeño durante la vigencia 2024 fue óptimo, no se presentaron reportes de reingresos a hospitalización antes de 15 días por la misma causa.



Fuente: SGI ALMERA HDSP

Periodos	2023		2024		Meta
	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	
Enero	0.2%		0.1%		1.0%
Febrero	0.2%		0.1%		1.0%
Marzo	0.1%		0.1%		1.0%
Abri	0.1%		0.1%		1.0%
Mayo	0.1%		0.0%		1.0%
Junio	0.1%		0.1%		1.0%
Julio	0.0%		0.0%		1.0%
Agosto	0.1%		0.7%		1.0%
Septiembre	0.1%		0.3%		1.0%
Octubre	0.0%		0.3%		1.0%
Noviembre	0.1%		0.4%		1.0%
Diciembre	0.1%		0.5%		1.0%
Acumulado	0.1%		0.2%		1.0%

Durante la vigencia 2023 se presentó un 0.1% de proporción de readmisión. En este indicador presenta un comportamiento adecuado, con un resultado para la vigencia 2023 de 0.1% y para la vigencia 2024 presenta un resultado de 0.2%. Durante las dos vigencias se ubica por debajo de la meta establecida de 1.0%, de reingresos al servicio de urgencias antes de 72 horas por la misma causa de ingreso.





18. PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA



Fuente: SGI ALMERA HDSP

Periodos	2023	2024	Meta
Indicador	Indicador	Indicador	Indicador
Enero	0,0%	0,0%	0,0%
Febrero	0,0%	0,0%	0,0%
Marzo	0,0%	0,0%	0,0%
Abre	0,0%	0,0%	0,0%
Mayo	0,0%	0,0%	0,0%
Junio	0,0%	0,0%	0,0%
Julio	0,0%	0,0%	0,0%
Agosto	0,5%	0,0%	0,0%
Septiembre	0,4%	0,0%	0,0%
Octubre	0,0%	0,0%	0,0%
Noviembre	0,0%	0,0%	0,0%
Diciembre	0,0%	0,0%	0,0%
Acumulado	0,1%	0,0%	0,0%

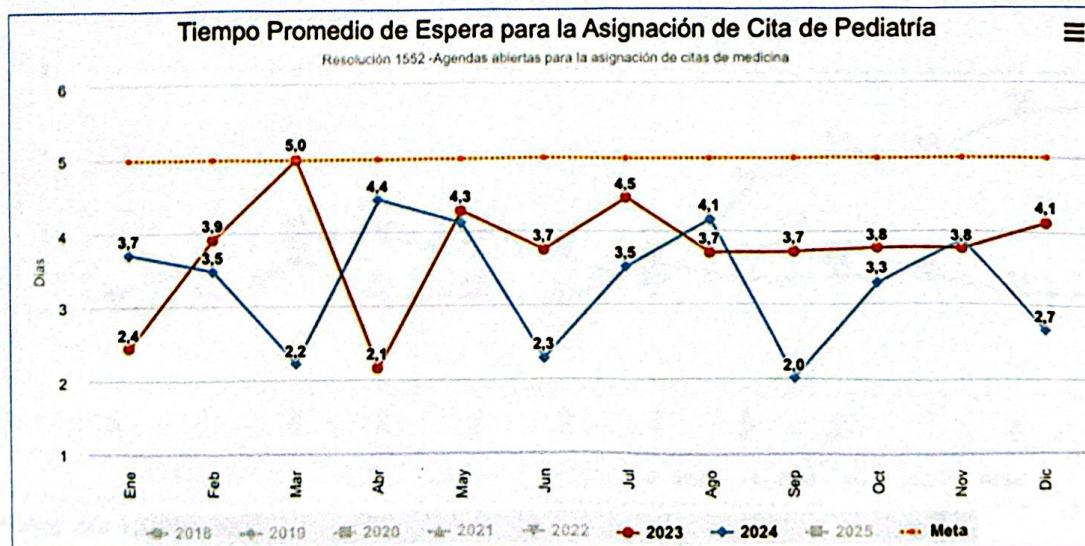
Durante la vigencia 2023 se presentó un 0,1% de proporción de cirugías canceladas por causas atribuibles a la institución, sin embargo, el desempeño del indicador es adecuado frente a la meta del 1%. En la vigencia 2024 no se presentaron eventos de cancelación de cirugía programada por factores contributivos institucionales.



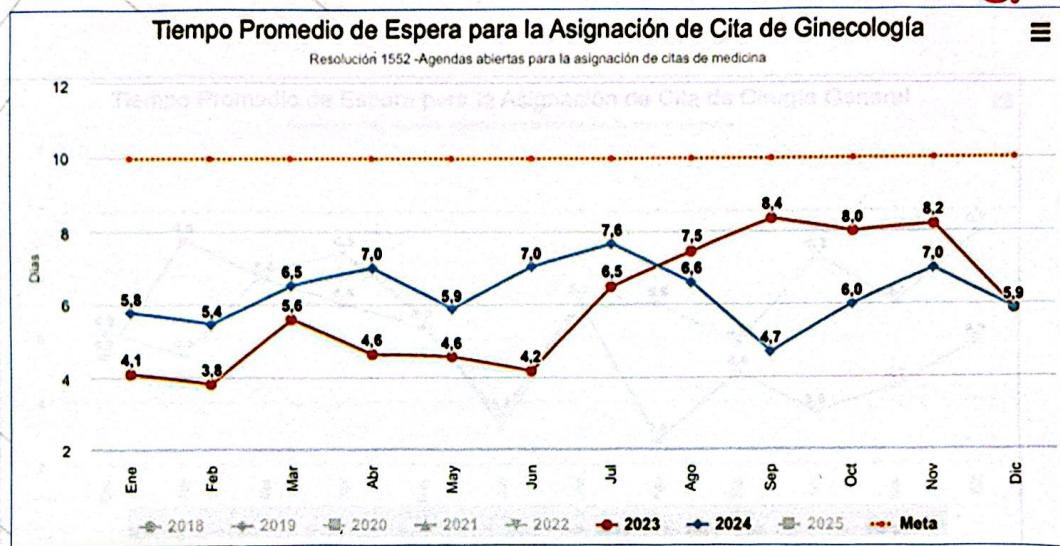
19. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE MEDICINA INTERNA, PEDIATRÍA, GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA Y CIRUGÍA GENERAL.



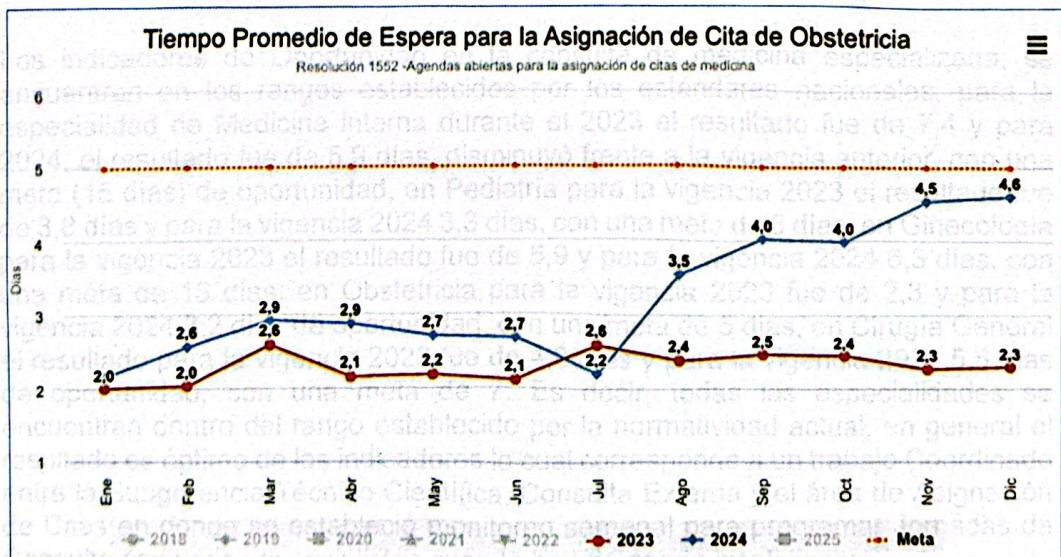
Fuente: SGI ALMERA HDSP



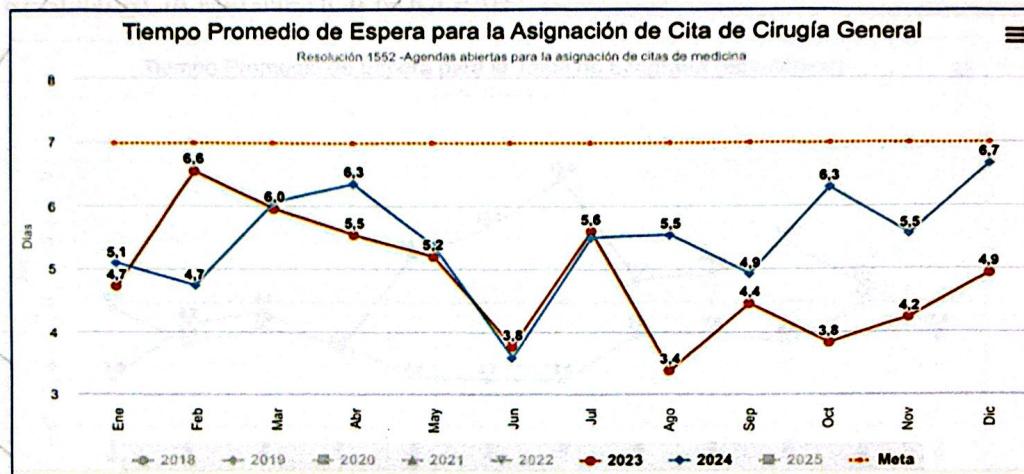
Fuente: SGI ALMERA HDSP



Fuente: SGI ALMERA HDSP



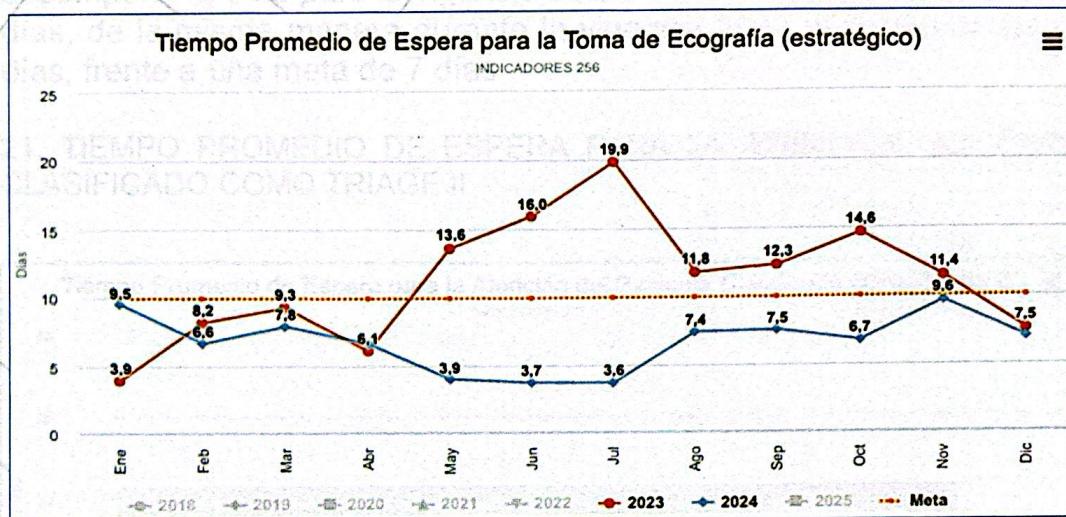
Fuente: SGI ALMERA HDSP



Fuente: SGI ALMERA HDSP

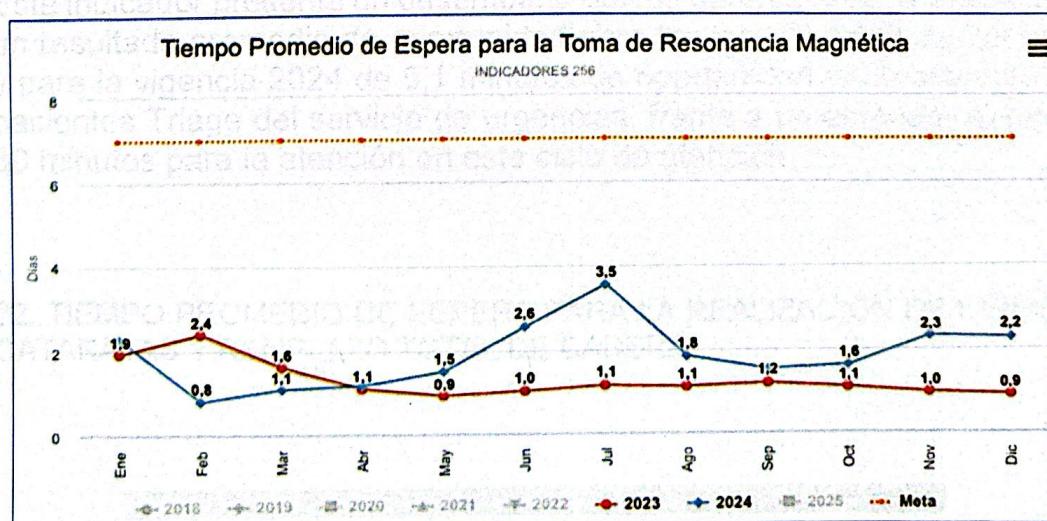
Página 30 ALMERA HDSP

La oportunidad en la toma de agenda presenta un desempeño adecuado. Los indicadores de Oportunidad en la consulta de medicina especializada, se encuentran en los rangos establecidos por los estándares nacionales, para la especialidad de Medicina interna durante el 2023 el resultado fue de 7,4 y para 2024, el resultado fue de 5,9 días, disminuyó frente a la vigencia anterior, con una meta (15 días) de oportunidad, en Pediatría para la vigencia 2023 el resultado fue de 3,8 días y para la vigencia 2024 3,3 días, con una meta de 5 días, en Ginecología para la vigencia 2023 el resultado fue de 5,9 y para la vigencia 2024 6,3 días, con una meta de 15 días, en Obstetricia para la vigencia 2023 fue de 2,3 y para la vigencia 2024 3,2 días de oportunidad, con una meta de 5 días, en Cirugía General el resultado para la vigencia 2023 fue de 4,8 días y para la vigencia 2024 5,5 días de oportunidad, con una meta de 7. Es decir, todas las especialidades se encuentran dentro del rango establecido por la normatividad actual, en general el resultado es óptimo de los indicadores lo cual corresponde a un trabajo Coordinado entre la Subgerencia Técnico Científica, Consulta Externa y el área de Asignación de Citas en donde se estableció monitoreo semanal para programar Jornadas de Consulta con varios especialistas cuando hay demanda insatisfecha.

20. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE ECOGRAFÍA Y RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

Fuente: SGI ALMERA HDSP

La oportunidad en la toma de ecografía presenta un desempeño adecuado para la vigencia 2024, observando una tendencia hacia la disminución, con un resultado promedio de 6,7 días, frente a la meta establecida de 10 días, comparado con la vigencia 2023 observando una desviación de 11,2 días en promedio durante la vigencia, para lo cual se implementaron las acciones de mejora pertinentes.

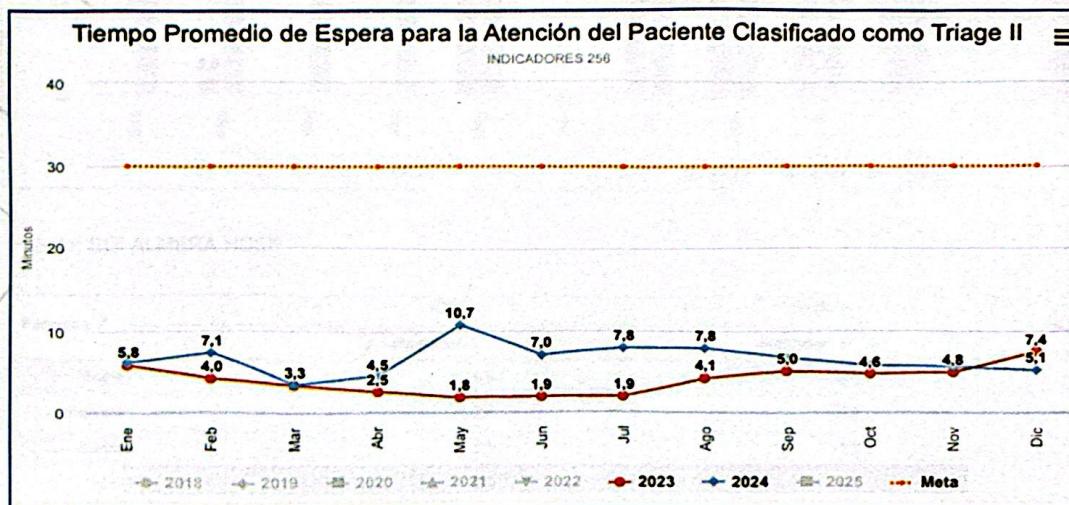


Fuente: SGI ALMERA HDSP



La oportunidad para la realización de resonancia ambulatoria presenta un desempeño óptimo para la vigencia 2023, con un resultado promedio de 1,3 días, de la misma manera durante la vigencia 2024 el promedio fue de 1,9 días, frente a una meta de 7 días.

21. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE II.

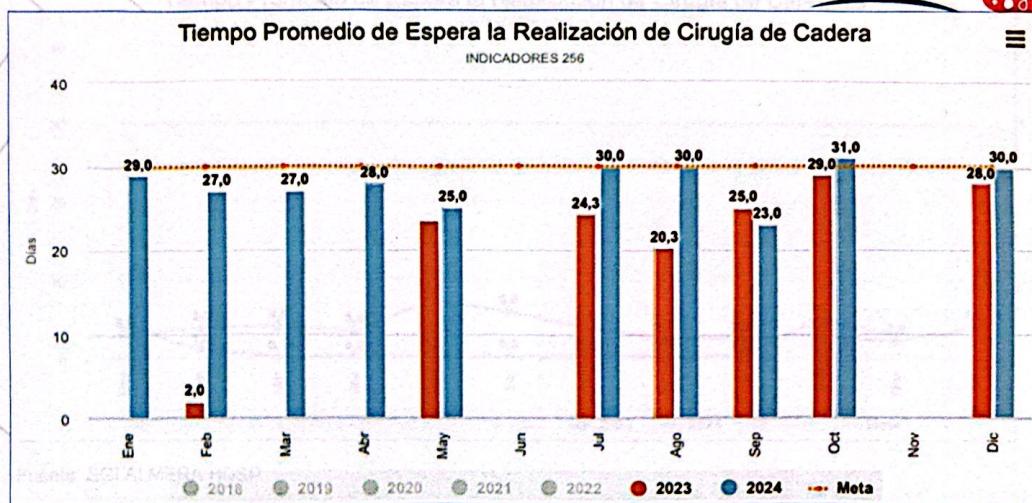


Fuente: SGI ALMERA HDSP

Este indicador presenta un desempeño óptimo durante las dos vigencias, con un resultado promedio de oportunidad para la vigencia 2023 de 7,4 minutos y para la vigencia 2024 de 5,1 minutos de oportunidad en la atención de los pacientes Triage del servicio de urgencias, frente a un estándar nacional de 30 minutos para la atención en este ciclo de atención.

22. TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE CATARATAS Y REMPLAZO TOTAL DE CADERA.

Y para la vigencia 2023 se obtuvo un resultado promedio de 12.7 días, y para la vigencia 2024, hubo una mejoría en octubre, con 31 días, sin embargo, el resultado promedio durante la vigencia fue de 72.3 días, superiores por debajo de la meta establecida.



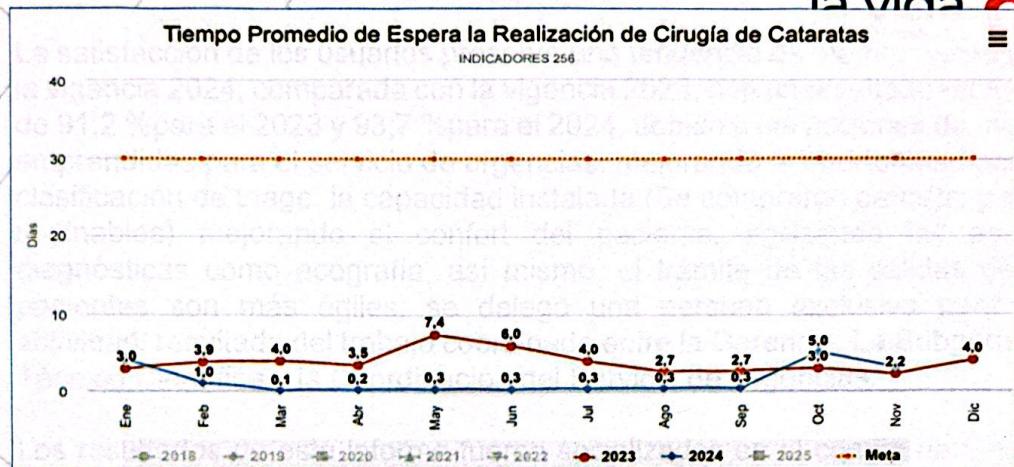
Fuente: SGI ALMERA HDSP

La oportunidad en la realización de cirugía de cadera ha tenido un desempeño adecuado, con resultados por debajo de la meta establecida de

Periodos	2023		2024		Meta
	Indicador	Unidad	Indicador	Unidad	
Enero	0.0		29.0		30.0
Febrero	2.0		27.0		30.0
Marzo	0.0		27.0		30.0
Abril	0.0		28.0		30.0
Mayo	23.5		25.0		30.0
Junio	0.0		0.0		30.0
Julio	24.3		30.0		30.0
Agosto	20.3		30.0		30.0
Septiembre	25.0		23.0		30.0
Octubre	29.0		31.0		30.0
Noviembre	0.0		0.0		30.0
Diciembre	28.0		30.0		30.0
Acumulado	12.7		23.3		30.0

La oportunidad en la realización de cirugía de cadera ha tenido un desempeño adecuado, con resultados por debajo de la meta establecida de 30 días, para la vigencia 2023 se obtuvo un resultado promedio de 12,7 días, y para la vigencia 2024, hubo una desviación en octubre con 31 días, sin embargo, el resultado promedio durante la vigencia fue de 23,3 días, ubicándose por debajo de la meta establecida.

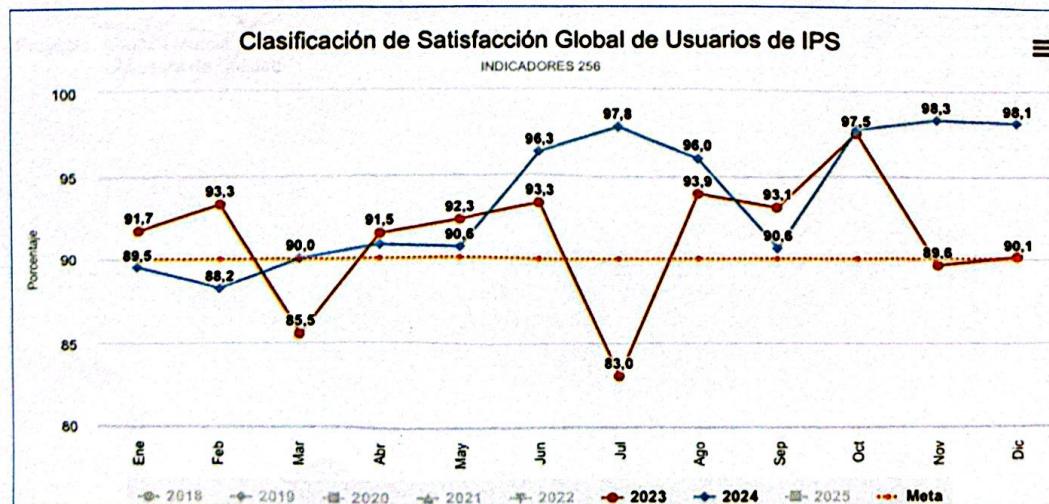




Fuente: SGI ALMERA HDSP

La oportunidad en la realización de cirugía de catarata ha tenido un desempeño adecuado, con resultados por debajo de la meta establecida de 30 días, para la vigencia 2023 el promedio fue de 3,9 días y para el 2024 con un promedio de 1,3 días de oportunidad.

23. TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE USUARIOS DE LA IPS.



Fuente: SGI ALMERA HDSP



ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PITALITO

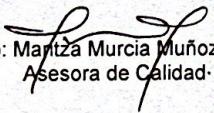
Un Hospital
al servicio de
la vida 

La satisfacción de los usuarios presenta una tendencia de mejoramiento para la vigencia 2024, comparada con la vigencia 2023, con un resultado promedio de 91,2 % para el 2023 y 93,7 % para el 2024, debido a las acciones de mejora emprendidas para el servicio de urgencias, mejorando la oportunidad para la clasificación de triage, la capacidad instalada (Se compraron camillas y sillas reclinables) mejorando el confort del paciente, agilizando las ayudas diagnósticas como ecografía, así mismo, el trámite de las salidas de los pacientes son más ágiles, se delegó una persona exclusiva para esa actividad, resultado del trabajo coordinado entre la Gerencia, La Subgerencia Técnico Científica y la Coordinación del Servicio de Urgencias.

Los resultados de este informe fueron socializados en el comité de Gestión de la Calidad, escenario en el que se tomaron las medidas necesarias para mejorar la calidad de la atención de nuestros pacientes y en cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo "Un Hospital Al Servicio de la Vida" 2024-2028.



DIANA MARCELA CONDE MARTÍN
Gerente

Proyectó: Maitza Murcia Muñoz
Asesora de Calidad. 



Calle 3 Sur No. 1B - 45
Pitalito - Huila



www.hospitalpitalito.gov.co
gerencia@hospitalpitalito.gov.co



PBX: (608) 836 2500
Ext: 5000

GESTIÓN DOCUMENTAL:
Resolución N°. 028 de 23
de enero de 2025.
Versión:2.0