2024

INFORME DE GESTIÓN

ADRIANA MARCELA GUTIERREZ FERRO

Gerente

JUNTA DIRECTIVA ESE HOSPITAL SAN ROQUE

FRANCISCO JAVIER GUZMAN FIGUEROA
ALCALDE MUNICIPAL

JENNIFER NATALIA ORDOÑEZ CORTES
DIRECTORA LOCAL DE SALUD

ADRIANA MARCELA GUTIERREZ FERRO
GERENTE
E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE

GINA PAZ LUCUMI
REPRESENTANTE ÁREA ASISTENCIAL
E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE

MARÍA ZORAIDA GUTIERREZ SASTOQUE
REPRESENTANTE ÁREA ADMINISTRATIVA
E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE

MARÍA RUBIELA RIVERA
REPRESENTANTE ASOCIACIÓN DE USUARIOS

EQUIPO COORDINADOR Y DE APOYO

ADRIANA MARCELA GUTIERREZ FERRO
GERENTE

MARIA ZORAIDA GUTIERREZ SASTOQUE
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y DE PLANEACIÓN

FELIPE MAURICIO PASTES
SUBGERENTE FINANCIERO Y DE SOSTENIBILIDAD

LUIS ALBERTO VELARDE TOBAR
ASESOR DE CONTROL INTERNO

ALEYDA LORENA PALMA CAMPO
ASESORA DE CALIDAD

FREDDY ALEJANDRO GUIZA ALVAREZ
ASESOR JURIDICO EXTERNO

FABIAN VELASQUEZ GARCIA
COORDINADOR MÉDICO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

JHON FREDDY GOMEZ PASTES
COORDINADOR DE CONSULTA EXTERNA

MARCELA MONTAÑO HURTADO
ENFERMERA JEFE DE VACUNACIÓN

GINA MARCELA PAZ LUCUMÍ
ENFERMERA JEFE DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

ANA TERESA MAZABUEL
LÍDER DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

JOSÉ MANUEL CORTES LOZANO
BACTERIOLOGO

ASTRID CAROLINA MOSQUERA MENA
COORDINADORA DE ODONTOLOGÍA

NATHALIA MEDINA CARVAJAL
FISIOTERAPEUTA

JUAN SEBASTIAN SINISTERRA
PSICOLOGO

JHON JAIRO OROZCO
COORDINADOR DE MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES

DIANA MARCELA MUÑOZ MONTENEGRO
COORDINADORA DE ESTADISTICA Y ARCHIVO

RAUL ANDRES PIZO
COORDINADOR DE SISTEMAS Y COMUNICACIONES

SANDRA PATRICIA MEDINA
COORDINADORA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

MARIA NORYS RIAÑO MAYOR
JEFE DE ALMACEN

MÓNICA PINZON
JEFE DE FACTURACIÓN Y CARTERA

ELIZABETH MURILLO CRUZ
JEFE DE PRESUPUESTO

ALBA CECILIA RIAÑO MAYOR
CONTADORA

ELIANA MARCELA CALDERON VASCO
TESORERA

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 5

2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO 6

3. PLAN DE DESARROLLO 2024-2027 15

4. EJE 1: GESTIÓN ESTRATÉGICA 16
   - 4.1. Planeación y Gestión de Calidad 16
   - 4.2. Banco de Proyectos 36
   - 4.3. Contratación 37
   - 4.4. Defensa Jurídica 39
   - 4.5. Gestión Humana 41
   - 4.6. Almacén e Inventarios 48
   - 4.7. Seguridad y Salud en el Trabajo 50
   - 4.8. Mantenimiento infraestructura hospitalaria 60

5. EJE 2: GESTIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 67
   - 5.1. Urgencias y hospitalización 67
   - 5.2. Consulta externa 72
   - 5.3. Rutas de atención integral en salud 86
   - 5.4. Seguridad del paciente 98

6. EJE 3: GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 105
   - 6.1. Ingresos y gastos 105
   - 6.2. Cuentas por pagar y pasivos 109
   - 6.3. Estadística y archivo 111
   - 6.4. SIAU 119
   - 6.5. Sistemas y comunicaciones 124

1. INTRODUCCIÓN

El año 2024 ha sido un período de desafíos y oportunidades para nuestro hospital, donde hemos reafirmado nuestro compromiso con la atención humana de calidad y el bienestar de nuestros pacientes. En un entorno en constante cambio, hemos enfrentado tanto los efectos persistentes de las nuevas demandas de salud pública, lo que nos ha llevado a adaptarnos y evolucionar continuamente.

Durante este año, hemos implementado diversas iniciativas orientadas a mejorar nuestros servicios, optimizar procesos internos y fortalecer la formación continua de nuestro personal médico y administrativo. Además, hemos trabajado en colaboración con diferentes entidades para garantizar el acceso a la atención médica de nuestras comunidades, priorizando siempre la seguridad y la satisfacción de nuestros pacientes.

En este informe, se presentarán los logros alcanzados, las áreas de mejora identificadas y las estrategias que estamos implementando para enfrentar los retos futuros. La información y estructura del informe tiene como fuente, los datos que cada proceso genera y que a su vez sustentan los resultados de los Planes de acción contenidos en la Planeación Estratégica.

Agradecemos a todo nuestro equipo por su dedicación incansable y a nuestros pacientes por confiar en nosotros. Juntos, seguimos construyendo un hospital más

humano, fuerte y eficiente, comprometido con la salud y el bienestar de nuestra comunidad.

2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

2.1. Misión

Somos una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud de nivel primario con énfasis en la Promoción y mantenimiento de la salud enmarcados en el modelo de Atención Primaria en Salud. Nos enfocamos en mejorar la salud y calidad de vida de la población con procesos de calidad y talento humano comprometido.

2.2. Visión

Ser una empresa líder en el suroriente del Valle del Cauca en el año 2029 reconocida por la humanización en la prestación de servicios de salud con enfoque en la gestión del riesgo, a través de la innovación en sus procesos, el mejor talento humano, desarrollo tecnológico y equilibrio financiero

2.3. Política de Calidad

Nos comprometemos a prestar servicios de salud de nivel primario, caracterizados por lograr la mejora de la salud y la calidad de vida de la comunidad a través de la humanización en la atención médica, la gestión del riesgo, la innovación tecnológica

y el desarrollo del talento humano, promoviendo siempre la mejora continua de nuestros procesos.

2.4. Principios Corporativos

- **Humanización en la prestación del servicio**

Es el principio que orienta el trato digno, respetuoso y empático con los usuarios y sus familias, así como el trabajo en equipo, el cuidado de sí mismo y el ambiente laboral, buscando el bienestar de las personas y el cumplimiento de sus derechos y deberes.

La humanización es un valor fundamental para la integridad de la Empresa Social del Estado, ya que implica reconocer la dimensión humana de su labor, tanto interna como externa. La humanización busca mejorar la calidad de los servicios, la satisfacción de los usuarios y las condiciones de trabajo de los empleados, mediante una gestión ética, responsable y participativa. La humanización implica también fomentar una cultura de aprendizaje, innovación y mejora continua, que contribuya al desarrollo social y ambiental de la comunidad.

- **Calidad**

La calidad es el principio que guía la búsqueda de la excelencia en la gestión y la prestación de los servicios de salud, basada en el conocimiento científico, técnico y ético, y en la evaluación continua de los procesos y resultados. La calidad implica satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias, así como de

los trabajadores y la sociedad en general, cumpliendo con los estándares de calidad establecidos y promoviendo la mejora continua. La calidad también supone hacer un uso eficiente y racional de los recursos disponibles, garantizando la sostenibilidad y la viabilidad de la empresa social del estado

- **Responsabilidad**

La responsabilidad es el compromiso que asumen los trabajadores y directivos de la empresa social del estado de cumplir con sus obligaciones y deberes, así como de responder por sus acciones y decisiones ante los usuarios, las autoridades, los socios y la comunidad. La responsabilidad implica rendir cuentas de forma transparente y oportuna, asumir las consecuencias de los errores y aciertos, y actuar siempre con honestidad, integridad y respeto por los derechos humanos y el medio ambiente. La responsabilidad también exige velar por el cumplimiento de la misión, la visión, los valores y los objetivos estratégicos de la empresa social del estado, buscando el beneficio social y el bienestar de la población.

- **Equidad**

La equidad es el principio que orienta la gestión de la empresa social del estado hacia la reducción de las brechas de acceso, calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud y la promoción de la salud pública. La equidad implica reconocer y respetar la diversidad, las necesidades y los derechos de las personas, sin discriminación por razones de género, edad, etnia, discapacidad, orientación sexual, religión, cultura, territorio o condición socioeconómica. La equidad también

supone garantizar la participación efectiva y el empoderamiento de los usuarios, las comunidades y los actores sociales en la toma de decisiones que afectan su salud y su calidad de vida.

- **Integralidad**

Adoptamos una perspectiva integral en nuestro enfoque de la salud. No solo nos centramos en tratar enfermedades, sino que también promovemos activamente la salud y la prevención de enfermedades para mantener a nuestra comunidad saludable.

- **Resolutividad**

La resolutividad es el principio que orienta la gestión de la empresa social del estado hacia la satisfacción efectiva de las necesidades y expectativas de salud de la población, mediante la provisión de servicios integrales, oportunos, eficientes y de calidad. La resolutividad implica asumir la responsabilidad de resolver los problemas de salud de los usuarios, desde el primer contacto hasta el alta definitiva, así como de coordinar la continuidad de la atención con otros niveles y actores del sistema. La resolutividad también supone generar valor público, a través de la optimización de los recursos disponibles, la innovación permanente y la mejora continua de los procesos y resultados.

- **Solidaridad**

En nuestra institución este principio se basa en la adhesión o apoyo incondicional a causas o interese ajenos, especialmente en situaciones comprometidas o difíciles en la atención en salud.

- **Sostenibilidad financiera**

Trabajamos para mantener un equilibrio financiero que garantice la continuidad de nuestros servicios de salud a lo largo del tiempo. Buscamos una adecuada administración de los recursos económicos, de manera que podamos seguir atendiendo a la población sin comprometer la calidad de la atención.

2.5. Valores Corporativos

- **Sentido de pertenencia**

Es el compromiso de los trabajadores con la misión, la visión y los objetivos de la empresa social del estado, así como el orgullo de pertenecer a una organización que busca mejorar la calidad de vida de la población. El sentido de pertenencia implica identificarse con los valores institucionales y actuar en consecuencia, aportando al desarrollo y la sostenibilidad de la empresa social del estado.

- **Respeto**

Es el reconocimiento y la valoración de la dignidad, los derechos y las diferencias de cada persona que forma parte de la empresa social del estado, así como de los usuarios y las comunidades a las que se dirigen los servicios. El respeto implica tratar a los demás con cortesía, consideración y empatía, evitando cualquier tipo de discriminación, abuso o violencia. El respeto también se manifiesta en el cumplimiento de las normas, los deberes y las responsabilidades que rigen el funcionamiento de la empresa social del estado.

- **Honestidad**

Es la coherencia entre lo que se piensa, se dice y se hace, en relación con los principios éticos que orientan la empresa social del estado. La honestidad implica actuar con transparencia, veracidad y lealtad, tanto en el manejo de los recursos como en la información que se brinda a los usuarios y las autoridades. La honestidad también supone reconocer y corregir los errores, así como denunciar las irregularidades o las conductas indebidas que afecten el interés público.

- **Justicia**

Es el valor que orienta a actuar con equidad, imparcialidad y respeto hacia los derechos y las necesidades de las personas, sin hacer distinciones por razones de género, edad, etnia, religión, condición social o cualquier otra. La justicia implica reconocer la dignidad y la diversidad humana, así como garantizar el acceso universal a los servicios de salud, con calidad, oportunidad y pertinencia. La justicia

también supone cumplir y hacer cumplir las normas legales y éticas que rigen el sector salud, y velar por el uso adecuado de los recursos públicos.

- **Seguridad**

Nuestra máxima prioridad es la seguridad en todos los aspectos. Nos comprometemos a proporcionar atención médica segura y de calidad, proteger la privacidad de los pacientes y el bienestar del personal, y mantener instalaciones y equipamiento seguros. Nuestra cultura de seguridad busca salvaguardar la vida y la salud de todos los involucrados en nuestra institución.

- **Confidencialidad**

En nuestra organización, la confidencialidad es un valor esencial que guía todas nuestras acciones y prácticas en la prestación de servicios de salud. Protegemos la privacidad y la información personal de nuestros pacientes y colegas mediante medidas de acceso restringido, protección de datos, consentimiento informado y capacitación. Cumplimos con las leyes y regulaciones de privacidad para mantener la confianza de nuestros pacientes y asegurar un enfoque centrado en su bienestar y privacidad.

- **Trabajo en equipo**

Reconocemos la importancia del trabajo en equipo. Colaboramos estrechamente con nuestro talento humano capacitado y otros actores del sistema de salud para maximizar nuestros esfuerzos y lograr un impacto significativo en la comunidad

- **Participación ciudadana**

La participación de la comunidad es un principio fundamental de las empresas sociales del estado, que busca promover el protagonismo de los usuarios y la sociedad civil en la gestión y el control social de los servicios de salud. Algunas características que se pueden identificar como constitutivas y que contribuyan a mejorar la participación de la comunidad son:

- La conformación de espacios de diálogo y concertación entre las autoridades de salud, los prestadores de servicios, las organizaciones comunitarias y los usuarios, para definir las prioridades, las metas y los planes de acción en materia de salud.

- La implementación de mecanismos de información, educación y comunicación que permitan a la comunidad conocer sus derechos y deberes en salud, así como los servicios disponibles, los estándares de calidad y los resultados de la gestión.

- La creación de instancias de veeduría, seguimiento y evaluación ciudadana de la calidad, la oportunidad, la pertinencia y la eficiencia de los servicios de salud, así como de la transparencia y la rendición de cuentas de las empresas sociales del estado.

- El fomento de la corresponsabilidad y el compromiso de la comunidad con el cuidado de su salud y la prevención de enfermedades, mediante la promoción de hábitos saludables, la participación en actividades de salud pública y la generación de redes de apoyo social.

- El fortalecimiento de la capacidad organizativa, técnica y política de la comunidad, especialmente de los grupos más vulnerables y excluidos, para que puedan incidir en las decisiones y acciones que afectan su salud y su bienestar.

Estas características se basan en el reconocimiento de la comunidad como sujeto de derechos y actor social, que tiene voz y voto en las políticas y programas de salud, y que puede contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

3. PLAN DE DESARROLLO 2024-2027

El Plan de Desarrollo 2024-2027 de la ESE Hospital San Roque de Pradera "Juntos Construyendo un Servicio de Salud con Calidad", está conformado por tres grandes ejes estratégicos: Gestión Estratégica, Gestión Prestación de Servicios de Salud y Gestión Administrativa y Financiera. El primer eje estratégico Gestión Estratégica, está definido por un objetivo Estratégico general que es: Definir una ruta estratégica que le permita a la Institución cumplir con su Misionalidad a través de una Gestión transparente y responsable, impulsando la garantía de los derechos de los usuarios a través de la humanización de los servicios, la gestión del riesgo y la seguridad en la atención a fin de lograr resultados positivos en la salud de los ciudadanos. Este eje tiene 4 programas, 7 subprogramas y 13 proyectos.

El segundo eje estratégico Gestión Prestación de Servicios de Salud, está compuesto por un objetivo estratégico, un programa, dos subprogramas y cuatro proyectos; su objetivo estratégico general es: Garantizar en la Institución, procesos de atención en salud seguros, efectivos y eficientes tanto a los usuarios como a sus familias, enmarcados en la seguridad del paciente y la gestión del riesgo; haciendo énfasis en la Promoción y el Mantenimiento de la salud y teniendo la humanización como elemento fundamental de la atención. El tercer eje Gestión Administrativa y Financiera, está compuesto por un objetivo estratégico general, dos programas, tres subprogramas y siete proyectos. El objetivo estratégico general es Fortalecer los procesos administrativos y financieros de la ESE a fin de lograr una estabilidad financiera que permita prestar servicios de salud con Calidad a la población.

4. EJE 1: GESTIÓN ESTRATÉGICA

Objetivo del eje: Garantizar en la Institución, procesos de atención en salud seguros, efectivos y eficientes tanto a los usuarios como a sus familias, enmarcados en la seguridad del paciente y la gestión del riesgo; haciendo énfasis en la Promoción y el Mantenimiento de la salud y teniendo la humanización como elemento fundamental de la atención. Este eje se compone de cuatro (4) programas, siete (7) subprogramas y trece (13) proyectos.

4.1. PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE CALIDAD

El presente informe contiene los avances obtenidos en el proceso de Gestión de la Calidad en la ESE Hospital San Roque de Pradera en cumplimiento del Sistema Obligatorio de garantía de la Calidad en Salud en sus diferentes componentes el cual tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Se detallan las actividades realizadas en cada componente: Sistema Único de Habilitación - SUH, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC, Sistema Único de Acreditación – SUA y Sistema de Información para la Calidad. De igual manera se describen la gestión realizada a las Auditorías Externas de las diferentes EAPB, la Secretaría Departamental y el Ente territorial. Adicional a las actividades del

proceso, se detallan otras actividades propias del proceso de Planeación a las cuales se les dio apoyo bajo el principio de cooperación entre áreas, dado el momento institucional de reorganización de los procesos y el cambio de personal en los mismos.

4.1.1. Estado sistema único de habilitación

La ESE Hospital San Roque cuenta con una Declaración de Autoevaluación para el periodo 2023-07-01 al 2024-06-30 en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), con los servicios que tiene habilitados y que se detallan a continuación:

Grupo de Servicio	Código de Servicio	Nombre del Servicio
Internación	129	Hospitalización Adultos
Internación	130	Hospitalización Pediátrica
Consulta Externa	312	Enfermería
Consulta Externa	320	Ginecobstetricia
Consulta Externa	325	Medicina Familiar
Consulta Externa	328	Medicina General
Consulta Externa	329	Medicina Interna
Consulta Externa	333	Nutrición y Dietética
Consulta Externa	334	Odontología General
Consulta Externa	342	Pediatría
Consulta Externa	344	Psicología
Consulta Externa	420	Vacunación

Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica	706	Laboratorio Clínico
Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica	712	Toma de muestras de laboratorio Clínico
Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica	714	Servicio Farmacéutico
Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica	729	Terapia Respiratoria
Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica	739	Fisioterapia
Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica	744	Imágenes Diagnósticas – Ionizantes
Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica	748	Radiología Odontológica
Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica	749	Toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
Atención Inmediata	1101	Atención delo parto
Atención Inmediata	1102	Urgencias
Atención Inmediata	1103	Transporte Básico Asistencial

Las actualizaciones y/o modificaciones que se realizaron durante la vigencia 2024 fueron las siguientes:

- Habilitación de Psiquiatría en modalidad Telemedicina (08-02-2024)
- Actualización de Representante Legal (junio 2024)

- Solicitud de cierre de la Sede Puesto de Salud del Berlín (la cual actualmente se encuentra habilitada a la espera de la decisión que se tome al respecto en Junta Directiva). Actualizada solicitud en noviembre de 2024.
- Ajustes como: 1 sala de partos (estaban reportadas 2), 1 cama de Hospitalización adultos (estaban reportadas 5 y en la práctica se utilizan 6), un consultorio de procedimientos que se ajustó a sala (noviembre 2024).

Durante la vigencia se gestionaron diferentes Oportunidades de mejora en estándares de Talento Humano, Infraestructura e Interdependencia entre otros, detectadas en auditorías externas por las EAPB, relacionadas al cumplimiento de los estándares de Habilitación (Resolución 3100 de 2019), los cuales se detallan más adelante en el apartado de Auditorías.

4.1.2. Estado programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad – PAMEC

La Institución formuló Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC para las vigencias 2024 a 2025, cuyo objetivo es garantizar la calidad de la atención en salud a los usuarios de la ESE Hospital San Roque a través de la implementación de un sistema de auditoría sistémico y continuo de evaluación y

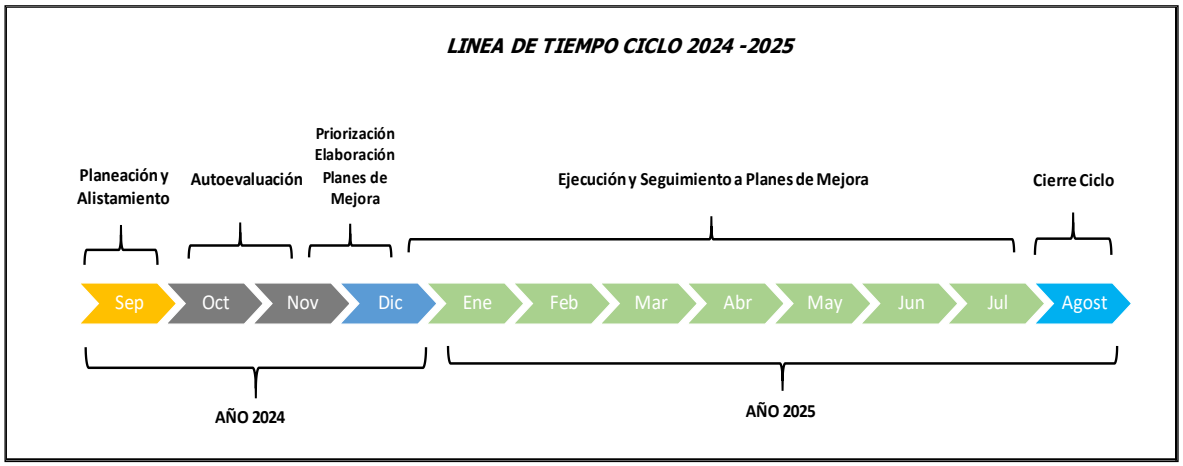
mejoramiento de la calidad esperada, y en concordancia con la Misión y Visión Institucional.

Los objetivos específicos definidos fueron:

- Identificar las brechas para alcanzar estándares superiores de calidad acordes con los estándares de acreditación según normatividad vigente a través de la Autoevaluación.
- Identificar en forma sistemática y continúa oportunidades de mejora mediante la evaluación permanente de cada uno de los procesos institucionales, dando el manejo adecuado a cada una de los procesos que intervienen en la atención del paciente.
- Promover una cultura de autocontrol en el Hospital, como estrategia de mejoramiento y calidad.
- Realizar seguimiento y evaluación a la gestión de la calidad de la atención en salud al interior del Hospital.
- Orientar al mejoramiento continuo de los diferentes aspectos que influyen en la atención en salud de nuestros usuarios.
- Lograr el aprendizaje Organización que permita mantener una cultura de la calidad frente a la prestación de los servicios de salud.

El alcance del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad en el Hospital San Roque se enfocó en el cumplimiento gradual de los estándares de Acreditación acorde al resultado de la Autoevaluación con miras a la Acreditación y abarcó todos los procesos que fueron priorizados para la ejecución del Plan de mejoramiento.

Para su cumplimiento se planteó la siguiente línea de tiempo:



Acorde a lo anterior definió un cronograma de trabajo para ambas vigencias, a continuación, se detallan las actividades planeadas para el año 2024 con su respectivo porcentaje de cumplimiento.

ACTIVIDADES (QUÉ)	RESPONSABLE (QUIEN)	SOPORTES	% CUMPLIMIENTO
Formulación PAMEC - Ciclo 2024 - 2025	Asesora Calidad Equipo Responsable PAMEC	Documento PAMEC Resolución No. 127 "Adopción y Creación grupos PAMEC"	100%
Conformación de Equipos	Gerente Asesora Calidad	Resolución No. 127 "Adopción y Creación grupos PAMEC"	100%
Socialización Generalidades PAMEC y	Asesora Calidad	- Acta de Reunión - Listado de Asistencia - Cronograma trabajo	100%

ACTIVIDADES (QUÉ)	RESPONSABLE (QUIEN)	SOPORTES	% CUMPLIMIENTO
Cronograma trabajo			
Aprobación del PAMEC 2024 - 2025	Asesora Calidad Equipo Responsable PAMEC	Acta de Reunión	100%
Capacitación en Metodología para evaluación de estándares	Asesora Calidad	Registro Fotográfico de Asistencia a "Taller Autoevaluación de Estándares del Sistema Único de Acreditación" programado por la Secretaría Departamental de Salud del Valle.	100%
Autoevaluación Cualitativa y Cuantitativa	Equipos de Trabajo Asesora Calidad	Matrices de autoevaluación por grupo de estándares alojados en el sharepoint asignado a la ESE.	100%
Priorización y Elaboración Planes de Mejora	Equipos de Trabajo Asesora Calidad	Siguiendo asesoría y metodología de la OES para el ejercicio actual no se ha llegado a esta etapa.	N/A
Ejecución Planes de Mejora	Equipos de Trabajo Asesora Calidad	Soportes de cumplimiento de las acciones de mejoramiento (documentos,	86.7%

ACTIVIDADES (QUÉ)	RESPONSABLE (QUIEN)	SOPORTES	% CUMPLIMIENTO
		formatos, fotos, encuestas, etc.)	

Acorde a la tabla anterior, las actividades propuestas en el cronograma para la ejecución del PAMEC de la vigencia 2024 tuvieron un cumplimiento del 100%, excepto el Plan de Mejoramiento que tuvo un cumplimiento del 86.7% debido a que no se logró el cumplimiento de dos acciones: Implementar un modelo de enfoque de riesgos en el proceso de atención asistencial y establecer metodología o herramienta para una medición de la cultura organizacional.

4.1.3. Evaluación cumplimiento plan de mejoramiento

Para la vigencia 2024 se priorizaron 6 Acciones de Mejora que quedaron en desarrollo de la vigencia 2023 más 9 acciones que vienen pendientes de años anteriores. Las acciones de mejoramiento priorizadas corresponden a:

- Estándares Asistenciales Seis (6)
- Estándares de Gerencia: Cuatro (4)
- Talento Humano: uno (1)
- Gerencia de Ambiente Físico: tres (3)

- Gerencia de la Información: uno (1)

Cumplimiento por grupo de estándares

GRUPO DE ESTÁNDARES	ACCIONES PLANEDAS	ACCIONES CUMPLIDAS	% CUMPLIMIENTO
Proceso de atención al cliente asistencial	6	5	83.3%
Estándares de Gerencia	4	4	100%
Gerencia del Talento Humano	1	0	0%
Gerencia del Ambiente Físico	3	3	100%
Gerencia de la Información	1	1	100%
TOTAL	**15**	**13**	**86.7%**

El Plan de mejoramiento alcanzó un cumplimiento de 86.7%, quedando solo dos oportunidades de mejoramiento en proceso, una correspondiente a los estándares asistenciales y otra de Talento Humano. Estas oportunidades de mejora que quedan en proceso serán incluidas en el Plan de Mejoramiento de la presente vigencia 2025. A continuación, se detalla el seguimiento a cada una de las acciones de mejoramiento planeadas para la vigencia 2024.

Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera - Valle	**AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA - PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA Y PLAN DE MEJORAMIENTO PAMEC AÑO 2024**	

ESTADO DE AVANCE DEL PLAN DE MEJORA		
CATEGORIAS	TOTAL ACCIONES	PORCENTAJE DE AVANCE
TOTAL COMPLETAS	13	86,7%
TOTAL EN PROCESO	2	
TOTAL ATRASADAS	0	
TOTAL NO INICIADAS	0	
TOTAL ACCIONES	15	

Fecha de Elaboración: Septiembre 2024 | **Fecha de Modificación:** No tiene | **Pagina 1 de 1**

Tipo de Proceso: Estratégico | **Código: GC-FT-30** | **Versión: 01**

GRUPO DE ESTANDARES		AUTOEVALUACION CUALITATIVA	PLAN DE MEJORAMIENTO				MONITOREO			ESTADO DE LA ACCION
No.	COD	OPORTUNIDAD DE MEJORA	COMO ACCIONES DE MEJORAMIENTO	DONDE PROCESO INVOLUCRADO	QUIEN RESPONSABLE	CUANDO PLAZO LIMITE DE ENTREGA	INDICADOR (Registro, evidencia)	FECHA DE SEGUIMIENTO	EVIDENCIA	
			Actividades especificas para desarrollar la oportunidad	Proceso y/o servicio que lidera la accion	1 sola persona ojala del equipo	MES/AÑO			Documentos, formatos y registros generados, Resultados del Indicador relacionado	C-P-A.NI
1	AsAC 7	Actualizar el portafolio de servicios del hospital, socializar a todos los funcionarios del hospital, hasta lograr una cultura de informacion efectiva sobre el portafolio de servicios.	Actualizar el portafolio de servicios del hospital	Atencion al Usuario y Participacion Social	Oficina de Planeación	2024-12-31	Portafolio actualizado	2024-11-15	Se evidencia Portafolio de la ESE San Roque actualizado en el mes de noviembre de 2024.	C
2			Socializar el portafolio a todos los funcionarios del hospital	Atencion al Usuario y Participacion Social	Oficina de Planeación	2024-12-31	Registro asistencia socialización actualización Portafolio de servicios a los funcionarios	2024-11-15	Registro de Asistencia 10-10-2024 y 21-11-2024 Presentación "Conociendo mi hospital" Registro Fotográfico	C
3	AsPL 1	Implementar un modelo de enfoque de riesgos en el proceso de atención asistencial	Implementar un modelo de enfoque de riesgos en el proceso de atención asistencial	Prestación de Servicios	Oficina de Planeación Lider Procesos Asistenciales	2024-12-31	Matrices Riesgos Procesos asistenciales	2024-12-19	Se está en proceso de actualización de los mapas de riesgos de los diferentes procesos	P
4	AsPL 11	Verificar condiciones actuales de respeto por la privacidad y dignidad de los pacientes Realizar capacitaciones al personal sobre atencion humanizada en los servicios de salud. Reinduccion al personal de los valores coorporativos y politica de calidad institucional	Reinduccion al personal de los valores corporativos y politica de calidad institucional	Gestión Humana Gestion Calidad	Coordinadora de Gestión Humana Coordinador de Calidad	2024-12-31	Registro de inducción y reinducción	2024-11-15	Registro de Asistencia 10-10-2024 y 21-11-2024 Presentación "Conociendo mi hospital" Registro Fotográfico	C
5	AsEV 4	Revisar indicadores de seguimiento asistenciales y realizar mejoramiento relacionado	Revisar indicadores de seguimiento asistenciales y realizar mejoramiento relacionado	Atencion al Usuario y Participacion Social	Coordinador de Calidad	2024-12-31	Ficha de indicadores	2024-11-15	Se evidencia Cuadro de Mando con Indicadores de Producción e Indicadores de Res. 0256 actualizado a tercer trimestre de 2024	C

GRUPO DE ESTANDARES		AUTOEVALUACION CUALITATIVA	PLAN DE MEJORAMIENTO				MONITOREO			ESTADO DE LA ACCION
No.	COD	OPORTUNIDAD DE MEJORA	COMO ACCIONES DE MEJORAMIENTO	DONDE PROCESO INVOLUCRADO	QUIEN RESPONSABLE	CUANDO PLAZO LIMITE DE ENTREGA	INDICADOR (Registro, evidencia)	FECHA DE SEGUIMIENTO	EVIDENCIA	
			Actividades especificas para desarrollar la oportunidad	Proceso y/o servicio que lidera la accion	1 sola persona ojala del equipo	MES/AÑO			Documentos, formatos y registros generados, Resultados del Indicador relacionado	C-P-A.NI
6	AsMCC 1	Formalizar la metodología de trabajo con los líderes de la organización para el desarrollo del Proyecto de acreditación Fortalecer los procesos de comunicación interna y externa del proyecto de acreditacion	Identificar las barreras y gestionar su solucion con la alta gerencia	Gestion Calidad	Coordinador de Calidad	2024-12-31	Actas de Comité	2024-11-15	*Se evidencia Documento Pamec 2024-2025 que contiene la metodología a seguir, adicional se evidencia cronograma de trabajo que va desde septiembre 2024 a agosto 2025. *Actas de Comité * Resolución Adopción Pamec y conformación grupos. * Cronograma actividades	C
7	GER8	- No se cuenta con un comité directivo o comité técnico de seguimiento permanente a la gestión - No se cuenta con seguimiento sistemático a lso indicadores de la institución - No se ha construido el balance score card - BSC	Establecer procedimiento de gestion y seguimiento a los indicadores institucionales	Direccionamiento Estrategico	Subgerente Administrativo y de Planeación	2024-12-31	Procedimiento de Evaluación y Seguimiento a Gestion Institucional	2024-11-15	Se evidencia Política de Evaluación y seguimiento a Gestión Institucional - Código GE-PL-39. Versión 01, 2024	C
8	GER11	- No se cuenta ocn un análisis de la capcaidad instalada, oferta y demanda - No se cuenta con un Plan de Ingresos - NO se cuenta con una planeación del talento humano acorde con las metas de cada proceso	Realizar analisis de la capacidad instalada, oferta y demanda	Direccionamiento Estrategico	Subgerente	2024-12-31	Documento de Análisis	2024-11-15	Se evidencia Documento de Capacidad Instalada y Proyectada actualizada en octubre 2024.	C
9			Establecer un plan de ingresos	Direccionamiento Estrategico	Subgerente	2024-12-31	Plan Documentado	2024-12-19	Se evidencia Proyección de Ingresos paras las vigencias 2025 a 2028 soportada en herramienta de Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero presentado a la Secretaría de Salud del Valle del Cauca y al Ministerio	C
10	GER12	- Falta mejorar el seguimiento sistemático a la recuperación de cartera -Falta seguimiento a la ejecución de los POAI por procesos - No se realiza seguimiento y socialización del análisis de producción mensual - No se cuenta con análisis de costos por centro de producción - No se cuenta con inventario actualizado - No se cuenta con política de uso responsable de los recursos - No se realiza informe mensual de ausentismo y reporte de accidentes de trabajo - NO se realiza informe y seguimiento del pago de incapacides	Realizar analisis y seguimiento de la produccion mensual	Direccionamiento Estrategico	Subgerente	2024-12-31	Informe	2024-11-15	Se evidencia Cuadro de Mando con Indicadores de Producción e Indicadores de Res. 0256 actualizado a tercer trimestre de 2024 y debidamente analizado, la producción se diligencia y analiza mensualmente.	C

GRUPO DE ESTANDARES		AUTOEVALUACION CUALITATIVA	PLAN DE MEJORAMIENTO				MONITOREO			ESTADO DE LA ACCION
No.	COD	OPORTUNIDAD DE MEJORA	COMO ACCIONES DE MEJORAMIENTO	DONDE PROCESO INVOLUCRADO	QUIEN RESPONSABLE	CUANDO PLAZO LIMITE DE ENTREGA	INDICADOR (Registro, evidencia)	FECHA DE SEGUIMIENTO	EVIDENCIA	
			Actividades especificas para desarrollar la oportunidad	Proceso y/o servicio que lidera la accion	1 sola persona ojala del equipo	MES/AÑO			Documentos, formatos y registros generados, Resultados del Indicador relacionado	C-P-A.NI
11	TH10	Fortalecer la cultura organizacional	(11) Establecer metodologia o herramienta para una medicion de la cultura organizacional	Gestion Humana	Coordinador Gestion Humana	2024-12-31	Procedimiento para la medición de la Cultura Organizacional	2024-11-15	No se evidencia Procedimiento para la medición de la Cultura Organizacional	P
12	GAF4	*Pendiente actualizar el PGIRH al año 2015 . *Definir y organizar un lugar para el almacenamiento transitorio de residuos peligrosos como lo establece la normatividad. *Acondiconar la unidad de almacenamientom central de residuos no peligrosos. *Implementar la comercialización del reciclaje a traves de una empresa encargada. *Implementar campaña de educación en manejo de residuos hospitalarios para los usuarios. *Realizar visita semestral a la planta de la empresa recolectora de residuos para verificar su disposición final. *Implementar capacitación a todo el personal en manejo de residuos hospitalarios. *Realizar evaluar	(12) Realizar visita semestral a la planta de la empresa recolectora de residuos para verificar su disposición final.	Gestion Ambiental y SST	Coordinadora de Gestión ambiental y SST	2024-12-31	Acta de visitas	2024-12-19	Se evidencia acta de seguimiento Empresa RH SAS, a la cual se le aplicó lista de chequeo GC-FT-34 donde se evidencia el cumplimiento a todos los items evaluados. Se evidencia que la visita que se tenia agenda para el 19-12-2024 a las instalaciones RH, fue reprogramada por la Empresa para el 26-01-2025, no obstante la verificación de los requerimientos se realizó virtual quedando pendiente solo la visita	C
13	GAF5	*Conformar un cómite Hospitalario de Emergencias. *Conformar Brigada de emergencia. *Implementar listas de chequeo en las diferentes áreas para verificación de dotación en casos de emergencia. *Pendiente Socializar plan de emergencias.	(13) Conformar Brigada de emergencia.	Gestion Ambiental	Coordinadora de Gestión ambiental y SST	2024-12-31	Resolución Conformación Brigada de Emergencia	2024-12-19	Se evidencia Resolución No.150 donde se actualiza Brigada de Emergencia de 18 diciembre de 2024.	C
14			(14) Actualizar plan de emergencias.	Gestion Ambiental	Coordinadora de Gestión ambiental y SST	2024-12-31	Listados de Asistencia Registro Fotográfico Pre test Post test	2024-11-15	Se evidencia Plan de Emergencia actualizado en abril de 2024 el cual fue socializado a Lideres de Procesos a través de correo electrónico y grupos de whatsapp	C
15	GI1	• Fortalecer el proceso de Selección y Contratación. • Establecer en qué casos se diligencia un consentimiento informado. • Establecer mecanismos informativos acordes a la situación socio cultural de los usuarios. • Medición del Clima laboral	(15) Actualizar el procedimiento de Selección y Contratación.	Direccionamiento Estrategico	Subgerente Administrativo y de Planeación	2024-12-31	Procedimiento de Selección y Contratación y Formatos establecidos	2024-12-19	Se evidencia "Procedimiento de Selección y Contratación de Personal" . Código GH-PR-09, actualizado a la versión 05. Fecha de actualización: Diciembre 2024	C

4.1.4. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

La Institución ha venido trabajando el PAMEC enfocado en los estándares de Acreditación con miras al cumplimiento paulatino de los mismos hasta alcanzar la Acreditación, las actividades de PAMEC están descritas en el numeral anterior.

4.1.5. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

Para el monitoreo del Sistema de Garantía de la Calidad, la institución cuenta con una herramienta llamada Cuadro de Mando, donde condensa toda la información necesaria de los indicadores de la Resolución 0256 para su respectivo análisis y toma de decisiones en caso de desviaciones. La oficina de Calidad realizó los

seguimientos periódicos a dichos indicadores y gestionó las acciones de mejoramiento pertinentes, del mismo modo verificó el reporte trimestral al Ministerio de Salud por parte del área encargada. A continuación, el resultado obtenido durante el año 2024 en los diferentes dominios de los Indicadores de Calidad

Indicadores de calidad		Unidad de medida	Estándar 0 Meta - Res 256 de 2016 MSPS	HISTORICO				
N0.	Indicador			I trim	II trim	III trim	IV trim	Total
1	Tasa de caídas de pacientes en el servicio de hospitalización	Relación porcentual	1%	0	0	o	0	0
2	Tasa de caídas de pacientes en el servicio de urgencias	Relación porcentual	5%	0	0	0.0002	0	0
3	Tasa de caídas de pacientes en el servicio de consulta externa	Relación porcentual	3%	0	0	0	0	0
4	Tasa de caídas de pacientes en los servicios de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Relación porcentual	3%	0	0	0	0	0
5	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Relación porcentual	4%	0	0	0	0	0
6	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Relación porcentual	8%	0	0.02	0.0002	0	0
7	Tasa de úlceras por presión	Relación porcentual	3%	0	0	0	0	0
8	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de	Relación porcentual	4%	3.03%	3.375%	1%	2%	2%

	urgencias en menos de 72 horas							
9	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Relación porcentual	20	0	0	0	0	0
10	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Días	3	2.45	3.11	3.01	2.64	2.75
11	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	Días	3	1.28	1	0.02	0.04	0.05
12	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Días	15	10.91	13.83	12.46	11.32	12.24
13	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	Días	15	8.71	6.08	3.68	3.0	5.59
14	Tiempo de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	Minutos	20%	15.43	13.66	16.46	13.67	14.86
15	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	Relación porcentual	90%	96%	87%	91%	96%	92%

4.1.6. Auditorías externas

Durante el periodo 2024, la ESE Hospital San Roque recibió múltiples auditorías por parte de las diferentes EPS con las cuales tiene convenios. Estas auditorías tuvieron como objetivo principal verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación establecidos en la Resolución 3100, además de evaluar la calidad y seguridad de los servicios ofrecidos por la institución. Las áreas evaluadas incluyeron aspectos críticos como:

- Código Rojo: Se revisaron los protocolos y tiempos de respuesta ante emergencias críticas, asegurando la capacidad de atención efectiva en situaciones de alto riesgo vital.
- Seguridad del Paciente: Se examinó la implementación de las estrategias de seguridad en los procesos asistenciales, incluyendo el reporte y seguimiento de eventos adversos.
- Triage: Se verificó la correcta priorización de los pacientes en urgencias, garantizando una atención oportuna y acorde a su estado de salud.
- Ruta Materno Perinatal: Se evaluaron las acciones implementadas para el cuidado integral de la madre y el recién nacido, siguiendo los lineamientos nacionales.
- Certificación de Discapacidad: Se inspeccionaron los procesos administrativos y clínicos para la certificación, asegurando el cumplimiento de normativas y acceso equitativo a este servicio.

Adicionalmente, las auditorías analizaron la capacidad de la institución para integrar de manera efectiva la red de prestadores de servicios de salud en el componente primario, verificando la adherencia a lineamientos normativos, guías y protocolos de atención para programas de riesgo y rutas integrales de atención priorizadas por las EPS. Estas evaluaciones forman parte del modelo de gestión integral del riesgo en salud, el cual busca garantizar que las instituciones prestadoras de servicios trabajen en concordancia con los acuerdos establecidos entre las partes interesadas. El objetivo final de estas auditorías fue asegurar que los servicios prestados fueran de alta calidad, seguros y cumplan con los estándares exigidos, promoviendo una atención centrada en el usuario y una mejora continua en los procesos

institucionales. Entre las principales conclusiones de las auditorías externas se tienen:

- Las auditorías realizadas en 2024 evidenciaron áreas críticas de mejora que exigen un enfoque integral para optimizar la calidad y seguridad de los servicios en la ESE Hospital San Roque.
- Las actividades de mejora implementadas han sido clave para abordar las debilidades identificadas, destacándose el uso de tecnologías innovadoras y el fortalecimiento de la capacitación como ejes transformadores.
- La integración de herramientas digitales, como el sistema de reporte con códigos QR, representa un avance significativo hacia la eficiencia y la transparencia en la gestión de eventos adversos.
- La institución reafirma su compromiso con una cultura de mejora continua, garantizando que las acciones correctivas implementadas se traduzcan en beneficios directos para los usuarios y el personal.

4.1.7. Actividades de Planeación

La oficina de Calidad apoyó el ejercicio de Rendición de Cuentas de la vigencia 2023 realizado el día 23 de mayo de 2024. La audiencia se llevó a cabo virtualmente a través de Facebook Lite, bajo las pautas metodológicas de las Guías emitidas por la Función Pública, el informe de Rendición reposa en los archivos de la Oficina de Control Interno. Para esta rendición se tomó como insumo los informes de Gestión que cada proceso elaboró. Además, se elaboró el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano para la vigencia 2024 el cual fue aprobado mediante Resolución 015 de 29 de enero de 2024

Durante el mes de marzo se lideró el ejercicio de Evaluación del Plan de Gestión, este es un ejercicio participativo donde se solicita a cada dependencia los soportes para el cálculo de los indicadores. Se radicó ante Junta Directiva el día 31 de marzo de 2024 y fue aprobado mediante Acuerdo 007 del 19 de abril de 2024.

El resultado final en la calificación por áreas fue la siguiente:

AREAS DE GESTION	CALIFICACION AÑO2023
Dirección y Gerencia	0.70
Financiera y Administrativa	0.80
Clínica o Asistencial	1.84
Total Calificación	**3.34**
Cumplimiento del Plan de Gestión	**66.8%**
Criterio	**Insatisfactorio**

La oficina de Calidad realizó la evaluación de las metas contenidas en el Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2024 comparadas con la vigencia 2023, arrojando los siguientes resultados:

Metas	Meta Programad	Meta Ejecutada	% Cumplimie	ITEMS	CUMPLE		Meta Programad	Meta Ejecutada	% Cumplimie	ITEMS	CUMPLE	
					SI	NO					SI	NO
M01, Alcanzar el 70% de Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG	62%	62 %	100 %	1	1		64	64	100 %	1	1	

Metas	Meta Programad	Meta Ejecutada	% Cumplimie	ITEMS	CUMPLE		Meta Programad	Meta Ejecutada	% Cumplimie	ITEMS	CUMPLE	
					SI	NO					SI	NO
M02. Alcanzar el 100% de Implementación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la ISO 9001:2015.	85%	88 %	100 %	2	1		90%	90%	100 %	2	1	
M04, Implementación en un 60% de los Ejes estratégicos con sus respectivas Líneas de acción	50%	50 %	100 %	3	1		60%	60%	100 %	3	1	
M05, Cumplimiento del 80% del plan de mejora derivado de la medición del Clima Organizacional.	70%	57 %	81 %	4		1	80%	80%	100 %	4	1	
M06, 90% de cumplimiento al Plan de Capacitación y Formación	90%	90 %	100 %	5	1		90%	90%	100 %	5	1	
M07, 60% de cumplimiento plan de Bienestar social	60%	50 %	83 %	6		1	60%	60%	100 %	6	1	
M08, Sistema de Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST implementado en un 95%	92%	92 %	100 %	7	1		95%	95%	100 %	7	1	
M09. 80% Formulación e implementación de la Política de Comunicación	70%	70 %	100 %	8	1		80%	80%	100 %	8	1	
M10. Evaluar el 100% de los estándares de habilitación anualmente	100 %	100 %	100 %	9	1		100 %	100 %	100 %	9	1	

Metas	Meta Programad	Meta Ejecutada	% Cumplimie	ITEMS	CUMPLE		Meta Programad	Meta Ejecutada	% Cumplimie	ITEMS	CUMPLE	
					SI	NO					SI	NO
M11. Sistema de Información para la calidad Implentado y operante en un 100%	100 %	100 %	100 %	10	1		100 %	100 %	100 %	10	1	
M12. Implementación del 60% de las Rutas de Atención Integral	50%	50 %	100 %	11	1		60%	60%	100 %	11	1	
M13. <15% de remisión a nivel 2 y 3	<= 15%	9.15%	100 %	12	1		<= 15%	8.42	100 %	12	1	
M15, 70% de implementación del Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E	65%	65 %	100 %	13	1		70%	70%	100 %	13	1	
M16, Implementar en un 70% la Política de Humanización.	65%	65 %	0%	14	1		70%	70%	100 %	14	1	
M17. Fortalecer Sistema Afiliación Transaccional (SAT)	90%	90 %	100 %	15	1		100 %	100 %	100 %	15	1	
M18. Atención a la PPNA según normatividad vigente.	100 %	100 %	100 %	16	1		100 %	100 %	100 %	16	1	
M19, Mejorar en un 60% la dotación de equipos biomédicos	50%	50 %	100 %	17	1		60%	60%	100 %	17	1	
M20, Adopción institucional del 60% de los lineamientos de la Estrategia APS	40%	30 %	100 %	18	1		60%	60%	100 %	18	1	

Metas	Meta Programad	Meta Ejecutada	% Cumplimie	ITEMS	CUMPLE		Meta Programad	Meta Ejecutada	% Cumplimie	ITEMS	CUMPLE	
					SI	NO					SI	NO
M21, Ejecutar del 100% del Convenio Interadministrativo Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	100 %	100 %	100 %	19	1		100 %	100 %	100 %	19	1	
M22. Mantenimiento del Certificado de la Estrategia IAMI por parte de la SDS y Minsalud.	Certificación IAMI	Certificación IAMI	100 %	20	1		Certific. IAMI	Certific. IAMI	100 %	20	1	
M23. Estrategia AIEPI implementada en un 100%	60%	60 %	100 %	21	1		100 %	60%	60 %	21		1
M24. Radicar el 98% de facturado	94%	94 %	100 %	22	1		98%	98%	100 %	22	1	
M25. Disminuir la rotación de cartera a 90 días durante el cuatrienio	104	89.24	100 %	23	1		90	89.24	100 %	23	1	
M26. Disminuir al 2,5% porcentaje de glosas en el cuatrienio	2.75 %	1.00%	100 %	24	1		2.50	0.39	100 %	24	1	
M27. Implementar un Sistema de costos para la toma de decisiones en el cuatrienio.	1	0%	0%	25		1	1	0	0	25		1
M28. Diagnóstico y Documentación del Proceso en un 100%	75%	75 %	100 %	26	1		100 %	80%	80 %	26		1

Metas	Meta Programad	Meta Ejecutada	% Cumplimie	ITEMS	CUMPLE		Meta Programad	Meta Ejecutada	% Cumplimie	ITEMS	CUMPLE	
					SI	NO					SI	NO
M29. Cumplir en un 80% el Plan de mantenimiento institucional.	80%	68 %	85 %	27	1		80%	80%	100 %	27	1	
M30. 70% adecuación del archivo Central	50%	50 %	100 %	28	1		70%	70%	100 %	28	1	
M31. Implementación en un 80% de la Política de Gestión Documental	60%	60 %	100 %	29	1		80%	80%	100 %	29	1	
			TOTAL METAS NO CUMPLIDAS			3			TOTAL METAS NO CUMPLIDAS			3
			TOTAL METAS CUMPLIDAS		26				TOTAL METAS CUMPLIDAS		26	
			TOTAL METAS		29				TOTAL METAS		29	
			% DE CUMPLIMIENTO		**90%**				% DE CUMPLIMIENTO		**90 %**	

En cuento al Indicador de cumplimiento del Plan de Desarrollo durante las dos últimas vigencias se obtuvo un cumplimiento del 90% para ambas vigencias (de 29 metas se logó el cumplimiento de 26) entre las metas incumplidas las relacionadas con: Implementación de Sistemas de Costos, Implementación estrategia AIEPI y el diagnóstico y documentación del proceso de soporte tecnológico.

Por último, en el marco del Proyecto Hilando Vidas y Esperanzas financiado por USAID y operado por OIM, durante la vigencia 2024 se realizaron varias actividades para lo cual la oficina de Calidad sirvió de enlace para la programación y ejecución de dichas actividades tales como: Asistencias técnicas, mesas de trabajo, jornada de referenciación (Fundación Ideal), Hospital como centro de referencia (noviembre de 2024) entre otras.

4.2. BANCO DE PROYECTOS

En el año 2024 se creó el banco de proyectos de la E.S.E Hospital San Roque constituyendo su MGA propia y estructurando un total de doce (12) proyectos durante la vigencia los proyectos fueron:

- Proyecto de adecuaciones menores puesto de Salud del Bolo Hartonal
- Proyecto de adecuaciones menores puesto de Salud de la Tupia
- Proyecto de adecuaciones menores puesto de Salud de Potrerito
- Proyecto de adecuaciones menores puesto de Salud del Retiro
- Proyecto de adecuaciones menores puesto de Salud de la Carbonera
- Proyecto de adecuaciones menores puesto de Salud de la Feria
- Proyecto de adecuaciones menores puesto de Salud de la Floresta
- Proyecto de adecuaciones menores puesto de Salud de la Granja
- Proyecto de adecuaciones menores puesto de Salud de Vallecito

Estos proyectos fueron presentados a la Secretaría de Salud del departamento del Valle del Cauca y están en proceso de revisión, tienen MGA, planos arquitectónicos y documento técnico estructurado. Por su parte, desde el área de calidad se estructuraron:

- Proyecto "Adquisición de Ambulancia para el transporte básico asistencial de pacientes de la ESE Hospital San Roque" 18-10-2024. La MGA de este proyecto fue elaborada por el proceso de Planeación.
- Proyecto "Propuesta de fortalecimiento de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y ruta cardiovascular de la Empresa Social del Estado Hospital San Roque de Pradera". Octubre de 2024.
- Proyecto de reposición total del hospital. en el segundo semestre de la vigencia 2024, se actualizó estudio de Capacidad Instalada y proyectada de la Institución del año 2021; esta actualización se llevó a cabo con el acompañamiento de la Secretaría Departamental de Salud desde el mes de agosto de 2024 y finalmente fue aprobado por el Ministerio de Salud en diciembre 30 de 2024.

4.3. CONTRATACIÓN

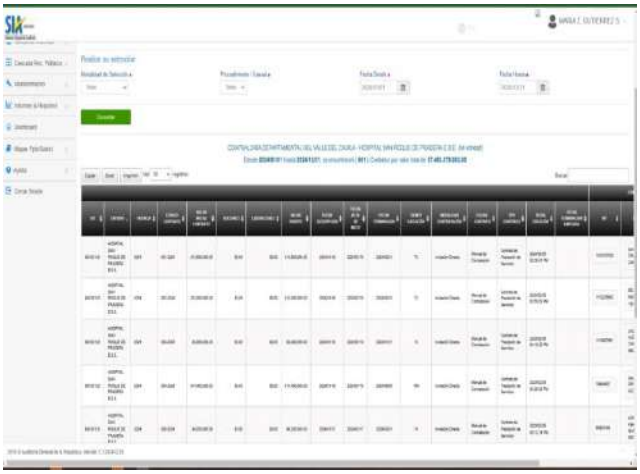
La oficina de Contratación es la encargada de establecer la metodología prevista en la Ley, para la Gestión contractual de la ESE HOSPITAL SAN ROQUE, que debe ser aplicada por parte de los diferentes actores de la ESE para dirigir la celebración contratos y/o convenios en sus diferentes modalidades y asegurar la eficacia, eficiencia y transparencia en los procesos de contratación que adelante las dependencias y puedan conforme a tal conocimiento aportar en la gestión estratégica de la gerencia.

La Oficina de Contratación trabaja con el fin de contribuir al Fortalecimiento Institucional, el cual direcciona su acción hacia el mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos, con el fin de dirigir su trabajo al logro de instituciones ágiles, dinámicas y oportunas, tanto en su gestión como en sus resultados, así como también la disposición pública de la información.

Este informe abarca el reporte de contratos, gestiones alcanzadas y otros aspectos relevantes de la gestión realizada, con el objetivo de proporcionar una visión clara y completa de nuestras actividades y resultados**.**

4.3.1. Reporte de Contratos

En el año 2024 se alcanzaron a realizar un total de 758 contratos reflejando un esfuerzo continuo y un constante compromiso por gestionar todo aquello que se desprenda desde el área de contratación.



Fuente: SIA OBSERVA 2024

4.3.2. Convenios Interadministrativos

Uno de los aspectos más destacados de nuestro apoyo a la gestión jurídica en 2024 ha sido la firma y ejecución de convenios interadministrativos. En este sentido, se realizaron más convenios en comparación con el año anterior, lo que ha permitido fortalecer la colaboración con otras entidades y optimizar recursos.

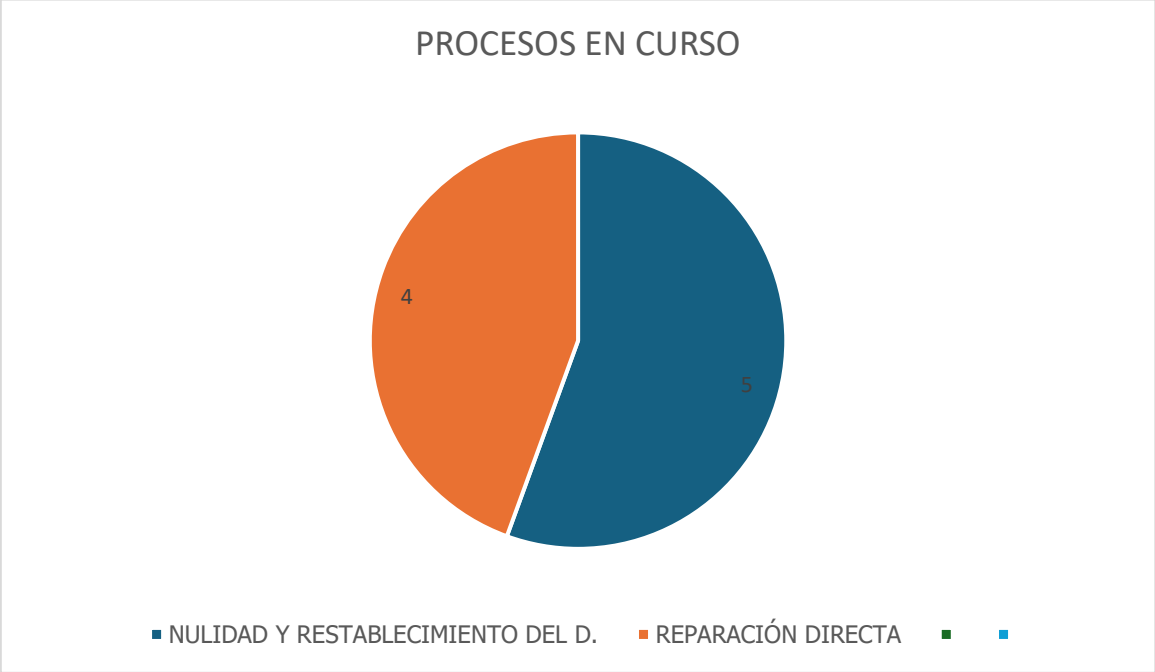
Un ejemplo significativo es el convenio interadministrativo de los EBS-EQUIPOS BASICOS EN SALUD APS, cuya resolución fue emitida en diciembre de 2023. Aunque la ejecución de este convenio se llevó a cabo entre abril y junio, así como en los meses de noviembre y diciembre, su impacto ha sido fundamental para mejorar la atención y los servicios ofrecidos a nuestra comunidad.

4.3.3. Rendición y Archivo

Todos los contratos de prestación de servicios (758) fueron rendidos a la Contraloría General de la Nación. Se cargaron en la plataforma SECOP II, se reportaron en la plataforma SIHO, se enviaron a la Super Salud y se archivaron los 758 contratos en carpetas unificadas por persona y en cajas de archivo.

4.4. DEFENSA JURÍDICA

La defensa jurídica del Hospital San Roque se refiere al conjunto de acciones legales y estrategias que se implementan para protegernos contra reclamaciones, demandas o cualquier tipo de litigio que pueda surgir en la prestación de los servicios de salud. A continuación, se relaciona los procesos judiciales en curso que a corte del 31 de diciembre de 2024 existían nueve (9) activos, distribuidos así:



Dentro de dichos procesos en un medio de control de reparación directa, se logró fallo a favor de primera instancia, dentro del cual las pretensiones ascendían a los **MIL SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.779.700)** por razón de una presunta falla en el servicio.

De igual forma, otro medio de control de reparación directa, está para fallo de segunda instancia, con fallo a favor de la primera, cuyas pretensiones ascendían **TRES MIL DOSCIENTOS CINCUNETA MILLONES DE PESOS M/CTE ($3.250.000.000)** con ocasión de una presunta falla en el servicio.

Adicionalmente, dentro de uno de los medios de control, se obtuvo como probada la excepción previa de inepta demanda por ausencia de los requisitos sustanciales,

donde además gracias a la gestión de las excepciones previas, operó el fenómeno de la prescripción, con lo cual se hace imposible volver demandar. Dicho medio de control tenía pretensiones por el orden de los **TRESCIENTOS TRECE MILLONES DE PESOS M/CTE ($313.000.000).**

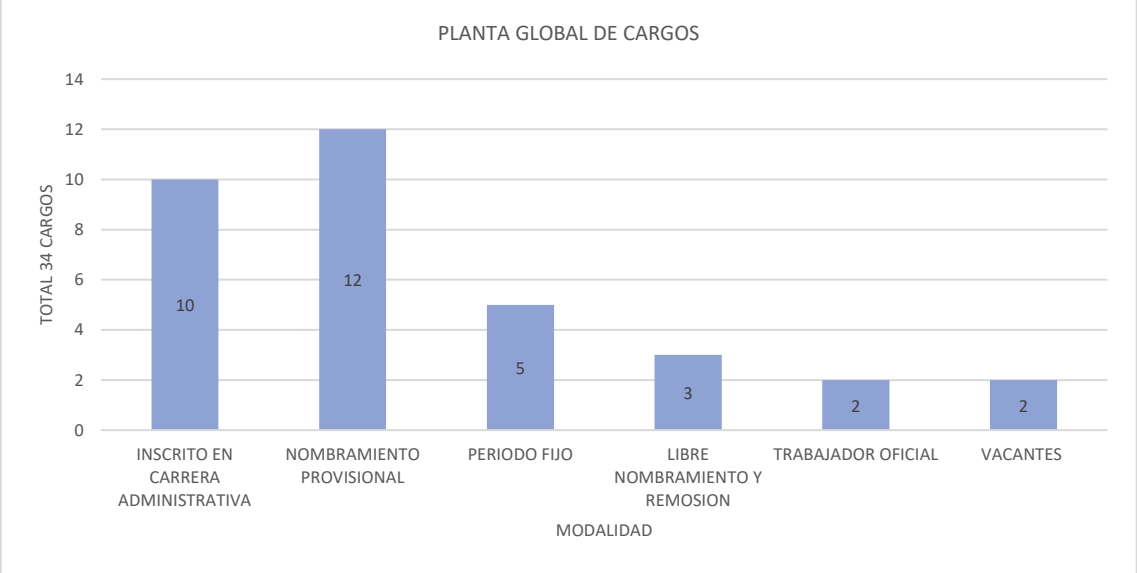
Adicionalmente, dentro de la gestión judicial se responden múltiples derechos de petición. Misma tarea se realiza con las tutelas, de las cuales más del 90% de acciones constitucionales, pertenecen a tutelas incoadas en contra de EPS´s y a derechos vulnerados por dichas entidades, donde el Hospital San Roque solo obra como vinculado en razón a la atención médica, más no como responsable de la vulneración del derecho.

4.5. GESTIÓN HUMANA

Este informe de Gestión Humana detalla las actividades y datos del talento humano de la E.S.E Hospital San Roque de Pradera y las diferentes actividades que se realizaron con el equipo de la institución. A continuación, se detalla la planta global de cargos:

Comparando los dos últimos acuerdos, se puede observar que se crearon dos cargos en el año 2023, uno de asesor de calidad, y el segundo profesional universitario de estadística y gestión documental. En abril 2024, se dividió la subgerencia financiera y administrativa, quedando así subgerencia administrativa y de planeación, y

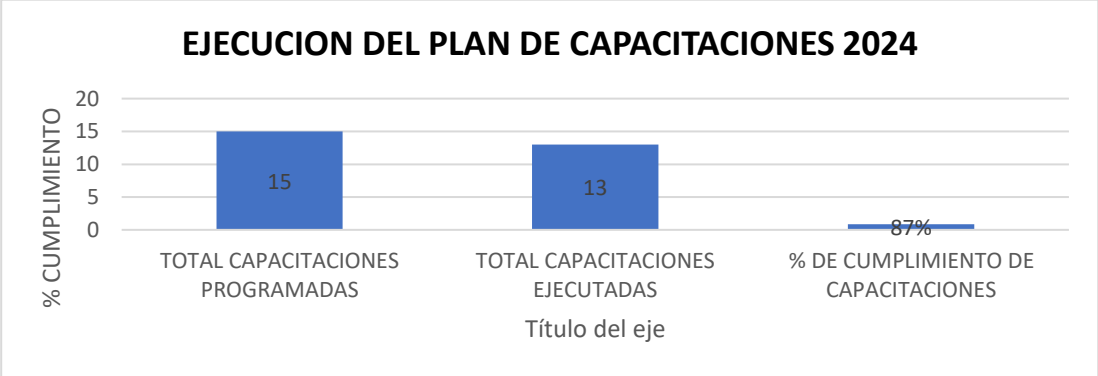
subgerencia financiera y sostenibilidad. A continuación, se detallada la planta global de cargos por modalidad:



Es de recordar que mediante el acuerdo 617 de 2018, por el cual se establece el sistema tipo de evaluación del desempeño laboral, la Comisión Nacional de Servicio Civil (CNSC) dispone una herramienta de gestión que permite valorar el comportamiento y las contribuciones individuales de los empleados de carrera administrativa y en periodo de prueba. En los últimos dos años, 2023 y 2024, se han realizado la evaluación al 100% por ciento de todos los funcionarios con que cuenta la E.S.E Hospital San Roque de Pradera.

4.5.1. Cronograma de capacitaciones

El Plan de Capacitaciones de la E.S.E Hospital San Roque se realiza de la siguiente manera: se les informa a los líderes de proceso sobre el plan de capacitación, para que cada uno comunique al área de gestión humana las necesidades que tienen, con esta información se elabora el cronograma para ser ejecutado durante la vigencia. A continuación, muestra el porcentaje de cumplimiento del plan de capacitaciones del año 2024**:**



Se observa que en el año 2024 se alcanzó un porcentaje de cumplimiento del 87% representando un incremento del 24% con respecto al año 2023 donde el cumplimiento fue del 70%.

4.5.2. Plan de bienestar

Nuestra Institución para dar cumplimiento a la normativa, establece anualmente un Plan de Bienestar Social el cual está orientado a garantizar y promover el desarrollo integral de los empleados de la E.S.E y de su familia,

elevando su nivel de vida. Por lo anterior, en el año 2024, se desarrollaron las siguientes actividades:

CELEBRACION DE LA SEMANA DE LA SALUD

CELEBRACIÓN DEL PATRONO SAN ROQUE Y EUCARISTIA

CELEBRACION DIA DEL NIÑO COLABORADORES

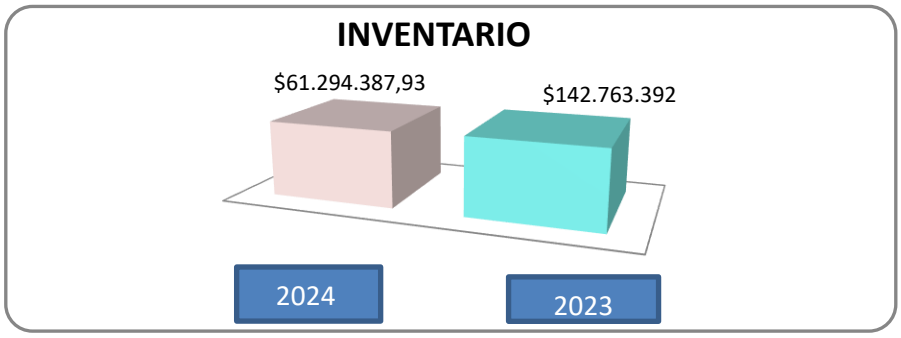
PARTICIPACION DESFILE ANIVERSARIO 157 PRADERA

4.5.3. Otros beneficios otorgados a los colaboradores:

- Jornada laboral flexible durante la época decembrina, para el personal de planta y contratistas, para dar oportunidad a los funcionarios de compartir con sus familias.
- Se otorgó a los Funcionarios Públicos un (1) día por cada semestre para compartir con sus familias acorde al Decreto 1857 de 2017.
- Se concedió media jornada laboral a los funcionarios el día de su cumpleaños para compartir en familia.

4.6. ALMACÉN E INVENTARIOS

A continuación, se relaciona los saldos de los años 2023 y 2024 y el valor por variación de estos años, al igual que la desagregación de los inventarios por centros de costos que se hacen necesarios para la prestación de un buen servicio de salud y para el buen funcionamiento de la institución:



Los saldos de inventarios por los meses terminados a 31 de diciembre de 2023 y 2024 presenta una variación de -$81.469.004,07 obedece al volumen de compras

para cada uno de los servicios de salud correspondiente. La provisión de protección de inventarios no se estima, pues ellos tienen una periodicidad de 30 días calendario y se hace entrega de pedidos de manera semanal. Los insumos que satisfacen las necesidades de los diferentes servicios son: Los elementos de papelería, elementos de aseo, elementos y materiales de mantenimiento, muebles y enseres, odontológicos, laboratorio, equipos médicos, materiales y suministros, etc., están organizados en el área del Almacén en sus diferentes estanterías e Inventariada y están definidas por cada centro de costo. La dependencia tiene un área específica para organizar estos elementos y un funcionario, encargado de mantener actualizadas las novedades, movimientos y saldos de bienes en bodega, debidamente clasificados por descripción, cantidad, dependencias que solicita el bien. Todas las dependencias requieren sus necesidades de elementos o insumos de consumo mediante una solicitud y son entregados los elementos por medio de un formato de entrega de pedidos de almacén, donde se ubica la descripción y cantidad del bien, firmado por el funcionario responsable de la dependencia y el responsable del almacén.

En cuanto al almacenamiento, se observa el compromiso del equipo operativo del área del almacén, en cuanto a gestionar eficazmente la entrega de suministros, algunos insumos médicos, odontológicos, de laboratorio, aseo y papelería por parte del Almacén a todas las áreas del Hospital desde la solicitud y diligenciamiento del formato de pedido, hasta la entrega del suministro y firma de recibido por parte de la persona encargada del servicio. Además, se logro buscar un espacio dentro de la Institución, para ubicar varias cajas donadas de elementos de protección personal,

al igual que algunos equipos biomédicos que se encuentran en mal o regular estado dentro del almacén.

ESTANTERIAS CON SUS RESPECTIVOS INSUMOS

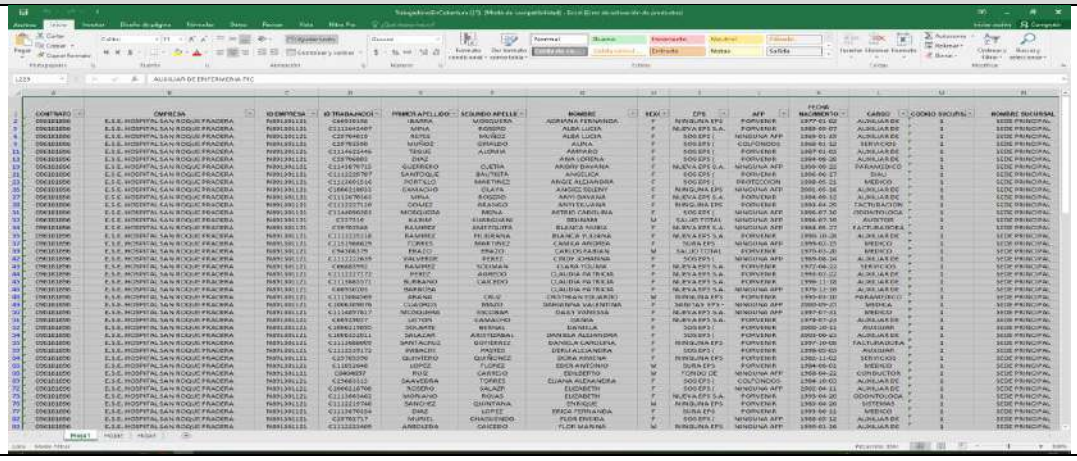
4.7. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

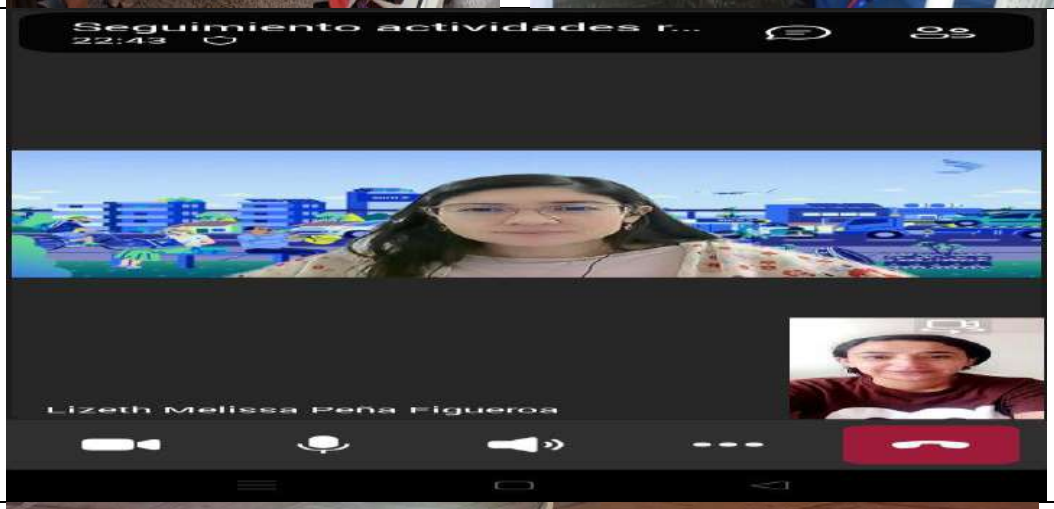
Teniendo en cuenta que el proceso de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) es un programa de alta incidencia en la ESE HOSPITAL SAN ROQUE, porque ayuda a prevenir accidentes y enfermedades laborales, y a mejorar la calidad de vida de los empleados:

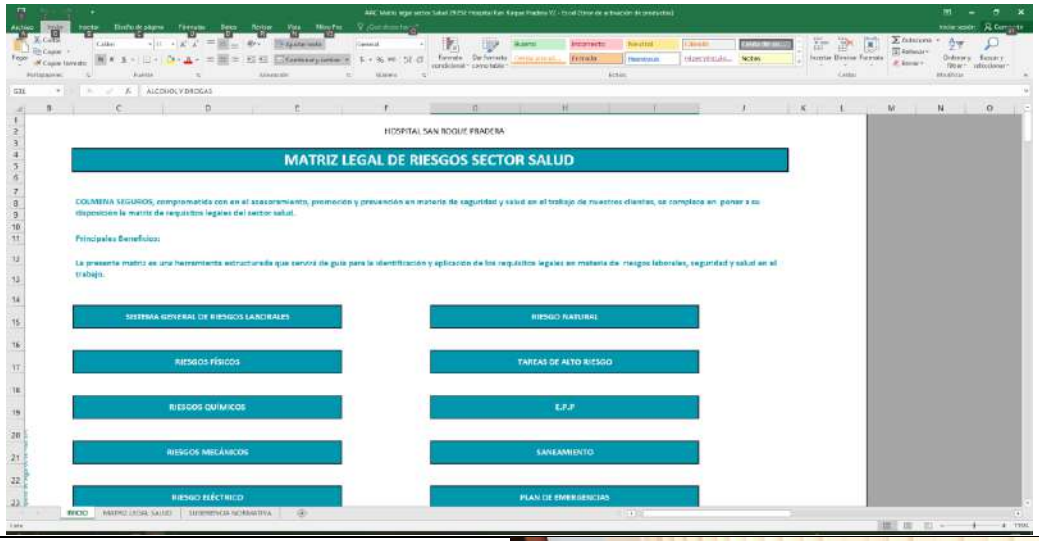
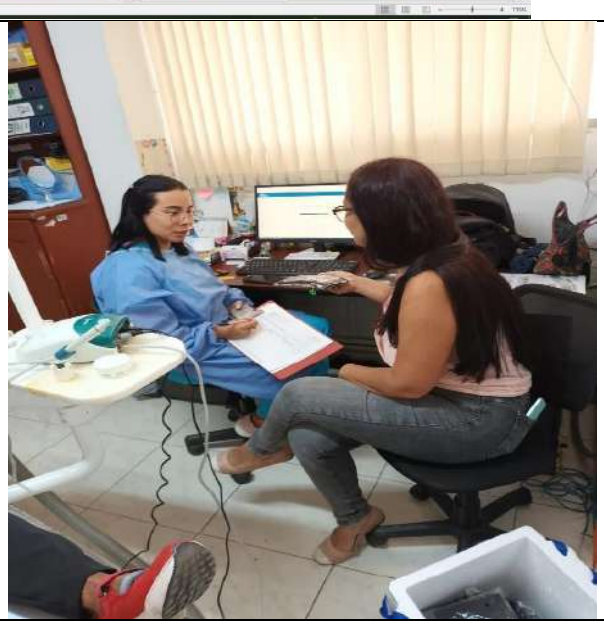
- Ambiente de trabajo: El SST mejora las condiciones laborales y el ambiente de trabajo.
- Bienestar de los empleados: El SST promueve el bienestar físico, mental y social de los empleados.
- Reducción de accidentes: El SST ayuda a prevenir accidentes y enfermedades laborales.

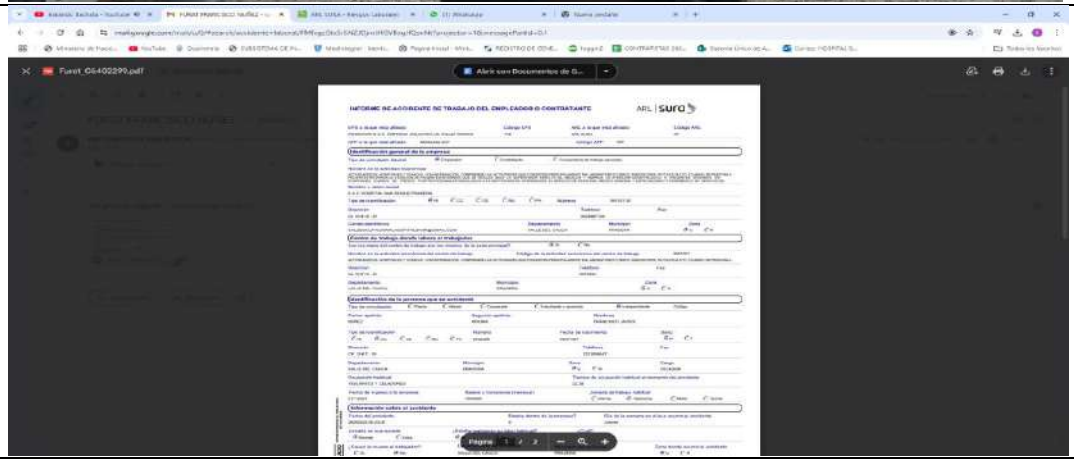
- Cumplimiento legal: El SST ayuda a cumplir con la normatividad vigente de riesgos laborales.
- Protección de la reputación: Las empresas que cumplen con las políticas de seguridad laboral evitan sanciones legales y multas.
- Fomento de la fidelidad: El SST mejora la relación entre el trabajador y la empresa, evitando la rotación.
- Mejora de la imagen corporativa: El SST mejora la imagen corporativa de la empresa tanto a nivel interno como externo.

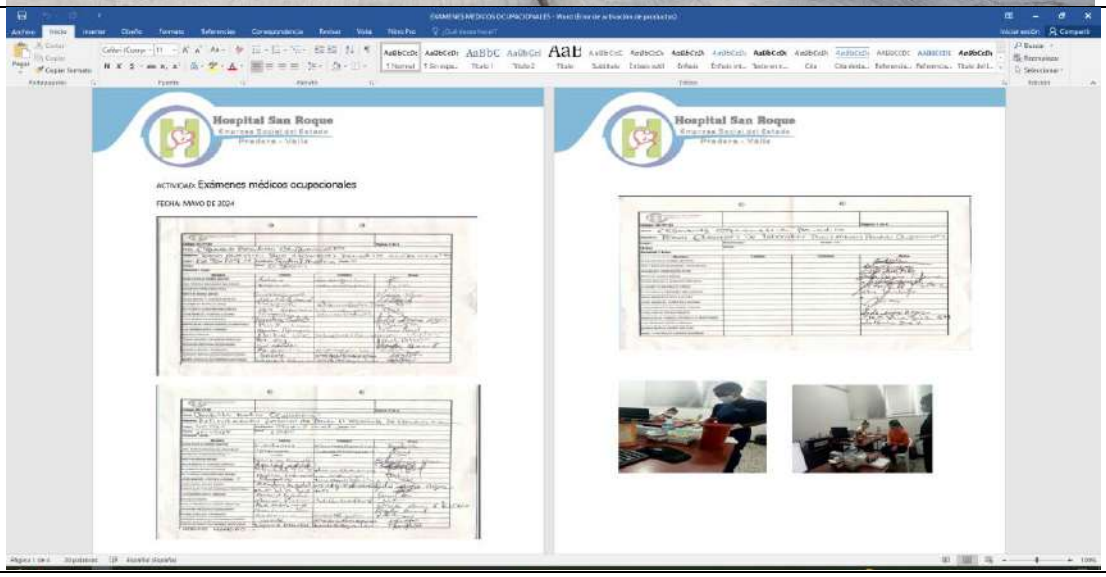
Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación, se detallan las actividades y la evidencia del cumplimiento para el año 2024:

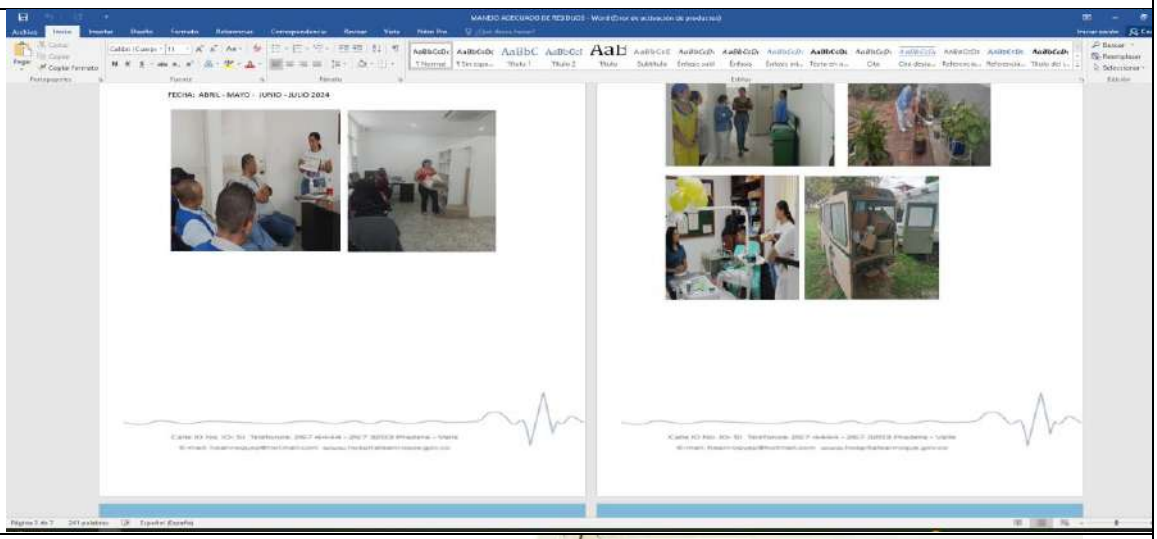
Actividades	**Evidencia**
Afiliacion al Sistema General de Riesgos Laborales	

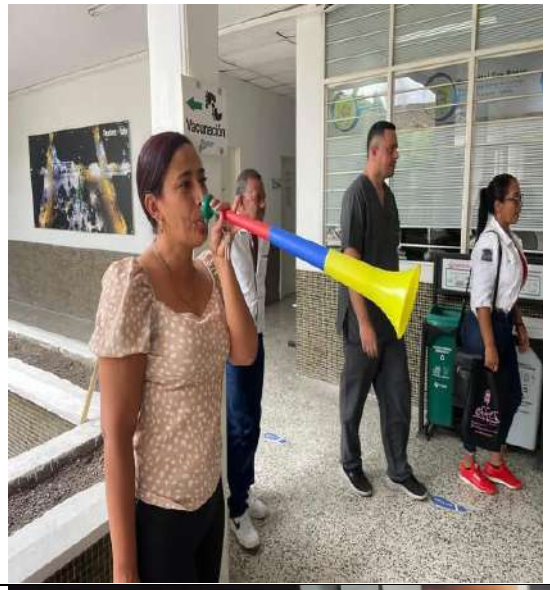
Programa de capacitaciones	
Revision politica del SG-SST	
Rendicion sobre el desempeño (Rendicion de Cuentas)	

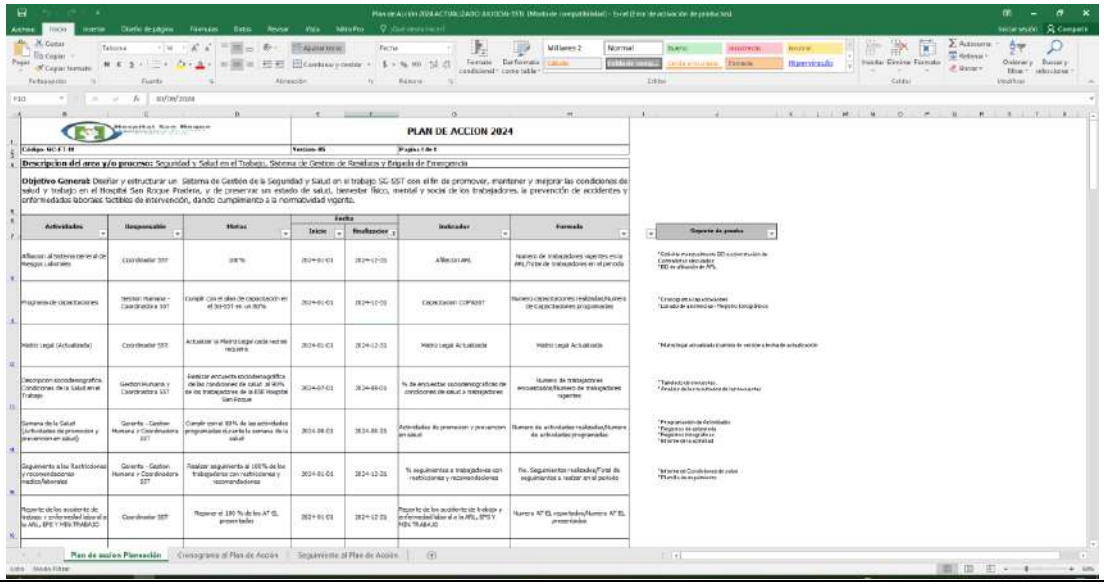
Matriz Legal (Actualizada)	
Descripción sociodemográfica. Condiciones de la Salud en el Trabajo	
Semana de la Salud (Actividades de promocion y prevencion en salud)	

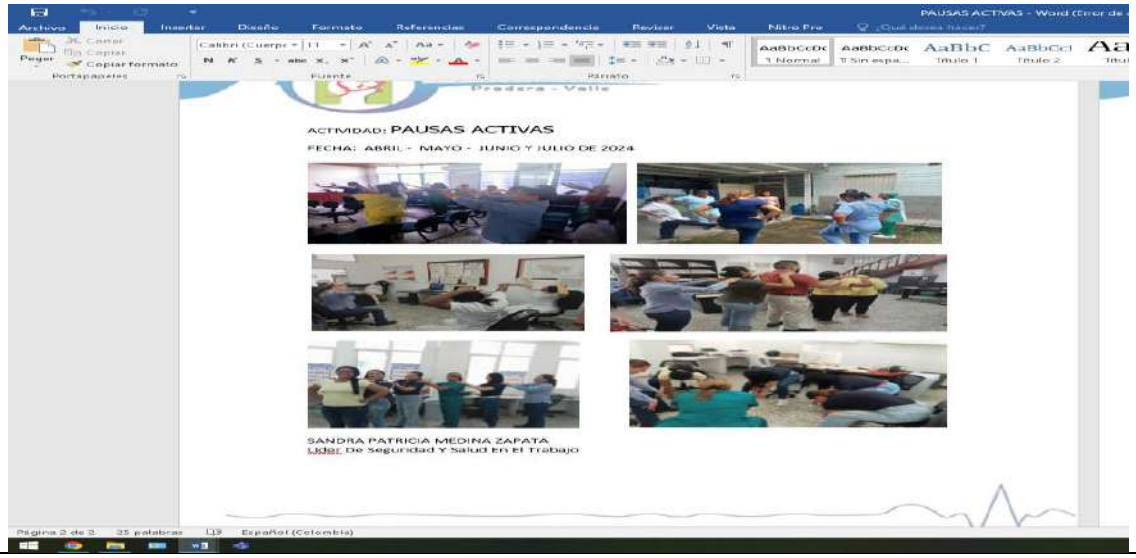
Seguimiento a las Restricciones y recomendaciones medico/laborales	
Reporte de los accidentes de trabajo y enfermedad laboral a la ARL, EPS Y MIN.TRABAJO	

Investigacion de accidentes, incidentes y enfermedad laboral	
Seguimiento a los indicadores del SG-SST	
Examenes medicos ocupacionales	

Caracterizacion de vertimientos liquidos	
Entrega de Elemento de Proteccion Personal. Evidencias de la firma del trabajador	
Recarga de extintores	

Simulacro de prevencion y preparacion ante emergencias	
Revision anual por la alta direccion o empleador, resultados y alcance de la auditoria	

Verificación de Socialización de la Revisión por Alta Dirección al SG-SST al Copasst y al lider SST.	
Definicion de acciones de promocion y prevencion con base en resultados del SG-SST (Revisión Alta Dirección - Indicadores - Rondas de inspección - Investigacion de AT y EL - Autoevaluación SST, etc)	

Elaboracion del plan de mejoramiento e implementacion de medidas y acciones solicitadas por autoridades y ARL.	

Se evidencia que, a la fecha 31 de diciembre de 2024, todas las actividades programadas para el plan de ejecución están en un avance al 100% donde se avanza en articulación con la Gerencia General, la subgerencia administrativa y de planeación y se apoya en el equipo profesional de las entidades tales como: SURA ARL, UES, Secretaria de Salud Municipal, Comité de Gestión del Riesgo, Bomberos Voluntarios del municipio, entre otras con el objetivo de avanzar en plan de acción y prevenir con responsabilidad en pro del desarrollo de actividades de los colaboradores y pacientes de la E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE y su entorno. **Por destacar que la evaluación final con la entidad UES Valle quienes son la entidad de seguimiento, vigilancia y control de planta física, se realiza rondas de seguridad por todas las instalaciones, verificando en cada proceso la prevención enfermedades por vectores y roedores. Para la vigencia de avance a 2023 fue porcentaje de 73.9 y para la coordinación actual y trabajando de forma articulada con el proceso de subgerencia**

administrativa y proceso de mantenimiento se logró un avance al 99% para vigencia 2024.

4.8. MANTENIMINETO INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

Durante el año 2024 se llevaron a cabo una serie de actividades encaminadas a mejorar la infraestructura del Hospital, la seguridad en el transporte de pacientes, seguridad en el servicio con el mantenimiento de equipos biomédicos, aires acondicionados, enfriadores, neveras y la buena atención brindada por los empleados a los usuarios, así como también la implementación de mejoras en procesos que estaban descuidados o no se llevaban a cabo. Lo que ha llevado a un mejoramiento físico y de orden en muchas de las actividades que se venían realizando; todo esto con el fin de prestar y mejorar la atención y servicios a nuestros usuarios. A continuación se presentan las actividades realizadas y el porcentaje de cumplimiento durante la vigencia 2024:

EQUIPO / ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	%CUMPLIDO
Sillas de ruedas,caminadores,atriles,bastones,muletas	Revision y mantenimiento	**100%**
Lavadora	Revisión general de funcionamiento y limpieza, revisión de calentamiento	**50%**
Cuarto de planta eléctrica	Revisión general de funcionamiento y limpieza	**100%**
AMBULANCIA ONL - 334 CHEV. DIMAX	Revisión, mtto, general de funcionamiento ,cambio de aceite, filtros y limpieza	**75%**
AMBULANCIA OCL - 970 HYUNDAI STARIA	Revisión, mtto, general de funcionamiento ,cambio de aceite, filtros y limpieza	**100%**
VEHICULO EXTRAMURAL OTI - 781	Revisión, mtto, general de funcionamiento ,cambio de aceite, filtros y limpieza	**50%**
Vehiculos	Revisión general de funcionamiento, encendido y limpieza	**75%**

BUZONES	Pintura,mantenimiento, ajustes	**100%**
Sillas.escritorios,archivadores,carteleras,mesas, etc.	Revisión y mantenimiento general de funcionamiento y limpieza	**50%**
Estanterias	Revisión y mantenimiento general de funcionamiento , limpieza y ajustes	**50%**
Camas,camillas, dyvan ginecológico	Pintura,mantenimiento, ajustes	**100%**
Tanque de reserva de agua	Mantenimiento general, limpieza y llenado	**25%**
Motobombas,compresor,tanque	Revisión y mantenimiento general de funcionamiento , limpieza y ajustes	**50%**
Toma corrientes y switches	Revisión y mantenimiento general de funcionamiento , limpieza y ajustes	**50%**
Avisos y carteles	Revisión y mantenimiento general , limpieza y pintura	**50%**
Paredes, cielos razos	Resane , limpieza y pintura y revisión general	**50%**
Puertas y ventanas	limpieza, pintura , ajustes y mantenimiento general de funcionamiento	**50%**
Baños y lavamanos	limpieza, ajustes y mantenimiento general de funcionamiento	**50%**
Timbres	limpieza, ajustes y mantenimiento general de funcionamiento	**100%**
Canales alrededor del hospital de desagüe	Revision ,mantenimiento y limpieza	**75%**
Hojas de árboles caidas,basura,restos de poda	Recolección basura, de poda, de hojas y empacar en bolsas para basura	**100%**
Guadañar	Guadañar zonas verdes alrededor del hospital	**100%**
Arboles	Poda de ramas de árboles y limpieza de mallas	**80%**
Techos y canales	Limpieza y recolección de basura	**50%**
Residuos biológicos y anatomopatológicos	Entrega de residuos biológicos y anatomopatológicos	**100%**
Basuras	Entrega de basuras	**100%**
Cuarto de residuos biológicos y anatomopatológicos	Limpieza y desinfección del cuarto en su totalidad utilizando productos asignados	**100%**
Cuarto de basuras	Limpieza y desinfección del cuarto en su totalidad utilizando productos asignados	**100%**
Cuarto de reciclaje	Limpieza y desinfección del cuarto en su totalidad utilizando productos asignados	**70%**
Morgue	Limpieza y desinfección del cuarto en su totalidad utilizando productos asignados	**100%**
Patios y garages	Limpieza de patios y recolección de basura generada	**85%**
Area de mantenimiento	Limpieza general en la zona, incluyendo planta eléctrica y de agua , recoger basura generada	**85%**
Vidrios , paredes y ventanas	Limpieza, desinfección y recolección de basura generada	**17%**
Ventiladores	limpieza, ajustes y mantenimiento general de funcionamiento	**67%**
Balas de oxigeno	Revisión y cambio de oxigeno agotado por cilindros llenos	**100%**
Balas de oxigeno	Revisar balas de oxígeno para recibir pedido	**100%**
Planta Eléctrica y Planta de Agua	Encendido de plantas, revisión y limpieza	**100%**

Alcantarillado	Revisión y limpieza de cajas de alcantarillado	**50%**
Puertas y ventanas parte exterior, todo alrededor	limpieza, pintura , ajustes y mantenimiento general de funcionamiento	**8%**
Nevera residuos anatomopatolóogicos	Control de temperatura a nevera para conservación de residuos biológicos y anatomopatolócigos	**100%**
Lámparas	Revisión y/o sustitución donde se requiera	**42%**
Redes hidráulicas (agua)	Revisión de redes hidráulica donde y cuando se requiera	**67%**
Equipos de uso industrial (lavadora)	Revisión ,mantenimiento , limpieza y pintura	**50%**
Jornadas de aseo general – urgencias-hospitalización.	Limpieza general a fondo en las áreas asignadas	**25%**
Limpieza en obra nueva	Limpieza general, desmontar hierbal y sacar agua acumulada.	**85%**
Mantenimiento de equipos biomédicos	Prueba operativa, limpieza general y de contactos, inspección de sistema eléctrico y estructura	**100%**
Mantenimiento de equipos de refrigeración industrial.	Prueba operativa, limpieza general y de contactos, inspección de sistema eléctrico y estructura.	**100%**
Mantenimiento de equipos de seguridad(extintores)	Revisión general de funcionamiento y limpieza	**100%**
Calibración de equipos biomédicos	Pruebas de funcionamiento ,limpieza general, lubricación ,desinfección ,calibrado.	**100%**

Zonas verdes antes y después

Tanque de reserva de agua antes y después

Limpieza de obra nueva antes

Arreglos de tuberías

ARREGLO DE PISOS

REVISION Y REPARACION PLANTA DE AGUA

RECUPERACION DE MUEBLES

5. EJE 2: GESTIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Objetivo del eje: Garantizar en la Institución, procesos de atención en salud seguros, efectivos y eficientes tanto a los usuarios como a sus familias, enmarcados en la seguridad del paciente y la gestión del riesgo; haciendo énfasis en la Promoción y el Mantenimiento de la salud y teniendo la humanización como elemento fundamental de la atención. Este eje se compone de un (1) programa, dos (2) subprogramas y cuatro (4) proyectos.

5.1. URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

Este informe presenta un análisis de las actividades, logros y desafíos enfrentados en el servicio de urgencias de la ESE Hospital San Roque del año 2024, el propósito es evaluar el desempeño del área, identificar oportunidades de mejora y planificar estrategias para el año siguiente. El servicio enfrento retos como alta demanda de pacientes, escasez de personal en ciertos periodos e implementación de nuevos protocolos Se realizaron diferentes actividades en el año 2024 en el servicio de urgencias que garantizaron la mejoría en los tiempos de espera y la humanización en la atención por parte del personal asistencial, Médicos, paramédicos y médicos del Servicio Social Obligatorio las cuales se presentan a continuación:

- En el servicio de triage se realiza capacitación a los paramédicos acerca de la clasificación de pacientes, basado en la escala Manchester, que nos ayudó a brindar una mejor resolución en cuanto a los tiempos de espera en sala de los pacientes.

- Se adapta en el servicio del triage una manilla de caracterización del paciente con el fin de identificar su gravedad y la ubicación temporal dentro del servicio, optimizar el flujo y garantizar la seguridad.

- Se coordinan los cuadros de turnos del personal de paramédicos de la institución con el fin de obtener una distribución adecuada para garantizar la disponibilidad de una persona en el servicio para asegurar una cobertura continua y evitar sobrecarga de trabajo.
- Se contrata una persona para la realización de referencia y contrarreferencia en el servicio la cual ha ayudado a la mejora de la ubicación en un tiempo

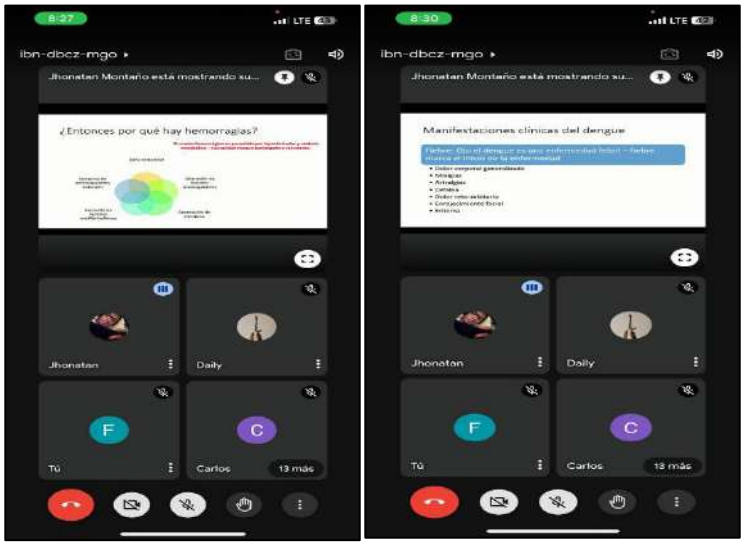
más corto de los pacientes a niveles de mayor complejidad en comparación con el año 2023.

- Se realiza una reestructuración en cuanto a los cuadros de turno y número de médicos en el servicio de urgencias en comparación con año 2023, en el año 2024 se manejan un numero de 4 médicos en el día dos de 12 horas y un médico de apoyo de 8 horas además del apoyo del médico del servicio social obligatorio en sala de observación.
- Se realizaron capacitaciones al personal médico en cuanto a actualización en protocolos y guías de práctica clínica para garantizar una ampliación del conocimiento y prestar una atención de alta calidad a los pacientes que requieren intervenciones inmediatas.

- Se atendió el llamado de las EPS que contratan con la institución para la realización de auditorías medicas las cuales nos supervisaron y evaluaron, permitiéndonos identificar hallazgos que conllevaron a la mejora continua en los procesos clínicos en el servicio de urgencias

- Se ingresa al servicio de urgencias al médico del servicio social obligatorio para el apoyo de la observación de pacientes, esto nos ayudó a la mejor atención y disminución tiempos de espera.
- Se realizó vigilancia de los equipos biomédicos con los técnicos encargados, lo cual ha garantizado una mayor seguridad, calidad y eficiencia en la atención de los pacientes.

- Se planificaron y se gestionaron los turnos del personal médico asegurando una cobertura adecuada en todo momento, se proporcionó capacitación de forma virtual que ayudo al fortalecimiento de sus conocimiento y habilidades dentro del servicio con el fin de brindar una atención integral a los pacientes en el servicio.



- Se implementaron protocolos y actualización de guías de práctica clínica para estandarizar la atención, se realizaron acompañamiento en auditoras medicas de las EAPB logrando buenos resultados en los hallazgos evidenciados en el servicio, se logró atender a pacientes en condiciones críticas o complejas, asegurando una atención adecuada.
- Se realizaron planes de contingencia en días de festividades en el municipio, incluyendo las fiestas decembrinas, se colaboró en la elaboración y seguimiento del presupuesto asignado al servicio de urgencias, buscando optimizar los recursos disponibles, se identificaron áreas de mejora en el conocimiento y habilidades del personal, planificando acciones correctivas.
- Se fomentó en el servicio el trabajo en equipo en conjunto con los médicos, paramédicos y médicos del servicio social obligatorio, se mantuvo una comunicación asertiva con otras áreas que integran el servicio de urgencias laboratorio rayos x vacunación y el ente administrativo, se supervisaron la

correcta elaboración de historias clínicas y otros documentos médicos, se realizaron las respuestas a las quejas que ingresaron por las PQRS.

- En el servicio de urgencias ya se cuenta con una auxiliar para realizar los diferentes procedimientos ambulatorios para las EABP que se tiene contratada y también para las personas particulares que se le presta el servicio. Se viene trabajando de manera constante en la recuperación de pacientes con heridas crónicas para su mejoramiento continuo de la calidad donde se ha recuperado pacientes con crónicos de su estado de salud.
- La atención de partos, con un incremento durante el 2024 se continúa fortaleciendo las capacitaciones de atención de parto seguro con apoyo de la secretaria de salud departamental a través de hospital padrino fundación Valle del Lili.

Año	Cantidad
2023	36
2024	38

- En la ruta materno perinatal, durante el año 2024 se llevó a cabo 3 sesiones curso preparación para la maternidad y paternidad para enseñarles a las gestantes y su familia los cuidados esenciales durante su gestación parto, pos parto y atención del recién nacido para que se sientan seguras en su proceso.

El Servicio de Urgencias de la ESE Hospital San Roque ha logrado importantes avances en la atención durante el año 2024, destacándose en indicadores clave como la reducción del tiempo de triage y el incremento en la satisfacción del usuario. No obstante, es prioritario abordar los desafíos existentes para garantizar la sostenibilidad y mejorar aún más la calidad del servicio.

5.2. CONSULTA EXTERNA

5.2.1. Médicos, especialistas y rayos X

- Se realizó la revisión, creación y actualización de la documentación de los diferentes procesos del área de consulta externa, esto siguiendo recomendación y teniendo en cuenta de la necesidad de los líderes de

procesos, sea por cambio de equipos y/o normatividad correspondiente a la prestación de los servicios.

- Se realizó cuadro de turnos de los médicos de consulta externa y especialistas, esto con el fin de garantizar la oportunidad y accesibilidad a los servicios de salud dentro de nuestra institución.

CONCEPTO	AÑO 2023	AÑO 2024	DIFERENCIA	PORCENTAJE
Consultas de medicina general electivas realizadas	48.693	49.211	518	1%
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	3.185	3.428	243	8%

en este cuadro podemos identificar el aumento de las consultas en comparación con el año inmediatamente anterior, medicina general 1% y para medicina especializada 8%, esto se debe a la contratación con la EAPB NUEVA EPS.

CONCEPTO	META ANUAL	AÑO 2024	CUMPLIMIENTO
Consultas de medicina general electivas realizadas	50.409	49.211	98%
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	4.000	3.428	86%

Este cuadro nos muestra el cumplimento de la meta propuesta para el año 2024, se observa que para consultas por medicina general se obtuvo un cumplimiento del 98% y para consultas de medicina especializada el 86%.

- Se realizó coordinación del servicio de rayos x, agendamiento y disponibilidades de turnos, se llevó a cabo visita de auditoría a la empresa dueña del equipo, esto con el fin de verificar, que el servicio que se preste a nuestra población sea de calidad.

CONCEPTO	AÑO 2023	AÑO 2024	DIFERENCIA	PORCENTAJE
Número de imágenes diagnósticas tomadas	8.355	9.073	718	9%

en este cuadro podemos identificar el aumento del número de imágenes diagnosticas tomadas para el año 2024 en comparación con el año 2023, se obtuvo un incremento del 9%.

CONCEPTO	META ANUAL	AÑO 2024	CUMPLIMIENTO
Número de imágenes diagnósticas tomadas	8.442	9.073	107%

Este cuadro nos muestra el cumplimento de la meta propuesta para el año 2024, se observa que para número de imágenes diagnosticas tomadas se obtuvo un cumplimiento del 107%.

5.2.2. Odontología

- se realizó supervisión a la coordinación del servicio de odontología, acompañamiento en las auditorias, revisión de indicadores y metas del servicio.

CONCEPTO	AÑO 2023	AÑO 2024	DIFERENCIA	PORCENTAJE
Número de sesiones de odontología realizadas	10.828	12.535	1707	16%
Total de tratamientos terminados (Paciente terminado)	660	1.131	471	71%

En este cuadro podemos identificar el aumento del número sesiones de odontología realizadas para el año 2024 en comparación con el año 2023, se obtuvo un incremento del 16% y el total de pacientes terminados con un aumento del 71%.

CONCEPTO	META ANUAL	AÑO 2024	CUMPLIMIENTO
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	7.007	4.995	71%
Total de tratamientos terminados (Paciente terminado)	660	1.131	171%

Este cuadro nos muestra el cumplimento de la meta propuesta para el año 2024, se observa que para del número sesiones de odontología realizadas se obtuvo un cumplimiento del 71% y para el total de pacientes terminados un cumplimiento del 171%.

- El indicador correspondiente al tiempo de espera de las consultas de primera vez de odontología, muestra como resultado un promedio de 1 día de espera del paciente en el año 2024.

Concepto	Meta anual	Cumplimiento	%
Total, de consultas de odontología realizadas (valoración)	**7007**	**4995**	71%
Total, de tratamientos terminados (Paciente terminado)	**660**	**1131**	171%
Sellantes aplicados	**4700**	**2141**	220%
Superficies obturadas (cualquier material)	**11487**	**9995**	87%
Exodoncias (cualquier tipo)	**1234**	**1371**	111%
TOTAL	**25.088**	**32.168**	**128%**

De las 25.088 actividades que se había programado para la vigencia 2024, **se realizaron 32.168 que corresponde al 128%**. En cuanto a las exodoncias su cumplimiento aumentó (111%) lo cual denota una baja adherencia de los pacientes al tratamiento.

5.2.3. Psicología y nutrición

Esta sección tiene como objetivo presentar un análisis detallado de las actividades realizadas en el servicio de psicología durante el año 2024. En este proceso de análisis, se considerará el comportamiento del servicio de psicología en relación con las recomendaciones emitidas por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), así como la implementación del modelo biopsicosocial, el cual guía el enfoque de rehabilitación en el servicio.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PRODUCCIÓN			
		AÑO 2023	AÑO 2024	DIFERENCIA	%

890108	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR PSICOLOGIA +	4	8	4	100%
890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA E+	534	1089	555	104%
890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA +	403	413	10	2%
890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	193	263	70	36%
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	265	266	1	0%
944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA	24	24	0	0%
944904	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSICOLOGIA +	5	0	-5	-100%
990206	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	26	261	235	904%
TOTAL GENERAL		**1454**	**2324**	**870**	**60%**

De acuerdo con el cuadro anterior se presentan los siguientes análisis a los datos presentados:

- La **producción total** del servicio de psicología aumentó significativamente de **1,454 consultas en 2023** a **2,324 en 2024**, con una **diferencia de 870 consultas**, lo que representa un crecimiento del **60%**.
- Las **consultas de Primera Vez (Código 890208)** aumentaron de **534 en 2023** a **1,089 en 2024**. Un incremento más destacado en volumen absoluto con **555 consultas adicionales**, lo que equivale a un **104%** de aumento.

- Las **interconsultas por Psicología (Código 890408)** incrementaron de **193 consultas en 2023** a **263 en 2024**. Representa un aumento absoluto de **70 consultas** (+36%).
- **La educación individual en salud (Código 990206)** aumentó de **26 consultas en 2023** a **261 en 2024**. Es un incremento absoluto de **235 consultas** y representa un **904%**, lo que destaca como el crecimiento porcentual más significativo respecto a todos los servicios en psicología. Este crecimiento es atribuible a los Equipos Básicos en Salud (EBS) del Programa Atención Primaria en Salud (APS).

- Se realizó supervisión a la coordinación del servicio de psicología, esto con el fin de apoyar con la asignación de tareas, revisión de seguimientos a pacientes por parte del psicólogo, verificación del cumplimiento del comité de salud mental institucional y Se realiza cuadro de turnos del profesional de nutrición y dietética, se supervisa las agendas, consultas realizadas en el área de consulta externa, urgencias y hospitalización.

CONCEPTO	AÑO 2023	AÑO 2024	DIFERENCIA	PORCENTAJE
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista)	3.264	3.330	102	16%

- en este cuadro podemos identificar el aumento consultas electivas realizadas por profesionales (Psicología, Nutricionista) para el año 2024, se obtuvo un incremento del 16% en comparación a la realizadas en el año 2023.

CONCEPTO	META ANUAL	AÑO 2024	CUMPLIMIENTO
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometria y otras)	3.264	3.330	102%

Este cuadro nos muestra el cumplimento de la meta propuesta para el año 2024, se observa que para las consultas electivas realizadas por profesionales (Psicología, Nutricionista) se obtuvo un cumplimiento del 102%.

5.2.4. Fisioterapia

El presente informe tiene como objetivo presentar un análisis detallado de las actividades realizadas en el servicio de fisioterapia durante el año 2024. En este proceso de análisis, se considerará el comportamiento del servicio de fisioterapia en relación con las recomendaciones emitidas por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), así como la implementación del modelo biopsicosocial, el cual guía el enfoque de rehabilitación en el servicio.

- se realizó supervisión a la coordinación del servicio de fisioterapia, esto con el fin de apoyar con la asignación de tareas, verificar agendamiento de pacientes y actividades delegadas para visitas de la OIM.

CONCEPTO	AÑO 2023	AÑO 2024	DIFERENCIA	PORCENTAJE
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	5.865	5.302	-563	-10%

En el año 2023, se realizaron un total de 5,865 consultas de terapia física, mientras que en 2024 la cifra descendió a 5,303 consultas, lo que representa una disminución de 562 consultas, es decir, una reducción aproximada del 9.5% en comparación con el año anterior. En cuanto al número de pacientes atendidos, en 2023 se brindó atención a 558 pacientes, mientras que en 2024 la cifra se redujo a 469 pacientes. Esta disminución en el número de pacientes atendidos también está directamente relacionada con la reducción en el número de consultas.

Varios factores pueden explicar esta variación. Entre ellos, se encuentran las asistencias técnicas por parte de la OIM y Fundación Ideal, la participación en cursos

especializados, como el curso básico de silla de ruedas en la ciudad de Bogotá, que podrían haber influido en la disponibilidad de recursos y la reorganización de las consultas. Adicionalmente, el proceso de referenciación de pacientes a hospitales de primer nivel en Colombia también ha impactado en la cantidad de consultas realizadas en nuestro servicio. No obstante, a pesar de esta disminución, las cifras siguen reflejando una atención considerable en el área de la terapia física, lo que demuestra la continuidad en la prestación de servicios a los pacientes y el compromiso con su bienestar.

CONCEPTO	META ANUAL	AÑO 2024	CUMPLIMIENTO
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	6.048	5.302	88%

Este cuadro nos muestra el cumplimento de la meta propuesta para el año 2024, se observa que, para el número de sesiones de terapias físicas realizadas, se obtuvo un cumplimiento del 88%.

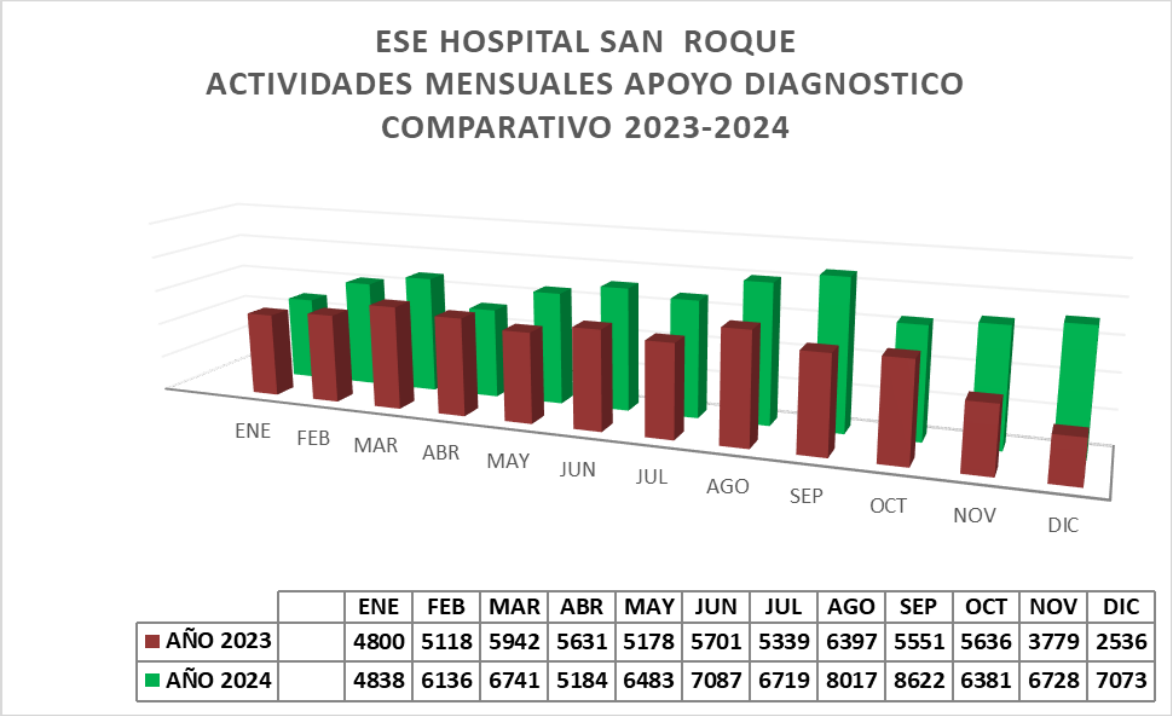
Hospital Referente: El hospital San Roque fue seleccionado como centro de referenciación para 15 hospitales de primer nivel de Colombia, durante 3 días se llevaron a cabo diversas actividades, con el fin de implementar el modelo biopsicosocial en los territorios.

5.2.5. Laboratorio clínico

La toma de exámenes de laboratorio clínico, es factor fundamental en las decisiones que tomen en favor del bienestar del usuario, permitiéndonos dar más oportunidad a nuestro cliente, que es nuestra razón de ser. A continuación, se presenta un análisis detallado de la gestión realizada en el proceso de Apoyo a la Prestación (Laboratorio) comparativo año 2023 y 2024, en concordancia con la alta demanda por los diferentes usuarios que llegan a nuestra institución.

En el siguiente gráfico se muestra que para el año 2024 hubo un aumento significativo en la realización de actividades con 18.401 actividades más con respecto al año anterior, ese resultado obedece a la continuidad en la realización de actividades influenciado por las actividades intra y extramurales, especialmente los tamizajes y pruebas de Detección Temprana, además la llegada del programa APS en los últimos dos meses del año 2024. Es de considerar que los servicios de apoyo diagnósticos guardan directa relación con la producción de consultas médicas y además el alto impacto de la extensión del horario de atención del

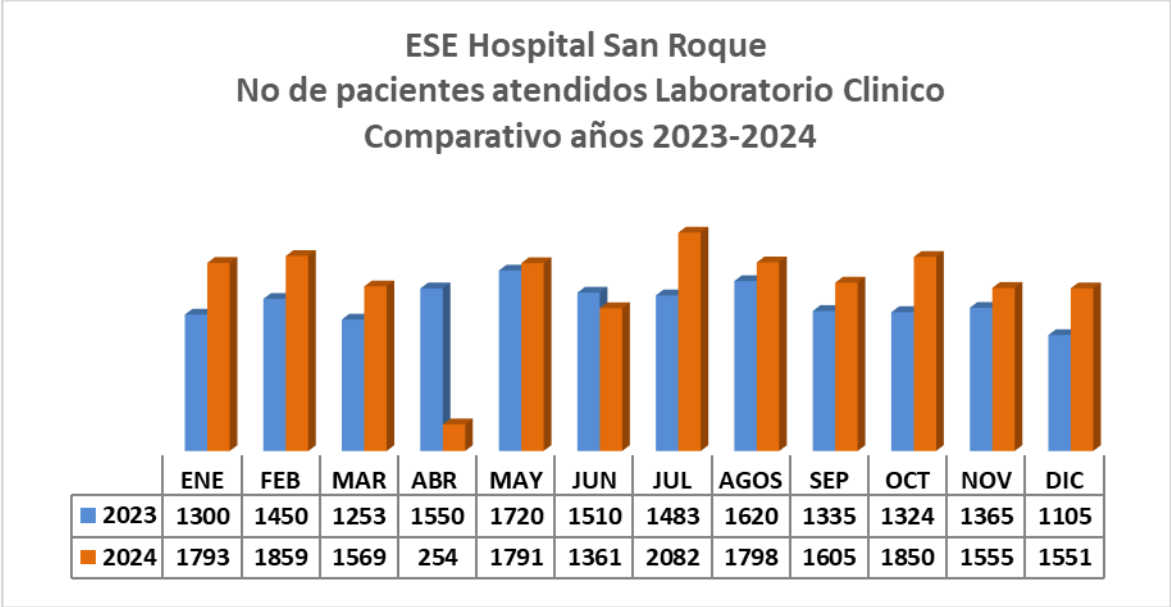
laboratorio clínico. Cabe mencionar el aumento de personal como el bacteriólogo profesional (rural), que da un gran apoyo para así aumentar la atención a los usuarios y por ende la productividad del laboratorio clínico.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
AÑO 2023	4800	5118	5942	5631	5178	5701	5339	6397	5551	5636	3779	2536
AÑO 2024	4838	6136	6741	5184	6483	7087	6719	8017	8622	6381	6728	7073

Fuente. Datos Estadística ESE Hospital San Roque

En la siguiente grafica se muestra que para el año 2024 se atendieron 19.068 pacientes con un aumento significativo de 2.053 usuarios con respecto al año anterior. Este aumento se a la contratación de diferentes EPS contributivas y subsidiadas y al alto volumen de pacientes atendidos en los diferentes programas que atiende el Hospital, entre ellos urgencias y hospitalización.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC
2023	1300	1450	1253	1550	1720	1510	1483	1620	1335	1324	1365	1105
2024	1793	1859	1569	254	1791	1361	2082	1798	1605	1850	1555	1551

5.2.6. Generalidades del servicio de consulta externa

- Coordinación de atención de pacientes por telemedicina para psiquiatría, se hizo seguimiento de la atención realizada, ajuste de agendas y disponibilidad de consultorio para garantizar la atención de los pacientes.

- Se lideró el comité de historias clínicas de la institución, se realizaron reuniones del mismo de manera mensual, donde se presentaron los hallazgos de las auditorias de las historias clínicas de los profesionales de salud de nuestra institución.

- Se realizó capacitaciones a los médicos de consulta externa en el correcto diligenciamiento de la historia clínica, para los diferentes ciclos de vida y programas ofrecidos por nuestra institución, esto con el fin de mejorar los porcentajes de cumplimiento de los indicadores de la 4505.

- Se brindó resolutivita a las PQRS recibidas por parte de los usuarios frente a las atenciones recibidas por el personal médico del área de consulta externa, dando con el cumplimiento de los tiempos establecidos en el procedimiento de recepción de PQRS de nuestra institución.

5.3. RUTAS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

5.3.1. Promoción y mantenimiento de la salud

Según la OMS, Las rutas integrales de atención en salud (RIAS), tienen como objetivo buscar un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; garantizando la atención integral al individuo, su familia y comunidad, a partir de procedimientos de valoración integral, detección temprana de enfermedades, diagnósticos, tratamientos, rehabilitación, paliación y educación para la salud. Desde el año 2022 la ESE Hospital San Roque ha venido adaptando en su modelo de atención la resolución 3280 de 2018, enfocándose día a día en la atención a usuarios a través de Rutas de atención, al día de hoy cuenta con el siguiente talento humano exclusivo para realizar actividades de Promoción y mantenimiento de la salud.

En las tablas que se observan a continuación se evidenciara la información comparativa de la atención brindada en los programas de promoción y mantenimiento de la salud, por cada una de las EAPB, que al día de hoy tiene contrato con la ESE Hospital San Roque de Pradera, en los cursos de vida primera infancia e infancia, adolescencia, juventud, adultez vejez de los años 2023 y 2024.

COMPARATIVO ACTIVIDADES 2023 -2024 EAPB EMSSANAR	2023	2024
Mujeres entre 25 y 69 años que se realizan citología/ADN-VPH	**967**	**1179**
Mujeres de 50 a 69 años remitidas y con toma de mamografía	**1359**	**268**
Hombres de 50 a 75 años con toma de PSA	**172**	**460**
Consulta al programa de Primera Infancia (8 días a 5 años)	**1300**	**1470**
Consulta al programa de Infancia (6 a 11 años)	**689**	**998**
Consulta al programa de adolescencia (12 a 17 años)	**634**	**597**
Consulta al programa de Juventud (18 a 28 años)	**876**	**823**
Consulta al programa de Adultez (29 a 59 años)	**820**	**1216**
Consulta al programa de Vejez (60 años de edad y más)	**245**	**773**
Usuarios con Tamizaje para VIH	**1100**	**2598**
Planificación Familiar en Mujeres de 12 a 49 años	**3204**	**4201**
Toma de SOH a usuarios entre 50 y 75 años	**446**	**637**

Haciendo un comparativo entre 2023 y 2024 se puede observar que los indicadores se mantienen, aunque los indicadores de adolescencia y juventud se observa un

descenso, por lo cual se debe intensificar la búsqueda de esta población, como indicadores prioritarios para el año 2025.

En el tamizaje utilizado para detección temprana del cáncer de cuello uterino, en el añ0 2024 para la EAPB EMSSANAR, se observa un aumento en la cantidad de citologías Y ADN/ VPH tomadas, esto se debe a la aplicación de la resolución 3280 de 2018, donde nos dice que se debe tomar citología cervicouterina a mujeres mayores de 25 a 29 años con una frecuencia 1-3-3, y La implementación de la toma de ADN / VPH a través del procesamiento de muestras por parte de la IPS "por ti mujer". En el año 2024 se continua con la tamización para detección temprana de cáncer de próstata y colon, donde se observa un incremento considerable, lo que permite detectar a tiempo el cáncer de colon y próstata.

COMPARATIVO ACTIVIDADES 2023 -2024 EAPB NUEVA EPS	2023	2024
Mujeres entre 25 y 69 años que se realizan citología/ADN- VPH	**175**	**162**
Consulta al programa de Primera Infancia (8 días a 5 años)	**74**	**281**
Consulta al programa de Infancia (6 a 11 años)	**53**	**157**
Consulta al programa de adolescencia (12 a 17 años)	**49**	**101**
Consulta al programa de Juventud (18 a 28 años)	**279**	**167**
Consulta al programa de Adultez (29 a 59 años)	**307**	**266**
Consulta al programa de Vejez (60 años de edad y más)	**191**	**95**
Usuarios con Tamizaje para VIH	**194**	**462**
Planificación Familiar en Mujeres de 12 a 49 años	**182**	**433**

Toma de SOH a usuarios entre 50 y 75 años	**62**	**79**

Haciendo un comparativo entre 2023 y 2024 sobre los indicadores de NUEVA EPS, se observa que hay un incremento en las consultas de primera infancia, infancia, adolescencia, debido a las actividades que se realizaron en instituciones educativas del municipio y un descenso significativo en las consultas de juventud adultez y vejez, por lo tanto, se hace necesario. En el tamizaje utilizado para detección temprana del cáncer de cuello uterino, para la NUEVA EPS, en el añ0 2024, se observa un descenso en la cantidad de citologías tomadas, debido a la cantidad de histerectomías reportadas y desactualización de teléfonos y direcciones en bases de datos enviadas por la EAPB.

COMPARATIVO ACTIVIDADES 2023 -2024 EAPB ASMET SALUD	**2023**	**2024**
Mujeres entre 25 y 69 años que se realizan citología/ADN- VPH	**39**	**26**
Consulta al programa de Primera Infancia (8 días a 5 años)	**139**	**187**
Consulta al programa de Infancia (6 a 11 años)	**136**	**171**
Consulta al programa de adolescencia (12 a 17 años)	**127**	**104**
Consulta al programa de Juventud (18 a 28 años)	**106**	**72**
Consulta al programa de Adultez (29 a 59 años)	**209**	**224**
Consulta al programa de Vejez (60 años de edad y más)	**50**	**66**
Usuarios con Tamizaje para VIH	**95**	**208**
Planificación Familiar en Mujeres de 12 a 49 años	**254**	**386**

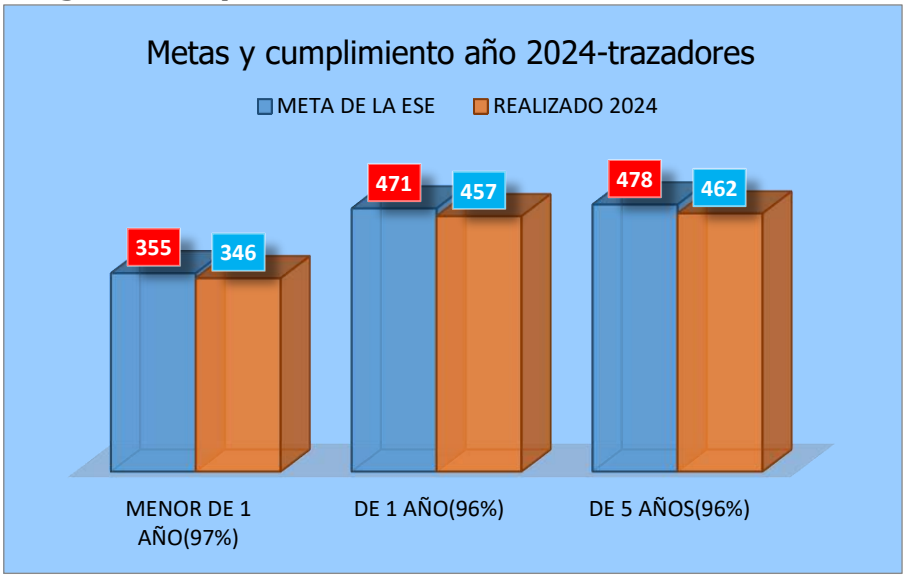
Haciendo un comparativo entre 2023 y 2024 sobre los indicadores de ASMET SALUD, se observa que hay un incremento en las consultas de primera infancia, infancia, adultez y vejez y un descenso en las consultas de adolescencia, juventud, por lo tanto, se hace necesario intensificar la búsqueda de estos usuarios para brindar atención a esta población. En el tamizaje utilizado para detección temprana del cáncer de cuello uterino, para la ASMET SALUD, en el añ0 2024, se observa un descenso en la cantidad de citologías tomadas, debido a la desactualización de teléfonos y direcciones en bases de datos enviadas por la EAPB. Hay muchas usuarias que no se encuentran.

5.3.2. Vacunación

El programa ampliado de inmunizaciones PAI, a nivel nacional cuenta con 23 vacunas que protegen contra 28 enfermedades con las cuales se pretende erradicar la mortalidad y morbilidad ocasionadas por ciertas enfermedades presentes en el mundo y por ende en nuestro país, nuestro municipio ha adoptado el programa PAI, para que con el resultado de una acción conjunta se logren las coberturas propuestas por la organización panamericana de la salud (OPS), organización mundial de la salud (OMS) en conjunto con el Ministerio de la Protección social, la cual es una vacunación por encima del 95% para lograr el umbral de inmunidad en la comunidad; pero no es ajeno hablar de algunas situaciones a resolver en el programa como la población asignada que se le dificulta al DANE precisar sobre ella, por lo tanto municipios como el nuestro que no han realizado un censo actualizado

se presenta una brecha en cuanto al total exactos de niños existentes y programados.

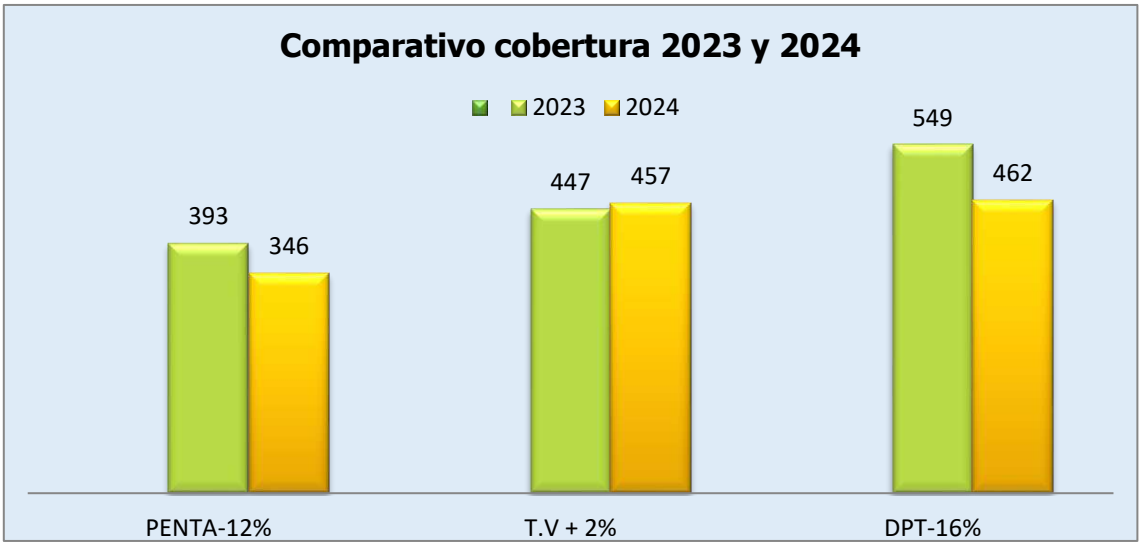
Programa ampliado de inmunizaciones-PAI



Fuente: rediario digital-pagina del ministerio de la protección social

Las coberturas a cumplir en el PAI para la ESE, hospital San Roque en el año 2024 es la siguiente: Menor de un año **355,** lo que se mide con terceras dosis de pentavalente, de un año **371** dosis, se mide con la vacuna MMR (Triple viral-TV) y de 5 años **478,** se mide con DPT (Difteria, tétanos y tos ferina) Segundo refuerzo. **El cuadro,** nos muestra el cumplimiento de la cobertura según la meta planteada por el Ministerio de la protección social, las estrategias de captación son buenas pero se deben mantener y en algunos casos mejorar. La **pentavalente**, nos muestra un cumplimiento del 97%(346), **la triple viral** nos muestra un cumplimiento del 96%(547), la difteria, tétanos tos ferina (**DPT)** nos muestra un

cumplimiento del 96%(462). Todas estas vacunas cumplen con la meta propuesta por el MPS, que es de un 95%.

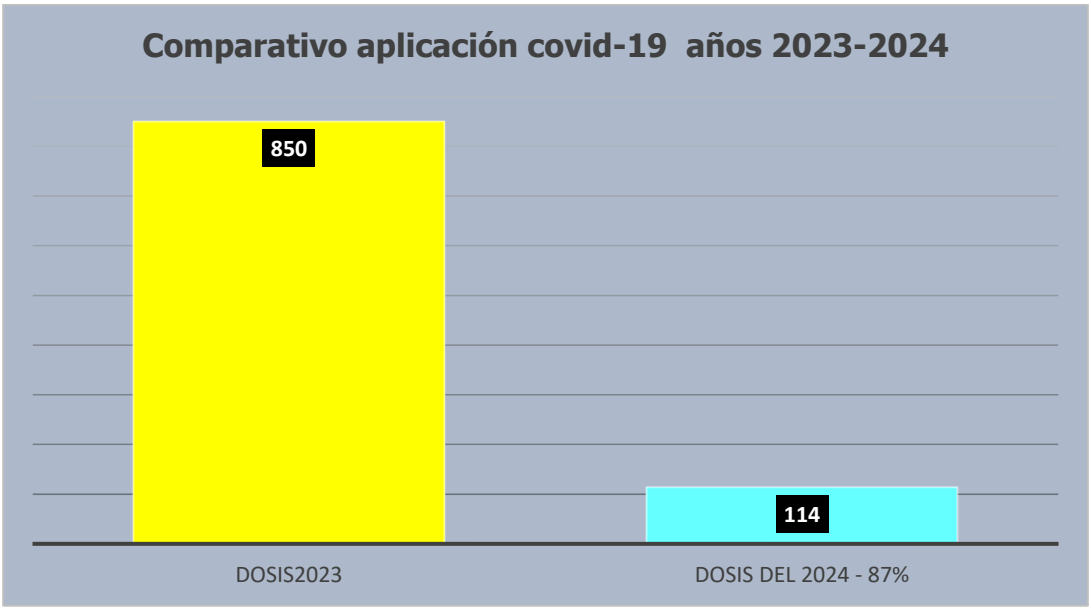


Fuente: rediario digital-pagina del ministerio de la proteccion social

Comparando el año 2023 con el 2024, La vacuna **PENTA VALENTE** que, en un solo frasco de biológico, protege contra Difteria, tétanos, Tos ferina, Hepatitis B, meningitis y otras enfermedades causadas por el Haemophilus Influenza tipo B; presenta un cumplimiento del 80%, en el año 2023, comparado con el 2024 aumento 17%,la estrategia de seguimiento a la cohorte es efectiva, La vacuna que protege contra el Sarampión, Rubeola y Paperas, llamada **TRIPLE VIRAL (TV o MMR),** muestra un cumplimiento del 91%, en el año 2023, comparado con el año 2024 aumento un 5%, cumple con la meta propuesta por el MPS en un 96%. La vacuna de **DPT** que se aplica para prevenir Difteria, Tétanos, Tos ferina, en la edad de 5 años ha mostrado un cumplimiento del 96%, se cumplió con la meta propuesta

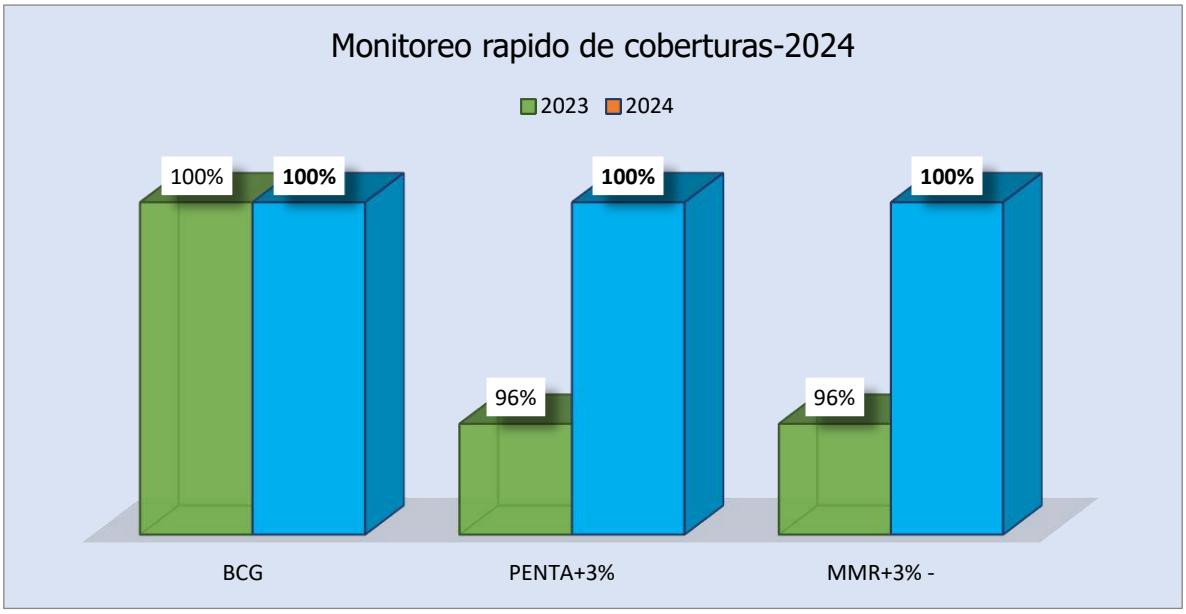
por el MPS, pero comparada con el año anterior disminuyo en un16%, se debe replantear nuevas estrategias para el año, 2024

NOTA: se debe tener en cuenta que la meta de EPS SOS, contratada con la IPS ASI en Pradera, se disminuyó en un 10% de la meta enviada por el MPS, para el cumplimiento de la ESE, puesto que ellos están habilitados para vacuna.



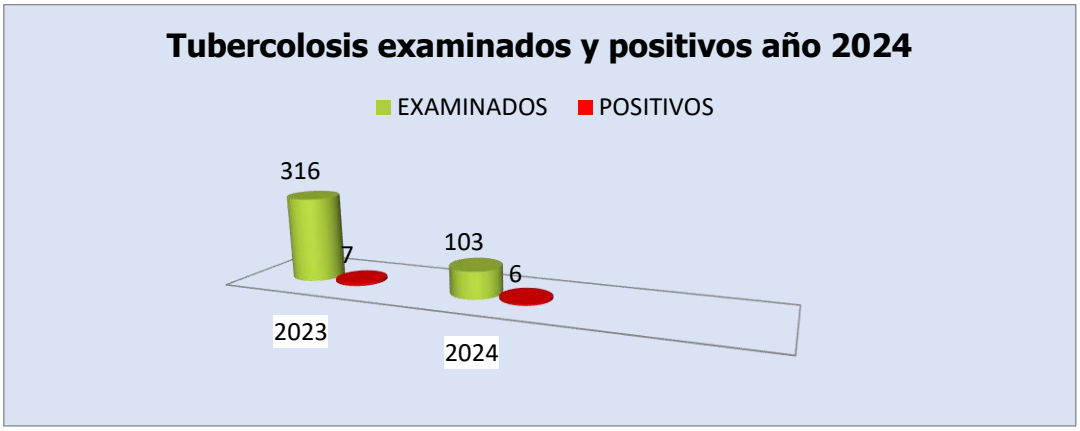
Fuente: rediario digital-página del ministerio de la protección social

Los bilógicos de Covid-19, se aplican en muy poca cantidad en el 2024, 114 dosis que equivalen a 87% menos de lo aplicado el año pasado, debido que los usuarios argumentan que no se dejan colocar más vacunas que prevengan esta enfermedad, sumado que 6 meses del año no contamos con dicho biológico, y para los viajeros de muchos países ya no se las exigen como requisitos.



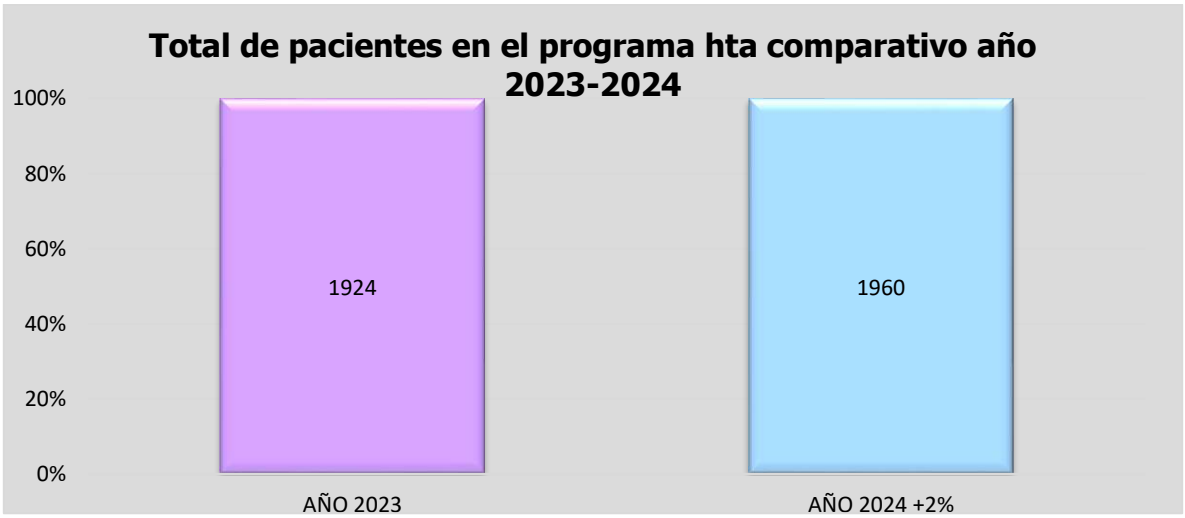
Fuente: página salud infantil departamental

El cuadro nos muestra un comparativo de los últimos dos años del comportamiento trazado por el monitoreo rápidos de cobertura (MRC) en nuestro municipio. El monitoreo rápido de cobertura es una herramienta que permite, evaluar el resultado de la vacunación realizada en una determinada área del municipio a lo largo del tiempo. El monitoreo rápido de coberturas (MRC) en nuestro municipio el año 2023 nos muestra un cumplimiento del 96%, en el año 2024, se cumple en un 100%, quiere decir que los menores de 6 años encontrados, todos están vacunados.



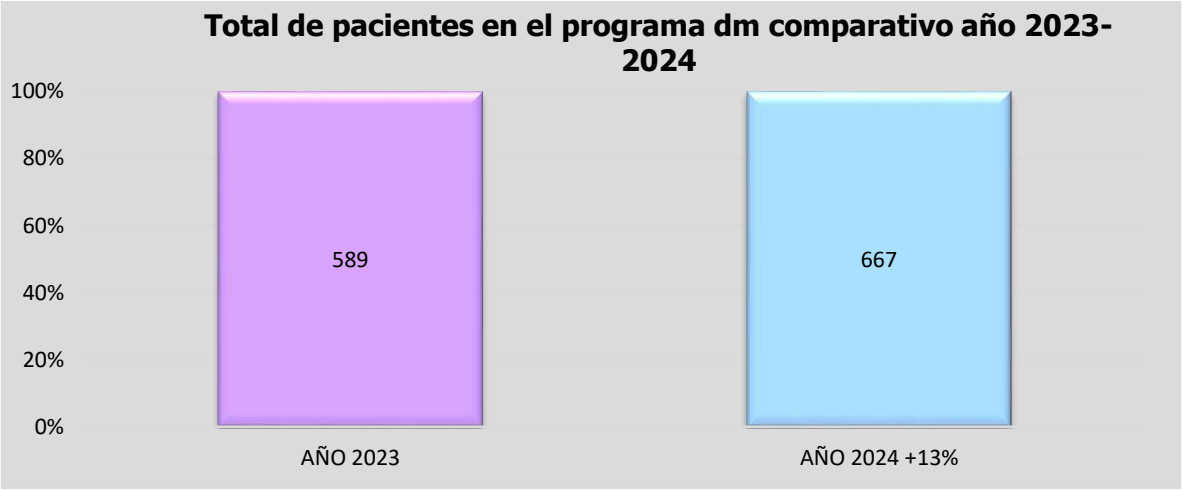
Fuente: plantilla de tuberculosis sensible (mps)

El cuadro nos muestra, una captación del **70% menos** comparado con el año anterior, debido que el año 2024 no se realizó, búsqueda por plan de intervenciones colectivas PIC, pero a pesar de la búsqueda disminuida se encontraron el mismo número de pacientes positivos comparado con el año anterior, además se cumple con la meta propuesta por el ministerio de la protección social.



Fuente: plantilla de alto costo del MPS.

Se inscribieron en el programa de hipertensión arterial, a lo largo de todos los años hasta el año 2024, 1960, usuarios, Hasta el año 2023 se había inscrito 1924, el comparativo nos muestra un aumento de un 2%, se debe realizar tamizaje para encontrar más cantidad de pacientes que presentan HTA y ni siquiera se dan cuenta.



Fuente: plantilla de alto costo del MPS.

Se inscribieron en el programa de diabetes, a lo largo de todos los años hasta el año 2024, 667 usuarios, Hasta el año 2023 se había inscrito 589, el comparativo nos muestra un aumento de un 13%, se debe realizar tamizaje para encontrar más cantidad de pacientes que presentan DM y ni siquiera se dan cuenta.

5.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE

La ESE Hospital San Roque, comprometida con la mejora continua de la atención y con el objetivo de garantizar servicios de calidad para todos sus usuarios, ha implementado diversas estrategias lideradas desde la gerencia en conjunto con el equipo del programa de seguridad del paciente. A continuación, se presenta un informe detallado de los logros alcanzados durante el año 2024, con el propósito de ofrecer una visión clara sobre el desarrollo del programa durante este período.

- Se dio inicio a una reestructuración del programa de seguridad del paciente, basada en la política institucional PS-MA-24 (Política de Seguridad del Paciente V2). Esta iniciativa tiene como objetivo fortalecer, garantizar y dirigir los esfuerzos institucionales hacia un sistema de atención seguro, promoviendo además la participación activa y responsable de todos los actores involucrados en el proceso asistencial.

Hospital San Roque	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
Fecha de aprobación: Abril 10 de 2010	**Fecha de Modificación:** Febrero 23 2024	**Página 2 de 5**
Tipo de Proceso: Misional	**Código:** PS-MA-24	**Versión:** 02

- Se actualizó el procedimiento para el reporte de eventos adversos, implementando un nuevo método que incluye el uso de un código QR y un

formato accesible a través de un enlace digital. Este enlace se encuentra disponible en todos los equipos utilizados por el personal asistencial y administrativo de la ESE, facilitando así un proceso más ágil y eficiente para la notificación de eventos adversos.

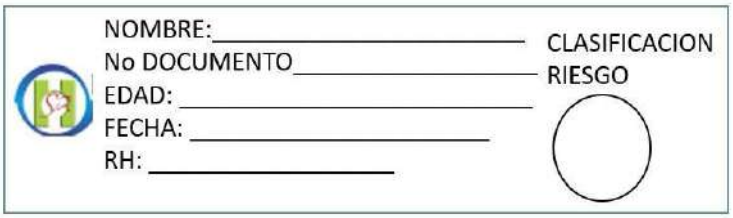
Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera-Valle	PROCEDIMIENTO EVENTOS ADVERSOS	
Fecha de Aprobación: Diciembre de 2013	**Fecha de Modificación:** Febrero 24 de 2024	**Página 1 de 8**
Tipo de Proceso: Misional	**Código:** PS-PR-52	**Versión:** 04

Fuente: Formato de reporte de eventos QR.

Fuente: Formato de reporte de eventos a través de link.

- Se llevó a cabo la actualización del protocolo de identificación del paciente (PS-PT-68) como parte de las acciones del programa de seguridad del

paciente. En este proceso, se implementaron medidas clave como el uso de manillas de identificación y la incorporación de tableros informativos. Estas acciones están orientadas a prevenir posibles fallos relacionados con la atención en salud y a proporcionar herramientas que permitan al personal asistencial garantizar una atención segura y de calidad para los usuarios.



Fuente: Formato de manillas de identificación.

Hospital San Roque Empresa Social del Estado Pradera-Valle	PROTOCOLO IDENTIFICACION DE PACIENTES		
Fecha de Elaboración: Agosto de 2015	**Fecha de Modificación:** Julio 2024		**Página 1 de 6**
Tipo de Proceso: Misional	**Código:** PS-PT-68	**Código TRD:**	**Versión:** 03

Fuente: Protocolo de identificación del paciente V3.

- Se actualizó el protocolo de lavado de manos, complementando esta medida con la instalación de puntos de desinfección estratégicamente ubicados en los servicios de urgencias y hospitalización. Estas acciones buscan reforzar las prácticas de higiene y prevenir infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).

Hospital San Roque	PROTOCOLO LAVADO DE MANOS	
Fecha de aprobación: Marzo de 2015	**Fecha de Modificación:** Febrero 23 de 2024	**Página 1 de 10**
Tipo de Proceso: Misional	**Código:** PS-PT-64	**Versión:** 02

Fuente: Protocolo de lavado de manos V2.

5.4.1. Ronda de seguridad del paciente

Se realizó la actualización del formato de rondas de seguridad del paciente en los servicios de urgencias y hospitalización (V2), diseñado para alinearse con los estándares de acreditación. Este formato incluye los siguientes componentes clave:

- Identificación correcta del paciente.
- Seguridad en la administración de medicamentos.
- Control y prevención de riesgos de caídas.
- Prevención de la malnutrición o desnutrición.
- Educación al paciente sobre el autocuidado de su seguridad.
- Prevención de úlceras por presión.
- Garantía de atención integral al recién nacido.
- Prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
- Reducción de riesgos en la atención de pacientes con problemas de salud mental.

Estos principios orientadores buscan garantizar una ronda de seguridad del paciente integral, abarcando todos los aspectos relevantes del proceso de atención para asegurar una experiencia segura y de calidad para los usuarios.

Hospital San Roque	RONDA DE SEGURIDAD DE PACIENTE HOSPITALIZACION-URGENCIAS		
Codigo: PS-FT-262	Version: 02	Año: 2024	Pagina: 1 de 2
Fecha:			
Servicio evaluado:			
Profesional:			
Nombre: Identificación:		Edad: Cama:	

Fuente: PS-FT-262 ronda de seguridad del paciente hospitalización y urgencias.

Se estableció el cronograma de rondas de seguridad del paciente en donde queda estandarizado como norma del programa, realizar dos rondas semanales en los servicios de urgencias y hospitalización, esto con la finalidad de generar cultura dentro de la ESE. Se creó el correo institucional del Programa de Seguridad del Paciente (seguridaddelpacientehsanroque@gmail.com) con el objetivo de centralizar y gestionar de manera eficiente todos los asuntos relacionados con el desarrollo del programa. A través de esta herramienta, se llevará el control y seguimiento de las estadísticas de los eventos adversos reportados por los profesionales adscritos al Hospital San Roque. Este seguimiento incluirá tanto la evaluación inicial de los incidentes como su gestión hasta la finalización de las acciones correctivas necesarias.

De esta forma, el correo institucional se convierte en un canal oficial y exclusivo para garantizar la trazabilidad, transparencia y mejora continua en la implementación de estrategias de seguridad para el paciente en nuestra institución.

5.4.2. Generalidades de la seguridad del paciente

- Durante la actualización de políticas, protocolos y procedimientos que han mejorado la calidad y seguridad en la atención, destacando la implementación de herramientas innovadoras como el uso de códigos QR para el reporte de eventos adversos.

- La capacitación integral al talento humano de la institución fue un pilar fundamental para fomentar una cultura de seguridad. Las actividades formativas abarcaron temas críticos como el lavado de manos, identificación del paciente y reporte de eventos adversos, promoviendo prácticas seguras en todos los servicios.

- El Comité de Seguridad se reunió de manera regular durante todo el año, lo que permitió mantener un control riguroso sobre los avances del programa, identificar áreas de mejora y coordinar acciones correctivas para garantizar la continuidad y efectividad del sistema.

- Las iniciativas implementadas, como la metodología del paciente trazador, los stickers con códigos QR y la instalación de timbres en servicios críticos, evidencian el compromiso del hospital con la innovación, facilitando procesos más efectivos y accesibles para mejorar la seguridad del paciente.

6. EJE 3: GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Objetivo del eje: Fortalecer los procesos administrativos y financieros de la ESE a fin de lograr una estabilidad financiera que permita prestar servicios de salud con Calidad a la población. Este eje se compone de dos (2) programas, tres (3) subprogramas y siete (7) proyectos.

6.1. INGRESOS Y GASTOS

En el orden territorial de la Empresa Social del Estado conlleva la sujeción a las políticas, lineamientos y mecanismos de control establecidos por el Departamento, Distrito o Municipio para garantizar el cumplimiento de las metas previstas en su plan de desarrollo y en el programa de gobierno presentado por el respectivo alcalde. Por tanto, los nexos del Presupuesto de la E.S.E. son los nexos del Sistema Presupuestal Territorial. De la misma forma que el presupuesto territorial, el presupuesto de la E.S.E. se encuentra ligado al Plan de Desarrollo de la Entidad (uno de cuyos componentes es el Plan de Salud), que constituye el marco de toda la acción de la administración central y descentralizada del Departamento, Distrito o Municipio. En consecuencia, su Plan Financiero, su Plan Operativo Anual de Inversiones y su Presupuesto General constituyen el marco económico de la acción de las Empresas Sociales del Estado. Las proyecciones financieras de acción de las Empresas deben encontrarse previstas en el Plan Financiero territorial, ya que este

último es el instrumento de viabilizarían económica de las metas previstas en el Plan de Desarrollo, incluidas las desagregadas para el sector salud directamente en el Plan Local de Salud.

6.1.1. Presupuesto de ingresos

	PRESUPUESTO DEFINITIVO	2.023	2.024	
RUBRO	DESCRIPCION	DEFINITIVO		VARIACION
1'	**Ingresos**	**12.438.294.682**	**14.988.111.980**	2.549.817.298
10'	Disponibilidad Inicial	418.186.382	136.407.812	- 281.778.570
11'	Ingresos Corrientes	9.538.148.772	13.084.348.174	3.546.199.402
110205'	Venta de bienes y servicios	8.957.863.019	9.453.633.330	495.770.311
110206'	Transferencias Corrientes	580.285.753	3.630.714.844	3.050.429.091
12'	Recursos de capital	2.481.959.528	1.767.355.994	- 714.603.534

El presupuesto definitivo comparativo 2023-2024 de la E.S.E Hospital San Roque de Pradera Valle, es el resultado de las modificaciones del mismo tales como adiciones y reducciones dando como resultado un incremento comparativo corriente para la vigencia 2024 por valor ($3.546.199.402.oo) a razón de recursos incorporados por concepto aportes de ministerio de salud para la atención básica primaria, convenios municipales por concepto de plan de intervenciones colectivas y subsidio a la oferta; convenio con el departamento para la población en discapacidad, población extrajera no asegurada, recuperación de cartera de vigencias anteriores por venta de servicios de salud adeudadas por Eps, Ips, Otras entidades y la incorporación de la disponibilidad inicial.

6.1.2. Recaudos de ingresos

Los recaudos comparativos están relacionados con los reconocimientos los cuales son el resultado de la facturación y cartera radicada por venta de servicios de salud que presta la entidad a los diversos regímenes.

	RECAUDO	2023	2024	
RUBRO	**DESCRIPCION**	**RECAUDO**		**VARIACION**
1'	**Ingresos**	10.172.746.172	13.656.460.436	**3.483.714.264**
10'	Disponibilidad Inicial	418.186.382	136.407.812	-281.778.570
11'	Ingresos Corrientes	7.466.237.030	11.227.952.326	3.761.715.296
110205'	Venta de bienes y servicios	6.885.951.277	7.595.561.757	709.610.480
110206'	Transferencias Corrientes	580.285.753	3.632.390.569	3.052.104.816
12'	Recursos de capital	2.288.322.760	2.292.100.298	3.777.538

El presente análisis comparativo nos da como resultado un incremento para la vigencia 2024 en el recaudo total, en ingresos corrientes y en ventas de bienes y servicios; las mayores rentas recaudadas en ventas de bienes y servicios se obtiene en el régimen subsidiado con un 75% ($1.592.695.824.oo) en relación al año anterior y una disminución de recuperación de reconocimiento en las rentas del régimen contributivo; población extranjera no asegurada, otras ventas de servicios de salud, cuotas de recuperación y población migrantes. Las trasferencias corrientes son el resultado de los recursos que giran las entidades a nivel nacional y departamental para la financiación en APS, activos y otros los cuales su recuperación del recaudo es al 100%.

6.1.3. Gastos

0	2023	2023	2024		2.023	2.024	
0		PRESUPUESTO DEFINITIVO		VARIACION	COMPROMISOS		VARIACION
RUBRO	DESCRIPCION	ACUMULADO			ACUMULADO		
2'	**Gastos**	**12.438.294.682**	**14.988.111.980**	**2.549.817.298**	**12.420.582.491**	**13.967.360.846**	**1.546.778.355**
21'	**Funcionamiento**	2.522.040.437	3.107.950.288	**585.909.851**	2.519.965.992	3.095.947.097	**575.981.105**
211'	**Gastos de personal**	1.077.204.784	1.298.458.523	**221.253.739**	1.077.204.784	1.298.458.523	**221.253.739**
212'	**Adquisicion de bienes y servicios**	1.437.296.625	1.278.249.277	**- 159.047.348**	1.435.222.180	1.278.249.277	**- 156.972.903**
21201'	**Adquisicion de activos no financieros**	43.269.040	157.378.210	**114.109.170**	43.269.040	157.378.210	**114.109.170**
2120202'	**Adquisición de servicios**	1.347.622.676	1.120.871.067	**- 226.751.609**	1.346.536.612	1.120.871.067	**- 225.665.545**
213'	**Transferencias corrientes**	1.251.632	522.844.857	**521.593.225**	1.251.632	510.841.666	**509.590.034**
218'	**Gastos por tributos, multas, sanciones e intereses**	6.287.396	8.397.631	**2.110.235**	6.287.396	8.397.631	**2.110.235**
22'	**Pasivos exigibles.**	2.747.603.750	2.320.237.431	**- 427.366.319**	2.740.855.193	2.320.237.431	**- 420.617.762**
23'	**Inversión**	277.000.000	3.593.128.746	**3.316.128.746**	277.000.000	2.584.380.803	**2.307.380.803**
24'	**Gastos de operación comercial**	6.891.650.495	5.966.795.515	**- 924.854.980**	6.882.761.306	5.966.795.515	**- 915.965.791**
2'	**TOTALES...**	**12.438.294.682**	**14.988.111.980**	**2.549.817.298**	**12.420.582.491**	**13.967.360.846**	**1.546.778.355**

Los gastos definitivos comparativos presentan una variación en aumento de $($2.549.817.298) que que se encuentran representados en las apropiaciones por

concepto de gastos de funcionamiento Administrativos en gastos de personal de planta por valor de ($221.253.739); por incremento de salario establecido por el gobierno nacional, y creación de nuevos cargos; en adquisición de activos se observa incremento por valor de ($114.109.170) por la compra de equipos de oficina, tales como aires acondicionados, equipos de cómputo, muebles y otros; en transferencias corriente la mayor variación por valor de ($521.593.225) a razón de sentencias y conciliaciones que tiene la entidad; los gatos por tributos corresponde a la tasa anual a la supersalud; en inversión el incremento de ($ 3.316.128.746) que corresponde a recursos del ministerio por atención primaria en salud y al plan de intervenciones colectivas.

Las apropiaciones definitivas que disminuyeron en los gastos tenemos; los gastos de operación comercial están representados por gastos de personal misionales de planta; contractual y los gastos de comercialización y producción tales como farmacéuticos, medicoquirugico, rayos x laboratorio clínico y odontológico presenta disminución en la apropiación para la vigencia 2024. Disminuyo en ($924.854.980) es el valor más representativo.

6.2. CUENTAS POR PAGAR Y PASIVOS

La gestión financiera en el sector salud es fundamental para garantizar la sostenibilidad y el correcto funcionamiento de las instituciones hospitalarias. Dentro de este contexto, los pasivos y cuentas por pagar representan una parte

crucial del balance financiero, ya que reflejan las obligaciones que el hospital tiene con proveedores, contratistas y otras entidades.

Los pasivos son aquellos compromisos económicos que la institución debe cumplir en el futuro, y su adecuada administración es vital para mantener la liquidez y solvencia del hospital. Las cuentas por pagar, en particular, se refieren a las deudas que surgen como resultado de la adquisición de bienes y servicios necesarios para la operación diaria del centro médico, como insumos médicos, servicios de mantenimiento, honorarios profesionales y otros gastos operativos.

Una gestión eficiente de los pasivos y cuentas por pagar no solo contribuye a la estabilidad financiera del hospital, sino que también refleja un compromiso con el cumplimiento de obligaciones contractuales y la confianza en las relaciones comerciales. Esta sección explorará en detalle los diferentes tipos de pasivos que enfrenta un hospital, su impacto en la salud financiera de la institución, y las estrategias implementadas para su manejo efectivo.

Las cuentas por pagar entre los años 2023 y 2024 se redujeron en $523.244.870 entre una vigencia y otra correspondiente a una disminución del 28% en los dos últimos años.

	2024	2023
CUENTAS POR PAGAR	$ 1.860.999.261	$ 2.384.244.131

Fuente: subgerencia administrativa y de sostenibilidad

Con respecto a los pasivos, entre los años 2023 y 2024 disminuyeron $394.819.616 millones de pesos lo que equivale a una reducción del 9.6%.

PASIVO	AÑO 2024	AÑO 2023
CORRIENTE	**1.451.832.548**	**2.820.422.149**
CUENTAS POR PAGAR	618.485.774	1.661.220.939
BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS	543.187.338	955.600.520
PROVISIONES	290.159.436	203.600.690
OTROS PASIVOS	0	0
NO CORRIENTE	**2.619.009.676**	**1.645.239.691**
CUENTAS POR PAGAR	2.256.911.873	1.467.680.564
BENEFICIOS A LOS EMPLEADOS	362.097.803	91.000.381
PROVISIONES	0	86.558.746
INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO	0	0
TOTAL PASIVOS	**4.070.842.224**	**4.465.661.840**

Fuente: subgerencia administrativa y de sostenibilidad

6.3. ESTADÍSTICA Y ARCHIVO

La estadística y archivo de la E.S.E Hospital San Roque es fundamental para la gestión eficiente y humana de la atención médica, la investigación y la toma de decisiones informadas. A continuación, se muestran los resultados de la gestión de estadística y archivo del Hospital San Roque.

6.3.1. Producción y calidad

La E.S.E Hospital San Roque lleva a cabo un análisis trimestral de la producción y calidad, en el cual se evalúan los diversos conceptos establecidos por el Decreto 2193. No obstante, a continuación, se presenta la información de manera anual, realizando una comparación con el periodo correspondiente del año anterior, en términos generales se observa un incremento del 5%, sin embargo, hay actividades las cuales presentaron decremento por falta de cobertura y a las estrategias como la demanda inducida la cual no está generando impacto positivo.

CONCEPTO	AÑO 2023	AÑO 2024	DIFERENCIA	%
Dosis de biológico aplicadas	18.436	16.086	-2350	-13%
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	2.248	1.681	-567	-25%
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	4.127	3.709	-418	-10%
Citologías cervicovaginales tomadas	1.225	1.605	380	31%
Consultas de medicina general electivas realizadas	48.693	49.211	518	1%
Consultas de medicina general urgentes realizadas	18.715	17.434	-1281	-7%
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	3.185	3.428	243	8%
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometria y otras)	1.745	3.330	1585	91%

CONCEPTO	AÑO 2023	AÑO 2024	DIFERENCIA	%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	6.695	4.995	-1700	-25%
Número de sesiones de odontología realizadas	10.828	12.535	1707	16%
Total de tratamientos terminados (Paciente terminado)	660	1.131	471	71%
Sellantes aplicados	4.644	2.141	-2503	-54%
Superficies obturadas (cualquier material)	11.254	9.995	-1259	-11%
Exodoncias (cualquier tipo)	1.207	1.371	164	14%
Partos vaginales	35	41	6	17%
Total de egresos	538	512	-26	-5%
Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	35	46	11	31%
Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	503	466	-37	-7%
Pacientes en Observación	763	722	-41	-5%
Total de días estancia de los egresos	2.083	1.952	-131	-6%
Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	38	52	14	37%
Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	2.045	1.292	-753	-37%
Total de días cama ocupados	2.083	1.952	-131	-6%
Total de días cama disponibles	5.840	5.840	0	0%
Exámenes de laboratorio	61.608	80.009	18401	30%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	8.355	9.073	718	9%

CONCEPTO	AÑO 2023	AÑO 2024	DIFERENCIA	%
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	5.865	5.302	-563	-10%
Número de visitas domiciliarias, comunitarias e institucionales -PIC-	1.854	200	-1654	-89%
Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	76	486	410	539%
TOTAL	**225.383**	**237.205**	**11822**	**5%**

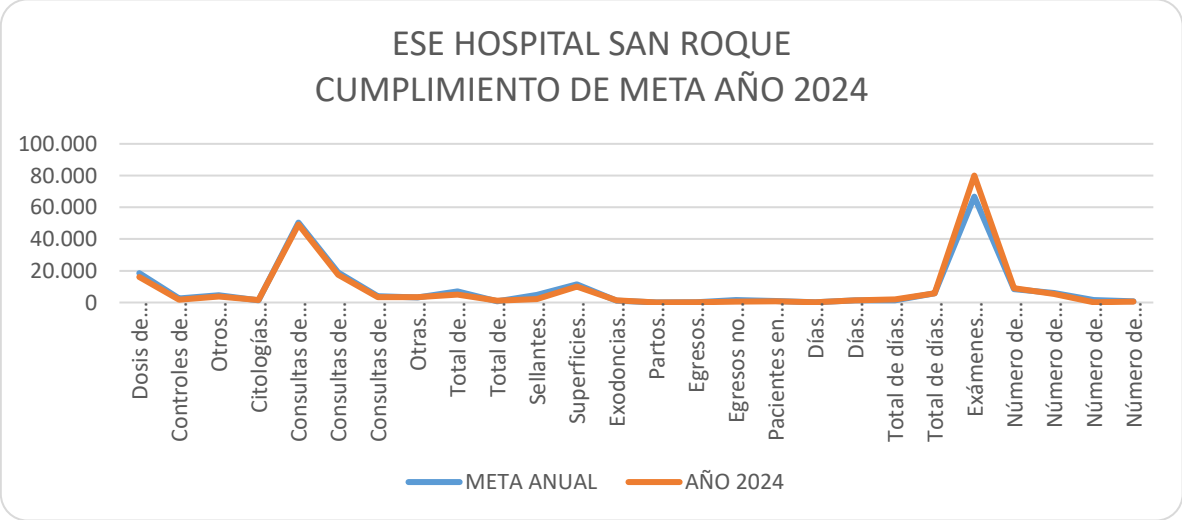
6.3.2. Metas de producción

Las metas anuales de la ESE se establecieron considerando el historial de actividades y el tipo de contrato con las EAPB. Aunque se observa un buen cumplimiento en cuanto a las metas de las actividades, es importante señalar que la cantidad realizada es relativamente baja en relación con la población contratada. Esto indica la necesidad de desarrollar estrategias o medidas que permitan acceder a la población que aún no está utilizando los servicios de salud.

CONCEPTO	META ANUAL	AÑO 2024	CUMPLIMIENTO
Dosis de biológico aplicadas	18.500	16.086	87%
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	2.607	1.681	64%
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	4.577	3.709	81%

CONCEPTO	META ANUAL	AÑO 2024	CUMPLIMIENTO
Citologías cervicovaginales tomadas	1.303	1.605	123%
Consultas de medicina general electivas realizadas	50.409	49.211	98%
Consultas de medicina general urgentes realizadas	18.878	17.434	92%
Consultas de medicina especializada electivas realizadas	4.000	3.428	86%
Otras consultas electivas realizadas por profesionales diferentes a médico, enfermero u odontólogo (Incluye Psicología, Nutricionista, Optometria y otras)	3.264	3.330	102%
Total de consultas de odontología realizadas (valoración)	7.007	4.995	71%
Total de tratamientos terminados (Paciente terminado)	660	1.131	171%
Sellantes aplicados	4.700	2.141	46%
Superficies obturadas (cualquier material)	11.487	9.995	87%
Exodoncias (cualquier tipo)	1.234	1.371	111%
Partos vaginales	37	41	111%
Egresos obstétricos (partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	67	46	69%
Egresos no quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros egresos obstétricos)	1.469	466	32%
Pacientes en Observación	914	722	79%
Días estancia de los egresos obstétricos (Partos, cesáreas y otros obstétricos)	51	52	102%

CONCEPTO	META ANUAL	AÑO 2024	CUMPLIMIENTO
Días estancia de los egresos No quirúrgicos (No incluye salud mental, partos, cesáreas y otros obstétricos)	1.313	1.292	98%
Total de días cama ocupados	1.364	1.952	143%
Total de días cama disponibles	5.856	5.840	100%
Exámenes de laboratorio	66.721	80.009	120%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	8.442	9.073	107%
Número de sesiones de terapias físicas realizadas	6.048	5.302	88%
Número de visitas domiciliarias, comunitarias e institucionales -PIC-	1.580	200	13%
Número de sesiones de talleres colectivos -PIC-	765	486	64%

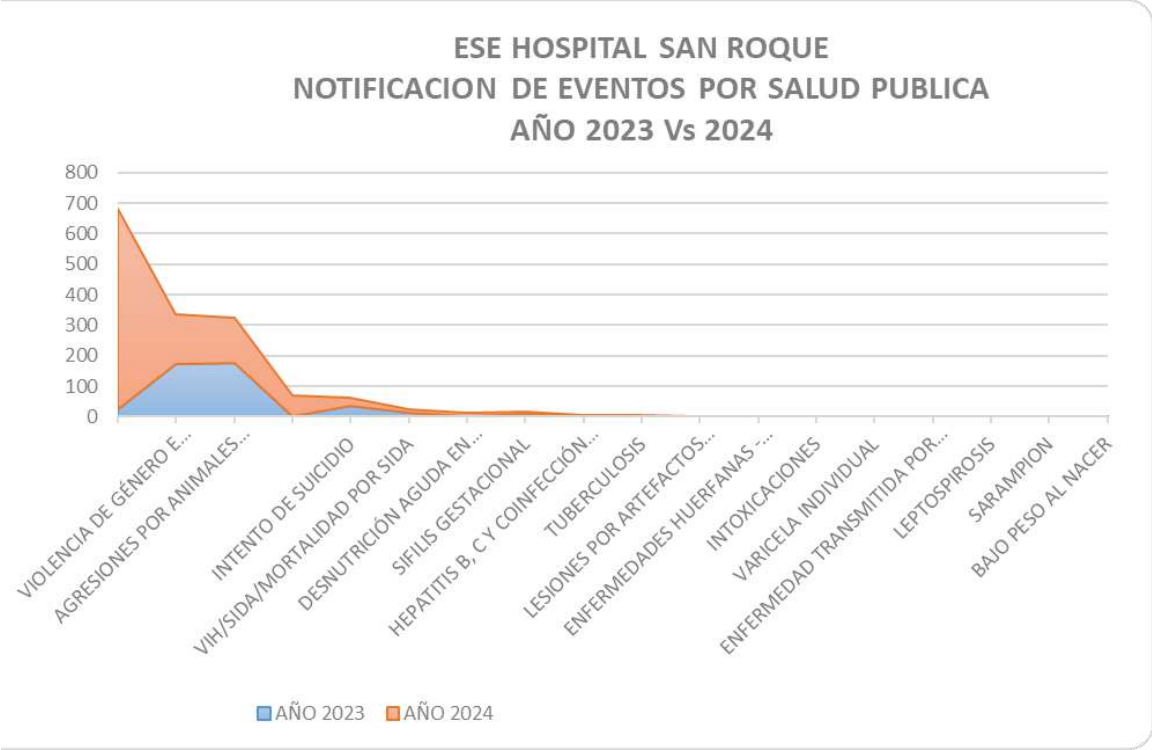


6.3.3. Salud pública

Como se puede observar, en el año 2024 se registró un incremento del 152% en la notificación de eventos de vigilancia por salud pública. Este aumento se atribuye principalmente al pico experimentado en las atenciones relacionadas con el Dengue y la Malaria.

EVENTO	AÑO 2023	AÑO 2024	DIFERENCIA	%
DENGUE	25	658	633	2532%
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	173	161	-12	-7%
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	177	149	-28	-16%
MALARIA	2	68	66	3300%
INTENTO DE SUICIDIO	37	25	-12	-32%
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	12	13	1	8%
DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	3	10	7	233%
SIFILIS GESTACIONAL	7	8	1	14%
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	1	4	3	300%
TUBERCULOSIS	1	4	3	300%
LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS (POLVORA Y MINAS ANTIPERSONAL)	1	2	1	100%
ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS	0	2	2	0%
INTOXICACIONES	0	2	2	0%
VARICELA INDIVIDUAL	0	2	2	0%
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	0	1	1	0%
LEPTOSPIROSIS	0	1	1	0%
SARAMPION	0	1	1	0%
BAJO PESO AL NACER	2	0	-2	-100%

EVENTO	AÑO 2023	AÑO 2024	DIFERENCIA	%
TOTAL	**441**	**1111**	**670**	**152%**



6.3.4. Gestión Documental

De acuerdo con la Ley General de Archivos, la actualización de las tablas de retención documental se encuentra en un 60%, dado que aún falta incorporar los productos correspondientes al área de planeación. Asimismo, es necesario que el comité encargado realice la revisión correspondiente para proceder con la aprobación y continuar con el proceso de convalidación, conforme a lo establecido

en la normativa aplicable. Adicionalmente, se destaca que para el año 2024 se contó con el apoyo de un auxiliar administrativo, quien inició con el inventario del archivo, contribuyendo así al avance en la gestión documental. Por último, y para destacar, se realizó por primera vez en la institución el Plan Institucional de Archivo (PINAR).

6.4. SIAU

La ESE Hospital San Roque, conoce la importancia que representa la percepción y atención a los usuarios de nuestra entidad, es por ello que se ha permitido generar herramientas que permitan reconocer e identificar las necesidades y expectativas de las personas asistentes a los diferentes servicios prestados dentro de la misma.

6.4.1. Encuestas de satisfacción

Durante el periodo Enero a diciembre 2024 se realizaron 3096 encuestas en los diferentes servicios de la E.S.E Hospital San Roque, donde se revela nuevamente que el servicio de consulta externa es el más frecuentado con un notable del 58% de las encuestas realizadas.

Este dato es de particular importancia, ya que, identificar el patrón de mayor afluencia es crucial para la formulación de estrategias y la implementación de planes de mejora, si es necesario. La capacidad de focalizar esfuerzos en áreas específicas, como la Consulta Externa, permite una asignación más eficiente de recursos y la

optimización de la calidad del servicio ofrecido. El reconocimiento de los servicios más utilizados proporciona una base sólida para el diseño de estrategias que se alineen con las necesidades y preferencias de los usuarios, mejorando así la experiencia general y fortaleciendo la eficacia de la ESE Hospital San Roque.

SATISFACCION DE LOS USUARIOS 2024

SERVICIOS ENCUESTADOS	CUMPLIO LAS EXPECTATIVAS		TOTAL	% DE CUMPLIMIENTO	% DE NO CUMPLIMIENTO
	SI	NO			
CONSULTA EXTERNA	1518	85	1603	49%	3%
URGENCIAS	388	74	462	13%	2%
HOSPITALIZACION	20	0	20	1%	0%
RAYOS X	123	0	123	4%	0%
ODONTOLOGIA	583	12	595	19%	0%
LABORATORIO	94	12	106	3%	0%
PROCEDIMIENTOS	17	0	17	1%	0%
FISIOTERAPIA	43	0	43	1%	0%
PSICOLOGIA	32	0	32	1%	0%
DTPE	95	0	95	3%	0%
TOTAL ENCUESTADOS	2913	183	3096	95%	5%

Fuente: GC-FT-26 TABULADO DE ENCUESTAS SATISFACCION DEL USUARIO 20224

Es alentador observar que la mayoría de los servicios proporcionados por la ESE Hospital San Roque han alcanzado o superado la meta establecida en términos de satisfacción del usuario, con porcentajes superiores al 90%. Este logro refleja un compromiso positivo por parte del personal y la administración en brindar servicios de calidad. Sin embargo, es crucial abordar las áreas donde no se ha alcanzado la

meta, específicamente en los servicios de fisioterapia y procedimientos. Identificar las razones detrás de estos resultados menos satisfactorios es el primer paso para implementar planes de mejora efectivos.

6.4.2. PQR´S

El informe de quejas y reclamos es esencial para la E.S.E Hospital San Roque, ya que proporciona una base de datos sólida y una perspectiva concreta sobre la experiencia de los usuarios. Esto, a su vez, respalda la toma de decisiones informadas y estratégicas. Al analizar las PQRS presentadas durante el año 2024, se busca no solo corregir problemas puntuales, sino también establecer un enfoque proactivo hacia la mejora continua en todos los aspectos relacionados con la atención y los servicios de salud brindados por la institución. Esto contribuirá a la satisfacción plena de los usuarios, garantizando una atención de calidad y orientada a sus necesidades. Durante el periodo del año 2024 se han registrado 85 Quejas, 1 Sugerencias, 3 Reclamo y 21 Felicitaciones, para un total de 110 PQR´S. El consolidado agrupa cada Queja por servicio y a su vez las clasifica por tipologías:

E.S.E HOSPITAL SAN ROQUE CONSOLIDADO TOTAL DE PQR´S 2024	
ACCESIBILIDAD	**44**
CONSULTA EXTERNA	7
CURACIONES	2

ESTADISITICA	1
FACTURACION	12
PSICOLOGIA	4
URGENCIAS	18
HUMANIZACION	**29**
CONSULTA EXTERNA	10
ESTADISITICA	1
FACTURACION	4
HIPERTENSION	1
LABORATORIO	2
URGENCIAS	11
OPORTUNIDAD	**10**
FACTURACION	5
HOSPITALIZACION	1
LABORATORIO	1
ODONTOLOGIA	1
URGENCIAS	2
PERTINENCIA	**6**
CONSULTA EXTERNA	1
URGENCIAS	5
SATISFACCIÓN	**19**
CONSULTA EXTERNA	1
ODONTOLOGIA	18
SATISFACCION	**2**
ODONTOLOGIA	1
RAYOS X	1
TOTAL GENERAL	**110**

Fuente. Formato GIC-FT-19 REGISTRO DE QUEJAS Y RECLAMOS.

De acuerdo a lo anterior podemos notar que las PQR´S en el año 2024 han incrementado un 73% esto resalta la labor de la socialización con los usuarios en las diferentes áreas acerca de sus derechos y deberes, charlas que se hacen ocasionalmente con el fin de que los usuarios conozcan los procesos para sus

manifestaciones y de esta manera aprovecharlo para un mejoramiento continuo en nuestra institución, muchos de los usuarios no sabían que tenían la oportunidad de expresar sus inconformidades y que de la misma manera pueden ser gestionados por la oficina SIAU hasta donde sea pertinente.

6.4.3. Actividades generales

- Se realiza socialización con diferentes colaboradores con el objetivo de retroalimentar la buena atención y priorización según sea el caso (Adulto mayor, embarazadas, personas con niños menores de 2 años) según la política de atención preferencial estas socializaciones se hacen más que todo con el personal de facturación y atención al usuario.

- Se incluyó en el Plan de Capacitación Institucional temas relacionados con la orientación y atención al ciudadano, tales como: Humanización en los servicios de salud, Derechos y deberes de los ciudadanos, Clasificación Triage en atención médica. También se realizan campañas de sensibilización y orientación a los usuarios donde se socializa las políticas del triage, tiempos de espera y procesos de PQR´S.

6.5. SISTEMAS Y COMUNICACIONES

El área de Sistemas y Comunicaciones como componente estratégico de la ESE Hospital San Roque de Pradera, con miras al cumplimiento de su objetivo y en su proceso de mejora continua, enmarcado en el plan estratégico institucional teniendo en cuenta la Misión y Visión institucional se encuentra realizando las actividades de implementación de soluciones tecnológicas complementado con el servicio brindando el soporte informático con la finalidad de aportar a la consecución de la gestión misional. Las actividades realizadas se han organizado en los grupos de trabajo de redes y conectividad, Desarrollo e implementación de sistemas de información, calidad y seguridad de la información, atención al usuario interno y externo e infraestructura tecnológica y comunicaciones.

6.5.1. Equipos de computo

En los primeros meses del año la actividad de microinformática estuvo enfocada en la revisión y atención de las incidencias masivas que llegaron a causa de la obsolescencia de los equipos de cómputo de la institución, enfocándose en hardware, software, redes y soporte técnico. El proyector de la institución se encuentra en regular estado debido a que el sistema óptico presenta inconvenientes en la calidad del brillo, contraste, resolución y precisión de color.

En el mes de febrero de 2024, la institución procedió a actualizar parte del parque computacional donde se adquirieron 35 equipos de cómputo más tres scanner con los cuales se mejora el rendimiento, la productividad, la seguridad informática ya que las versiones antiguas de software y sistemas operativos a menudo tienen vulnerabilidades de seguridad que pueden ser explotadas por ciberdelincuentes. La actualización a versiones más recientes incluye parches de seguridad que protegen la información confidencial de la empresa, Compatibilidad con nuevo software: Las nuevas aplicaciones y programas a menudo requieren hardware y software actualizados para funcionar correctamente asegurando compatibilidad con las ultimas herramientas tecnológicas.

6.5.2. Conectividad

La ESE Hospital San Roque en su componente estratégico SISTEMAS 2024 brinda a los usuarios internos la infraestructura tecnológica como hilo conductor para el alcance de los objetivos misionales de la institución, la conectividad es un recurso extensión indispensable para los procesos asistenciales y administrativos. Siendo la conectividad un factor de alta importancia en la prestación del servicio en la ESE Hospital San Roque, El área de Sistemas en cabeza del equipo de Redes y Telecomunicaciones se realizaron las siguientes gestiones relacionadas directamente a los procesos de telecomunicaciones:

- Internet y datos: 1000 Mbps de conectividad avanzada para los usuarios internos, internet 1:1 sin reúso.
- Conservación ancho de banda del canal secundario CLARO 500Mb, incrementando la capacidad de la conexión.

Es importante informar que la ESE Hospital San Roque cuenta con conectividad física (cableada) en los puestos de trabajo de las áreas administrativas y asistenciales; solo en las zonas de Gerencia, Subgerencia y Sistemas, se encuentran habilitadas redes Wifi por medio de una configuración donde la propiedad para ingresar a la red es contar con una dirección IP valida. Muchos de estos equipos que soportan la infraestructura interna de la institución como lo son switch, routers y APs necesitan ser renovados dado a la obsolescencia tecnológica que han sufrido.

- Protocolo de internet IPv6 : Dando cumplimiento a la Resolución 2710 del 3 de octubre 2017, expedida por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones "Por la cual se establecen lineamientos para la adopción del protocoloIPv6". El área de Sistemas y comunicaciones de La ESE Hospital San Roque empezara a realizar la gestión para migrar a esta tecnología en conectividad.
- Telefonía Fija: La institución cuenta con una línea de telefonía fija y extensiones telefónicas en los servicios de Urgencias, Hospitalización y Urgencias.
- WIFI: implementación de conexión wifi en las áreas de Sistemas y Comunicaciones, Gerencia y Subgerencia administrativa.
- REDES CABLEADAS: en la ESE Hospital San Roque, se utiliza el sistema de cableado en todas las áreas del hospital, con el fin de que soporte una amplia gama de aplicaciones y tecnologías de comunicación dentro de las instalaciones de la institución, es de anotar que en gran parte de las áreas el cableado presenta alrededor de 15 años de antigüedad.
- Se realizó en el año 2024 configuración de red cableada en el área común de fisioterapia, espacio que sirve como zona de reunión.
- Se realizó en el año 2024 reemplazo de red cableada en el auditorio de la institución.
- Telefonía Celular: la Institución cuenta con Veintidós (22) líneas corporativas de telefonía celular que sirven de apoyo logístico para la gestión de las operaciones en la ESE Hospital San Roque.

6.5.3. Infraestructura

La ESE Hospital San Roque aplica el modelo tradicional de Infraestructura (on – premise) ya que todos sus elementos se encuentran en las instalaciones de la empresa y esta a su vez es gestionada por su propio personal. La institución cuenta con una población aproximada de 130 usuarios entre personal asistencial y personal administrativo los cuales hacen uso de los diferentes sistemas y plataformas digitales, El área de Sistemas y Comunicaciones es la responsable de velar por el buen uso y funcionamiento de cada uno de estos elementos, para dicho fin la oficina tiene a disposición los siguientes elementos:

6.5.4. Correo institucional

La plataforma de correos institucionales durante el año 2024 tuvo una disponibilidad del 64%, el servicio se gestiona a través de la plataforma webmail utilizando alias que enlazan con la suite de Gmail, obteniendo como ventaja que el almacenamiento sea soportado en los servidores de google. En el periodo en mención se atendieron todas las solicitudes de creación, modificación y suspensión de cuentas de correo electrónico aproximadamente 40 solicitudes, al igual que la creación de nuevas cuentas de los funcionarios nuevos en la institución.

Cuentas de email usadas	Almacenamiento	DKIM personalizado ⓘ	Protección avanzada ⓘ
64 / 100 cuentas	1.00 GB/por cuenta	Activo - **Administrar**	Activo

Las herramientas tecnológicas cumplen un papel muy importante para la participación en los diferentes compromisos dentro de la Institución, el correo institucional del hospital se encuentra enlazado en la plataforma Gmail, a través de esta herramienta podemos acceder a toda la suit de gmail entre la cuales tenemos: meet, drive, calendar, formularios entre otros.

G Suite