Tema: Visita de seguimiento y acompañamiento indicadores Asistenciales y de producción de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE.

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud	Subsecretaria de Planeación Sectorial

Objetivo	Fecha: 9 de julio de 2025			
Realizar visita de seguimiento y acompañamiento indicadores asistenciales y de producción de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento (X)		
		Otro ( ) _____		
	Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ( )	Mixta ( )
	Lugar: Hospital materno Infantil (Subred Centro Oriente)			
	Hora Inicio: 8:00 am Hora Fin: 1:00 pm			
	Notas por: Margarita Martínez – Luis Marrugo			
	Próxima Reunión: 5 de agosto 2025			
	Quien cita: Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Se da inicio a la visita de seguimiento frente a los avances de indicadores asistenciales y de producción de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE como parte del seguimiento establecido dentro del marco del fortalecimiento del control tutelar del equipo asistencial designado por el director de DAEPDSS de la Secretaria Distrital de Salud, para lo cual acompaña la visita los profesionales Margarita Martínez y Luis Fernando Marrugo. Para este proceso se contó con la presencia de colaboradores de Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente Gianna Castro, Carlos Alberto Martínez, y con participación en el primer momento del seguimiento la Subgerente de Servicios de Salud Maryury Díaz Céspedes y Directora de hospitalarios Yanith Piragauta.

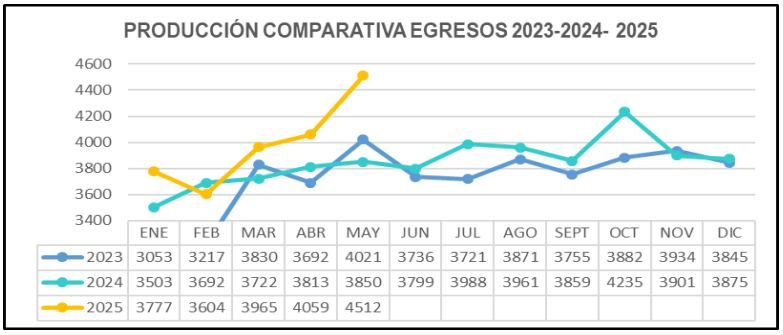
Se realiza una breve descripción del objetivo del seguimiento el cual se establece como parte del acompañamiento y control tutelar que ejerce la DAEPDSS y como parte de la recepción de información relevante frente a resultados de indicadores asistenciales y de producción.

Dentro de la socialización para presentar los resultados de indicadores asistenciales, se confirma que el mes de seguimiento ser a corte mayo 2025, con análisis comparativo entre las vigencias 2024-2023

El primer indicador abordado fue el de **producción de egresos hospitalarios**, para lo cual se realizó análisis comparativo de enero a mayo de los años 2023, 2024 y 2025, representado gráficamente con los colores azul, verde y amarillo, respectivamente. A partir del mes de abril de 2025, se implementó una estrategia conjunta entre la Dirección Técnica de Servicios Hospitalarios y la Subgerencia, denominada Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD), la cual está dirigida a brindar manejo domiciliario a pacientes que no presenten patologías crónicas, y puedan ser tratados

con antibióticos sin complicaciones, permitiendo así una extensión de la atención.
El comportamiento del indicador se ve reflejado *en la siguiente gráfica, la cual fue entregada como soporte de datos presentados por la Subred:*

Seguimiento Comparativo Producción Egresos Hospitalarios año 2023, 2024 y 2025



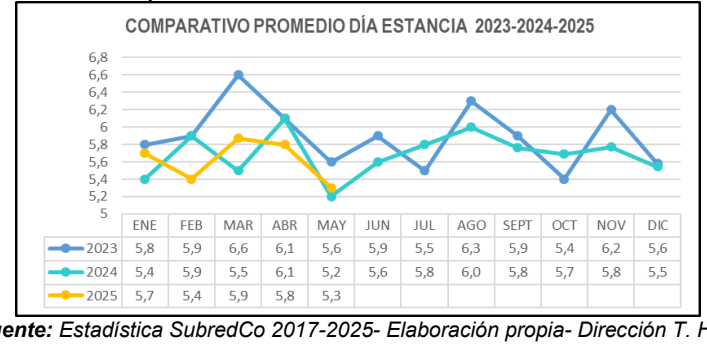
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2023	3053	3217	3830	3692	4021	3736	3721	3871	3755	3882	3934	3845
2024	3503	3692	3722	3813	3850	3799	3988	3961	3859	4235	3901	3875
2025	3777	3604	3965	4059	4512							

Fuente: *Estadística SubredCo 2017-2025- Elaboración propia- Dirección T. Hospitalaria*

Esta estrategia ha generado un impacto positivo, ya que, en el mes de mayo de 2025, se evidenció un incremento significativo de egresos hospitalarios, con aproximadamente 490 egresos adicionales en comparación con abril del mismo año. Si se compara abril de 2025 con el mes anterior, el aumento fue de cerca de 150 egresos. En términos generales, entre enero y mayo de 2025, se registró un aumento del 7.20% en egresos hospitalarios en comparación con el mismo periodo de 2024, lo que equivale a un incremento de aproximadamente 1.337 egresos.
Cabe señalar que este resultado también se ve influenciado por la funcionalidad operativa del área respiratoria y la disponibilidad de días hábiles (entre 20 y 22 días por mes), los cuales son relevantes para la ejecución del programa PHD y la gestión efectiva de los egresos.

En cuanto al indicador de **promedio de días de estancia**, se reiteró que este se interpreta de forma inversa al de egresos, es decir una menor duración promedio representa un mejor desempeño. En el análisis comparativo entre 2025 y 2024 (corte enero–mayo), se observó que el promedio se ha mantenido estable en 5.6 días. Este resultado es considerado satisfactorio, ya que continúa por debajo del estándar establecido de 7 días. La tendencia constante en este indicador refleja una gestión eficiente de las hospitalizaciones, manteniendo un balance adecuado entre calidad de atención y optimización de recursos. *La gráfica fue entregada como soporte de datos presentados por la Subred:*

Seguimiento Comparativo Promedio Día Estancia año 2023, 2024 y 2025

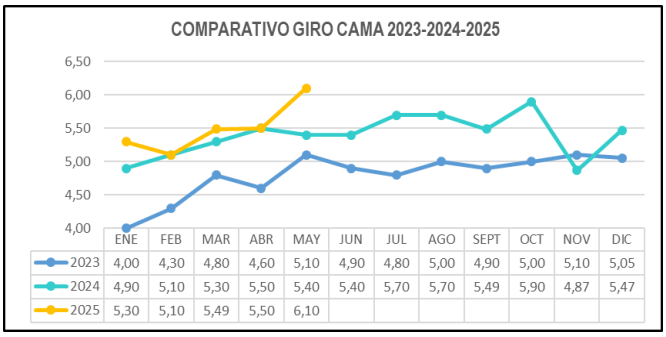


	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2023	5,8	5,9	6,6	6,1	5,6	5,9	5,5	6,3	5,9	5,4	6,2	5,6
2024	5,4	5,9	5,5	6,1	5,2	5,6	5,8	6,0	5,8	5,7	5,8	5,5
2025	5,7	5,4	5,9	5,8	5,3							

Fuente: *Estadística SubredCo 2017-2025- Elaboración propia- Dirección T. Hospitalaria*

Se continuó con la revisión de indicadores de gestión hospitalaria continuando con **el giro cama**, el cual es inversamente proporcional al promedio de días de estancia. Es decir, mientras más alto sea el giro cama, mejor es su comportamiento. En ese sentido, para el año 2025, se evidenció un resultado muy satisfactorio, especialmente en el mes de mayo, donde la gráfica mostró un incremento notable de casi una unidad con respecto al comportamiento de los meses anteriores. *La gráfica fue entregada como soporte de datos presentados por la Subred:*

Seguimiento Comparativo Giro Cama año 2023, 2024 y 2025



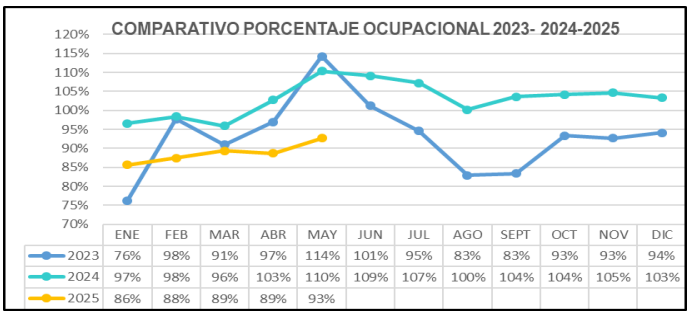
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2023	4,00	4,30	4,80	4,60	5,10	4,90	4,80	5,00	4,90	5,00	5,10	5,05
2024	4,90	5,10	5,30	5,50	5,40	5,40	5,70	5,70	5,49	5,90	4,87	5,47
2025	5,30	5,10	5,49	5,50	6,10							

Fuente: *Estadística SubredCo 2017-2025- Elaboración propia- Dirección T. Hospitalaria*

Al comparar el promedio del giro cama de enero a mayo de 2025 frente al mismo periodo de 2024, se identificó un aumento sostenido. Esto refleja una mayor rotación de camas hospitalarias, lo que a su vez está relacionado con una mayor eficiencia en la atención y disponibilidad del servicio.

El siguiente indicador revisado fue el **porcentaje ocupacional**, que tiene una lectura más compleja y requiere una interpretación dentro de un rango óptimo. Desde la Dirección Técnica de Servicios Hospitalarios, se establece como meta que este indicador se mantenga igual o por debajo del 90%, permitiendo una gestión oportuna y adecuada de los servicios sin sobrecarga operativa. Para el año 2025, el comportamiento de este indicador fue positivo, alcanzando un promedio del 89% entre enero y mayo, en contraste con el 101.2% registrado en el mismo periodo del 2024, lo cual representa una reducción significativa de aproximadamente 12 puntos porcentuales. *La gráfica fue entregada como soporte de datos presentados por la Subred.*

Seguimiento Comparativo Porcentaje Ocupacional 2023, 2024 y 2025



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2023	76%	98%	91%	97%	114%	101%	95%	83%	83%	93%	93%	94%
2024	97%	98%	96%	103%	110%	109%	107%	100%	104%	104%	105%	103%
2025	86%	88%	89%	89%	93%							

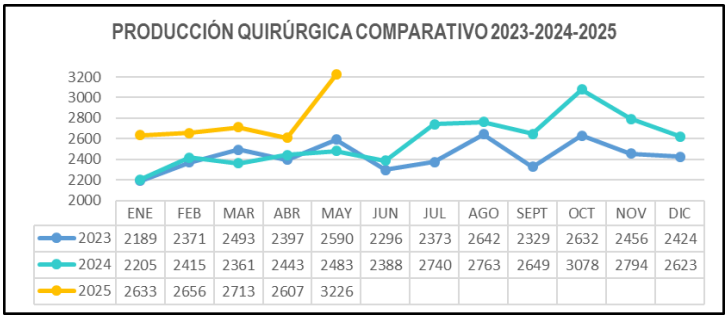
Fuente: *Estadística SubredCo 2017-2025- Elaboración propia- Dirección T. Hospitalaria*

Los resultados anteriormente presentados son atribuidos en parte al trabajo conjunto con el área de

Desarrollo Institucional, a través de procesamiento de sistemas de información para la depuración y mejora de la calidad del dato, lo que permitió un análisis más preciso de la ocupación real de los servicios hospitalarios. El ajuste de estos datos, sumado a una gestión eficaz, ha contribuido directamente a la mejora en los resultados. De igual forma frente a los resultados del indicador porcentaje ocupacional se destaca especialmente el mes de mayo de 2025 como un periodo clave en términos de desempeño, gracias a la disponibilidad de 31 días calendario y una alta cantidad de días hábiles, se logró una producción sobresaliente.
Asimismo, se mencionó que durante este mes se realizaron importantes reconversiones de camas, pasando camas destinadas a adultos hacia atención pediátrica, tanto en la unidad de San Blas como en Santa Clara, donde también se ajustaron camas de intermedio a intensivo. Esta estrategia respondió a una creciente demanda de servicios para población pediátrica, permitiendo mantener la capacidad de respuesta. Sin embargo, se anticipa que en junio estos ajustes tendrán un impacto visible, con una posible disminución de algunos indicadores, aunque sin comprometer el cumplimiento de las metas de línea base.

Seguidamente, se retomó el análisis de indicadores de seguimiento y autocontrol, considerados fundamentales por parte de la dirección hospitalaria, para lo cual se muestra el indicador de **producción quirúrgica**, cuyo análisis se realiza con base en un comparativo de los últimos tres años. Para el periodo de enero a mayo de 2025, se observó un aumento del 16.1% respecto al mismo periodo del año anterior. Esto se traduce en un incremento aproximado de 1.928 procedimientos quirúrgicos. Particularmente en el mes de mayo se evidenció un desempeño destacado, consolidando este periodo como uno de los más productivos del año. *La gráfica fue entregada como soporte de datos presentados por la Subred.*

Seguimiento Comparativo Producción Quirúrgica año 2023, 2024 y 2025



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
2023	2189	2371	2493	2397	2590	2296	2373	2642	2329	2632	2456	2424
2024	2205	2415	2361	2443	2483	2388	2740	2763	2649	3078	2794	2623
2025	2633	2656	2713	2607	3226							

Fuente: *Estadística SubredCo 2017-2025- Elaboración propia- Dirección T. Hospitalaria*

Como ya se había mencionado en reuniones anteriores, estos resultados están relacionados con la implementación de estrategias de impacto que comenzaron a aplicarse desde el mes de abril. Aunque en su momento no se consideró pertinente mencionarlas de cara al usuario, ahora hacen parte del análisis integral. Las acciones estratégicas han permitido mejorar no solo los resultados numéricos, sino también la calidad en la atención y la oportunidad en la programación quirúrgica

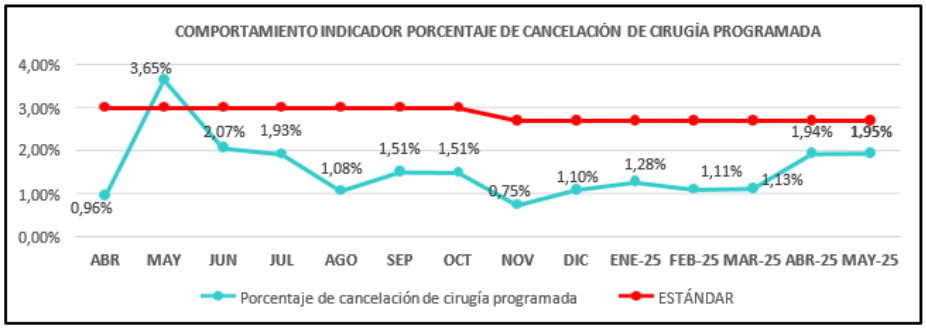
Otro de los indicadores clave para el seguimiento institucional es el **porcentaje de cancelación de cirugías programadas**. Para el plan operativo anual institucional se establece un umbral del 3%, y del 2.7% según los estándares de la Superintendencia Nacional de Salud. En ambos casos, se evidenció que el indicador se mantiene por debajo de estos valores, lo cual es resultado del

seguimiento riguroso que se realiza desde diferentes frentes.

Esto como resultado de las estrategias de autocontrol aplicadas han sido constantes. Estas se alinean con los criterios establecidos en la Resolución 256 de 2016, abarcando aspectos como organización y gestión del servicio, disponibilidad de materiales e insumos, condiciones de infraestructura y proceso de atención. Esta información permite identificar áreas críticas y establecer planes de acción focalizados según la causa específica de las cancelaciones. Adicionalmente, se resaltó el trabajo coordinado y comprometido del equipo de gestión quirúrgica, quienes han sido fundamentales en la implementación de estas estrategias. Tal como se ha reiterado desde la primera reunión de seguimiento, existe un plan de trabajo estructurado que se inició en julio del año anterior y comenzó a ejecutarse en agosto de 2024. Este plan no solo ha orientado las acciones actuales, sino que también será la base para realizar un análisis comparativo más preciso durante el segundo semestre de 2025.

Durante la visita se presentó el avance en el indicador de **cancelación de cirugías programadas**, el cual forma parte de los indicadores de autocontrol institucional priorizados por la Dirección Técnica de Servicios Hospitalarios. Se hizo especial énfasis en que este indicador es analizado conforme a los lineamientos de la Resolución 256 de 2016, que establece dos grandes categorías de causas: las atribuibles a la institución y las relacionadas con el usuario.

Seguimiento Tendencia Indicador Cancelación Cirugía Programada



Fuente: *Proceso Gestión Quirúrgica- Elaboración Propia- Dirección T. Hospitalaria*

Para efectos de impacto institucional, el enfoque principal se mantiene en el análisis de las causas atribuibles a la institución, ya que son las que pueden ser intervenidas directamente. No obstante, la dirección no ha descuidado el seguimiento a las cancelaciones por causas del usuario, que en los últimos meses presentaron un aumento notorio. Esta situación motivó la creación de una nueva estrategia que se empezó a implementar desde abril de 2025.

Tras identificar que la principal causa de cancelación relacionada con el usuario era la inasistencia del paciente al procedimiento, a pesar de que se realizan llamadas de recordatorio dos días antes e incluso el día anterior a la cirugía, se diseñó una intervención comunicativa directa. La estrategia consistió en entregar al usuario, en el momento de la programación quirúrgica, un volante informativo con un mensaje claro y conciso, invitándolo a no faltar a su procedimiento, resaltando el valor del tiempo invertido y la importancia del proceso que ha realizado para llegar a esa etapa (documentación, autorizaciones, valoración prequirúrgica, etc.). El objetivo de esta acción fue generar conciencia y corresponsabilidad en el usuario, apelando al esfuerzo realizado para acceder a una cirugía esperada por largo tiempo. Esta estrategia fue especialmente necesaria al reconocer que muchas inasistencias obedecen a factores como el olvido, la falta de acompañante, la ausencia

de recursos para transporte o la dificultad de desplazamiento, especialmente en zonas alejadas.

Desde la Dirección también se resaltó que gran parte de la población atendida corresponde a personas adultas mayores, grupo etario que en algunos casos presenta dificultades en la captación y seguimiento, particularmente en servicios especializados. Aunque se observa que los adultos mayores suelen tener mejor compromiso con la asistencia a los procedimientos, en ciertos casos, situaciones como no contar con un acompañante o dificultades logísticas representan una barrera. Actualmente, desde la Dirección de Servicios Hospitalarios se está llevando a cabo un análisis más profundo de estas variables externas, con el fin de establecer acciones que permitan superar dichas barreras, mejorar la experiencia del usuario y seguir reduciendo las tasas de cancelación quirúrgica.

En ese contexto, se definió como necesario reforzar el mensaje al paciente desde el momento en que deja su documentación para el procedimiento quirúrgico. Aunque la fecha de cirugía no se entrega en ese instante, sí se aprovechó para entregar un mensaje claro sobre la importancia de no faltar: se le explica al usuario que si pierde la cita deberá reiniciar el proceso, lo que implica volver a hacer fila detrás de otros pacientes en espera. Esta estrategia busca generar mayor compromiso por parte del usuario, apelando a su responsabilidad individual frente al uso adecuado de los servicios.

Respecto a los adultos mayores sin red de apoyo, se compartieron las acciones que actualmente adelanta la institución. Se explicó que, ante estos casos, se realiza una labor de captación activa, liderada desde la Dirección de Servicios Ambulatorios, en articulación con la Dirección de Servicios Hospitalarios. Para los pacientes de alto riesgo, especialmente aquellos con patologías crónicas, se hace un seguimiento basado en el historial de atención, uso frecuente del servicio y validación por georreferenciación. A través de llamadas se confirma la asistencia y se indaga sobre el acompañamiento. Si se identifica riesgo de inasistencia o ausencia de red de apoyo, se activa la articulación con las áreas de trabajo social, atención al usuario y gestión del riesgo, sumando además el acompañamiento de los equipos territoriales que apoyan estas labores de campo.

Finalmente, se reiteró que todas las acciones implementadas forman parte de una estrategia global de autocontrol institucional, la cual no solo busca garantizar el cumplimiento de metas, sino también optimizar recursos y asegurar la continuidad en la atención. La gestión oportuna y proactiva frente a este tipo de indicadores es reflejo del compromiso institucional con la calidad en los servicios quirúrgicos y la satisfacción del usuario.

En el marco del control de ineficiencia liderado por la Dirección de Servicios Ambulatorios, se presentaron dos indicadores clave: **el porcentaje de asistencia y el rendimiento de las consultas de medicina especializada**. Como parte del análisis comparativo entre las vigencias 2024 y 2025, se evidenció una disminución de entre 1 y 2 puntos porcentuales en la inasistencia durante el mes de enero de 2025 respecto al mismo mes del año anterior. Esta mejora se atribuye a las estrategias implementadas desde la Dirección, orientadas a optimizar la eficiencia tanto en consultas básicas como en medicina especializada.

En relación con el **indicador de cumplimiento del módulo azul**, se confirmó que se mantienen las mismas estrategias previamente presentadas. El indicador definido corresponde al porcentaje de citas cumplidas sobre el total de citas asignadas en dicho módulo. Desde enero de 2025, se observó un cumplimiento del 67%, el cual aumentó progresivamente hasta alcanzar el 78% en abril 2025. Cabe destacar que en abril se presentó una leve disminución atribuida al periodo de Semana Santa, sin embargo, el indicador se recuperó rápidamente. Este comportamiento sugiere que, aunque se están realizando asignaciones y recordatorios efectivos, aún no se logra una cobertura completa en

todas las especialidades, lo cual representa una oportunidad de mejora.

Respecto al rendimiento, se evidenció un incremento significativo en abril de 2025, pasando de 2.32 a 5.1, lo que representa un aumento de casi 2 puntos porcentuales. Este resultado refleja una mayor efectividad, especialmente en especialidades con altos estándares de atención como ginecología, obstetricia y pediatría, las cuales también presentan los mayores porcentajes de asistencia. Este comportamiento ha contribuido de manera significativa al indicador global de rendimiento.

En cuanto a la producción de medicina especializada, el análisis comparativo entre enero y mayo de las vigencias 2024 y 2025 muestra una estabilidad general en el número de consultas. Sin embargo, se destacan aumentos puntuales del 10% en marzo y del 4% en mayo de 2025 respecto al mismo periodo del año anterior. Entre enero y junio de 2024, los equipos básicos aportaban aproximadamente 1.200 consultas mensuales. A partir de julio de 2024, tras la finalización del convenio 002, se logró mantener la producción gracias a una mejora en la eficiencia del talento humano actual, sin necesidad de contratar nuevos equipos básicos.

La Dirección de Servicios Ambulatorios ha enfocado sus esfuerzos en mejorar el porcentaje de asistencia, lo cual ha tenido un impacto positivo estimado en aproximadamente 1.500 consultas. Esta mejora se ha logrado mediante estrategias como la reposición de pacientes y la demanda inducida a través de los servicios. No obstante, se ha identificado cierta resistencia por parte de los especialistas, quienes argumentan limitaciones de tiempo y disponibilidad. Para mitigar esta situación, se ha contado con el apoyo del módulo azul, conformado principalmente por auxiliares comprometidas que facilitan la asignación de pacientes de manera proactiva.

Finalmente, se discutió la adherencia de los usuarios a determinadas sedes y profesionales, especialmente en medicina especializada. Se identificó que los adultos mayores tienden a preferir la continuidad con el mismo médico y sede. En respuesta, se implementó una estrategia liderada por el referente de ginecología y obstetricia, que consiste en centralizar la consulta obstétrica en seis sedes específicas, mientras que las demás sedes se enfocan en la consulta ginecológica. Esta estrategia, enmarcada en la ruta materno-perinatal, lleva dos meses en ejecución y aún se encuentra en fase de evaluación, por lo que no se considera oportuno segmentar datos por sede en esta etapa.

Frente a la información socializada en esta visita, se puede concluir lo siguiente:

- La Subred ha mostrado mejoras sostenidas en eficiencia hospitalaria, reflejadas en el aumento de egresos, reducción de estancias y mayor giro cama.
- Las estrategias de gestión quirúrgica y briefing/debriefing han sido efectivas para optimizar procesos y reducir cancelaciones.
- La expansión de camas en San Blas responde a una necesidad crítica de capacidad instalada y mejora la seguridad del paciente.
- La gestión de estancias prolongadas y la lista de espera quirúrgica se realiza de forma estructurada y con resultados positivos.
- Las estrategias implementadas han tenido un impacto positivo en la reducción de inasistencias y mejora del rendimiento.
- La planeación anticipada de la oferta ha permitido mitigar los efectos de la baja demanda estacional.
- El Módulo Azul ha demostrado ser una herramienta eficaz para cerrar brechas en la atención, aunque requiere ajustes para mantener su efectividad.

El equipo técnico de acompañamiento a la Subred Centro Oriente desde la Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud, nos permitimos plantear las siguientes recomendaciones, basados en los resultados obtenidos:

- Mantener y fortalecer la estrategia de briefing y debriefing, asegurando su cobertura total en todas las sedes.
- Continuar con las mesas mensuales de estancias prolongadas, incluyendo seguimiento a casos de difícil egreso.
- Monitorear el impacto de la expansión de camas en San Blas, especialmente en indicadores de seguridad del paciente.
- Consolidar la gestión de la lista de espera quirúrgica, con énfasis en la priorización clínica y la eficiencia operativa.
- Evaluar el comportamiento del porcentaje ocupacional en 2025, para identificar causas de la disminución y ajustar la oferta si es necesario.
- Mantener y fortalecer las estrategias de recordación y reposición de citas.
- Continuar con el monitoreo diario de agendas para detectar y corregir ineficiencias.
- Revisar las causas de la caída en el cumplimiento del Módulo Azul en abril y ajustar los procesos.
- Evaluar la posibilidad de ampliar el uso del Módulo Azul a otras especialidades.
- Realizar capacitaciones periódicas al personal del Call Center para mejorar la asignación de citas.

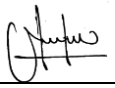
Agotado el orden del día, se da por finalizada la reunión cumpliendo con el objetivo planteado.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Envío acta de reunión para firma de los asistentes	Luis Marrugo y Margarita Martínez	25 de julio de 2025

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/	FIRMA
1	Gianna Castro	gestiondirhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co	3153869185	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DIRECCIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	
2	Carlos Alberto Martínez	apoyoambulatorio@subredcentrooriente.gov.co	3138056047	LIDER DE SEDE	
3	Maryury Díaz Céspedes	subserviciosalud@subredcentrooriente.gov.co	3209465401	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD	

4	Yanith Piragauta.	gestiondirhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co		DIRECTORA TÉCNICA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	
5	Luis Fernando Marrugo	lfmarrugo@saludcapital.gov.co	9008	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DAEPDSS-SDS	
6	Edna Margarita Martínez	EMMartinez@saludcapital.gov.co	9008	PROFESIONAL ESPECIALIZADO DAEPDSS-SDS	Edna Margarita Martínez
7					
8					
9					

ASISTENTES

.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (X) **No ( )**	No aplica

***** Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.