



Informe Plan de Desarrollo y Plan de Acción

Enero – diciembre de 2016

(Incluye análisis de producción desde los RIPS)

Olga Cecilia Mejía Jaramillo

Gerente (E)

ESE Metrosalud

Medellín, enero de 2017



Alcaldía de Medellín



Componente 1: Fortalecimiento de la red de servicios, en busca del liderazgo.

Programa: Atención Integral e Integrada por la Salud Individual y Familiar.

Proyecto: Diseño e Implementación del Modelo de Prestación de Servicios de Salud, Centrado en el Usuario y la Familia.

Durante el primer trimestre de 2016 se actualizó el documento marco del Modelo de Prestación de Servicios de Salud (MPSS), con el fin de evidenciar su congruencia con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Atención integral en Salud (MIAS) del Ministerio de Salud y Protección Social. Entre los principales cambios, se encuentra la conceptualización y determinación de los enfoques que tiene el MPSS de la ESE Metrosalud (diferencial, de género, de derechos, poblacional y de ciclo vital), así como la caracterización de las esferas del desarrollo humano, a las cuales le apuntan todas las intervenciones planteadas en los ciclos de atención. También se dejaron explícitos, los ámbitos en los cuales se operativiza el MPSS (escuela, familia, comunidad e instituciones) y la conformación de los equipos de atención en salud (básico y de apoyo).

Para facilitar el acercamiento de los servidores de la ESE Metrosalud, con los elementos conceptuales básicos del MPSS, se desarrolló un documento

resumen, a través del cual, en ocho páginas se pueden aprender y comprender las generalidades del Modelo.

Así mismo, se dio continuidad al desarrollo de los componentes o estrategias de operativización del Modelo de Prestación de Servicios de Salud, así:

- Gestión del cuidado de la salud.** Se ajustaron los manuales de los ciclos de atención para cada ciclo vital, cuyo objetivo, es ofrecer elementos teóricos, técnicos y conceptuales acerca de cada ciclo vital como herramienta para favorecer la gestión de un proceso de atención integral, integrada y continua a la población usuaria de la ESE Metrosalud.

Desde el segundo trimestre se inició el proceso de implementación de las Guías de Práctica Clínica (GPC) adoptadas previamente por la institución, partiendo de un total 48 guías de práctica clínica para implementar, 38 elaboradas por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) hasta enero de 2016, y 10 adoptadas por el equipo interdisciplinario de guías clínicas definido por la ESE en 2015 (8 de medicina y 2 de salud bucal).

Con el fin de definir el orden de las guías con las cuales se iniciaría el proceso de implementación en 2016 se realizó un ejercicio de priorización con base en tres criterios: costos de fallas y errores, riesgos de muerte y complicación y frecuencia (perfil epidemiológico).

Fue así como se priorizó la implementación de 11 guías para 2016, bajo la metodología definida en el manual de implementación de guías del MSPS. Entre estas se encuentra la totalidad de las guías, cuya evaluación se mide en el plan de gestión institucional:

Periodo del año	
Segundo cuatrimestre	Tercer cuatrimestre
GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto puerperio (Ministerio 2013)	GPC para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita (Ministerio 2014)
GPC para el diagnóstico y manejo del dolor abdominal agudo (Metrosalud 2015)	GPC para el Síndrome Coronario Agudo (Ministerio 2013)

GPC Hipertensión arterial primaria (HTA) (Ministerio 2013)	GPC para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la dislipidemia (Ministerio 2014)
GPC promoción crecimiento, detección temprana y enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años y de las alteraciones del desarrollo en niños menores de 5 años (Ministerio 2014)	GPC para el diagnóstico, atención integral y seguimiento de niños y niñas con diagnóstico de neumonía y bronquiolitis (Ministerio 2014)
GPC para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en población adulta (Ministerio 2014)	GPC para el diagnóstico y manejo de la Raíz dental retenida (Metrosalud 2015)
GPC para el diagnóstico y manejo de la Patología pulpar y periapical (Metrosalud 2015)	

Para operativizar este proceso, la gerencia de la ESE emitió la Resolución 342 del 23 de marzo de 2016 por medio de la cual se crearon los equipos de trabajo para el proceso de implementación de las GPC. El equipo responsable en la ESE Metrosalud del proceso de implementación de las GPC priorizadas para 2016, designado por la gerencia, se conformó así:

Nombre	Cargo en la institución	Dependencia	Rol
Natalia López Delgado	Director operativo	Dirección Gestión clínica y PyP	Coordinador general
Héctor Vallejo Velásquez	Profesional especializado	Dirección Gestión clínica y PyP	Facilitador
John William López Tamayo	Profesional especializado	Oficina Asesora de planeación	Líder de opinión clínico
Carlos Alejandro Mesa Posada	Profesional especializado	Dirección Sistemas de Información	Líder de opinión clínico
Wilson de Jesús Martínez Quiroz	Profesional especializado	Dirección Gestión clínica y PyP	Líder de opinión clínico
Ruth Alicia Cadena	Profesional	Dirección Gestión	Líder de opinión

Barón	especializado	clínica y PyP	clínico
Yolanda Inés Jaramillo Marín	Odontóloga TC	Dirección Gestión clínica y PyP	Líder de opinión clínico
Jorge Iván Posada Vélez	Médico general TC	UPSS Manrique	Representante de los profesionales
Dioselina Vergara Muñoz	Profesional universitario	Dirección Gestión clínica y PyP	Coordinador de la liga de usuarios
Claudia Garro Cossio	Profesional universitario	Oficina de Comunicaciones	Asesor en comunicaciones
Juan Manuel Lema Hurtado	Subgerente red de servicios	<i>Subgerencia de Red</i>	<i>Tomador de decisiones</i>
Olga Cecilia Morales Rendón	Subgerente administrativa y financiera	<i>Subgerencia administrativa y financiera</i>	<i>Tomador de decisiones</i>

Adicionalmente se conformaron seis grupos operativos para la implementación de las guías priorizadas, agrupándolas así:

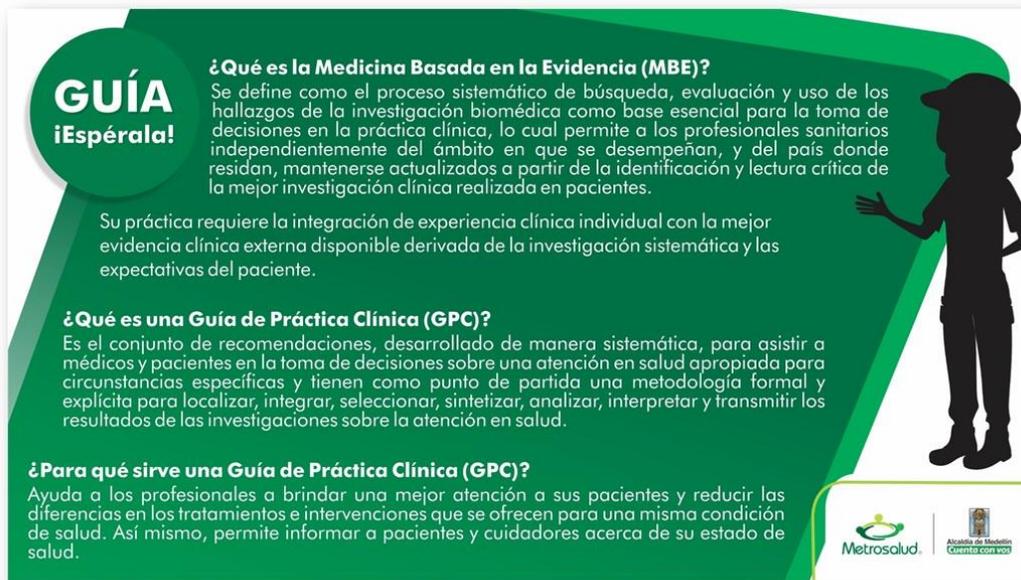
Relacionadas con	Integrantes
Programas adulto	<u>Wilson Martínez Quiroz</u> Diana Carolina Espinosa Juan Fernando Restrepo Zea
Programas infancia	<u>Ruth Alicia Cadena Barón</u> Clara Paulina Rivera Cortés Juan Carlos Rodríguez
Hospitalización	<u>Héctor Vallejo Velásquez</u> Rodrigo Ramírez Oswaldo González Escobar
Urgencias	Jorge Iván Posada Vélez <u>Lina María Giraldo Henao</u> Julián Echeverri Espinal

Consulta Externa	<u>Norma Palacio Jaramillo</u> Olga Lucia Arango Peláez Carlos Mario Bustamante Arismendy
-------------------------	---

Salud bucal	Yolanda Inés Jaramillo Marín Evelio de Jesús Cardona Alejandro Moreno Querubín
--------------------	--

Estos grupos tienen la responsabilidad de realizar el plan y actividades de implementación por guía. Iniciaron su trabajo en abril de 2016. Teniendo en cuenta las estrategias propuestas ante las barreras y elementos facilitadores encontrados para cada una de las recomendaciones contempladas en estas guías, las actividades específicas programadas para la implementación de las guías en la institución fueron las siguientes:

- **Fase de difusión:** relacionada con los procesos de distribución de información relativa a las guías de manera pasiva:
 1. Campaña virtual de expectativa: creación de personaje institucional “Guía”.



GUÍA
¡Espérala!

¿Qué es la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)?
Se define como el proceso sistemático de búsqueda, evaluación y uso de los hallazgos de la investigación biomédica como base esencial para la toma de decisiones en la práctica clínica, lo cual permite a los profesionales sanitarios independientemente del ámbito en que se desempeñan, y del país donde residan, mantenerse actualizados a partir de la identificación y lectura crítica de la mejor investigación clínica realizada en pacientes.

Su práctica requiere la integración de experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible derivada de la investigación sistemática y las expectativas del paciente.

¿Qué es una Guía de Práctica Clínica (GPC)?
Es el conjunto de recomendaciones, desarrollado de manera sistemática, para asistir a médicos y pacientes en la toma de decisiones sobre una atención en salud apropiada para circunstancias específicas y tienen como punto de partida una metodología formal y explícita para localizar, integrar, seleccionar, sintetizar, analizar, interpretar y transmitir los resultados de las investigaciones sobre la atención en salud.

¿Para qué sirve una Guía de Práctica Clínica (GPC)?
Ayuda a los profesionales a brindar una mejor atención a sus pacientes y reducir las diferencias en los tratamientos e intervenciones que se ofrecen para una misma condición de salud. Así mismo, permite informar a pacientes y cuidadores acerca de su estado de salud.

Metrosalud. | Alcaldía de Medellín Cuenta con vos

Mensajes en fondos de pantalla de equipos de cómputo.
Publicación de videos cortos en redes sociales y chats.
Mensajes en boletines institucionales.

Edición **230** 17 de junio de 2016
L@tidos BOLETÍN DIGITAL

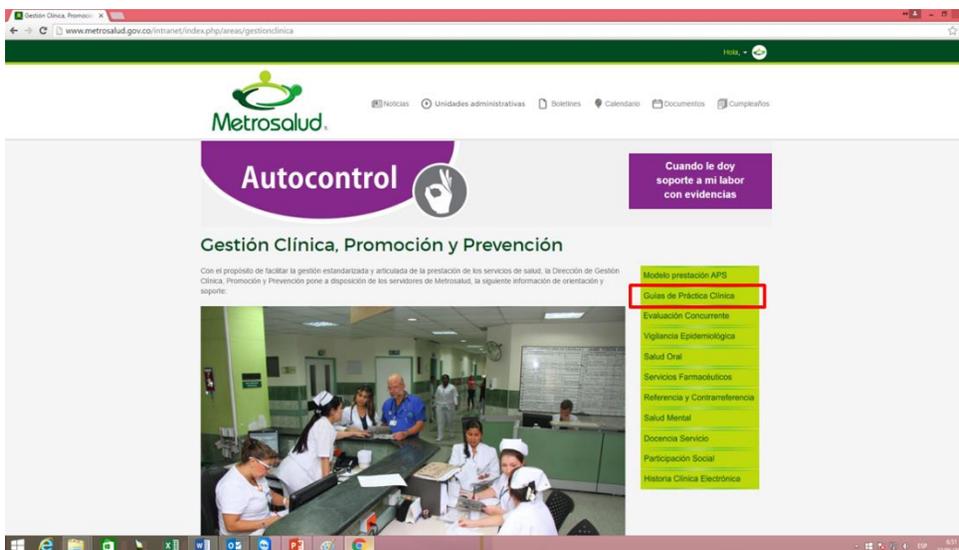
Avanza preparación para la implementación de las Guías de Práctica Clínica

Luego de que la ESE Metrosalud adoptara las Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia y dando cumplimiento al Manual de implementación definido por el Ministerio de Salud para las IPS del país, se creó el equipo institucional responsable de planear y desarrollar el proceso al interior de nuestra Empresa, mediante Resolución 342 del 23 de marzo de 2016.

Los grupos vienen trabajando desde hace varios meses, primero en la identificación de las barreras, y posteriormente en la formulación de las estrategias y actividades de diseminación más adecuadas para cada guía, de acuerdo con los recursos humanos, técnicos y económicos con que cuenta la Empresa. El objetivo es trasladar efectivamente las recomendaciones planteadas en las GPC al quehacer de la práctica cotidiana.



2. Publicación de las guías en la página web institucional (intranet).



Metrosalud

Autocontrol

Cuando le doy soporte a mi labor con evidencias

Gestión Clínica, Promoción y Prevención

Con el propósito de facilitar la gestión estandarizada y articulada de la prestación de los servicios de salud, la Dirección de Gestión Clínica, Promoción y Prevención pone a disposición de los servidores de Metrosalud, la siguiente información de orientación y soporte:

- Modelo prestación APS
- Guías de Práctica Clínica**
- Evaluación Concurrente
- Vigilancia Epidemiológica
- Salud Oral
- Servicios Farmacéuticos
- Referencia y Contrareferencia
- Salud Mental
- Docencia Servicio
- Participación Social
- Historia Clínica Electrónica

3. Videos institucionales con recomendaciones para pacientes en pantallas electrónicas de las salas de espera.
- **Fase de diseminación:** procesos o actividades de comunicación efectiva y educación que pretenden mejorar o modificar el conocimiento y las habilidades de los usuarios finales de la guía, sean estos prestadores de servicios o pacientes:
 1. Encuentros presenciales de dos horas de duración para médicos, enfermeras y odontólogos, basados en metodología ABP (Aprendizaje Basado en Problemas) con talleres de revisión de casos y presentación de la guía enfocada en recomendaciones trazadoras. Con esta metodología se obtuvo una cobertura de aproximadamente el 50% del personal médico, 30% del personal de enfermería y 95% del personal de odontología.
 2. “NOTIGUIA”: recordación virtual de las recomendaciones trazadoras dirigidas a todo el personal en general:





- **Fase de implementación:** tiene como finalidad trasladar las recomendaciones planteadas en las GPC, al quehacer de la práctica clínica cotidiana:

1. Incorporación en la historia clínica electrónica de recordatorios, alertas, escalas, acceso y consulta de las guías y documentos de apoyo.
2. Pasantías: se desarrolló pasantía en la GPC para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio para los médicos de las unidades hospitalarias de Manrique y San Javier, donde se encuentra concentrada la atención de los partos en la institución y para los médicos de los servicios de urgencias de todas las unidades hospitalarias y del centro de salud Santo Domingo.
3. Acompañamiento concurrente persona a persona: se desarrolló esta estrategia con el apoyo de la Secretaría de Salud de Medellín a través del proyecto Así te ves salud, operado por NACER de la Universidad de Antioquia y con el apoyo de Savia Salud en las guías de crecimiento y desarrollo y EPOC respectivamente.
4. Diseño de la historia clínica electrónica infantil (para menores de 10 años), que permite articular las estrategias e iniciativas alrededor del ciclo vital de la infancia creadas a nivel nacional y local y contempladas en el Modelo de Prestación de Servicios institucional:

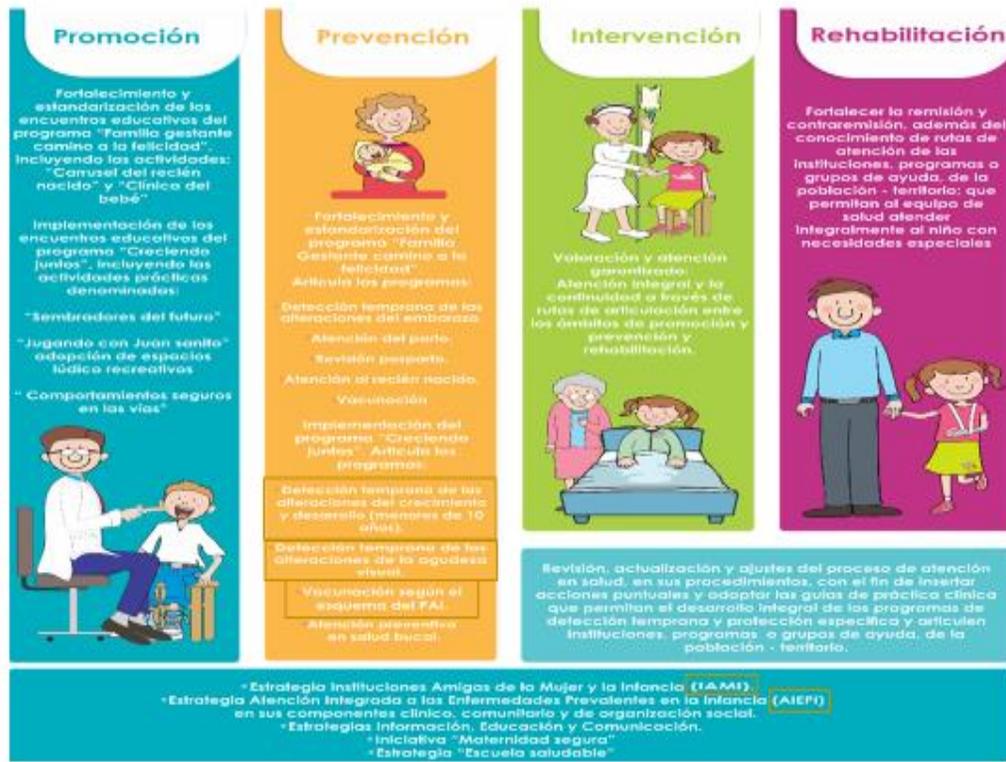


Prevención

Fortalecimiento y Estandarización de la estrategia **CRECIENDO JUNTOS***
Articula los programas de:

- Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo
- Atención del Parto
- Atención del Recién Nacido
- Revisión Posparto
- **Detección Temprana de Alteraciones del Crecimiento y el Desarrollo**
- Detección Temprana de alteraciones de la Agudeza Visual
- Atención Preventiva en Salud Bucal
- Vacunación, según el Esquema del PAI

- Estrategia instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI
- Estrategia de Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI.
- Estrategia de Escuela Saludable
- Iniciativa de Maternidad Segura



En lo que tiene que ver con la proporción de HC con adherencia a guías de atención de 100% de acuerdo con el Plan de Gestión (Hemorragias del tercer trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación; Atención de enfermedad hipertensiva; Crecimiento y Desarrollo), los resultados obtenidos en 2016 fueron los siguientes:

Guía	Número de historias clínicas con aplicación estricta de los criterios de adherencia a la guía de práctica clínica.	Total de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa	Proporción de HC con adherencia a guías de atención de 100%
Hemorragias del tercer trimestre	5	7	71,4%
Trastornos hipertensivos en la gestación	49	66	74,2%
Atención de enfermedad hipertensiva	71	195	36,4%
Crecimiento y Desarrollo	287	459	62,5%
Total	412	727	56,7%

Fuente: dirección de gestión clínica, promoción y prevención

La meta propuesta era de 80%, tal y como lo establece la Resolución 743 para el plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado. Sin embargo, es importante aclarar que esta es la primera medición de adherencia a las guías que se realiza, luego del proceso de implementación descrito y hubo cambios significativos tanto en las recomendaciones como en los instrumentos de evaluación, que si bien fueron dados a conocer a los servidores, requieren una mayor apropiación por parte de estos. Para 2017, la propuesta es continuar avanzando con el proceso de implementación de estas guías y de otras que se prioricen, a través de cursos de profundización virtuales.

En cuanto a la proporción de adherencia a los procedimientos de enfermería, estos fueron los resultados de la última medición del segundo semestre de 2016:

Procedimiento	Número de criterios de adherencia cumplidos	Total de criterios de adherencia evaluados	Proporción de cumplimiento de los criterios de adherencia
Inmovilización de pacientes	33	36	91,7%
Administración parenteral de medicamentos	3423	3622	94,5%
Total	3456	3658	94,5%

Fuente: dirección de gestión clínica, promoción y prevención

El resultado acumulado del año es de 97%, dado que en el primer semestre la adherencia fue de 88%, lo que a su vez demuestra una mejora importante en la tendencia del indicador.

Como elemento fundamental de la gestión del cuidado de la salud, el MPSS definió los “Café APS”, espacios para cohesionar a los equipos de salud (básico y de apoyo) en las UPSS de la red de Metrosalud y que consisten básicamente en encuentros mensuales de los integrantes de estos equipos para compartir experiencias, hacer seguimiento a resultados, estudio de casos, realimentación, crecimiento y terapia grupal. Los Café APS se han venido desarrollando a partir del segundo trimestre de año.

UPSS/MES	BELÉN	SAN ANTONIO DE PRADO	SAN CRISTÓBAL	NUEVO OCCIDENTE	MANRIQUE	SAN JAVIER	CASTILLA	DOCE DE OCTUBRE	SANTA CRUZ	TOTAL	META MENSUAL	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO ACUMULADO POR TRIMESTRE (PLAN DE ACCIÓN)
ABRIL	X	0	0	0	0	X	0	X	X	4	9	20%
MAYO	X	0	X	0	0	X	0	X	X	5	9	
JUNIO	X	X	0	X	X	X	0	X	X	7	9	
JULIO	X	0	X	X	X	X	X	X	X	8	9	27%
AGOSTO	0	0	X	X	0	X	X	X	X	6	9	
SEPTIEMBRE	X	0	X	X	X	X	X	X	X	8	9	
OCTUBRE	0	0	X	X	0	X	X	X	X	6	9	21%
NOVIEMBRE	0	0	X	0	0	X	X	X	X	5	9	
DICIEMBRE	X	0	X	0	0	X	X	X	X	6	9	
TOTAL	6	1	7	5	3	9	6	9	9	55	81	68%

- Gestión territorial para la salud.** En este componente, se formalizaron documentalmente los talleres de implementación, caja de iniciativas y tejiendo redes. Igualmente, se avanzó en la estandarización de la metodología para la caracterización de las unidades población – territorio.

En cuanto al cumplimiento de las metas en actividades priorizadas de detección temprana, protección específica y atención a personas con enfermedades de interés en salud pública, a comienzos de la vigencia 2016, Savia Salud manifestó que la metodología para pactar las metas y evaluar su cumplimiento sería similar a la empleada en 2015. En ese sentido la ESE Metrosalud realizó los cálculos de las metas y ha venido haciendo seguimiento al cumplimiento de estas metas con los siguientes resultados a septiembre de 2016:

Componente	Trazador	Coberturas meta por período		Coberturas realizadas	Proporción de cumplimiento	Promedio de cumplimiento de PGP a 3er trimestre
		Cobertura meta a diciembre de 2016	Meta a septiembre	A septiembre	A septiembre	
Vacunación Meta >95%	Aplicación de triple viral 12 meses	3662	2747	5017	182,7%	100%
Actividades de 4505	Control del recién nacido	6593	3033	4223	139,2%	100%
	Crecimiento y Desarrollo	64484	48363	61321	126,8%	100%
	Planificación familiar	43573	32680	33531	102,6%	100%
	Joven Sano	44995	33746	16242	48,1%	48%
Promedio de cumplimiento						90%

Sin embargo, el 16 de septiembre de 2016, Savia Salud citó a reunión a las IPS para informar las condiciones para la evaluación de las metas 2016, evidenciando las siguientes modificaciones:

Componente	Trazador	Porcentaje	Coberturas meta por período		Coberturas realizadas Metrosalud	Proporción de cumplimiento	Promedio de cumplimiento de PGP a 4to trimestre
			Cobertura meta a diciembre de 2016	Meta a diciembre	A diciembre	A diciembre	
Vacunación: coberturas por encima de 95% en todos los biológicos	Aplicación de triple viral 12 meses	20%	5155	4897	5031	102,7%	100%
Actividades de 4505	Control del recién nacido	20%	6592	6592	4622	70,1%	70%
	Crecimiento y Desarrollo	20%	64484	64484	50967	79,0%	79%
	Planificación familiar	20%	43573	43573	40280	92,4%	92%
	Joven Sano	20%	24924	24924	18184	73,0%	73%
Promedio de cumplimiento: se podrá acceder al 100% del valor estipulado para PGP, si cumple con el 80%							83%

* La verificación del cumplimiento se realizará a través de lo reportado en sistema nominal PAI.

** Valoración al 100% de los recién nacidos en la ESE antes de 72 horas (evidenciar que se asignó la cita y mecanismo para recordarla). Los niños que nazcan fuera de la ESE se pueden valorar en el primer mes de vida. Evidenciar búsqueda de los hijos de usuarias remitidas.

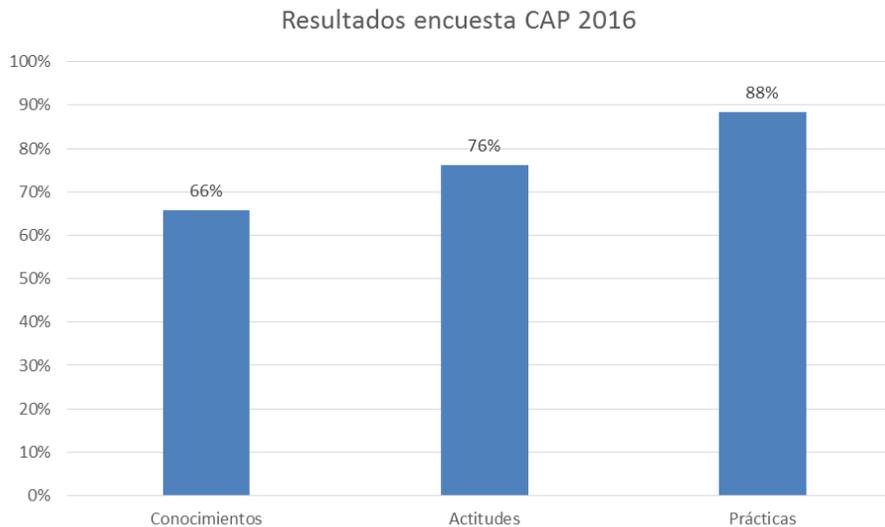
*** Se verificará el cumplimiento contra registros de nacidos vivos en el municipio al final del periodo.

**** Mujeres de 15 a 49 años. Son válidas las evidencias de orientación a servicios para mujeres que no estén activas en el programa.

Proyecto: Formación en Atención Primaria en Salud para el personal asistencial.

Durante 2016, se avanzó en la capacitación del personal de la ESE en fundamentación en APS, incluyendo los elementos conceptuales de nuestro modelo de prestación de servicios de salud. En el primer trimestre del año desarrollamos un curso virtual en articulación con el SENA, en el cual participaron los servidores de las UPSS Santa Cruz y San Cristóbal. Este curso

tuvo un encuentro presencial de 4 horas para afianzar lo trabajado en el curso virtual. Más adelante en el año, se hicieron despliegues en toda la red acerca de nuestro modelo, a través de la estrategia planteada por la Oficina Asesora de planeación y Desarrollo Organizacional (presentación en power point para dar a conocer en reuniones de personal de toda la red). En el último trimestre del año, aplicamos la encuesta CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) que evalúa el grado de apropiación del modelo en nuestros servidores. En total participaron 213 servidores, los cuales obtuvieron los siguientes resultados:



Fuente: dirección de gestión clínica, promoción y prevención

El resultado consolidado fue de 79% con una meta de 80%. El resultado de la misma encuesta en 2015 fue de 71%, lo cual evidencia la mejora en la tendencia del indicador.

Proyecto: Implementación del Modelo de Seguridad del Paciente en la ESE Metrosalud.

En el plan de acción 2016, se encuentra contemplada la implementación sistemática de las barreras de seguridad definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en toda la red de Metrosalud, con la evaluación de su adherencia.

En cuanto al Índice de Hospital Seguro, se evidencia una tendencia constante entre 2014 y 2016, pues se encuentra entre 7.3 y 7.44, lo que demuestra la estabilización de la cultura organizacional frente a la seguridad del paciente y

el compromiso de la ESE Metrosalud por brindar atención segura, con calidad, calidez y centrada en el usuario y la familia.

Este índice está compuesto por las siguientes variables:

- Infecciones asociadas a la atención en salud
- Gestión de eventos adversos
- Análisis de la mortalidad intrahospitalaria
- Caídas de pacientes
- Proporción de problemas relacionados con medicamentos

Entre las acciones identificadas para mantener los resultados, se encuentra la implementación de las barreras de seguridad, contemplado en el Plan de Acción 2016.

En cuanto a la gestión de eventos adversos, se continúa con el análisis de los eventos adversos priorizados o trazadores e incidentes de mayor frecuencia bajo la metodología del Protocolo de Londres, con el fin de definir estrategias de mejora institucional. Adicionalmente, para este año se evaluó la pertinencia de las notificaciones realizadas en el aplicativo para el registro y gestión de eventos adversos institucional encontrándose que sólo el 3.7% fueron finalmente caracterizadas como no pertinentes.

En este mismo sentido, se ajustaron los instrumentos para la aplicación de las rondas de seguridad, alineados con los paquetes instruccionales de las barreras de seguridad y algunos criterios específicos de habilitación y/o acreditación, los cuales se implementaron en toda la red, con el fin de fortalecer las acciones preventivas y fomentar la cultura alrededor de la seguridad del paciente. A diciembre de 2016 se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 93%.

Respecto a las acciones en salud pública y maternidad segura, se priorizó entre las guías de práctica clínica a implementar para este año, las guías para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio (Ministerio de Salud y Protección social 2013) y de atención integral de la sífilis gestacional y congénita (Ministerio de Salud y Protección Social 2014). Así mismo, se continuó con la vigilancia activa de los casos de sífilis gestacional y congénita y su análisis sistemático con la metodología de ruta de supervivencia. La proporción de casos de sífilis congénita evitados durante 2016 fue de 88%. La incidencia de sífilis congénita

por 1000 nacidos vivos fue de 2,7 (dato sujeto a ajustes), conservando la tendencia estable desde 2014.

La adherencia a la guía de la primera causa de egreso hospitalario (atención del parto), fue de 23% con una meta de 80%. Es importante aclarar que esta es la primera medición de adherencia a la guía que se realiza, luego del proceso de implementación descrito y hubo cambios significativos tanto en las recomendaciones como en los instrumentos de evaluación, que si bien fueron dados a conocer a los servidores, requieren una mayor apropiación por parte de estos. Para 2017, la propuesta es continuar avanzando con el proceso de implementación de estas guías y de otras que se prioricen, a través de cursos de profundización virtuales.

La adherencia a la guía de fuga de pacientes, cuya evaluación fue priorizada en el nuevo PAMEC institucional, fue de 73%. La meta para la vigencia era 70%.

En cuanto a la oportunidad en la atención en el servicio de urgencias para los pacientes con prioridad II, el cumplimiento fue de 35 minutos para el último trimestre del año (Meta 30 minutos). El resultado acumulado del año fue de 40,02 minutos. Entre las acciones de mejora que se ejecutaron para mejorar este indicador se encuentra la implementación de la estrategia de consulta prioritaria (no programada) en las unidades hospitalarias, con el fin de mejorar la oportunidad de la atención en los servicios de urgencias, de acuerdo con el triage; la implementación de la estrategia de triage por enfermería y el ajuste del sistema de información para el registro de los tiempos de atención por parte del personal asistencial y administrativo de los servicios de urgencias.

Programa: Reordenamiento de la capacidad instalada que permita operar eficientemente el Modelo de Prestación de Servicios propuesto.

Proyecto. Gestión de la Red de Servicios maximizando su eficiencia.

Para dar cumplimiento a este proyecto se realiza un monitoreo constante en los Comités Técnicos de las UPSS y en el Comité Técnico de Prestación de Servicios, del comportamiento de la producción de servicios, respecto a la programación y de aquellos factores que han impedido cumplir con las metas propuestas. Para el último trimestre de 2016 el cumplimiento fue de 97%, con un cumplimiento acumulado en el año de 97%.

A continuación se realiza el **análisis de producción de servicios** para el año 2016.

Informe de Producción de Servicios con base en DEFA,

ESE Metrosalud Enero a Diciembre, Año 2016

El comportamiento comparativo del número de consultas de consulta urgencias por médico general realizadas en la ESE desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015 se ve afectado por el cierre de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en junio de 2015, es por ello que se muestran los dos escenarios.

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del número de consultas de consulta urgencias por médico general sin tener en cuenta las realizadas en la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en 2015.

Comparativo de consulta de urgencias por médico general realizadas, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 – 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	27.882	28.013	0,47%
San Antonio de Prado	12.909	11.306	-12,42%
San Cristóbal	12.183	10.624	-12,80%
Nuevo Occidente	6.458	12.734	97,18%
Manrique	48.051	47.091	-2,00%
San Javier	23.942	21.206	-11,43%
Castilla	25.349	23.003	-9,25%
Santa Cruz	37.517	35.286	-5,95%
Doce Octubre	6.402	11.815	84,55%
ESE Metrosalud	200.693	201.078	0,19%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia un leve incremento de las actividades de consulta de urgencias por médico general en la ESE, a expensas principalmente de las UPSS Nuevo Occidente y Doce Octubre, y en menor proporción Belén, presentando contrariamente las demás UPSS una disminución de este tipo de actividades.

En la siguiente tabla se muestra el comportamiento comparativo teniendo en cuenta la producción de la UH Buenos Aires hasta junio de 2015, contrariamente evidenciándose una leve disminución de las actividades de consulta de urgencias por médico general en la ESE.

Comparativo de consulta de urgencias por médico general realizadas, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 – 2016

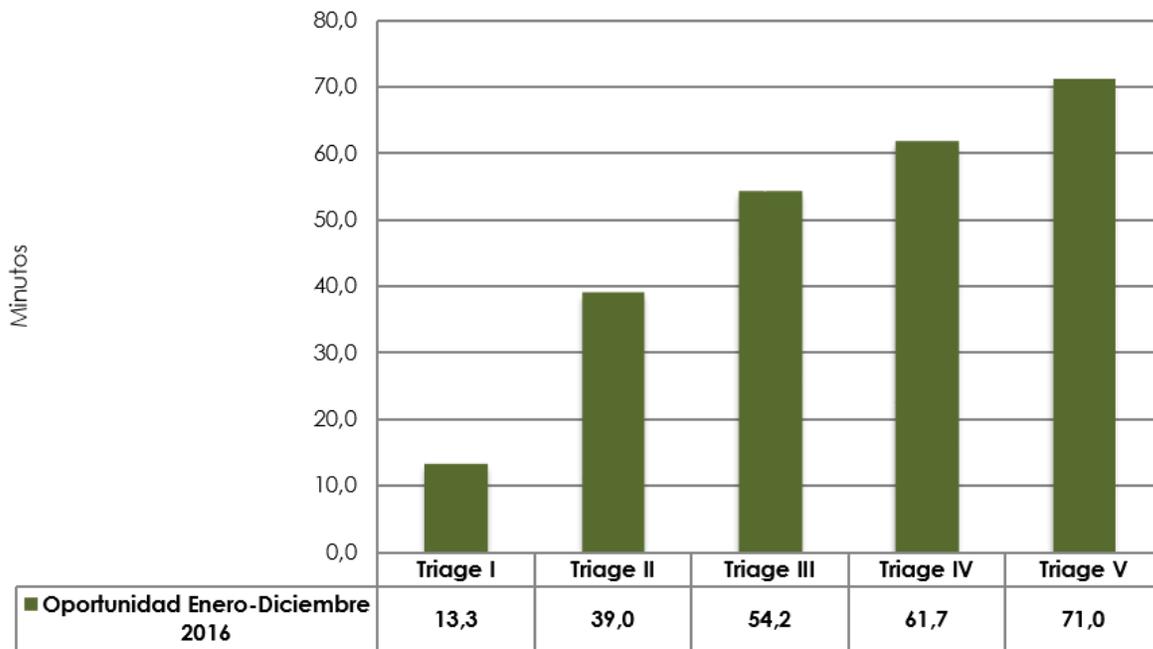
UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	27.882	28.013	0,47%
San Antonio de Prado	12.909	11.306	-12,42%
San Cristóbal	12.183	10.624	-12,80%
Nuevo Occidente	6.458	12.734	97,18%
Buenos Aires	11.576	0	-100,00%
Manrique	48.051	47.091	-2,00%
San Javier	23.942	21.206	-11,43%
Castilla	25.349	23.003	-9,25%
Santa Cruz	37.517	35.286	-5,95%
Doce Octubre	6.402	11.815	84,55%
ESE Metrosalud	212.269	201.078	-5,27%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

1.1. Oportunidad para la atención según triage

El siguiente gráfico muestra la oportunidad (en minutos) para la atención en urgencias según la clasificación del triage desde enero hasta diciembre de 2016.

Oportunidad para la atención según Triage Urgencias. ESE Metrosalud Enero-Diciembre Año 2016



Fuente: Oportunidad Urgencias Según Triage 2016, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

La oportunidad para la atención de las urgencias clasificadas como triage I y triage II en la ESE Metrosalud fue de 13,3 y 39 minutos. Estos tiempos están por fuera del estándar definido por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 5596 de 2015 como “atención inmediata” para triage I y “menos de 30 minutos” para triage II.

Los tiempos de atención de las urgencias clasificadas como triage III, IV y V fueron de 54.2, 61.7 y 71 minutos respectivamente, y están dentro del estándar definido por la ESE Metrosalud como “menos de 2 horas (120 minutos)” para triage III, “menos de 4 horas (240 minutos)” para triage IV y “menos de 6 horas (360 minutos)” para triage V.

1.2.1 Oportunidad para la atención para urgencias Triage I

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo de la oportunidad (en minutos) para la atención de las urgencias con clasificación triage I, realizadas por punto de atención desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015.

Comparativo de oportunidad en minutos para la atención de urgencias Triage I, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 – 2016

Punto de Atención	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Variación con base 2015
UH Belén	6,8	7,0	2,94%
UH San Antonio de Prado	12,8	14,8	15,63%
UH San Cristóbal	13,4	4,0	-70,15%
UH Buenos Aires	1,7	-	-
UH Manrique	31,2	18,2	-41,67%
CS Santo Domingo	23,6	18,5	-21,61%
UH San Javier	7,3	15,3	109,59%
UH Castilla	8,4	13,4	59,52%
UH Doce de Octubre	6,1	12,4	103,28%
UH Santa Cruz	3,4	10,7	214,71%
UH Nuevo Occidente	2,5	3,1	24,00%
ESE Metrosalud	19,3	13,3	-31,09%

Fuente: Oportunidad Urgencias Según Triage 2015 y 2016, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia una mejoría de la oportunidad para la atención de las urgencias clasificadas como triage I en la ESE Metrosalud, principalmente a expensas de las UH San Cristóbal, Manrique, y CS Santo Domingo. Se demuestra incremento en el tiempo para la atención predominantemente en las UH Santa Cruz, San Javier, Doce de Octubre, y Castilla.

1.2.2 Oportunidad para la atención para urgencias Triage II

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo de la oportunidad (en minutos) para la atención de las urgencias con clasificación triage II, realizadas por punto de atención desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015.

Comparativo de oportunidad en minutos para la atención de urgencias Triage II, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 – 2016

Punto de Atención	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Variación con base 2015
UH Belén	68,6	31,3	-54,37%
UH San Antonio de Prado	31,6	20,7	-34,49%
UH San Cristóbal	34,2	11,3	-66,96%
UH Buenos Aires	31,2	-	-
UH Manrique	81,9	64,4	-21,37%
CS Santo Domingo	35,8	12,0	-66,48%
UH San Javier	35,1	24,5	-30,20%
UH Castilla	35,0	29,0	-17,14%
UH Doce de Octubre	31,4	18,7	-40,45%
UH Santa Cruz	41,2	36,1	-12,38%
UH Nuevo Occidente	10,1	10,5	3,96%
ESE Metrosalud	55,0	39,0	-29,09%

Fuente: Oportunidad Urgencias Según Triage 2015 y 2016, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia una mejoría de la oportunidad para la atención de las urgencias clasificadas como triage II en la ESE Metrosalud, a expensas de casi todos los puntos de atención, principalmente de la UH San Cristóbal, el CS Santo Domingo y la UH Belén.

1.2.3 Oportunidad para la atención para urgencias Triage III

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo de la oportunidad (en minutos) para la atención de las urgencias con clasificación triage III,

realizadas por punto de atención desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015.

Comparativo de oportunidad en minutos para la atención de urgencias Triage III, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 – 2016

Punto de Atención	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Variación con base 2015
UH Belén	72,0	54,2	-24,72%
UH San Antonio de Prado	37,7	26,5	-29,71%
UH San Cristóbal	34,1	15,8	-53,67%
UH Buenos Aires	25,9	-	-
UH Manrique	94,4	103,3	9,43%
CS Santo Domingo	29,2	13,1	-55,14%
UH San Javier	30,6	20,2	-33,99%
UH Castilla	52,0	60,1	15,58%
UH Doce de Octubre	38,8	31,9	-17,78%
UH Santa Cruz	50,2	65,8	31,08%
UH Nuevo Occidente	11,6	16,0	37,93%
ESE Metrosalud	54,4	54,2	-0,37%

Fuente: Oportunidad Urgencias Según Triage 2015 y 2016, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia una leve mejoría de la oportunidad para la atención de las urgencias clasificadas como triage III en la ESE Metrosalud, principalmente a expensas del CS Santo Domingo y las UH San Cristóbal, San Javier, y. Se demuestra incremento en el tiempo para la atención predominantemente en las UH Nuevo Occidente, Santa Cruz y Castilla.

1.2.4 Oportunidad para la atención para urgencias Triage IV

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo de la oportunidad (en minutos) para la atención de las urgencias con clasificación triage IV, realizadas por punto de atención desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015.

Comparativo de oportunidad en minutos para la atención de urgencias Triage IV, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 – 2016

Punto de Atención	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Variación con base 2015
UH Belén	56,9	61,9	8,79%
UH San Antonio de Prado	47,2	34,9	-26,06%
UH San Cristóbal	30,6	31,9	4,25%
UH Buenos Aires	31,6	-	-
UH Manrique	116,0	136,9	18,02%
CS Santo Domingo	31,3	13,3	-57,51%
UH San Javier	32,0	27,0	-15,63%
UH Castilla	53,2	83,1	56,20%
UH Doce de Octubre	42,9	38,6	-10,02%
UH Santa Cruz	57,9	80,9	39,72%
UH Nuevo Occidente	13,5	17,0	25,93%
ESE Metrosalud	55,8	61,7	10,57%

Fuente: Oportunidad Urgencias Según Triage 2015 y 2016, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia un deterioro de la oportunidad para la atención de las urgencias clasificadas como triage IV en la ESE Metrosalud, como consecuencia del aumento del tiempo para la atención principalmente a expensas de las UH Castilla, Santa Cruz, Nuevo Occidente y Manrique.

1.2.5 Oportunidad para la atención para urgencias Triage V

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo de la oportunidad (en minutos) para la atención de las urgencias con clasificación triage V, realizadas por punto de atención desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015.

Comparativo de oportunidad en minutos para la atención de urgencias Triage V, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 – 2016

Punto de Atención	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Variación con base 2015
UH Belén	54,5	70,7	29,72%
UH San Antonio de Prado	59,0	39,0	-33,90%
UH San Cristóbal	21,7	-	-
UH Buenos Aires	53,7	-	-
UH Manrique	89,8	84,7	-5,68%
CS Santo Domingo	40,4	-	-
UH San Javier	26,4	-	-
UH Castilla	88,7	-	-
UH Doce de Octubre	37,1	-	-
UH Santa Cruz	71,6	-	-
UH Nuevo Occidente	-	-	-
ESE Metrosalud	42,5	71,0	67,1%

Fuente: Oportunidad Urgencias Según Triage 2015 y 2016, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Igualmente se evidencia una desmejora de la oportunidad para la atención de las urgencias clasificadas como triage V en la ESE Metrosalud como consecuencia del aumento en el tiempo para la atención en la UH Belén. Solo las UH Belén, San Antonio de Prado y Manrique reportaron urgencias clasificadas como triage V en la ESE Metrosalud desde enero hasta diciembre de 2016.

2. Servicios Ambulatorios

2.1. Consulta por médico general

El comportamiento comparativo del número de consultas de consultas por médico general realizadas en la ESE desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015 también se ve afectado por el cierre de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en junio de 2015, es por ello que se muestran los dos escenarios.

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del número de consultas de consultas por médico general sin tener en cuenta las realizadas en la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en 2015.

Comparativo de consulta por médico general realizadas, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	51.191	55.036	7,51%
San Antonio de Prado	23.185	25.384	9,48%
San Cristóbal	16.825	13.394	-20,39%
Nuevo Occidente	22.973	24.106	4,93%
Manrique	50.872	57.688	13,40%
San Javier	40.899	39.096	-4,41%
Castilla	42.458	39.737	-6,41%
Santa Cruz	41.144	46.646	13,37%
Doce Octubre	31.205	32.192	3,16%
Habitante Calle	11.729	8.890	-24,20%
ESE METROSALUD	332.481	342.169	2,91%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia un incremento de la consulta por médico general en la ESE, principalmente a expensas de las UPSS Manrique, Santa Cruz, San Antonio de Prado y Belén. Se obtuvo disminución en las UPSS San Cristóbal, Castilla, San Javier, y en el proyecto habitante de calle.

En la siguiente tabla se muestra el comportamiento comparativo teniendo en cuenta la producción de la UH Buenos Aires hasta junio de 2015, contrariamente evidenciándose una leve disminución de las actividades de consulta por médico general en la ESE.

Comparativo de consulta por médico general realizadas, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 – 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	51.191	55.036	7,51%
San Antonio de Prado	23.185	25.384	9,48%
San Cristóbal	16.825	13.394	-20,39%
Nuevo Occidente	22.973	24.106	4,93%
Buenos Aires	13.215	0	-100,00%
Manrique	50.872	57.688	13,40%
San Javier	40.899	39.096	-4,41%
Castilla	42.458	39.737	-6,41%
Santa Cruz	41.144	46.646	13,37%
Doce Octubre	31.205	32.192	3,16%
Habitante Calle	11.729	8.890	-24,20%
ESE METROSALUD	345.696	342.169	-1,02%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

2.2. Consulta por médico especialista

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del número de consultas de consultas por médico especialista realizadas desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015. Este no se vio afectado por el cierre de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en junio de 2015.

Comparativo de consulta por médico especialista, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	38.868	53.494	37,63%
San Antonio de Prado	0	0	0,00%
San Cristóbal	0	0	0,00%
Nuevo Occidente	289	3.712	1184,43%
Buenos Aires	0	0	0,00%
Manrique	16.977	15.745	-7,26%
San Javier	4.813	4.471	-7,11%

Castilla	970	474	-51,13%
Santa Cruz	14	0	-100,00%
Doce Octubre	0	0	0,00%
Ese Metrosalud	61.931	77.896	25,78%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia un aumento de la consulta por médico especialista en la ESE, expensas de la UPSS Nuevo Occidente principalmente. Se obtuvo una disminución primordialmente en la UPSS Castilla y en menor grado Manrique y San Javier.

2.3. Consulta de Programas

El comportamiento comparativo del número de consultas de programas realizadas en la ESE desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015 también se ve levemente afectado por el cierre de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en junio de 2015, es por ello que se muestran los dos escenarios.

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del número de consultas de programas sin tener en cuenta las realizadas en la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en 2015.

Comparativo de consulta de programas realizadas, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 – 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	51.829	50.874	-1,84%
San Antonio de Prado	17.145	18.196	6,13%
San Cristóbal	12.303	13.727	11,57%
Nuevo Occidente	21.325	22.111	3,69%
Manrique	75.181	72.804	-3,16%
San Javier	35.754	33.636	-5,92%
Castilla	47.413	44.766	-5,58%
Santa Cruz	56.498	54.279	-3,93%

Doce Octubre	35.986	35.467	-1,44%
P y P	6	0	-100,00%
Ese Metrosalud	353.440	345.860	-2,14%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia un leve descenso de la consulta de programas a expensas de la mayoría de las UPSS, con excepción de San Cristóbal, San Antonio de Prado y Nuevo occidente.

En la siguiente tabla se muestra el comportamiento comparativo teniendo en cuenta la producción de la UH Buenos Aires hasta junio de 2015, evidenciándose de esta manera que el descenso de las actividades de consulta de programas en la ESE fue levemente mayor.

Comparativo de consulta de programas realizadas, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 – 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	51.829	50.874	-1,84%
San Antonio de Prado	17.145	18.196	6,13%
San Cristóbal	12.303	13.727	11,57%
Nuevo Occidente	21.325	22.111	3,69%
Buenos Aires	1.254	0	-100,00%
Manrique	75.181	72.804	-3,16%
San Javier	35.754	33.636	-5,92%
Castilla	47.413	44.766	-5,58%
Santa Cruz	56.498	54.279	-3,93%
Doce Octubre	35.986	35.467	-1,44%
P y P	6	0	-100,00%
Ese Metrosalud	354.694	345.860	-2,49%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

2.4. Consulta por Odontólogo

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del número de consultas de consultas por odontólogo realizadas desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015. Este no se vio afectado por el cierre de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en junio de 2015.

Comparativo de consulta por odontólogo realizadas, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	19.180	17.831	-7,03%
San Antonio de Prado	7.091	7.477	5,44%
San Cristóbal	5.712	5.674	-0,67%
Nuevo Occidente	8.337	8.900	6,75%
Buenos Aires	0	0	0,00%
Manrique	20.341	21.749	6,92%
San Javier	14.901	14.794	-0,72%
Castilla	17.723	17.025	-3,94%
Santa Cruz	16.437	16.120	-1,93%
Doce Octubre	9.267	9.379	1,21%
Ese Metrosalud	118.989	118.949	-0,03%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia una leve disminución de la consulta por odontólogo en la ESE, principalmente a expensas de las UPSS Belén y Castilla. Solo obtuvieron incrementos en las UPSS Manrique, Nuevo Occidente, San Antonio de Prado y Doce de Octubre.

3. Hospitalización, Partos y Cirugía

3.1. Hospitalización

3.1.1. Egresos hospitalarios

El comportamiento comparativo del número de egresos hospitalarios en la ESE desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015 también se ve levemente afectado por el cierre de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en junio de 2015, es por ello que se muestran los dos escenarios.

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del número de egresos hospitalarios en la ESE excluyendo los generados en la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en 2015.

Comparativo de egresos hospitalarios, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

Unidad Hospitalaria	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	3.571	5.219	46,15%
San Antonio de Prado	1.240	1.299	4,76%
San Cristóbal	824	1.294	57,04%
Nuevo Occidente	1.306	3.101	137,44%
Manrique	9.444	9.689	2,59%
San Javier	2.056	2.035	-1,02%
Castilla	2.738	2.118	-22,64%
Santa Cruz	4.386	4.103	-6,45%
Doce Octubre	920	1.015	10,33%
ESE Metrosalud	26.485	29.873	12,79%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia un aumento de los egresos hospitalarios en la ESE, a expensas predominantemente de las UH Nuevo Occidente, San Cristóbal y Belén, aunque también en menor proporción Doce de Octubre, San Antonio de Prado y Manrique. Se obtuvo una disminución en las UH Castilla principalmente, y en menor proporción Santa Cruz y San Javier.

En la siguiente tabla se muestra el comportamiento comparativo incluyendo la producción de la UH Buenos Aires hasta junio de 2015, evidenciándose así que el aumento de los egresos hospitalarios en la ESE fue un poco menor.

Comparativo de egresos hospitalarios, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

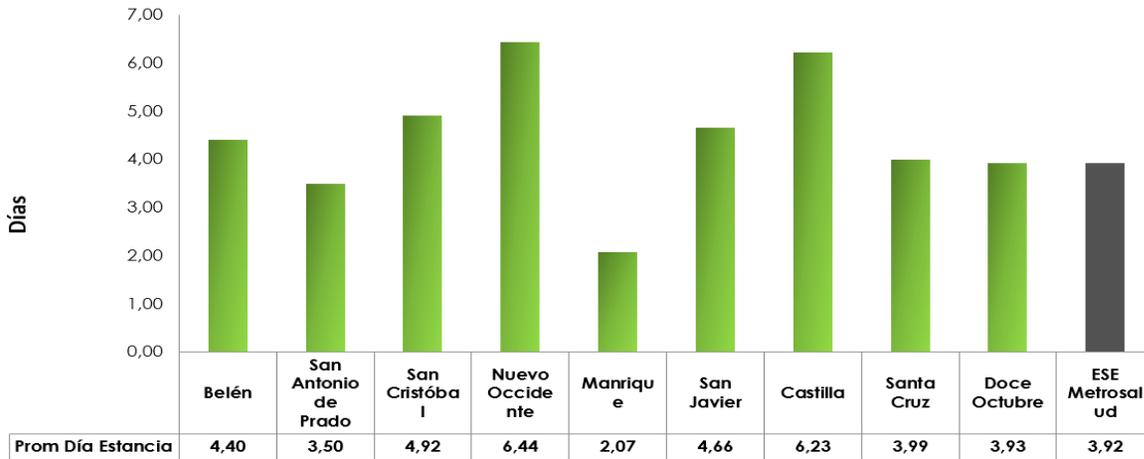
Unidad Hospitalaria	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	3.571	5.219	46,15%
San Antonio de Prado	1.240	1.299	4,76%
San Cristóbal	824	1.294	57,04%
Nuevo Occidente	1.306	3.101	137,44%
Buenos Aires	1.097	0	-100,00%
Manrique	9.444	9.689	2,59%
San Javier	2.056	2.035	-1,02%
Castilla	2.738	2.118	-22,64%
Santa Cruz	4.386	4.103	-6,45%
Doce Octubre	920	1.015	10,33%
ESE Metrosalud	27.582	29.873	8,31%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

3.1.2. Promedio día estancia

El comportamiento del promedio día estancia en el servicio de hospitalización por unidad hospitalaria acumulado al tercer trimestre, se muestra en el siguiente gráfico.

Promedio día estancia general, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2016



Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Con respecto al promedio de estancia hospitalaria, la ESE presenta un valor acumulado a diciembre de 3,92 días, siendo en general las unidades hospitalarias que prestan servicios de segundo nivel de medicina interna las que presentan un valor mayor al promedio y entre las cuales resaltan las UH Nuevo Occidente y Castilla con un valor de 6,44 y 6,23 días respectivamente. La unidad hospitalaria de primer nivel que presenta el promedio más alto es San Cristóbal, lo cual podría explicarse por la alta recepción de pacientes trasladados desde el segundo nivel en espera de oxígeno domiciliario y albergue.

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del promedio día estancia hospitalario desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015.

Comparativo de promedio día estancia hospitalario, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Variación con base 2015
Belén	4,50	4,40	-2,22%
San Antonio de Prado	3,24	3,50	8,02%
San Cristóbal	3,64	4,92	35,16%
Nuevo Occidente	5,06	6,44	27,27%
Buenos Aires	3,47	-	-
Manrique	1,91	2,07	8,38%
San Javier	4,41	4,66	5,67%
Castilla	5,09	6,23	22,40%
Santa Cruz	3,30	3,99	20,91%
Doce Octubre	3,32	3,93	18,37%
ESE Metrosalud	3,35	3,92	17,01%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia un aumento del promedio día estancia en la ESE, expensas la mayoría de las unidades hospitalarias, principalmente San Cristóbal, Nuevo Occidente, Castilla y Santa Cruz. Se obtuvo disminución solamente en la UH Belén.

3.2. Partos

El comportamiento comparativo del número de partos atendidos en la ESE desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015 también se ve afectado, aunque de forma muy leve, por el cierre de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en junio de 2015, es por ello que se muestran los dos escenarios.

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del número partos atendidos en la ESE sin tener en cuenta los generados en la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en 2015.

Comparativo de Partos Atendidos, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	3	3	0,00%
San Antonio de Prado	14	22	57,14%
San Cristóbal	6	15	150,00%
Nuevo Occidente	5	4	-20,00%
Manrique	3.530	2.991	-15,27%
San Javier	182	140	-23,08%
Castilla	9	1	-88,89%
Santa Cruz	7	9	28,57%
Doce Octubre	2	1	-50,00%
ESE Metrosalud	3.758	3.186	-15,22%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia una disminución del número de partos atendidos en la ESE, principalmente a expensas de las UPSS Manrique y San Javier. Presentaron incremento las UPSS San Cristóbal, San Antonio de Prado y Santa Cruz.

En la siguiente tabla se muestra el comportamiento comparativo teniendo en cuenta los partos atendidos en la UH Buenos Aires hasta junio de 2015, evidenciándose de esta manera que la disminución de este tipo de actividades en la ESE fue muy levemente mayor.

Comparativo de Partos Atendidos, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	3	3	0,00%
San Antonio de Prado	14	22	57,14%
San Cristóbal	6	15	150,00%
Nuevo Occidente	5	4	-20,00%
Buenos Aires	9	0	-100,00%
Manrique	3.530	2.991	-15,27%
San Javier	182	140	-23,08%
Castilla	9	1	-88,89%

Santa Cruz	7	9	28,57%
Doce Octubre	2	1	-50,00%
ESE Metrosalud	3.767	3.186	-15,42%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

3.3. Cirugía

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del número cirugías realizadas desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015. Este no se vio afectado por el cierre de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en junio de 2015.

Comparativo de Cirugías Realizadas, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	6.391	8.950	40,04%
San Antonio de Prado	0	1	0,00%
San Cristóbal	0	0	0,00%
Nuevo Occidente	1	1	0,00%
Buenos Aires	0	0	0,00%
Manrique	6.919	5.917	-14,48%
San Javier	6	7	16,67%
Castilla	0	4	0,00%
Santa Cruz	2	1	-50,00%
Doce Octubre	0	0	0,00%
ESE Metrosalud	13.319	14.881	11,73%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia un incremento del número de cirugías realizadas en la ESE a expensas de la UH Belén y se observa disminución en la UH Manrique. Llama la atención la facturación de este tipo de actividades en unidades hospitalarias que no prestan este tipo de servicio lo cual corresponde muy probablemente a errores de facturación.

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del número de cirugías realizadas desagregadas por tipo de cirugía desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015.

Comparativo de Cirugías realizadas según Tipo de Cirugía, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

Tipo de Cirugía	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
General Electiva	2.045	3.428	67,63%
General Urgente	0	0	0,00%
Ginecológica	3.297	2.929	-11,16%
Cesáreas	1.285	1.071	-16,65%
Ortopédica	2.138	3.021	41,30%
Otorrinolaringología	341	490	43,70%
Urología	73	54	-26,03%
Pediátrica	0	0	0,00%
AQV (Vasectomía, Ligadura T.)	2.323	1.925	-17,13%
Otras (Oftalmológicas)	1.817	1.963	8,04%
Total	13.319	14.881	11,73%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia un aumento en la ESE de los procedimientos quirúrgicos de cirugía general electiva, otorrinolaringología, ortopedia y oftalmología; no así de urología, AQV, cesáreas y ginecología.

4. Ayudas Diagnósticas

4.1. Exámenes de laboratorio

El comportamiento comparativo del número de exámenes de laboratorio realizados en la ESE desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015 también se ve levemente afectado por el cierre de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en junio de 2015, es por ello que se muestran los dos escenarios.

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del número de exámenes de laboratorio realizados en la ESE excluyendo los generados en la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en 2015.

Comparativo de Exámenes de Laboratorio realizados, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	168.000	234.611	39,65%
San Antonio de Prado	56.849	76.630	34,80%
San Cristóbal	46.934	60.157	28,17%
Nuevo Occidente	73.442	132.191	79,99%
Manrique	268.758	343.724	27,89%
San Javier	123.073	152.419	23,84%
Castilla	161.493	201.268	24,63%
Santa Cruz	205.567	256.209	24,64%
Doce Octubre	95.238	129.386	35,86%
P y P	318	318	0,00%
Caja de Colores	50.547	3.953	-92,18%
Ese Metrosalud	1.250.219	1.590.866	27,25%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia un incremento del número de exámenes de laboratorio realizados en la ESE a expensas de la mayoría de las UPSS, principalmente Nuevo Occidente.

En la siguiente tabla se muestra el comportamiento comparativo incluyendo la producción de la UH Buenos Aires hasta junio de 2015, evidenciándose así que el aumento del número de exámenes de laboratorio realizados en la ESE fue un poco menor.

Comparativo de Exámenes de Laboratorio realizados, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	168.000	234.611	39,65%
San Antonio de Prado	56.849	76.630	34,80%
San Cristóbal	46.934	60.157	28,17%
Nuevo Occidente	73.442	132.191	79,99%
Buenos Aires	35.812	0	-100,00%
Manrique	268.758	343.724	27,89%
San Javier	123.073	152.419	23,84%
Castilla	161.493	201.268	24,63%
Santa Cruz	205.567	256.209	24,64%
Doce Octubre	95.238	129.386	35,86%
P y P	318	318	0,00%
Caja de Colores	50.547	3.953	-92,18%
Ese Metrosalud	1.286.031	1.590.866	23,70%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

4.2. Citologías

El comportamiento comparativo del número de citologías realizadas en la ESE desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015 se ve afectado por el cierre de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en junio de 2015, es por ello que se muestran los dos escenarios.

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del número de citologías realizadas en la ESE sin tener en cuenta las realizadas en la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en 2015.

Comparativo de Citologías realizadas, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	6.415	5.776	-9,96%
San Antonio de Prado	3.364	3.171	-5,74%
San Cristóbal	2.434	2.202	-9,53%
Nuevo Occidente	3.927	3.868	-1,50%
Manrique	10.088	10.665	5,72%
San Javier	6.505	5.768	-11,33%
Castilla	6.697	6.116	-8,68%
Santa Cruz	10.241	8.704	-15,01%
Doce Octubre	5.962	5.177	-13,17%
P y P	567	296	-47,80%
Ese Metrosalud	56.200	51.743	-7,93%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia una disminución del número de citologías realizadas en la ESE, principalmente a expensas de las UPSS Santa Cruz, Doce de Octubre, San Javier y en menor grado de todas las otras UPSS, con excepción de la UPSS Manrique la cual fue la única que obtuvo un incremento.

En la siguiente tabla se muestra el comportamiento comparativo teniendo en cuenta la producción de la UH Buenos Aires hasta junio de 2015, evidenciándose de esta manera que el descenso del número de citologías realizadas en la ESE fue un poco mayor.

Comparativo de Citologías realizadas, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	6.415	5.776	-9,96%
San Antonio de Prado	3.364	3.171	-5,74%
San Cristóbal	2.434	2.202	-9,53%
Nuevo Occidente	3.927	3.868	-1,50%
Buenos Aires	1.298	0	-100,00%
Manrique	10.088	10.665	5,72%

San Javier	6.505	5.768	-11,33%
Castilla	6.697	6.116	-8,68%
Santa Cruz	10.241	8.704	-15,01%
Doce Octubre	5.962	5.177	-13,17%
P y P	567	296	-47,80%
Ese Metrosalud	57.498	51.743	-10,01%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

4.3. Electrocardiogramas

El comportamiento comparativo del número de electrocardiogramas realizados en la ESE desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015 también se ve levemente afectado por el cierre de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en junio de 2015, es por ello que se muestran los dos escenarios.

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del número de electrocardiogramas realizados en la ESE excluyendo los generados en la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en 2015.

Comparativo de Electrocardiogramas realizados, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	8.626	9.037	4,76%
San Antonio de Prado	3.277	4.253	29,78%
San Cristóbal	3.500	3.356	-4,11%
Nuevo Occidente	2.414	4.432	83,60%
Manrique	9.896	11.643	17,65%
San Javier	6.658	6.929	4,07%
Castilla	7.960	7.805	-1,95%
Santa Cruz	10.841	10.431	-3,78%
Doce Octubre	5.155	5.676	10,11%
Ese Metrosalud	58.327	63.562	8,98%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se observa un aumento del número de electrocardiogramas realizados en la ESE, a expensas principalmente de las UPSS Nuevo Occidente, San Antonio de Prado y Manrique. Se obtuvo disminución comparativa en las UPSS San Cristóbal, Santa Cruz y Castilla.

En la siguiente tabla se muestra el comportamiento comparativo incluyendo la producción de la UH Buenos Aires hasta junio de 2015, evidenciándose así que el aumento del número de electrocardiogramas realizados en la ESE fue un poco menor.

Comparativo de Electrocardiogramas realizados, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	8.626	9.037	4,76%
San Antonio de Prado	3.277	4.253	29,78%
San Cristóbal	3.500	3.356	-4,11%
Nuevo Occidente	2.414	4.432	83,60%
Buenos Aires	2.562	0	-100,00%
Manrique	9.896	11.643	17,65%
San Javier	6.658	6.929	4,07%
Castilla	7.960	7.805	-1,95%
Santa Cruz	10.841	10.431	-3,78%
Doce Octubre	5.155	5.676	10,11%
Ese Metrosalud	60.889	63.562	4,39%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

4.4. Rayos X

El comportamiento comparativo del número rayos X realizados en la ESE desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015 también se ve afectado por el cierre de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en junio de 2015, es por ello que se muestran los dos escenarios.

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del número rayos X realizados en la ESE excluyendo los generados en la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en 2015.

Comparativo de Rayos X realizados, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	20.096	27.028	34,49%
San Antonio de Prado	3.413	3.759	10,14%
San Cristóbal	3.224	938	-70,91%
Nuevo Occidente	2.033	6.899	239,35%
Manrique	12.488	12.973	3,88%
San Javier	5.988	6.196	3,47%
Castilla	7.991	10.849	35,77%
Santa Cruz	9.557	10.528	10,16%
Doce Octubre	3.086	1.563	-49,35%
Ese Metrosalud	67.876	80.733	18,94%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia un incremento del número de Rayos X realizados en la ESE, a expensas principalmente de la UPSS Nuevo Occidente. Se obtuvo disminución en las UPSS San Cristóbal y Doce de Octubre.

En la siguiente tabla se muestra el comportamiento comparativo incluyendo la producción de la UH Buenos Aires hasta junio de 2015, evidenciándose así que el aumento del número rayos X realizados en la ESE fue un poco menor.

Comparativo de Rayos X realizados, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	20.096	27.028	34,49%
San Antonio de Prado	3.413	3.759	10,14%
San Cristóbal	3.224	938	-70,91%

Nuevo Occidente	2.033	6.899	239,35%
Buenos Aires	3.137	0	-100,00%
Manrique	12.488	12.973	3,88%
San Javier	5.988	6.196	3,47%
Castilla	7.991	10.849	35,77%
Santa Cruz	9.557	10.528	10,16%
Doce Octubre	3.086	1.563	-49,35%
Ese Metrosalud	71.013	80.733	13,69%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

4.5. Ecografías

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del número ecografías realizadas desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015. Este no se vio afectado por el cierre de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en junio de 2015.

Comparativo de Ecografías realizadas, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	554	656	18,41%
San Antonio de Prado	0	0	0,00%
San Cristóbal	0	0	0,00%
Nuevo Occidente	0	1	0,00%
Buenos Aires	0	0	0,00%
Manrique	23.309	23.778	2,01%
San Javier	6.215	1.235	-80,13%
Castilla	241	162	-32,78%
Santa Cruz	105	59	-43,81%
Doce Octubre	2	1	-50,00%
Ese Metrosalud	30.426	25.892	-14,90%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia una disminución del número de ecografías realizadas en la ESE a expensas principalmente de la UPSS San Javier, y en menor grado Santa Cruz y Castilla. Se destaca el incremento comparativo logrado en la UPSS Belén. Llama también la atención la facturación de este tipo de actividades en unidades hospitalarias que no prestan este tipo de servicio lo cual corresponde muy probablemente a errores de facturación.

4.6. Monitoreos fetales

El comportamiento comparativo del número monitoreos fetales realizados en la ESE desde enero hasta diciembre de 2016 comparado con el mismo periodo del 2015 también se ve afectado por el cierre de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en junio de 2015, es por ello que se muestran los dos escenarios.

La siguiente tabla muestra el comportamiento comparativo del número monitoreos fetales realizados en la ESE sin tener en cuenta las realizadas en la Unidad Hospitalaria Buenos Aires en 2015.

Comparativo de Monitoreos Fetales realizados, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	70	36	-48,57%
San Antonio de Prado	213	213	0,00%
San Cristóbal	124	101	-18,55%
Nuevo Occidente	106	95	-10,38%
Manrique	9.485	7.861	-17,12%
San Javier	1.034	845	-18,28%
Castilla	24	10	-58,33%
Santa Cruz	0	0	0,00%
Doce Octubre	163	142	-12,88%
ESE Metrosalud	11.219	9.303	-17,08%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Se evidencia una disminución del número de monitoreos fetales realizados en la ESE a expensas de todas las UPSS, principalmente Manrique y San Javier.

En la siguiente tabla se muestra el comportamiento comparativo teniendo en cuenta la producción de la UH Buenos Aires hasta junio de 2015, evidenciándose de esta manera que el descenso del número de monitoreos fetales realizados en la ESE fue levemente mayor.

Comparativo de Monitoreos Fetales realizados, ESE Metrosalud Enero a Diciembre 2015 - 2016

UPSS	Enero-Diciembre 2015	Enero-Diciembre 2016	Crecimiento con base 2015
Belén	70	36	-48,57%
San Antonio de Prado	213	213	0,00%
San Cristóbal	124	101	-18,55%
Nuevo Occidente	106	95	-10,38%
Buenos Aires	41	0	-100,00%
Manrique	9.485	7.861	-17,12%
San Javier	1.034	845	-18,28%
Castilla	24	10	-58,33%
Santa Cruz	0	0	0,00%
Doce Octubre	163	142	-12,88%
ESE Metrosalud	11.260	9.303	-17,38%

Fuente: Comparativo 2015-2016 Enero-Diciembre, Dirección de Sistemas de Información, ESE Metrosalud, 2016

Respecto a la proporción de vulneración de derechos, el resultado para el segundo semestre del año fue de 0,001, lo cual se encuentra dentro de la meta planteada (0,001).

La proporción de usuarios con referencia satisfecha, fue 95% en el último trimestre del año con un acumulado de 87,85% para 2016 (meta 85%), evidenciando una tendencia a la mejora en este proceso.

En cuanto a la gestión del cuadro de turnos en SAFIX, se tienen una operatividad del 100% en el sistema desde el mes de septiembre y en las unidades hospitalarias y los centros de salud desde el 1 de diciembre de 2016.

En la siguiente tabla se observan los resultados a 31 de diciembre:

Número de empleados en cuadro de turnos	1,644
Numero de convenciones programadas	142,393
Número de horas programadas	512,152

Proyecto. Intervención de la red hospitalaria en su infraestructura física y de gestión de tecnología e innovación de soporte clínico.

A diciembre, la entidad se encuentra adelantando las siguientes obras de infraestructura física.

✓ **Proyecto. Reposición de la Unidad Hospitalaria Buenos Aires**

Proyecto estimado en \$55.000 millones de pesos para la parte física. En ejecución de la primera fase por parte de la EDU – Empresa de Desarrollo Urbano; mediante Convenio Interadministrativo realizado con la Secretaría de Salud de Medellín por un valor de \$14.944 millones. Los recursos aportados por el Ministerio de Salud y Protección Social equivalentes a \$10.794 millones, se utilizarán para la ejecución de la Fase 1, Etapa 2 del proyecto también por la EDU mediante convenio interadministrativo Nro. 2460 celebrado con la ESE Metrosalud en la presente vigencia.



✓ **Proyecto. Intervención del Servicio de Urgencias en la Unidad Hospitalaria Doce de Octubre**



El nuevo Servicio de Urgencias de la UH. Doce de Octubre, se inaugura en abril de 2016. Cuenta con 632 metros cuadrados de área construida y 288 metros de espacio público. Beneficia a cerca de 60.000 personas ubicadas en los barrios Santander, Doce de Octubre I, Doce de Octubre II, Pedregal, La Esperanza, San Martín de Porres, Kennedy, Picacho, Picachito, Mirador del Doce de Octubre, Progreso II y El Triunfo”.

El servicio de urgencias cuenta con tres consultorios médicos, 14 camillas de observación, sala de curaciones, sala de procedimientos y sala de reanimación, entre otros servicios. El valor de la obra está estimado en \$3.497 millones de pesos.

✓ **Proyecto. Reposición Centro de Salud Florencia**



Proyecto por un valor de la inversión en infraestructura física y diseños de \$5.560 millones. Se encuentra inscrito en el Aplicativo del Plan Bienal de Inversiones 2016 – 2017. Cuenta con los diseños y a la espera del concepto de viabilidad por parte de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, para continuar proceso ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

✓ **Proyecto. Reposición Centro de Salud Limonar**

Proyecto estimado en \$4.766 millones para la obra física y diseños. Se encuentra inscrito en el Aplicativo del Plan Bienal de Inversiones 2016 – 2017. Cuenta con los diseños terminados y a la espera del concepto de viabilidad por parte de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, para continuar proceso ante el Ministerio de Salud y Protección Social.



✓ **Gestionar tecnología de soporte clínico**

• **Dotación del Servicio de Urgencias de la UH Doce de Octubre**

Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año
			T1	T2	T3	T4	
Gestionar la dotación de las urgencias de la Unidad Doce de Octubre	% De cumplimiento de la ejecución de recursos asignados al proyecto	100%	0%	100%	0%	0%	100%

Indicador: % De cumplimiento en la ejecución de los recursos asignados al proyecto

Meta acumulada cuarto trimestre: 100%,

Para este trimestre ya se terminó la acción, se tiene contratado y ejecutado los recursos asignados que faltaban por contratar para la adquisición de elementos de dotación requeridos para la apertura de las urgencias nuevas de la Unidad Hospitalaria del Doce de Octubre.

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% De Cumplimiento
% de cumplimiento en la ejecución de recursos asignados al proyecto	100%	100%	100%

NUMERO DE CONTRATO	ELEMENTOS DE DOTACION ADQUIRIDOS	VALOR CONTRATO	CONTRATISTA	fecha de legalización
1335	Puestos de trabajo urgencias Doce Octubre	32.418.056,00	LINEAS Y DISEÑOS	Marzo 2 de 2016
1594	termómetro digital e instrumental medico	6.000.332,00	AT MEDICAS	Marzo 17 de 2016
1632	camilla de intoxicados	2.889.643,00	LOS PINOS	Abril 11 de 2016
1748	planta telefónica uh doce de octubre	161.000.000,00	AXEDE	Abril 29 de 2016
	TOTAL	202.308.031,00		

- **Gestionar la dotación de la Red Hospitalaria**

Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año
			T1	T2	T3	T4	
Gestionar la dotación de la red hospitalaria	% De cumplimiento de la ejecución de recursos asignados al proyecto	100%	0%	30%	40%	30%	100%

Indicador: % De cumplimiento en la ejecución de los recursos asignados al proyecto

(\$ 660.000.000)

Meta acumulada cuarto trimestre: 97.87%

Acumulado para este cuarto trimestre del año 2016 se han ejecutado los siguientes recursos para reposición tecnológica de la red.

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% De Cumplimiento
% de cumplimiento en la ejecución de recursos asignados al proyecto	30%	29.3%	97.87%

Numero de contrato	Elementos de dotacion adquiridos	Valor contrato	Contratista
CAJA MENOR	Estabilizadores de voltaje Nuevo Occidente	788.000,00	Retho
2193	Dispositivo equipo cirugía U.H Belen	2.018.400,00	Biotronitech
2470	Puntas de cavitrón para los servicios de odontología	55.021.120,00	Aldental S.A
2563	Termómetros y termo higrómetros para la red	17.488.160,00	Laboratorios Ossalud
CAJA MENOR	teléfono centro de salud manantial de vida	574.200,00	Walter Bridge
CAJA MENOR	Disco duro Direccion Administrativa	332.599,84	Colsoft
3662	Equipos de odontología	35.999.417,00	Aldental S.A
3647	Autoclave de barrera sanitaria para UH Castilla	173.444.277	Kaika
3677	Electrocardiógrafos	20.880.000,00	Amarey Nova Medical
3661	Muebles clínicos Salud Mental	10.822.800,00	Dometal
3660	Muebles clínicos Salud Mental	48.741.043,00	Industrias los Pinos
3701	Sillas butacos para UH Manrique	2.035.592,00	Industrias los Pinos
3713	Llamado de enfermería salud mental	9.860.481,00	Netux sa
3712	Ecotones	4.245.000,00	Ingeniería Hospitalaria
3714	Switches salud mental	7.980.800,00	Electrocom S.A.S
3728	Muebles de oficina Salud Mental	36.053.264,00	Lineas y Diseños
3777	monitor de signos vitales con capnógrafos	109.615.476,00	técnica electro medica
3778	nevera almacén	15.048.680,00	Tecnifrio
3988	Instrumental para odontología	54.613.032,00	New Stetic
3989	instrumental para odontología	19.522.800,00	ALDENTAL S.A
4203	atriles para bombas de infusión	20.880.000,00	Dometal
	TOTAL INVERSION	645.965.141	

✓ **Gestionar el Plan de Mantenimiento de: la tecnología de soporte clínico de la red de servicios y sedes administrativas; el Parque Automotor; y la Infraestructura de la Red Servicios y Sedes Administrativas**

1. Verificar y actualizar el inventario (de la Tecnología biomédica en la red de servicios y la metrología; Parque Automotor; y de la infraestructura de la red hospitalaria y sedes administrativas)

Indicador: Inventario actualizado

Meta 4° Trimestre: 0%

2. Elaborar Plan de Mantenimiento (de la Tecnología biomédica en la red de servicios y metrología; Parque Automotor; y de la infraestructura de la red hospitalaria y sedes administrativas)

Indicador: Plan de Mantenimiento y cronograma de actividades formulado

Meta 4° Trimestre: 0%

3. Ejecutar y monitorear el Plan de Mantenimiento (de la Tecnología biomédica en la red de servicios y metrología; Parque Automotor; y de la infraestructura de la red hospitalaria y sedes administrativas)

- a) Indicador: % De ejecución del Plan de Mantenimiento de Eq. Biomédicos y metrología
Meta 4° Trimestre: 25%

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% De Cumplimiento
% De ejecución del Plan de Mantenimiento de equipos biomédicos y metrología	25%	21%	84%

En la siguiente tabla se muestra el cumplimiento de los mantenimientos preventivos de la Tecnología Biomédica según la programación del cuarto trimestre.

UPSS	Actividades programadas 4° trimestre	Actividades ejecutadas 4° trimestre	Cumplimiento mantenimiento	Observaciones
Belen	496	455	92%	
Castilla	523	405	77%	En esta sede no fue posible el rastreo de los equipos de diagnóstico. No se realizó mantenimiento de los equipos biomédicos
Doce de Octubre	287	242	84%	
Lab. Referencia	8	8	100%	
Manrique	926	748	81%	
N. Occidente	332	269	81%	
Programas	22	50	227%	
Ambulancias	153	78	51%	No se realizó mantenimiento de los equipos biomedicos. Los equipos no todos están disponibles para el mantenimiento y es difícil la programación de las visitas de mantenimiento.
San Antonio	341	254	74%	No se realizó mantenimiento de los equipos biomédicos
San Cristobal	192	198	103%	
San Javier	288	260	90%	
Santa Cruz	703	620	88%	
Sedes adivas	9	8	89%	
Total	4280	3595	84%	

Por problemas con el proveedor de mantenimiento de equipos biomédicos en el cumplimiento de las obligaciones contractuales no se realizaron los mantenimientos, para lo cual se han venido tomando medidas tanto con el contratista como con la aseguradora para el cumplimiento de las pólizas.

La actualización del inventario con SAFIX y comparado con las ejecuciones de mantenimiento de 2015, siguen arrojando equipos que no aparecen, adicionalmente se dificulta el rastreo de los equipos que no estaban disponibles porque se encontraban guardados o porque no aparecían, especialmente en los centros de salud. Esta problemática debe ser ajustada con las diferentes sedes, teniendo en cuenta la importancia de contar con los mantenimientos preventivos de los equipos biomédicos al día.

Cumplimiento por contrato de mantenimiento

Etiquetas de fila	Actividades programadas 4° trimestre	Actividades ejecutadas 4° trimestre	Cumplimiento de mantenimiento	Observaciones
Autoclaves de Barrera	7	7	100,00%	
Basculas y balanzas	444	502	113,06%	Reprogramadas del tercer trimestre
Ecógrafo	3	3	100,00%	
Equipos Biomédicos	377	246	65,25%	El proveedor de mantenimiento no ejecuto todas las visitas, se inició un proceso con el proveedor y la aseguradora y estamos en espera del informe de cumplimiento del contrato.
Equipos de Diagnóstico y Apoyo	947	779	82,26%	La programación según inventario de SAFIX arroja muchos equipos que no aparecen a la hora de hacer mantenimiento. Y en las sedes no ayudan en el rastreo de los equipos
Equipos de Gases	3	3	100,00%	

Etiquetas de fila	Actividades programadas 4° trimestre	Actividades ejecutadas 4° trimestre	Cumplimiento de mantenimiento	Observaciones
medicinales				
Equipos de Laboratorio	185	185	100,00%	
Equipos de Odontología	1268	1175	92,67%	
Equipos de rayos X	58	63	108,62%	
Equipos Médicos y de Fisioterapia	30	34	113,33%	
llamados de Enfermería	18	20	111,11%	
Máquina de Anestesia	3	3	100,00%	
purificadores de agua	9	9	100,00%	
Refrigeradores	59	63	106,78%	
Calibraciones	888	503	56,64%	Algunos equipos programados no todos estuvieron disponibles y se adelantaron la mitad de las actividades en el trimestre anterior.
Total	4.299	3.595	84%	

b) Indicador: % De ejecución del Plan de Mantenimiento del parque automotor
Meta 4° Trimestre: 25%

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% De Cumplimiento
% De ejecución del Plan de Mantenimiento del parque automotor	25%	23%	93%

En la siguiente tabla se muestra el cumplimiento de los mantenimientos preventivos del Parque Automotor según la programación del cuarto trimestre.

UPSS	Actividades programadas Cuarto trimestre	Actividades ejecutadas 4º trimestre	Porcentaje de cumplimiento	Observaciones
Parque Automotor	40	37	93%	Se ejecutan según el cumplimiento del kilometraje

c) Indicador: % De ejecución del plan de mantenimiento de infraestructura
Meta 4º Trimestre: 25%

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% De Cumplimiento
% De ejecución del Plan de Mantenimiento de la infraestructura	25%	24.8%	99.5%

Indicador acumulado al cuarto trimestre: 99.5%.

Control y ejecución de mantenimientos preventivos y correctivos

A través de los contratos de mantenimiento suscritos entre la E.S.E. Metrosalud y los contratistas, se garantizan y se atienden los mantenimientos preventivos y correctivos de todos y de cada uno de los equipos de ayuda a la infraestructura física y a la infraestructura misma; para lo cual los contratistas ejecutan los trabajos y los supervisores de los contratos realizan las gestiones y seguimientos necesarios para el cumplimiento de las metas establecidas en la programación y en el plan de mantenimiento.

Los seguimientos, controles y resultados del plan de mantenimiento del cuarto trimestre y del acumulado del año, se presentan para el presente informe, en formato digital, para lo cual se elaboraron cuadros de seguimiento a los mantenimientos preventivos y correctivos de la infraestructura física, consistentes en, informe consolidado del cuarto trimestre, acumulado del total de año 2016 y cuadros de evidencias de mantenimientos a cargo del Ingeniero Jorge Iván Romero A. y de Mauricio Ramirez, Auxiliar Administrativo de Mantenimiento

De acuerdo con el plan de mantenimiento, con relación a mantenimientos ejecutados sobre los mantenimientos programados, el indicador del trimestre y del acumulado son los siguientes:

En total se dejaron de ejecutar 19 (diecinueve) mantenimientos preventivos en el año, 16 correspondientes a equipos de aire acondicionado y 3 (tres) a la planta eléctrica del C.S. San Lorenzo; el proveedor de mantenimiento de equipos de aires acondicionados manifestó que hubo dificultad en la consecución oportuna de repuestos (equipos discontinuados) y que otros equipos no fueron dispuestos por algunas sedes para mantenimiento preventivo; con referencia al mantenimiento de la planta eléctrica el proveedor manifestó que el mantenimiento correctivo no fue atendido oportunamente por atraso en los pagos de varias facturas y no disponía de recursos. En los demás equipos de apoyo a la infraestructura se cumplió el mantenimiento programado.

4. Atender solicitudes de mantenimiento por el aplicativo de manera oportuna (Referente a la Tecnología biomédica en la red de servicios y la metrología; y de la infraestructura de la red hospitalaria y sedes administrativas)

d) Indicador: % de mantenimientos correctivos solicitados atendidos oportunamente referente a la Tecnología biomédica en la red de servicios y la metrología

Meta 4° Trimestre: 100%

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% De Cumplimiento
% de mantenimientos correctivos solicitados atendidos oportunamente referente a la Tecnología biomédica	100 %	49%	49%

Este indicador se ve afectado por la consecución de repuestos y adicionalmente a las condiciones del contratista por los incumplimientos en los pagos.

- e) Indicador: % de mantenimientos correctivos solicitados atendidos oportunamente referente a la infraestructura de la red hospitalaria y sedes administrativas

Meta 4° Trimestre: 100%

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% De Cumplimiento
% de mantenimientos correctivos solicitados atendidos oportunamente referente a la infraestructura	100 %	78%	78%

Atención de mantenimientos correctivos informados y su seguimiento a través del Aplicativo Mesa de Ayuda

A través del software de Mesa de Ayuda, con relación al tema de Infraestructura física, los usuarios ingresan las solicitudes de mantenimientos correctivos que se presentan en la red hospitalaria; luego el personal a cargo del tema de mantenimiento (agentes/responsables), clasifican, programan y realizan las gestiones para garantizar la atención oportuna de cada una de las novedades.

El aplicativo de solicitudes comenzó a operar desde el mes de junio de 2016 y para el cuarto trimestre se tiene la información estadística que arroja dicho software (Se remite archivo digital en formato Excel), del cual se obtiene la siguiente información:

- Cantidad de mantenimientos correctivos solicitados en el cuarto trimestre: 118
- Cantidad de mantenimientos correctivos cerrados con éxito: 92
- Cantidad de mantenimientos correctivos cerrados sin éxito: 14
- Cantidad de mantenimientos correctivos abiertos al 31 diciembre de 2016: 1
- Cantidad de mantenimientos correctivos sin asignación de agente (nuevos): 11
- Cantidad de mantenimientos correctivos pendientes abiertos del tercer trimestre: 2

Mantenimientos correctivos cerrados sin éxito

Las variables que incidieron para que se catalogaran en esta clasificación, fueron en general las siguientes:

- Varios correctivos fueron atendidos y sin embargo se cerraron sin éxito por error del agente.
- Algunos correctivos dependían de la atención de otro agente/responsable, ajeno al área de mantenimiento y por error se cerraron sin éxito.
- El mismo correctivo ingresado varias veces con diferente Ticket y se clasificó cerrado sin éxito, ya que el contratista se negó a atender el correctivo, aduciendo no pago de facturas por parte de Metrosalud.
- La atención de la novedad estaba supeditada a la atención por parte de compañía de seguros, declarada por siniestro.

Mantenimientos correctivos abiertos:

- Pendientes abiertos (tercer trimestre)

Las variables que incidieron para que no se cerraran dentro del periodo fueron las siguientes:

- Correctivos de alto costo y no disposición de presupuesto en contratos de suministro de materiales y/o caja menor.
- Pendientes abiertos (cuarto trimestre)

Las variables que incidieron para que no se cerraran dentro del periodo fueron las siguientes:

- Novedad en atención por garantía; el contratista atiende correctivo en varias oportunidades, sin embargo quedó en observación para hacer seguimiento.

Mantenimientos correctivos nuevos:

- Varias de las novedades fueron solicitadas en los últimos días del periodo (vacaciones colectivas)
- Varias de las novedades ingresadas varias veces con diferente Ticket.

- Varias de las novedades no fueron clasificadas, asignadas o reasignadas oportunamente por el agente.

Se deja la claridad que la cantidad de solicitudes de mantenimientos correctivos informados a través del aplicativo es muy inferior a la cantidad de correctivos atendidos en el periodo; lo anterior principalmente por las siguientes causas:

- Algunas de las novedades atendidas no son informadas a través del aplicativo.
- Novedades detectadas, diagnosticadas y atendidas en el sitio por los contratistas de mantenimiento y por personal de mantenimiento ubicados en la red hospitalaria.

Consolidado de Indicadores en el año 2016 en Gestión tecnología de soporte clínico y gestión de el Plan de Mantenimiento de la tecnología de soporte clínico de la red de servicios y sedes administrativas; el Parque Automotor; y la Infraestructura de la Red Servicios y Sedes Administrativas

Tareas	Indicadores	Cantidad Ejecutada en 2016				Acumulado	Cantidad Año (Meta)
		T1	T2	T3	T4		
Gestionar la dotación de la Red Hospitalaria	% De cumplimiento en la ejecución de los recursos asignados al proyecto		12%	53%	29%	94%	100%
Verificar y actualizar el inventario	Inventario actualizado	3	---	---	---	3	3
Elaborar Plan de Mantenimiento	Plan de Mantenimiento y cronograma de actividades formulado	1	---	---	---	1	1
Ejecutar y monitorear el Plan de Mantenimiento de equipos biomédicos y metrología	% De ejecución del Plan de Mantenimiento de equipos biomédicos y metrología	23%	23%	26%	21%	93%	100%
Ejecutar y monitorear el Plan de Mantenimiento del parque automotor	% De ejecución del Plan de Mantenimiento del parque automotor	25%	23%	24%	23%	95%	100%
Ejecutar y monitorear el Plan de Mantenimiento de infraestructura	% De ejecución del plan de mantenimiento de infraestructura	25%	24%	25%	25%	99%	100%
Atender solicitudes de mantenimiento por el aplicativo de manera oportuna de la tecnología biomédica	% de mantenimientos correctivos solicitados atendidos oportunamente de Tecnología biomédica	64%	80%	64%	49%	66%	100%
Atender solicitudes de mantenimiento por el aplicativo de manera oportuna de la infraestructura	% de mantenimientos correctivos solicitados atendidos oportunamente de infraestructura	80%	100%	83%	78%	85%	100%



Componente 1. Metrosalud incluyente y en armonía con el entorno

Programa: Participación Social.

Proyecto. Participación activa usuario, familia y comunidad.

En el proceso de gestión de la participación, se establece el procedimiento de Escucha Activa del Sistema de Información y Atención al Usuario y al Ciudadano –SIAUC-, el cual tiene como objetivo “tramitar las manifestaciones interpuestas por los usuarios, familia y comunidad clasificadas como Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias -PQRS- en el aplicativo SAFIX de la Entidad”. En el cuarto trimestre la ESE Metrosalud recibió **1.170** y en total en el año se recibió y registró en el sistema **6.524** manifestaciones clasificadas de la siguiente manera:

Informe de escucha activa.

ESE Metrosalud acumulado 2016

TIPO DE MANIFESTACIÓN	N°	%
QUEJA	956	14,7%
RECLAMOS	1403	21,5%
SUGERENCIAS	461	7,1%
RECONOCIMIENTOS	1532	23,5%
ORIENTACION	1938	29,7%
PETICIONES	223	3,4%
OTROS-INSULTOS	11	0,2%
TOTALES	6524	100%

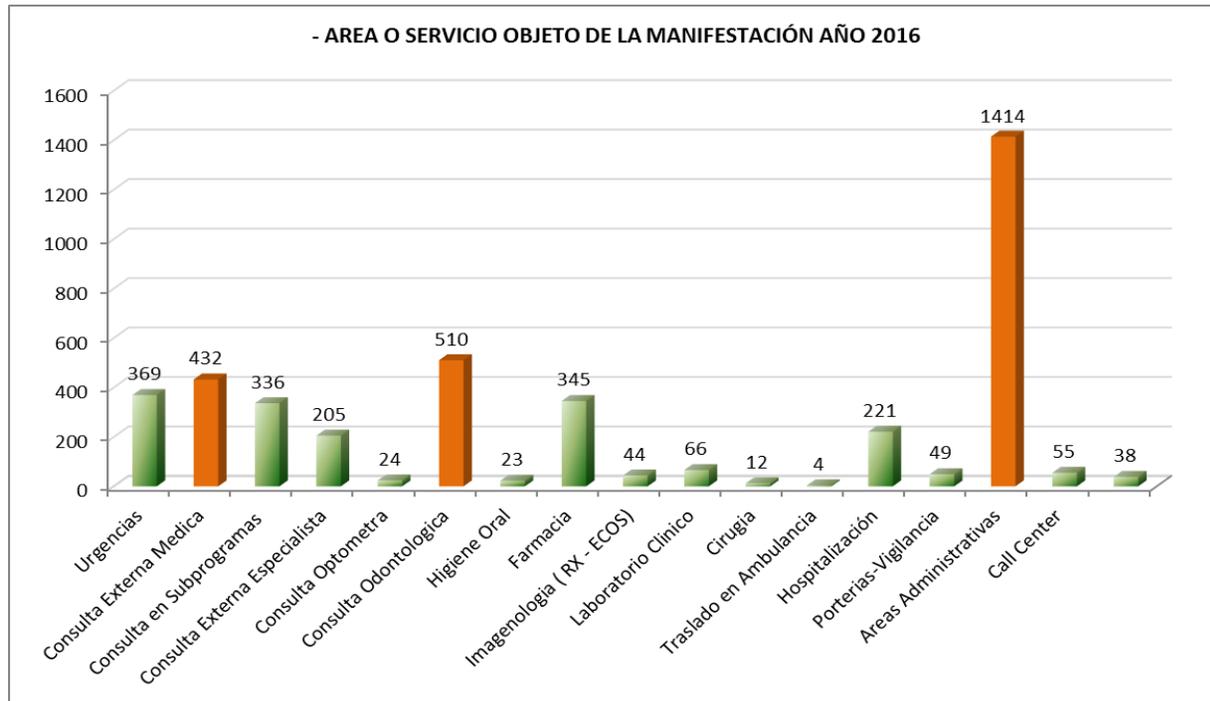
Fuente: Aplicativo SAFIX. Subgerencia Red de Servicios enero de 2017

Las manifestaciones clasificadas como queja o reclamo son objeto de análisis en el comité técnico de cada UPSS. Una vez se realiza el debido proceso con el o los servidores implicados, se definen las acciones de intervención puntuales que permitan mejorar la prestación del servicio y se procede a dar respuesta al peticionario en un término no mayor a 15 días hábiles. Es importante resaltar que las manifestaciones de reconocimientos y felicitaciones a los servidores tienen una tendencia favorable, no sólo para motivar al servidor, sino para la buena imagen institucional y la satisfacción de los usuarios.

Las manifestaciones que refieren "orientación" ocupan el mayor porcentaje, 29,7% de la totalidad de las manifestaciones presentadas a la ESE. La mayoría de estas manifestaciones se relacionan con solicitud de información sobre afiliaciones al Sistema de salud, SISBEN, portabilidad, subsidios, entre otros, los cuales no son pertinentes a Metrosalud, pero se registran porque se les brinda la información a los usuarios y se deriva la manifestación a la institución competente de la respuesta.

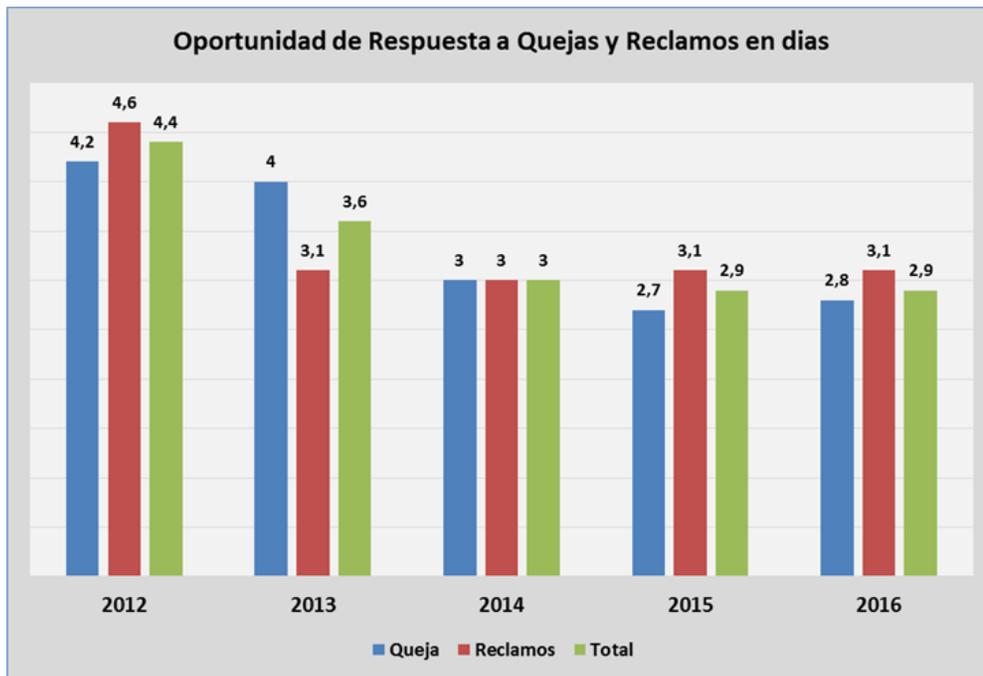
Frente al indicador "proporción de manifestaciones con respuesta antes de 15 días" se tiene una oportunidad de respuesta en el cuarto trimestre de 97% y un acumulado para el año del 96%.

Las manifestaciones recibidas durante el año se presentaron en los siguientes servicios:



Como puede observarse el mayor número de manifestaciones se presentan en el área administrativa en temas no competentes a Metrosalud como Afiliaciones, Puntaje SISBEN, portabilidad, autorizaciones entre otras. Las competentes a Metrosalud se les dan el mismo tratamiento que establece el procedimiento de Escucha Activa.

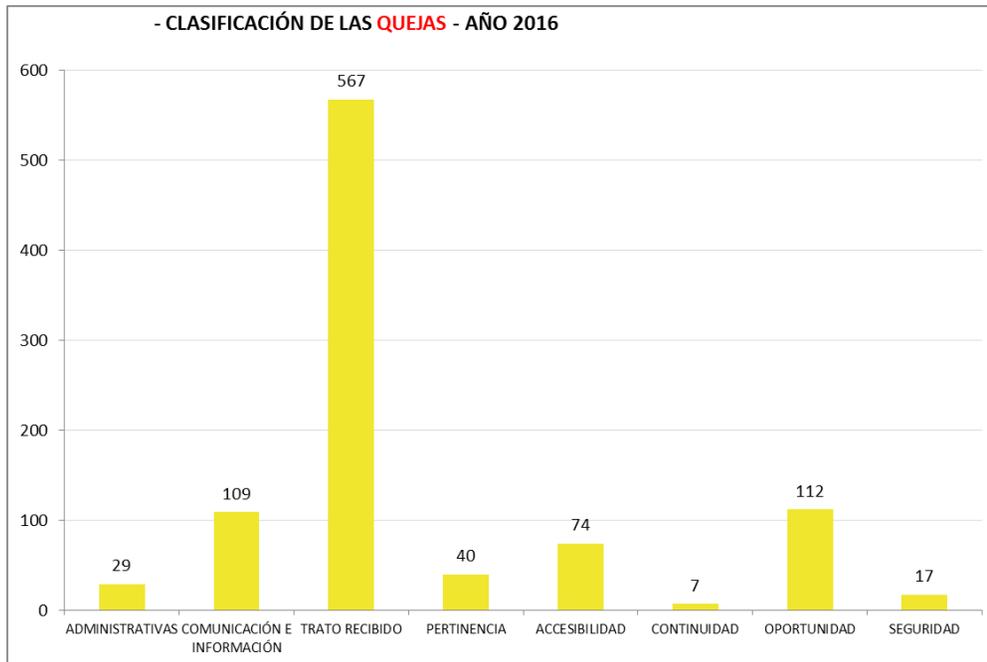
La tendencia de este indicador ha sido hacia la mejora pasando de 4.4 días en 2012 a 2.9 en 2016, tal como se muestra en la siguiente gráfica:



En el siguiente cuadro, se pueden observar las causales de las quejas interpuestas por los usuarios, donde el **trato recibido** es el de mayor proporción con un 59% del total de quejas, seguido de **oportunidad** con un 12% de representación y en tercer lugar **fallas de comunicación e información** con un 11% de representación, lo que implica una intervención de mejora en el Plan interno de capacitación –PIC- actividades de comunicación asertiva y cultura organizacional y humanización.

Accesibilidad y oportunidad representan el 20%, haciendo referencia a la consecución de citas médicas y entrega de medicamentos formulados.

Clasificación de las Quejas



Fuente: Sistemas de Información – Escucha activa 2016.

En cuanto a las manifestaciones clasificadas como **reclamos**, en el cuarto trimestre del año, se recibieron 348, equivalente al 29.8% del total de las manifestaciones de este periodo, a las cuales se les dio respuesta en un promedio de 3.1 días. Del total de reclamos recibidos, se dejaron de responder oportunamente 4 por falta de datos del destinatario. El acumulado del año respecto a los Reclamos es de 1403 equivalente al 21.5%, de los cuales se dejaron de responder 36 porque los usuarios no dejaron datos de destinatario para las respectivas respuestas. Los dos motivos más significativos en los reclamos fueron **accesibilidad** con un 32% y **oportunidad** con un 24%.

Con respecto a la satisfacción de los usuarios con la **respuesta recibida** a su queja o reclamo, se obtuvo un resultado del 72% en el cuarto trimestre que comparado con el semestre 2 del mismo año desmejoró, alejándose de la meta programada de 80%; sin embargo para el acumulado del año se obtuvo 76%, ameritando formulación de acciones de mejoramiento en la pertinencia y calidad de la respuesta.

Otro indicador de satisfacción es el que mide la "Proporción de usuarios satisfechos con el servicio recibido", evaluado por medio de la aplicación de la encuesta a satisfacción. El resultado global de esta encuesta fue del 95%,

un punto por debajo de la línea base establecida. Los servicios evaluados obtuvieron los siguientes resultados:

Porcentaje de Satisfacción por UPSS y sus respectivos servicios

PORCENTAJES DE SATISFACCION - ENCUESTAS AÑO 2016

UPSS	CONSULTA MEDICA	AMBULANCIA	AYUDAS DX.	CIRUGIA	FARMACIA	INTERNACION	LABORATORIO	ODONTOLOGIA	PARTOS	PYP	URGENCIAS	TOTAL
BELEN	92,0%	97,1%	89,2%	91,7%	98,1%	94,4%	95,5%	98,0%	100,00%	96,9%	75,6%	95,4%
BUENOS AIRES												
CASTILLA	91,4%	100,0%	97,7%		86,1%	97,1%	97,8%	96,4%		96,8%	66,7%	92,6%
DOCE OCTUBRE	93,8%	100,0%	93,1%		94,3%	100,0%	97,7%	100,0%		96,6%	87,5%	95,9%
MANRIQUE	92,3%	95,2%	91,8%	91,7%	96,9%	94,6%	92,7%	89,1%	100,00%	98,8%	70,0%	93,6%
S. A. PRADO	96,7%	100,0%	100,0%		98,4%	100%	95,2%	98,8%	100,00%	100,0%	92,5%	98%
SAN CRISTOBAL	97,1%				98,1%	100%	100%	99,1%		100,0%	97,4%	98,7%
SAN JAVIER	96,5%	97,4%	97,7%		98,8%	94,9%	97,6%	91,3%	100,00%	97,3%	97,5%	96,3%
SANTA CRUZ	91,3%	98,8%	92,9%		96,6%	100,0%	93,7%	93,8%		97,0%	77,4%	93,8%
N. OCCIDENTE	96,3%	100,0%	93,8%		99,3%	100,0%	96,6%	99,2%		96,9%	92,3%	97%
TOTAL ESE METROSALUD	93,5%	98,5%	94,6%	91,7%	96,4%	97,7%	96%	95,0%	100,00%	97,7%	84,1%	95,2%

TOTALES ENCUESTAS ESE METROSALUD	CONSULTA MEDICA	AMBULANCIA	AYUDAS DX.	CIRUGIA	FARMACIA	INTERNACION	LABORATORIO	ODONTOLOGIA	PARTOS	PYP	URGENCIAS	TOTALES ESE METROSALUD
	1965	227	313	60	2069	302	462	1922	51	1900	441	9712

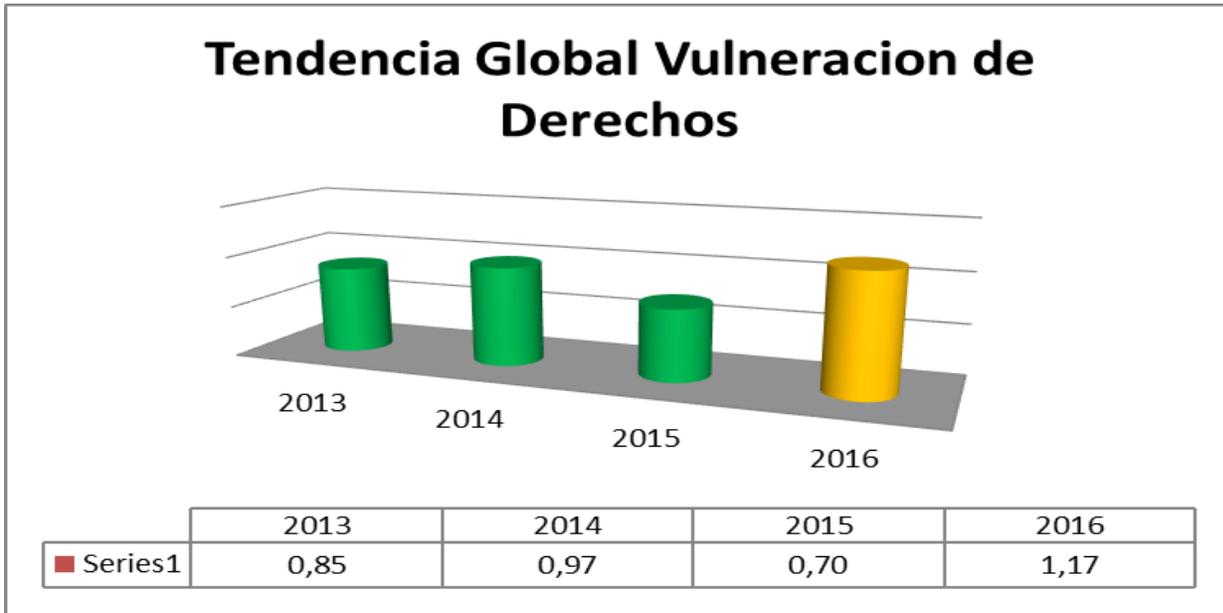
Fuente: oficina Sistemas de Información, encuesta a satisfacción noviembre 2016.

En total se aplicaron 9712 encuestas como una muestra aleatoria distribuida en todos los puntos de atención de la red de servicios. Como puede observarse, el servicio de urgencias, con excepción de San Cristobal y San Javier, es el que menos satisface a los usuarios y sus familias, quienes refieren que los tiempos de atención son muy largos y que en la mayoría de las veces, después del triage, los remiten a cita prioritaria o externa.

La Unidad prestadora de Servicios de Salud –UPSS- que tiene calificación más alta en satisfacción en la Prestación de servicios es San Cristobal con un 98.7% y la de menor puntaje obtenido es Castilla con 92.6%; esta última debe hacer un plan de mejoramiento específicamente para los servicios de urgencias, farmacia y consulta médica.

Para la Gestión del SIAUC el indicador de proporción de vulneración de derechos es medido por medio de las manifestaciones clasificadas como quejas sobre la cantidad de pacientes atendidos en el periodo evaluado. En el siguiente gráfico se observa la tendencia del indicador en los últimos cuatro

años, el cual ha ido aumentando y a pesar de permanecer dentro de la meta, requiere mayor análisis y probablemente acciones de mejora.



Otro componente de este proyecto, es la conformación y funcionamiento de los mecanismos de participación social en salud de competencia de la ESE, para lo cual se realizó la convocatoria para actualizar la asociación de usuarios para el periodo 2016-2018 y la convocatoria para actualizar los integrantes del comité de ética hospitalaria 2016-2019; ambos mediante acto administrativo expedido por la Gerencia.



Proyecto: Formación ciudadana en salud

En este proyecto se tiene como actividad principal gestionar el programa de sensibilización a los usuarios, para lo cual se tiene establecido un cronograma de capacitación y sensibilización en temas relacionados con el sistema de seguridad social en salud dirigido a usuarios de los servicios de salud. El indicador con que se mide esta actividad es el porcentaje de cumplimiento de dicho cronograma, el cual para este cuarto trimestre tuvo un resultado de 61% y un acumulado del año de 83%. Se logró durante todo el año realizar **50.471** actividades educativas, entre otros temas: manual de escucha activa, derechos y deberes, rutas de atención en violencias y modelo de prestación de servicios con enfoque en APS por ciclo vital.

También se realizó la diseminación de las Guías de Práctica Clínica con la comunidad en articulación con el Comité de Vigilancia Epidemiológica COVECOM de la Secretaría de Salud de Medellín. Se socializaron las recomendaciones trazadoras con la siguiente agenda:

PROGRAMACIÓN
Despliegue guías de práctica clínica con comunidad
"La salud un asunto de todos"

Objetivo:

Dar a conocer a la comunidad las guías de práctica clínica basadas en la evidencia que se han implementado en la ESE Metrosalud como un aporte a los procesos de mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud y de corresponsabilidad en el cuidado de la misma.

Hora	Expósitor/Actividad	Tema
12:30 - 1:00	Registro de Asistentes	
1:00 - 1:50	Doris Yance Profesional especializada Secretaría de Salud de Medellín. Dra. Natalia Lopez Delgado Directora operativa Área de gestión clínica y promoción y prevención - ESE Metrosalud Dr. Fernando Montes Medico Epidemiologo Secretaría de Salud de Medellín	Apertura y contextualización
1:50 - 2:10	Dra. Clara Paulina Rivera Medica Estrategia AIEPI Unidad hospitalaria Manrique ESE Metrosalud	Guía Práctica Clínica Crecimiento y Desarrollo
2:10 - 2:30	Dra. Johana Velasquez Medica Evaluacion concurrente Área de gestión clínica y promoción y prevención - ESE Metrosalud	Guía Práctica Clínica Control Prenatal
2:30 - 2:50	Dr. Rodrigo Ramirez Medico programas hipertension y diabetes Unidad hospitalaria Castilla - ESE Metrosalud	Guía Práctica Clínica Hipertensión Arterial
2:50 - 3:10	Dra. Norma Palacio Medica de programas Unidad hospitalaria Santa Cruz - ESE Metrosalud	Guía Práctica Clínica Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
3:10 - 3:30	Dr. Jorge Posada Medico de programas Centro de salud San Blas - ESE Metrosalud	Guía Práctica Clínica Dolor Abdominal
3:30 - 3:50	Odontóloga Yolanda Jaramillo Profesional de evaluacion concurrente Área de gestión clínica y promoción y prevención - ESE Metrosalud	Guía Práctica Clínica Raíz dental retenida
3:50 - 4:10	Moderadora Dioselina Vergara Muñoz Líder de Programa Participación Social ESE Metrosalud	Sesión de Preguntas
4:10 - 4:30	Evaluación y cierre de evento	





En este evento se entregó el cuaderno a los asistentes con las recomendaciones en lenguaje sencillo:



Para cerrar el año se realizó el 30 de noviembre en el parque de la Vida el encuentro anual con la Gerente y los representantes de la asociación de usuarios donde se rindió cuentas tanto de la Asociación de Usuarios como de la Gerente a la comunidad.



Bajo el liderazgo de su presidente, Julián Barrientos, se llevó a cabo la cuarta reunión de cierre de la Asociación de Usuarios de la ESE Metrosalud, ASUME, y la rendición de cuentas de la Gerencia del periodo enero – septiembre de 2016. El encuentro contó con la participación de la Secretaria de Salud, Claudia Arenas Pajón; nuestra Gerente, Olga Mejía Jaramillo; y las delegadas de la Contraloría y Personería de Medellín.

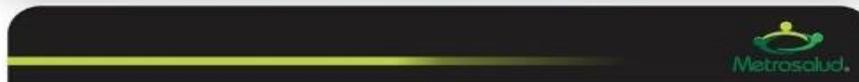
La junta central de la Asociación de Usuarios presentó el informe de gestión como instancia veedora y de control social, promotora de la participación ciudadana. Además de asistir a las reuniones mensuales de seguimiento y demás actividades programadas por Metrosalud, los delegados de la Asociación dedican su tiempo a escuchar las necesidades e inquietudes de los usuarios y a orientarlos en el buen uso de los servicios de salud, tarea que desarrollan con sus propios recursos.

Este año la Asociación hizo hincapié en la promoción del portafolio de servicios, derechos y deberes, además de los cambios incorporados en la Entidad como la ampliación de horarios y prestación de servicios de procedimientos menores en algunos puntos de atención, los cambios en la atención del triage, la implementación del Centro Integrado de Gestión en Acceso en Salud, CIGA, la asignación de citas por internet y demás estrategias que buscan optimizar el acceso y la atención en salud y cuya divulgación ha sido posible gracias al trabajo conjunto con la Asociación de Usuarios.

Reconocimiento especial para nuestra asociación de usuarios

Con el fin de motivar la participación por parte de los representantes de la Asociación, este año se hace un reconocimiento a las UPSS que tuvieron la delegación más grande en la rendición de cuentas de la Gerencia.

En nombre de todos los servidores y usuarios de Metrosalud, agradecemos la labor desinteresada de cada uno de los representantes de la Asociación de Usuarios y su interés por ayudarnos a hacer de nuestra ESE, la mejor red pública de primer y segundo nivel al servicio de los medellinenses.



Programa: Responsabilidad Social.

Proyecto: El gobierno corporativo y la ética empresarial para la transparencia.

- ✓ **Código de Ética y Buen Gobierno.** La entidad dando cumplimiento al cronograma de despliegue Institucional, realiza la divulgación del Código de Ética y Buen Gobierno, difusión que se realiza además a través de las jornadas de inducción. El total de participantes asciende a **836 personas**, de esta forma la entidad le da continuidad en la presente vigencia a este proceso, en pro de contribuir al cumplimiento del Plan de Desarrollo, el Plan de Acción y los estándares superiores de calidad en salud (Acreditación).

Código de Ética y Buen Gobierno



- ✓ **Rendición Pública de Cuentas**

El 15 de febrero del 2016 la entidad realiza la **Rendición Pública de Cuentas** a la Contraloría General de Medellín, consolidación de información realizada y gestionada desde la Oficina de Control Interno y Evaluación.

La entidad realiza durante el año dos jornadas de Rendición Pública de Cuentas una en marzo donde se rinde la gestión de la entidad a diciembre de 2015 y la otra en noviembre donde se presenta la gestión de la entidad desde el mes de enero a septiembre de 2016.

La primera jornada de **Rendición Pública de Cuentas** para los clientes internos y externos correspondiente a la vigencia 2015, se realiza en el mes de marzo de 2016 cumpliendo en un 100% con el cronograma establecido. La Jornada

de Rendición, se realiza desde el 9 de marzo hasta el 16 de marzo en todas las UPSS de la Red de Metrosalud con un total de 977 participantes entre clientes internos y externos.

El informe consolidado en un acta, se publica en la página web de la entidad, se envía a la Secretaria de Salud de Medellín y se carga en el aplicativo de la SUPERSALUD, cumpliendo con la Política de Transparencia y la Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción.

Rendición Pública de Cuentas vigencia 2015



Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional. Abril 2015

La segunda jornada de **Rendición Pública de Cuentas** se realiza el 30 de noviembre de 2016 para los clientes internos y externos. En esta jornada, se rinde la gestión de la entidad de enero a septiembre de 2016. Se cumple en un 100% con el cronograma establecido, dejándose soporte en acta de la realización del evento y publicación en la página web de la entidad. La Jornada de Rendición se realiza el 30 de noviembre en las diferentes Unidades Hospitalarias de la entidad a los clientes internos, y en el Parque de la Vida a los clientes externos (Proveedores, universidades, usuarios) con un total de 370 participantes entre clientes internos y externos.

Rendición Pública de Cuentas Enero – Septiembre de 2016



El 30 de noviembre se llevará a cabo la rendición de cuentas de enero a septiembre de 2016.

Dando cumplimiento a la estrategia de Rendición de Cuentas establecida por la ESE Metrosalud para el periodo 2015-2016, se estableció que el miércoles 30 de noviembre se presentará el Informe de gestión correspondiente a Enero - Septiembre de 2016, en un ejercicio dirigido a los usuarios, entes de control, proveedores, academia y demás grupos de interés.

Envíanos tus preguntas al correo comunicaciones@metrosalud.gov.co

Para ver la presentación haga clic [aquí](#).

Publicación en la Página web de las actividades de Rendición de Cuentas

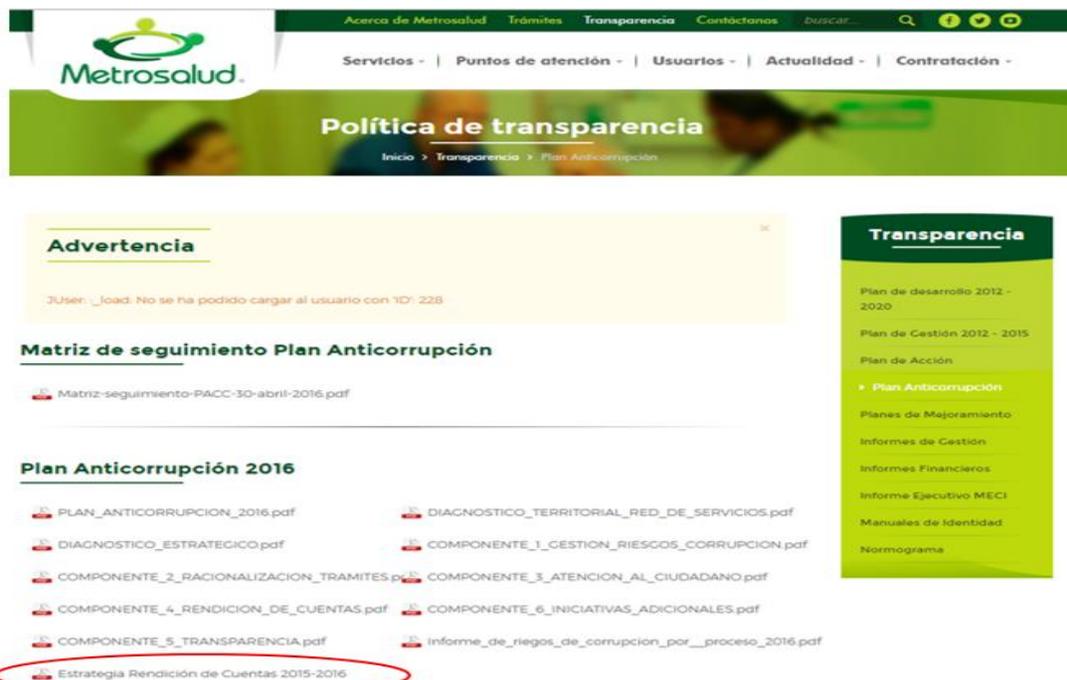


Durante la vigencia, también se realizan **rendiciones trimestrales a la Gerencia** por parte de los Jefes de las Unidades Administrativas, en donde se da a

conocer el avance en el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Acción. Producto de esta primera rendición, se genera el insumo para las Rendiciones Públicas de Cuentas y las que realiza la Gerencia al Concejo de Medellín y a la Alcaldía Municipal, entre otros organismos de control. Consecuente con lo anterior, se generan los respectivos informes para enviar a los diferentes entes gubernamentales, cumpliéndose con el 100% del cronograma de rendición.

En el 2016, se adelanta la elaboración del documento **Estrategia de Rendición de Cuentas 2015 – 2016**, y se publica en la página web de la entidad, en cumplimiento del Decreto 124 de 2016, por el cual se sustituye el título 4 de la parte 1 del libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

✓ Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano



The screenshot shows the website interface for 'Política de transparencia'. The main content area is titled 'Plan Anticorrupción 2016' and lists several PDF documents. The document 'Estrategia Rendición de Cuentas 2015-2016' is circled in red. A sidebar on the right lists various transparency documents, including 'Plan de desarrollo 2012 - 2020', 'Plan de Gestión 2012 - 2015', 'Plan de Acción', 'Plan Anticorrupción', 'Planes de Mejoramiento', 'Informes de Gestión', 'Informes Financieros', 'Informe Ejecutivo MECI', 'Manuales de Identidad', and 'Normograma'.

Se formula y publica en la página web de la entidad, el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2016, el cual incluye los siguientes componentes.

Componente 1. Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción

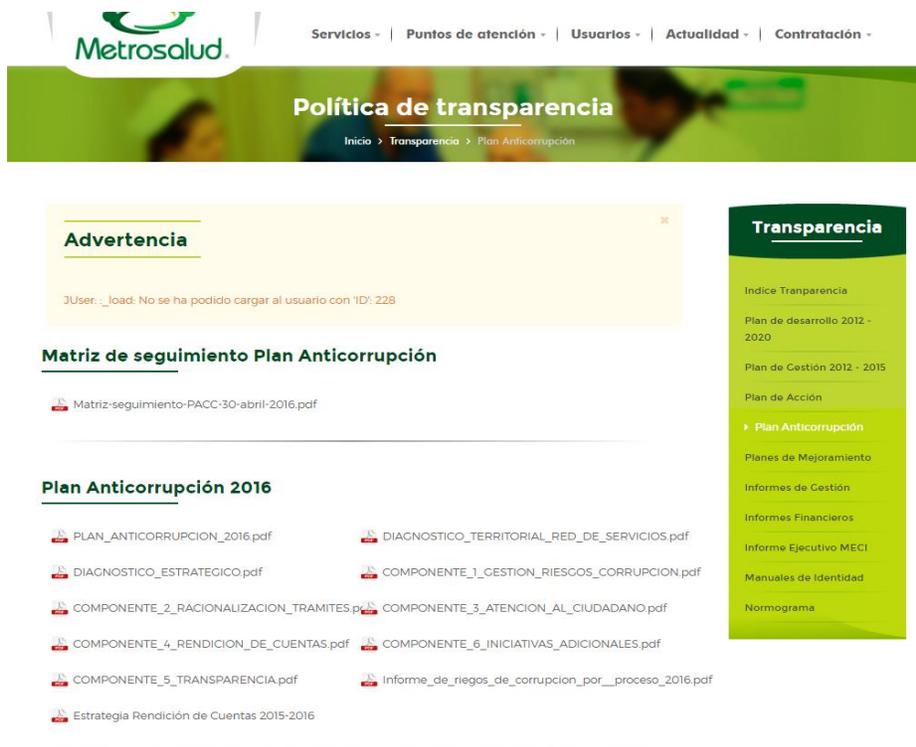
Componente 2. Racionalización de trámites

Componente 3. Atención al ciudadano

Componente 4. Rendición de cuentas

Componente 5. Transparencia y acceso a la información

Componente 6. Iniciativas Adicionales



Asimismo, se realiza la Evaluación del **Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano** correspondiente a la vigencia 2015, el cual tuvo un cumplimiento del 96% en las estrategias ejecutadas en el período, donde se destacan: La identificación, análisis y valoración de los riesgos de corrupción y su respectivo plan de intervención y, la publicación del Plan de Intervención en la Web, acorde con el cronograma establecido por el documento "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano".

Por otro lado, en este período la ejecución del plan anticorrupción y de atención al ciudadano arrojó un cumplimiento del 84% (Satisfactorio), para el cual se plantean acciones de corrección como la implementación sistemática del Plan de Intervención de Riesgos de Corrupción, la evaluación programada de los riesgos de corrupción en todos los procesos, la implementación de los canales de denuncia, la actualización de la política de participación social, la implementación y monitoreo de lineamientos de transparencia pasiva y el desarrollo del esquema de información según normatividad y la definición del listado de información clasificada y reservada.

- Se realizó en el SUIIT la actualización de los trámites de la entidad.
- Se validó la relación de trámites institucionales y se priorizaron los que principalmente deben ser abordados.
- Se implementó la solicitud de citas vía web, dando cumplimiento a lo establecido en la estrategia institucional de racionalización de trámites.
- Se viene desarrollando el trámite de solicitud de Copia de Historia Clínica, Copia del certificado de Nacido Vivo y Solicitud de certificado de Defunción a través de la página Web de Metrosalud, el cual cuenta con el diseño de los formatos para la solicitud.
- La Rendición Pública de Cuentas se realizó acorde al cronograma y el Manual de la Institución, de igual manera permitió la participación de las partes interesadas a través de preguntas, recomendaciones y felicitaciones.
- Se contó con los resultados de la aplicación de satisfacción con el servicio recibido, donde se incluye la evaluación de los resultados. Para el primer semestre de 2016, el indicador de satisfacción del usuario, frente al servicio recibido fue del 95%, manteniéndose la tendencia por encima de la meta programada equivalente al 94%.
- Se aplicó pretest y postest a los usuarios para conocer el grado de conocimiento sobre los temas ofrecidos en la capacitación, obteniéndose un resultado del 93%.
- Por otro lado se cuenta con el diagnóstico institucional en materia de transparencia y acceso a la información.

Se cuenta con un grado de conocimiento de los componentes y elementos del Plan anticorrupción y de Atención al Ciudadano del 80%, correspondiente al primer cuatrimestre de 2016, lo cual llevó a reprogramar acciones para en el segundo semestre.

Dando cumplimiento a la Ley 1712 de 2014, se estructura el índice de transparencia y acceso a la información, el cual puede ser consultado desde la página web de la entidad. Allí, tanto los clientes internos como externos, podrán visualizar información relativa a la gestión de la entidad. Datos que deberán ser de calidad, veraz y gratuitos para todos nuestros actores involucrados.



Proyecto: La Gestión Ambiental un Compromiso

1. Realizar seguimiento interno a los puntos de atención en el manejo de residuos hospitalarios (*Verificación almacenamiento de material reciclable*)

Según la programación establecida, la ejecución de las capacitaciones en el año se establecieron las metas de la siguiente manera.

Indicador: % De cumplimiento del Programa de Auditorías al Plan de Residuos

Meta 4° Trimestre: 33%

<i>Indicadores</i>	Meta programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	De
<i>Realizar seguimiento interno a los puntos de atención en el manejo de residuos hospitalarios</i>	33%	35%	100%	

Se visitaron las siguientes sedes, dejando su respectiva acta con los principales hallazgos y se ejecutaron los informes de visita.

Enciso	Santo Domingo	
Salvador	San Javier	
Sol de Oriente	Santa Rosa de Lima	
Villatina	Estadio	
Llanaditas	Villa Laura	
Santa Cruz	La Esperanza	
Villa del socorro	La Quiebra	
Pablo VI	Carpinelo	
Popular 1	Santa	Elena

El C.S. Santa Elena y el C.S. Carpinelo, fueron visitados en visita de evaluación de orden y aseo, en apoyo al área de salud ocupacional.

2. Realizar capacitación en manejo de residuos, sustancias químicas y matriz de riesgos

Indicador: Cobertura de capacitación en manejo de residuos hospitalarios

Meta 4º Trimestre: 20%

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% De Cumplimiento
Cobertura de capacitación en manejo de residuos hospitalarios	20%	35%	134%

La meta se sobrepasó debido al despliegue realizado en las reuniones de personal sobre el Plan de Residuos Hospitalario de la E.S.E. Metrosalud.

Indicador: Cobertura de capacitación en manejo de Sustancias químicas y matriz de riesgos.

Meta 4º Trimestre: 20%

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% De Cumplimiento
Cobertura de capacitación en manejo de Sustancias químicas y matriz de riesgos	20%	21%	105%

3. Ejecutar la estrategia de despliegue del Plan de Residuos Hospitalarios para los pacientes, familia y comunidad

Indicador: % Cumplimiento de las estrategias de despliegue del Plan de Residuos Hospitalarios para los pacientes, familia y comunidad.

Meta 4° Trimestre: 100%

Se realizó un video institucional del Manejo Integral de Residuos en todas las carteleras electrónicas en las Unidades Hospitalarias durante todo el año 2016, igualmente en la U.H. San Cristobal se realizó charla acerca del manejo de los residuos y demás temas de interés a los usuarios en las filas de asignación de citas a primeras horas de la mañana y espacios asignado a Savia Salud

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% De Cumplimiento
<i>% Cumplimiento de las estrategias de despliegue del Plan de Residuos Hospitalarios para los pacientes, familia y comunidad</i>	100%	100%	100%

4. Evaluar la gestión de residuos

Al finalizar las auditorias se realiza una evaluación del cumplimiento de los ítems de la lista de chequeo que comprende los requerimientos de manejo de residuos establecidos por la norma, en la Red Hospitalaria de Metrosalud.

Indicador: Cumplimiento de la gestión de residuos hospitalarios (centros de salud y unidades hospitalarias)

Meta 4° Trimestre: 100%

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% De Cumplimiento
<i>Cumplimiento de la gestión de residuos hospitalarios</i>	100%	96%	96%

5. Realizar seguimiento a empresas gestoras de residuos

Indicador: Auditorías realizadas

Meta 4º Trimestre: 0

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% De Cumplimiento
<i>Realizar seguimiento a empresas gestoras de residuos</i>	0	2	100%

Durante este trimestre se realizaron las dos visitas de auditoria a las empresas gestoras de residuos que habían quedado pendientes.

Evidencias

- Registros de asistencia y actas de visitas de seguimiento de manejo de residuos
- Registros de asistencia de capacitación de químicos.
- Listas de chequeo de verificación de residuos

Consolidado de Indicadores en el año 2016
Proyecto Fortalecer la Gestión de Residuos Hospitalarios en la ESE
Metrosalud

Tareas	Indicadores	Cantidad Ejecutada en 2016				Acumulado	Cantidad Año
		T1	T2	T3	T4		
Realizar seguimiento interno a los puntos de atención en el manejo de residuos hospitalarios	% De cumplimiento del Programa de Auditorías al Plan de Residuos	0%	37%	29%	35%	100%	100%
Realizar capacitación en Manejo de residuos	Cobertura de capacitación en manejo de residuos hospitalarios	0%	15%	17%	35%	67%	50%
Realizar capacitación en Manejo de sustancias químicas y matriz de riesgos	Cobertura de capacitación en manejo de Sustancias químicas y matriz de riesgos	0%	17%	44%	21%	82%	80%
Ejecutar la estrategia de despliegue del Plan de Residuos Hospitalarios para los pacientes, familia y comunidad	% Cumplimiento de las estrategias de despliegue del Plan de Residuos Hospitalarios para los pacientes, familia y comunidad	0%	0%	0%	100%	100%	100%
Evaluar la gestión de residuos	Cumplimiento de la gestión de residuos hospitalarios (Centros de salud y unidades hospitalarias)	0%	0%	0%	96%	96%	100%
Realizar seguimiento a empresas gestoras de residuos	Auditorías realizadas	2	0	0	2	4	4

Proyecto: Desarrollo de Relaciones con Grupos de Interés

Dentro de la actividad: Gestionar el Modelo de Responsabilidad Social Empresarial, se incluye la elaboración del documento Informe de Balance Social 2015, el cual está articulado a los 6 componentes del modelo, a saber: Medio Ambiente, Proveedores y Clientes, Comunidad, Transparencia y anticorrupción, Prácticas Laborales y Gobierno Corporativo. Este documento fue publicado en página Web para disposición de toda la comunidad y los grupos de interés.

El resultado del grado de conocimiento sobre el Modelo de responsabilidad Social Empresarial ha fluctuado entre los siguientes valores:

Segundo cuatrimestre de 2015 alcanzó 84% y para el segundo cuatrimestre de 2016 alcanzó el 59%.

En el período se realizó la campaña motivacional Reduce – Reúse – Recicle, la cual estaba encaminada a que la organización fortalezca buenas prácticas frente a la protección del medio ambiente, dando respuesta a los objetivos determinados en el modelo de responsabilidad social empresarial.



Componente 2: Gestión de la Calidad y Desarrollo Organizacional

Programa: Direccionamiento Estratégico para el Desarrollo

Proyecto: Desarrollo del Sistema de Planeación Institucional

Dando cumplimiento a la normatividad vigente: Ley 152 de 1994, Ley 951 de 2005, Ley 1438 de 2011, Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, la entidad en el primer trimestre elabora, envía a los entes de control respectivos y publica en la página web, los siguientes documentos:

- Informe Plan de Desarrollo y Plan de Acción 2015.
- La Evaluación del Plan de Gestión 2015.
- Acta de Entrega Informe de Gestión 2012 – 2015.
- Seguimiento al Plan de Inversiones 2015.
- Formulación Plan de Acción 2016.

Evaluación Plan de Gestión 2015



Informe Plan de Desarrollo y Plan de Acción 2015



Acta de entrega Informe de Gestión 2012 - 2015



Seguimiento al Plan Operativo Anual de Inversiones

Seguimiento Plan Operativo Anual de Inversiones

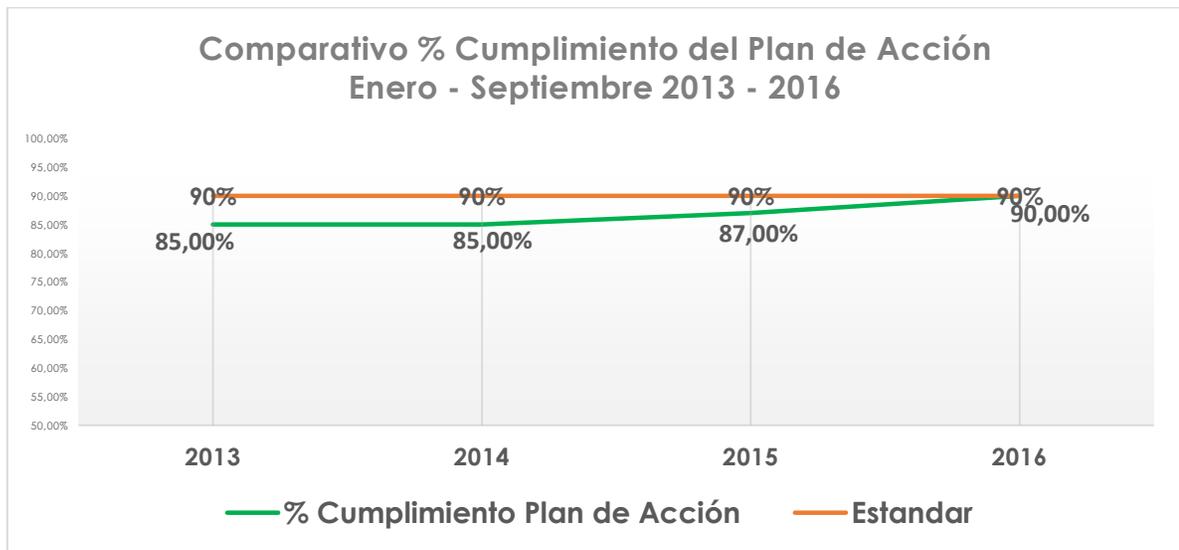
- SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL DE INVERSIONES
- SEGUIMTO_POAI_2015.pdf
- SEGUIMTO_POAI_2014.pdf
- SEGUIMTO_POAI_2013.pdf

Plan de Acción 2016



The screenshot shows the website interface for the Plan de Acción 2016. It includes a navigation menu with options like 'Servicios', 'Puntos de atención', 'Usuarios', 'Actualidad', and 'Contratación'. A main banner reads 'Política de transparencia'. Below this, there is an 'Advertencia' section with a message: '3 user _load No se ha podido cargar el usuario con ID: 228'. The main content area is titled 'Plan de Acción 2016' and lists several action lines: '1 Acuerdo No.279', '2 Plan de Acción 2016B', 'LINEA 1 - PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUDOD2016B', 'LINEA 2 - COMPETITIVIDAD FUENTE SOSTENIBILIDAD', 'LINEA 3 - EFICIENCIA ADVA Y FRA NUESTRO RETO2', and 'LINEA 4 - EL CONOC Y LA INNOVARECUPERAD2016B'. A sidebar on the right contains a 'Transparencia' menu with links to various reports and documents.

- ✓ El porcentaje de cumplimiento del **Plan de Desarrollo** a diciembre de 2015 fue del 92,14% y el del **Plan de Acción** para el período enero – septiembre de 2016 fue del 89%.



Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional. Diciembre de 2016

- ✓ En el siguiente cuadro, se muestra el estado de los **proyectos de inversión** adelantados por la entidad con recursos internos y/o externos, para el período enero – diciembre.

Informe de proyectos adelantados por la ESE Metrosalud en el 2016

Nro.	Proyectos	Ejecución Inversión obligaciones (Cifras en pesos)	en por	En preinversió n	En ejecuci ón	Termina do	Observaciones
Con financiación interna							
1	Fortalecer el modelo propio de Gestión del Desempeño Laboral	\$1.939.968				x	Formulados y/o actualizados
2	Desarrollo Integral y calidad de vida del talento humano (Bienestar social, incentivos, recreación, programa de vivienda servidores y trabajadores oficiales ESE Metrosalud y escucha activa al cliente interno).	\$1.297.043.095				x	Formulados y/o actualizados
3	Participación activa: Usuario, Familia y comunidad	\$1.979.656				x	Formulados y/o actualizados
4	Desarrollo de Redes del conocimiento	\$97.649.100				x	Formulados y/o actualizados
5	Fortalecimiento del Desarrollo Organizacional ESE Metrosalud	\$11.580.130				x	Formulados y/o actualizados
6	Fortalecimiento de la prestación de servicios de la Red de Metrosalud.	\$3.431.703.793				x	Pendiente de Actualización
7	Dotación de equipos médicos, científicos y administrativos	\$850.252.755				x	Pendiente de Formulación
8	Gestión de la comunicación organizacional	\$48.274.514				x	Pendiente de Actualización

Nro.	Proyectos	Ejecución en inversión obligaciones (Cifras en pesos)	En preinversión	En ejecución	Terminado	Observaciones
Con financiación interna						
9	Implementación de las Normas NIFF	\$30.720.000			x	Pendiente de Actualización
10	Formación y capacitación del Talento Humano	\$10.212.860			x	Pendiente de Actualización
11	Gestión de la tecnología de la Información	\$28.9.528			x	Pendiente de Actualización
Con financiación externa						
12	Dotación de Tecnología para Fortalecer la Prestación de los Servicios de la ESE Metrosalud	\$2.046.715.683	x			Proyecto presentado a la SSSPSA sin aporte de recursos para financiar proyecto
13	Adquisición de 10 ambulancias básicas para la ESE Metrosalud	\$3.364.000.000	x			Presentado a la SSM y al concejo, sin aporte de recursos para su ejecución
14	Aplicación de la Concurrencia con el Municipio de Medellín	\$223.285.214.205.	x			Presentado a la SSM pendiente de aporte de recursos para su ejecución
15	Reposición CS Limonar	\$4.765.890.668	x			Proyecto en proceso de viabilización por la SSSYPSA
16	Reposición del C.S. Florencia	\$5.559.713.845	x			Proyecto en proceso de viabilización por la SSSYPSA
17	Optimización de la Red de Servicios de la ESE Metrosalud (Componentes: Ampliación de horario, procedimientos menores y salud mental).	\$14.165.217.566		x		El componente de Salud Mental inicia operaciones el en enero de 2017
18	Construcción y remodelación (Reposición Unidad Hospitalaria de Buenos Aires)	\$10.794.000.000		x		En ejecución de la fase 1 primera etapa con recursos del Municipio de

Nro.	Proyectos	Ejecución Inversión obligaciones (Cifras en pesos)	en por	En preinversión	En ejecución	Terminado	Observaciones
Con financiación interna							
							Medellín.
19	Programa voluntarios Koica				x		En ejecución en las UH San Javier y Nuevo Occidente

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional. Diciembre de 2016

✓ Se adelanta también el proyecto **Medellín Digital**.

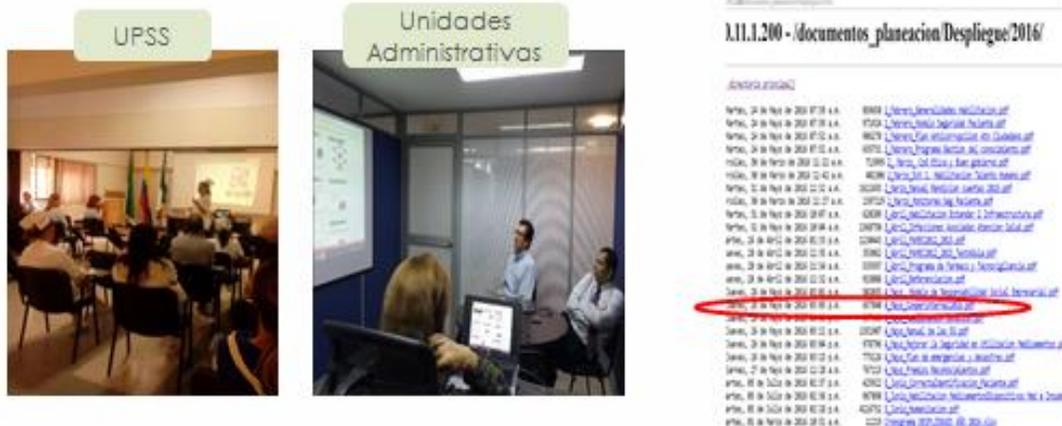
Es un Programa de la Alcaldía de Medellín, que promueve la transformación de la ciudad a través del buen uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), para que los ciudadanos mejoren su calidad de vida y entorno. Este programa tiene a disposición de la ciudadanía 200 espacios para que las personas de la comunidad disfruten de conexión libre a Internet; Metrosalud se vincula a dicho programa con conexión en 29 puntos de la red desde el 2015.

Tener habilitada la conexión libre a internet dentro de 29 lugares de la red de la ESE Metrosalud, ha sido de gran beneficio para la comunidad que accede a nuestros servicios y sirve a los usuarios de todos los grupos etarios tanto en actividades lúdicas, como académicas y para la realización de trámites virtuales. La comunidad y los clientes internos, resultan beneficiados con el servicio de internet gratuito y se cumple así con un aporte social adicional a quienes visitan nuestras instalaciones, mejorando la calidad del tiempo que los usuarios se encuentran en las salas de espera previa a la atención por parte del equipo de salud. En el segundo semestre de 2016, se tuvieron estudiantes de universidades beneficiados del fondo EPM y SAPIENCIA (Presupuesto participativo), que se vincularon como gestores al proyecto, siendo un aporte social dentro de la operación del mismo. Los gestores, capacitaron y promovieron el uso adecuado de las tecnologías por parte de los usuarios y fueron orientadores para la asignación de citas por internet a los usuarios, sistema que inicia en la ESE Metrosalud en el segundo semestre del año.

- ✓ Se realiza despliegue del **Modelo de Cooperación Internacional** en el segundo trimestre, para un total de 817 personas sensibilizadas al interior de la entidad.

Despliegue del Modelo de Cooperación Internacional

(Reuniones de Unidades Administrativas e Intranet)



✓ Proyecto de Cooperación Internacional.

La ESE Metrosalud desde la vigencia 2015, con el apoyo de la Agencia de Cooperación Internacional del Municipio de Medellín ACI, gestionó a través del Programa de Voluntarios de la Agencia de Cooperación e Inversión KOICA, unos voluntarios para apoyar los procesos asistenciales de la entidad. En el 2016, se recibe información por parte de KOICA sobre la aceptación para METROSALUD de dos voluntarios en Radiología. Los voluntarios recibieron inducción en la semana del 12 al 17 de septiembre, para incorporarse en la ESE Metrosalud a partir del 18 de octubre en las UH San Javier y UH Nuevo Occidente. Dicho proceso, se formaliza previamente mediante Acuerdo de Cooperación entre la ESE Metrosalud y la Agencia de Cooperación Internacional Koika. Los voluntarios estarán en la ESE Metrosalud por un tiempo de 2 años, siendo apoyo en el servicio.

Actividad de Inducción de los Voluntarios de Koica en la ESE Metrosalud



Programa: Sistema de Gestión Organizacional

Proyecto: Gestión de Procesos Corporativos

En el período se actualizaron los siguientes documentos de la estructura documental relacionados con procedimientos, guías, instructivos y formatos:

Listado de Procedimientos Diligenciados

PROCEDIMIENTOS	
PR0110102	DEFINICIÓN DE POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS*
PR0110103	GESTIÓN ÉTICA INSTITUCIONAL*
PR0120102	DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES*
PR0160201	DISEÑO SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL*
PR0160303	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA Y EL CONOCIMIENTO
PR020101	DISEÑAR INSTRUMENTOS, METODOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS DE GESTIÓN*
PR020102	DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE MODELOS*

PROCEDIMIENTOS	
PR110101	INGRESAR AL USUARIO
PR123101	CLASIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DEL USUARIO
PR125101	ATENCIÓN POR LABORATORIO CLÍNICO
PR151202	ADSCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Listado de Manuales – Metodologías – Modelos – Programas - Planes

MANUALES – MÉTODOLOGÍAS – MODELOS – PROGRAMAS - PLANES	
MA-01-10-1-03-03-15	Manual código ética y Buen Gobierno
MA-01-10-1-03-04-16	Código de ética Auditor Interno
MA-01-6-02-3-01-14	Manual estructura documental SIGO
MA-02-21-02-01-16	Formulación y Evaluación Planea estratégico o tácticos
ME-02-01-01-02-16	Metodología Gestión por procesos
ME-02-01-01-03-16	Metodología Diseño e implementación de procedimientos
ME-16-01-01-01-15	ME Formulación Plan de Auditoría Basada en Riesgos
MO-02-01-02-06-16	Modelo de humanización
PG-01-6-03-03-01-16	Programa Gestión del Conocimiento
PL-02-21-01-01-16	Plan Táctico Operativización Mercadeo

Listado de Instructivos – Instrucciones

INSTRUCTIVOS (I) – INSTRUCCIONES (IS)	
IN-01-6-03-01-01-15	I Evaluación y aprobación de proyectos de investigación
IN-01-6-03-01-01-15	I Evaluación y aprobación de protocolo de investigación
IN-01-6-03-01-02-16	I Selección Coinvestigadores
IN-12-22-02-01-16	I Compensaciones y descargos de inventario
IN-01-5-03-02-04-16	I Educación al usuario y su familia en prevención de infecciones asociadas a la atención en salud
IN-06-03-01-02-16	I Certificación Horas adeudadas UPSS

INSTRUCTIVOS (I) – INSTRUCCIONES (IS)	
IN-06-03-03-02-16	I Liquidación de incapacidades
IN-07-04-07-01-16	I Gestión de Comodatos
IN-12-11-01-01-16	I Interconsulta odontológica
IN-12-32-01-10-16	I Retiro de Puntos
IN-12-32-01-11-16	I Curaciones de heridas
IN-12-61-01-01-15	I Detección temprana de alteraciones del embarazo
IN-12-61-03-02-15	I Café APS
IN-12-61-04-02-15	I Taller tejiendo redes
IN-12-61-05-02-15	I Taller caja de iniciativas
IN-12-61-06-02-15	I Taller de implementación
IN-13-01-01-01-16	I Preadta hospitalaria
IN-13-02-01-09-16	I Gestión Cuadro de Turno Ambulancias
IN15-13-01-01-16	I Gestión de la estrategia IEC
IN-16-0-2-01-03-16	I Evaluación de la gestión (indicadores)
IN-16-0-2-01-04-16	I Referenciación papeles de trabajo
IS-01-5-03-02-04-16	I Educación al usuario y su familia en prevención de infecciones asociadas a la atención en salud
IS-06-04-06-01-16	IS Derechos y deberes de los estudiantes
IS12-41-01-03-16	IS criterios de remisión para parto en segundo y tercer nivel
IS12-41-01-04-16	IS Reciclaje Bolsas de Suero
IS-12-5-1-03-01-16	IS Preparación para radiografía de abdomen simple
IS-12-5-1-03-02-16	IS Preparación para radiografía de columna lumbar sacro coxis

Listado de Guías

GUÍAS	
G-01-5-3-01-01-14	G Inserción y mantenimiento de sonda vesical
GI-12-11-01-12-16	G Diagnóstico y manejo de las infecciones de la piel y tejidos blandos
GI-12-11-01-13-16	G Infección Tracto Urinario
GI-12-11-02-01-16	G (MBE) Patología pulpar y periapical
GI-12-11-02-02-16	G (MBE) Raíz dental retenida (CIE 10: K083)
GI-12-32-01-07-16	G (MBE) Rinofaringitis aguda (resfriado común)
GI-12-32-01-08-16	G Dolor abdominal agudo
GI-12-32-01-09-16	G Crisis hipertensiva
GI-12-32-01-10-16	G Insuficiencia cardíaca crónica y aguda
GI-12-32-01-11-16	G Manejo cefalea primaria
GI-12-4-00-06-01-14	G Inserción y mantenimiento sonda vesical

GUÍAS	
GI-12-41-02-01-16	G Cirugía Segura

Listado de Formatos

FORMATOS	
F-01-5-03-01-05-16	F Lista de chequeo barrera: Identificación correcta del usuario
F-01-5-03-01-06-16	F Lista de chequeo barrera: Gestión segura de medicamentos
F-01-5-03-01-07-16	F Lista de chequeo barrera: Gestión segura de medicamentos
F-01-5-03-01-08-16	F Lista de chequeo barrera: Monitoreo de la seguridad
F-01-5-03-01-09-16	F Lista de chequeo barrera: Prevención y reducción de riesgos de caídas de los usuarios
F-01-5-03-01-10-16	F Lista de chequeo barrera: Prevención y reducción de riesgos de caídas de los usuarios
F-01-5-03-01-11-16	F Lista de chequeo barrera: Atención segura gestante y recién nacido
F-01-5-03-01-12-16	F Lista de chequeo barrera: Manual de Bioseguridad
F-01-5-03-01-13-16	F Lista de chequeo barrera: Detectar, prevenir y controlar las IAAS
F-01-5-03-01-14-16	F Lista de chequeo barrera: Garantizar la funcionalidad de los procedimientos del consentimiento informado
F-01-5-03-01-15-16	F Lista de chequeo barrera: Adherencia al diligenciamiento del consentimiento informado
F-01-5-03-01-16-16	F Lista de chequeo barrera: Prevención Ulcera por presión
F-01-5-03-01-17-16	F Lista de chequeo barrera: Cirugía segura
F-01-5-03-01-18-16	F Lista de chequeo barrera: Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea
F-01-5-03-01-19-16	F Lista de chequeo barrera: Atención segura gestante y recién nacido
F-01-5-03-01-20-16	F Lista de chequeo barrera: Aislamiento hospitalario
F-01-5-03-02-06-16	F lista de chequeo educación en prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud
F-01-6-02-01-05-16	F Control documentos del sistema de gestión documental
F-01-6-02-01-06-16	F Solicitud de ajuste a documentos del sistema
F-01-6-02-01-07-16	F Documentar Instructivo
F-01-6-02-01-08-16	F Documentar trámite
F-01-6-03-01-07-16	F Evaluación proyectos de investigación
F-02-01-02-01-16	F Encuesta de satisfacción y percepción de visitantes. Referenciación
F-02-01-02-02-16	F Ficha técnica mejores prácticas/experiencias/ideas innovadoras
F-02-01-02-03-16	F Solicitud de jornadas de referenciación comparativas en la ESE Metrosalud

FORMATOS	
F-06-0-4-05-02-16	F Ficha técnica capacitación
F-06-0-4-05-03-16	F Entrenamiento en el Puesto de Trabajo
F-06-0-4-05-04-16	F Evaluación curso de inducción
F-06-0-4-05-05-16	F Registro asistencia a capacitación
F-06-0-4-05-06-16	F Evaluación Pre y Pos actividad formativa
F-06-04-06-01-16	F Seguimiento y evaluación personal en entrenamiento
F-06-04-06-02-16	F Seguimiento y evaluación de prácticas en Metrosalud
F-06-05-01-01-16	F Desplazamiento interno
F-08-04-01-01-16	F Encuesta de satisfacción del usuario interno
F-12-11-01-16-15	F Adherencia a la guía de enfermedad ácido péptica
F-12-11-01-18-15	F Adherencia a la guía de infección tracto urinario
F-12-11-01-22-15	F Adherencia a la guía traumatismo craneoencefálico
F-12-22-02-01-16	F Cuadro de compensaciones y justificaciones inventario
F-12-41-01-42-16	F Registro Control de Medicamentos
F-13-02-01-02-16	F Cambio de Turno Conductores de Ambulancia
F-15-13-01-01-16	F Evaluación actividades IEC con comunidad
F-16-02-01-02-15	F Evaluación de la historia clínica de atención del parto
F-16-02-01-03-15	F Evaluación de la historia clínica de crecimiento y desarrollo
F-16-02-01-06-15	F Evaluación de la historia clínica de planificación familiar
F-16-02-01-07-15	F Evaluación de la historia clínica de rinofaringitis aguda
F-16-02-01-08-15	F Evaluación de la historia clínica de tuberculosis
F-16-02-01-10-15	F Acta Reunión de apertura de la evaluación
F-16-02-01-11-15	F Acta de cierre de la evaluación
F-16-02-01-12-15	F Cronograma etapa de planeación
F-16-02-01-14-16	F Encuesta de evaluación de calidad de las actividades de auditoría, autoevaluación, asesoría y/o acompañamiento
F-16-02-01-15-16	F Acta de análisis de observaciones a la auditoría
F-16-02-01-16-16	F Entendimiento unidad auditable
F-16-02-01-17-16	F Verificación del procedimiento
F-16-02-01-18-16	F Papel de trabajo
F-16-02-01-19-16	F Identificación y análisis de la unidad auditable
F-16-02-01-20-16	F Presentación de informes
F-16-02-01-21-16	F Programa de trabajo Auditoría
F-16-02-01-22-16	F Cronograma de evaluaciones
F-16-02-01-23-16	F Evaluación desempeño auditor interno
F-16-02-01-24-16	F Expectativa de la alta dirección
F-16-02-01-25-16	F Evaluación de la calidad de la auditoría interna

FORMATOS	
F-16-02-01-26-16	F evaluación auditor control interno
F-16-02-01-27-16	F Evaluación calidad de la auditoría control interno
F-16-02-01-28-16	F Supervisión de la auditoría
F-16-02-01-29-16	F Evaluación de puntos de control e indicadores
F-16-02-01-30-16	F Matriz Evaluación Riesgos y Controles Unidad Auditable
F-16-02-01-31-16	F Informe de Evaluación
F-16-02-01-32-16	F Evaluación de la historia clínica de complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo
F-16-02-01-33-16	F Evaluación de la historia clínica de hipertensión arterial primaria y dislipidemias

Se han emprendido acciones para identificar y priorizar los principales procedimientos a revisar para cada área toda vez que se requiere un cronograma específico de cada documento.

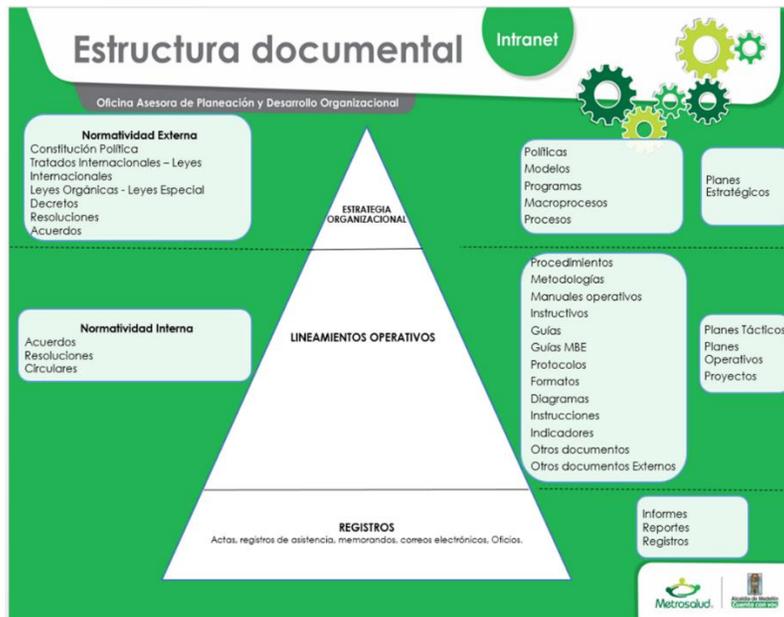
En la tabla siguiente se pueden observar los documentos actualizados o realizados en el período:

Consolidado de Documentos

Documentos	Cantidad
Procedimientos:	23
Formatos:	67
Instructivos:	20
Metodologías:	3
Modelos:	1
Instrucciones:	5
Guías:	12
Programas:	1
Manuales:	4
Planes:	1
Total	137

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional.

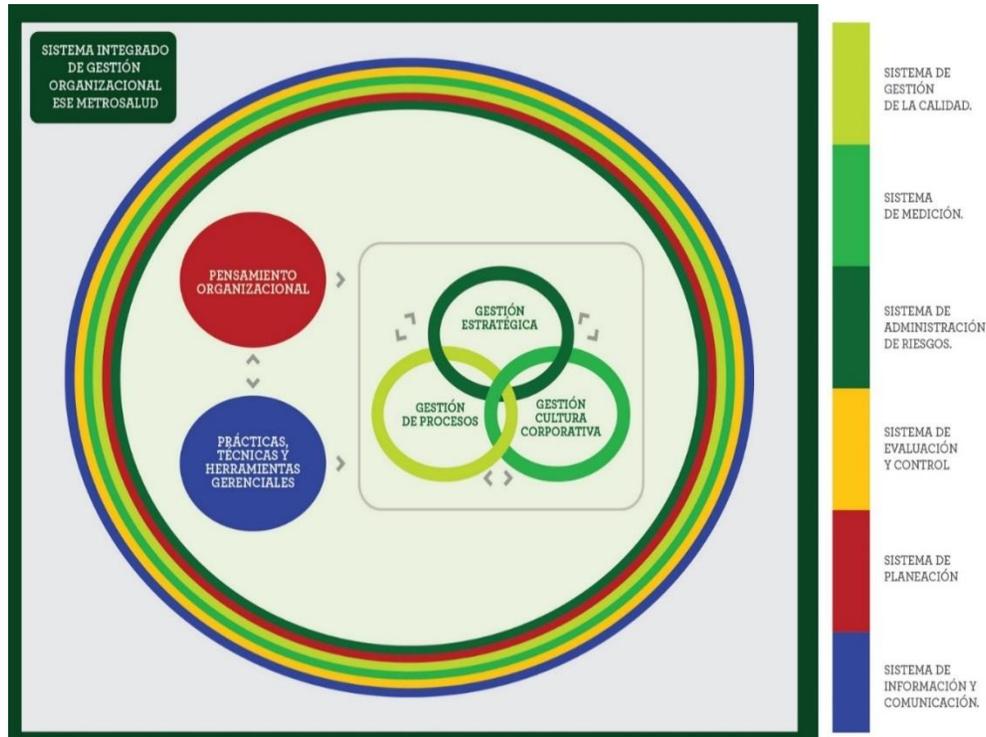
Entre los principales aspectos se puede citar el ajuste de la nueva estructura documental de la entidad, la cual se presenta a continuación:



Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional.

Proyecto: Sistema de Gestión Organizacional.

El grado de conocimiento alcanzado frente a los elementos del Sistema Integrado de Gestión Organizacional da cuenta de un 84.7% a Junio de 2015 y un 90% alcanzado al tercer cuatrimestre de 2016.



Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional.

Proyecto: Gestión de la comunicación organizacional

En el cuarto trimestre de 2016 se cumplió con el 83% del Plan de Comunicaciones Institucional, es decir, un porcentaje de eficacia del 92% sobre el 90% de la meta programada. De la meta programada para la anualidad que corresponde al 90% se ejecutó el 88% con un porcentaje de eficacia del 98%.

Durante 2016, el Grupo de Apoyo en Comunicaciones apoyó la realización de actividades institucionales, la divulgación de hechos de interés, el diseño y diagramación de piezas comunicacionales, así como la producción y difusión de medios institucionales.

Respecto a la producción de enero a 31 de diciembre de 2016 se realizaron: 2.043 publicaciones a través de medios institucionales, 520 asesorías y/o apoyo en la realización de eventos con diferentes áreas,

1.907 publicaciones en medios masivos y alternativos de comunicación sobre hechos de interés externo y se diseñaron 674 piezas comunicacionales.

De igual modo, a 31 de diciembre de 2016 se cumplió con el 100% establecido en el proyecto de reestructuración del sitio web institucional y de la intranet, de la mano con la Dirección de Sistemas de Información.



Fuente: Grupo de Apoyo en Comunicaciones. Septiembre de 2016.

Programa: Gestión del control y la evaluación institucional.

Proyecto: Gestión del riesgo organizacional y la seguridad clínica

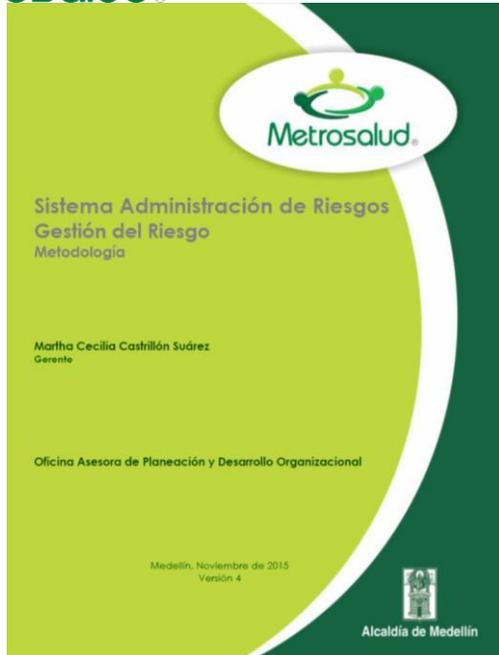
Este proyecto se desarrolla mediante la estrategia *Fomentar la gestión del riesgo en la ESE Metrosalud*, la cual incluye como tareas principales:

- Revisar y ajustar la metodología de riesgos acorde con la normatividad vigente.
- Actualizar el Mapa de Riesgos por Proceso y el Plan de Intervención de Riesgos.
- Hacer despliegue del Sistema de Administración de Riesgo, el Mapa de Riesgos por Proceso y el Plan de Intervención de Riesgos, a los servidores de la ESE.
- Implementar las acciones de intervención de riesgos definidas en el Plan de Intervención (PIR).
- Fortalecer la cultura de notificación de sucesos administrativos en el aplicativo para el registro y gestión de eventos adversos.
- Realizar seguimiento al sistema de administración de riesgos.

Las dos primeras tareas, tenían como fecha de cumplimiento, el primer trimestre de 2016. Ambas se cumplieron en el 100%.

La primera de ellas, se trabajó desde finales del año 2015 con el acompañamiento de la empresa consultora Asesorías y Soluciones Integrales, con la que se adelantó el ajuste de la metodología institucional de riesgos, siguiendo los lineamientos metodológicos de la Guía para la administración de riesgos del DAFP y de la norma ISO 31000 versión 2011. Este ajuste metodológico incluyó la definición por parte del equipo directivo, de las matrices de frecuencia, y severidad por tipo de riesgo: estratégico, de imagen, operativo, financiero, de cumplimiento legal, de información, sobre las personas, medioambiental, además de la definición de la matriz de aceptabilidad de riesgo.

Igualmente, esta nueva versión de la metodología incluye, la valoración del riesgo inherente y del riesgo residual, esta última, luego de valorar controles.



Durante el primer trimestre de 2016, se validó la metodología con los directivos responsables de los procesos, se realizó actualización a 29 servidores de la ESE en auditoría interna con enfoque en riesgos, y en sesiones de trabajo grupal con servidores de cada proceso, se realizó la identificación y valoración de riesgos, incluyendo riesgos de corrupción, y se construyó el mapa de riesgos por proceso.

Nivel de Riesgo por Proceso ESE Metrosalud 2016

Nivel De Riesgo Por Proceso	
Proceso	Año 2016
Direccionamiento Estratégico	Medio
Planeación Institucional	Bajo
Gestión Comercial	Alto
Comunicación Organizacional	Medio
Gestión Financiera	Bajo
Gestión del Talento Humano	Bajo
Gestión de Bienes y Servicios	Bajo
Gestión de la Información	Bajo
Gestión Jurídica	Muy Alto
Gestión del Control Interno Disciplinario	Bajo
Gestión del Control y la Evaluación	Bajo

Nivel De Riesgo Por Proceso	
Proceso	Año 2016
Gestión de la Mejora	Medio
Ingreso del Usuario	Medio
Atención en Salud	Medio
Egreso del Usuario	Medio
Gestión de la Participación Social	Bajo
Gestión de la Red de Servicios	Medio

Mapa De Riesgos de Corrupción ESE Metrosalud				
Frecuencia				
Repetitivo (4)			11	
Frecuente (3)				
Posible (2)		6, 8, 13	5, 7, 9, 15, 16	14
Remoto (1)		2, 10, 12	1, 3, 4	
	Menor (5)	Moderado (10)	Mayor (20)	Catastrófico (40)
Severidad				

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, febrero 2016.

Los riesgos de corrupción en riesgo alto y muy alto fueron:

Riesgo Alto

- 5. Baja cultura del control institucional.
- 7. Extralimitación de funciones.
- 9. Deficiencias en el manejo documental y de archivo.
- 15. Designar supervisores que no cuentan con conocimiento suficiente para desempeñar las funciones.
- 16. Desconocimiento de la ley, mediante interpretaciones subjetivas de las normas vigentes para evitar o postergar su aplicación.

Riesgo Muy Alto

- 11. Concentrar las labores de Supervisión de múltiples contratos en poco personal.
- 14. Falta de información sobre el estado del proceso del trámite al interior de la entidad.

Seguidamente, cada equipo de proceso, dentro de la formulación del Plan de Acción de la vigencia, formula el Plan de Intervención de Riesgos (PIR), con acciones de intervención para los riesgos en nivel alto y muy alto. A continuación se muestra un aparte del PIR 2016.

Código:
Versión:
Vigente a partir de: **PLAN DE INTERVENCIÓN DE RIESGOS 2016**
Página:
Fecha de Formulación: Febrero 2016

FECHA DE ELABORACIÓN DEL PLAN (DD/MM/AAAA)	PROCESO	RIESGO	RIESGO RESIDUAL (Nivel)	ACCIÓN DE INTERVENCIÓN (Tareas)	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO	INDICADOR	META
29-ene-16	ATENCIÓN EN SALUD	Atención insegura al binomio madre-hijo	ALTO	Implementar procedimientos de atención en disciplina enfermería	los Directores de UPSS, Director de Gestión Clínica y PYP	31-dic-16	Proporción de adherencia a procedimientos de enfermería	94%
29-ene-16	ATENCIÓN EN SALUD	Altas no autorizadas del servicio (fugas)	ALTO	Implementar rondas de seguridad alineados con los paquetes instruccionales	Subgerencia de Red de Servicios, Dirección Clínica y PYP	31-dic-16	Porcentaje cumplimiento de rondas de seguridad	85%
29-ene-16	ATENCIÓN EN SALUD		ALTO	Gestionar indicadores de calidad en la prestación de servicios de salud	los Directores de Gestión Clínica y PYP	31-dic-16	Proporción de días estancia no adecuados en los servicios de hospitalización	≤45%
29-ene-16	ATENCIÓN EN SALUD	Procedimientos quirúrgicos inseguros	MUY ALTO	Adoptar las guías para especialidades básicas y disciplinas de apoyo	Subgerencia de Red de Servicios, Dirección Gestión Clínica y PYP	31-dic-16	Proporción de guías de especialidades básicas y disciplinas de apoyo adoptadas	60%

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional.

Tanto, la metodología para la gestión de riesgos, como el Mapa de Riesgos por Proceso y el Plan de Intervención de Riesgos 2016, se remitieron a los responsables de los procesos para conocimiento e implementación, y se publicaron en la intranet institucional.

Trimestralmente, se realiza seguimiento al cumplimiento del Plan de intervención de riesgos, como parte integral de la rendición de cuentas a la Gerencia.

El cumplimiento del Plan de Intervención de Riesgos en el primer trimestre, fue de 85,3%. El cumplimiento en el segundo trimestre fue de 83,9%, acumulado a junio de 41,97%. Para el tercer trimestre el cumplimiento fue de 98,27%, y un acumulado a septiembre de 73,70%. En el cuarto trimestre el cumplimiento es del 86,79% y a diciembre de 2016 el cumplimiento acumulado es del 86%

Para los procesos de evaluación, *Gestión del Control y la Evaluación y Gestión de la Mejora*, no se generaron acciones de mitigación de riesgos, ya que ninguno de los riesgos definidos, fue valorado en nivel alto o muy alto de riesgo, luego de calificación de controles (Riesgo Residual).

En la tabla siguiente se presenta el cumplimiento por Macroproceso en 2016

Tabla de cumplimiento plan de intervención de riesgo por Macroproceso.

Macroproceso	1T 2016	2T 2016	3T 2016	4T 2016
Estratégico	56,00%	80,00%	96,00%	79,36%
Prestación de Servicios	100,00%	97,00%	99,00%	92,56%
Apoyo	100,00%	74,83%	99,80%	89,10%
Evaluación	-	-	-	-
Total	85,33%	83,94%	98,27%	87,01%
Avance-año	21,33%	41,97%	73,70%	87,01%

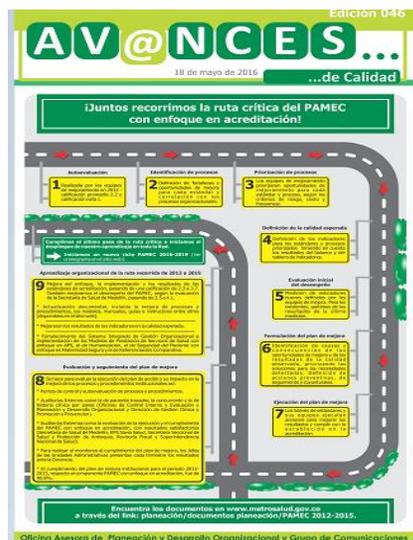
Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, diciembre de 2016

En cumplimiento de la Circular 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud se adoptó por parte de la Junta Directiva lo relativo al sistema de administración de riesgos de Lavado de Activos y financiación del terrorismo SARLFT, como parte integral del Sistema de Administración de riesgos de la ESE y se asignó al jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional como Oficial de cumplimiento, mediante Acuerdo de Junta directiva 302 de 2016. En el segundo semestre de 2016 se cargó en la página de la Supersalud la información relacionada en la circular en mención, dando cumplimiento a este requerimiento.

Proyecto: Gestión de la Mejora Organizacional (PAMEC con enfoque en acreditación)

En 2016 la ESE Metrosalud, partiendo de la autoevaluación de la organización a diciembre de 2015 contra estándares de acreditación, inicia el tercer ciclo PAMEC con un alcance de 4 años, de 2016 a 2019.

Paralelamente, realiza el cierre del segundo ciclo PAMEC 2012 – 2015, para lo cual elabora y despliega el documento de Aprendizaje Organizacional, con difusión a través de reuniones, publicación en la intranet, y del boletín Av@nces de calidad, rindiendo a entes de control los informes pertinentes que dan cuenta de su cumplimiento.



Previo al inicio del nuevo ciclo PAMEC, como parte de la planeación, se elabora el cronograma PAMEC y el documento PAMEC 2016 – 2019, el cual recoge la metodología institucional para el desarrollo de cada uno de los 9 pasos de la ruta crítica.



Luego de la autoevaluación, primer paso de la ruta crítica, cada uno de los equipos por grupo de estándares, realiza la priorización de estándares y la selección de procesos a mejorar.

Quedan priorizados 17 estándares, correspondientes a 18 procedimientos institucionales.

Procedimientos Priorizados.

- Administración de contratos
- Formación y capacitación del talento humano
- Gestión de la mejora

- Estructuración del sistema de información
- Operativización del sistema de información
- Definir el plan de comunicación organizacional
- Custodia del paciente menor hospitalizado
- Atención por hospitalización
- Atención por partos
- Identificación del usuario
- Programa de tecnovigilancia
- Identificación y valoración de riesgos
- Intervención de riesgos
- Ingreso del usuario
- Gestión del consentimiento informado
- Egreso del usuario
- Gestión de la referencia y contrarreferencia
- Administración de historias clínicas

Entre junio y julio, los equipos definen la calidad esperada a 2019, y los indicadores a implementar para el monitoreo del mejoramiento.

Se implementan 35 indicadores, cada uno con ficha técnica documentada.

Entre agosto y diciembre, la organización realiza la medición inicial del desempeño, generando la línea de base de la calidad, que servirá para complementar la formulación del Plan de Acción PAMEC, programado para el primer trimestre de 2017.

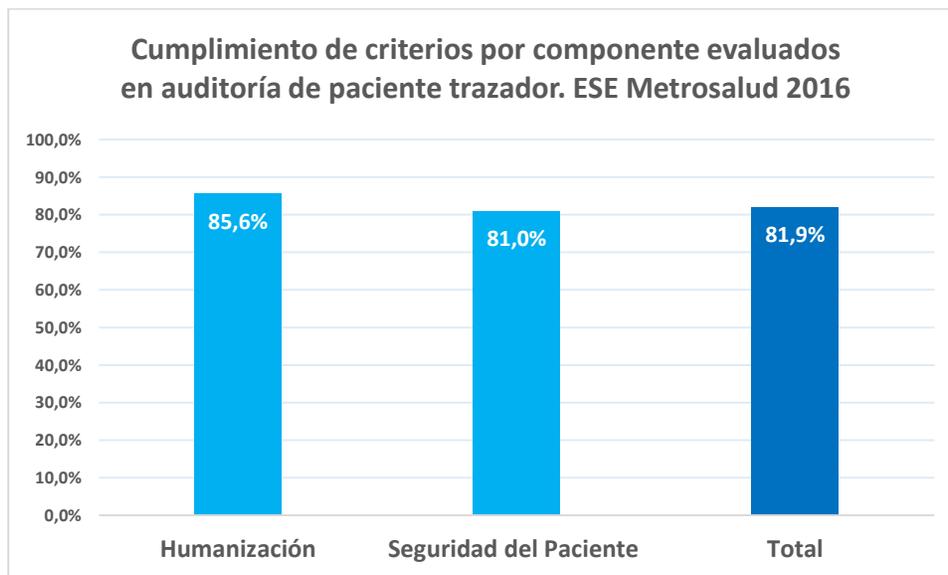
Paralelamente, la organización continúa con la evaluación de la mejora de la calidad, a través de las auditorías desarrolladas por la Dirección de Gestión Clínica y Promoción y Prevención a la adherencia a guías y protocolos, y del desarrollo de la auditoría de Paciente Trazador, coordinada por la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional y con la participación de profesionales clínicos y

administrativos certificados como auditores internos, y del monitoreo a la gestión de comités.

Los resultados generales de la auditoría de paciente trazador, muestran cumplimiento de logros (metas) en la gran mayoría de criterios evaluados, y logro de la meta ($\geq 80\%$) en los 2 grandes componentes, *Humanización* y *Buenas prácticas de seguridad del paciente*, con 85,6% y 81,0% respectivamente. Ver informe respectivo, publicado en página web institucional.

Los criterios con resultados más críticos, y sobre los que se deberán enfocar los mayores esfuerzos en pro de la mejora fueron:

- *Apoyo emocional y duelo*, cumplimiento de 50,0%
- *Garantizar la funcionalidad del procedimiento de consentimiento informado*, cumplimiento de 63,0%
- *Prevenir úlceras por presión*, cumplimiento de 61,1%

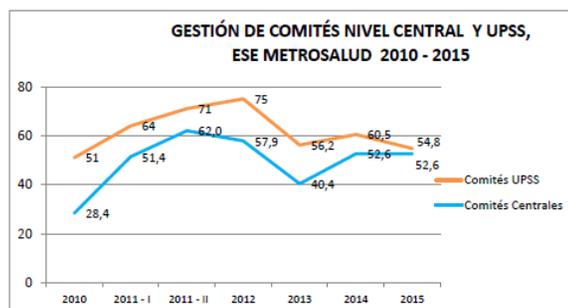
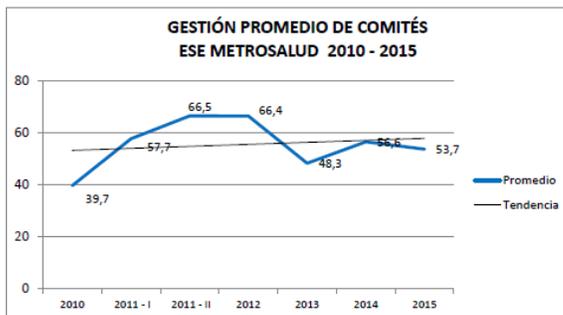


Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, 2016.

Relativo al monitoreo a la Gestión de Comités en 2015, se continua con resultados variables alrededor del 50%, con un descenso de 3 puntos porcentuales en el resultado general de la última medición. Ver informe respectivo, publicado en página web institucional.

Aunque los resultados por ítem evaluado no superan en su mayoría el 70%, los de menor calificación fueron:

- Cumplimiento del plan de trabajo, 56%
- Cumplimiento de la asistencia, 60%
- Cumplimiento de cronograma de reuniones, 62%
- Reprogramación de tareas no cumplidas, 62%
- Definición de indicadores objeto de análisis, 54%
- Presentación sistemática de resultado de indicadores, 38%
- Generación de acciones de mejora secundario al análisis de indicadores, 26%



Conexo con el desarrollo del PAMEC, y con fundamento en las oportunidades de mejora identificadas en diferentes evaluaciones internas y externas, se realiza revisión y ajuste de la Metodología de Gestión de Ciclos de Mejoramiento, con ajuste igualmente, del instrumento para formulación del Plan de Mejora. Con esta nueva metodología se busca contar con un solo plan de mejora institucional, evitando la generación de planes de intervención por las unidades administrativas. Se espera, en el primer trimestre de 2017, previo a la formulación del plan de acción PAMEC, desplegar y capacitar al personal en esta nueva metodología.

Como parte del fortalecimiento de la cultura organizacional y conocimiento en PAMEC, se realizan dos mediciones del conocimiento en los servidores de la red, en el primero y tercer cuatrimestre, con un resultado global de 89% y 82%, respectivamente, evidenciándose mejora significativa versus resultados 2015 (resultado de 60%).

Proyecto: Sistema de Medición Institucional

Durante el 2016, la organización centra sus actividades en la parametrización de los indicadores del Plan de Desarrollo que conforman el Balanced Scorecard empresarial, en el Alphasig, software para la gestión de indicadores, logrando a diciembre, parametrizar el 100% de los indicadores estratégicos.

Igualmente, buscando fortalecer la medición y análisis, se plantea la medición del cumplimiento de análisis de indicadores por comité, con una meta de 90%, logrando el 41% de cumplimiento, como se presentó en el proyecto anterior.

Con el ajuste del Sistema de Información para la Calidad, realizado a través de la Resolución 0256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, la definición de nuevos indicadores PAMEC, y la implementación de los 11 paquetes instruccionales obligatorios, se inicia trabajo de actualización del tablero de indicadores de la red, incluyendo todos los indicadores definidos, con construcción y/o ajuste de sus fichas técnicas.

Como parte del fortalecimiento de la cultura organizacional y conocimiento en el Sistema de Información y Comunicación, se realiza medición del conocimiento en los servidores de la red, con un resultado global de 96%, evidenciándose mejora significativa versus resultado 2015 (resultado de 74%).

Proyecto: Desarrollo del Sistema de Control y evaluación organizacional

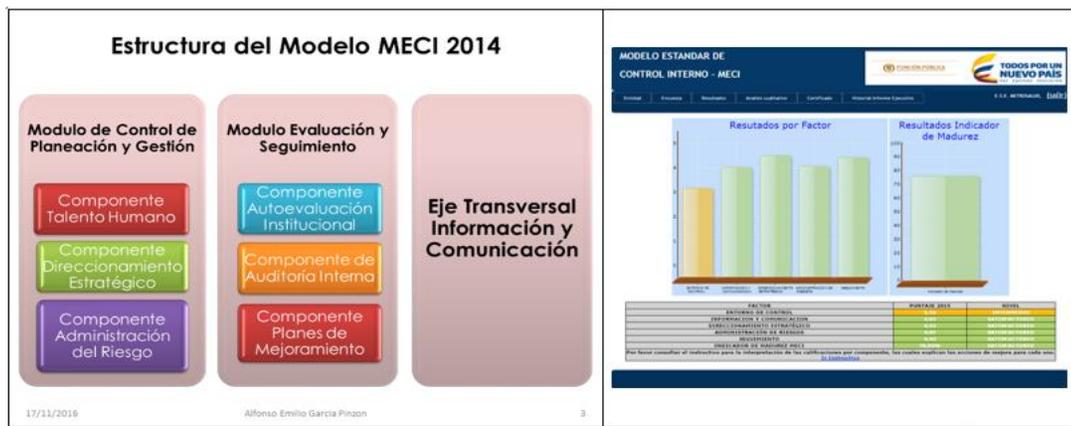
Para este proyecto se estableció como actividad principal Fortalecer el Sistema de Evaluación y Control la cual se desarrolla con las siguientes tareas:

- Formular programa integral de evaluaciones: Este fue formulado bajo la metodología con enfoque a riesgos, para este año se decidió continuar con las auditorias propuestas en el ejercicio anterior debido al cambio de administración. Este plan fue aprobado por el Comité de Control Interno y la Junta directiva.
- Ejecutar el Programa de Evaluaciones: El Plan de Evaluaciones se cumplió en un 92% para este año. Tal como se detalla a continuación:

Evaluaciones o seguimientos Realizadas	24	
Evaluaciones o seguimientos No realizadas	2	No se realizaron dos Auditorias: Gestión De La Mejora Gestión de Bienes Y Servicios
% de cumplimiento	92%	Nota: La auditoría de Gestión de Bienes y Servicios, no se realizó a petición de la gerencia, a cambio de una ampliación de la Auditoria al procedimiento facturación usuario. La evaluación de Gestión de la Mejora se comienza en diciembre y se terminará en enero 2017.
Meta	95%	
Cumplimiento frente a la meta	97%	
Incumplimiento frente a la meta	3%	

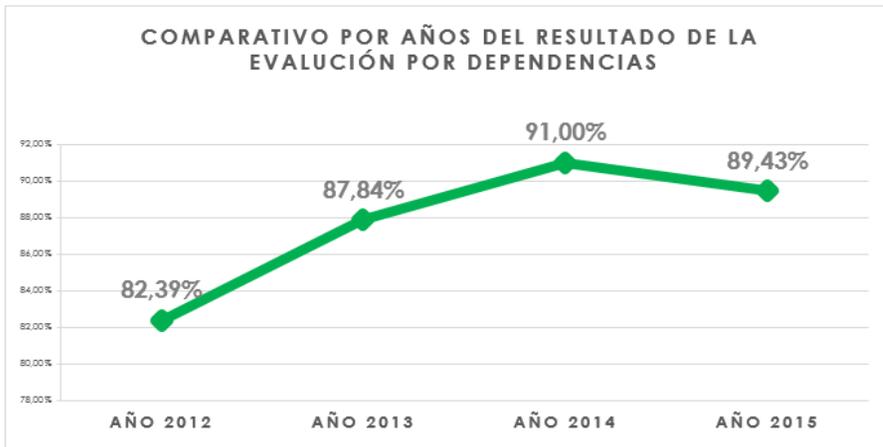
Auditorias de Ley:

- ✓ Evaluación del MECI



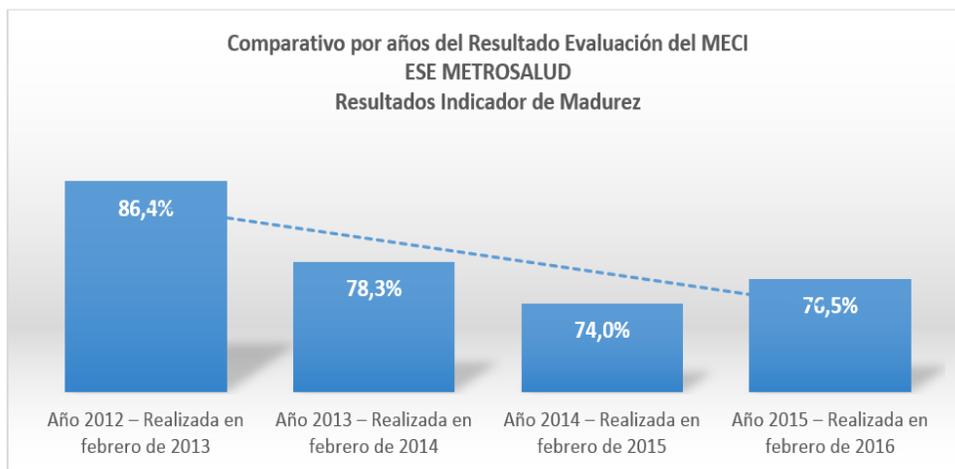
Fuente: Oficina de Control Interno y Evaluación. Octubre de 2016.

- ✓ Evaluación a la gestión de las dependencias



Fuente: Oficina de Control Interno y Evaluación. Octubre de 2016.

- ✓ Seguimiento a los planes de mejoramiento se realizaron dos seguimientos en el año.



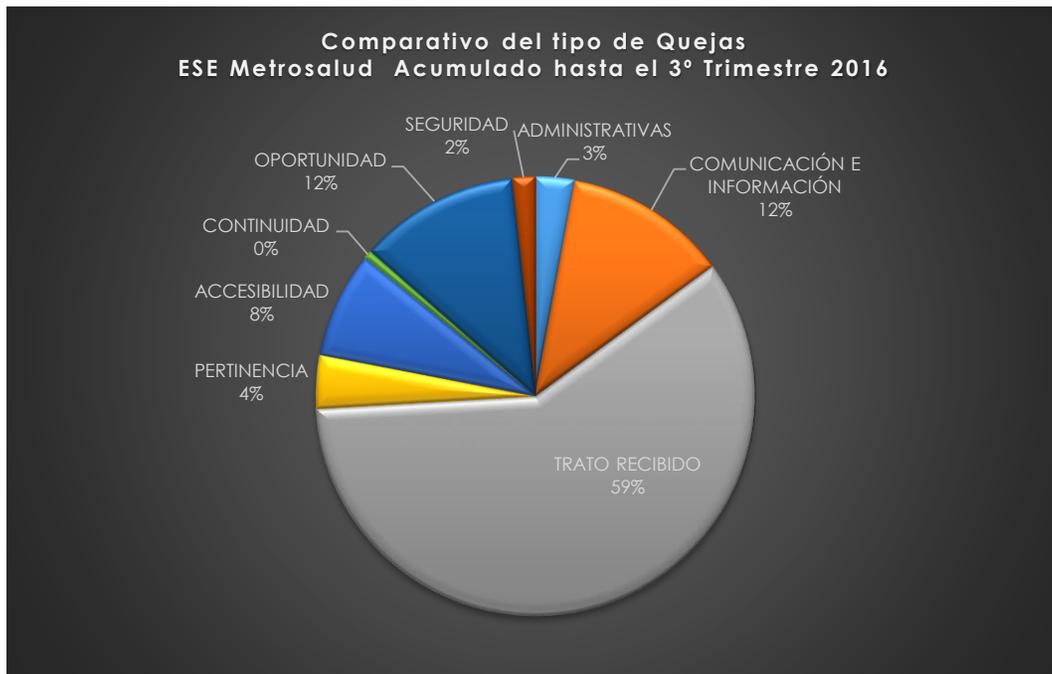
Fuente: Oficina de Control Interno y Evaluación. Octubre de 2016.

- ✓ Evaluación anual control interno contable: Para la vigencia 2015, presentó una calificación total de 4,37.

RESULTADOS EVALUACIÓN CUANTITATIVA DEL CONTROL INTERNO CONTABLE			
NÚMERO	CONCEPTO	PUNTAJE OBTENIDO	INTERPRETACION
1	CONTROL INTERNO CONTABLE	4,37	ADECUADO
1.1	ETAPA DE RECONOCIMIENTO	4,54	ADECUADO
1.1.1	IDENTIFICACIÓN	4,69	ADECUADO
1.1.2	CLASIFICACIÓN	4,50	ADECUADO
1.1.3	REGISTRO Y AJUSTES	4,42	ADECUADO
1.2	ETAPA DE REVELACIÓN	4,52	ADECUADO
1.2.1	ELABORACIÓN DE ESTADOS CONTABLES Y DEMÁS INFORMES	4,71	ADECUADO
1.2.2	ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	4,33	ADECUADO
1.3	OTROS ELEMENTOS DE CONTROL	4,06	ADECUADO
1.3.1	ACCIONES IMPLEMENTADAS	4,06	ADECUADO

Fuente: Oficina de Control Interno y Evaluación. Octubre de 2016.

- ✓ Evaluación de software y derechos de autor, resultados publicados en la página web de la entidad.
 - La empresa cuenta con las políticas de propiedad intelectual institucional y la política de sistemas de información, las cuales ha venido desplegando e implementado.
 - Existen inventarios del hardware y software institucional, los cuales es conveniente complementar y ajustar con la información pertinente y llevar el control actualizado de los mismos y de los soportes que evidencien la propiedad del software.
- ✓ Informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno, se realizaron los 3 informes en el año y se publicaron oportunamente en la página web.
- ✓ Informe de Austeridad en el Gasto (Decreto 984/2012).
- ✓ Seguimiento a PQRS, se realizó uno en marzo, está pendiente el de agosto para realizar en diciembre de 2016.



- ✓ Seguimiento y control Plan anticorrupción (Decreto 2641/2012)
Se han realizado tres seguimientos con un cumplimiento a agosto de 2016 del 50%.
- ✓ Se verificó que al Comité de Conciliación se lleven los estudios o análisis para la acción de repetición. En este sentido se realizaron dos informes en el año 2016 donde se propusieron una serie de recomendaciones las cuales se espera sean acogidas.
- ✓ Se verificó que la empresa esté dando cumplimiento a la Ley de Cuotas; encontrando que se hace el reporte referente a la ley de cuotas de forma oportuna.
- ✓ Se realizó la verificación al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Se identificaron aspectos importantes como los riesgos de presentar inconsistencias en el REPS con las novedades de habilitación.
- ✓ Se hizo el seguimiento a la inscripción de trámites en el SUIT.
- ✓ Gestión de la Red de Servicios. Una vez realizada la auditoría, se sugiere ajustar el panorama de riesgos, según resultados

teniendo en cuenta las Barreras de seguridad definidas por el Ministerio.

- ✓ Se realizó la auditoría a la Gestión del Talento Humano, para la formulación del Plan de Mejora. Se identificaron dos riesgos relevantes, (Pagos inadecuados de prestaciones sociales y No cobro o cobro inoportuno de las incapacidades)
 - ✓ Auditoría del proceso de Gestión Financiera en fase de consolidación, con extensión de la evaluación por solicitud de la Gerencia.
-
- Desarrollo del Programa de Autocontrol: Se realizaron actividades o talleres de autocontrol en el proceso de Gestión de la comunicación, Control interno Disciplinario, Comunicaciones, Jurídica y Participación Social, además que se participó con la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional en las autoevaluaciones de acreditación y Habilitación. Es importante resaltar que algunos elementos de este programa se incluyeron en el programa de cultura organizacional liderado por la Dirección de Talento Humano.
 - Divulgación de información relativa al control organizacional a través de los medios y canales formales de información; se realizaron despliegues en las colillas de pago y en los boletines institucionales.
 - Ejecución del proyecto de Auditoria bajo Normas Internacionales: Se realizaron avances en la implementación del plan de auditoria con enfoque a riesgo, se aprobó el código de ética y el estatuto de auditoria.
 - Se documentaron los elementos operativos del proceso (Guías, Instructivos, Mejores Prácticas), Gestión del Control Organizacional de acuerdo con lo establecido en el SIGO. Se aprobaron las mejoras a los procedimientos, los instructivos y los formatos. Estos instrumentos se han puesto en práctica en el ejercicio de las auditorias
 - Gestión del plan de mejoramiento de la Contraloría y de entes de vigilancia y control. Se ha acompañado la formulación de los planes de mejora de las auditorias Gestión Facturación y Cartera Enero Abril 2016 y la Auditoria Fiscal y financiera Alcance 2015, Auditoria Regular 2016 alcance 2015.



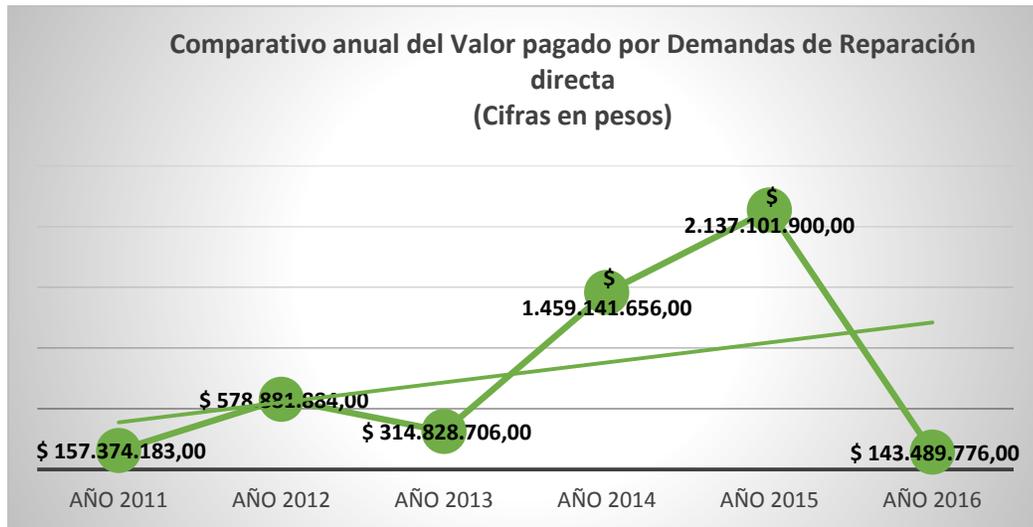
Fuente: Oficina de Control Interno y Evaluación. Octubre de 2016.

De las auditorías realizadas por Control Interno y Evaluación se formularon plan de mejora así:

Formulación PM	Nº de Auditorias	Distribución Porcentual
Si realizaron PM	4	44%
Realizaron PM parcialmente	2	22%
No realizaron PM	3	33%

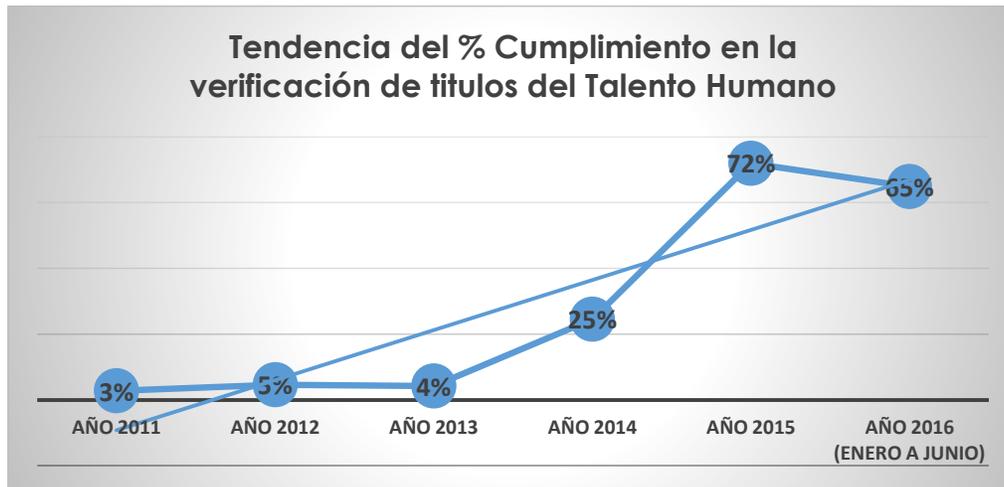
Actividades de asesoría o acompañamiento:

- ✓ Asesoría para actualizar procedimientos de Gestión comercial.
- ✓ Asesoría para la actualización resolución Comité de Gestión Comercial
- ✓ Acompañamiento en realización Auditoría de Historia Clínica de Salud Oral.
- ✓ Informe seguimiento al valor pagado por demandas.



Fuente: Oficina de Control Interno y Evaluación. Octubre de 2016.

- ✓ Acompañamiento Auditoria Paciente Trazador CS Robledo y San Antonio de Prado.
- ✓ Evaluación Adherencia verificación de títulos del Talento Humano.



Fuente: Oficina de Control Interno y Evaluación. Octubre de 2016.

- ✓ Asesoría cuadro de turnos.

Proyecto: Fortalecimiento del Sistema Único de Habilitación

Edificio El Sacatín – Carrera 50 N° 44-27

Conmutador: 511 75 05

Medellín - Colombia

www.metrosalud.gov.co

El sistema Único de Habilitación (SUH), obliga a las Instituciones Prestadoras de servicio a cumplir con requisitos mínimos para la prestación de servicios de salud, definidos en la Resolución 2003 de 2014 y en el Manual de inscripción de prestadores y habilitación de Servicios de Salud. Define que los prestadores de servicios de salud deberán realizar la autoevaluación anual de servicios, la cual deberá hacerse a 30 de enero a partir del 2014. Para cumplir con este requerimiento, la organización realiza los siguientes procedimientos:

1. Autoevaluación anual, donde cada responsable de punto de atención realiza su autoevaluación y se consolida para toda la red en la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional
2. Seguimiento a la aplicación de las prácticas seguras semestral; con un resultado para el segundo semestre del 2016 del 81%, donde se evidencia mejoramiento y compromiso de los Comités de Calidad y Seguridad y Equipos de Atención confiable de la red
3. Gestionar el aplicativo de Registro especial de prestadores de servicios de salud; realizando oportunamente la apertura y cierre de servicio y reporte de las novedades de la ESE Metrosalud; lo que nos muestra en el monitoreo de los servicios del segundo semestre del 2016 un 100% de servicios habilitados y prestados.

Componente 3: Gestión del Mercadeo

Programa: Gestión Mercadeo Corporativo.

Proyecto: Fortalecimiento del Sistema de Mercadeo Institucional.

Se realiza revisión, ajuste y aprobación de los procedimientos del Proceso de Gestión Comercial, de manera que se ajuste a lo contemplado en el proceso y en el Plan de Mercadeo, quedando los siguientes:

- Gestión del Plan de Mercadeo
- Gestión del Plan de Ventas
- Negociación y Contratación de Servicios
- Seguimiento a Negocios

La implementación de dichos procedimientos se evalúa a partir de la fecha de aprobación octubre de 2016, por lo que dicha medición no aplica para el procedimiento gestión del plan de mercadeo, el cual se

elaboró para 4 años a partir de 2016; para plan de ventas se implementa el procedimiento en un 86%, negociación y contratación 87% y seguimiento a negocios 23%; este último tiene un cumplimiento muy bajo debido a que no se ha operativizado el Comité de Gestión Comercial, que es una instancia clave de las actividades del procedimiento.

El Plan de Mercadeo, se operativiza en este Plan Táctico con un alcance a cuatro años, teniendo en cuenta los recursos disponibles en la empresa y dejando a consideración del nuevo Gerente de la ESE Metrosalud para el periodo 2016-2019 la realización de los ajustes que considere necesarios de acuerdo a la dinámica empresarial y del entorno.

El equipo de trabajo de la Oficina de Mercadeo y Negocios Institucionales, acompañado del equipo de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, realizan la articulación de lo planteado en el Plan de Mercadeo con el Plan de Desarrollo 2012-2020, definen las estrategias comunes planteadas en los diferentes documentos, se define el Plan Táctico con un alcance 2016-2019 para su ejecución y se realiza su articulación al Plan de Acción 2016.

Proyecto: Gerencia de convenios y contratos

Para una adecuada prestación de los servicios y mejor gestión de la facturación y del cobro, durante el año se realizó despliegue de los contratos adelantados por la entidad por diferentes medios: en reunión de Directores, Comité de Gerencia, reuniones de personal, emails y memorandos.

A diciembre de 2016, la ESE Metrosalud presenta una ejecución por reconocimiento en venta de servicios por \$263 mil millones, correspondientes a un 111% de lo presupuestado para el año; siendo la facturación más representativa el régimen subsidiado con un 58% de participación, seguido de los Proyectos de Salud Pública un 20%.

El 2016, se caracterizó por un flujo de cartera muy lento, correspondiendo el recaudo al 84% de lo facturado; esto dado a que aumentó la facturación de los servicios contratados por evento prestados a Savia Salud EPS, donde los pagos no tuvieron un buen comportamiento. Vale la pena resaltar el aporte que la operación de los proyectos hace para la

liquidez de la ESE, dado que se recaudó el 100% de lo facturado y en el régimen subsidiado se alcanzó a recaudar un 75% de lo facturado.

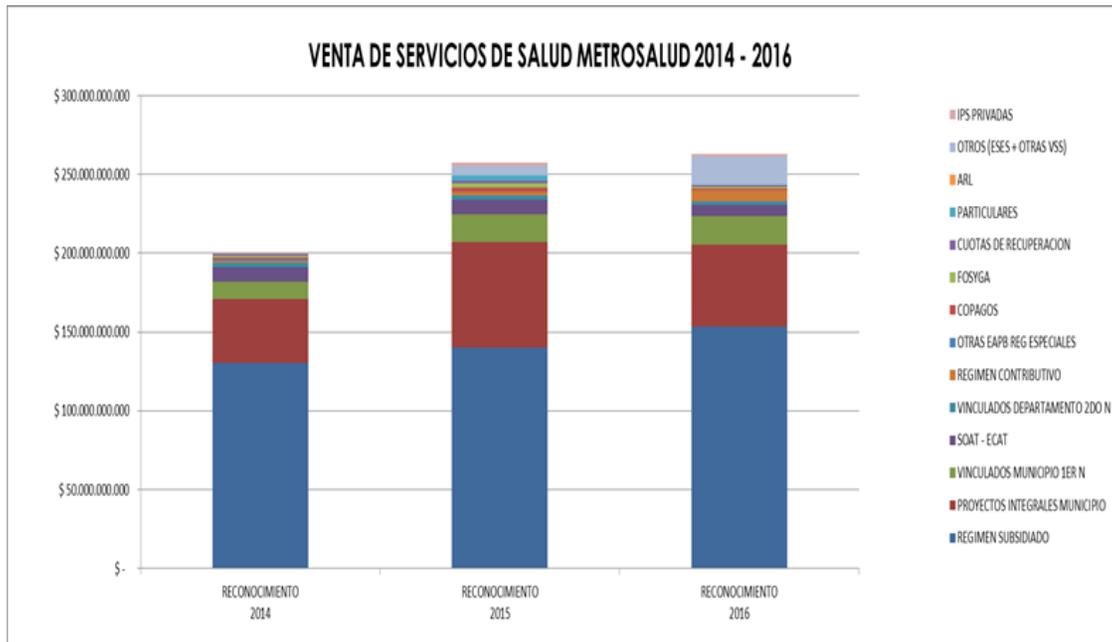
Proporción de ejecución contractual a diciembre de 2016

METROSALUD E.S.E. VENTA DE SERVICIOS A DICIEMBRE 31 DE 2016					
Detalle Rubro	Presupuesto Definitivo	Ejecutado Recaudo		Ejecutado Reconocimiento	
		Valor	%	Valor	%
REG SUBSIDIADO	135.303.919.101	116.883.343.598	86%	153.330.423.065	113%
PROYECTOS MUNICIPIO	55.182.278.910	51.835.201.758	94%	51.835.201.758	94%
VINCULADOS 1ER NIVEL	17.704.530.635	18.182.728.025	103%	18.328.170.032	104%
ECAT SOAT FOSYGA	10.251.696.143	5.422.256.320	53%	8.414.970.740	82%
VINCULADOS 2DO NIVEL	1.803.975.107	1.160.060.657	64%	2.022.893.662	112%
OTROS	14.288.431.136	19.394.510.887	136%	19.766.101.680	138%
PARTICULARES COPAGOS CUOTAS DE	414.559.358	1.551.931.363	374%	2.105.462.022	508%
REG CONTRIBUTIVO Y ESPECIALES	2.271.750.220	5.581.699.392	246%	7.231.104.011	318%
TOTAL	237.221.140.610	220.011.732.000	93%	263.034.326.970	111%

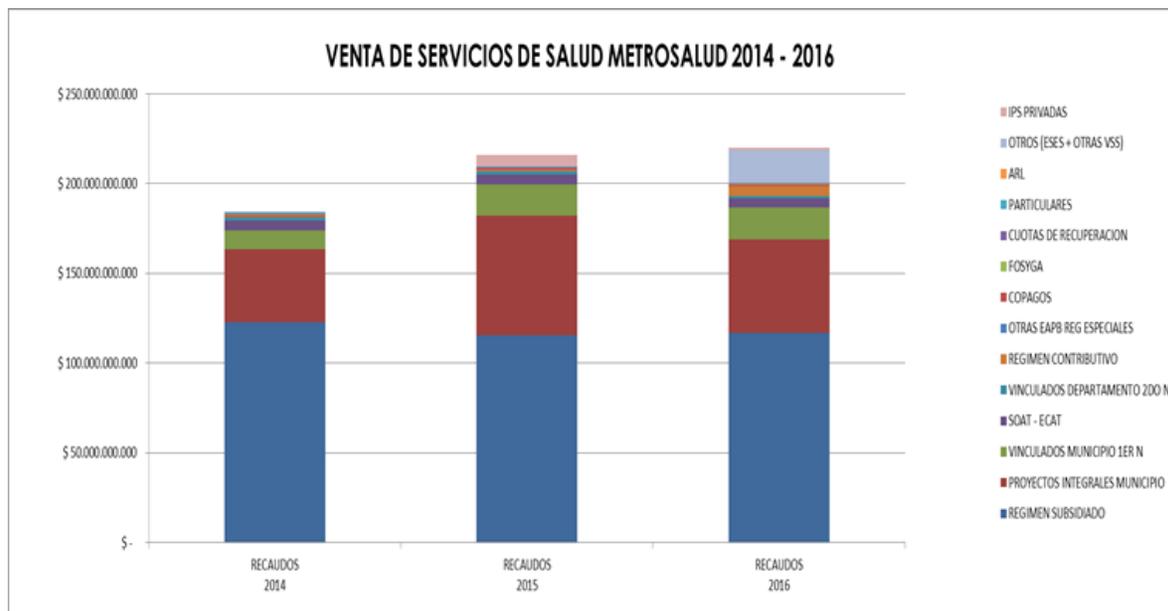
Fuente: Oficina de Mercadeo y Negocios Institucionales. 2016

El comportamiento de la facturación de servicios presenta un salto importante de 2014 a 2015 y de 2015 a 2016 conserva un comportamiento estable, al igual que sucede con el comportamiento del recaudo. Para el régimen subsidiado se presenta que mientras la facturación aumentó en un 18% de 2014 a 2016, el recaudo disminuyó en un 5% en el mismo periodo. En los proyectos del PIC la facturación aumentó en un 27% de 2014 a 2016, al igual que el recaudo, con un pico importante en 2015.

Comparativo reconocimiento por venta de servicios de salud 2014 – 2015.ESE Metrosalud



Comparativo recaudo por venta de servicios de salud 2014 – 2015.ESE Metrosalud



Al mirar el comportamiento por proyecto durante la vigencia 2014-2016, se encuentra que el proyecto más representativo durante este trienio en ingresos es Medellín Solidaria (30%), aun así nuestro principal cliente es la Secretaría de Salud de Medellín (47%).

A diciembre de 2016 se contrataron proyectos por valor de \$55.922 millones, de los cuales se ejecutó por recaudo en la misma vigencia, un 94%, la diferencia de este recaudo se debe a:

- Para APH se recibió un pago anticipado de aproximadamente \$1.400 millones en la vigencia 2015, ya que en noviembre se firmó el contrato y se tiene pendiente el último pago por el 10% del contrato, el cual se realiza contra acta de terminación, quedando registrado este pago en el año 2016.
- Nutriéndote con amor tiene un factura pendiente por valor de \$74.640.828 y nutriéndote con amor por \$205.285.196.

Proporción de ejecución contractual Proyectos a diciembre de 2016.
ESE Metrosalud

PROYECTO	VALOR A CONTRATADO	RECAUDADO	% DE EJECUCION	PERSONAL CONTRATADO
ESCUELAS Y COLEGIOS SALUDABLES	3.999.892.627	3.978.341.532	99%	129
SAAJ	1.089.312.229	1.080.911.931	99%	35
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	3.797.736.039	3.611.306.324	95%	85
SALUD EN EL HOGAR	0	110.628.040	NA	0
APH	9.045.178.033	6.938.087.739	77%	160
MEDELLIN SOLIDARIA	19.775.476.035	19.144.744.939	97%	659
BC ENTORNO FAMILIAR	12.308.889.357	12.046.737.099	98%	301
SER CAPAZ EN CASA	2.426.959.911	2.425.813.459	100%	69
HABITANTE DE CALLE	714.098.289	803.002.884	112%	18
PYP SANTA ELENA Y PALMITAS		118.522.278		0
FAMILIAS CUIDADORAS	1.155.031.423	1.139.015.692	99%	45
NUTRIENDOTE CON AMOR	809.623.045	633.318.305	78%	14
NUTRICION ES MAS	600.397.322	290.007.071	48%	23
PLAN TRIENAL	200.000.000	173.936.727	87%	8
TOTAL	55.922.594.311	52.494.374.020	94%	1.546

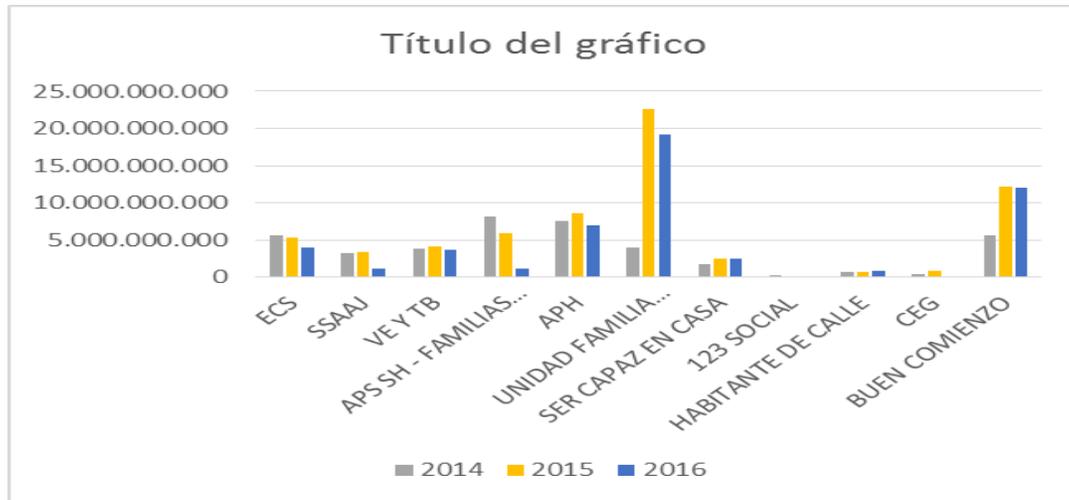
Entre 2014 y 2016 hubo un aumento del 29% en la contratación de los proyectos del PIC, a pesar de que entre 2015 y 2016 se tiene una disminución en ejecución de

proyectos del 22%, al calcular para el trienio encontramos diferencia positiva representada en gran porcentaje en Medellín Solidaria hoy Unidad Familia Medellín, debido a que en 2014 solo tuvimos la operación por 3 meses; mientras que en 2015 y 2016 operamos durante todo el año. En los proyectos de Secretaría de Salud hubo una disminución en la totalidad de los contratos de un 37%, siendo APS y SSAAJ los más afectados, APH conserva el promedio de presupuesto anual, la diferencia en el recaudo de 2016 se debe a las razones expuestas en el análisis de la tabla 1.

Comparativo comportamiento de proyectos 2014 – 2016 ESE METROSALUD

PROYECTO	2014	2015	2016	TOTAL	% PART	VAR 2014-2016	VAR 2014-2016 %
ECS	5.623.580.586	5.354.864.546	3.978.341.532	21.314.412.156	8,8%	-1.645.239.054	-29,3%
SSAAJ	3.266.471.927	3.397.130.799	1.080.911.931	12.377.828.538	5,1%	-2.185.559.996	-66,9%
VE Y TB	3.797.101.420	4.133.888.719	3.611.306.324	17.888.352.077	7,4%	-185.795.096	-4,9%
APS SH - FAMILIAS CUIDADORAS	8.102.470.104	5.831.190.513	1.139.015.692	1.249.643.732	0,5%	-6.963.454.412	-85,9%
APH	7.485.808.380	8.525.078.547	6.938.087.739	28.591.853.163	11,8%	-547.720.641	-7,3%
UNIDAD FAMILIA MEDELLIN	3.914.705.336	22.626.228.696	19.144.744.939	75.045.866.120	31,1%	15.230.039.603	389,0%
SER CAPAZ EN CASA	1.682.165.080	2.517.909.643	2.425.813.459	8.682.709.507	3,6%	743.648.379	44,2%
123 SOCIAL	215.368.980			1.758.125.135	0,7%	-215.368.980	-100,0%
HABITANTE DE CALLE	637.730.807	694.578.074	803.002.884	3.586.320.801	1,5%	165.272.077	25,9%
CEG	306.775.584	868.461.081		1.444.733.040	0,6%	-306.775.584	-100,0%
BUEN COMIENZO	5.572.052.135	12.164.559.053	12.046.737.099	41.853.680.425	17,3%	6.474.684.964	116,2%
CEPAV		615.494.220		615.494.220	0,3%	0	
SANTA ELENA Y PALMITAS		734.548.728	118.522.278	853.071.006	0,4%	118.522.278	
NUTRIENDOTE CON AMOR			633.318.305	633.318.305	0,3%	633.318.305	
NUTRICION ES MAS			290.007.071	290.007.071	0,1%	290.007.071	
PLAN TRIENAL			173.936.727	173.936.727	0,1%	173.936.727	
TOTAL	40.604.230.339	67.463.932.619	52.383.745.980	241.307.545.590	90%	11.779.515.641	29,0%

Comparativo comportamiento de proyectos 2014 – 2016
ESE METROSALUD



Fuente: Oficina de Mercadeo y Negocios Institucionales.

Para el año 2016 se facturaron 16.933 millones por los nuevos negocios que ingresaron los últimos 3 años, similar a 2014; en 2015 se presentó una suma muy importante, soportada principalmente en los proyectos nuevos que SE contrataron durante la administración anterior, proyectos que en esta medición ya no son considerados nuevos negocios. El porcentaje de ingresos por nuevos negocios en 2016 es de 6,6% del total de la facturación por venta de servicios.

VENTAS POR NUEVOS NEGOCIOS

RUBRO	2014	2015	2016
COHAN	\$ 733.954.654	\$ 1.119.404.952	\$ 869.515.999
CHICM ENE DIC 2015	\$ 512.325.717	\$ 308.977.112	\$ -
CONSULTORIOS ROSADOS	\$ 33.635.700	\$ 66.922.998	\$ 205.052.053
SSAAJ	\$ 3.266.471.927	\$ 3.397.130.804	NA
MEDELLIN SOLIDARIA	\$ 3.914.705.336	\$ 22.626.228.696	NA
CEG	\$ 306.775.584	\$ 987.860.339	\$ -
PYP SANTA ELENA Y PALMITAS		\$ 734.548.728	\$ -
APS SALUD EN EL HOGAR	\$ 8.102.470.104	\$ 5.831.190.513	\$ -
BC ENTORNO FAMILIAR		\$ 6.082.279.527	\$ 6.000.000.000
CEPAV		\$ 615.494.220	
CAMA FIJA		\$ 441.000.000	\$ 1.730.400.000
LAB SEG CAMA FIJA			\$ 396.543.576
CAPITA ADICIONAL MX - LAB			\$ 1.377.000.000
FAMILIAS CUIDADORAS			\$ 1.139.015.692
NUTRICION ES MAS			\$ 290.007.071
NUTRIENDOTE CON AMOR			\$ 633.318.305
PLAN TRIENAL			\$ 178.936.727
FIDUPREVISORA INPEC			\$ 20.800.652
SURA ARL			\$ 5.021.362
LABORATORIO 2DO NIVEL			\$ 4.509.992.639
TOTAL	\$ 16.870.339.022	\$ 42.211.037.889	\$ 17.355.604.076

Proyecto: Gestión del Plan de Mercadeo

El plan de Mercadeo es aprobado en Comité de Gerencia y se despliega alas diferentes dependencias de Metrosalud, que tienen que ver en la ejecución de las estrategias de finidas en el mismo; así mismo se da a conocer mediante memorando el Plan Táctico para que cada área articule las acciones al Plan de Acción de cada vigencia.

El Porcentaje de cumplimiento para 2016 fue de 78,3%

Proyecto: Desarrollo de Unidades de Negocio

Se tienen definidas unas Unidades de Negocios claves para la ESE Metrosalud y unos indicadores, de las cuales se realizó informe trimestral, está pendiente operativización del Comité de Gestión Comercial para presentar este análisis y tomar las medidas respectivas,

Las Unidades de Negocio son:

- Servicios de primer nivel capitados
- Promoción y Prevención
- Servicios de Segundo nivel contratados por evento
- Programas especiales de atención comunitaria
- Servicios SOAT
- Servicios No Pos

Programa: Desarrollo de Servicios.

Proyecto: Desarrollo del Portafolio de Servicios

Durante el año 2016 se realizaron los ajustes correspondientes para los nuevos negocios:

- Se realizaron los ajustes logísticos para la entrega en la red de Metrosalud de medicamentos formulados en red externa y se realizó contrato con COHAN para entrega de aquellos que no se manejan en el inventario de la Empresa.
- Se realizaron los ajustes para el procesamiento de las pruebas de laboratorio de segundo nivel prescriptos en la red externa en la red de Metrosalud y se realizó contrato con PROLAB para procesar las pruebas más especializadas.
- Se socializaron los protocolos de atención de accidentes de trabajo para ejecutar el contrato con Sura ARL.
- Se contrata el personal y los recursos necesarios para la operación de los nuevos proyectos del PIC que se contrataron en 2016.

El portafolio de servicios se actualiza periódicamente en la página web de Metrosalud tanto para los servicios de salud como para los proyectos de salud pública.

Proyecto: Referenciación Comparativa

Durante este periodo se realiza la jornada de referenciación comparativa interna, con la participación de 7 experiencias exitosas de las UPSS de Belén, Manrique, San Cristóbal, San Javier, Castilla, y Gestión Clínica y P y P, en la que participaron 49 servidores de la Red de Metrosalud. El evento se realiza en el Auditorio del Parque de la Vida, la presentación mejor evaluada fue el Noti Belén de la UPSS de Belén, seguido de la experiencia de Educación y Dispensación de Medicamentos a Pacientes con Analfabetismo de la UPSS San Cristóbal; La evaluación general del evento fue de 4.8, con apreciaciones muy positivas del contenido de las presentaciones, las ideas y del evento como tal.

Jornada de Referenciación Comparativa Interna ESE Metrosalud 2016



Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional Julio de 2016

Criterios de calificación evaluados de la Jornada de Referenciación Interna

Criterio	Satisfacción
Cumplimiento de objetivos de la jornada	4,81
Conjunto de temas	4,65
Información recibida supera expectativas	4,72
Metodología utilizada	4,70
Organización y cumplimiento de las sesiones	4,84
Intensidad horaria	4,84
Tiempo de descanso	4,91
Calidad del refrigerio	4,86
Evaluación del lugar del evento	4,91
Calificación General del Evento	4,80

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional Julio de 2016

Experiencia exitosa que más gusto en orden descendente

1	Noti Belén
2	Dispensación y educación medicamentos a pacientes con analfabetismo
3	Abordaje integral al paciente con TB
4	Atención Integral en Laboratorio
5	Sonrisas para toda la vida
6	Seguimiento personal de Enfermería

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional Julio de 2016

Se adelantaron referenciaciones externas a otras instituciones, realizándose un total de 9 visitas. Las referenciaciones han permitido identificar en las entidades visitadas, fortalezas en diferentes procesos y estándares de acreditación, que se convierten en oportunidades de mejora para aplicar en Nuestra Institución.

Visitas de Referenciación Externa realizadas 2016

Institución	Estándar	Tema
Hospital San Vicente Fundación	Cliente Asistencial Ambiente físico	Salud Mental 2 visitas Gestión de necesidades de ambiente físico
Clínica Clofán	Gerencia de la Información Direccionamiento	Sistemas de información Mercadeo y Gestión comercial
Clínica del Prado	Cliente Asistencial	Binomio madre – hijo Uso racional de antibióticos
Sura ARL	Ambiente Físico	Operativización Plan de emergencias y desastres
Sameín	Cliente Asistencial	Salud Mental
HPTU	Talento Humano	Estrategias de capacitación al Cliente Interno
Departamento de Radiología Clínica SOMA	Cliente Asistencial	Imágenes Diagnosticas
Hospital General de Medellín	Gestión de la Tecnología	Gestión del conocimiento, la tecnología y la innovación Política de renovación tecnológica Gestión Documental Gestión de trámites internos y externos

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional Julio de 2016

Algunas visitas de referenciación como Clínica del Bosque, ESE Santa Gertrudis dieron respuesta negativa para realizar la visita, debido a ajustes al interior de las organizaciones en los diferentes procesos.

Grado de conocimiento del Programa de Referenciación Comparativa

Se evalúa el grado de conocimiento de los servidores en el programa de referenciación comparativa, obteniendo un puntaje del 80% global con aspectos entre el 63% y el 93% en la calificación.

Visitas de Referenciación Externa realizadas 2016

REFERENCIACION	El proyecto Gestión de la referenciación comparativa, se encuentra dentro de cual línea del Direccionamiento Estratégico:	75%	80%
	Son clasificaciones de la referenciación comparativa, excepto:	91%	
	Son etapas para el desarrollo del modelo de referenciación comparativa	93%	
	Son procedimientos de Referenciación comparativa contemplados en nuestro modelo, excepto:	63%	
	El Modelo de Referenciación comparativa, está soportado en el ciclo:	76%	

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional primer cuatrimestre 2016

Proyecto. Conformación de redes integradas de cooperación

Metrosalud ha participado en todas las estrategias de red, de la SSM, tales como:

- Ampliación de horarios en los centros de salud de las UPSS Manrique, Santa Cruz, Castilla y San Javier, como respuesta a la necesidad de ciudad de mejorar las condiciones para el acceso a la consulta médica general y los demás servicios ambulatorios.
- Procedimientos menores ambulatorios en los centros de salud: Se acondicionaron los espacios en la mayor parte de los centros de salud de las UPSS Manrique, Santa Cruz, Castilla y San Javier para ofrecer el servicio de procedimientos menores ambulatorios, con el fin de facilitar la descongestión de los servicios de urgencias de la ciudad y facilitar el acceso.
- Estrategia CIGA (Centro Integrado de Gestión al Acceso), a través de la cual se canaliza la atención de las personas que consultan en los servicios de urgencias de la ciudad de Medellín hacia el nivel de complejidad y la modalidad de atención que requieren, teniendo en cuenta su aseguramiento. El fin de esta estrategia es descongestionar los servicios de urgencias de la ciudad y facilitar el acceso de los usuarios a la atención en salud que requieren. Metrosalud ha dispuesto los mecanismos para garantizar la consulta prioritaria en todas sus Unidades Hospitalarias y en los Centros de

Salud San Lorenzo y Campo Valdés, de tal manera que se pueda responder a las demandas de la estrategia los siete días a la semana con oportunidad inferior a 24 horas.

- Apertura de la Unidad de Salud Mental: Se elaboró el proyecto de inversión para la apertura de la Unidad de Salud Mental en San Cristóbal, se realizaron las adaptaciones de la infraestructura y en el mes de enero de 2017 se dará apertura a la Unidad de Salud Mental con 18 camas hospitalarias, cuatro consultorios, servicio farmacéutico y auditorio.
- Participación en la Red Metropolitana de atención integral al habitante de calle: estrategia liderada por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá. Durante 2016 se creó la Red Metropolitana de atención integral al habitante de calle, en la cual participa activamente la ESE Metrosalud y se desarrolló la resolución para su creación. Esta red cuenta con un equipo tomador de decisiones, al que asistió la Gerencia de la ESE y un equipo técnico, el cual trabaja en la ruta de atención y lineamientos técnicos.

Las estrategias en las cuales participó la ESE Metrosalud fueron ampliamente divulgadas por el equipo directivo de la ESE entre sus funcionarios y con la comunidad, a través de recorridos por la red con la Gerente y la Secretaria de Salud de Medellín, la emisión y publicación de mail master y la rendición pública de cuentas.

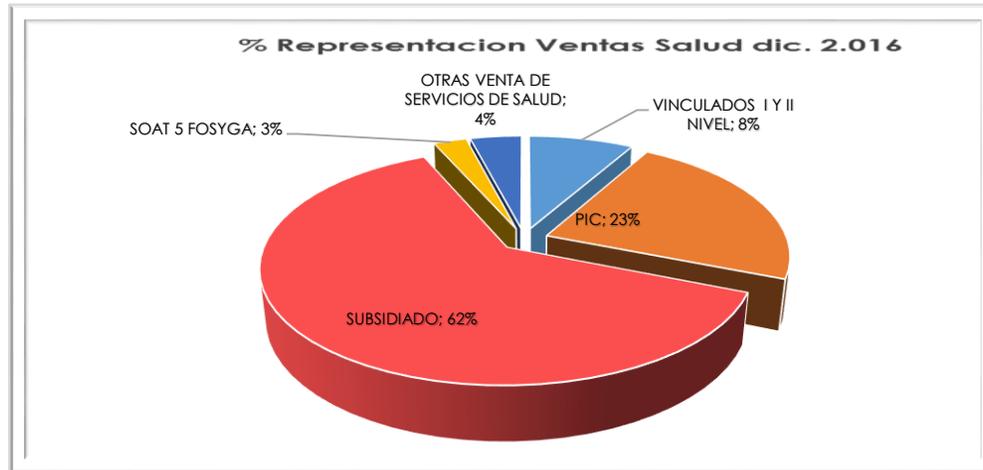


Componente 1: Gestión Financiera y Administrativa

Programa: Metrosalud, Modelo de Eficiencia y Solidez.

Proyecto: Fortalecimiento del sistema de facturación organizacional

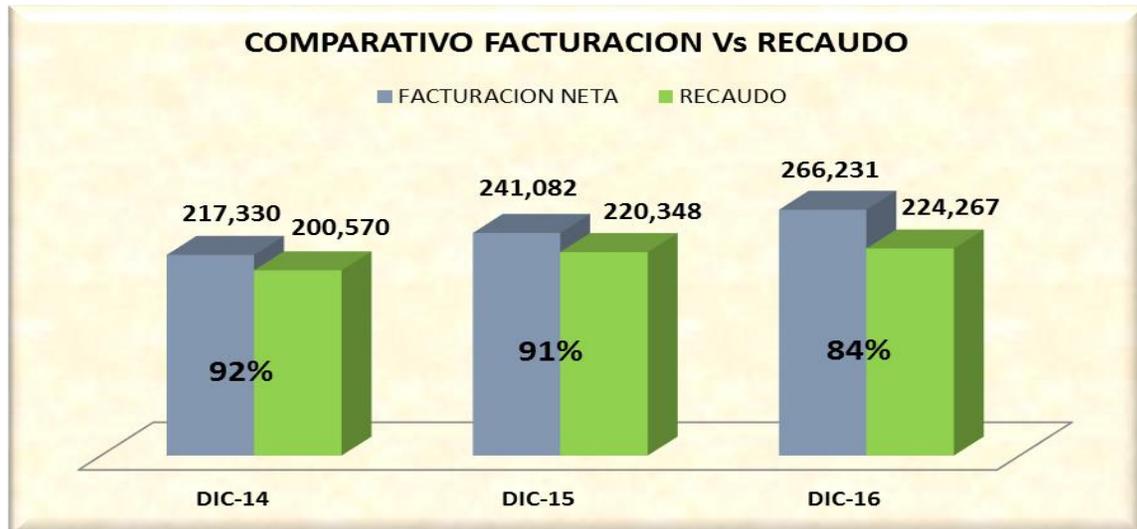
Representación de las Ventas.



Fuente: Subgerencia Administrativa y Financiera. Diciembre de 2016

En la gráfica puede observarse que la Empresa depende grandemente de los contratos para la atención a pacientes afiliados al Régimen Subsidiado, el 62% de las ventas en el primer semestre, provienen de relaciones contractuales con las EPS-S, situación que viene creando dificultades por la normatividad expedida sobre movilidad de usuarios inherente a la posibilidad de administración de los regímenes subsidiado y contributivo por una misma EPS, lo cual ha fortalecido el número de afiliados de la EPS del contributivo en detrimento de las EPS del subsidiado, implicando menos recursos capitados para las ESE que prestan servicios de primer nivel de atención, dado que las EPS del contributivo contratan con su propia red los nuevos usuarios asegurados buscando controlar sus costos y gastos. Las EPS del Subsidiado no han desarrollado sus sistemas de tal suerte que le permitan mantener los usuarios afiliados cuando cambian de afiliación por haber conseguido un empleo. Es conveniente que la ESE continúe trabajando en la optimización de su estructura de costos y gastos para alcanzar una mayor competitividad y así lograr irrumpir en nuevos segmentos de mercado, que propugnen por el equilibrio financiero y la continuidad de empresa en marcha.

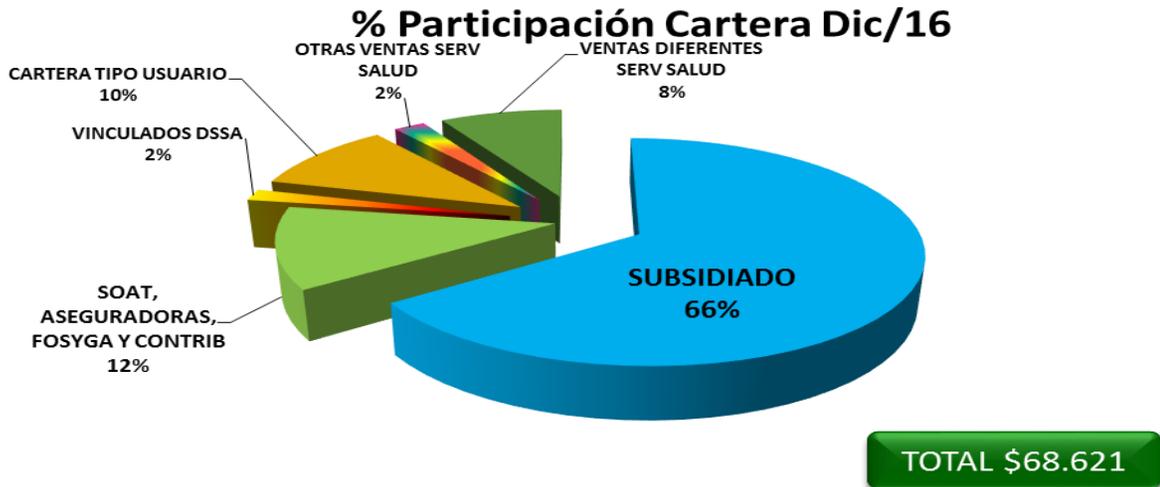
Comparativo Facturación Vs Recaudo. ESE Metrosalud a diciembre 2016



Fuente: Subgerencia Administrativa y Financiera. Diciembre de 2016

Como se observa en la gráfica, a diciembre de 2016, la ESE mantiene un alto porcentaje de recaudo, un 84% y para el mismo periodo del 2015 y un 91%. No obstante, hay cartera por recuperar que se ha ido acumulando producto del rezago de cada vigencia, que si bien al cierre de cada anualidad, el monto por recaudar es pequeño, el acumulado va formando unas cifras significativas, que se han ido interviniendo.

Proyecto: Saneamiento de la cartera



ESE Metrosalud a diciembre de 2016

Fuente: Subgerencia Administrativa y Financiera. Diciembre de 2016

Como se evidencia en gráfica, el 66% de la cartera la tiene el Régimen Subsidiado, siendo nuestro mayor negocio. Cabe resaltar que las EPS-S se han retirado del Municipio de Medellín sin liquidar los contratos de vigencias anteriores, ni realizar las conciliaciones respectivas, lo cual ha dificultado este proceso, dado que se depende de la voluntad de ellas, en razón a que la ESE es la contratista. Durante los últimos años se han retirado del Municipio de Medellín, EPS-S como: SALUD CÓNDOR, SALUD VIDA, COMFENALCO, CAPRECOM, CAFESALUD, EMDISALUD Y COMFAMA.

La cartera con las EPS-S a diciembre de 2016 asciende a \$68.621 millones, donde el 38% está vencido a más de 360 días, la mayoría de ellas se encuentran en proceso de liquidación, otras en intervención o medida cautelar, todos estos factores disminuyen el nivel de certidumbre de su recuperación. Esta es una de las razones que llevó a la ESE a la revisión y

ajuste gradual de la provisión de este tipo de cartera, entre los años 2012, 2013, 2014, 2015 y que muy seguramente seguirá la misma suerte la vigencia 2016, pero con mayor rigurosidad, dado que al cierre de esta vigencia, finaliza el periodo de transición definido por la Contaduría General de la Nación para dar aplicabilidad a Normas Internacionales de Información Financiera, lo que obliga a la ESE a medir el deterioro de cartera y a efectuar los ajustes correspondientes, lo cual impactará negativamente los Estados Financieros.

También, se hace difícil la recuperación de la cartera generada por la atención inicial de urgencias, que además de ser valores muy pequeños, por lo general son usuarios que pertenecen a otros Municipios o Departamentos, lo que dificulta el cobro efectivo de los mismos y la gestión de cobro en muchas ocasiones es más onerosa que la misma atención.

Importante mencionar también que la cartera tipo usuario por concepto de copagos y cuotas de recuperación, participa con un valor significativo dentro de la misma, ello aunado a que la ESE Metrosalud atiende la población más pobre y vulnerable del Municipio de Medellín, lo que conlleva a que nuestros usuarios no cuenten con los recursos suficientes para cancelar el copago o cuota de recuperación al momento de la atención; no obstante a lo anterior, la ausencia del copago no se puede convertir en una barrera de acceso al servicio tal como lo estipula la norma, pero la gestión de esta cartera se ve afectada ante las condiciones de pobreza y desplazamiento de nuestra población objeto, lo que hace muy lenta la recuperación de la misma. Al cierre del cuarto trimestre, el saldo de la cartera por este concepto era de **\$7.015 millones**.

Adicionalmente, situaciones contenidas en el Sistema General de Seguridad en Salud, tales como, la discusión de la glosa entre prestador y pagador, lentitud en la liquidación final de los contratos, dificultades con las bases de datos para consultar beneficiarios, insolvencia económica por parte del pagador, la portabilidad, la movilidad, entre otras, no han permitido que la gestión de cartera realizada por la Empresa alcance la efectividad y eficacia esperada. El prestador es quien en última instancia asume las dificultades generadas por el flujo no oportuno de los recursos,

dado que es quien debe prestar la atención al usuario independiente de que el pagador adeude o no.

A todo esto se suma, la tecnología y avance en salud en la ciudad de Medellín lo cual la hace atractiva a la hora de demandar los servicios de salud, por ello muchos pacientes de Departamentos vecinos acceden a los servicios, dado que Metrosalud se convierte en la puerta de entrada del Sistema de Salud en la ciudad, con su consecuente dificultad para recuperar estas carteras. Por ello, con la entrada en vigencia de la portabilidad en el Régimen Subsidiado, se han elaborado contratos, donde el pago se realiza por giro directo.

Finalmente, la ESE ha buscado diferentes estrategias para la recuperación y saneamiento de la cartera, por ello ha participado en todas las mesas de conciliación convocadas por los diferentes organismos a nivel Local y Nacional, tiene contratada firma de abogados para los cobros por vía judicial, ha aceptado cesiones de crédito, compra de cartera, no obstante es un proceso demasiado lento por el volumen de facturas y la antigüedad de las mismas. Algunas de estas conciliaciones se han materializado en esta vigencia.

Proyecto: Plan de Optimización

La estructura administrativa de la ESE se ha venido ajustando de acuerdo con sus necesidades y las sinergias que se han podido implementar con los equipos de trabajo.

En la actualidad se cuenta con un equipo dinámico y comprometido que está alineado con el desarrollo estratégico de la organización y con el cumplimiento de la matriz de medidas planteadas en el Programa de Saneamiento Fiscal Financiero 2013 - 2017, con el cual se espera mejorar los resultados de la ESE para el año 2016, junto con la ejecución de las metas que están ligadas a la suscripción del contrato de concurrencia, dado que ya se tiene elaborado el cálculo actuarial por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, paso previo al acto administrativo que expide dicho Ministerio.

La administración continúa con el esquema de trabajo, propendiendo por la disminución de costos y gastos que permitan fortalecer la prestación de servicios salud e incursionar en nuevos nichos de mercado, para ello se fortaleció la Unidad Hospitalaria de Belén en la atención de trauma y la ampliación de los horarios de cirugía, de igual forma se viene gestionando con las EPS del contributivo la posibilidad contractual, aunque no se ha materializado, se ha mostrado interés de la EPS SURA, especialmente en el Modelo de Prestación de Servicios que tiene la ESE basado en Atención Primaria en Salud por Ciclos Vitales.

Es apremiante para la ESE, contrarrestar el efecto de la pérdida de usuarios del régimen subsidiado, este negocio no puede continuar con el peso porcentual tan alto que tiene (57%) en su estructura financiera, dada la normatividad sobre movilidad de usuarios entre regímenes, que ha beneficiado a las EPS del contributivo en detrimento de las EPS del subsidiado. Se debe migrar a otros nichos de mercado y continuar con la operación del Plan de Intervenciones Colectivas del Municipio de Medellín, buscando mayores sinergias con los Programas de Promoción y Prevención de la ESE, que redunden en mejorar los indicadores de salud pública de la población más pobre y vulnerable de la Ciudad de Medellín.

Otra de las medidas a seguir y de carácter vital para las finanzas de la ESE es no seguir asumiendo con recursos de la operación, los pasivos pensionales que le competen cofinanciar a las entidades territoriales y recuperar a título de reembolso los pagos efectuados por dichos conceptos, dadas las condiciones de avance del proceso, se espera que durante la vigencia se materialice la suscripción del contrato de concurrencia.

Finalmente, una vez analizados los resultados financieros a diciembre del 2016 y para dar cumplimiento a las metas aquí trazadas, la ESE se ha propuesto hacer seguimiento a las siguientes estrategias:

- Control de la ejecución presupuestal.
- Elaboración y control permanente del flujo de caja.

- Racionalización de costos y gastos de operación, a través del monitoreo permanente de los P Y G de cada servicio y de cada Unidad Prestadora de Servicios.
- Monitoreo y seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.
- Incursionar en nuevos nichos de mercado.
- Implementación de las Normas Internacionales de Información Financiera NIFF.

Proyecto: Implementación del sistema de la contabilidad administrativa para la toma de decisiones

La Entidad cuenta con un Sistema de Costos basado en la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social. Los flujos de información que lo alimentan son tomados básicamente de la Contabilidad Financiera y de la producción de servicios de salud denominada, DEFAS.

El Sistema de Costos se encuentra implementado en su totalidad. Sin embargo, La administración actualmente se ocupa de la construcción, parametrización y automatización del cuadro de turnos en la red hospitalaria. El sistema de costos, se encuentra habilitado para generar información por actividades realizadas, por servicio y por punto de atención, entre otros, considerando que los flujos de información que le proveen se encuentran afinados y en correspondencia con los requerimientos del Sistema de Costos; lo que permite obtener información útil, precisa y concisa para la toma adecuada de decisiones por parte de la ESE.

Durante la presente vigencia la ESE continuará cada mes, socializando en la Red el informe financiero denominado, Estado de Actividad Económica Financiera Social y Ambiental, EAFES. Esta herramienta financiera habilitada para la contabilidad administrativa posibilita a cada uno de los líderes de los puntos de atención de la red, conocer, analizar e intervenir de manera regular, los resultados de su gestión. Adicionalmente, la

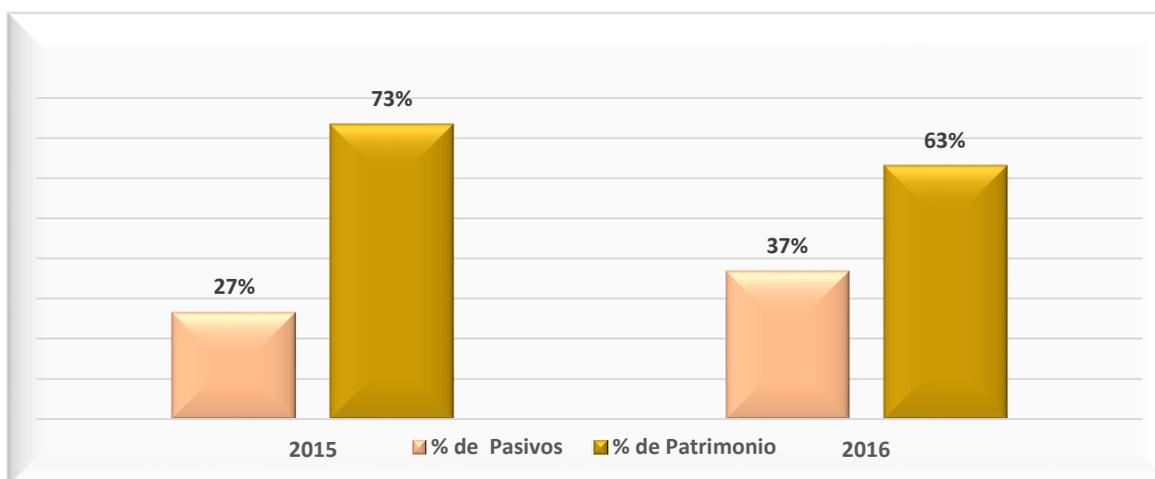
herramienta permite conocer en detalle, el ingreso operacional obtenido en la prestación del servicio así como los costos incurridos en la prestación del mismo.

Estructura de Capital

	2015	2016	Variación Absoluta 2015-2016	Variación Relativa 2015- 2016
Activo	253,623	279,340	25,717	10%
Activo Corriente	42,125	73,650	31,525	75%
Activo no Corriente	211,499	205,690	-5,808	-3%
Pasivo	67,575	103,026	35,451	52%
Pasivo Corriente	38,926	71,737	32,812	84%
Pasivo no Corriente	28,649	31,289	2,640	9%
Patrimonio Institucional	186,048	176,314	-9,735	-5%

Estructura de Capital	2015	2016
% de Pasivos	27%	37%
% de Patrimonio	73%	63%

Estructura del Capital



Fuente: Subgerencia Administrativa y Financiera. Diciembre de 2016

	2015	2016	Variación Absoluta 2015-2016	Variación Relativa 2015-2016
Activo	253,623	279,340	25,717	10%
Activo Corriente	42,125	73,650	31,525	75%
Activo no Corriente	211,499	205,690	-5,808	-3%
Pasivo	67,575	103,026	35,451	52%
Pasivo Corriente	38,926	71,737	32,812	84%
Pasivo no Corriente	28,649	31,289	2,640	9%
Patrimonio Institucional	186,048	176,314	-9,735	-5%

Indicadores comparativos a diciembre 2015 - 2016		
	2,015	2,016
Endeudamiento	27%	37%
Liquidez	1.08	1.03
Capital de trabajo	3,199	1,912

Fuente: Subgerencia Administrativa y Financiera. Diciembre de 2016

El resultado económico obtenido por la ESE a diciembre de 2.016, no estuvo dentro de lo planeado, esto en razón a la pérdida de usuarios del régimen subsidiado dada la normatividad sobre movilidad de usuarios entre el régimen subsidiado y contributivo, que se viene aplicando desde agosto de 2014, lo que conlleva a una disminución importante de los ingresos operacionales, situación que afecta de manera directa y negativa, el resultado de los márgenes bruto, operacional y neto.

Es importante para la ESE, contrarrestar el efecto de la pérdida de usuarios del régimen subsidiado, la actividad económica de la ESE no puede continuar con el peso porcentual tan alto que tiene (57%) en su estructura financiera, dada la normatividad sobre movilidad de usuarios entre regímenes, que ha beneficiado a las EPS del contributivo en menoscabo de las EPS del subsidiado. La Empresa debe migrar a otros segmentos de mercado y continuar con la operación del Plan de Intervenciones

Colectivas del Municipio de Medellín, buscando mayores sinergias con los Programas de Promoción y Prevención de la ESE, que propendan por mejorar los indicadores de salud pública de la población más pobre y vulnerable de la ciudad de Medellín.

El incremento de los pasivos se debe básicamente al anticipo de entregado a la E.S.E Metrosalud como recursos en administración por parte del Ministerio de la Protección Social para la construcción de la UH Buenos Aires y al anticipo de la concurrencia, igualmente impactan en esta cifra el pasivo generado por la cuentas por pagar a proveedores y a contratistas de prestación de servicios.

Proyecto: Implementación del Presupuesto por Centro de Costos

A la fecha el presupuesto de ingresos y gastos de la ESE se administra desde su cargue inicial hasta su ejecución final, por Centro de Costos Administrativo y Operativo estos se encuentran asociados a cada uno de sus rubros.

En la práctica los centros de costos se subdividen así:

- Los Gastos Generales y los Gastos de Operación Comercial tienen asociados los centros de costos por los siguientes códigos: El Administrativo con el 41000 y el Operativo con el 47000 y proyectos PIC.
- Los Gastos de Personal tienen asociados los costos Administrativos 41000, Operativo 47000, por Unidades Hospitalarias y PIC.

En cuanto a los ingresos estos tienen asociados los centros de costos operativos (47000) y PIC.

Presupuesto de Gastos a diciembre 2016

CONCEPTO	Definitivo	Ejecutado		C*Pagar
		Valor	%	
GASTOS	262,340	262,191	99.94%	27,174
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	199,821	199,798	99.99%	9,067
DEUDA PUBLICA	555	555	0.00%	0
GASTOS DE INVERSION	19,289	19,233	99.71%	2,116
GASTOS DE OPERACION COMERCIAL	42,675	42,605	99.84%	15,992

Para la vigencia fiscal 2.016 el presupuesto inicial fue de 236.871 millones, tuvo adiciones por valor de 25.469 millones en los componentes de: Funcionamiento, inversión, deuda pública y operación comercial

Se presentó una ejecución de gastos del 99.94%, equivalentes a 262.191 millones; con relación a la vigencia anterior los gastos presentaron un incremento del 2%, no obstante las cuentas por pagar presentaron un incremento del 34%.

Proyecto: Apalancamiento financiero del pasivo pensional y prestacional de la ESE Metrosalud.

Es relevante la no firma del contrato de concurrencia para el logro de algunas de las medidas establecidas en el PSFF relacionadas con el saneamiento de pasivos, aunque su impacto significativo se daría a mediano y largo plazo, es decir al momento en que se hagan exigibles los pasivos. En la actualidad, se ve afectado el flujo de caja al tener que desembolsar recursos para cubrir bonos y pensiones de jubilación, aunque se reciba el reembolso de manera posterior, se asumen gastos que son competencia de los entes territoriales concurrentes.

Así las cosas, es conveniente para las finanzas de la ESE no seguir asumiendo con recursos propios de la operación, los pasivos pensionales que le competen cofinanciar a las entidades territoriales y recuperar a título de reembolso los pagos efectuados por dichos conceptos, dadas las

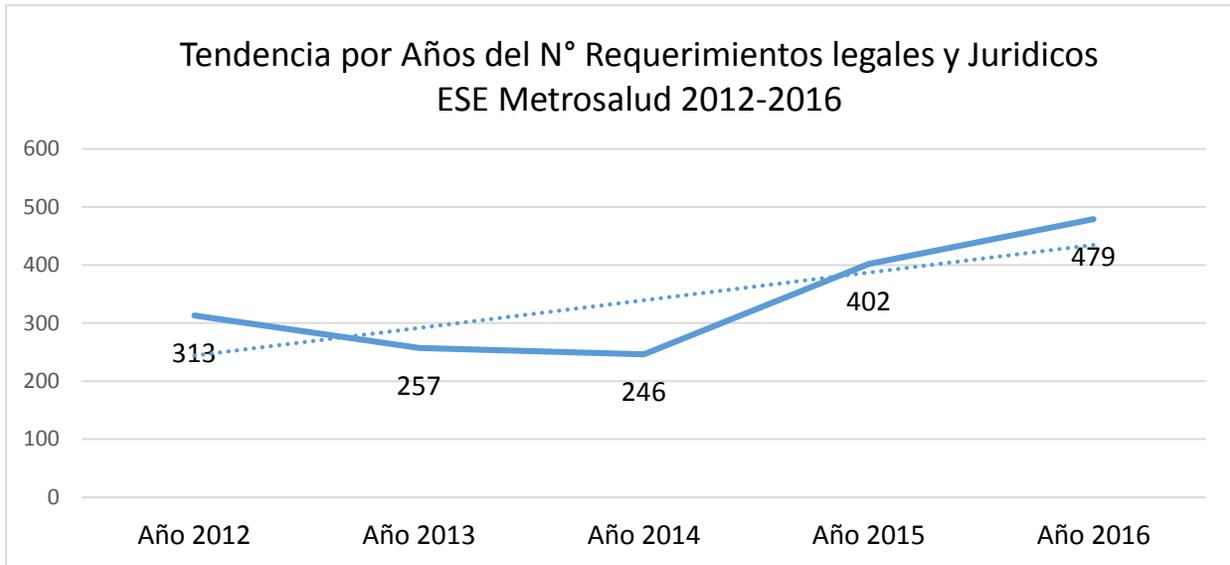
condiciones de avance del proceso, se espera que durante la presente vigencia se materialice la suscripción del contrato de concurrencia, gestión que de manera certera impactará entre otros aspectos, la reducción de los costos y los gastos por los aludidos conceptos y en consecuencia redundará de manera positiva en el apalancamiento financiero del pasivo pensional y en general en la estructura financiera de la ESE. Conservando los parámetros con los cuales se elabora la categorización de Riesgo, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, se espera que la ESE mantenga la categorización de riesgo, así: Sin riesgo a diciembre 31 de 2.016.

Programa: Legalidad y Eficiencia Administrativa

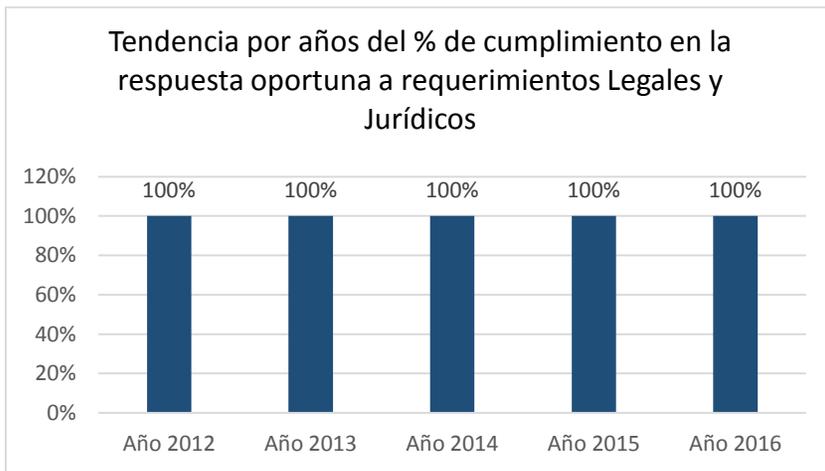
Proyecto: Gestión Jurídica

Un logro importante de la Oficina Asesora Jurídica consiste en haber desplegado el “Proceso de Gestión Jurídica” con sus dos Subprocesos: “Defensa Judicial” y “Asesoría Jurídica” tratando de garantizar que en los últimos cuatro años la totalidad de las actuaciones de la Administración de la ESE Metrosalud, se ajustaran a la legalidad y a una eficiente defensa judicial ante los estrados judiciales, así como a darle una respuesta oportuna y en los términos de ley, a todos los requerimientos realizados en este quinquenio como se muestra en la siguiente tabla:

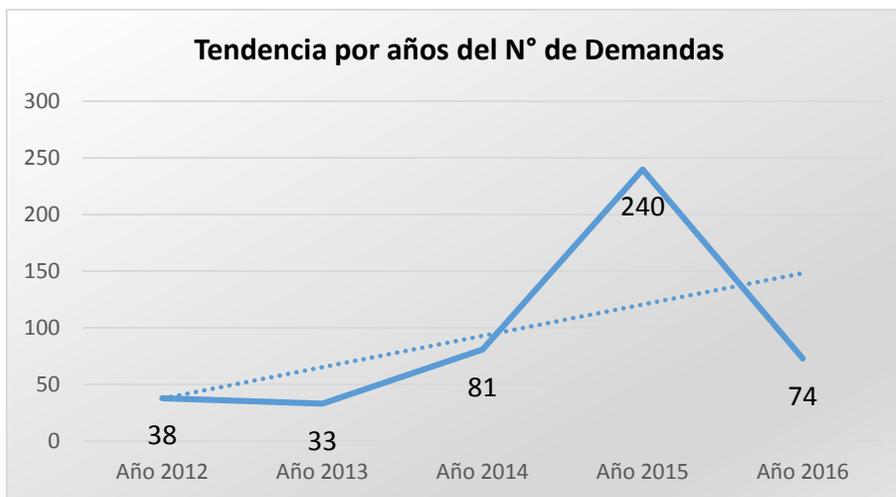
Año	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Nº Requerimientos Legales y Jurídicos	313	257	246	401	479
% de respuesta oportuna a Requerimientos Legales y Jurídicos	100%	100%	100%	100%	100%



Es muy importante resaltar el cumplimiento sistemático durante el quinquenio del indicador de oportunidad de respuesta a los requerimientos judiciales como se observa en la siguiente gráfica.



Como resultado de lo anterior durante el último quinquenio, los procesos judiciales que se interpusieron contra la ESE Metrosalud, mediante el ejercicio de las acciones de Reparación Directa, Nulidad y Restablecimiento del Derecho, contractuales, laborales, tutelas, entre otras, tuvieron una eficiente y eficaz defensa ante los diversos despachos judiciales, obteniendo un alto índice de favorabilidad lo que de paso evitó pagos por condenas judiciales en cifras incalculables. Teniendo presente que el número de demandas en contra la ESE Metrosalud se incrementó en el año 2015 de una manera considerable, especialmente en las demandas de Nulidad y Restablecimiento de derechos laborales (Recargo en dominicales y festivos y jornada extra) llegando a 240 en ese solo año, cifra que triplica a lo reportado en el año 2014, pero que disminuye para el año 2016, como se muestra en la gráfica siguiente:



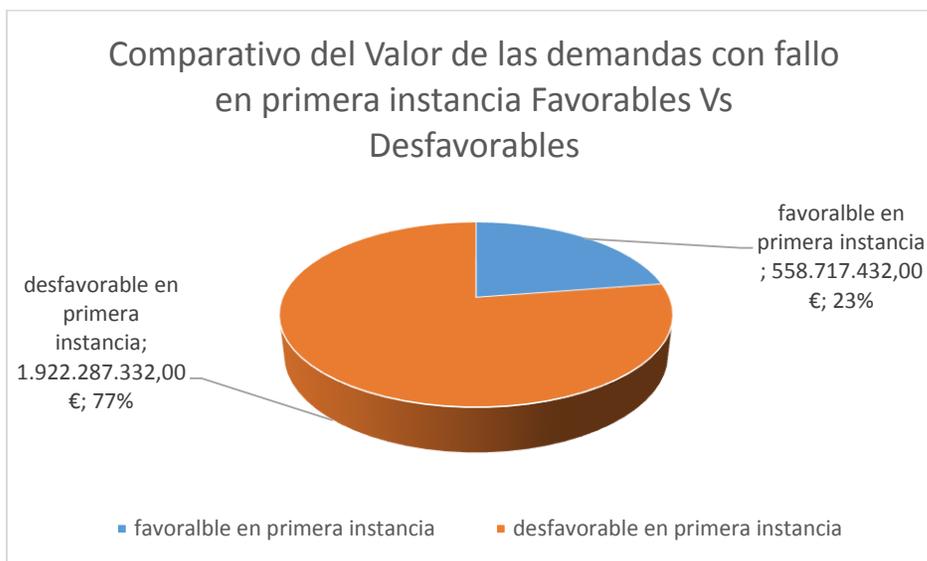
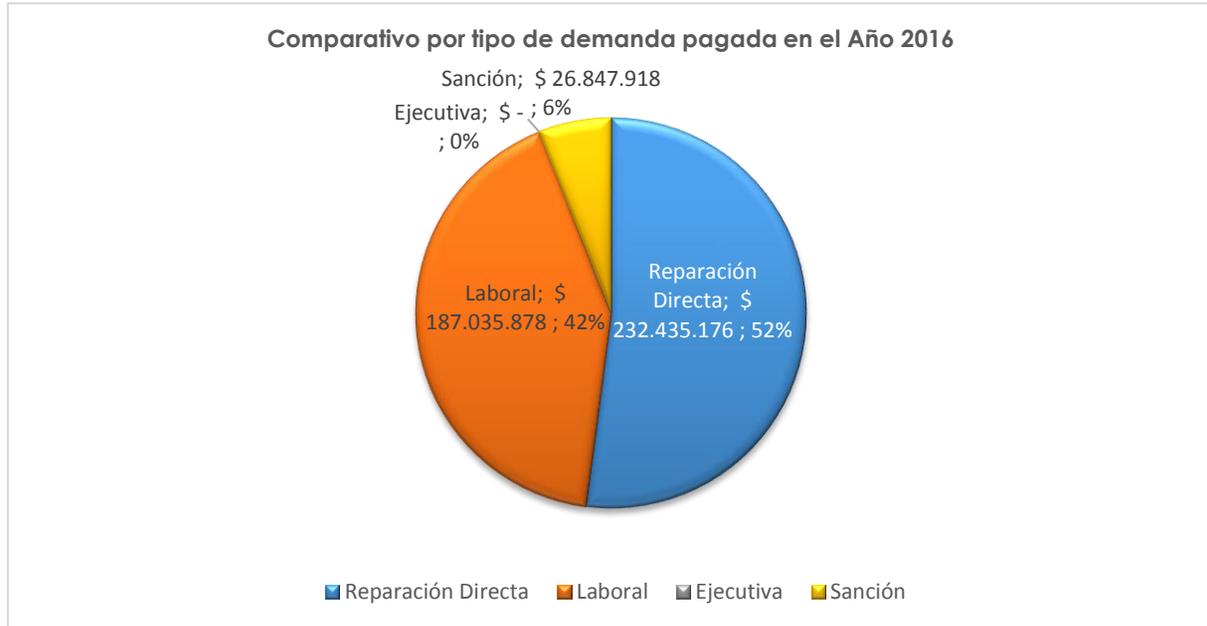
Durante el mismo año 2015 se observa un incremento considerable en el valor pagado por demandas y sanciones, por sentencias desfavorables correspondientes a procesos iniciados en periodos anteriores, cifra que pudo ser mucho mayor pero que gracias a la adecuada respuesta judicial de la Oficina Asesora Jurídica no se materializó. Para el año 2016, vemos que disminuye notablemente el valor pagado por estos conceptos.

Para el año 2015, se presentó un número elevado de sentencias en contra de la entidad, dentro de las que se destacan las de Reparación Directa que alcanzaron un valor de \$2.137'101.900 que representaron el 77% del total pagado.

Para este año 2016 los pagos por demandas laborales fueron de \$187.035.878 representando el 42% y los pagos por Reparación Directa fueron de \$ 232.435.176 representando el 52% de esta vigencia, para un total del 94%, pero evidentemente los pagos realizados durante el 2016, fueron muy inferiores a los realizados en el 2015.

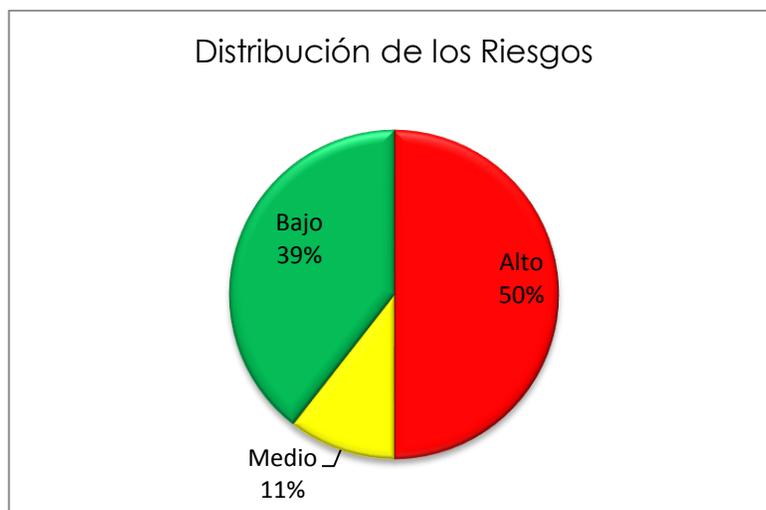


El valor de las cuantías entre los años 2012 a 2016 muestra un aumento, particularmente en el año 2015. Tendencia que decreció en el 2016.



En el mismo sentido, la asistencia por parte de las apoderadas a las audiencias de conciliación prejudicial convocadas y el análisis de las solicitudes de conciliación en el seno del Comité de Conciliación, evitó

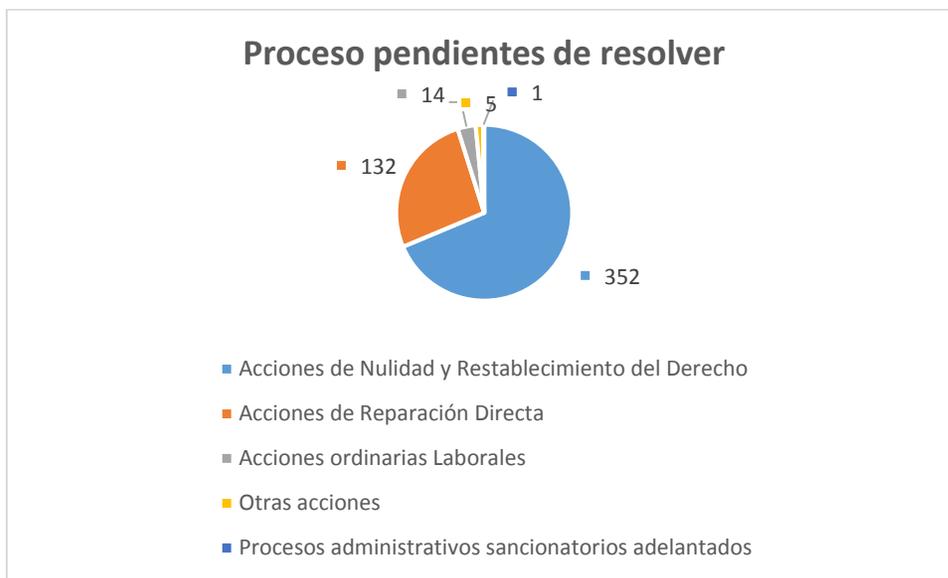
condenas innecesarias y le produjo ahorros significativos a las finanzas de la Empresa; encontrando que en promedio se toma la decisión de conciliar en 7% de los casos, lo que quiere decir que en el 93% de los casos se espera el resultado del proceso. Esta decisión de conciliar se toma según el riesgo procesal identificado en el análisis que se le presenta al Comité de Conciliación. Encontrando que según el análisis de riesgo un 50% de los procesos son de alto riesgo, hecho que aumenta la exigencia para los apoderados de la entidad y por consiguiente es más meritorio el resultado obtenido frente a los procesos ganados en cada vigencia.



Frente a este particular tenemos que otro de los hechos a resaltar de la Oficina Asesora consiste en que atendiendo la cantidad de demandas que son interpuestas en contra de la ESE Metrosalud coincidentes en cuanto a hechos y pretensiones se ha promovido por parte de esta Oficina Asesora durante el período 2012 -2016, políticas orientadoras de defensa judicial y de prevención de daño antijurídico en el seno del Comité de Conciliación.

Actualmente continúan pendientes por resolver el siguiente número de procesos que se remitan ante la jurisdicción u otros organismos de vigilancia y control en las cuales la ESE Metrosalud es parte procesal, así:

Proceso pendientes de resolver	N°
Acciones de Nulidad y Restablecimiento del Derecho	352
Acciones de Reparación Directa	132
Acciones ordinarias Laborales	14
Otras acciones	5
Procesos administrativos sancionatorios adelantados	1



Adicional a lo anterior, las dependencias de la Empresa contaron en lo posible con el acompañamiento y la asesoría requerida y demandada, lo que de contera, garantizó la prevención del daño antijurídico y el apego a la legalidad en cada una de las actuaciones. Dichos requerimientos jurídicos fueron atendidos por la Oficina Asesora, mediante la emisión de conceptos, proyección de circulares, acompañamiento directo a las UPSS, elaboración del nomograma, conversatorios de la Ley 1438 de 2011, entre otros.

A modo de información tenemos que del año 2012 al 2016 fueron resueltos.

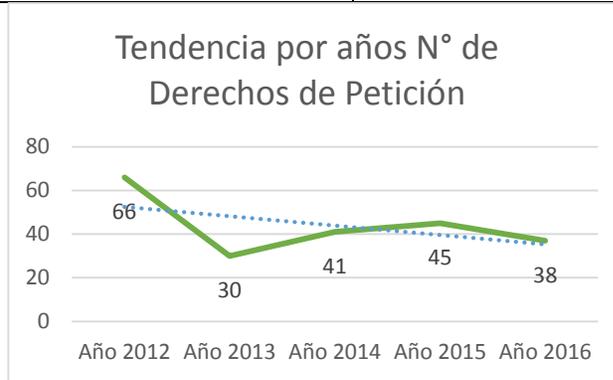
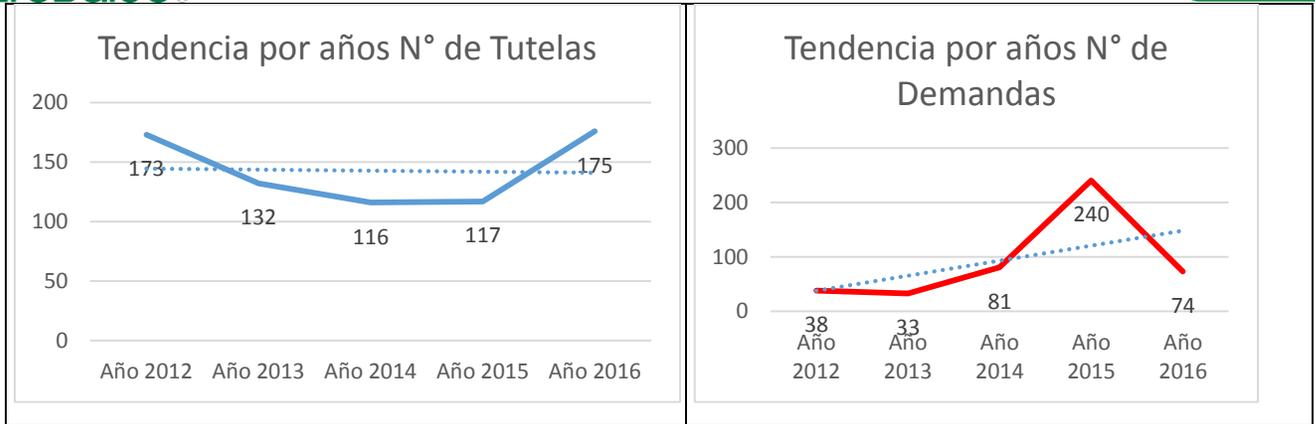
Se resolvieron del año 2012 al 2016	N°
Acciones de tutelas	714
Derechos de petición	219
Exhortos judiciales	507
Solicitudes de conciliación judicial	240
Procesos disciplinarios	60

Finalmente se logró avanzar en que ante los diversos órganos de control, tanto internos como externos, disciplinarios, fiscales o técnicos, se lograra defender la gestión de la administración tratando de justificar cada una de las acciones cumplidas en este periodo. En este sentido la Oficina Asesora Jurídica acompañó algunos de los procesos auditores realizados por la Contraloría General de Medellín en coordinación con la Oficina Control Interno y Evaluación

Finalmente el principal logro fue adoptar una comunicación fluida con el Gobierno Municipal y sus diversas secretarías, aspecto este que se vio reforzado con el trabajo en la Junta Directiva y en la participación en distintos escenarios gubernamentales y deliberativos.

Comparativo de Requerimientos Legales y Jurídicos año 2013-2016

En las siguientes gráficas se muestra la tendencia de los requerimientos legales y jurídicos de la entidad, desde el año 2012 hasta el año 2016. Se evidencia un aumento considerable en el número de las demandas, y reducción en las tutelas, los derechos de petición se mantienen estables y los conceptos se reducen para el 2015. Pero para el año 2016 el número de las demandas disminuyo, las tutelas aumentaron, los derechos de petición disminuyeron.



Pagos por demandas o litigios.

Se presenta a continuación el comportamiento de las demandas pagadas para el año 2016 con una disminución significativa para las demandas de reparación directa las que ascendieron a \$232.435.176.

Tipo Demanda de	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Reparación Directa	\$ 157.374.183	\$ 578.881.884	\$ 314.828.706	\$ 1.459.141.656	\$ 2.137.101.900	\$ 232.435.176
Laboral	\$ 191.312.829	\$ 437.636.885	\$ 200.241.013	\$ 122.571.551	\$ 114.525.009	\$ 187.035.878
Ejecutiva	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 510.073.163	\$ -
Sanción	\$ 5.835.631	\$ -	\$ 16.421.953	\$ 1.375.500	\$ -	\$ 26.847.918
Total Pagos	\$ 354.522.643	\$ 1.016.518.769	\$ 531.491.672	\$ 1.583.088.707	\$ 2.761.700.072	\$ 446.318.972

En la Gráfica siguiente se observa la tendencia por años del valor pagado por demandas de reparación directa donde se observa la disminución en el último año.



Proyecto: Fortalecimiento de la Gestión de bienes y servicios

1. Identificar, contratar y monitorear las necesidades de insumos generales, insumos hospitalarios y servicios contratados

Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año
			T1	T2	T3	T4	
Identificar, contratar y monitorear las necesidades de insumos generales, hospitalarios y servicios	100% de ejecución del plan de compras bienes y servicios	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Acumulado para el cuarto trimestre del año se puede evidenciar que se desarrollaron los procesos de contratación de los bienes de insumos hospitalarios, insumos generales y de prestación de servicio que permitieran disponer en la red de los contratos debidamente legalizados para su respectiva ejecución, lo que garantizó el apoyo logístico de los insumos y los servicios requeridos en los distintos puntos de atención de la red, conforme a los objetivos trazados por la Dirección Administrativa.

Indicador: 100% de ejecución del plan de compras bienes y servicios asignados al proyecto

Meta PRIMER SEMESTRE: 100%.

Insumos generales

Orden	Línea	Ítems a adquirir estimados	Ítems adquiridos (contratos legalizados)	% indicador	Valor estimado a contratar en pesos	Valor contratado en pesos	% ejecución en recurso
1	Materiales de mantenimiento, construcción y ferretería	279	279	100,00	289.732.129,00	279.221.805,00	96
2	Combustibles	3	3	100,00	417.000.000,00	417.000.000,00	100
3	Materiales y suministros e insumos generales primer trimestre y adiciones	187	187	100,00	339.818.400,00	339.818.400,00	100
4	FORMATOS primer trimestre y adiciones	17	17	100,00	10.000.000,00	10.000.000,00	100

Orden	Línea	Ítems a adquirir estimados	Ítems adquiridos (contratos legalizados)	% indicador	Valor estimado a contratar en pesos	Valor contratado en pesos	% ejecución en recurso
5	Servicio de fotocopiado	49	49	100,00	202.000.000,00	202.000.000,00	100
6	Remanufactura de toners	13	13	100,00	60.000.000,00	54.789.000,00	91
7	Materiales y suministros e insumos generales subasta inversa electrónica	285	280	98,25	1.179.279.804,00	1.179.279.804,00	100
8	Lencería otras prendas (cobijas, almohadas, protectores, colchones, toldillos, colchonetas)	11	11	100,00	52.047.679,00	52.047.679,00	100
9	Llantas	4	4	100,00	22.309.305,00	19.994.688,00	89,62
10	Lencería en tela genero algodón (sábanas, fundas, batas, gorros, polainas, campos de ojo)	15	15	100,00	100.000.000,00	85.268.686,00	85,27
11	Formatos asistenciales	37	37	100,00	26.000.000,00	25.623.936,00	98,55
12	Vestuario prestacional (convencción trabajadores)	88	88	100,00	70.000.000,00	69.676.224,00	99,54
13	Vestuario profesional personal (asistencial)	36	36	100,00	88.000.000,00	87.371.432,00	99,29

Orden	Línea	Ítems a adquirir estimados	Ítems adquiridos (contratos legalizados)	% indicador	Valor estimado a contratar en pesos	Valor contratado en pesos	% ejecución en recurso
	TOTALES	1024	1019	99,51	2.856.187.317,00	2.822.091.654,00	98,81

Insumos hospitalarios

N PROCESOS	CLASIFICACION	NOMBRE DEL PROCESO	Nº DE ITEMS A CONTRATAR	VALOR PROCESO	DEL	Nº DE ITEMS CONTRATADOS
1	M	Adición gases medicinales hospitalarios		\$ 94.000.000,00		
2	M	Adición soluciones de gran volumen		\$ 241.700.000,00		
3	MM	Adición material de osteosíntesis		\$ 68.000.000,00		
4	M	Adición medicamentos contratados a cohan		\$ 1.450.000.000,00		
5	M Y MM	Adición medicamentos y dispositivos médicos 2015		\$ 464.870.170,00		
6	M	Adición oxígeno domiciliario		\$ 18.500.000,00		
7	R	Adición hemocultivos	2	\$ 33.400.000,00		2
8	R	Adición indicadores biológicos		\$ 13.510.000,00		
9	R	Adición inmunohematología automatizada		\$ 24.000.000,00		
10	R	Adición troponinas		\$ 61.380.000,00		
11	R	Adición reactivos uroanálisis - hematología - química contratados a cohan		\$ 480.000.000,00		
12	R	Adición tsh neonatal		\$ 7.104.000,00		
13	R	Adición pruebas de sensibilidad		\$ 61.380.000,00		
14	R	Adición gases y electrolitos		\$		

N PROCESOS	CLASIFICACION	NOMBRE DEL PROCESO	Nº DE ITEMS A CONTRATAR	VALOR PROCESO	DEL	Nº DE ITEMS CONTRATADOS
				54.900.000,00		
15	R	Adición infecciosas y hormonas		\$ 168.700.000,00		
16	R	Adición velocidad de sedimentación	1	\$ 23.000.000,00		1
17	MM	Adición papel grado medico		\$ 26.400.000,00		
18	R	Adición insumos de uso en laboratorio		\$ 228.062.974,00		
19	R	Adición reactivo de coagulación		\$ 20.000.000,00		
20	MM	Adición tiras reactivas p/medición glucosa en sangre		\$ 45.400.000,00		
Total insumos adicionados con 2015 por compra directa			3	\$ 3.584.307.144		3
21	R	Ojada	1	\$ 10.994.400,00		1
22	R	Hemoglobina glicosilada	1	\$ 159.000.000,00		1
23	R	Insumos de uso en laboratorio		\$ 62.661.649,00		
24	MO	Dispositivos de uso odontológico		\$ 209.387.889,00		
25	M Y MM	Medicamentos y dispositivos médicos		\$ 2.232.931.226,00		
26	M	Gases medicinales hospitalarios	7	\$ 455.766.190,00		7
27	M	Material de osteosíntesis	322	\$ 900.000.000,00		322
28	R	Controles externos	2	\$ 3.480.000,00		1
29	M Y MM	Medicamentos y dispositivos médicos contratados con cohan		\$ 234.264.425,00		
30	MM	Gasas		\$ 35.290.720,00		
31	MM	Equipos de venoclisis	1	\$		1

N PROCESOS	CLASIFICACION	NOMBRE DEL PROCESO	Nº DE ITEMS A CONTRATAR	VALOR PROCESO	DEL	Nº DE ITEMS CONTRATADOS
		bomba de infusión		136.685.000,00		
32	R	Reactivos uroanálisis - hematología - química contratados a cohan	30	\$ 1.336.083.930,00		30
33	R	Indicadores biológicos	2	\$ 24.570.000,00		2
34	R	Infeciosas y hormonas	7	\$ 537.355.400,00		7
35	R	Tsh neonatal	1	\$ 13.171.200,00		1
36	MM	Papel grado médico	3	\$ 49.999.538,00		3
37	R	Pruebas de sensibilidad	7	\$ 111.154.000,00		7
38	MM	Tiras reactivas p/medición glucosa en sangre	1	\$ 63.908.250,00		1
39	M	Oxígeno domiciliario	3	\$ 7.913.752,00		3
40	R	Troponinas	1	\$ 47.880.000,00		1
41	R	Inmunohematología automatizada	8	\$ 27.989.484,00		8
42	R	Gases arteriales	1	\$ 18.300.000,00		1
Total insumos compra directa 2016			398	\$ 6.678.787.053		397
43	M Y MM	Medicamentos y dispositivos médicos	556	\$ 7.319.790.780		548
44	MO	Dispositivos de uso odontológico	105	\$ 434.843.026		105
45	R	Insumos de uso en laboratorio	76	\$ 496.946.488		74
TOTAL INSUMOS COMPRA X SUBASTA 2016			737	\$ 8.251.580.294		727
TOTAL COMPRA MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS II SEM 2016			1138	\$ 18.514.674.491		1127

Indicador	Cumplimiento
% cumplimiento plan de compras (ítems)	99%
% cumplimiento de M y MM contratado por subasta inversa electrónica y Cooperativa de hospitales Cohan	65%
% cumplimiento de M y MM contratado con COHAN	12%
% cumplimiento de M y MM contratado por subasta inversa electrónica	53%

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	De
100% Ejecución del plan de compras bienes y servicios	100%	99%	99%	

2. Aplicar los puntos de control de los procedimientos del proceso de bienes y servicios

Indicador: % De cumplimiento del cronograma de aplicación de Puntos de Control de los procedimientos del Proceso de Bienes y Servicios

Meta primer semestre: 100%

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	De
Aplicación de puntos de control de los procedimientos de bienes y servicios	100%	100%	100%	

Procedimiento	Nº de Puntos de Control	Frecuencia	Muestra	Responsable
Control de inventario de bienes muebles	4	1 vez al año, después de inventario	20 activos	Gustavo Restrepo
Administración de Contratos	2	2 veces año (Junio y Noviembre)	10 contratos	Lina Montoya
Contratación de bienes y Servicios	3	2 veces año (Junio y Noviembre)	10 contratos	Yamile García
Mantenimiento de equipos biomédicos	4	2 veces año (Junio y Noviembre)	15 equipos	Jorge Romero
mantenimiento de Infraestructura	4	2 veces año (Junio y Noviembre)	15 bienes	Natalia Arcila
Recepción y almacenamiento	4	2 veces año (Junio y Noviembre)	15 Ítems	Álvaro Rivera
distribución	2	2 veces año (Junio y Noviembre)	15 despachos	Beatriz Guarín
Aseguramiento	2	1 vez al año, junio	10 Activos	Vanessa Jimenez
TOTAL PUNTOS DE CONTROL	25			

3. Realizar evaluación de la satisfacción del cliente externo (proveedores)

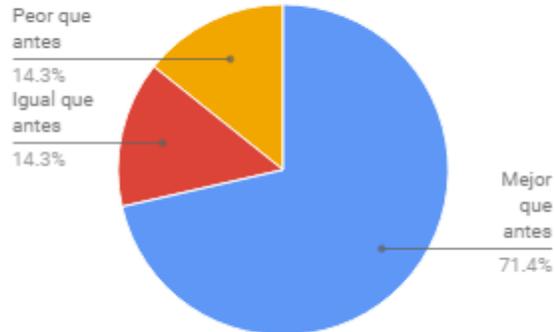
Se realizado una encuesta a 14 contratista de bienes y servicios los cuales muestran los siguientes indicadores

Indicador: % Satisfacción del cliente externo

Meta primer semestre: >85%

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% De Cumplimiento
Evaluación de satisfacción del cliente externo	>85%	85.7%	100%

Recuento de Considera que nuestros procesos de contratación son:



4. Realizar evaluación de la satisfacción del cliente interno

Indicador: % Satisfacción del cliente interno

Meta 1° semestre: >85%

Indicadores	Meta programada	Meta Ejecutada	% De Cumplimiento
Evaluación de satisfacción del cliente interno	>85%	86%	100%



Componente 1: Aprendizaje e innovación

Programa: Capital humano fuente del desarrollo, con enfoque hacia la humanización de la atención.

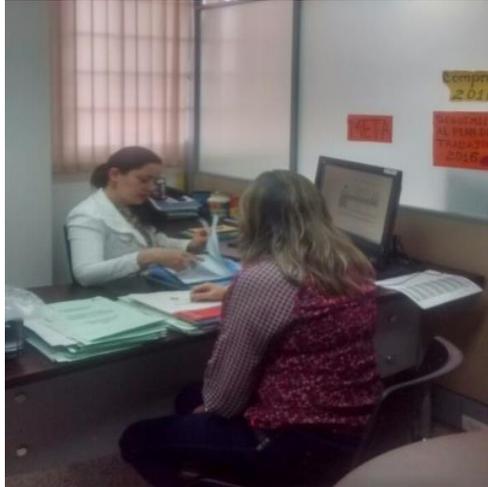
Proyecto: Fortalecer Modelo propio de gestión del desempeño laboral

Dentro del fortalecimiento del despliegue y seguimiento al Modelo **Evaluación del Desempeño Laboral**, se diseñaron y desarrollaron acciones tendientes a mejorar la adherencia en la aplicación del procedimiento en cada una de sus fases.

De dichas acciones de destacan:

- ✓ Banco de compromisos Laborales con fichas técnicas de compromisos por empleo y portafolio de evidencias desagregado por cada compromiso suscrito, buscando con ello, lograr una mayor sincronía entre los compromisos concertados para la anualidad de EDL, las metas institucionales y EDL objetivas, documentadas en evidencias auténticas y propias del ejercicio del empleo en la labor diaria.
Esta actividad se llevó a cabo con niveles de desarrollo diferente para UPSS y Sede Administrativa Sacatín.
 - Para UPSS, el equipo consultor Interno (ECI) construyó el 100% de fichas técnicas para los empleos ubicados en la red prestadora de servicios de salud en los niveles profesional, técnico y asistencial. Además, se logró construir un portafolio de evidencias desagregado por cada compromiso, tipo lista del chequeo para el 70 % de estos mismos empleos.
 - Para la sede administrativa se logró construir el 85% de fichas técnicas de compromisos laborales de los empleos de los niveles profesional, técnico y asistencial de cargos ubicados en esta dependencia. La desagregación del portafolio de evidencias de por cada compromiso es una tarea pendiente.
- ✓ Los talleres de difusión de fichas técnicas y desagregación de ítems del portafolio de evidencias se llevó a cabo con la participación del 100% de comisiones evaluadoras de UPSS y de la sede administrativa. Esta actividad educativa incluyó un taller de actualización acerca del Modelo Propio de EDL por metodología interactiva para directivos de reciente ingreso, profesionales al frente de equipos de trabajo y secretarías.
- ✓ La realización de estos talleres, así como la fase de socialización de compromisos, contó con estrategias lúdicas que dinamizaron los mismos. Se logró una cobertura de fijación de compromisos del 97% de servidores.

Actividad de Socialización fichas técnicas del compromiso



Fuente: Dirección de Talento Humano. Febrero 2015

- ✓ De las estrategias educativas diseñadas para favorecer la difusión y adherencia al Modelo Propio de Evaluación del Desempeño Laboral (EDL), se ejecutaron el 95% de ellas, destacándose entre las mismas, el taller de promoción de seguimiento y acompañamiento del evaluador en la gestión de su equipo de trabajo denominado “Súper héroes de a Pie....”.



Fuente: Dirección Talento Humano ESE Metrosalud Octubre 2016

- ✓ Se continuó con el seguimiento a la adherencia en la aplicación del Modelo, mediante una medición con el instrumento de auto-evaluación en cada semestre del año, obteniéndose una adherencia del 83% rango de aceptable, resultado que implica una notable mejora con relación a la autoevaluación del 2015, la cual fue de 77%.
- ✓ El porcentaje de servidores de carrera administrativa y provisionales evaluados, logra mantenerse en un 98% para la anualidad 2015, aspecto que se resalta ante el gran número de servidores vinculados de la ESE, los cuales son alrededor de 1800, y el ejercicio de la política de movilidad de la empresa.
- ✓ Como actividad complementaria se desarrolló encuentro con el Dr. Gustavo Adolfo Morales Piñeros, Gerente de la Convocatoria OPEC 426 de 2016- ESE'S- con una asistencia de 325 personas. Además de esta actividad se desarrollaron como orientación a los servidores difusión de la convocatoria en las UPSS y publicación de catorce (14) boletines al

respecto, colocados en la WB Institucional en la carpeta generada para brindar orientación e información sobre el tema.

✓



Fuente: Registro Grafico Oficina de Comunicaciones ESE Metrosalud – Dic. 2016

Proyecto: Fortalecimiento del proceso de Talento humano

Considerando que el Acuerdo 082/2001 se encontraba desactualizado, y teniendo en cuenta la entrada en vigencia de normas expedidas en los últimos años relacionadas con la administración del personal, se vio la necesidad de incluir en el Plan de Acción del año 2015 la actualización del Régimen de Administración de Personal de la ESE Metrosalud.

Así, una vez expedido el mencionado Régimen, debidamente aprobado por la Junta Directiva, entra en vigencia el Acuerdo 271 de 2015 y por tanto se hace necesario la socialización del contenido del mismo con los servidores de la ESE Metrosalud, de tal forma que se diseñó una cartilla que pudiera ser consultada constantemente por los servidores, la cual fue entregada en reuniones de socialización del Acuerdo en cada una de las UPSS y Sedes administrativas, abriendo el espacio para dudas e inquietudes al respecto.



Proyecto: Salud y seguridad de los colaboradores

Basados en el ausentismo presentado en el año 2015, se implementó una estrategia desde el equipo de salud y seguridad en el trabajo para disminuir el ausentismo de origen común y laboral realizando intervenciones de tipo osteomusculares, psicosociales y programa de cero accidentes en las UPSS Belen, Manrique, Castilla, Doce de Octubre, San Javier, Santa Cruz. Adicionalmente se capacitaron 1240 servidores en sustancias psicoactivas y adicciones modernas, 812 servidores en manejo del estrés, asistieron al programa escuelas de espaldas y miembros superiores 628 servidores, se divulgó la guía de residuos hospitalarios a 641 servidores y se realizó capacitación en riesgo químico en sitios donde se estén usando estos: 114 servidores.

Por otro lado, se hizo entrega de 3.568 elementos de protección personal a todos los servidores de la red.

Entrega de Elementos de Protección Personal

CENTRO DE SALUD LIMONAR



U.H NUEVO OCCIDENTE



Igualmente se realizaron las siguientes actividades.

- Servidores atendidos en programas de seguimiento a sistemas de vigilancia epidemiológica: 40
- Consulta nutricional : 80 servidores
- Realización de exámenes periódicos: 392 servidores
- Exámenes de ingreso y retiro laboral: 24 servidores
- Aplicación de batería de riesgo psicosocial del Ministerio de Salud y Protección Social a 533 servidores
- Evaluaciones de puestos de trabajo para 96 servidores.
- Seguimientos a recomendaciones laborales para 46 servidores.
- Investigaciones de accidentes laborales total 45 entre servidores vinculados y contratistas.
- Violencia en el lugar de trabajo con 15 reportes realizados.
- Capacitaciones en higiene postural y pausas activas: 162 servidores
- Capacitación de manejo y contención de paciente psiquiátrico: 38 servidores.
- Capacitación y carnetización en misión médica a 436 servidores

Capacitación en Agresión a la Misión Médica



Proyecto: Formación y capacitación del talento humano

Dentro del Plan Institucional de Capacitación (PIC) para el año 2016, se capacitan 1048 servidores, para un total de 123 eventos de capacitación realizados.

Entre algunos de los temas de capacitación están.

- Soporte vital básico
- Soporte avanzado de vida
- Capacitación de SIVIGILA
- Certificación Toma de Citologías
- 1° encuentro internacional de salud familiar y comunitaria "por una construcción colectiva de la salud".
- Capacitación sobre Violencia Sexual-Código Fucsia,
- Entrenamiento en Esterilización para el personal de Salud Oral
- Curso virtual para la Certificación de toma de muestras clínicas.
- Capacitación guías de Práctica Clínica basada en la evidencia para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto puerperio.
- VI Congreso de Ginecología y Obstetricia para Médicos generales.
- XXVIII Congreso Nacional de Medicina General y Social.

- Simposio de Investigación 2016.

Proyecto: Fortalecer programa de inducción y reinducción

Se cumple con la programación del **Curso de Inducción**, se han realizado cinco (5) hasta el tercer trimestre: Febrero, Abril, Junio, Agosto, Septiembre y Octubre con la participación de 210 servidores.

Igualmente se ha realizado la Recepción Corporativa para los servidores que han ingresado a la entidad, en total 139 servidores.



Proyecto: Desarrollo integral y calidad de vida de los servidores

Durante el cuarto trimestre del año 2016 se alcanzó una cobertura de 589 servidores, con los programas del componente de Calidad de Vida Laboral.

Respecto al cumplimiento de los programas de este componente, se alcanzó un 83%, debido a que en los programas de cultura organizacional y humanización no se cumplieron algunas actividades. En cuanto al Plan de Estímulos e Incentivos, aunque se formuló la propuesta anual y se aprobó por el Comité de Bienestar Social e Incentivos, no se presentó a la Junta Directiva porque no se contó con los recursos para llevar a cabo su implementación.

Respecto de la cobertura en Cultura Organizacional, se alcanzó sólo un 5% de lo esperado, es decir, 96 servidores de 315, toda vez que no se realizaron talleres en algunos puntos de la red, por diferentes compromisos institucionales en cada centro de atención.

A continuación se presentan registros fotográficos de las actividades en los diferentes programas durante el período evaluado:



Clausura de Pre Pensionados



Clausura de Mutua Ayuda



Clausura de Vivir Saludablemente



Clausura Pensionados



Taller Cultura Organizacional



Taller Clima Laboral

Proyecto: Protección y servicios sociales

En este componente se trabajan los programas de: Vivienda, Convención Colectiva de Trabajadores Oficiales, Calamidad Domestica, Deportes, Recreación y Cultura, con los siguientes resultados para el cuarto trimestre del año.

Programa de Vivienda: Para el cuarto trimestre de 2017, se postularon 116 empleados y 11 Trabajadores Oficiales, para un total de 117 aspirantes al programa de vivienda.

Convención Colectiva de Trabajadores Oficiales.

En el mes de octubre se le dio cumplimiento a la cláusula 66 de la convención colectiva 2013-2016, regida por la resolución 909 de agosto 16 de 2011, Auxilio de Educación, beneficiándose un total de 88 trabajadores Oficiales con una inversión de \$128.073.038

Programa Deportes–Recreación y Cultura. Para el cuarto trimestre se ejecutaron todas las actividades propuestas en el Plan.

Vivienda
Ecológicas

Refrigerios Navideños

Caminadas



Pista Múltiple

Novenas Navideñas

Ferias de Servicios



A sí mismo, se realizaron las Ferias de Servicios y Beneficios en las UPSS de San Javier, Santa Cruz y Sacatín, con una asistencia de 160 servidores para este trimestre.

También se llevó a cabo la caminata ecológica programada para el cuarto trimestre del año, ella fue: El Retiro- El Portento, a ella asistieron 54 servidores.

Se gestionaron 25 cupos para la integración de los servidores del C de Salud el Salvador para su integración en los espacios del Parque Arvi.

Para las festividades navideñas, el 01 de diciembre de 2016 se entregaron 2300 refrigerios navideños a los servidores de la ESE Metrosalud, en las respectivas UPSS y C de Salud.

Se realizaron las Novenas de Aguinaldos en la sede administrativa y la UPSS de Manrique, con el apoyo del F.N.A

Continúa la utilización de la pista múltiple los días lunes y miércoles en el horario comprendido entre las 5:00pm y las 8:00pm, allí se realizan actividades tales como: Caminar por los senderos ecológicos, Trotar y montar en bicicleta, se exime del cobro de parqueadero al personal de Metrosalud.

El total de servidores beneficiados en este Componente de Protección y Servicios Sociales para el cuarto trimestre fue de: 341 servidores beneficiados.

El total acumulado a diciembre es de **1.688 servidores beneficiados** con los programas de protección y servicios sociales.

La respectiva ejecución presupuestal para este Componente de Protección y Servicios Sociales acumulado en 2016 fue de: \$1.242.256.643

PROGRAMAS	INVERSIÓN-2016
Programa de vivienda	\$ 1.041.204.873
Convención colectiva	\$ 171.664.398
Deportes-recreación y cultura	\$ 29.387.372
TOTAL	\$1.242.256.643

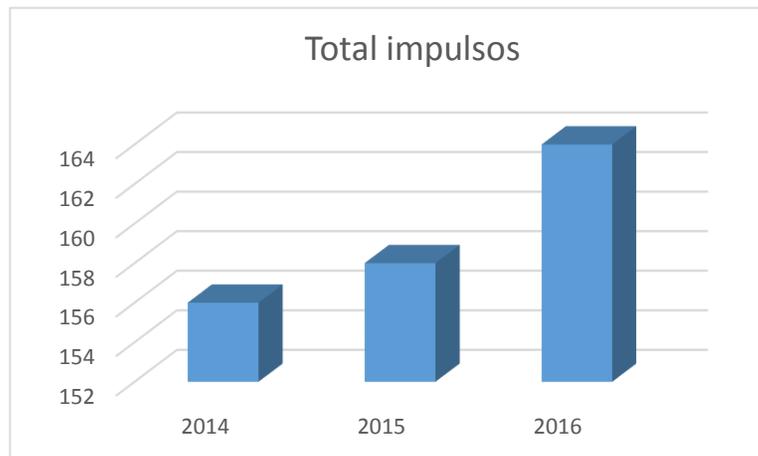
La inversión a diciembre fue de: \$1.242.256.643

Proyecto: Gestión Integral de las conductas y Comportamientos de los servidores públicos.

Durante el año 2016, y a pesar de las situaciones administrativas que se presentaron debido a la falta de personal, la Oficina de Control Interno Disciplinario logró cumplir de manera satisfactoria con las metas planteadas en el Plan de Acción. Una vez se asigna radicado a las quejas o informes provenientes de los diferentes clientes, sea interno o externo, se están impulsando con la primera actuación en menos de 30 días calendario; lo anterior gracias a la labor diligente y coordinada en primera instancia de la secretaria del despacho, quien inmediatamente llega el informe o queja le asigna el radicado, lo encarpeta y registra, para posteriormente ser revisado por la Jefe de la Oficina que da las directrices a seguir a las abogadas que proyectan el insumo final de esa primera etapa y que es el referente para establecer el cumplimiento de la meta.

Igualmente se ha cumplido con impulsar el 30% de los procesos vigentes en cada trimestre, incluso esta meta ha sido superada en todos los trimestres logrando un consolidado anual superior al de los dos años anteriores tal como se puede observar en el siguiente cuadro, que muestra cuáles son las principales actuaciones que dan impulso a un proceso disciplinario, y la cantidad de los mismos que se han proyectado en el 2014, 2015 y 2016.

ACTUACIÓN	2014	2015	2016
Apertura indagación	40	73	41
Apertura investigación	9	4	8
Citación a audiencia	16	3	8
Decreto de pruebas	20	22	24
Inhibitorio	10	7	5
Archivo	25	25	53
Fallos	18	5	12
Pliego de cargos	4	1	0
Remisiones	6	2	4
Otros autos	8	16	9
TOTAL IMPULSOS	156	158	164



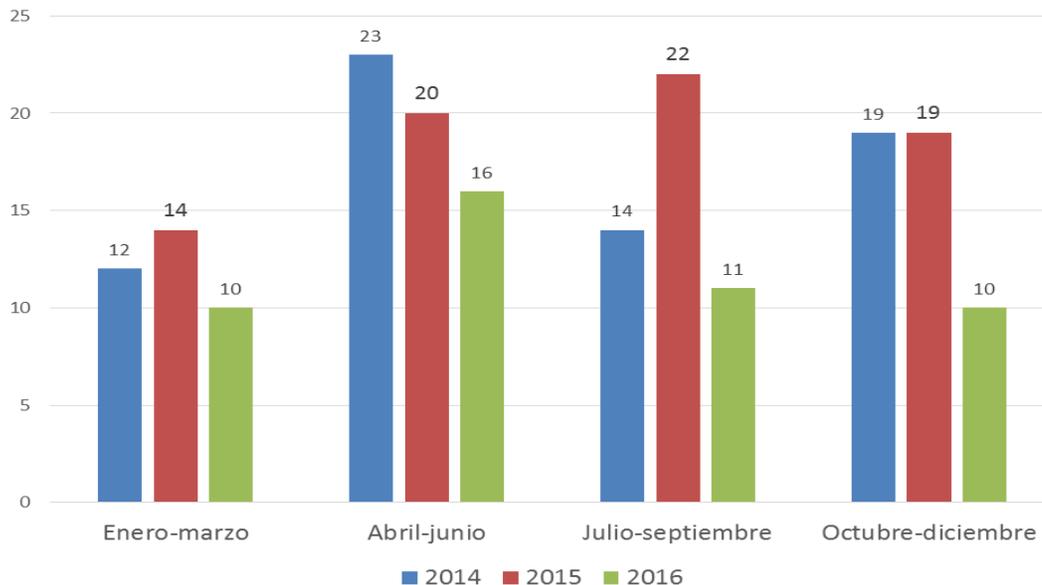
En el mismo cuadro también se puede observar que en el año 2016, es donde más procesos han sido finalizados, bien sea mediante auto de archivo definitivo, fallos, o autos inhibitorios.

En lo que tiene que ver con las actividades de prevención de las conductas por parte de los funcionarios, que puedan constituir falta disciplinaria, se ha dado continuidad al envío de información de utilidad relacionada con la ley 734 de 2002 por medio de mail master y las jornadas

de inducción; en esta última actividad, y con el fin de dar cumplimiento a la meta de medir el grado de conocimiento del personal sobre las normas disciplinarias, la Oficina elaboró una encuesta de conocimiento que deben diligenciar todos los asistentes y que posteriormente es calificada y tabulada para establecer porcentaje de cumplimiento de meta propuesta.

La siguiente gráfica muestra la cantidad de quejas o informes que han sido radicadas en la oficina en los últimos 3 años. Se observa una evidente disminución principalmente en comparación con las que fueron radicadas en el 2015, y aunque esto no significa necesariamente que los servidores no estén incurriendo en conductas que puedan ser sancionables disciplinariamente, se ha trabajado mucho este año en el fortalecimiento de la figura consagrada en el artículo 51 de la Ley 734 de 2002, es decir, que muchas de las conductas que no ameriten el despliegue de todo un proceso disciplinario porque no afectan de manera significativa el servicio, están siendo intervenidas por los jefes inmediatos, coordinadores o directores de las respectivas UPSS o centros de salud.

N° DE QUEJAS O INFORMES RADICADOS EN LOS AÑOS 2014, 2015 Y 2016



AÑO	TOTAL QUEJAS O INFORMES RECIBIDOS
2014	68
2015	75
2016	47

Programa: Gestión del Conocimiento.

Proyecto: Fortalecimiento de la institución como centro de práctica universitaria.

La ESE Metrosalud tiene suscritos actualmente 18 Convenios de Docencia Servicios para las prácticas de estudiantes de diferentes programas del área de la salud. Los convenios son con 11 Universidades y 7 Instituciones para el trabajo y el desarrollo humano.

Al tercer trimestre se realizaron actividades como.

- Revisión de documentación reglamentaria de las instituciones educativas.
- El tercer Comité Docencia Servicio (CODA) del año, uno con las Universidades y otro con las Instituciones para el Trabajo y el Desarrollo Humano.
- Comité Extraordinario para ajustar los soportes de los estándares de habilitación en el componente de docencia servicios.
- Visita a las 9 UPSS de la Red de Metrosalud, con el fin de socializar con los servidores el manejo de los convenios y la consulta de la documentación soporte en la intranet. Lo anterior, como apoyo a las visitas de verificación de estándares de habilitación componente de docencia servicios, por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional.
- Se modificó la conformación del Comité Docencia de Servicios por parte de Metrosalud, designándose un representante de la red, al doctor Carlos Mario Tobón, Coordinador Asistencial de la UH Nuevo Occidente.



Proyecto: Desarrollo de Redes del Conocimiento.

En el período evaluado, se actualiza la Resolución del Comité de Ética en investigación consolidando en la Resolución 086 de 2016, los múltiples actos administrativos anteriores, además sesionan las reuniones ordinarias cada dos meses y cuando es necesario se realizan reuniones virtuales extraordinarias; finalizando el año con la realización de 8 comités, de los cuales 6 fueron ordinarias y 2 extraordinaria. En éstas, se revisan temas de la convocatoria de investigación, los proyectos presentados, los informes de avances y seguimiento, la aprobación y revisión de proyectos, llevando los informes y conceptos al Comité. De cada reunión se deja evidencia por medio del acta, las evidencias de las actividades realizadas y la lista de asistencia, todo en medio físico como en medio magnético.

Se tiene un inventario de investigaciones actualizado y se realiza interventoría de los proyectos con asignación presupuestal, además se estandariza la convocatoria de co-investigadores para todos los proyectos de investigación que se aprueben en la organización.

Se realizó la convocatoria de investigación externa e interna desde febrero hasta octubre, recibiendo 20 proyectos para evaluar la viabilidad y la factibilidad en su desarrollo dentro de la organización.

En el siguiente cuadro, se presenta el estado de las investigaciones en la ESE Metrosalud a diciembre de 2016.

Estado proyectos de Investigación a diciembre de 2016

Proyectos presentados 2016	20
Proyectos Aprobados 2016	15
Proyectos No aprobados 2016	4
Proyectos pendientes 2016	1
Proyectos en ejecución 2015	9
Proyectos en ejecución con presupuesto*	6
Proyectos Finalizados*	18

*Proyectos de otra vigencia

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional. Septiembre de 2016

Evaluación programa de Gestión del Conocimiento 2016

Durante el primer cuatrimestre del año, se evalúa el conocimiento de los servidores del programa de gestión del conocimiento con un resultado del 88% en general, siendo la calificación inferior 79% y superior del 95%.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	¿A cuál línea del Direccionamiento Estratégico pertenece el programa de gestión del conocimiento?	95%	88%
	La política de Gestión del conocimiento, la tecnología y la innovación, busca consolidar en la institución:	79%	
	Son integrantes del comité de ética en investigación, gestión del conocimiento la tecnología y la innovación, excepto:	84%	
	Son líneas en las cuales se puede desarrollar investigación al interior de la ESE Metrosalud, excepto:	90%	
	Son beneficios del programa de gestión del conocimiento, excepto	92%	

Programa: Tecnologías de la información y la comunicación, pilar del buen servicio

Proyecto: Desarrollo e implementación del software de historia clínica electrónica

Indicadores	Meta Anual	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Ajustar la HCE por programa y/o servicio y operativizar las nuevas funcionalidades.	95%	98%	100%
Realizar rondas de acompañamiento e identificación de necesidades.	100%	96%	96%
Actualizar los manuales, instructivos y otros documentos necesarios para el manejo de la HCE.	100%	100%	100%

Para el cuarto trimestre se alcanzó un total de capacitación o re inducción en historia clínica electrónica de 1.202 funcionarios distribuidos en 333 médicos, especialistas y odontólogos, 656 enfermeras y auxiliares, auxiliares e higienistas y 213 técnicos operativos y auxiliares, además alcanzamos los 7.116.517 de historias y/o folios diligenciados en el sistema de información, estas historias corresponden a 590.332 de usuarios que han tenido atención en nuestra red de servicios.

Luego de las rondas a las sedes de los trimestres anteriores se identificaron 152 casos o necesidades de ajuste al sistema de los cuales el 97% de se gestionaron, en al acumulado tenemos:

Etiquetas de fila	Analizar	Cerrada	Nueva	Pendiente Clasificar	Pruebas Cliente	Total general
Adulto Mayor		25				25
Agudeza Visual		24				24
Anestesia		25				25
Atención Integral del Joven		2				2
Cirugía		51				51
Citologías		26				26
Consulta Externa		424	2			426
Crecimiento y Desarrollo	1	65				66
Enfermedades Crónicas		191				191
Historias Clínicas	1	282	8	17	58	366
Hospitalización		102				102
Ingreso Prenatal		330				330
Nutrición		38				38
Observación		128				128
Odontología		432				432
Planificación Familiar		39				39
Plantillas Dinámicas		1				1
Sala de Partos		76				76
TB		17				17
Triage		55				55
Urgencias		711	1			712
Valoración recién nacido		7				7
Total general	2	3,051	11	17	58	3,139

Tenemos para este trimestre publicado en la intranet 119 guías o tutoriales para el manejo de la herramienta.

Proyecto: Formulación, implementación, revisión y/o ajuste de planes y políticas

Indicadores	Meta Anual	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Documento de políticas actualizadas (Directorio Activo)	1	1	100%
% de equipos en el dominio (Directorio Activo)	90 %	63 %	70 %
Documento elaborado del Plan estratégico de sistemas (PESI) 2016-2020	1	1	100%
% de Satisfacción del cliente interno en cuanto al sistema de información	80 %	75,4 %	94%

Oportunidad de respuesta ante caídas del sistema y degradación (En Horas) (ANS contratada, 99.96% tiempo mensual y anual)	4	0	100 %
Oportunidad de respuesta a requerimientos del sistema de información (% de casos atendidos en menor o igual a 3 horas)	90 %	65 %	72%
% Oportunidad de la entrega de reporte de información en cumplimiento de la Circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya y reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 , Decreto 256	100 %	100 %	100 %

Para el 2016 se requirió la formulación de un nuevo plan estratégico de sistemas (PESI), dado que la vigencia del plan anterior era hasta el 31 de diciembre de 2015. Los proyectos que por temas presupuestales no alcanzaron a ser ejecutados y que aun la necesidad de su implementación está vigente se retomaron en el nuevo plan sumado a aquellos que por las tendencias tecnológicas y nuevos requerimientos se deben desarrollar en el periodo 2016-2020. Los temas del PESI que hicieron parte de este plan se ejecutaron, otros por temas presupuestales se ejecutarán en la medida que las necesidades y recursos lo faciliten.

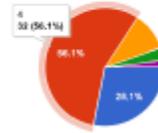
Alcanzamos un total de 1.005 equipos de cómputo con migración de perfil al directorio activo, lo que permite de manera centralizada el lanzamiento de políticas de seguridad, de configuración y de información, dichas políticas se tienen documentadas para ser aplicadas al 100% de los equipos.

Realizamos la medición de la satisfacción del usuario frente al sistema de información y otros ítems de interés que nos ayuda a orientar nuestros esfuerzos para brindar mejores soluciones y herramientas a los funcionarios en el desempeño de los procesos institucionales.

Encuesta de Satisfacción 2016



Indique en general, su satisfacción con el sistema de información?



5	16	28,1%
4	32	56,1%
3	6	10,5%
2	2	3,5%
1	1	1,8%

TRIMESTRE 1 => 73 % 134 ENCUESTAS
 TRIMESTRE 2 => 69 % 179 ENCUESTAS
 TRIMESTRE 3 => 75 % 69 ENCUESTAS
 TRIMESTRE 4 => 84.2 56 ENCUESTAS

TOTAL ENCUESTAS 438 PROMEDIO DE SATISFACCION → 75,25 %



Se realizó un importante avance para la organización del área como es la implementación del nuevo sistema de gestión de casos, se nota gran crecimiento en el número de casos registrados por los usuarios, pasando de un registro trimestral de 1,585 casos a 5.006.

	Trimestre 2		Trimestre 3		Trimestre 4	
No DE CASOS	1.585		4.735		5.006	
MENOR A 3 HORAS	62%	Menor o Igual a 3 horas 867	67%	Menor o Igual a 3 horas 3167	Menor o Igual a 3 horas 3.514	70 %
PROMEDIO CASOS MES	528		1.578		1.669	
PROMEDIO MES X PERSONA MESA DE AYUDA	211,2	2,5 Personas Mesa Ayuda	316	5 Personas Mesa Ayuda	5 Personas Mesa Ayuda	333
PROMEDIO CASOS DIA X PERSONA	9,6		14			16

Se observa también el número de casos atendidos por la mesa de ayuda en los días sábado, domingo y festivos como parte del compromiso para apoyar a los usuarios del sistema de información.

	SABADO	DOMINGO	FESTIVO	Total general
	208	97	39	344
Promedio	16	7	13	9

La E.S.E continua siendo Oportuna en la entrega de reporte de información en cumplimiento de la Circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya y reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, demás, de nueva normatividad como la 256, 4505 entre otras.

Proyecto: Desarrollo de la cultura del archivo, flujo documental y correspondencia digital

Indicadores	Meta Anual	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Documento PGD elaborado	1	1	100 %
Documento GDE elaborado	1	1	100 %
Documento de control de Acceso elaborado	1	1	100 %
Cantidad de despliegues realizados	2	2	100 %

En la adopción e implementación del decreto 2609, se actualizaron y elaboraron documentos que orientan la gestión documental de la institución, todo en el marco del Plan de Gestión Documental (PGD) el cual articula las diferentes actividades que orientan la gestión tanto de los documentos físicos como electrónicos.

Proyecto: Diseño e implementación de software específicos

Indicadores	Meta Anual	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Actualización del proyecto Gestión Código de Barras	1	1	100 %

Este proyecto viene planteado desde el PESI, sin embargo, limitaciones presupuestales han dificultado su implementación, realizamos la actualización del proyecto en metodología BPIN.

Se ha planteado en 6 etapas La implementación de código de barras para los distintos procesos de la E.S.E este nos permitirá crecer en competitividad, en seguridad, en controles al mejoramiento de la transparencia, en optimización de recursos y en últimas a mejorar de forma ostensible la calidad de la atención a nuestros pacientes.

Proyecto: Renovación de la plataforma computacional, de comunicaciones y demás sistemas de información

Indicadores	Meta Anual	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Modelo documentado Modelo de Seguridad con base en estándares de la ISO 27001	100%	100 %	100 %
Cobertura del despliegue Modelo de Seguridad con base en estándares de la ISO 27001	100%	100 %	100 %
Metodología de backup documentada y actualizada.	1	1	100 %
Proyecto Formulado de Licenciamientos de Ofimática	1	1	100 %
% De ejecución del cronograma del proyecto de Licenciamientos de Ofimática	100%	100%	100 %

Tenemos la elaboración del procedimiento para el tratamiento de datos personales como parte de nuestro modelo de seguridad, se realizó dentro del grupo de sistemas su despliegue e iniciamos mediante Mailmaster el despliegue de conceptos de la ley 1266 de 2008 Habeas Data y la ley 1581 de 2012 tratamiento de Datos personales. Se definieron:

- Acta de Nombramiento de Oficiales de Tratamiento de Datos Personales
- Autorización para el tratamiento de datos personales antes de entrada en vigencia la Ley
- Aviso de tratamiento de datos personales
- Guía para la definición de perfiles y roles de tratamiento de datos personales.
- Manual de políticas de tratamiento y protección de datos personales

Actualizamos la metodología de backup o copias de respaldo, En primera instancia se hace conocer que Metrosalud tiene en un servicio de HOSTING con la firma UNE, el cual aloja el sistema de información más importante

para la empresa, el cual contempla la infraestructura necesaria que garantice la operación de la atención de los usuario en los puntos de servicios.

Esta infraestructura contratada con UNE contempla los mecanismos de respaldo a la base de datos, así como una alternativa de una Base de Datos en Stanby, la cual permite recuperarse de una forma más rápida ante la eventualidad de un daño o pérdida de información de la base de datos.

Igualmente para los sistemas, servicio y/o aplicaciones que corren en el ambiente virtualizado del edificio SACATIN, se definió e implemento las acciones para garantizar las acciones de respaldo de información.

Durante el 2016 se formuló e implemento el proyecto de Licenciamientos de Ofimática con el objetivo de Fortalecer los procesos Dirección Administrativa y Comunicaciones, mediante la adquisición de herramienta de software específico (AutoCAD y CorelDraw), así continuamos cumpliendo con las leyes de derecho de autor en lo referente a software.

Resultados Plan de Acción Enero - Diciembre del 2016

Se realiza la Rendición de Cuentas a la Gerencia presentando los resultados del Plan de Acción a diciembre de 2016. Los Jefes de las Unidades Administrativas presentan sus logros al terminar la vigencia. Se obtiene un resultado del 91% de cumplimiento en el Plan de Acción.

% Cumplimiento del Plan de Acción ESE Metrosalud 2016				
	PESO % LINEA	PROGRAMADO	EJECUTADO	CUMPLIMIENTO
Línea 1	30%	3%	3%	93%
Línea 2	30%	4%	4%	95%
Línea 3	20%	2%	2%	85%
Línea 4	20%	2%	2%	87%
	100,00%	11%	10%	91%

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, Diciembre de 2016

Seguimiento al Plan Operativo Anual de Inversiones 2016

El presupuesto definitivo de inversión de la ESE Metrosalud a diciembre asciende a \$16.682.236.826. Resultado final después de adiciones y/o modificaciones realizadas en el presupuesto de inversión durante la vigencia. Los recursos ejecutados según pagos más obligaciones equivalen a un total de \$16.626.433.678, generando un porcentaje de ejecución del 99,67%.

El presupuesto de inversión se aumenta, dado los recursos recibidos del Ministerio de Salud y Protección Social, para el proyecto de Reposición de la Unidad Hospitalaria de Buenos Aires por un valor de \$10.794.000.000.

A continuación, se realiza una descripción de la ejecución de los proyectos contenidos en el Plan de Inversiones.

✓ **Fortalecimiento de la prestación de servicios de la Red de Metrosalud.**

Proyecto ejecutado en un 99% en el 2016. Dentro de este proyecto, se tiene presente el talento humano requerido en cumplimiento de los requisitos de habilitación para algunas sedes de la Institución como: UH Nuevo Occidente, UH San Cristóbal, Atención Prehospitalaria, entre otros. Talento humano que después se formaliza como planta temporal.

✓ **Dotación de equipos médicos, científicos y administrativos**

Dentro de este ítem se encuentran los proyectos:

- **Gestionar la dotación de las Urgencias de la UH Doce de Octubre.** El proyecto se ejecutó en un 100%. La dotación adquirida se instaló en el servicio de urgencias, el cual fue inaugurado en abril de 2016. El servicio de urgencias cuenta con tres consultorios médicos, 14 camillas de observación, sala de curaciones, sala de procedimientos y sala de reanimación, entre otros servicios.

- **Gestionar la dotación de la Red Hospitalaria.** Este proyecto se ejecutó en un 100%. Los recursos utilizados se destinaron a la compra de dotación administrativa y asistencial, según necesidades de la red dando cumplimiento de los requisitos de habilitación de servicios.
- **Compra de una Ambulancia Medicalizada para la ESE Metrosalud.** Se reciben de la Secretaría Seccional de Antioquia \$58.955.556, formalizados mediante Resolución del 22/12/2015 para apoyo a la Adquisición de Ambulancias. Si bien el proyecto presentado por la ESE Metrosalud estaba por un valor de \$266.127.000 incluida la dotación de la ambulancia. Los recursos recibidos de la Gobernación de Antioquia (\$58.955.556) no fueron suficientes para contribuir a la compra de dicho bien.

Por tal razón, la ESE Metrosalud durante la vigencia envió dos comunicados a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia solicitando que estudiarán la posibilidad de que los recursos pudieran ser utilizados para la dotación de una ambulancia que ya se tenía comprada, dado que lo recursos se estarían orientando al cumplimiento del objeto del proyecto y la alternativa de solución; en caso de no ser posible, se debe consultar trámite, que permita realizar la devolución de los recursos a su entidad.

Frente a estos comunicados, a la fecha no se ha tenido respuesta, razón por la cual los recursos no fueron ejecutados y se incluyeron en el presupuesto 2017.

- ✓ **Participación Activa, Usuario, Familia y Comunidad.** Proyecto ejecutado en un 100%. Los recursos asignados al proyecto, se utilizaron para la realización de un vídeo para la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios, divulgado en todos los puntos de atención de la red, mediante diferentes medios.
- ✓ **Fortalecimiento del Desarrollo Organizacional.** Este proyecto tuvo una ejecución del 100%. Los recursos fueron utilizados para apoyar logísticamente las actividades de rendición pública de cuentas interna (a la Gerencia) y externa (a los usuarios, proveedores, entes de control), así como para la jornada de Seguridad del Paciente y el Simposio de Investigación.

- ✓ **Gestión de la Comunicación Organizacional.** Este proyecto tuvo una ejecución del 100%. Los recursos se utilizaron para la señalización de Unidades Hospitalarias, impresos como: Cuadernos, volantes, cartillas, pendones; entre otros, elementos de apoyo a las Unidades Administrativas para la divulgación de información y el fortalecimiento de la comunicación.
- ✓ **Implementar normas NIFF.** La ejecución fue del 100%, se realiza contrato de asesoría para la fase de implementación de las normas NIFF, realizándose entre otras, las siguientes actividades: Se ajustaron las 20 políticas, se presentó el ESFA – Estado de la Situación Financiera de Apertura al Órgano de Dirección para la Contabilidad Pública y, se conformaron las maquetas en los distintos módulos que conforman el SAFIX, para que éstas reconocieran los hechos económicos de cara a la nueva normatividad. Dicho proceso se debe continuar en la vigencia 2017 a fin de dar cumplimiento a la normatividad.
- ✓ **Formación y capacitación del talento humano.** La ejecución fue del 100%. Se realizaron diferentes capacitaciones en el año para los servidores en coherencia con el Plan Institucional de Capacitación de la entidad. En total se capacitaron 1.103 servidores para un total de 29.025 horas invertidas en capacitación. Muchas de las capacitaciones se realizaron por los convenios docencia servicio, otras fueron financiadas con recursos de la Secretaría de Salud de Medellín y con talento humano de la Institución.
- ✓ **Desarrollo de la EDL.** Conto con una ejecución financiera del 100%. Los recursos se utilizaron para el suministro de refrigerios, en el desarrollo de diferentes actividades educativas del proyecto como: Talleres de comisiones evaluadoras y evaluados para evaluación de adherencia, los encuentros de los equipos consultor interno – ECI. Los talleres con 3 horas de duración o más, pueden acceder a refrigerios.
- ✓ **Desarrollo Integral y calidad de vida del talento humano (Bienestar social, incentivos, recreación, programa de vivienda servidores y trabajadores oficiales ESE Metrosalud).** Este proyecto se ejecuta financieramente en un 100%. Dentro de este proyecto, se realizaron las actividades propias del Programa de Bienestar Laboral e Incentivo, así como las de Protección y

Servicios Sociales. Las actividades estuvieron dirigidas a los servidores, pensionados y prepensionados.

- ✓ **Desarrollo de Redes del Conocimiento.** El proyecto se ejecutó en un 100%. Para el 2016, se incluye la investigación desarrollada por el Instituto de Medicina Tropical de Bélgica en cooperación con la ESE Metrosalud - UPSS Santa Cruz, denominada: Brechas en la Atención y Control de la Hipertensión Arterial en América Latina - Una aproximación desde la perspectiva de la población.

La investigación se termina en el 2016, presentándose los resultados al personal de la Red en el mes de diciembre de 2016.

Se realizaron contratos a 6 proyectos de investigación. De éstos se finalizaron 2 investigaciones. Las 4 investigaciones restantes, cuentan con presupuesto asignado para el 2017. Es relevante informar, que se realizaron pagos en la vigencia sobre aquellas investigaciones que presentaron los informes de avance con su respectiva factura, dándose el trámite de pago en la vigencia.

- ✓ **Gestión de la Tecnología e información.** Se ejecuta financieramente en un 100%. A través de este proyecto se gestionó la compra de licencias de Autocad y Corel para la Red de Metrosalud.

Seguimiento Plan Operativo Anual de Inversiones 2016 (Cifras en pesos)

	Detalle	Presupuesto Definitivo (Cifras en pesos)	Ejecutado (Pagos, más Obligaciones)	% De ejecución
Línea 1: La Prestación de Servicios de Salud Integrales y con Calidad, Centrados en el Usuario y su Familia, Nuestra Razón de Ser				
1	Fortalecimiento de la prestación de servicios de la Red de Metrosalud.	\$ 4.421.219.128	\$ 4.370.515.710	99%
2	Construcción y remodelación (Reposición Unidad Hospitalaria de Buenos Aires)	\$ 9.877.379.209	\$ 9.877.379.209	100%
3	Dotación de equipos médicos, científicos y administrativos	\$ 855.352.485	\$ 850.252.755	99%
Línea 2: La Competitividad, Fuente de Sostenibilidad				

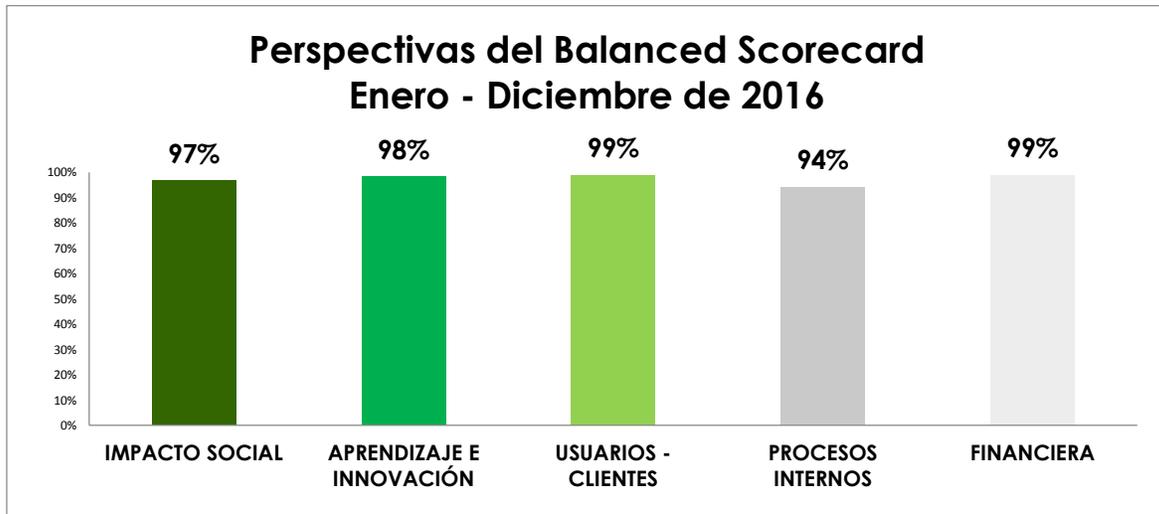
	Detalle	Presupuesto Definitivo (Cifras en pesos)	Ejecutado (Pagos, más Obligaciones)	% De ejecución
4	Proyecto: Participación activa: Usuario, Familia y comunidad	\$ 1.979.656	\$ 1.979.656	100%
5	Fortalecimiento del Desarrollo Organizacional ESE Metrosalud	\$ 11.580.130	\$ 11.580.130	100%
6	Proyecto: Gestión de la comunicación organizacional	\$ 48.274.514	\$ 48.274.514	100%
Línea 3: La eficiencia administrativa y financiera nuestro reto.				
7	Implementación de las Normas NIFF	\$ 30.720.000	\$ 30.720.000	100%
Línea 4: El conocimiento y la Innovación Para Potencializar el Desarrollo y el Cambio Institucional				
8	Proyecto: Formación y capacitación del Talento Humano	\$ 10.212.860	\$ 10.212.860	100%
9	Proyecto: Fortalecer el modelo propio de Gestión del Desempeño Laboral	\$ 1.939.968	\$ 1.939.968	100%
10	Proyecto: Desarrollo Integral y calidad de vida del talento humano (<i>Bienestar social, incentivos, recreación, programa de vivienda servidores y trabajadores oficiales ESE Metrosalud</i>).	\$ 1.296.930.248	\$ 1.296.930.248	100%
11	Proyecto: Desarrollo de Redes del conocimiento	\$ 97.649.100	\$ 97.649.100	100%
12	Gestión de la tecnología de la Información	\$ 28.999.528	\$ 28.999.528	100%
	Total	\$ 16.682.236.826	\$ 16.626.433.678	99,67%

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional. Enero 2017

Resultado de los Indicadores del Balanced Scorecard Enero - Diciembre de 2016

El tablero de indicadores a diciembre de 2016 alcanza un resultado del 97% siendo satisfactorio para la Entidad. En el siguiente gráfico se detallan los resultados por cada una de las perspectivas del Balanced Score Card.

Grafico Nro. 22



Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional. Enero 2017

Los resultados al terminar la vigencia, muestran cuatro indicadores en color rojo, 2 de ellos correspondientes a la perspectiva Procesos Internos: Relacionados con el despliegue del Código de Ética y Buen Gobierno y el Cumplimiento en la Gestión de Residuos Hospitalarios en la ESE Metrosalud (Centros de Salud y Unidades Hospitalarias). Se tiene además un indicador rojo en la perspectiva Financiera relacionado con el Resultado del Equilibrio Presupuestal, el cual muestra que el recaudo es inferior a las obligaciones generadas a diciembre, obteniéndose un resultado por debajo de 1, afectando el cumplimiento de la meta del indicador. Por último, se tiene otro indicador en rojo dentro de la perspectiva Aprendizaje e innovación relacionado con la Cobertura del Programa de Cultura Organizacional.

Los indicadores en color rojo, se incluyen en el Plan de Acción 2017, afín de mejorar las metas, que permitan contribuir al logro de los objetivos corporativos.

Tabla 60. Balanced Score Card. ESE Metsosalud Enero – Diciembre de 2016

LINEA ESTRATEGICA	INDICADORES	META INDICADORES				
		2016 Enero - Diciembre	% Peso	Resultado	Cumplimiento	%
1. La Prestación de Servicios de Salud Integrales, con Calidad y Centrados en el Usuario y su Familia, Nuestra Razón de Ser	Vulneración de derechos	0,001	0,56%	0,0012	85%	0,47%
	Proporción de vigilancia de eventos adversos trazadores	100%	0,313%	100%	100%	0,31%
	Continuidad en la atención de la población priorizada	90%	0,625%	93%	100%	0,63%
	Gestión del Modelo de prestación servicios por ciclo vital	80%	0,625%	82%	100%	0,63%
	Hospital seguro	7,32	0,313%	7,43	100%	0,31%
	Índice CAP (conocimientos aptitudes y prácticas)	80%	1,667%	0,79	99%	1,65%
	Índice de oportunidad para la atención en la ESE Metsosalud	94%	0,56%	94%	100%	0,56%
3. La eficiencia administrativa y Financiera nuestro reto	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.	1	0,16%	0,95	95%	0,15%
	% de la reducción de la glosa por facturación	2%	0,16%	2%	100%	0,16%
	% de la recuperación de cartera	80%	0,16%	85%	100%	0,16%
	% de ejecución del plan de compras de bienes y servicios	100%	0,27%	99%	99%	0,26%
	Requerimientos judiciales contestados dentro del término legal	100%	0,36%	100%	100%	0,36%
2. La Competitividad, Fuente de Sostenibilidad	Satisfacción del usuario, familia y grupos de interés.	96%	0,035%	95%	99%	0,03%
	Manifestaciones con respuesta antes de 15 días	100%	0,035%	96%	96%	0,03%

LINEA ESTRATEGICA	INDICADORES	META INDICADORES				
		2016 Enero - Diciembre	% Peso	Resultado	Cumplimiento	%
	Grado de conocimiento de los deberes y derechos de clientes internos y/o externos.	85%	0,10%	92%	100%	0,10%
	Calificación de autoevaluación con estándares de acreditación	3,7	0,080%	3,7	100%	0,08%
	Cumplimiento en la gestión de residuos hospitalarios en la ESE Metrosalud (Centros de Salud y Unidades Hospitalarias)	100%	0,15%	96%	96%	0,15%
	Cobertura del despliegue del código de Ética y buen gobierno	95%	0,35%	80%	84%	0,29%
	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Mejora Institucional	90%	0,02%	91%	100%	0,02%
	Gestionar el Plan de Mejoramiento de la Contraloría y de entes de Vigilancia y Control	90%	0,02%	88%	97%	0,02%
	Cumplimiento plan de gestión	70%	0,40%	73%	100%	0,40%
	Nivel de desarrollo del MECI	90%	0,08%	77%	85%	0,07%
	Nivel de estandarización de procesos	3	0,16%	3	100%	0,16%
	% de Cumplimiento en el programa de evaluaciones	95%	0,0440%	92%	97%	0,04%
4. El Conocimiento y la Innovación para potencializar el desarrollo y el cambio institucional	Procesos institucionales fortalecidos mediante aplicación de resultados de investigación	3	0,11%	3	100%	0,11%
	Cobertura de satisfacción del cliente interno.	84%	0,07%	84%	100%	0,07%
	Adherencia al procedimiento de EDL	77%	0,14%	83%	100%	0,14%
	Cobertura capacitación al personal vinculado a Metrosalud	95%	0,22%	95%	100%	0,22%
	Cobertura de la inducción	100%	0,06%	100%	100%	0,06%

LINEA ESTRATEGICA	INDICADORES	META INDICADORES				
		2016 Enero - Diciembre	% Peso	Resultado	Cumplimiento	%
	Cobertura programa de cultura organizacional	65%	0,07%	33%	51%	0,04%
	Cobertura acumulada de los programas de Bienestar Laboral	95%	0,07%	100%	100%	0,07%
	Cumplimiento del plan de salud ocupacional	90%	0,11%	90%	100%	0,11%
	Socialización del código único disciplinario	12	0,11%	16	100%	0,11%
	Investigaciones desarrolladas	3	0,11%	18	100%	0,11%
	Contribución a la formación del talento humano en salud de la ciudad por convenios docencia servicio	4000	0,22%	4492	100%	0,22%
	Satisfacción del Cliente interno en cuanto al sistema de información	80%	0,46%	75%	94%	0,43%
	Oportunidad en la respuesta a requerimientos del sistema de información (En horas)	4	0,46%	4	100%	0,46%
	Oportunidad de la entrega de: reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya; y reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituye.	100%	0,46%	100%	100%	0,46%

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, Diciembre de 2016

Ajuste del Plan de Acción en el Cuarto Trimestre de 2016

El Plan de Acción tuvo ajustes en el cuarto trimestre de 2016, presentado por varias Unidades Administrativas, mediante correos o cartas dirigidas a

la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional. Dichos ajustes fueron validados frente a las metas establecidas en el Plan de Desarrollo 2012 – 2020 vigente y en coherencia con la metodología de formulación y evaluación de los planes de acción de la entidad.

A continuación, se presenta por Unidad Administrativa los ajustes solicitados con la correspondiente respuesta generada desde la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional. Cabe anotar que estos ajustes quedan formalizados a su vez, en acta de esta Oficina.

Dirección de Sistemas de Información

Según solicitud de ajustes presentada mediante comunicado interno con consecutivo I – 3908 del 9 de noviembre de 2016, sobre ajustes en los siguientes proyectos:

Proyecto: Diseño e implementación de software específicos (incluye: Código de Barras - Business inteligent)

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
Gestionar software código de barras para farmacias y almacenes	Adquirir los dispositivos para el procedimiento de cogido de barras	Contratos legalizados	NLB		20%	30%	50%	100%	Dirección Sistemas de Información
	Ejecutar Etapa 1 (Recepción y despacho Centro de Distribución)	% cumplimiento del cronograma de actividades etapa 1	10%		20%	20%	20%	60%	Dirección Sistemas de Información

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
	Ejecutar Etapa 2 (Recepción Farmacia y Almacén de suministros, distribución cliente externo y cliente interno)	% cumplimiento del cronograma de actividades etapa 2	5%			20%	20%	40%	Dirección Sistemas de Información

En la que solicita que dada modificación enviada por la Dirección de Sistemas anteriormente mediante comunicado interno I-2150 de junio 14 de 2016, en la cual se le informó mediante comunicado de la Oficina de Planeación I-2300 del 28 de junio de 2016, que el proyecto: Diseño e implementación del software específicos (incluye: código de barras, business inteligent), no puede retirarse del plan, en especial lo relacionado con business inteligent, dado que este tiene programación dentro del plan de desarrollo, lo que podría hacerse es una reprogramación de actividades, además de estar articulado a un riesgo institucional.

Luego, mediante comunicado de la Dirección de Sistemas I-3908 del 9 de noviembre de 2016, solicita que en lo referente al código de barras, se cambie a una sola actividad: "Actualización del proyecto gestión del código de barras".

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
Gestionar software código de barras para farmacias y almacenes	Actualización del proyecto gestión por código de barras	Proyecto elaborado	NLB				1	1	Dirección Sistemas de Información

Se informa, que dado que el ajuste solicitado, está directamente relacionado con el presupuesto de inversión asignado para la vigencia 2016 a la Dirección de Sistemas de información, presupuesto inicial que ha sido reducido durante el año, se aceptan los ajustes quedando el proyecto así:

Cambia por:

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
Gestionar software código de barras para farmacias y almacenes	Actualización del proyecto Gestión Código de Barras	Proyecto Formulado	NLB				1	1	Dirección Sistemas de Información

Proyecto: Desarrollo de la cultura del archivo, flujo documental y correspondencia digital.

Sobre este proyecto, los ajustes solicitados en el comunicado interno de la Dirección de Sistemas de Información I-3908 del 9 de noviembre de 2016, sobre cambiar la tarea "Formular el Plan Institucional de Archivos PINAR por "Formular el PGD Programa de Gestión Documental", se consideran pertinentes.

Esta:

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
Gestionar Proceso Documental	Formular el PINAR	Documento PINAR elaborado	NLB				1	1	Dirección Sistemas de Información
	Elaborar el Modelo de Requisitos para Gestión de Documentos	Documento GDE elaborado	NLB	1				1	Dirección Sistemas de Información

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
	Electrónicos								
	Elaborar la Tabla de Control de Acceso y Seguridad Aplicables a los Documentos	Documento de control de Acceso elaborado	NLB	1				1	Dirección Sistemas de Información
	Desplegar lineamientos de gestión documental	Cantidad de despliegues realizados	NLB			1	1	2	Dirección Sistemas de Información

Cambia por:

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
Gestionar Proceso Documental	Formular el Programa de Gestión Documental	Documento PGD elaborado	NLB				1	1	Dirección Sistemas de Información
	Elaborar el Modelo de Requisitos para la Gestión de Documentos Electrónicos	Documento GDE elaborado	NLB	1				1	Dirección Sistemas de Información
	Elaborar la Tabla de Control de Acceso y Seguridad Aplicables a los Documentos	Documento de control de Acceso elaborado	NLB	1				1	Dirección Sistemas de Información
	Desplegar lineamientos de gestión documental	Cantidad de despliegues realizados	NLB			1	1	2	Dirección Sistemas de Información

Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional

Se realiza verificación de metas del Plan de Acción al cuarto trimestre y se valida realizar los siguientes ajustes:

Proyecto: Desarrollo del Sistema de Planeación Institucional.

Se retiran todas las tareas y demás variables referidas a la actividad Plan de Gestión 2016 – 2019, dado que no se cuenta aún con el Gerente en propiedad, si se tiene presente que la norma establece que aplica para los Gerentes de las ESES del Estado Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013.

Esta:

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T 2	T 3	T4		
Desarrollar el Plan de Gestión	Realizar evaluación al Plan de Gestión para la vigencia 2015	% Cumplimiento del Plan de Gestión vigencia 2015	85%	70%				70%	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsable : Gerencia, Unidades Administrativas
	Presentar la Evaluación del Plan de Gestión 2015 a la Junta Directiva para aprobación	Resultado de la Evaluación del Plan de Gestión 2015 aprobado por la Junta Directiva	1	1				1	Junta Directiva
	Desplegar informe de resultados del Plan de Gestión vigencia 2015	Resultados Plan de Gestión 2015 socializado por la página web de la entidad	1		1			1	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
	Formular el Plan de Gestión 2016 - 2019	Plan de Gestión 2016 - 2019 formulado	1				1	1	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsable : Gerencia, Unidades Administrativas
	Presentar el Plan de Gestión 2016 - 2019 a la Junta Directiva para aprobación	Plan de Gestión 2016 - 2019 aprobado por la Junta Directiva	1				1	1	Junta Directiva
	Desplegar el Plan de Gestión 2016 - 2019	Plan de Gestión 2016 - 2019 socializado por la página web de la entidad	1				1	1	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsable : Gerencia, Unidades Administrativas

Cambia por:

Actividad	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada	Cantidad Año				Responsable
					T1	T2	T3	T4	
Desarrollar el Plan de Gestión	Realizar evaluación al Plan de Gestión para la vigencia 2015	% Cumplimiento del Plan de Gestión vigencia 2015	85%	70%				70%	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsable: Gerencia, Unidades Administrativas
	Presentar la Evaluación del Plan de	Resultado de la Evaluación del Plan de	1	1				1	Junta Directiva

Actividad	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada	Cantidad Año				Responsable
					T1	T2	T3	T4	
	Gestión 2015 a la Junta Directiva para aprobación	Gestión 2015 aprobado por la Junta Directiva							
	Desplegar informe de resultados del Plan de Gestión vigencia 2015	Resultados Plan de Gestión 2015 socializado por la página web de la entidad	1		1			1	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional

Dentro de este proyecto, también se realiza el siguiente ajuste relacionado con el **Plan de Desarrollo**.

Esta:

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
	Realizar seguimiento y evaluación al Plan de Desarrollo 2012 - 2015	% de cumplimiento del Plan de Desarrollo año 2012 al 2015	92%	90%				90%	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsable: Gerencia, Unidades Administrativas
Gestionar el Plan de Desarrollo	Ajustar y o modificar el Plan de Desarrollo articulado al Plan de Desarrollo Municipal	Plan de desarrollo ajustado y/o modificado	1				1	1	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsable: Gerencia, Unidades Administrativas
	Presentar el Plan de Desarrollo a la Junta	Plan de Desarrollo aprobado por la Junta	1				1	1	Junta Directiva

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
	Directiva para aprobación	Directiva							
	Desplegar el Plan de Desarrollo Ajustado y/o Modificado y la Plataforma Estratégica	% Cumplimiento de las estrategias de despliegue de instructivos documentados y actualizados	100%				100%	100%	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsable: Gerencia, Unidades Administrativas
	Medir el conocimiento del Plan de Desarrollo y Plataforma Estratégica	Grado de conocimiento del Plan de Desarrollo	85%				85%	85%	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsable: Gerencia, Unidades Administrativas
		Grado de conocimiento de la Plataforma Estratégica	98%				85%	85%	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsable: Gerencia, Unidades Administrativas

Cambia por:

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
Gestionar el Plan de Desarrollo	Realizar seguimiento y evaluación al Plan de Desarrollo	% de cumplimiento del Plan de Desarrollo año 2012 al	92%	90%				90%	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsable: Gerencia, Unidades

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
	2012 - 2015	2015							Administrativas
	Ajustar y o modificar el Plan de Desarrollo articulado al Plan de Desarrollo Municipal	Plan de desarrollo ajustado y/o modificado	1				1	1	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsable: Gerencia, Unidades Administrativas
	Presentar el Plan de Desarrollo a la Junta Directiva para aprobación	Plan de Desarrollo aprobado por la Junta Directiva	1				1	1	Junta Directiva
	Divulgar el Plan de Desarrollo Ajustado y/o Modificado	Plan de Desarrollo Ajustado y/o modificado divulgado por la página web	NLB				1	1	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsable: Gerencia, Unidades Administrativas
	Medir el conocimiento del Plan de Desarrollo y Plataforma Estratégica	Grado de conocimiento del Plan de Desarrollo	85%				85%	85%	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsable: Gerencia, Unidades Administrativas
		Grado de conocimiento de la Plataforma Estratégica	98%				85%	85%	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsable: Gerencia, Unidades Administrativas

Proyecto: Gestión de Procesos Corporativos.

Se solicita retirar el % programado para el cuarto trimestre en el indicador: % de instructivos documentados y/o actualizados el cual tiene una meta para el cuarto trimestre del 15%, aplazando su cumplimiento para la siguiente vigencia, dada la prioridad institucional en otros temas a nivel directivo.

Teniendo presente que el ajuste se solicita dentro de los tiempos programados, y que este indicador no está incluido dentro de los indicadores medidos en el Plan de Desarrollo evaluados en el balanced scorecard, se valida y acepta dicho ajuste.

Esta:

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
Caracterizar los procesos y procedimientos institucionales	Identificar necesidades de procedimientos.	% De procedimientos actualizados según la demanda	NLB	3%	5%	6%	6%	20%	Jefes Unidades administrativas. Corresponsable: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional
	Revisar y/o actualizar los procedimientos institucionales								
	Identificar necesidades de instructivos.	% De instructivos documentados y/o actualizados	18%	5%	15%	15%	15%	50%	Jefes Unidades administrativas. Corresponsable: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional
Elaborar cronograma de trabajo en acuerdo con las Unidades Administrativas priorizadas									
Documentar y/o actualizar los instructivos									

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
	institucionales								
Monitorear la Gestión de los Procesos y Procedimientos Institucionales	Ejecutar la estrategia de despliegue de instructivos documentados y actualizados	% Cumplimiento de las estrategias de despliegue de instructivos documentados y actualizados	100%			100%		100%	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsables: Jefes Unidades administrativas, Grupo Comunicaciones
	Medir el grado de conocimiento de los instructivos desplegados	Grado de conocimiento de los instructivos desplegados	NLB				85%	85%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsable: Jefes de Unidad administrativa, Grupo de comunicaciones
	Evaluar la estandarización de los procesos actualizados	Nivel de estandarización de procesos	2,8			3	3	3	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsables: Jefes Unidades administrativas, Grupo Comunicaciones

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
	Gestionar la elaboración de los videos para el despliegue de los procesos y procedimientos de prestación de servicios	Videos para despliegue de procesos y procedimientos de prestación de servicios	NLB				4	4	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsables: Grupo Comunicaciones

Cambia por:

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
Caracterizar los procesos y procedimientos institucionales	Identificar necesidades de procedimientos.	% De procedimientos actualizados según la demanda	NLB	3%	5%	6%	6%	20%	Jefes Unidades administrativas. Corresponsable: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional
	Revisar y/o actualizar los procedimientos institucionales								
	Identificar necesidades de instructivos.	% De instructivos documentados y/o actualizados	18%	5%	15%	15%	35%	Jefes Unidades administrativas. Corresponsable: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	
	Elaborar cronograma de trabajo en acuerdo con las Unidades Administrativas priorizadas								

Actividades	Tareas	Indicadores	Línea de Base	Cantidad Programada				Cantidad Año	Responsable
				T1	T2	T3	T4		
	Documentar y/o actualizar los instructivos institucionales								
Monitorear la Gestión de los Procesos y Procedimientos Institucionales	Ejecutar la estrategia de despliegue de instructivos documentados y actualizados	% Cumplimiento de las estrategias de despliegue de instructivos documentados y actualizados	100%				100%	100%	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsables: Jefes Unidades administrativas, Grupo Comunicaciones
	Medir el grado de conocimiento de los instructivos	Grado de conocimiento de los instructivos desplegados	NLB				40%	40%	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, Corresponsable: Jefes de Unidad administrativa, Grupo de comunicaciones
	Evaluar la estandarización de los procesos actualizados	Nivel de estandarización de procesos	2,8			3	3	3	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional Corresponsables: Jefes Unidades administrativas, Grupo Comunicaciones

Oficina Asesora Jurídica

Mediante comunicado interno con el consecutivo I – 2781 del 4 de agosto de 2016, solicita varios ajustes al plan de acción 2016, entre ellos: Retirar la tarea: Cumplimiento del cronograma de aplicación de los puntos de control de los procedimientos del proceso.

La Oficina de Planeación mediante comunicado con el consecutivo I – 2841 del 9 de agosto de 2016 responde entre otros, que para la tarea referente a los puntos de control, es necesario proponer otra tarea dado que está asociada a unos riesgos.

No obstante, realizada una verificación por parte del equipo de Planeación frente a las metas de cumplimiento de las áreas para el cuarto trimestre, se verifica dentro del Plan de Acción de la Oficina Asesora Jurídica, que la tarea de puntos de control, tiene asociados los riesgos 2,3 y 4, los cuales están siendo tratados con el cumplimiento de otros indicadores, hoy en ejecución dentro del plan de acción de esa área, por lo que ve consecuente el retiro de la actividad de puntos de control del plan de acción, a su vez porque fue directriz desde la Oficina Asesora de Planeación retirar todas las tareas asociadas a los puntos de control, hasta tanto no se organizase y/o modifique el enfoque de puntos de control en la entidad, siendo tareas a implementar en el 2017.

Dirección de Talento Humano

De acuerdo con la solicitud de modificación del proyecto en las tareas, mediante comunicado I – 2014 de junio 2 de 2016:

Proyecto	Tareas
Proyecto. Fortalecer el Modelo Propio de Gestión del Desempeño o Laboral.	Referente a la tarea. Aplicar instrumento de liderazgo al personal directivo vinculado a la Institución. Referente a la tarea. Realizar evaluación y seguimiento a los Acuerdos de Gestión.

Presentado mediante comunicado I – 2014 de junio 2 de 2016, con aclaratoria mediante correo electrónico del 8 de julio de 2016, se informa, que una vez validada la información entre los Profesionales Especializados de la Oficina Asesora de Planeación y las Psicólogas encargadas del tema de Evaluación Del desempeño en el área de Talento Humano, se define dejar una sola tarea, y es la referente a: Realizar evaluación y seguimiento a los Acuerdos de Gestión. Lo anterior, dado que las dos tareas apuntan al mismo riesgo, pudiéndose mitigar con uno de ellos. Así mismo, tomando como consideración lo planteado por las psicólogas, la tarea que se define, aporta a la reducción del riesgo identificado.