



INFORME DE SEGUIMIENTO PLAN DE GESTIÓN Vigencia 2022

MARTHA CECILIA CASTRILLÓN SUÁREZ

Gerente saliente ESE Metrosalud

Medellín, 24/03/2023



Alcaldía de Medellín

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	2 de 22		

Contenido

1. Objetivo.....	3
2. Alcance.....	3
3. Metodología.....	3
4. Evaluación del Plan de Gestión Vigencia 2022	3

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	3 de 22		

1. Objetivo

Consolidar el estado de avance correspondiente a la vigencia 2022 de los indicadores mediante los cuales la Junta Directiva evalúa los compromisos establecidos para el período gerencial.

2. Alcance

Este informe incluye los indicadores, estándares por áreas de gestión contenidos en la Resolución 408 de 2018 para instituciones de II nivel, en razón a la categorización de la ESE Metrosalud, emitida por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, así como también la proyección con la matriz de calificación.

3. Metodología

Se realiza medición y análisis de cada uno de los indicadores, y se aplica la escala de calificación contenida en la resolución 408 de 2018; incluyendo la fuente de información y las evidencias que soportan su resultado, las cuales se constituyen en un anexo del presente informe.

4. Evaluación del Plan de Gestión Vigencia 2022

AREA DIRECCIÓN Y GERENCIA

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

Estándar: $\geq 1,20$

Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior		
Numerador	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada	2.9
Denominador	Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	2.8
Resultado	1.0	

Fuente de información: Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior

Análisis del resultado del indicador.

Se realizó la autoevaluación institucional cualitativa y cuantitativa para la vigencia 2022, con base en los estándares de acreditación, obteniendo un resultado promedio de 2.9, que muestra una tendencia a la mejora frente a la autoevaluación de la vigencia previa (2.8). Se observa mejoramiento en estándares cliente asistencial, direccionamiento, gerencia, ambiente físico, gerencia del talento humano, gerencia de la información, permanecen

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	4 de 22		

estables los resultados en los estándares de mejoramiento continuo de la calidad y disminución en gestión de la tecnología.

A continuación, se presenta el resultado por grupo de estándares:

Grupo estándares	Autoevaluación vigencia anterior (2021)	Autoevaluación vigencia evaluada (2022)
Cliente asistencial	2.91	2,98
Direccionamiento	3.07	3,08
Gerencia	2.97	2,99
Gerencia del Talento Humano	2.73	2,82
Gerencia del Ambiente físico	2.7	2,78
Gerencia de la Información	3.19	3,21
Gestión de la Tecnología	2.56	2,53
Mejoramiento de la calidad	2.84	2,84

Evidencia: Documento con informe de autoevaluación vigencia 2022 y vigencia 2021

INDICADOR N°2. Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

Estándar: ≥ 0.9

Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud		
Numerador	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	44
Denominador	Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	58
Resultado	0.76	

Fuente Información: Superintendencia Nacional de Salud

Análisis del resultado del indicador

Se realiza seguimiento al avance de tareas del plan de acción PAMEC. Se obtiene resultado de 76% (44 tareas ejecutadas de 58 programadas para la fecha). Como acción de mejora se establece la revisión de las tareas con los responsables y el acompañamiento para la ejecución de estas.

Evidencia: Soporte publicación Supersalud

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	5 de 22		

INDICADOR N°3. Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional. Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

Estándar: ≥ 0.9

Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional		
Numerador	Número de metas del Plan Operativo Anual Cumplidas en la vigencia objeto de evaluación	164
Denominador	Número de metas del Plan Operativo Anual Programadas en la vigencia objeto de evaluación	173
Resultado	0,94	

Fuente de información: Informe del responsable de planeación de la ESE

Análisis del resultado del indicador

La ESE. Metrosalud define mediante el Acuerdo 291 de 2020 el Plan de Desarrollo 2021 – 2025 "Saludable y Comprometida con la Vida", desplegado a través de 4 estrategias, que conservan como elemento central la implementación del Modelo de Prestación de Servicios de Salud basado en Atención Primaria en Salud (MPSS), con alcance a toda la red; adicionalmente, integra las demás áreas de gestión con orientación de factores claves de dirección y apoyo como el objeto misional de la ESE.

El cumplimiento del Plan de Desarrollo se evalúa mediante la ejecución periódica del Plan de Acción que se establece para cada vigencia. Las jornadas de plan de acción se rinden a la Gerencia en forma trimestral, insumo necesario para la rendición de cuentas por la Gerencia a otros niveles como los son: clientes internos, usuarios, entes gubernamentales y de control. El cálculo de cumplimiento de metas se calcula desde las actividades de gestión definidas, como resultado para la vigencia 2022 se obtiene un total de 164 metas cumplidas de 173 programadas, para un resultado del 94,8%.

Evidencia: Informe cumplimiento de metas 2022 elaborado por el jefe de la oficina asesora de planeación y desarrollo organizacional

AREA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

INDICADOR N°4. Riesgo fiscal y financiero.

Fórmula del Indicador: Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.
Estándar para cada año: Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.

De acuerdo a la Resolución 1342 de 2019, la E.S.E. Metrosalud fue categorizada en RIESGO BAJO, por parte de Ministerio de Salud y Protección Social, por tanto, NO APLICA la Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. Adicionalmente hasta el 30 de junio de 2022 estuvo vigente la Resolución No. 0856 de 29 de mayo de 2020, "Por medio de

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	6 de 22		

la cual se suspenden términos administrativos y jurisdiccionales en sede administrativa como consecuencia de la emergencia sanitaria por el COVID-19", en su Artículo No. 6. suspendió el plazo para la determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado, por tanto, para la vigencia 2022, tampoco aplica para la ESE el indicador.

INDICADOR N°5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida.

Estándar: < 0.9

Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida.		
Numerador	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de evaluación) /Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación	25.990,2
Denominador	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicio comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)]	25.389,81
Resultado	1.02	

Fuente de información: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)

Análisis del resultado del indicador

En las instituciones hospitalarias se prestan múltiples productos y servicios, con el fin de hacer comparaciones entre instituciones y ejercicios de eficiencia se establece la Unidad de Valor Relativo UVR. Para ello se utiliza una fórmula que vuelve equivalente la producción hospitalaria ponderando consultas electivas y urgentes, partos y cirugías (entre otros), acordes a una institución hospitalaria y discrimina algunos de estos servicios por nivel de complejidad. Este valor es determinado por el Ministerio de Salud de acuerdo a la información suministrada por la entidad a través del aplicativo SIHO.

Este indicador arroja un resultado de 1.02, mostrando que cada unidad producida en la vigencia 2022, fue ligeramente más costosa que en el 2021, pasando de \$25.389 a \$25.990. Lo cual hace necesario propender por incrementar la producción y disminuir el gasto de funcionamiento y operación comercial con medidas de austeridad.

INDICADOR N°6. Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: a. Compras conjuntas, b. Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. c. Compras a través de mecanismos electrónicos.

Estándar: ≥ 0.7

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	7 de 22		

Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: a. Compras conjuntas, b. Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado. c. Compras a través de mecanismos electrónicos		
Numerador	Valor total Adquisiciones de medicamentos y Material MQ realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) a través de Cooperativas de ESEs (c) Mecanismos electrónicos	13.175.214.512
Denominador	Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material MQ en la vigencia evaluada	15.898.184.142
Resultado	0,827	

Fuente de la información: Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la ESE.

Análisis del indicador:

El resultado obtenido para el indicador para la vigencia 2021 permite cumplir con la meta, dado que un 82.7% de los medicamentos y material médico quirúrgico se compran por medio de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia COHAN.

Evidencia: Certificación emitida por el Revisor Fiscal.

INDICADOR N°7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.

Estándar: 0 o variación negativa

Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.		
Indicador	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de la planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)	0
Resultado	0	

Fuente de la información: Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la ESE.

Análisis del indicador:

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	8 de 22		

Se cumple con la meta programada, se cierra la vigencia sin deuda por concepto de salarios al personal de planta, tampoco se tenía deuda superior a 30 días por concepto de prestación de servicios.

Evidencia: Certificación emitida por el Revisor Fiscal.

INDICADOR N°8. Utilización de información de registro individual de prestaciones – RIPS.

Estándar para cada año: 4

Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	
Indicador	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la JD con base en RIPS de la vigencia objeto de la evaluación.
Resultado	4

Fuente de la información: Informe del responsable de planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las actas de sesión de la junta directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la junta directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de junta directiva en las que se presentó el informe

Análisis del indicador

Durante la vigencia 2022, se dio cumplimiento a la presentación de informes de Análisis de la Prestación de los Servicios de la E.S.E, a la Junta Directiva con base en RIPS, tal como lo indica la norma.

1. Acta Junta Directiva Ordinaria del 26 de enero de 2022 – Presentación del Informe de RIPS (Población asignada, producción y primeras causas de morbilidad)
2. Acta Junta Directiva Ordinaria del 31 de mayo de 2022 – Presentación de Informe de RIPS (Población asignada-Producción y primeras causas de morbilidad del Primer Trimestre)
3. Acta Junta Directiva Ordinaria 21 de octubre de 2022 – Presentación de Informe de RIPS (Población asignada-Producción y primeras causas de morbilidad del Primer semestre)
4. Acta Junta Directiva Ordinaria 14 de diciembre de 2022 – Presentación de Informe de RIPS (Población asignada-Producción y primeras causas de morbilidad acumulados a septiembre de 2022)
5. Acta Junta Directiva Ordinaria 25 enero de 2023- Presentación de Informe de RIPS (Población asignada-Producción y primeras causas de morbilidad acumulados a diciembre de 2022)

Evidencia: Informe de Jefe Oficina asesora de planeación y desarrollo organizacional
Actas de junta directiva y anexo (Presentación)

INDICADOR N°9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	9 de 22		

Estándar: $\geq 1,00$

Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo		
Numerador	Valor de la Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de CxC de vigencias anteriores).	430.538.352
Denominador	Valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP de vigencias anteriores).	423.577.832
Resultado	1.02	

Fuente de información: Ficha Técnica de la página web del SIHO MINSALUD.

Análisis del indicador:

Al cierre de la vigencia el indicador de equilibrio alcanza el 1,02 dado que los ingresos superan el gasto en \$6.960 millones. Es de anotar que \$105.226 millones corresponde a recaudos diferente a la venta de servicios de salud.

Evidencia: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

INDICADOR N°10. Oportunidad en la entrega en el reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Supersalud.

Estándar: Cumplimiento dentro de los términos previstos

Oportunidad en la entrega en el reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Supersalud.	
Fórmula del indicador	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
Resultado periodo evaluado	No cumplimiento

Fuente de la información: Superintendencia Nacional de Salud

Análisis del indicador:

Durante la vigencia no se realizó el reporte del archivo tipo FT018 (Datos para el cálculo de la posición de liquidez), por tanto, no se cumplió con la meta propuesta del indicador. En este sentido se hace necesario implementar acciones de mejora orientadas a mejorar la oportunidad en los reportes de la información, así como mecanismos de control para verificar que se realicen los reportes de acuerdo a lo establecido en la normatividad.

Evidencia: Soporte Supersalud

INDICADOR N°11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del decreto

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	10 de 22		

780 de 2016 – Decreto único reglamentario del sector salud y protección social, o la norma que la sustituya

Estándar: Cumplimiento dentro de los términos previstos

Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004	
Fórmula del indicador	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
Resultado periodo evaluado	Reporte oportuno

Fuente de la información: Ministerio de Salud y Protección Social

Análisis del indicador:

Se presentaron los informes oportunamente en las fechas indicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Evidencia: Soporte Ministerio de Salud y Protección Social

AREA GESTION CLINICA O ASISTENCIAL

INDICADOR N°12: Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes.

Estándar: $\geq 0,8$

Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes		
Numerador	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación	32
Denominador	Número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnóstico de hemorragia de III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación	34
Resultado	0.94	

Fuente de la información: Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)

Análisis del indicador:

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	11 de 22		

Para la vigencia 2022 se realiza evaluación y seguimiento a la adherencia a las Guías de Práctica Clínica consideradas según Resolución institucional 7383 de 2021, la cual en sus artículos primero y segundo establece la adopción en la ESE Metrosalud de las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social y las guías elaboradas por el equipo interdisciplinario definido por la ESE.

Dentro del programa de evaluación de historias clínicas aprobado por el comité institucional, se consideran las guías contempladas en la resolución 408 de 2018, para ESE II Nivel.

La muestra es determinada por el estadístico de la Dirección Operativa de Sistemas de Información con base en los siguientes criterios:

El universo para la evaluación de la aplicación de guía de manejo específico para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes es el siguiente:

Total, de pacientes con diagnóstico de Síndrome hipertensivo asociado al embarazo: 306.

La muestra a evaluar con margen de error de 15% e intervalo de confianza 85% fue de 37 historias clínicas, sin embargo, solo fue posible tener la muestra para hacer seguimiento, siendo el número de historias clínicas evaluadas 34. La adherencia estricta a la guía de trastornos hipertensivos asociados al embarazo, arrojó un cumplimiento de 94%, superando el estándar del 80%, mostrando una tendencia positiva del indicador frente a la vigencia inmediatamente anterior.

Evidencia: Informe de Adherencia a las guías de atención según metodología de la Resolución 743 de 2013, modificada por la Resolución 408 de 2018

INDICADOR N°13: Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida

Estándar: $\geq 0,8$

Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida		
Numerador	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	93
Denominador	Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	117
Resultado	0.79	

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	12 de 22		

Fuente de la información: Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (4)

Análisis del indicador:

Para la vigencia 2022 se realiza evaluación y seguimiento a la adherencia a las Guías de Práctica Clínica consideradas según Resolución institucional 7383 de 2021, la cual en sus artículos primero y segundo establece la adopción en la ESE Metrosalud de las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social y las guías elaboradas por el equipo interdisciplinario definido por la ESE.

Dentro del programa de evaluación de historias clínicas aprobado por el comité institucional, se consideran las guías contempladas en la resolución 408 de 2018, para ESE II Nivel.

La primera causa de egreso hospitalario para la vigencia 2022, continuó siendo el producto del parto, con 3.534 atenciones,

La muestra a evaluar con margen de error de 9% e intervalo de confianza 91% es de 115 historias clínicas, pero se evaluaron 117. La adherencia estricta arrojó un resultado del 79%, un punto por debajo del estándar, por lo que se hace necesario implementar diferentes acciones de mejora relacionadas con capacitación al personal en las guías y protocolos institucionales, fortalecimiento del seguimiento o auditoría y retroalimentación a profesionales.

Evidencia: Informe de Adherencia a las guías de atención según metodología de la Resolución 743 de 2013, modificada por la Resolución 408 de 2018

INDICADOR N°14: Oportunidad en la realización de apendicectomía

Estándar: $\geq 0,9$

Oportunidad en la realización de apendicectomía		
Numerador	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de la evaluación	367
Denominador	Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	432
Resultado	0.85	

Fuente de la información: Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que como mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	13 de 22		

Análisis del indicador:

El universo para la evaluación de aplicación de oportunidad en la realización de apendicetomía, es de 100% intervalo de confianza y 0% de error, como está definido en la resolución.

La oportunidad de realización de apendicectomías, presenta un resultado de 85, no se logró el cumplimiento de que el 90% de apendicetomías se realizaran antes de 6 horas por las siguientes causas: disminución en la oportunidad de traslados en la red interna, dificultades en la contratación y falta de suficiencia de talento humano, por lo cual se definen como acciones de mejora: evaluar los tiempos de traslado en la red interna y garantizar la prioridad en la intervención quirúrgica con el talento humano requerido para la prestación del servicio.

Evidencia: Informe de Adherencia a las guías de atención según metodología de la Resolución 743 de 2013, modificada por la Resolución 408 de 2018

INDICADOR N°15: Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual

Estándar: Cero o variación negativa

Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual		
Numerador	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación	0
Denominador	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.	0
Resultado	0	

Fuente de la información: Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador

Análisis del indicador:

Durante la vigencia 2022 no se registraron notificaciones con neumonías bronco aspirativas de origen hospitalario en pacientes pediátricos.

Evidencia: Informe Líder programa de seguridad del paciente

INDICADOR N°16: Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)

Estándar: $\geq 0,9$

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	14 de 22		

Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)		
Numerador	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo de miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación	32
Denominador	Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia objeto de evaluación	36
Resultado	0.89	

Fuente de la información: Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador (4)

Análisis del indicador:

El universo para la evaluación la oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM) es de 100% con intervalo de confianza y 0% de error, como está definido en la resolución. Se obtienen un porcentaje de cumplimiento del indicador del 89%, teniendo en cuenta que no se cumple la meta se propone como acciones de mejora: diseñar una Notiguía con los criterios de la oportunidad y dosis de medicamentos a administrar y activar nueva cohorte de curso en plataforma institucional Moodle.

Evidencia: Informe de Adherencia a las guías de atención según metodología de la Resolución 743 de 2013, modificada por la Resolución 408 de 2018

INDICADOR N°17: Análisis de mortalidad intrahospitalaria

Estándar: $\geq 0,9$

Análisis de mortalidad intrahospitalaria		
Numerador	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación	422
Denominador	Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación	422
Resultado	1	

Fuente de la información: Informe del referente o equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente (3) que como mínimo contenga: aplicación de la fórmula del indicador

Análisis del indicador:

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	15 de 22		

De acuerdo con la Política de Seguridad del Paciente de la ESE Metrosalud, se vienen desarrollando hace algunos años, diferentes estrategias que han permitido estandarizar su aplicación, como lo es el análisis de todos los casos de mortalidad intrahospitalaria, incluyendo la formulación y desarrollo de acciones de mejora cuando se evidencian brechas en los procesos asistenciales y administrativos a partir de estos análisis. Con relación al resultado del indicador y a pesar de que se cumple con la meta propuesta, es importante fortalecer en cada una de las unidades hospitalarias la directriz de que la totalidad de muertes deben ser analizadas y hacer seguimiento al cumplimiento de esto.

Evidencia: Informe Líder Programa de seguridad del paciente

INDICADOR N°18: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría

Estándar: ≤ 5

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría		
Numerador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación	16.849
Denominador	Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	2525
Resultado	6.673	

Fuente de la información: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)

Análisis del indicador:

El resultado frente a la meta no se cumplió durante la vigencia 2022, y su razón obedece a:

- Asignación de la cita de primera vez en la plataforma que no se hacen de forma eficiente, a pesar de contar con disponibilidad de agendas, muestra de ello son las cantidades de citas de pediatría que quedan en estado disponible, según el cubo comportamiento de citas.
- El aumento del volumen de remisiones electivas a la especialidad entre los meses de mayo y agosto de 2022 que generan represamiento
- Asignación de las citas, posterior a la recepción de la autorización la cuál presenta retrasos

Se concluye que para optar por mejorar la oportunidad de la asignación de citas empieza por: a) fortalecimiento de la gestión de la agenda de consulta pediátrica de PRIMERA VEZ en los diferentes puntos ofertados, es fundamental para una asignación acorde la sensibilización y acompañamiento con auxiliares administrativos de la red y de la central de agendamiento para asignar citas dentro del lapso de la meta, incluso reprogramando

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	16 de 22		

las citas que correspondan a las de control y que ya se encuentran asignadas para priorizar las de primera vez; b) Mantenimiento de las agendas del convenio maternoperinatal con el apoyo del personal administrativo que lo conforma para contactar a los pacientes/familiares y la asignación efectiva de la misma c) Seguimiento y acompañamiento con los médicos especialistas en pediatría cuya orden para nueva valoración corresponden a control y no a citas de primera vez como se ha evidenciado en los reportes del cubo de remisión electiva; d) Gestión diaria de las remisiones desde el cubo de remisiones electivas por parte del personal administrativo con acceso al mismo con el fin de gestionar de forma más eficiente y temprana la cita correspondiente; e) finalmente la optimización de las agendas desde la central de agendamiento, incluso con el apoyo de atención al usuario para propender por la oportunidad de este indicador y la satisfacción de nuestros usuarios.

Evidencia: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

INDICADOR N°19: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia
Estándar: ≤ 8

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia		
Numerador	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación	39.350
Denominador	Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación	4.474
Resultado	8.795	

Fuente de la información: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social (2)

Análisis del indicador

El resultado obtenido de 8.7 días frente al estándar (8 días) no se cumple, debido a las siguientes razones:

- La asignación de la cita de primera vez en la plataforma no se hace de forma eficiente, a pesar de contar con disponibilidad de agendas, muestra de ello son las cantidades de citas de obstetricia de primera vez que quedan en estado disponible
- El aumento del volumen de remisiones electivas a la especialidad en lo corrido del año
- La asignación de las citas se está realizando de forma tardía en muchas ocasiones por desconocimiento de los funcionarios que creen que esta remisión requiere autorización, hecho que para obstetricia no aplica.

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	17 de 22		

- La gestión por parte del personal administrativo, que no se hace de forma oportuna ni identificando con claridad aquellas de primera vez

Estas situaciones se venido interviniendo de forma paulatina y por lo tanto el resultado del indicador durante el transcurso del año presento una tendencia a la mejora, sin embargo, se debe continuar con las siguientes estrategias:

- Continuar con la gestión de consulta por primera vez mediante la Identificación de este tipo de cita por parte de los auxiliares administrativos encargados de la respectiva función con el fin de propender por el uso completo de estas agendas.
- Entrenamiento del talento humano perteneciente al convenio materno perinatal para la gestión administrativa y apoyar en la asignación correcta de la cita en las agendas ofertadas de consulta de obstetricia de primera vez vs las de control, priorizando las primeras.
- Articular el talento humano del convenio materno perinatal con el equipo de la central de agendamiento, así como de la red hospitalaria, supervisor y apoyo administrativo del mismo.
- Informar a los profesionales especializados (mediante correo, comunicado u otro) la importancia de verificar al momento de diligenciar el anexo técnico el tipo de solicitud que corresponden a control y no a primera vez.
- Seguimiento permanente al cubo de remisiones electivas para ginecoobstetricia por parte del personal del convenio materno perinatal y personal de la central de agendamiento.
- Estimular el uso de agendas.metrosalud.gov.co, una vez que sean ofertadas para que el auxiliar administrativo pueda realizar la gestión y asignación requerida.
- Mantener la implementación de la ruta de gestión del riesgo para las gestantes.

Evidencia: Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	18 de 22		

5. Matriz de Calificación Vigencia 2022(Anexo 4 Resolución 408 de 2018)

Área de gestión	Nº	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado 2022	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*l
Dirección y gerencia 20%	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas				0,05	0,05
			Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	1,17	1,00	1		
			Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior					
	2	Nivel I, II y III	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	0,88	0,76	3	0,05	0,15
3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	0,93	0,94	5	0,1	0,5	

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	19 de 22		

Área de gestión	Nº	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado 2022	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*l
Financiera y administrativa 40%	4	Nivel I, II y III con categorización de riesgo medio o alto	Riesgo fiscal y financiero	NLB	NO APLICA			
	5	Nivel I, II y III	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida (1)	1,05	1,02	1	0,057	0,1
	6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: Compras conjuntas Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado Compras a través de mecanismos electrónicos	0,75	0,83	5	0,057	0,3
	7	Nivel I, II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	0	0	5	0,057	0,3
	8	Nivel I, II y III	Utilización de información de registro individual de prestaciones - RIPS	4	4	5	0,06	0,3
	9	Nivel I, II y III	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	1	1,02	5	0,06	0,3

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	20 de 22		

Área de gestión	Nº	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado 2022	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
	10	Nivel I, II y III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	No Cumplimiento o dentro de los términos previstos	No cumple	0	0,06	0,0
	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya	Cumplimiento o dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	5	0,06	0,3

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	21 de 22		

Área de gestión	Nº	Tipo de ESE	Indicador	Línea de base	Resultado del periodo evaluado 2022	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	c	d	i	j	k	l	m=k*l
Gestión clínica o asistencial 40%	12	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes	0,54	0,94	5	0,07	0,4
	13	Nivel II y III	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0,81	0,79	3	0,05	0,2
	14	Nivel II y III	Oportunidad en la realización de apendicectomía	0,95	0,85	3	0,05	0,2
	15	Nivel II y III	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	0	0	5	0,05	0,3
	16	Nivel II y III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	0,53	0,89	3	0,05	0,2
	17	Nivel II y III	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	1	1	5	0,05	0,3
	18	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	3,18	6,67	3	0,03	0,1
	19	Nivel II y III	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	6,4	8,7	3	0,03	0,1

Código:	PV01 FR 11	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE GESTION VIGENCIA 2022	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	05/11/2019		
Página:	22 de 22		

6. Escala de Resultados (Anexo 5)

Anexo No. 5 Escala de resultados			
Rango calificación (0,0-5,0)	Criterio	Cumplimiento del Plan de Gestión	
Puntaje total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor al 70%	
Puntaje total entre 3,50 y 5,0	Satisfactoria	Igual o superior al 70%	
Resultado Ponderado	3.75	75%	Satisfactorio