



Metrosalud[®]

Plan De Gestión 2012-2015

Evaluación Enero - Diciembre de 2014

Martha Cecilia Castrillón Suárez
Gerente

Medellín, Marzo del 2015



Alcaldía de Medellín



Contenido

Evaluación del Plan de Gestión 2012 – 2015 Correspondiente a la Vigencia 2014...	3
Direccionamiento y Gerencia	3
Financiera y Administrativa	9
Gestión Clínica o Asistencial	20
Resultado Matriz de Calificación Vigencia 2014.....	39



Evaluación del Plan de Gestión 2012 – 2015 Correspondiente a la Vigencia 2014

A continuación, se detalla por Área de Gestión el resultado obtenido por la ESE Metrosalud para la vigencia del 2014, explicando por cada indicador, las causas de las desviaciones por encima o por debajo, los efectos y las oportunidades de mejora.

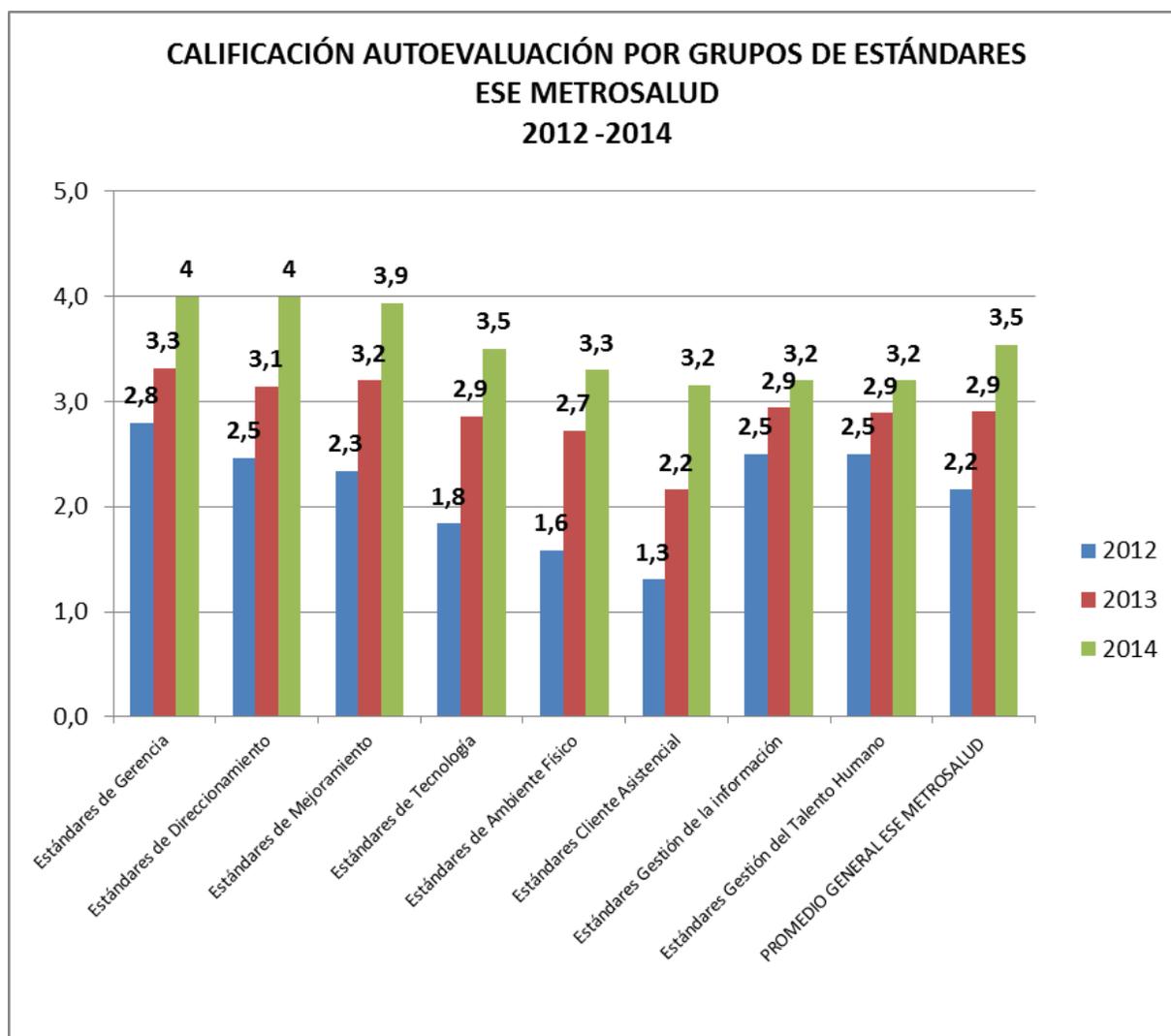
Direccionamiento y Gerencia

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
1	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la Empresa Social del Estado en los términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008 o de la norma que la sustituya (1).	≥ 1,20	1,32	1,2

Análisis del resultado del indicador.

Se evidencia un mejoramiento en los elementos y variables definidas para el enfoque, la implementación y los resultados en cada uno de los estándares establecidos en la Resolución 123 del 2012. Para el año 2012, la autoevaluación de Acreditación presentó un resultado promedio de 2.2. En el año 2013 el resultado promedio de la autoevaluación de acreditación realizada por los equipos de mejoramiento fue de 2.9 y para el año 2014 el resultado final fue de 3.5. Se evidencia **una variación positiva de 1.2 en los resultados obtenidos entre el 2013 y el 2014 y de 1.5 si se compara la última calificación en 2014 con la línea de base del 2012.**

Este mejoramiento es el resultado del compromiso del equipo directivo y de los servidores de la institución frente al cumplimiento de los objetivos institucionales así como de la articulación entre los ejes de Acreditación, el Plan de Desarrollo 2012-2020 y el Sistema Integrado de Gestión Organizacional.



Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional 2015

En la **carpeta Indicador 1**, se anexa archivo Consolidado de Autoevaluación de Acreditación 2014 e Informe de Autoevaluación de Acreditación y Efectividad en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC Vigencia – 2014.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
2	Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	≥ 0,90	0,68	0,91

Análisis del resultado del indicador.

El Plan de Acción e Intervención del PAMEC con enfoque en Acreditación, viene ejecutándose desde el 2013, cuyos avances en su ejecución han permitido el mejoramiento de los procesos y procedimientos organizacionales y en los resultados institucionales.

Después del resultado del **68%** de cumplimiento para el 2013, durante el 2014 se da continuidad a la ejecución de este Plan de Acción e Intervención, alcanzado un cumplimiento del **91%** en su ejecución, lo que contribuye claramente a la calificación de autoevaluación obtenida para esta vigencia, de 3.5 definida por los equipos de mejoramiento de la empresa.

En la **carpeta Indicador 2**, se anexa archivo Seguimiento Plan de Intervención vigencia 2014 e Informe de Autoevaluación de Acreditación y Efectividad en el Programa de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC Vigencia – 2014.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
3	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	≥ 0,90	0,909	0,9274



Análisis del resultado del indicador.

La ESE Metrosalud cuenta con el Plan de Desarrollo 2012 – 2020 **“Saludable y Comprometida con la Vida”**, aprobado mediante Acuerdo 208 del 1 de noviembre de 2012, modificado por el Acuerdo 230 del 12 de junio de 2013.

El Plan de Desarrollo 2012 – 2020, “Saludable y Comprometida con la Vida”, se construyó para ocho años, y su propósito es darle continuidad al Direccionamiento Estratégico de la entidad en el tiempo y fortalecer la Gestión Institucional, dejándole la posibilidad al nuevo Gerente, de realizar los ajustes necesarios al plan vigente, en coherencia con las nuevas Políticas de Desarrollo, de los entes territoriales del nivel Municipal, Departamental y Nacional, sin tener que iniciar de cero, pues ya se tiene una construcción sólida, vigente, que puede alinearse de manera dinámica a las nuevas directrices en materia de salud.

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: Los clientes internos, los usuarios, los entes gubernamentales y los de control.

El Gobierno Corporativo y la Ética Empresarial para la Transparencia

5 Jornadas de
Formulación y Evaluación
del Plan de Acción



Enfoque

2.156 personas en
Jornadas para Clientes
Internos y externos



Despliegue

Entrega de informes a
Entes de control en
Forma oportuna

100%

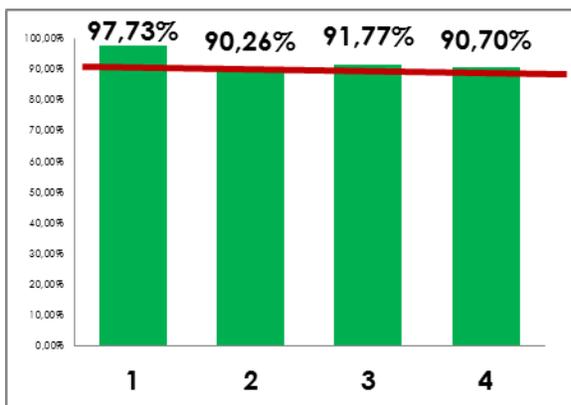
Evaluación

Para el **2012**, el cumplimiento del plan de acción fue del **82%**. Para el **2013**, el resultado fue del **90,9%** y para el **2014** del **92,74%** (93%). El dato obtenido estuvo por encima del estándar programado para el año (**≥90%**) dentro del Plan de Gestión, cumpliéndose con la meta programada para la vigencia en pro del mejoramiento de la gestión institucional. El comparativo del resultado 2014 con relación a la vigencia 2013 y 2012, tiene que ver con el avance en la "Cultura" de la evaluación del plan de acción con mediciones trimestrales, la cual se realiza de manera participativa con los jefes de las unidades administrativas y la asistencia de servidores de la red, generando una mayor apropiación por el personal en su cumplimiento, viéndose reflejado en los resultados de gestión institucional. Es importante tener presente, que las metas a cumplir en algunos indicadores es

creciente en la medida que avanzan las vigencias, lo que genera para la administración mayores compromisos y esfuerzos en la Gestión Organizacional orientada al cumplimiento de su Direccionamiento Estratégico.

Grafica Nro. 2

**Cumplimiento
Plan de Acción a
diciembre de 2014**



El seguimiento y evaluación periódica durante la vigencia, ha permitido un mejor control y eficiencia en el logro del alcance de la meta programada, dado que al hacerse en forma preventiva, durante su ejecución, se van estableciendo y ejecutando acciones de mejora que permitan su cumplimiento.

Las evidencias que dan cuenta del resultado de cada uno de los indicadores del Plan de Acción, están disponibles en la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, para su consulta.



Valor Anua

Fuente: Oficina de Planeación y Desarrollo Organizacional ESE Metsosalud 2014

La empresa cuenta con las Guías Metodológicas para la Formulación y Evaluación del Plan de Desarrollo, así como del Plan de Acción. De igual forma, se tiene

documentado los procedimientos para la Formulación y Evaluación del Plan de Desarrollo y de Acción.

En la carpeta **Indicador 3**, se anexan los archivos en Excel con el cumplimiento del Plan de Acción vigencia 2014, documento en Word con el informe de gestión 2014 y la presentación en powerpoint con el resultado de la gestión de la ESE Metrosalud para el 2014.

Financiera y Administrativa

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
4	Riesgo fiscal y financiero	ADOPTO PLAN DE SANEAMIENTO FISCAL	ADOPTO PLAN DE SANEAMIENTO FISCAL	PSFF ADOPTADO DESDE VIGENCIA 2013

Análisis del resultado del indicador.

La ESE Metrosalud fue categorizada en riesgo financiero Alto, categorización soportada en los estados financieros al cierre de la vigencia 2011, en consecuencia se presenta el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero aprobado por Acuerdo de Junta Directiva No. 235 de 20 de agosto de 2013, adoptado por la Gerencia mediante Resolución No. 1015 de Agosto 20 de 2013. Fue modificado según el Acuerdo 245 de 11 de diciembre de 2013 y Resolución 1552 de diciembre 16 de 2013. Dicho programa fue viabilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público según concepto técnico del 03 de diciembre de 2013, fundamentado en las medidas plasmadas en el PSFF. Dicha categorización se ha mantenido en las vigencias subsiguientes.

A continuación, se presentan las diferentes variables que se tienen cuenta para la categorización de riesgo por parte de Ministerio de Salud y Protección Social para las

vigencias que han sido objeto de este proceso, en ellas se puede validar los impactos positivos que se han tenido en el Índice de Riesgo, así:

Fecha de Referencia	OPERACIÓN CORRIENTE				
	Ingreso Recaudado	Cartera Corto Plazo	Total Ingreso	Gasto Comprometido	Superávit o Déficit
31/12/2011 Resol.2509	147.576	3.879	151.455	188.680	-37.225
31/12/2012 Resol.1877	171.005	9.531	180.536	181.008	-472
31/12/2013 Resol.2090	218.222	4.209	222.431	209.337	13.094
31/12/2014 Proyección	202.433	8.251	210.684	198.594	12.090

Fecha de Referencia	OPERACIÓN NO CORRIENTE			RESULTADOS				
	Cartera Largo Plazo	Pasivos Vigencias Anteriores	Superávit o Déficit	Superávit o Déficit total	Total Ingresos Operacionales	Índice de Riesgo	Calificación Según Índice de Riesgo	Calificación Según Anexos Resolución Minsalud
31/12/2011 Resol. 2509	14.949	41.441	-26.492	-63.717	166.404	-0,38	ALTO	ALTO
31/12/2012 Resol.1877	18.766	51.968	-33.202	-33.674	199.302	-0,17	MEDIO	ALTO
31/12/2013 Resol. 2090	15.552	25.757	-10.205	2.889	237.984	0,01	SIN RIESGO	ALTO
31/12/2014 Proyección	13.166	24.684	-11.518	571	223.849	0,00	SIN RIESGO	Sin expedición

(Cifras en millones de pesos). Fuente: Subgerencia Financiera y Administrativa 2014

Como puede observarse en los cuadros anteriores, se ha ido mejorando el Índice de Riesgo, los datos fueron obtenidos de las Resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin, a excepción de la vigencia 2014 donde se efectuó proyección por parte de la ESE, teniendo en cuenta las mismas variables aplicadas en la Resolución 2090 de 2013, que de no modificarse, el Índice que arrojaría sería de cero.

De lo anterior se colige que la ESE ha impactado positivamente su indicador de riesgo, hasta llegar a ubicarse en la categorización "Sin Riesgo" en el 2013, pero dado el PSFF nos han mantenido en la categoría de Riesgo Alto.

En el tema de monitoreo se ha cumplido con los parámetros y fechas de entrega de los diferentes reportes, tanto al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, como a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Se presenta en forma resumida el cumplimiento de la matriz de medidas con corte 31 de diciembre de 2013, 2014 y acumulado. De igual manera en cuadro aparte se detallan las medidas que aún no tienen cumplimiento y estaban programadas para cumplirse en las dos vigencias.

Seguimiento Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero 2013 - 2014							
Cumplimiento de Metas por Vigencia (cifras en miles de pesos)							
Acción / Proyecto	Actividad	2013		2014		Acumulado Metas	
		Valor	%	Valor	%	Valor	%
GENERACIÓN DE INGRESOS	Renegociación de la cápita con EPS-S para primer nivel de atención. Puntos adicionales por cumplimiento de metas	1.200.857	123%	2.471.476	123%	3.672.333	39%
	Arrendamiento del HICM	858.182	119%	1.959.641	113%	2.817.823	35%
	Disminución del porcentaje de glosa definitiva	67.476	9%	2.515.003	106%	2.582.479	23%
	Gestionar recursos en el Municipio de Medellín para saneamiento de pasivos (ley 1608 cuenta maestra régimen subsidiado y aportes patronales sin facturar vigencia 2012)	18.840.299	100%			18.840.299	100%
	Gestionar la garantía de acceso a los servicios de salud de la población pobre y vulnerable del Municipio de Medellín para los sitios de más difícil acceso.	4.990.332		10.000.000	99%	14.990.332	35%
TOTAL GENERACIÓN DE INGRESOS		25.957.146	120%	16.946.120	105%	42.903.267	48%
CONTROL DE COSTOS Y GASTOS	Operación del HICM por la Corporación creada para tal fin.	(1.311.923)	154%	(2.178.376)	153%	(3.490.299)	51%
TOTAL CONTENCIÓN DE COSTOS Y GASTOS		(1.311.923)	154%	(2.178.376)		(3.490.299)	20%
TOTAL RECURSOS GESTIONADOS SEGÚN PSFF		27.269.069	107%	19.124.496		46.393.566	23%
GESTIÓN DE PASIVOS	Cancelación de obligaciones con proveedores de bienes y servicios con antigüedad superior a 60 días	(7.810.988)	163%			(7.810.988)	163%
	Apalancamiento de cesantías retroactivas			(1.195.731)	40%	(1.195.731)	13%

Seguimiento Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero 2013 - 2014							
Cumplimiento de Metas por Vigencia (cifras en miles de pesos)							
Acción / Proyecto	Actividad	2013		2014		Acumulado Metas	
		Valor	%	Valor	%	Valor	%
	Saneamiento de aportes Patronales (SGP sin situación de fondos vigencia 2012)	(13.992.866)	100%			(13.992.866)	100%
TOTAL GESTIÓN DE PASIVOS		(21.803.854)	76%	(1.195.731)	3%	(22.999.585)	21%

Fuente: Subgerencia Financiera y Administrativa 2014

Como puede observarse en el cuadro anterior en lo concerniente a generación de ingresos la ESE viene cumpliendo con las metas definidas en el PSFF para las vigencias 2013 y 2014, ello implica un acumulado de la meta del 48%, porcentaje acumulado superior a lo programado en seis puntos porcentuales, dado que tenía programado una ejecución en este componente del 42%.

En lo referente al control de los Costos y Gastos la meta acumulada alcanzó el 20%, frente al 31% programado, en este componente dos de las medidas planteadas aún no inician su ejecución.

Frente a la Gestión de pasivos el cumplimiento acumulado de las metas alcanza el 21%, con referencia al 68% programado, es el componente de más baja ejecución, soportado en el monto significativo de recursos para apalancamiento del pasivo pensional, meta que depende de la firma del Contrato de Concurrencia, el cual no se ha materializado por razones ajenas a la gobernabilidad de la ESE.

Seguimiento Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero 2013 - 2014							
No Cumplimiento de Metas por Vigencia (cifras en miles de pesos)							
Acción / Proyecto	Actividad	2013		2014		Acumulado Metas	
		Valor	%	Valor	%	Valor	%
GENERACIÓN DE LIQUIDEZ	Firma del contrato de Concurrencia	3.000.000		10.000.000		13.000.000	
	Cofinanciación del pasivo pensional por los Entes Territoriales			43.953.839		43.953.839	

Seguimiento Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero 2013 - 2014							
No Cumplimiento de Metas por Vigencia (cifras en miles de pesos)							
Acción / Proyecto	Actividad	2013		2014		Acumulado Metas	
		Valor	%	Valor	%	Valor	%
	Monetización de activos			2.000.000		2.000.000	
TOTAL GENERACIÓN DE LIQUIDEZ		3.000.000		55.953.839		58.953.839	
CONTROL DE COSTOS Y GASTOS	Traslado del pago de pasivos pensionales con cargo al Patrimonio autónomo.			(2.000.000)		(2.000.000)	
	Cierre temporal Buenos Aires			(1.017.242)		(1.017.242)	
TOTAL COSTOS Y GASTOS				(3.017.242)		(3.017.242)	
GESTIÓN DE PASIVOS	Legalización recursos entregados a título de anticipo a la concurrencia	(10.000.000)				(10.000.000)	
	Apalancamiento de pasivo pensional			(43.953.839)		(43.953.839)	
TOTAL GESTIÓN DE PASIVOS		(10.000.000)		(43.953.839)		(59.988.323)	

Fuente: Subgerencia Financiera y Administrativa 2014

Dadas las implicaciones del pasivo pensional en la estructura financiera de la ESE, se definió como componente importante dentro de la matriz de medidas del PSFF la firma de Contrato de Concurrencia, para lo cual se adelantaron todos los procesos que son de competencia de la ESE, propendiendo por una mayor liquidez y apalancamiento de pasivos de mediano y/o largo plazo.

Al cierre de la vigencia 2014, aún no se había cumplido con este trámite, por lo tanto, las metas relacionadas con este proceso como son reembolso de recursos, cofinanciación del pasivo por los entes territoriales y traslado del pago de pasivos no tienen cumplimiento, lo cual explica los bajos porcentajes en algunas de las medidas propuestas y el no cumplimiento de otras, que si bien no han tenido impacto negativo en lo que va de ejecución del PSFF, deben cumplirse para poder sanear los pasivos y recuperar los recursos que la ESE ha destinado para este fin, en detrimento de algunos indicadores de gestión, además porque se están destinando recursos de la operación corriente al pago de obligaciones que son competencia de los Entes Territoriales. Tampoco se ha cumplido con la monetización de activos improductivos, pese a contar con la autorización de la

Junta directiva, dado que los interesados en los inmuebles son entidades públicas, quienes solicitan que dichos activos sean cedidos a título gratuito, esta fuente de financiación tiene dedicación exclusiva al apalancamiento de cesantías retroactivas, no obstante esta meta tiene un cumplimiento del 40% en la vigencia 2014, ello obedece a que se han destinado otro tipo de recursos al saneamiento del citado pasivo. Otra de las metas que no tiene cumplimiento es la disminución de costos y gastos por el cierre temporal de la unidad de Buenos Aires.

En la carpeta **Indicador 4**, se adjuntan los Acuerdos, las Resoluciones y el aval del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por medio del cual se aprueba y adopta el programa, al igual que se da el concepto de viabilidad por parte del Ministerio de Hacienda, sobre el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de la ESE Metrosalud.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
5	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida	≤ 0,90	0,87	0,95

Análisis del resultado del indicador

No se logra el estándar por la disminución de la producción medida en unidades de valor relativo de 351.260,84 UVR con respecto a la vigencia 2013, aunque los gastos de funcionamiento, de operación y prestación de servicios disminuyeron en \$ 14.805 millones comparados con la vigencia 2013 a pesos constantes de la vigencia objeto del análisis. Medido en porcentaje se tuvo una disminución del 2.47% en la producción, mientras que en el gasto la disminución fue del 6.94%.

Si se analiza la evolución del gasto sobre la UVR, también se mejoró al pasar de 14.993,22 en 2013 a 14.306,12 en 2014, no obstante no se logra llegar a la meta, es decir ≤ 0,90, aunque se está cerca con el 0.95. Lo anterior implica que la producción

tiene gran peso en la ponderación del indicador, por ello se hace necesario aunar esfuerzos en torno al cumplimiento de metas de producción definidas.

De otro lado es importante analizar la forma como se define la medición de este indicador, ello implica que cada año la relación entre la evolución del gasto sobre la UVR debe ser inferior al 90% de la del año inmediatamente anterior, lo cual no siempre es viable porque implica producir más con menos costos y gastos, cada vigencia.

En la carpeta **Indicador 5**, se adjunta la ficha técnica del SIHO, para los años 2013 – 2014 objeto de análisis, al igual que se detalla la forma de cálculo del indicador en la respectiva ficha técnica.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos	≥0,70	0,83	0,72

Análisis del resultado del indicador.

Para la vigencia 2014 se contrató de forma directa con la Cooperativa de Hospitales de Antioquia COHAN el (37%) de los medicamentos y material médico quirúrgico, lo que equivale a cuatro mil ochenta y tres millones setecientos noventa y dos mil novecientos ochenta y siete pesos (\$4.083.792.987), representando un ahorro para la ESE Metrosalud toda vez que los valores contratados no superaron los precios históricos de la vigencia 2013.

Para el 37% restante de la compra de medicamentos y material médico quirúrgico equivalente a CUATRO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y UN MILLONES QUINIENTOS

NOVENTA MIL PESOS (\$4.591.590.000) para la vigencia 2014, se mantuvieron las condiciones de la subasta inversa donde los proveedores sostienen los precios del año 2013, lo que fue beneficioso para la ESE Metrosalud, toda vez que se dispondría rápidamente y sin riesgo de desabastecimiento de los insumos y se obtuvo un ahorro generado con respecto al IPC, ya que no hubo este incremento en el costo de los insumos.

En la carpeta **Indicador 6**, se anexa documento del indicador firmado por el revisor fiscal de la ESE Metrosalud.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
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.	Cero (0) o variación negativa	REGISTRA DEUDA CERO (0)	REGISTRA DEUDA CERO (0)

Análisis del resultado del indicador.

Se cumple con la meta programada, se cierra la vigencia 2014 sin deuda por concepto de salarios al personal de planta y por concepto de prestación de servicios no se tiene deuda superior a 30 días.

En la carpeta **Indicador 7**, se adjunta el detalle de cuentas por pagar con su vencimiento correspondiente a las vigencias 2013 y 2014, al igual que la certificación de la misma expedida por el Revisor Fiscal.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
8	Utilización de información de registro individual de prestaciones / RIPS	4	4	4

Análisis del resultado del indicador.

La Gerente de la ESE Metrosalud presentó a la Junta Directiva **4** informes sobre el Análisis de la Producción de Servicios de la ESE METROSALUD, información extraída del Registro Individual de Prestaciones RIPS, vigencia 2014 y la cual es evaluada de manera trimestral en los seguimientos al Plan de Acción:

- ✓ **Acta 189 del 12 de febrero de 2014.** La Gerencia presenta informe de gestión que incluye el análisis de Producción de Servicios 2013.
- ✓ **Acta 192 del 28 de mayo de 2014.** La Gerencia de Metrosalud presenta el informe de gestión con los resultados de la producción de servicios, para el primer trimestre de 2014.
- ✓ **Acta 194 del 16 de septiembre de 2014.** La Gerencia presenta informe de gestión que incluye el análisis de producción de servicios de salud a junio de 2014. Sobre este informe, el Doctor Carlos González Trujillo, representante del Gremio de la Producción, realizó unas preguntas inherentes a la producción, las cuales fueron resueltas por escrito. Se anexa correo con la evidencia.

Acta 199 del 18 de diciembre de 2014. La Gerencia presenta informe de gestión que incluye análisis de producción de servicios a septiembre de 2014.

En la carpeta **Indicador 8**, se anexan las 4 actas de la Junta Directiva relacionadas con el indicador, el informe de gestión de la ESE Metrosalud para la vigencia 2014 que incluye el análisis de producción de servicios, así un correo con la respuestas a las preguntas realizadas por el Doctor Carlos González Trujillo, en relación con el informe de producción de servicios presentado a junio de 2014.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	≥1,0	1,10	1,02

Análisis del resultado del indicador.

Si bien no aplica la norma de elaborar Plan Anualizado de Caja, se ha venido monitoreando la ejecución de gastos, coherente con el recaudo a fin de no comprometer gastos que nos lleven a déficit de tesorería, ello nos ha permitido alcanzar la meta del equilibrio presupuestal con recaudo en las vigencias 2013 y 2014.

En la carpeta **Indicador 9**, se anexa la ficha técnica del SIHO y las ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos correspondiente a la vigencia 2014, al igual que el cálculo del indicador.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
10	Oportunidad de 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.	SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA

Análisis del resultado del indicador.

La ESE Metrosalud en virtud de la Circular 047 de 2007, realizó el reporte de la información inherente a indicadores del Sistema Obligatorio de garantía y al mantenimiento hospitalario, correspondientes al primer y segundo semestre del año

2014, de manera oportuna, el primer semestre lo rindió el 29 de julio de 2014 y el segundo semestre el día 17 de febrero del 2015.

La fecha límite según la norma está estipulada así: Primer semestre de 2014, el plazo vencía el 31 de julio de 2014, el segundo semestre de 2014, el plazo venció el 25 de febrero de 2015. De acuerdo con lo anterior, se da cumplimiento a la meta programada en la vigencia.

En la carpeta **Indicador Nro. 10**, se adjuntan las evidencias de los resultados de los indicadores de la ESE Metrosalud para el primer y segundo semestre de 2014, según la Circular Única 047 de 2007; así mismo, las evidencias de que si se presentó la información por parte de Nuestra Entidad y que fue realizada en forma oportuna.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituye.	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193

Análisis del resultado del indicador.

La ESE Metrosalud en virtud del Decreto 2193 de 2004, realizó la entrega oportuna de los informes correspondientes al primero, segundo, tercero y cuarto trimestre de 2014, así como también el primero y segundo semestre de 2014 (Calidad). La información fue reportada en las condiciones establecidas en los Artículos 2 y 5 del Decreto 2193 de 2004.

Para evidenciar dicho resultado, se anexa en la carpeta **Indicador 11**, el certificado emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual determina que la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, remitió los informes

correspondientes al primero, segundo, tercero y cuarto trimestre de 2014, así como también el primero y segundo semestre de 2014 (calidad) de la ESE Metrosalud del Municipio de Medellín – Antioquia.

Gestión Clínica o Asistencial

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
12	Evaluación de aplicación de las guías de manejo específicas: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	≥0,80	0,80	0,8125

Análisis del resultado del indicador.

Las hemorragias del III trimestre y los trastornos hipertensivos en la gestación son condiciones médicas críticas que pueden poner en riesgo la seguridad del binomio madre-hijo, por lo cual su atención segura y pertinente es una prioridad para la ESE Metrosalud, cuyo foco de seguridad del paciente es la maternidad. Por esta razón los resultados de este indicador son de importancia capital, no solo en términos del Plan de Gestión, sino del desempeño de las estrategias de implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la Institución. Si bien la meta para este indicador en el Plan de Gestión es de 80%, se está trabajando en la estandarización de la aplicación de las guías de manejo de estas dos condiciones con el fin de que se logren proporciones de adherencia cercanas al 100%.

La implementación de la Historia Clínica Electrónica en los servicios de urgencias, hospitalización y partos durante 2015 supone un instrumento importante de estandarización al contener campos de diligenciamientos obligatorios, que están intencionados hacia la detección oportuna de factores de riesgo, signos y/o síntomas de aparición de estas condiciones patológicas. Adicionalmente la verificación de la aplicación de estas guías durante varios momentos del año desde el grupo de

evaluación concurrente de la Dirección de Gestión Clínica y Promoción y Prevención facilita la detección de brechas que pueden ser intervenidas de manera más eficiente y oportuna, así como la devolución de los resultados de estas evaluaciones a los equipos de trabajo asistenciales con el fin de mejorar su desempeño a partir de la identificación objetiva de los fallos.

En la carpeta **Indicador 12**, se anexan los instrumentos de evaluación de aplicación de las guías: Hemorragias III Trimestre 2014 y THAE - Trastorno hipertensivo asociado al embarazo 2014, así como el acta del comité de historias clínicas.

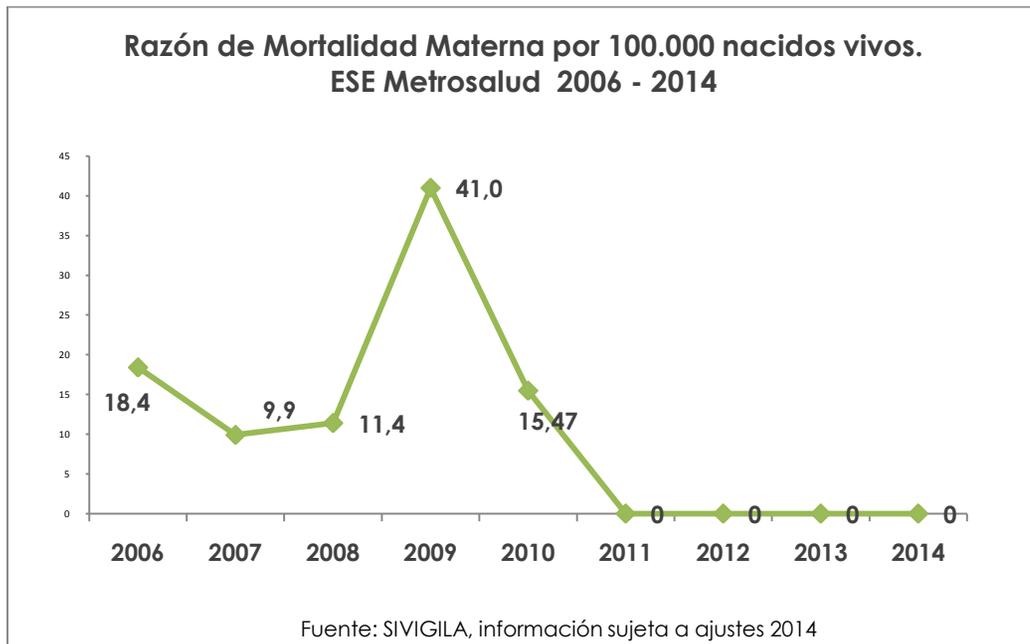
Nº	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida (Atención del Parto)	≥ 0,80	0,58	0,6406

Análisis del resultado del indicador.

En la ESE Metrosalud la primera causa de egreso hospitalario es la atención del parto. Durante el proceso de atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato es necesario garantizar las acciones necesarias y suficientes para que este proceso se desarrolle de forma totalmente humanizante y segura, con acciones centradas en la calidad, la seguridad, la calidez, la eficiencia, la integralidad y que contemple como centro de atención al binomio madre – hijo.

Por esta razón la ESE Metrosalud viene trabajando desde diferentes perspectivas con el fin de garantizar estos atributos en la atención de las gestantes en proceso de trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Entre ellas se encuentra la decisión estratégica de concentrar la atención integral a la gestante en trabajo de parto, parto y posparto inmediato en dos Unidades Hospitalarias (Manrique y San Javier), que cuentan con las condiciones locativas, técnicas y humanas necesarias para cumplir con estos requisitos. Se viene trabajando en la estandarización de guías que

contemplan acciones a realizar en cada nivel de atención acordes con la normatividad y el contexto y en la implementación de listas de chequeo para la atención y el autocontrol en el proceso de atención del parto en baja y mediana complejidad. Estas acciones han permitido que la ESE Metrosalud pueda reportar los siguientes indicadores de impacto en relación con la atención integral de sus gestantes:



Sin embargo, existen brechas a nivel del proceso y de la estandarización de barreras de seguridad en la atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato, que se evidencian en la evaluación de adherencia a la guía de atención del parto y que requieren de acciones de mejora consecuentes. El hallazgo que determina el incumplimiento en la meta del indicador de Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida (Atención del Parto), es la falta de consistencia en el diligenciamiento del partograma. El partograma es una estrategia avalada por la OPS consistente en la representación gráfica del avance adecuado del trabajo de parto en términos de la dilatación del cuello uterino y del descenso de la presentación del feto en el canal



del parto. El diligenciamiento de esta gráfica y de sus variables permite la comparación del proceso de trabajo de parto de la usuaria con un estándar construido con base en la evaluación de una cantidad estadísticamente significativa de mujeres en trabajo de parto cuyo desenlace final fue exitoso. En este sentido, el partograma es una herramienta de gran ayuda que permite detectar oportunamente desviaciones en el proceso de trabajo de parto de las pacientes, con el fin de generar las intervenciones respectivas que garanticen la atención segura del binomio madre – hijo. La no intervención de estos hallazgos puede incidir directamente en la seguridad del binomio madre – hijo.

Es por esta razón que para 2015 en la ESE Metrosalud se plantean varias acciones de mejora encaminadas a la estandarización del diligenciamiento del partograma tanto en la baja como en la mediana complejidad. Entre ellas se encuentra la implementación de la Historia Clínica Electrónica en los servicios de urgencias, hospitalización y partos y uno de sus componentes es el partograma, cuyo diligenciamiento será obligatorio. Esta intervención permitirá que esta barrera de seguridad en la atención de la gestante en trabajo de parto y parto se estandarice y pueda monitorearse de manera remota por parte de los líderes de las diferentes disciplinas que se encuentran centralizados en la empresa.

Es así como la implementación de la Historia Clínica Electrónica en los servicios de urgencias, hospitalización y partos durante 2015 supone nuevamente un instrumento importante de estandarización al contener campos de diligenciamiento obligatorios, que están intencionados hacia la detección oportuna de factores de riesgo, signos y/o síntomas de desviación del proceso normal de parto. Adicionalmente la verificación de la aplicación de esta guía durante varios momentos del año desde el grupo de evaluación concurrente de la Dirección de Gestión Clínica y Promoción y Prevención facilita la detección de brechas que pueden ser intervenidas de manera más eficiente y oportuna, así como la devolución de los resultados de estas

evaluaciones a los equipos de trabajo asistenciales con el fin de mejorar su desempeño a partir de la identificación objetiva de los fallos.

En la carpeta **Indicador 13**, se anexa el instrumento de evaluación de aplicación de la guía Atención del Parto 2014, así como el acta del comité de historias clínicas.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	≥ 90	NLB	0,9815

Análisis del resultado del indicador.

La oportunidad en la realización de apendicetomía se mide en tiempo desde la confirmación del diagnóstico de apendicitis por parte del médico (general o especialista) hasta la realización del procedimiento quirúrgico de apendicetomía, la cual no debe sobrepasar las seis horas. De los 108 pacientes a los que se les realizó apendicetomía en la ESE Metrosalud durante 2014, a 106 se les confirmó el diagnóstico en las seis horas previas.

A pesar del positivo resultado de este indicador, la ESE Metrosalud se propone para 2015 mejorar la oportunidad y pertinencia médica en la confirmación del diagnóstico de apendicitis, proceso en el cual aún se evidencian brechas importantes. Para este propósito se desarrollarán acciones relacionadas con el mejoramiento de las competencias técnicas del equipo médico en el abordaje clínico del dolor abdominal agudo y las estrategias de monitoreo por parte del personal administrativo determinado para tal fin.

En la carpeta **Indicador 14**, se anexa el instrumento de evaluación de la oportunidad en la realización de apendicetomía 2014, así como el informe del Subgerente de Red de Servicios de la ESE Metrosalud sobre la Evaluación de la Adherencia a las Guías de Manejo definidas en la Resolución 743 de 2013 Plan de Gestión ESE Metrosalud 2014.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Cero (0) o variación negativa.	NO SE PRESENTAN EVENTOS	NO SE PRESENTAN EVENTOS

Análisis del resultado del indicador.

El resultado de este indicador obedece a las estrategias implementadas en la ESE Metrosalud en relación con las barreras de seguridad para evitar las infecciones asociadas a la atención en salud como la estrategia de higienización de manos, el aislamiento de pacientes potencialmente susceptibles de transmitir infecciones, la implementación de la estrategia AIEPI no sólo en lo ambulatorio, sino también en el ámbito hospitalario y el sistema de referencia de pacientes con potenciales o reales complicaciones o situaciones clínicas que requieren manejo en instituciones de mediana y alta complejidad en el cuidado pediátrico. La medición de este indicador se obtiene del reporte de eventos adversos y de la Búsqueda Activa Institucional BAI que se realiza desde los grupos de vigilancia epidemiológica de las UPSS.

En la carpeta **Indicador 15**, se anexa evidencia del seguimiento al indicador Neumonía broncoaspirativa desde el aplicativo Alphasig, así como el acta del comité de calidad y seguridad.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	≥ 90	NLB	0,378

Análisis del resultado del indicador.

Aunque para este indicador no existe línea de base previa, el resultado es bajo en términos de la meta. En la ESE Metrosalud no se cuenta con servicios de alta complejidad para el manejo específico de pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio IAM, por lo cual se construyó un instrumento de evaluación que pudiera dar cuenta del manejo inicial que se brinda a los usuarios que tienen este diagnóstico. Lo que se evalúa en este indicador entonces, es la oportunidad en la instauración de la terapia básica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico.

De acuerdo con este resultado, se proponen acciones de mejora con el fin de optimizar la oportunidad en la instauración de esta terapia básica, como la aparición de alertas automáticas en la Historia Clínica Electrónica al emitir el diagnóstico de IAM por parte del equipo médico, recordando que dentro de la primera hora debe instaurarse la terapia de antiagregación plaquetaria y de betabloqueo cardíaco con el fin de mejorar el pronóstico cardiovascular de los pacientes y que no se presenten complicaciones y secuelas cardiovasculares.

Adicionalmente se desarrollarán actividades de capacitación y entrenamiento con los equipos médicos de los servicios de urgencias en la guía de manejo de IAM, incluyendo la reinducción en la interpretación de electrocardiogramas, lo cual debe traducirse en una mejora en la capacidad resolutoria de nuestros médicos.

En la carpeta **Indicador 16**, se anexa evidencia de la evaluación de la Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso del Infarto Agudo del Miocardio 2014 (IAM), así como el acta del comité de calidad y seguridad.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	≥ 0,90	1	1

Análisis del resultado del indicador.

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.

En la carpeta **Indicador 17**, se anexa evidencia de la medición del análisis de la mortalidad intrahospitalaria desde el aplicativo Alphasig, como el acta del comité de calidad y seguridad.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
18	Oportunidad en la atención en consulta de pediatría.	≤ 5	1,47	2,3

Análisis del resultado del indicador.

La gestión de las agendas de especialistas en pediatría ha permitido el logro de este indicador en la ESE Metrosalud en los últimos años. Sin embargo debe fortalecerse la continuidad en las relaciones contractuales con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, ya que en algunos meses del año 2014 (especialmente en el último trimestre), el flujo de autorizaciones para este servicio de mediana complejidad por parte de Savia Salud se vio interrumpido de manera abrupta y solo pudo restablecerse parcialmente en 2015, implicando esperas innecesarias para los usuarios de este servicio.

En la carpeta **Indicador 18**, se anexa evidencia de seguimiento del indicador desde el aplicativo Alphasig, así como evidencia del reporte a la Superintendencia Nacional de Salud.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
19	Oportunidad en la atención en consulta de Ginecobstetricia	≤ 8	5,73	6,2

Análisis del resultado del indicador.

La gestión de las agendas de especialistas en ginecobstetricia ha permitido el logro de este indicador en la ESE Metrosalud en los últimos años. Sin embargo debe fortalecerse la continuidad en las relaciones contractuales con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, ya que en algunos meses del año 2014 (especialmente en el último trimestre), el flujo de autorizaciones para este servicio de mediana complejidad (puntualmente de ginecología) por parte de Savia Salud se vio interrumpido de manera abrupta y solo pudo restablecerse parcialmente en 2015, implicando esperas innecesarias para los usuarios de este servicio.

En la carpeta **Indicador 19**, se anexa evidencia de seguimiento del indicador desde el aplicativo Alphasig, así como evidencia del reporte a la Superintendencia Nacional de Salud.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
20	Oportunidad en la atención de Medicina Interna	≤ 15	2,12	2,9

Análisis del resultado del indicador.

La gestión de las agendas de especialistas en medicina interna ha permitido el logro de este indicador en la ESE Metrosalud en los últimos años. Sin embargo debe fortalecerse la continuidad en las relaciones contractuales con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, ya que en algunos meses del año 2014 (especialmente en el último trimestre), el flujo de autorizaciones para este servicio de mediana complejidad por parte de Savia Salud se vio interrumpido de manera abrupta y solo pudo restablecerse parcialmente en 2015, implicando esperas innecesarias para los usuarios de este servicio.

En la carpeta **Indicador 20**, se anexa evidencia de seguimiento del indicador desde el aplicativo Alphasig, así como evidencia del reporte a la Superintendencia Nacional de Salud.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	≥ 0,85	0,57	0,4508

Análisis del resultado del indicador.

La ESE Metrosalud como principal red de servicios de la ciudad, así como instrumento de la administración municipal para la implementación de las políticas públicas de salud, está comprometida plenamente con las estrategias que buscan garantizar una maternidad segura, así como una atención eficiente, humanizada, sin barreras y con calidad del binomio madre – hijo.

Para ello la ESE cuenta con una red constituida por 52 puntos de atención ubicados de forma estratégica en toda la ciudad buscando facilitar y garantizar el acceso a la población más vulnerable y vulnerada. En todos ellos se ofrece el programa de Detección temprana de alteraciones del embarazo, con personal motivado y calificado para ello, contando con médico y enfermera que son los encargados de desarrollar las actividades del programa. Se dispone de un promedio de 1.255 horas /médico /semana en la red para atender estas actividades.

La captación de las pacientes para el programa de Detección temprana de alteraciones del embarazo se hace por varias vías:

- **Inducción de demanda a nivel Intramural.** toda mujer en edad fértil que asiste a cualquiera de los servicios de salud por algún motivo diferente a sospecha o atención del embarazo se indaga sobre la posibilidad de estar embarazada y en caso de existir sospecha o estar confirmado un embarazo, se realiza inducción de demanda para realizar la PIE o al programa de Control Prenatal.
- **Inducción de demanda a nivel Extramural.** actualmente la ESE es el principal operador de proyectos de salud pública y relacionados del Municipio (proyectos de las Secretarías de Salud, de Educación y de familia e incluso social); estos proyectos desarrollan actividades a nivel extramural en los ámbitos domiciliario, escolar y comunitario y dentro del proceso de inducción y estandarización que se lleva a cabo con el recurso humano es universal la sensibilización, capacitación y motivación para

la identificación y orientación a los servicios de salud de las mujeres posiblemente embarazadas o que ya tienen la certeza de ello.

- **Atención a libre demanda de las mujeres con sospecha de estar embarazadas o que ya tienen identificado un embarazo**, para lo cual está establecido que las mujeres con sospecha de embarazo se les ordena la PIE sin necesidad de solicitar consulta médica y una vez se identifica una PIE positiva se realiza el proceso de captación con elaboración de ordenes de laboratorio y el ingreso medico una vez tiene estos resultados para poder valorar el riesgo de forma integral; igualmente si es un embarazo ya identificado, se asigna de forma inmediata la cita médica para ingreso.
- **Captación prioritaria a las mujeres con resultados de PIE positiva realizada en la ESE.** una vez se tiene el reporte del resultado la paciente es captada por el personal de enfermería y se le asigna la cita de forma prioritaria para el proceso de captación e ingreso al programa de Control prenatal.

De otro lado es importante considerar que existen factores diversos que afectan la posibilidad de que una mujer ingrese de forma temprana al programa, estos son identificados por los profesionales al momento del ingreso y dentro de los que se tienen identificados en la empresa se pueden resaltar:

- Desconocimiento del estado de embarazo.
- Decisión de la paciente: no ha contado en su casa, no quiere que sepan aún, problemas familiares por embarazo no planeado, desean no empezar tan "rápido", lo consideran innecesario, no quiere iniciar controles, "Descuido".
- Embarazo no deseado.
- El compañero no se lo permitía.
- Problemas con el aseguramiento y desconocimiento de sus derechos por lo cual retrasa la consulta: tenía contributivo, cumple los 18 años y pierde derechos, entre otros.
- Movilidad dentro del departamento: por ser Medellín ciudad capital y con buen acceso y calidad en la atención muchos profesionales de los municipios

incentivan a las mujeres para que vengan a la ciudad para la atención del parto, ingresando como un control nuevo tardío. Otras por factores de seguridad se radican en Medellín en estado gestacional.

- Barreras invisibles o vivir en zonas de conflicto que dificulta su desplazamiento a los puntos de atención.
- Limitantes geográficas, por movilidad muchas gestantes de zonas rurales ingresan tardíamente.
- Falta de tiempo, No le dan permiso en la casa de familia donde trabaja.
- Dificultades económicas, en el hogar o personales.
- Temor a los médicos.
- Algunas gestantes tienen la percepción que solo deben acudir a una atención poco antes del parto, o solo al parto.
- Limitantes sociales y culturales muchas de ellas quieren atención por partera.

Si se analizan estas causas, en su mayoría son ajenas a la red y adicionalmente para impactarlas se requiere del concurso de diferentes sectores y actores para desarrollar acciones que garanticen su abordaje integral, para lo cual el papel que vienen cumpliendo tanto la Secretaria de Salud de Medellín como la Secretaria de Salud y Protección Social de Antioquia es fundamental como entes responsables no solamente de ejercer control sino también de garantizar el desarrollo de las acciones de salud pública que impacten en las problemáticas que afectan de forma importante la salud de las poblaciones, para convocar, concertar, movilizar recursos y acompañar el proceso y se esperaría que a mediano y largo plazo estas acciones se materialicen en el impacto positivo en indicadores como este.

Si bien en casos aislados aparece como factor condicionante la dificultad para acceder al servicio (dificultad para conseguir la cita), estos casos son intervenidos en la empresa a través de los procesos de acompañamiento a la red y el fortalecimiento de las políticas de maternidad sin barreras.



Es importante resaltar que en la empresa es clara y efectiva la política de Maternidad sin Barreras, gracias a la cual cualquier gestante, independiente de su aseguramiento se le realiza todo el proceso de ingreso al programa de control prenatal y adicionalmente se ha venido estableciendo en la red procesos de orientación y acompañamiento a las gestantes que ingresan al programa y que presentan dificultades con su afiliación al sistema para buscar garantizar la continuidad en su atención, por lo cual ésta no se constituye en una limitante.

Es necesario llamar la atención sobre este último punto, dado que por cuenta de esta política de empresa, se tiene a la fecha una cartera de muy difícil recaudo dado que muchos de los pagadores (EPS del Contributivo, EPS del Subsidiado de otros departamentos, Municipios para el caso de mujeres pobres no aseguradas del departamento y de otros departamentos, especialmente Choco y Córdoba que es de donde con mayor frecuencia asisten a nuestros servicios); dicha cartera genera alto desgaste administrativo, así como costos adicionales e inversión de recurso humano para ello y finalmente poco éxito en el recaudo (situación avalada por el sistema, soportado en el hecho que son actividades ambulatorias no urgentes) pero la empresa ha tenido como política clara No negar la atención a ninguna gestante a pesar de ser consciente de esa barrera generada por el sistema.

Finalmente, es claro que si bien la ESE Metrosalud no ha logrado cumplir con la meta planteada para el ingreso temprano de las gestantes, ha venido trabajando desde diferentes frentes para mejorar este indicador, está comprometida plenamente desde el Plan de Desarrollo y a través de políticas institucionales orientadas a ello; además tiene dispuesta en la red, oferta adecuada para dar respuesta a las necesidades de la población usuaria con oportunidad, calidad y efectividad; pero no se puede desconocer que existen determinantes sociales ajenos a la red y adicionalmente no intervenibles desde el prestador pero que afectan la posibilidad de que algunas mujeres gestantes puedan ser captadas e ingresadas precozmente al programa para la detección precoz de alteraciones del embarazo.

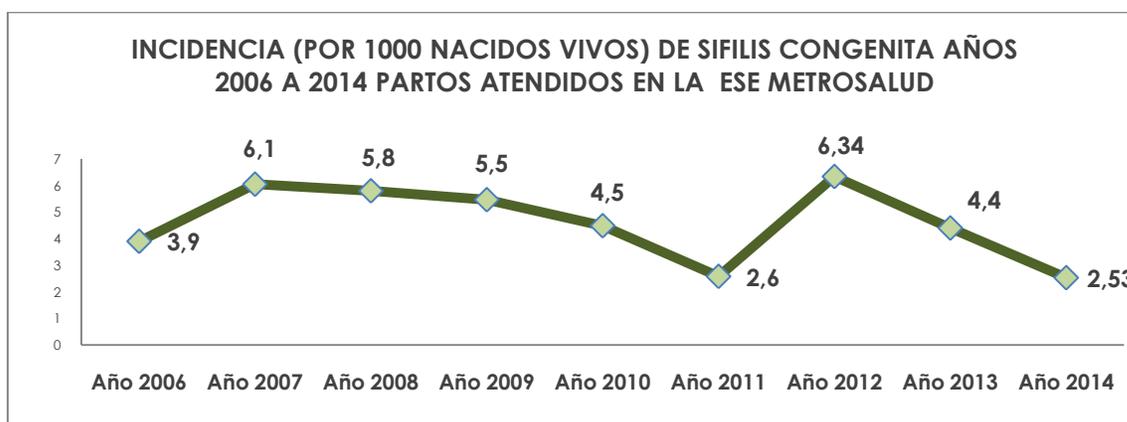
La fuente de este indicador es el programa SAFIX, donde se registra al momento del ingreso al control prenatal, la edad gestacional de la usuaria en semanas, que para 2014 correspondió al 45.08% de las gestantes antes de la semana 12. Se anexa acta del Comité de Historias Clínicas.

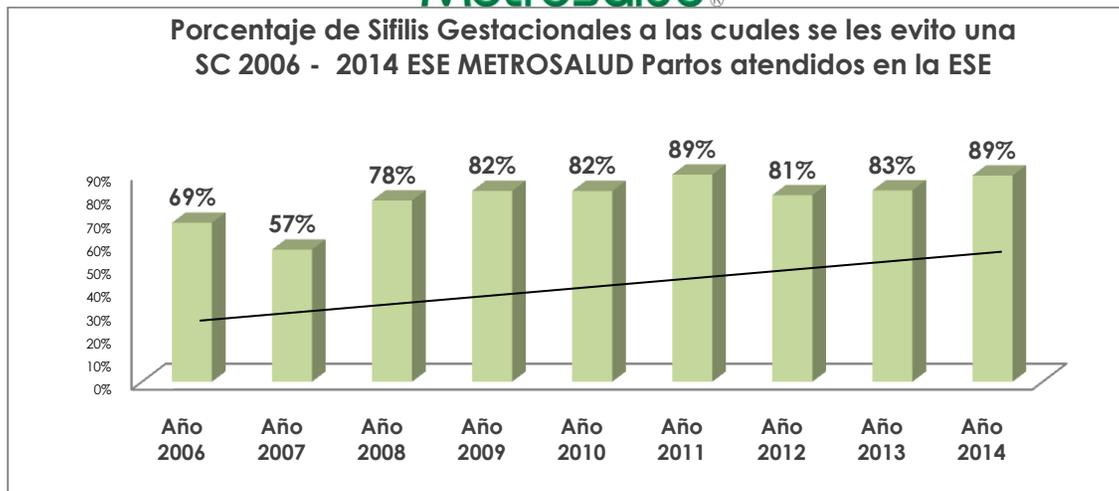
En la carpeta **Indicador 21**, se anexa acta del comité de historias clínicas.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	NO PRESENTO CASOS SIFILIS CONGENITA	SI PRESENTO CASOS SIFILIS CONGENITA	SI PRESENTO CASOS SIFILIS CONGENITA

Análisis del resultado del indicador.

Si bien aún no se logra la meta de este indicador, es de resaltar la tendencia a la baja en su resultado en los últimos años, lo que evidencia la gestión realizada en la institución, que parte del establecimiento del foco de seguridad del paciente en la maternidad segura y en la política de maternidad sin barreras.





Adicionalmente, la ESE Metrosalud ha venido trabajando de la mano de la SSM para el fortalecimiento de las competencias de su equipo médico en el manejo integral de las gestantes con sífilis gestacional y en el análisis de todos los casos de sífilis congénita, lo que le ha permitido identificar las oportunidades de mejora e intervenirlas de manera oportuna y continua a lo largo de los últimos años.

Para 2015 se espera continuar con esta tendencia, sin olvidar que la sífilis gestacional, como el ingreso temprano a control prenatal, son situaciones que obedecen a múltiples determinantes sociales de la salud que no son del resorte exclusivo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, en este caso la ESE Metrosalud.

En la carpeta **Indicador 22**, se anexa evidencia de seguimiento del indicador, así como concepto del COVE donde certifica el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis congénita diagnosticado.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
23	Evaluación de aplicación de guía de manejo, específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	≥ 0,90	0,22	0,5104

Análisis del resultado del indicador.

La ESE Metrosalud ha venido trabajando en los últimos años en el fortalecimiento de su programa de HTA – DM, con la consolidación del equipo médico que lidera el programa en cada punto de atención y la capacitación y entrenamiento de este en las guías de manejo relacionadas. Sin embargo aún se evidencia una brecha importante en la adherencia a la guía, específicamente relacionada con la remisión de los pacientes a las diferentes especialidades, de acuerdo con sus comorbilidades y su riesgo cardiovascular global.

Esto obedece en parte a la poca confianza en la respuesta oportuna de parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio hacia las necesidades de referencia generadas desde la baja complejidad, ya que históricamente ha sido muy baja y la referencia a un mayor nivel de complejidad genera expectativas en los usuarios, cuya insatisfacción se manifiesta directamente con el equipo médico de los puntos de atención de la ESE Metrosalud. Situación que de no resolverse puede generar acciones inseguras en la atención de estos pacientes.

La propuesta entonces, es fortalecer la relación contractual con Savia Salud, que le permita a la ESE, dar respuesta al menos a la necesidad de atención de las especialidades con las que cuenta la institución para recuperar la confianza tanto del equipo médico como de los usuarios.

En la carpeta **Indicador 23**, se anexa instrumento de evaluación de la aplicación de la guía de enfermedad hipertensiva (HTA-DM2) 2014y acta del Comité de Historias Clínicas.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	≥ 0,80	0,80	0,8004

Análisis del resultado del indicador.

El resultado de este indicador es satisfactorio en términos de la meta del Plan de Gestión. Sin embargo, la ESE Metrosalud se ha propuesto el reto de llevar al máximo nivel de desarrollo, las estrategias de atención para los niños y niñas objetivo de sus acciones. Es por esto que para 2015 se pretende fortalecer las competencias técnicas del equipo que atiende a este grupo poblacional de la mano de las estrategias “De cero a siempre”, AIEPI, IAMI y del Programa de Crecimiento y Desarrollo en compañía de la SSM, en lo que tiene que ver con capacitación y entrenamiento.

En la carpeta **Indicador 24**, se anexa la evaluación de la aplicación de la guía de crecimiento y desarrollo 2014, así como el acta del Comité de Historias Clínicas.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
25	Reingreso por el servicio de urgencias	≤ 0,03	0,012	0,0092

Análisis del resultado del indicador.

El buen resultado de este indicador tiene que ver con el trabajo continuo que viene realizando la ESE Metrosalud en desarrollo de su política de seguridad del paciente. Esto ha permitido que el equipo médico fortalezca cada vez más su capacidad resolutoria, evitando que los usuarios reingresen en las siguientes 72 horas a los servicios de urgencias por la misma causa. Asimismo, se tiene implementada la estrategia de

reportar en el aplicativo de eventos adversos institucional todos los reingresos que se presenten en el servicio de urgencias, con su consecuente análisis, cuando la clasificación del reporte lo requiere, lo cual favorece el análisis causal y las acciones de intervención en pro del aprendizaje organizacional.

En la carpeta **Indicador 25**, se anexa evidencia de seguimiento en el aplicativo Alphasig y acta del Comité de Calidad y Seguridad.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2013	Meta Ejecutada 2014
26	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	≤ 3	2,48	2,5

Análisis del resultado del indicador.

La gestión de las agendas de medicina general ha permitido el logro de este indicador en la ESE Metrosalud en los últimos años. Sin embargo, es necesario fortalecer las herramientas para la captación de datos que alimenten el indicador de demanda insatisfecha de este servicio, ya que la inexistencia en la institución de un call center hace que existan subregistros importantes en este sentido.

En la carpeta **Indicador 26**, se anexa evidencia de seguimiento en el aplicativo Alphasig y evidencia de presentación del indicador a la Superintendencia Nacional de Salud.

Resultado Matriz de Calificación Vigencia 2014

Área de Gestión	No.	Indicador	Estándar	Línea de Base (Diciembre de 2013)	Resultado del periodo evaluado (Diciembre 2014)	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	d		i	j	k	l	m=k*l
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	≥ 1,20	1,32	1,2	5	0,05	0,25
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud (PAMEC)	1	0,680	0,910	5	0,05	0,25
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥ 0,90	0,909	0,927	5	0,10	0,50
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	ADOPTO PLAN DE SANEAMIENTO FISCAL	ADOPTÓ PLAN DE SANEAMIENTO FISCAL	ADOPTÓ PLAN DE SANEAMIENTO FISCAL	5	0,05	0,25
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	≤ 0,90	0,87	0,95	3	0,05	0,15
	6	Proporción de medicamentos y material medico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos	≥ 0,70	0,83	0,72	5	0,05	0,25
	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	Cero (0) o variación negativa	REGISTRA DEUDA CERO (0)	REGISTRA DEUDA CERO (0)	5	0,05	0,25
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS	4	4	4	5	0,05	0,25

Área de Gestión	No.	Indicador	Estándar	Línea de Base (Diciembre de 2013)	Resultado del periodo evaluado (Diciembre 2014)	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	d		i	j	k	l	m=k*l
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1,0	1,10	1,02	5	0,05	0,25
	10	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.	SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA	5	0,05	0,25
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193	5	0,05	0,25
Gestión Clínica o asistencial 40%	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	≥ 0,80	0,800	0,813	5	0,04	0,18
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥ 0,80	0,580	0,641	3	0,03	0,08
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	≥ 0,90	NLB	0,9815	5	0,03	0,13
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) o variación negativa.	NO SE PRESENTAN EVENTOS	NO SE PRESENTAN EVENTOS	5	0,03	0,13
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso del infarto Agudo del miocardio (AM)	≥ 0,90	NLB	0,378	0	0,03	0,00
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	≥ 0,90	1,00	1,00	5	0,03	0,13
	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	≤ 5	1,47	2,3	5	0,015	0,08
	19	Oportunidad en la atención gineco-obstetrica	≤ 8	5,73	6,2	5	0,015	0,08

Área de Gestión	No.	Indicador	Estándar	Línea de Base (Diciembre de 2013)	Resultado del periodo evaluado (Diciembre 2014)	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	d		i	j	k	l	m=k*l
	20	Oportunidad en la atención de medicina interna	≤ 15	2,12	2,9	5	0,010	0,05
	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	≥ 0,85	0,57	0,45	1	0,04	0,04
	22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	NO PRESENTO CASOS SIFILIS CONGENITA	SI PRESENTO CASOS SIFILIS CONGENITA	SI PRESENTO CASOS SIFILIS CONGENITA	0	0,04	0,00
	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo, específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	≥ 0,90	0,22	0,51	1	0,04	0,04
	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	≥ 0,80	0,80	0,80	5	0,03	0,15
	25	Reingreso por el servicio de urgencias	≤ 0,03	0,012	0,009	5	0,03	0,13
	26	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	≤ 3	2,48	2,50	5	0,03	0,15
CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN						CALIFICACION		4,23
						RESULTADO	SATISFACTORIA	

El puntaje total está en el rango de 3,5 y 5 por lo tanto se considera **SATISFACTORIA** con un cumplimiento del Plan de Gestión superior al 70%, es decir del **84,5%** para la vigencia 2014.