Metrosalud®

Plan de Gestión 2012 - 2015

Evaluación enero – diciembre de 2015

Martha Cecilia Castrillón Suárez
Gerente

Medellín, Marzo del 2016

Alcaldía de Medellín

Metrosalud®

JUNTA DIRECTIVA

VERÓNICA DE VIVEROS ACEVEDO
Municipio de Medellín
Delegada del Alcalde
Presidenta

CLAUDIA HELENA ARENAS PAJÓN
Secretaria de Salud

JORGE POSADA VÉLEZ
Representante Profesionales de la Salud

ARCADIO MAYA ELEJALDE
Representante Sector Científico

CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ TRUJILLO
Representante Gremios de la Producción

MARTHA CECILIA CASTRILLÓN SUÁREZ
Gerente ESE Metrosalud

ADRIANA LUCÍA ACERO CORREA
Secretario Ad-Hoc

EQUIPO DIRECTIVO

MARTHA CECILIA CASTRILLÓN SUÁREZ
Gerente
JUAN MANUEL LEMA HURTADO
Subgerente Red de Servicios
OLGA CECILIA MORALES RENDÓN
Subgerente Financiera
ADRIANA PATRICIA ROJAS ESLAVA
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional
ADRIANA LUCÍA ACERO CORREA
Jefe Oficina Asesora Jurídica
GLORIA EUGENIA GONZÁLEZ MADRID
Jefe Oficina de Control Interno
SANDRA MARÍA LAVERDE RESTREPO
Jefe Oficina de Mercadeo
JORGE MAURICIO GAVIRIA GRAJALES
Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario
LINA MARÍA VALENCIA CORREA
Directora Operativa de Talento Humano
OLGA CECILIA MEJÍA JARAMILLO
Directora Operativa Administrativa
JAIME ALBERTO HENAO ACEVEDO
Director de Sistemas de Información
NATALIA LÓPEZ DELGADO
Directora Gestión Clínica y de la Promoción y Prevención

EQUIPO UPSS

CARLOS ALBERTO ROMERO BOTERO
Director UPSS Belén
JORGE HUMBERTO SÁNCHEZ ECHEVERRI
Director UPSS San Javier
BERTHA INÉS ZAPATA LÓPEZ
Directora UPSS Manrique
HERNÁN DARIO AGUILAR RAMÍREZ
Directora UPSS Nuevo Occidente
CECILIA MARÍA TABORDA PÉREZ
Directora UPSS Santa Cruz
GLORIA PATRICIA MUÑOZ SALDARRIAGA
Directora (E) UPSS San Antonio de Prado
VALENTINA SOSA CARVAJAL
Directora UPSS Doce de Octubre
FRANCISCO JAVIER LÓPEZ BERNAL
Director UPSS Castilla
NATALIA PELÁEZ MIYAR
Director UPSS San Cristóbal

Plataforma Estratégica

Misión

Somos una organización de carácter público, comprometida con generar cultura de vida sana en la población de la ciudad de Medellín y de la región, que brinda servicios de salud integrales y competitivos a través de una amplia y moderna red hospitalaria, un talento humano con vocación de servicio, altamente calificado, cimentado en los principios institucionales y en armonía con el medio ambiente.

Visión

Al 2020 seremos la primera referencia en redes de servicios de salud de Colombia con procesos eficientes, innovadores y seguros, con un talento humano reconocido por su integridad, coherencia y compromiso en la promesa de valor con nuestros clientes, nuestros usuarios y su familia, la sociedad y el medio ambiente.

Nuestra Ventaja Competitiva

Prestar servicios de salud seguros, humanizados e integrales, con enfoque en la estrategia de APS, diferenciándonos por:

- Un talento humano competente y altamente calificado.
- La ubicación y distribución de nuestra red de servicios.
- La innovación en nuestros procesos
- La calidad de nuestros productos

Nuestra Promesa De Servicio

Orientada a resultados

Somos una organización del sector salud comprometida activamente con generar valor, desarrollo y liderazgo en Redes Integradas de Servicios de Salud y Atención Primaria en Salud.

Diferenciable

Nos caracterizamos por el diseño y desarrollo constante de servicios de salud, un talento humano competente y la cercanía a los usuarios, las universidades, los proveedores y demás entidades del sector.

Sostenible

Con nuestras acciones, con la contribución decidida al desarrollo de nuestra sociedad, con la conservación del medio ambiente y con la convicción firme en nuestros valores y principios, lograremos el éxito.

Objetivos Corporativos

- Convertirnos en la red integrada de servicios de salud líder en Colombia.
- Asegurar los recursos financieros para el crecimiento y la operación futura.
- Generar servicios de alta calidad, a un costo razonable para el cliente.
- Tener sistemas de información integrales e integrados en red con los hospitales del área Metropolitana.
- Promover la investigación y la innovación como pilares fundamentales del desarrollo.
- Mejorar el conocimiento y las competencias del talento humano, manteniendo alta su motivación.
- Maximizar los niveles de satisfacción de los clientes (EPSS, SSM, otros).
- Incrementar de manera sostenida la participación de Metrosalud en el mercado de la prestación servicios de salud.
- Fidelización con la marca Metrosalud.
- Maximizar los niveles de satisfacción de los usuarios.
- Prestar una atención humanizada.

- Generar valor social.
- Fomentar el desarrollo ambiental sostenible y sustentable, para preservar el hábitat de las generaciones futuras.
- Desarrollar relaciones de mutuo beneficio con los grupos de interés.

Contenido

Plataforma Estratégica 5

Misión 5

Visión 5

Nuestra Ventaja Competitiva 5

Nuestra Promesa De Servicio 6

Objetivos Corporativos 6

Evaluación del Plan de Gestión 2012 – 2015 Vigencia 2015 9

Direccionamiento y Gerencia 9

Financiera y Administrativa 18

Gestión Clínica o Asistencial 29

Resultado Matriz de Calificación Vigencia 2015 41

A continuación se detalla por Área de Gestión, el resultado obtenido por la ESE Metrosalud para la vigencia del 2015, con el análisis por indicador, del cumplimiento o no, de las metas planteadas por la norma aplicable.

Direccionamiento y Gerencia

Indicador 1.

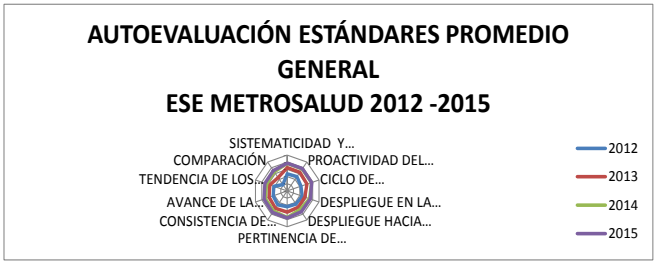
N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
1	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la Empresa Social del Estado en los términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008 o de la norma que la sustituya (1).	≥ 1,20	1,2	1,06

Aunque no se alcanza la meta esperada para el período, se resalta el trabajo sistemático con avances en calidad, y que se refleja en aumento progresivo en el cumplimiento de los estándares de acreditación por la organización, desde 2012.

En la tabla y gráfico siguientes, se presenta el resultado cuantitativo de la autoevaluación bajo estándares de acreditación, vigencia 2015, por grupo de estándares y, el comparativo con vigencias anteriores.

ESE Metrosalud				
	2012	2013	2014	2015
Sistematicidad y amplitud del enfoque	2,4	3,3	3,9	3,9
Proactividad del enfoque	2,5	3,2	3,8	3,9
Ciclo de evaluación y mejoramiento	2,2	3,1	3,8	3,9
Despliegue en la institución	2,4	2,8	3,5	3,6
Despliegue hacia los clientes internos y externos	2,3	2,8	3,2	3,6
Pertinencia de los resultados	2,2	3,0	3,7	3,8
Consistencia de los resultados	2,4	3,0	3,5	3,7
Avance de la medición	2,2	2,9	3,5	3,7
Tendencia de los resultados	2,1	2,7	3,2	3,5
Comparación	1,1	2,3	3,3	3,5
Total	**2,2**	**2,9**	**3,5**	**3,7**

Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional 2015



Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional 2015

En 2015, exceptuado por los estándares de gestión de la tecnología y de direccionamiento, en los que se pasa de 3,5 a 3,3 y de 4,0 a 3,9 respectivamente, se observa mejoría en los resultados, con un resultado global de cumplimiento de 3,7, 2 décimas por encima y una variación positiva de 1,06, comparado con el año anterior.

Los estándares de acreditación corresponden a referentes de alta exigencia, de carácter superior, y la mejora o aumento en los resultados, por pequeño que

parezca, implica grandes esfuerzos organizacionales y la inversión de recursos para una institución.

El reto será en este orden de ideas, avanzar en calidad, siendo constantes y perseverantes, fortaleciendo la implementación de procesos y evaluación sistemática de resultados con miras a alcanzar la Acreditación en Salud.

En la *carpeta Indicador 1*, se anexa archivo Excel, Consolidado Cuantitativo Y Cualitativo de Autoevaluación de Acreditación 2015, y archivo PDF, Informe de Autoevaluación de Acreditación 2015 PAMEC.

Indicador 2.

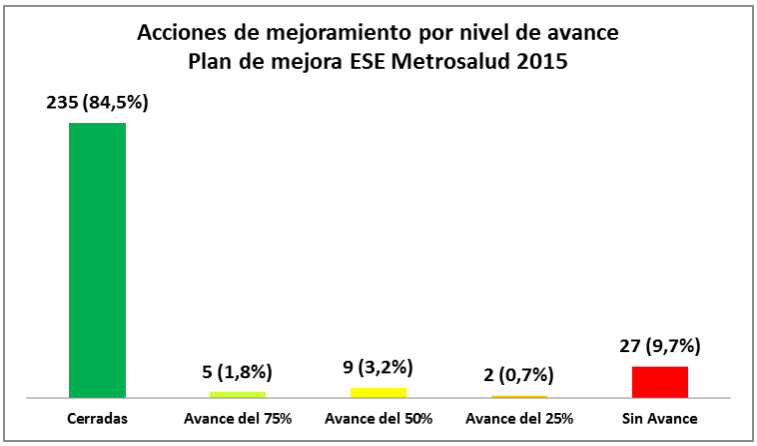
N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
2	Efectividad en la Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	≥ 0,90	0,91	0,903

Como parte del desarrollo de la Ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la entidad, en el último trimestre de 2014 se formula el Plan de mejora PAMEC con base en la autoevaluación de Acreditación, el cual se monitorea trimestralmente a fin de lograr las metas propuestas.

El plan de mejora incluye acciones de mejora para estándares de acreditación priorizados y para indicadores de la calidad observada que no cumplen las metas, el cual fue formulado por los equipos de mejoramiento de los grupos de estándares.

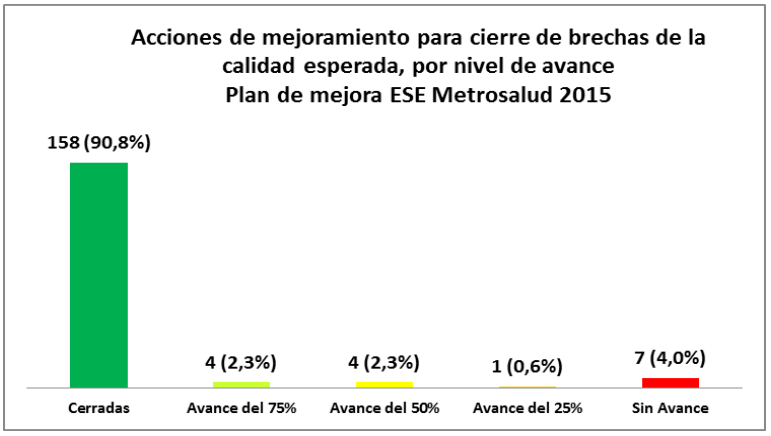
El avance total del Plan de Mejora general fue de 90,3%, resultado calculado con base en las acciones cerradas y con avance, cumpliendo la meta definida para la vigencia. El avance total o cumplimiento de las acciones de mejora para las brechas en calidad esperada (indicadores PAMEC), fue de 96,0%. En las gráficas siguientes se presenta el cumplimiento por nivel de avance.

Avance	Acciones
Cerradas	235
Avance del 75%	5
Avance del 50%	9
Avance del 25%	2
Sin Avance	27



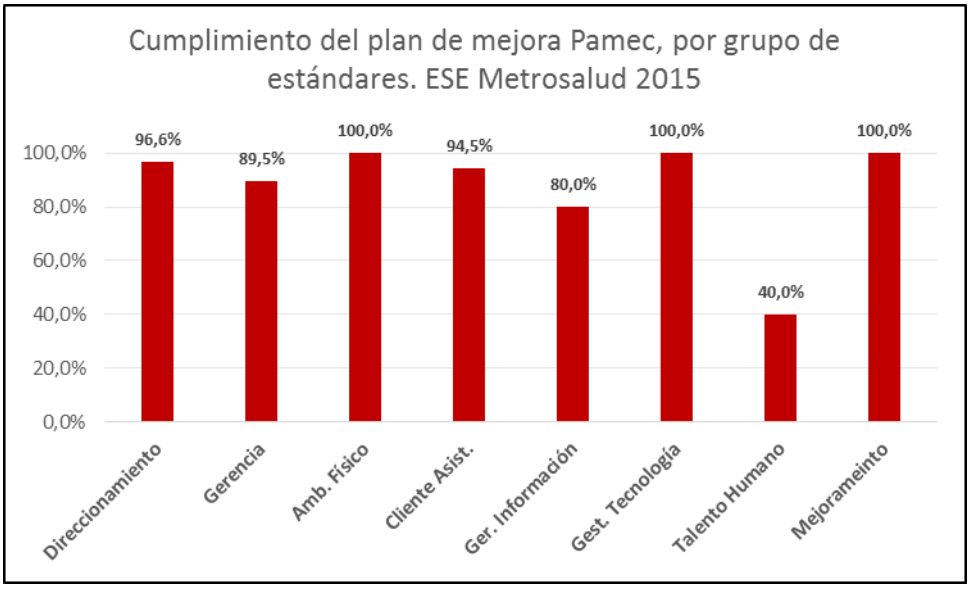
Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional 2015

Avance	Acciones
Cerradas	158
Avance del 75%	4
Avance del 50%	4
Avance del 25%	1
Sin Avance	7



Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional 2015

El cumplimiento del plan de mejora institucional por grupo de estándares, se muestra en la gráfica siguiente:



Fuente: Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional 2015

La Secretaría de Salud de Medellín, a través de la firma consultora Asesorías y Soluciones Integrales, AyS, realizó en 2015, la evaluación del PAMEC con enfoque en acreditación en la ESE Metrosalud, con un resultado ponderado de 4,1 "Satisfactorio", manteniendo el resultado del año anterior, como se muestra en la tabla siguiente:

Ponderación Calidoscopio frente al PAMEC								
Gestión de Auditoria PAMEC	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Planeación PAMEC	3,2	3,2	3,3	3,6	4,8	4,9	4,8	**4,9**
Implementación PAMEC	3,1	3,0	2,7	3,1	3,8	3,4	4,4	**4,4**
Verificación PAMEC	2,2	2,5	2,8	2,7	2,7	3,0	3,9	**3,8**
Ajuste PAMEC	1,7	2,1	2,2	2,0	2,8	3,0	3,5	**3,2**
General	2,5	2,7	2,8	2,8	3,5	3,5	4,1	**4,1**

Fuente: Asesorías y Soluciones Integrales, AyS. 2015

RANGOS DE INTERPRETACIÓN DEL CALIDOSCOPIO ORGANIZACIONAL	
Rango 1.0 – 1.9: Insuficiencia Critica	
Rango 2.0 – 2.9: Insuficiente	
Rango 3.0 – 3.9: Adecuado	
Rango 4.0 – 5.0: Satisfactorio	

En la *carpeta Indicador 2*, se anexa archivo Excel, Seguimiento al Plan de Mejora 2014_2015, y los informes adjuntos en la carpeta 1, archivo Excel, Consolidado Cuantitativo Y Cualitativo de Autoevaluación de Acreditación 2015, y archivo PDF, Informe de Autoevaluación de Acreditación 2015 PAMEC, que igualmente son evidencia de los resultados.

Indicador 3.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
3	Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥ 0,90	0,9274	0,9181

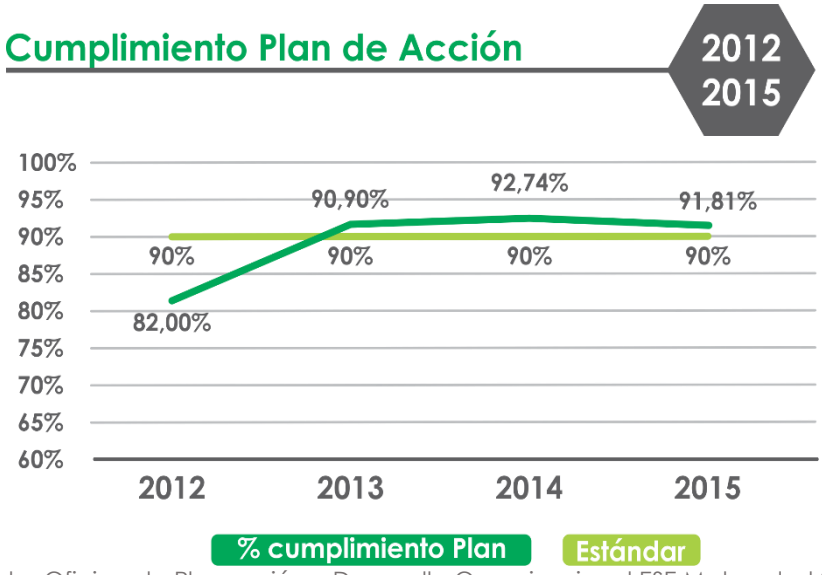
La ESE Metrosalud cuenta con el Plan de Desarrollo 2012 – 2020 ***"Saludable y Comprometida con la Vida"***, aprobado mediante Acuerdo 208 del 1 de noviembre de 2012, modificado por el Acuerdo 230 del 12 de junio de 2013, construido para ocho años, y cuyo propósito es dar continuidad al Direccionamiento Estratégico de la entidad y fortalecer la Gestión Institucional.

El Plan de Desarrollo sin embargo, brinda la posibilidad de que el nuevo Gerente realice los ajustes necesarios, en coherencia con las nuevas Políticas de Desarrollo de los entes territoriales del nivel Municipal, Departamental y Nacional, sin tener que iniciar su gestión desde cero, pues ya se tiene una construcción sólida, vigente, que puede alinearse de manera dinámica a las nuevas directrices en materia de salud y cuyo eje articulador es el cumplimiento del Sistema Único de Acreditación.

El cumplimiento del Plan de Desarrollo se evalúa mediante la ejecución del Plan de Acción (Plan Operativo Anual) definido para cada vigencia. De esta manera, cada año, la ESE Metrosalud realiza la formulación del Plan de Acción, el cual, para 2015, fue aprobado por la Junta Directiva mediante Acuerdo 261 del 11 de febrero de ese mismo año.

El seguimiento al plan de acción se realiza trimestralmente, mediante la rendición de cuentas por parte de los Jefes de las Unidades Administrativas a la Gerencia. Este insumo sirve para la rendición de cuentas pública que realiza la entidad a: clientes internos, usuarios, entes gubernamentales, proveedores, universidades y entes de control.

El cumplimiento del Plan de Acción entre 2012 – 2015, se presenta en el gráfico siguiente.



Fuente: Oficina de Planeación y Desarrollo Organizacional ESE Metrosalud 2015

Con relación al año anterior, se evidencia una ligera disminución del resultado final, 0,93 puntos porcentuales por debajo, explicados, entre otras causas, por la movilidad de los usuarios objeto de atención de la ESE Metrosalud del Régimen Subsidiado al Contributivo, lo que ha llevado a una pérdida aproximada de 96.000 usuarios entre 2014 y 2015, afectando los resultados en producción y financieros de la organización.

No obstante, desde 2013 se logra la meta propuesta por año (90%), en respuesta a la *"Cultura de la Planeación"* que se ha venido tejiendo en la organización desde la vigencia 2013, a través de las jornadas participativas de formulación y del seguimiento trimestral al Plan de Acción, generándose mayor apropiación por parte del personal, en su cumplimiento.




Jornada de Evaluación Plan de Acción a septiembre de 2015.

Es importante tener presente, que la meta de algunos de los indicadores del Plan de Desarrollo 2012 – 2020, se incrementa año a año, lo que genera mayores retos para la administración y por consiguiente mayor compromiso y esfuerzo en la Gestión Organizacional para el logro de resultados.

Las evidencias del resultado de cada uno de los indicadores del Plan de Acción 2015, están disponibles en la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional para su consulta y de manera trimestral son remitidos a la Oficina de Control Interno y Evaluación para su respectivo monitoreo.

En la carpeta Indicador 3, se anexan 5 archivos en Excel con el cumplimiento del Plan de Acción vigencia 2015, total y por líneas del Plan de Desarrollo, 2 archivos PDF, Informe de Gestión 2015 y presentación en power point con el resultado de la gestión de la ESE Metrosalud para el 2015.

Indicador 4.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
4	Riesgo fiscal y financiero	ADOPTÓ PLAN DE SANEAMIENTO FISCAL	ADOPTÓ PLAN DE SANEAMIENTO FISCAL	PSFF ADOPTADO DESDE VIGENCIA 2013

La ESE Metrosalud fue categorizada en riesgo financiero Alto, categorización soportada en los estados financieros al cierre de la vigencia 2011; en consecuencia se presenta el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero aprobado por Acuerdo de Junta Directiva No. 235 de 20 de agosto de 2013 y adoptado por la Gerencia mediante Resolución No. 1015 de Agosto 20 de 2013. Fue modificado según el Acuerdo 245 de 11 de diciembre de 2013 y Resolución 1552 de diciembre 16 de 2013. Dicho programa fue viabilizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público según concepto técnico del 03 de diciembre de 2013, fundamentado en las medidas plasmadas en el PSFF. Dicha categorización se mantuvo hasta la vigencia 2014, dado que el Ministerio de Salud y Protección Social el 29 de mayo del año 2015, publica la Resolución Nro. 1893 por medio de la cual se efectúa la categorización de riesgo para las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2015, en la citada Resolución la ESE Metrosalud fue categorizada sin riesgo.

A continuación, se presentan las diferentes variables que se tienen cuenta para la categorización de riesgo por parte de Ministerio de Salud y Protección Social para las vigencias que han sido objeto de este proceso, en ellas se puede validar los impactos positivos que se han tenido en el Índice de Riesgo, así:

Fecha de Referencia	OPERACIÓN CORRIENTE				
	Ingreso Recaudado	Cartera Corto Plazo	Total Ingreso	Gasto Comprometido	Superávit o Déficit
31/12/2011 Resol.2509	147.576	3.879	151.455	188.680	**-37.225**
31/12/2012 Resol.1877	171.005	9.531	180.536	181.008	**-472**
31/12/2013 Resol.2090	218.222	4.209	222.431	209.337	**13.094**
31/12/2014 Resol.1893	202.433	8.251	210.684	198.594	**12.090**

Fecha de Referencia	OPERACIÓN NO CORRIENTE			RESULTADOS				
	Cartera Largo Plazo	Pasivos Vigencias Anteriores	Superávit o Déficit	Superávit o Déficit total	Total Ingresos Operacionales	Índice de Riesgo	Calificación Según Índice de Riesgo	Calificación Según Anexos Resolución Ministerio de Salud
31/12/2011 Resol. 2509	14.949	41.441	**-26.492**	**-63.717**	166.404	**-0,38**	**ALTO**	**ALTO**
31/12/2012 Resol.1877	18.766	51.968	**-33.202**	**-33.674**	199.302	**-0,17**	**MEDIO**	**ALTO**
31/12/2013 Resol .2090	15.552	25.757	**-10.205**	**2.889**	237.984	**0,01**	**SIN RIESGO**	**ALTO**
31/12/2014 Resol.1893	13.166	19.616	**-6.450**	**5.639**	223.849	**0,0250**	**SIN RIESGO**	**SIN RIESGO**

(Cifras en millones de pesos)

Como puede observarse en los cuadros anteriores, se ha ido mejorando el Índice de Riesgo, los datos fueron obtenidos de las Resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

De lo anterior se colige que la ESE ha impactado positivamente su indicador de riesgo, hasta llegar a ubicarse en la categorización **"Sin Riesgo"** en el 2015, soportado en los estados financieros de la vigencia 2014.

En el tema de monitoreo se ha cumplido con los parámetros y fechas de entrega de los diferentes reportes, tanto al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, como a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Es pertinente anotar que para el reporte del último trimestre de la vigencia 2015, la ESE fue excluida de la base de datos del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en razón a que fue categoriza sin riesgo, por lo tanto no fue necesario reportar a través de la plataforma definida por el citado

ministerio, no obstante se realiza el monitoreo y se presenta a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Es necesario continuar realizando monitoreo, dado que el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero fue elaborado para cinco años, es decir va hasta el 2017 y tiene metas que aún no se han cumplido.

Se presenta en forma resumida el cumplimiento de la matriz de medidas con corte 31 de diciembre de 2013, 2014, 2015 y acumulado. De igual manera en cuadro aparte se detallan las medidas que aún no tienen cumplimiento y estaban programadas para cumplirse en las tres vigencias.

Seguimiento Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero 2013 - 2015 (Cuarto trimestre)									
Cumplimiento de Metas por Vigencia (cifras en miles de pesos)									
Acción/Proyecto	Actividad	2013		2014		2015		Acumulado Metas	
		Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
GENERACION DE INGRESOS	Renegociación de la cápita con EPS-S para primer nivel de atención. Puntos adicionales por cumplimiento de metas	1.200.857	123%	2.471.476	123%	4.288.090	208%	**7.960.423**	**85%**
	Arrendamiento del HICM (local - equipamiento)	858.182	119%	1.959.641	113%	1.461.633	82%	**4.279.456**	**54%**
	Disminución del porcentaje de glosa definitiva	67.476	9%	2.515.003	106%	2.056.596	84%	**4.639.075**	**42%**
	Gestionar recursos en el Municipio de Medellín para saneamiento de pasivos (ley 1608)	18.840.299	100%					**18.840.299**	**100%**
	Gestionar la garantía de acceso a los servicios de salud de la población pobre y vulnerable del Municipio de Medellín para los sitios de más difícil acceso.	4.990.332		10.000.000	99%	14.231.804	137%	**29.222.136**	**69%**
TOTAL GENERACION DE INGRESOS		**25.957.146**	**120%**	**16.946.120**	**105%**	**22.038.123**	**132%**	**64.941.390**	**73%**
CONTROL DE COSTOS Y GASTOS	Operación del HICM por la Corporación creada para tal fin.	(1.311.923)	154%	(2.178.376)	153%	(1.629.510)	111%	**(5.119.809)**	**75%**
	Cierre temporal Buenos Aires					(607.623)	58%	**(607.623)**	**29%**
TOTAL CONTENCION DE COSTOS Y GASTOS		**(1.311.923)**	**154%**	**(2.178.376)**	**49%**	**(2.237.133)**	**49%**	**(5.527.432)**	**33%**
TOTAL RECURSOS GESTIONADOS SEGÚN PSFF		**27.269.069**	**107%**	**19.124.496**	**25%**	**24.275.256**	**57%**	**70.668.822**	**35%**
GESTION DE PASIVOS	Cancelación de obligaciones con proveedores de bienes y servicios con antigüedad superior a 60	(7.810.988)	163%					**(7.810.988)**	**163%**

	días								
	Apalancamiento de cesantías retroactivas			(1.195.731)	40%	(1.859.193)	46%	**(3.054.924)**	**33%**
	Saneamiento de aportes Patronales (SGP sin situación de fondos vigencia 2012)	(13.992.866)	100%					**(13.992.866)**	**100%**
TOTAL GESTION DE PASIVOS		**(21.803.854)**	**76%**	**(1.195.731)**	**3%**	**(1.859.193)**	**10%**	**(24.858.778)**	**22%**

Como puede observarse en el cuadro anterior, en lo concerniente a generación de ingresos, la ESE viene cumpliendo con las metas definidas en el PSFF para las vigencias 2013, 2014 y 2015, ello implica un acumulado de la meta del 73%, resultado superior a lo programado, en doce puntos porcentuales, dado que tenía programado una ejecución en este componente del 61%.

En lo referente al control de los Costos y Gastos, la meta acumulada alcanzó el 33%, frente al 57% programado, en este componente una de las medidas planteadas aún no inician su ejecución.

Frente a la Gestión de Pasivos, el cumplimiento acumulado de las metas alcanza el 22%, con referencia al 85% programado, es el componente de más baja ejecución, soportado en el monto significativo de recursos para apalancamiento del pasivo pensional, meta que depende de la firma del Contrato de Concurrencia, el cual no se ha materializado por razones ajenas a la gobernabilidad de la ESE.

Dadas las implicaciones del pasivo pensional en la estructura financiera de la ESE, se definió como componente importante dentro de la matriz de medidas del PSFF la firma de Contrato de Concurrencia, para lo cual se adelantaron todos los procesos que son de competencia de la ESE, propendiendo por una mayor liquidez y apalancamiento de pasivos de mediano y/o largo plazo, que a su vez le permita a la ESE destinar los recursos generados en la operación corriente, en el financiamiento de sus gastos operaciones, el asumir pasivos que no le corresponden le resta competitividad y la hace más vulnerable a la categorización de riesgo, dado el volumen del citado pasivo.

La no firma del citado contrato es la causa del incumplimiento en las metas, de las seis actividades que aún no inician ejecución, cinco dependen de la suscripción del citado contrato, a saber:

Seguimiento Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero 2013 - 2015 (Cuarto trimestre)									
No cumplimiento de Metas por Vigencia(cifras en miles de pesos)									
Acción/ Proyecto	Actividad	2013		2014		2015		Acumulado Metas	
		Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
GENERACIÓN DE LIQUIDEZ	Firma del contrato de Concurrencia	3.000.000		10.000.000		5.000.000		18.000.000	
	Cofinanciación del pasivo pensional por los Entes Territoriales	-		43.953.839		14.651.280		58.605.119	
	Monetización de activos			2.000.000		1.500.000		3.500.000	
TOTAL GENERACION DE LIQUIDEZ		**3.000.000**		**55.953.839**		**21.151.280**		**80.105.119**	
CONTROL DE COSTOS Y GASTOS	Traslado del pago de pasivos pensionales con cargo al Patrimonio A.	-		(2.000.000)		(2.060.000)		(4.060.000)	
TOTAL CONTENCION DE COSTOS Y GASTOS				**(2.000.000)**		**(2.060.000)**		**(4.060.000)**	
GESTIÓN DE PASIVOS	Legalización recursos entregados a título de anticipo a la concurrencia	(10.000.000)		-		-		(10.000.000)	
	Apalancamiento de pasivo pensional	-		(43.953.839)		(14.651.280)		(58.605.119)	
TOTAL GESTION DE PASIVOS		**(10.000.000)**		**(43.953.839)**		**(14.651.280)**		**(68.605.119)**	

Al cierre de la vigencia 2015, aún no se había cumplido con el trámite de suscripción del contrato de concurrencia, por lo tanto, las metas relacionadas con este proceso como son reembolso de recursos, cofinanciación del pasivo por los entes territoriales y traslado del pago de pasivos no tienen cumplimiento, lo cual explica los bajos porcentajes en algunas de las medidas propuestas y el no cumplimiento de otras, que si bien no han tenido impacto significativo en lo que va de ejecución del PSFF, deben cumplirse para poder sanear los pasivos y recuperar los recursos que la ESE ha destinado para este fin, en detrimento de algunos indicadores de gestión, además porque se están destinando recursos de la operación corriente al pago de obligaciones que son competencia de los Entes Territoriales. Tampoco se ha cumplido con la monetización de activos improductivos, pese a contar con la autorización de la Junta Directiva, dado que los interesados en los inmuebles son entidades públicas, quienes solicitan que dichos activos sean cedidos a título gratuito, esta fuente de financiación

tiene dedicación exclusiva al apalancamiento de cesantías retroactivas, no obstante esta meta tiene un cumplimiento acumulado del 33%, ello obedece a que se han destinado otro tipo de recursos al saneamiento del citado pasivo.

En la carpeta Indicador 4, se anexan 6 archivos en PDF, Resoluciones 1015 y 1552 de 2013 y 1893 de 2015, Acuerdos 235 y 245 de 2013 y aval del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Indicador 5.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
5	Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida	≤ 0,90	0,87	1,1

No se logra el estándar. Si se compara con la vigencia anterior, desmejoró el indicador. Aunque se incrementa levemente la producción medida en UVR con respecto al 2014, el incremento en costos y gastos supera el crecimiento de la producción. Es importante anotar que se realizó apertura de nuevos servicios en la UH de Nuevo Occidente, San Cristóbal y Belén, lo que incrementa los costos y gastos sin aumento de ingresos, ya que la población subsidiada a atender sigue siendo la misma.

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

En la carpeta Indicador 5, se anexa 1 archivo en Excel, ficha técnica SIHO 2014 – 2015.

Indicador 6.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos	≥ 0,70	0,72	0,61

El resultado del indicador "Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos" para la vigencia 2015, es equivalente al 61%, representado en:

Se contrató de forma directa con la Cooperativa de Hospitales de Antioquia COHAN, el 58% de los medicamentos y material médico quirúrgico, lo que equivale a seis millones setecientos setenta y seis mil novecientos seiscientos cinco pesos ($6.776.981.605).

El 3% restante se obtiene de la adición a los contratos suscritos que fueron adjudicados mediante el mecanismo de subasta inversa electrónica en el año 2013, equivalente a la suma cuatrocientos seis millones ochenta mil pesos ($406.080.000), lo que fue beneficioso para la ESE Metrosalud, toda vez que se dispuso rápidamente de los insumos, sin riesgo de desabastecimiento, y se obtuvo un ahorro generado con respecto al IPC, ya que no hubo incremento en el costo de los insumos.

% de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico contratado por subasta inversa electrónica.	3%
% de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico contratados con la Cooperativa de Hospitales de Antioquia COHAN	58%
% de cumplimiento de compra de M y MMQ comprado por Subasta Inversa y a la Cooperativa COHAN	61%

En la carpeta Indicador 6, se anexa 1 archivo en PDF, certificación revisoría fiscal subasta inversa.

Indicador 7.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y Por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Cero (0) o variación negativa	REGISTRA DEUDA CERO (0)	REGISTRA DEUDA CERO (0)

Se cumple con la meta programada; se cierra la vigencia 2015 sin deuda por concepto de salarios al personal de planta y sin deuda superior a 30 días por concepto de prestación de servicios personales.

En la carpeta Indicador 7, se anexa 1 archivo en PDF, certificado del revisor fiscal de no deuda salarios 2015.

Indicador 8.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
8	Utilización de información de registro individual de prestaciones / RIPS	4	4	4

En respuesta al compromiso definido por la norma, la ESE Metrosalud entrega informe trimestral de la producción de actividades con base en los RIPS, el cual incluye para cada servicio, indicadores de cumplimiento de metas de producción, demanda no atendida, rendimientos, utilización de los servicios, entre otros, con comparativos con periodos anteriores.

Durante el 2015, la Gerencia de la ESE presenta 4 informes a la Junta Directiva, los cuáles quedan soportados en las respectivas actas del ente rector.

En la carpeta Indicador 8, se anexan 8 archivos en PDF, actas de Junta Directiva #201 de marzo de 2015, #204 de junio de 2015, #207 de septiembre de 2015 y #210 de diciembre de 2015, e informes de gestión 2014, 1er trimestre 2015, 1er semestre 2015 y 3er trimestre 2015.

Indicador 9.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	≥1,0	1,02	0,96

No se logra la meta para la vigencia; aunque no está muy distante del estándar, se desmejora con respecto a la vigencia anterior, producto del menor flujo de caja recibido por la pérdida de usuarios del Régimen Subsidiado, en aplicación de la normatividad inherente a la movilidad entre regímenes; el monto dejado de recibir fue del orden de $ 13.545 millones. También afecta este indicador, la no firma del contrato de concurrencia, dado que se deben destinar recursos de la operación corriente al cubrimiento de pasivos pensionales y no se recibieron recursos a título de reembolso, los cuales estaban presupuestados.

En la carpeta Indicador 9, se anexan 2 archivos PDF, ejecución presupuestal de ingresos y ejecución presupuestal de gastos, y 2 archivos en Excel, ficha técnica SIHO 2014 – 2015 y equilibrio presupuestal.

Indicador 10.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
10	Oportunidad de la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	SI PRESENTÓ INFORMACIÓN CIRCULAR ÚNICA	SI PRESENTÓ INFORMACIÓN CIRCULAR ÚNICA	SI PRESENTÓ INFORMACIÓN CIRCULAR ÚNICA

Se tiene un 100% en efectividad y oportunidad en el reporte de la información de acuerdo con los requerimientos normativos.

La ESE Metrosalud, en virtud de la Circular 047de 2007, realizó el reporte de la información inherente a indicadores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y al mantenimiento hospitalario, correspondientes al primero y segundo semestre del año 2015, de manera oportuna; el primer semestre se rindió el 30 de julio de 2015 y el segundo semestre, el día 16 de febrero del 2016.

La fecha límite según la norma, está estipulada así: Primer semestre de 2015, el plazo vencía el 31 de julio de 2015, el segundo semestre de 2015, el plazo venció el 25 de febrero de 2016. De acuerdo con lo anterior, se da cumplimiento a la meta programada en la vigencia.

En la carpeta Indicador Nro. 10, se adjuntan 2 archivos PDF, soporte Supersalud 1er semestre 2015 y soportes envío Supersalud 2do semestre 2015.
Nota: A 17 de marzo de 2016, la Supersalud no ha publicado resultados de los indicadores de las IPS del país, vigencia 2015.

Indicador 11.

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

La ESE Metrosalud en virtud del Decreto 2193 de 2004, realizó la entrega oportuna de los informes correspondientes al primero, segundo, tercero y cuarto trimestre de 2015, así como también el primero y segundo semestre de 2015 (Calidad). La información fue reportada en las condiciones establecidas en los Artículos 2 y 5 del Decreto 2193 de 2004.

En la carpeta Indicador 11, se anexa 1 archivo en PDF, reporte cumplimiento del indicador 11 Ministerio de Salud y Protección Social.

Indicador 12.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
12	Evaluación de aplicación de las guías de manejo específicas: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	≥0,80	0,8125	0,727

El cumplimiento de evaluación de la aplicación de la guía de manejo específico: Hemorragias de III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación presentó un cumplimiento del 72.7%, los criterios de más baja adherencia, fueron:

- No se interroga por síntomas premonitorios.
- No se ordena la proteinuria a las pacientes que lo requieren.
- No se aplica sulfato de magnesio cuando es necesario.

Como acción de mejora, se hace requerimiento al grupo de historia clínica electrónica, para poner el ítem de *interrogatorio de síntomas premonitorios,* como obligatorio.

Igualmente, se hará despliegue de los criterios de evaluación de las historias clínicas al personal médico y de enfermería, para que los tengan en cuenta en el momento de diligenciar la historia clínica.

En la carpeta Indicador 12, se anexan 4 archivos PDF, Acta #1 del 10 de febrero 2016 Comité Historia Clínica, lista de asistencia al comité, informe de evaluación adherencia guía de THAE abril de 2015, informe de evaluación adherencia guía de THAE y Hemorragia del III trimestre agosto - octubre de 2015.

Indicador 13.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida (Atención del Parto)	≥ 0,80	0,6406	0,714

El cumplimiento para este indicador fue del 71.4%, el criterio de más baja adherencia, fue:

- Falta de registro en el peri-parto de los exámenes, con fecha de realización (VIH, serología y Hepatitis B)".

Como acción de mejora, se solicita al grupo de historia clínica electrónica, establecer este ítem como obligatorio. Adicionalmente, se debe fortalecer la capacitación y la inducción en el puesto de trabajo enfatizando en este aspecto.

Igualmente, se revisarán las cláusulas de los contratos con los especialistas en ginecología y obstetricia, para incluir como una obligación, el registro de estas variables en la historia clínica.

En la UH Manrique, se cuenta con lista de chequeo al alta para la verificación del cumplimiento de este ítem.

En la carpeta Indicador 13, se anexan 4 archivos PDF, Acta #1 del 10 de febrero 2016 Comité Historia Clínica, lista de asistencia al comité, informe de evaluación historia clínica atención del parto mayo de 2015, e informe de evaluación historia clínica atención del parto agosto - octubre de 2015.

Indicador 14.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	≥ 90	0,9815	0,986

Los principales fallos fueron:

- Apéndices perforados por falta de oportunidad en la llegada de ambulancia para el traslado.
- Falta de oportunidad en ecografía.
- Falta de oportunidad en la realización de la cirugía antes de 6 horas sin justificación.

Desde la central de referencia y contrarreferencia institucional, se hace priorización de los casos que requieren traslado, de acuerdo con las condiciones clínicas de los pacientes, incluyendo aquellos con diagnóstico presuntivo o confirmado de apendicitis.

En cuanto a la oportunidad para la realización de ecografías, como ayuda imaginológica que apoya la confirmación de la impresión diagnóstica de apendicitis, en gran parte de los casos, requiere de la disponibilidad de este recurso por fuera de la red de Metrosalud. Sin embargo, la no realización de la ecografía, no debe ser limitante para la remisión de un paciente con impresión diagnóstica de apendicitis aguda, para valoración por el especialista en cirugía.

Se hará seguimiento a los criterios de calidad en la atención por parte de la especialidad de cirugía, en términos de la oportunidad para el procedimiento.

En la carpeta Indicador 14, se anexan 3 archivos PDF, Acta #1 del 10 de febrero 2016 Comité Historia Clínica, lista de asistencia al comité e informe de evaluación oportunidad de apendicectomía 2015.

Indicador 15.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Cero (0) o variación negativa.	NO SE PRESENTAN EVENTOS	NO SE PRESENTAN EVENTOS

El indicador permanece estable, dado que no se han presentado casos de neumonía bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en población pediátrica.

En la carpeta Indicador 15, se anexan 2 archivos PDF, Acta #01 del Comité de Calidad y Seguridad de enero 2016 y lista de asistencia al comité.

Indicador 16.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	≥ 90	0,378	0,726

Los principales hallazgos fueron:

- No se evidenció la administración al paciente, de ácido acetil salicílico (ASA) 300mg vía oral dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico, en el 8,1% de los casos (10 historias de 124 evaluadas).
- No se evidenció la administración al paciente, de Clopidogrel 300mg vía oral dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico, en el 25,0% de los casos (31 historias de 124 evaluadas).

Entre las causas de no cumplimiento se encontraron:

- Medicamento ordenado a una dosis menor a la recomendada.
- Medicamento no ordenado oportunamente.
- Medicamento ordenado oportunamente pero no administrado de manera oportuna.
- Medicamento ordenado oportunamente pero sin registro de haber sido administrado.
- Medicamento no ordenado y sin registro explícito en historia clínica de la justificación del médico para no haberlo ordenado.

Se deben desplegar los resultados de esta evaluación entre los equipos de salud de urgencias y hospitalización y en los Comités de Calidad y Seguridad e Historia Clínica, con el fin de que se dicten lineamientos en pro de mejora futura de resultados.

Adicionalmente, se plantea realizar evaluaciones periódicas, bisemanales, por parte de los coordinadores asistenciales de cada UPSS, a 2 o 3 historias clínicas de pacientes atendidos con diagnósticos al egreso de infarto agudo de miocardio, como estrategia de acompañamiento cercano que asegure la continuidad de los buenos resultados en el futuro.

En la carpeta Indicador 16, se anexan 3 archivos PDF, Acta #01 del Comité de Calidad y Seguridad de enero 2016, lista de asistencia al comité e informe de evaluación oportunidad de la terapia específica IAM 2015.

Indicador 17.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
17	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	≥ 0,90	1	1

Este indicador permanece estable y dentro de la meta esperada, gracias a las barreras de seguridad implementadas en la empresa.

En la carpeta Indicador 17, se anexan 2 archivos PDF, Acta #01 del Comité de Calidad y Seguridad de enero 2016 y lista de asistencia al comité.

Indicador 18.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
18	Oportunidad en la atención en consulta de pediatría.	≤ 5	2,3	2,85

El indicador ha permanecido estable en los últimos dos años, con cumplimiento de la meta, gracias a la suficiencia en la oferta de este servicio para los usuarios de la ESE Metrosalud.

En la carpeta Indicador 18, se anexa 1 archivo en Excel, oportunidad pediatría y archivo en PDF con pantallazo de la página web de la Supersalud como evidencia de la no publicación de los indicadores 2015, a 17 de marzo de 2016.

Indicador 19.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
19	Oportunidad en la atención en consulta de Ginecobstetricia	≤ 8	6,2	6,96

Como se evidencia para 2015, el indicador se mantiene dentro del estándar esperado y, aunque se observa ligero aumento en el tiempo de oportunidad para la consulta gineco-obstétrica, la ESE Metrosalud viene modificando su oferta de acuerdo con la demanda, con el fin de asegurar una atención con calidad y oportunidad, acción que se continuará realizando en 2016 en la medida en que continúe el proceso de autorregulación con Savia Salud EPS.

En la carpeta Indicador 19, se anexa 1 archivo en Excel, oportunidad pediatría y archivo en PDF con pantallazo de la página web de la Supersalud como evidencia de la no publicación de los indicadores 2015, a 17 de marzo de 2016.

Indicador 20.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
20	Oportunidad en la atención de Medicina Interna	≤ 15	2,9	20,64

Durante 2015, este indicador tuvo un comportamiento negativo, con aumento de los tiempos para acceder a la consulta, situación explicable por la modificación en el proceso de referencia realizado por la EPS Savia Salud, entidad que inició prueba piloto con la Universidad de Antioquia (Livinglab) para automatizar la referencia de pacientes para esta especialidad y responder a la demanda a través de la modalidad de telemedicina. La implementación de este nuevo proceso impactó negativamente el resultado, debido a dificultades de interoperabilidad entre los sistemas de información de Livinglab y Metrosalud, que enlentecen el flujo de la información entre ambas instituciones.

Además de los antes enunciado y, a pesar de que la ESE Metrosalud ha enviado oportunamente las solicitudes de referencia para esta especialidad, la EPS Savia Salud, a través de Livinglab, tiene gran cantidad de autorizaciones sin atender ya que, previo a la autorización, médicos "expertos" que acceden al sistema de Metrosalud vía remota, realizan revisión de las variables clínicas (solicitud de remisión, ayudas diagnósticas e historia clínica electrónica), lo que enlentece el proceso.

Se espera que el nuevo proceso de la EPS Savia Salud se optimice para mejorar la oportunidad en la atención de esta especialidad.

En la carpeta Indicador 20, se anexa 1 archivo en Excel, oportunidad pediatría y archivo en PDF con pantallazo de la página web de la Supersalud como evidencia de la no publicación de los indicadores 2015, a 17 de marzo de 2016.

Indicador 21.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	≥ 0,85	0,4508	0,5149

Metrosalud ha realizado esfuerzos importantes como, la implementación de su Política de Seguridad del Paciente con foco en Maternidad Segura, la cual incluye la estrategia de maternidad sin barreras, para favorecer el acceso efectivo a los servicios de salud sin barreras administrativas o de otro tipo, a esta población priorizada, lo que se refleja en el incremento progresivo de coberturas. Sin embargo, existen un gran número de variables que afectan el cumplimiento de este indicador, denominados determinantes sociales de la salud, que atraviesan las esferas culturales, de orden público y económico, entre otras. Estas variables escapan al resorte de una IPS y deben ser intervenidas con un enfoque multisectorial en cabeza del ente territorial y del Estado.

En la carpeta Indicador 21, se anexa 1 archivo en Excel, informe EG ingreso prenatal 2015 y 2 archivos PDF, Acta #1 del 10 de febrero 2016 Comité Historia Clínica y listado asistencia al comité.

Indicador 22.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	NO PRESENTÓ CASOS SÍFILIS CONGÉNITA	SI PRESENTÓ CASOS SÍFILIS CONGÉNITA	SI PRESENTÓ CASOS SÍFILIS CONGÉNITA

En el 2015 se presentaron 14 casos de sífilis congénita, un caso de muerte perinatal sin CPN, un caso por infección tardía, 2 casos por no adherencia al tratamiento por parte de la gestante, tres casos por ingreso tardío a CPN y 7 casos sin CPN.

La ESE Metrosalud gestiona además, como indicador propio, "Porcentaje de sífilis gestacional a las cuales se les evitó una sífilis congénita", cuyo resultado consolidado 2015 fue de 89% (meta 85%). Este indicador ha permanecido igual (89%), en los últimos tres años. Las estrategias que deben fortalecerse para impactar positivamente estos indicadores, son principalmente:

- Mejorar la divulgación de los deberes y derechos de las gestantes a través de campañas comunicacionales, en medios de comunicación local (barriales) y con los líderes sociales y comunitarios, en el contexto de la gestión territorial de la salud.
- Mejorar las estrategias de información, educación y comunicación, IEC, para lograr la adherencia al tratamiento de la gestante y los contactos sexuales y la toma de consciencia para evitar el riesgo de transmisión al hijo.

En la carpeta Indicador 22, se anexan 2 archivos PDF, acta #2 Comité de Promoción y Prevención de febrero 2016 y concepto de la SSM de casos de sífilis congénita de la ESE Metrosalud en 2015.

Indicador 23.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
23	Evaluación de aplicación de guía de manejo, especifica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	≥ 0,90	0,5104	0,536

Los criterios de mayor incumplimiento o baja adherencia, fueron:

- No se hace solicitud de albuminuria.
- Falta ajuste de las metas del LDL.
- No remisión anual a medicina interna o a oftalmología si lo requieren.
- No se remiten los obesos a nutrición.
- No se ordena prueba de tolerancia oral a la glucosa a los pacientes que tienen glicemia mayor a 100.

Se deben desplegar los resultados de esta evaluación y los criterios de evaluación de la historia clínica, entre médicos y enfermeras de consulta externa y programas de promoción y prevención, con el fin de que se mejoren a futuro los resultados.

En la carpeta Indicador 23, se anexan 3 archivos PDF, Acta #1 del 10 de febrero 2016 Comité Historia Clínica, lista de asistencia al comité, informe de evaluación historias clínicas de hipertensión arterial y diabetes mellitus 2.

Indicador 24.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	≥ 0,80	0,8004	0,744

La evaluación de aplicación de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo fue del 74.4%, evidenciándose un descenso con respecto a la línea base del año 2014, que fue de 80.4%.

Los criterios con mayor incumplimiento fueron:

- No remisión del niño a vacunación, cuando se evidencia faltante en esquema de vacunación.
- No se diligencia la justificación, cuando no se hice la atención con la periodicidad adecuada de acuerdo con la norma.
- No se consignan las instrucciones y recomendaciones de acuerdo con los hallazgos y la edad del paciente.

Entre los meses de agosto - septiembre de 2015, se hizo una actividad de capacitación recordando a todas las enfermeras y médicos que atienden el programa de crecimiento y desarrollo, las guías y los criterios de evaluación.

Se deberá evaluar la pertinencia de que el diligenciamiento de la vacunación sea un campo obligado en la historia clínica electrónica, e igualmente evaluar la posibilidad de que esta genere una alerta ante vacunas faltantes para la edad.

En la carpeta Indicador 24, se anexan 4 archivos PDF, Acta #1 del 10 de febrero 2016 Comité Historia Clínica, lista de asistencia al comité, informe evaluación de historia clínica de crecimiento y desarrollo abril de 2015, e informe de evaluación historias clínicas de crecimiento y desarrollo julio – septiembre 2015.

Indicador 25.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
25	Reingreso por el servicio de urgencias	≤ 0,03	0,0092	0,0056

Este indicador permanece estable y dentro de la meta esperada, gracias a las barreras de seguridad implementadas en la empresa.

En la carpeta Indicador 25, se anexan 3 archivos PDF, Acta #01 del Comité de Calidad y Seguridad de enero 2016, lista de asistencia al comité e reingresos por urgencias.

Indicador 26.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea Base 2014	Meta Ejecutada 2015
26	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	≤ 3	2,5	2,07

Este indicador permanece estable y dentro de la meta esperada.

En la carpeta Indicador 18, se anexa 1 archivo en Excel, oportunidad pediatría y archivo en PDF con pantallazo de la página web de la Supersalud como evidencia de la no publicación de los indicadores 2015, a 17 de marzo de 2016.

Metrosalud®

Resultado Matriz de Calificación
Vigencia 2015

Área de Gestion	No.	Indicador	Estándar	Línea de Base *(Diciembre de 2014)*	Resultado del periodo evaluado *(Diciembre 2015)*	Calificación	Ponderación	Resultado ponderado
a	b	d		i	j	k	l	m=k*l
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	**≥ 1,20**	**1,2**	**1,1**	1	0,05	0,05
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud (PAMEC)	**1**	**0,890**	**0,903**	5	0,05	0,25
	3	Gestion de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	**≥ 0,90**	**0,927**	**0,918**	5	0,10	0,50
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	**ADOPTÓ PLAN DE SANEAMIENTO FISCAL**	**ADOPTÓ PLAN DE SANEAMIENTO FISCAL**	**ADOPTÓ PLAN DE SANEAMIENTO FISCAL**	5	0,05	0,25
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	**≤ 0,90**	**0,95**	**1,10**	1	0,05	0,05

	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos	**≥ 0,70**	**0,72**	**0,61**	3	0,05	0,15
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	**Cero (0) o variación negativa**	**REGISTRA DEUDA CERO (0)**	**REGISTRA DEUDA CERO (0)**	5	0,05	0,25
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS	**4**	**4**	**4**	5	0,05	0,25
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	**≥ 1,0**	**1,02**	**0,96**	3	0,05	0,15
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	**SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA**	**SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA**	**SI PRESENTO INFORMACIÓN CIRCULAR UNICA**	5	0,05	0,25

	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	**SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193**	**SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193**	**SI PRESENTO INFORMACIÓN 2193**	5	0,05	0,25
Gestión Clinica o Asistencial 40%	**12**	Evaluación de aplicación de guía de manejo especifica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	**≥ 0,80**	**0,813**	**0,727**	3	0,04	0,11
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	**≥ 0,80**	**0,641**	**0,714**	3	0,03	0,08
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	**≥ 0,90**	**0,9815**	**0,986**	5	0,03	0,13
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	**Cero (0) o variación negativa**	**NO SE PRESENTAN EVENTOS**	**NO SE PRESENTAN EVENTOS**	5	0,03	0,13
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnostico al egreso del infarto Agudo de miocardio (AM)	**≥ 0,90**	**0,378**	**0,73**	3	0,03	0,08
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	**≥ 0,90**	**1,00**	**1,00**	5	0,03	0,13

	18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	**≤ 5**	**2,3**	**2,85**	5	0,015	0,08
	19	Oportunidad en la atención gineco-obstétrica	**≤ 8**	**6,2**	**6,96**	5	0,015	0,08
	20	Oportunidad en la atención de medicina interna	**≤ 15**	**2,9**	**20,64**	3	0,010	0,03
	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	**≥ 0,85**	**0,45**	**0,51**	1	0,04	0,04
	22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	**NO PRESENTO CASOS SIFILIS CONGENITA**	**SI PRESENTO CASOS SIFILIS CONGENITA**	**SI PRESENTO CASOS SIFILIS CONGENITA**	0	0,04	0,00
	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo, especifica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	**≥ 0,90**	**0,51**	**0,54**	1	0,04	0,04
	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	**≥ 0,80**	**0,80**	**0,74**	3	0,03	0,09
	25	Reingreso por el servicio de urgencias	**≤ 0,03**	**0,009**	**0,01**	5	0,03	0,13
	26	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	**≤ 3**	**2,50**	**2,07**	5	0,03	0,15
CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN						**CALIFICACION**		**3,65**
						RESULTADO	**SATISFACTORIA**	

La evaluación final de 3,65 que, al estar en el rango de 3,5 y 5, se considera **SATISFACTORIA**. El cumplimiento porcentual del Plan de Gestión en 2015, de acuerdo con este resultado, es de **73%**, superándose la meta mínima definida de 70%.