



INFORME INDICADORES DE CALIDAD RESOLUCION 0256 AÑO 2025 III TRIMESTRE 2025

EL Ministerio de Salud mediante RESOLUCION 0256 DE 2016 dicta disposiciones con relación al Sistema de Información para la Calidad y se establecen 55 indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

El objetivo de esta resolución es fortalecer el Sistema de Información de Calidad existente que esté acorde con los cambios al SGSSS en la Ley 1438 de 2011. Con el Sistema de Información para la Calidad en Salud se espera que mediante indicadores se evalúe el desempeño y resultados de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permita brindar una información objetiva a los ciudadanos para garantizar su derecho a la libre elección de los prestadores de salud y aseguradores.

De los cuales nuestra institución de mediana complejidad debe realizar monitoreo, seguimiento, acciones de mejoramiento a las desviaciones encontradas de 38 de éstos indicadores que aplican según los procesos que se realizan y posterior a ello se realiza el respectivo cargue oportuno de información a la plataforma SISPRO del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL Y EAPB.

DOMINIO EFECTIVIDAD: el cuidado médico adherido a una base de evidencia científica y a resultados en mejoramiento de la salud para los individuos y las comunidades según sus necesidades. Este dominio tiene como finalidad valorar si los servicios de salud que se proveen cuentan con la calidad requerida para que la atención en salud produzca una mejora en el estado de salud de las personas (Ministerio de la Protección Social, 2009).

INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCION				III TRIMESTRE			
DOMINIO	CÓDIGO INDICADOR	DESCRIPCIÓN INDICADOR	ESTÁNDAR DEFINIDO POR INDICADOR OBSERVATORIO DE CALIDAD MSPS	FACTOR	NUMER	DENOM	RESULT
EFECTIVIDAD	P.1.3	PROPORCIÓN DE PARTOS POR CESÁREA	<45%	%	189	460	41%
	P.1.4	TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	<12	X 1000	1	1850	0.5
	P.1.5	RELACIÓN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME)/MUERTE MATERNA TEMPRANA (MM).	2	absoluto	37	0	0.00
	P.1.6	PROPORCIÓN DE RN CON TAMIZAJE PARA HIPOTIROIDISMO	100%	%	460	460	100%
	P.1.7	PROPORCIÓN DE REINGRESO HOSPITALARIO POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN MENORES DE 5 AÑOS	<2.5	%	0	215	0%
	P.1.8	LETALIDAD POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN MENORES DE 5 AÑOS	0	%	0	215	0%
	P.1.9	LETALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)	0	%	0	82	0%
	P.1.13	PROPORCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DENGUE GRAVE	100%	%	0	0	0.00%
	P.1.12	PROPORCIÓN DE MUJERES A LAS QUE SE LES REALIZÓ TOMA DE SEROLOGÍA EN EL MOMENTO DEL PARTO O ABORTO	>95	%	451	458	98.5%
	P.1.10	PROPORCIÓN DE GESTANTE CON ASESORIA PRE-TEST PARA PRUEBA DE VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	>95	%	452	458	98.7%



INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN					III TRIMESTRE		
DOMINIO	CÓDIGO INDICADOR	DESCRIPCIÓN INDICADOR	ESTÁNDAR DEFINIDO POR INDICADOR OBSERVATORIO DE CALIDAD MSPS	FACTOR	NUMER	DENOM	RESULT
	P.1.15	PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES A QUIENES SE LES REALIZÓ TOMA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN EL ÚLTIMO SEMESTRE.	>40%	%	256	554	46%
	P.1.16	PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS A QUIENES SE LES REALIZA MEDICIÓN DE LDL	>40%	%	155	554	28.0%
	P.1.17	PROPORCIÓN DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) ESTUDIADAS PARA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)	>50%	%	452	1102	41.0%

De 13 indicadores de éste grupo se desviaron 2 indicadores de los cuales tuvo desviación durante el I trimestre 2025, **Proporción De Personas Con Diabetes Mellitus A Quienes Se Les Realiza Medición De LDL y Proporción De Personas Con Hipertensión Arterial (HTA) Estudiadas Para Enfermedad Renal Crónica (ERC)**

PLAN DE MEJORAMIENTO	
PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS A QUIENES SE LES REALIZA MEDICIÓN DE LDL	De acuerdo al seguimiento se evidencia que ya existe historia clínica cardiom metabólica.
PROPORCIÓN DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) ESTUDIADAS PARA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)	Realizar la respectiva socialización del formato de la historia clínica cardiom metabólica a los médicos especialistas Medicina Interna para realizar los respectivos registros a los usuarios en cumplimiento Res. 3280/2019. Realizar propuesta de contratación de Rutas con las EAPB.

DOMINIO SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN: se refiere a la creación y mantenimiento de entornos seguros para prevenir daños a los pacientes durante la atención. Este dominio incluye la identificación y análisis de los eventos adversos, la implementación de prácticas seguras y la promoción de una cultura de seguridad en la institución.

INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN					III TRIMESTRE		
DOMINIO	CÓDIGO INDICADOR	DESCRIPCIÓN INDICADOR	ESTÁNDAR DEFINIDO POR INDICADOR OBSERVATORIO DE CALIDAD MSPS	FACTOR	NUMER	DENOM	RESULT
SEGURIDAD	P.2.1	TASA DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADOR MECÁNICO (NAV)	≤3.45	X 1000 días ventilador	1	213	4.69
	P.2.2	TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATÉTER (ISTU-AC)	≤3.0	X 1000 días catéter urinario	0	426	0.00
	P.2.3	TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADA A CATÉTER (ITS- AC)	≤2.6	X 1000 días catéter	2	347	5.76
	P.2.4	PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS POS PARTO VAGINAL	≤1.0	%	1	271	0.37%
	P.2.5	PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS POS CESÁREA	≤1.0	%	0	189	0.00%
	P.2.6	TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	≤0.61	X 1000 días Estancia	13	9946	1.31



INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

DOMINIO	CÓDIGO INDICADOR	DESCRIPCIÓN INDICADOR	ESTÁNDAR DEFINIDO POR INDICADOR OBSERVATORIO DE CALIDAD MSPS	III TRIMESTRE			
				FACTOR	NUMER	DENOM	RESULT
	P.2.7	TASA DE CAÍDAS DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	≤0.69	X 1000 Personas Urgencias	2	8661	0.23
	P.2.8	TASA DE CAIDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	≤0.05	X 1000 Personas Cta Externa	0	12252	0.00
	P.2.9	TASA DE CAIDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA.	≤0.03	X 1000 Personas Apoyo Diagnóstico	0	14168	0.00
	P.2.10	PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN	≤0.14	%	1	3495	0.03%
	P.2.11	PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN URGENCIAS	≤0.17	%	0	8661	0%
	P.2.12	TASA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	≤1.97	X 1000 días Estancia	5	9946	0.5
	P.2.13	PROPORCIÓN DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS	≤1.7	%	22	8661	0.3%
	P.2.14	TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MENOS DE 15 DÍAS	≤1.7	X 100 egresos	14	3466	0.40
	P.2.15	PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA POR INSTITUCIÓN	≤1.5	%	4	1370	0.3%

De 15 indicadores de éste grupo **III TRIMESTRE 2025** se presenta desviación de los indicadores de **TASA DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADOR MECÁNICO (NAV)**, **TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADA A CATÉTER (ITS- AC)**, **TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN** los cuales fueron intervenidos.

PLAN DE MEJORAMIENTO

TASA DE INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADOR MECÁNICO (NAV)	<p>Se realizó seguimiento y verificación mediante evaluación al registro clínico y a las acciones realizadas por las profesionales en terapia respiratoria, con relación al mantenimiento de tubo oro traqueal y aspiración de secreción.</p> <p>Se continua con el monitoreo periódico a la adherencia al protocolo inserción tubo oro traqueal con la lista de chequeo del proceso, como también al protocolo de limpieza y desinfección en la Unidad de Cuidado intensivo.</p> <p>Realizar para este trimestre una capacitación con el coordinador UCIA y las terapeutas de este servicio, sobre el manejo adecuado del ventilador.</p>
TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADA A CATÉTER (ITS- AC)	<p>Se realizó Reunión y socialización con médicos intensivistas y especialista infectología, para determinar el tiempo máximo de duración de inserción de catéter venoso central.</p> <p>Avalar para este trimestre que los pacientes con pronóstico de trauma craneoencefálico grave, que requieran una hospitalización mayor a 15 días, se les realizará inserción de PICC y así evitar el tiempo prolongado de catéter ya que tiene menor riesgo de infección.</p>



PLAN DE MEJORAMIENTO

TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	<p>Se realizó revisión las causas de los incidentes y eventos relacionadas con caídas, verificando los casos presentados los cuales están relacionados con ausencia de antideslizantes en los baños de Hospitalización 1 y 3 adultos, desobediencia de los usuarios para permanecer con barandas elevadas y fijas, ausencia de acompañante. Por ello se realiza acercamiento con los coordinadores de las áreas para establecer el compromiso de cuidado integral del usuario. Con el personal mantenimiento de les informó las novedades relacionados con los incidentes a los cuales realizan las medidas correctivas con barandas y antideslizantes.</p> <p>Se realizó la educación a funcionarios, pacientes y sus familiares con relación a recomendaciones para prevenir caídas.</p> <p>Realizar de manera continua campaña de cero (0) caídas en las unidades funcionales.</p>
---	---

DOMINIO EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE/USUARIO Este dominio corresponde a un conjunto amplio de atributos que se manifiestan durante el proceso de atención. Es decir, este dominio se refiere a la forma como los usuarios perciben que pueden acceder y hacer uso de los servicios. A su vez, contiene mediciones acerca de las expectativas y necesidades que los usuarios admiten de manera subjetiva, como cualidades inherentes y deseables de la atención. Incluye mediciones en temas de oportunidad, satisfacción.

De 10 indicadores de éste grupo se realiza seguimiento al indicador de **TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE ECOGRAFÍA** y **TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE CATARATAS** para el **III TRIMESTRE 2025**.

DOMINI O	CODIGO INDICADO R	DESCRIPCIÓN INDICADOR	ESTANDAR DEFINIDO POR INDICADOR OBSERVATORI O DE CALIDAD MSPS	INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN			III TRIMESTRE		
				FACTOR	NUMER	DENOM	RESULT		
EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN	P.3.3	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA	≤15	DIAS	3065	693	4.42		
	P.3.4	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA	≤5	DIAS	535	218	2.45		
	P.3.5	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE GINECOLOGÍA	≤8	DIAS	226	104	2.17		
	P.3.6	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA	≤8	DIAS	628	200	3.14		
	P.3.7	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE CIRUGÍA GENERAL	≤15	DIAS	2887	672	4.30		
	P.3.8	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE ECOGRAFÍA	≤10	DIAS	8715	1487	5.86		
	P.3.10	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE 2 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	≤30	MINUTOS	7517	569	13.21		
	P.3.11	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE CATARATAS	≤20	DIAS	2606	155	18.34		
	P.3.14	CÓMO CALIFICARÍA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVÉS DE SU IPS	≥95%	%	1842	1842	100.0%		
	P.3.15	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE RECOMENDARÍA SU IPS A FAMILIARES Y AMIGOS	≥95%	%	1838	1842	99.8%		



El dominio experiencia de la atención para el tercer trimestre, se mantiene por debajo del estándar definido para estos indicadores, lo que evidencia una buena oportunidad en la programación de citas, el cumplimiento sostenido del indicador refleja una gestión adecuada de la oferta de citas y disponibilidad de especialistas, con una calificación de experiencia global de los usuarios respecto a los servicios recibidos del 100%.

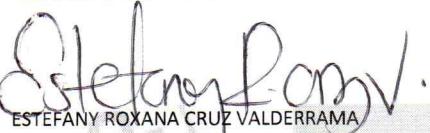
La medición constante a través de indicadores realizada en la ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL, nos permite establecer metas claras y evaluar el progreso hacia su cumplimiento. Esto promueve una cultura de mejora continua en los servicios prestados, permitiendo evaluar el desempeño de los servicios y programas, nos ayuda a identificar áreas que requieren mejoras y a medir el impacto de las intervenciones, permitiendo a los directivos, gestores y profesionales de la salud tomar decisiones fundamentadas, incluye la planificación de recursos, la asignación de personal y la implementación de programas.

Al proporcionar datos claros sobre indicadores relevantes, nuestros usuarios podrán tomar decisiones más informadas sobre su salud, promoviendo la participación activa en su cuidado.

Cordialmente,

PABLO LEON PUENTES QUESADA

Subdirector Científico

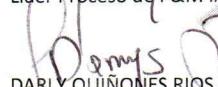

ESTEFANY ROXANA CRUZ VALDERRAMA

Médica Epidemióloga

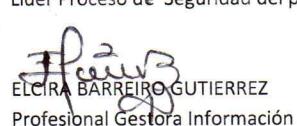
Líder Proceso de Epidemiología y Salud pública


ESPERANZA LUGO TOVAR

Líder Proceso de P&M IAMII-Rutas


DARLY QUIÑONES RIOS

Líder Proceso de Seguridad del paciente


ELCIRA BARREIRO GUTIERREZ

Profesional Gestora Información