



Metrosalud®

# Plan de Gestión

2017 - 2019

Leopoldo Abdiel Giraldo Velásquez  
Gerente

Versión 2  
Ajuste 20 de febrero de 2018



Alcaldía de Medellín

## Tabla de Contenido

<b>Introducción</b> .....	3
<b>Marco Legal</b> .....	4
<b>Objetivo General del Plan</b> .....	4
<b>Mapa de la Red de la ESE Metrosalud</b> .....	4
<b>Plataforma Estratégica</b> .....	5
<b>Objetivos Institucionales</b> .....	5
<b>Postulados de Ética</b> .....	6
<b>Plan de Gestión por Áreas Administrativas</b> .....	7
<b>Formulación</b> .....	7
Dirección y Gerencia .....	8
Financiera y Administrativa .....	11
Gestión Clínica o Asistencial .....	18
<b>Evaluación</b> .....	35

## Introducción

El Plan de Gestión representa uno de los instrumentos del Sistema de Planeación de la entidad para ser ejecutado en el mediano plazo, el cual junto con los demás Planes: De Desarrollo, Tácticos y de Acción, orientan a la E.S.E. Metrosalud para el cumplimiento de su Misión, Visión y Objetivos Institucionales.

La formulación del Plan tiene como referentes: Los lineamientos de la Gerencia, El Plan de Desarrollo 2012 – 2020 ESE Metrosalud “*Saludable y Comprometida con la Vida*” Ajustado para las vigencias 2017 - 2020, los resultados de gestión de los diferentes Planes de la entidad de la vigencia anterior y los Retos planteados en el Plan de Desarrollo y de Acción. Tendiendo presente lo anterior y en cumplimiento de lo definido en las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013, 408 de 2018 y la Circular 000009 de 2015 y se define el Plan de Gestión con 30 indicadores distribuidos según las Áreas Administrativas: Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Gestión Clínica o Asistencial.

La formulación estratégica del Plan se estructura armónicamente articulando proyectos tendientes a fortalecer la Institución hacia una Red Integrada de Servicios de Salud, un Modelo de Prestación de Servicios implementado con la potencialidad de aplicación general en toda la red; Procesos y procedimientos desarrollados con eficiencia y calidad en pro de mejorar la seguridad del paciente y la humanización en la atención; Lograr suscribir el contrato de concurrencia; Implementar las Normas NIIF; Dar cumplimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero; Fortalecer el Sistema de Facturación; Racionalizar los costos y gastos de operación, Fortalecer los sistemas de información y Mejorar la inversión y cobertura en los programas de gestión del talento humano de la entidad, que contribuya al crecimiento y desarrollo de la Empresa.

Con el fin de dar cumplimiento a los retos planteados en el Plan de Gestión, se realizará monitoreo bimestral con Rendición de Cuentas a la Gerencia y posteriormente a la Junta Directiva, estableciendo las acciones correctivas y preventivas necesarias para el logro de las metas, en cumplimiento de los objetivos institucionales, la Misión y la Visión de la organización.

## Marco Legal

- Ley 1438 de 2011, Artículos 72,73 y 74
- Resolución 710 de marzo 30 de 2012 y sus anexos técnicos.
- Resolución 743 de marzo 15 de 2013 y sus anexos técnicos.
- Resolución 408 de febrero 15 de 2018 y sus anexos técnicos.
- Circular 000009 del 29 de abril de 2015
- Circular Secretaría Seccional de Salud y Protección Social del 28 de febrero de 2017.

## Objetivo General del Plan

Formular y evaluar el alcance de las metas del Plan de Gestión de la ESE Metrosalud relacionados con la Dirección y Gerencia, la Gestión Financiera y Administrativa y la Gestión Clínica y Asistencial, a través de seguimientos periódicos, que permitan fortalecer la gestión financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud de la entidad, para el cumplimiento de sus Objetivos Institucionales, su Misión y Visión.

## Mapa de la Red de la ESE Metrosalud



## Plataforma Estratégica



## Objetivos Institucionales

- Mejorar la situación de salud de la población a través de una red integrada de prestación de servicios centrada en el usuario, la familia y la comunidad.
- Consolidar un sistema de gestión organizacional que permita alcanzar mejores estándares de desempeño en pro de la satisfacción del usuario.
- Optimizar los recursos de la operación Institucional, impactando positivamente la rentabilidad social, el equilibrio financiero, la productividad y la sostenibilidad en el tiempo.

- Gestionar el conocimiento, la tecnología y la comunicación para apoyar la toma de decisiones y fortalecer los procesos institucionales.
- Fortalecer las condiciones laborales y las competencias del talento humano, que contribuyan a una atención humanizada y a la satisfacción de necesidades y expectativas del servidor y su familia.

## Postulados de Ética

- Respetamos y protegemos la vida, la dignidad humana y la salud de los usuarios de nuestros servicios sin discriminación alguna.
- Acogemos la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la norma del Derecho Internacional Humanitario (DIH) y protegemos la misión médica.
- Respetamos y protegemos los derechos de los usuarios y facilitamos el cumplimiento de los deberes de los ciudadanos, garantizando su divulgación, orientación e información permanente.
- Acogemos y cumplimos los principios inherentes a la gestión pública, establecidos en la Constitución Política y en las Leyes que regulan el desempeño de los servidores públicos.
- Actuamos conforme a los principios de nuestras profesiones y a los términos pactados en el contrato de trabajo.
- Respetamos y protegemos los derechos de los servidores de la empresa y facilitamos el cumplimiento de los deberes contemplados en el Régimen de Administración de Personal.
- Obramos siempre teniendo en cuenta los contenidos de la Plataforma Estratégica fundamentada en Misión, Visión, Principios y Objetivos Corporativos.
- Acogemos la calidad como condición para alcanzar la excelencia en el ser y en el hacer.
- Cultivamos en forma permanente el autocuidado, bienestar integral, prácticas de vida sana en el trabajo y el hogar y la protección del medio ambiente.
- Basamos nuestro desarrollo personal y organizacional en la adquisición continua de conocimientos relacionados con la prestación del servicio.
- Construimos relaciones sociales y laborales fundamentadas en el diálogo, el respeto, la tolerancia y la solidaridad.

- Con nuestro trabajo contribuimos al mejoramiento de la calidad de vida de la población de Medellín.

## Plan de Gestión por Áreas Administrativas

### Formulación

En coherencia con las Resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013, expedidas por Ministerio de Salud y Protección Social, se estructura el Plan de Gestión para la ESE Metrosalud para el período 2017 al 2019 según las siguientes Áreas de Gestión.

- Dirección y Gerencia 20%
- Financiera y Administrativa 40%
- Gestión Clínica o Asistencial 40%

La formulación del Plan por Áreas de Gestión incluye:

- La definición de la línea de base del indicador para el cual se establece como fecha al 31 de diciembre de 2016. Para los indicadores sin dato a 31 de diciembre de 2016, se define como línea de base, “NLB” (No hay línea de base).
- El análisis de la situación actual, los compromisos o logros a alcanzar, los proyectos a desarrollar y las metas definidas para cada año de evaluación del plan.
- Dentro del Área de Gestión Clínica o Asistencial, se establecen metas para los indicadores que aplican a las entidades de I, II y III nivel, en razón a la categorización de la ESE Metrosalud como de II nivel, emitida por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Así mismo, se incluye los indicadores exclusivos mentales, dado que se cuenta a partir de diciembre de 2016 con este servicio en la entidad.

Una vez elaborado el plan en los tiempos establecidos por la norma, se envía a la Junta Directiva para su aprobación y posterior publicación en la página web de la entidad, así como el reporte de la información a los diferentes entes de control, en cumplimiento de las normas que le aplican.

## Diagnóstico Actual

### Dirección y Gerencia

Nro.	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Análisis situación actual
1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	≥ 1,20	<b>0,51</b>	Retrasos en el proceso de elección del gerente, además de la difícil situación financiera de la organización que conduce a la reducción de los tiempos de personal para actividades no asistenciales, limitaron en amplia medida la realización de los ejercicios de referenciación comparativa de resultados, llevando a una marcada disminución en los cumplimientos de los estándares. Para establecer la línea de base, se realiza una revisión de la variable de comparación de la autoevaluación realizada con corte a diciembre de 2015, ajustando la calificación de acuerdo con las actividades de referenciación ejecutadas en 2016, sin alejarnos de lo exigido en las normas y metodologías de acreditación (R 123 de 2012, D 903 de 2014 y R 2082 de 2014).
2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud (PAMEC)	≥ 0,90	<b>NLB</b>	En 2016 se inicia el tercer ciclo PAMEC, el cual se tiene programado con alcance a 4 años (2016 - 2019). Durante el 2016 se desarrollaron los 5 primeros pasos de la ruta crítica, desde la autoevaluación bajo estándares de acreditación, hasta la medición inicial del desempeño de los indicadores de calidad esperada. Corresponde en los primeros meses de 2017, la formulación del Plan de Mejora PAMEC.
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥ 0,90	<b>0,91</b>	Se cuenta con el Plan de Desarrollo 2012 - 2020 "Saludable y Comprometida con la Vida", el cual se ejecuta a través del Plan de Acción con seguimientos al 2016 trimestrales. El cumplimiento de la meta para el 2016, estuvo por encima del 90% cumpliéndose con el estándar.



## Compromisos o logros a alcanzar

### Dirección y Gerencia

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos A Desarrollar	Res- pon- sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
1	Mejora- miento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevalua- ción en la vigencia anterior	≥ 1,20	<b>0,51</b>	Realizar autoevaluación de acreditación, con nueva asesoría externa, contra evidencias de desarrollo de componentes por estándar, como nueva línea de base para el mejoramiento. Realizar autoevaluación de acreditación anual, y monitoreo semestral a indicadores de calidad esperada. Implementación del plan de mejoramiento para las oportunidades de mejora de los estándares priorizados. Fortalecer los procesos de referenciación comparativa interna y externa, cuantitativa y cualitativa. Procesos y Procedimientos documentados, actualizados, estandarizados y con evaluación de adherencia, Sistema de Administración de Riesgos documentado, implementado y monitoreado, cumplimientos de los criterios de habilitación.	Desarrollo de estándares para la acreditación institucional MECI y demás sistemas de gestión (MECI - SOGC - MIPYG - RSE - SSST); Gestión de la mejora organizacional (PAMEC con enfoque de acreditación); Gestión procesos corporativos; Sistema único de habilitación; Gestión del riesgo organizacional y la seguridad clínica; Fortalecimiento de la evaluación y control organizacional; Referenciación comparativa.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	1,11	1,14	1,17	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos A Desarrollar	Res-pon-sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud (PAMEC)	≥ 0,90	<b>NLB</b>	Formular e implementar el plan de mejoramiento PAMEC para las oportunidades de mejora de estándares priorizados. Realizar seguimiento bimestral al cumplimiento del plan de mejoramiento, con presentación de resultados por dependencia en la rendición de cuentas a la gerencia. Realizar la auditoría de paciente trazador y la evaluación de la gestión de comités, como mecanismo de evaluación del PAMEC.	Gestión de la mejora organizacional (PAMEC con enfoque de acreditación); Desarrollo del Sistema de Control y evaluación organizacional	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	1,11	≥ 0,90	≥ 0,90	Superintendencia Nacional de Salud
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	≥ 0,90	<b>0,91</b>	Ajuste Plan de Desarrollo según lineamientos y metodología; Despliegue del Plan de Desarrollo, Plan de Gestión y Plan de Acción, así como la publicación en la página web; Realizar seguimiento bimestral a los planes (Gestión y de Acción). Documentar planes tácticos de forma estandarizada según metodología institucional, Gestión de proyectos de inversión, formular y realizar seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano con todos sus componentes, ajustar y evaluar el	Fortalecimiento del Sistema de Planeación Institucional; Sistema de Medición Institucional, El gobierno corporativo y la ética empresarial para la transparencia; Desarrollo de relaciones con los grupos de interés; Desarrollo de Redes del Conocimiento.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	1,11	≥ 0,90	≥ 0,90	Informe del responsable de Planeación de la ESE, de lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: El listado de las metas del Plan Operativo Anual del Plan de Desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación,

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos A Desarrollar	Res-pon-sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
				Modelo de Responsabilidad Social empresarial - MRSE.						indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador.

## Diagnóstico Actual

### Financiera y Administrativa

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Análisis situación actual
4	Riesgo fiscal y financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Saneamiento fiscal y financiero	En cumplimiento de la ley 1438 de 2011 mediante la Resolución 1241 del 9 de noviembre de 2012 la Entidad ha adoptado el PSFF. Al correr las matrices suministradas por el Ministerio para determinar el nivel de riesgo se encontró que la empresa cierra las vigencias 2015 - 2016 sin riesgo.
5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	< 0,90	1,1	A la fecha no se tiene el valor real con corte a diciembre de 2016, toda vez que la información no se encuentra disponible en la página del SIHO.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Análisis situación actual
6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: a. Compras conjuntas, b. Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado, c. Compras a través de mecanismos electrónicos.	≥ 0,70	0,65	Durante el 2016, se logró un cumplimiento del 65% En el proceso de Subasta Inversa Electrónica de la vigencia, se radicaron 42 propuestas y se adjudicaron 628 ítems.
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	\$5.551.150.615	Se tiene una cartera a diciembre 31/2016 por un valor de \$68.621 millones, donde el 49% está concentrada solo en una EPS que actualmente tiene grandes dificultades de liquidez.
8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones _RIPS	4	4	A diciembre de 2016, se enviaron 4 Informes de Gestión de la ESE Metrosalud a la Junta Directiva que incluían los análisis de producción de servicios así: Uno con corte a diciembre de 2015, y 3 informes por trimestre siendo el último con corte a septiembre de 2016.
9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.	≥ 1	0,95	Coherente con lo registrado en el flujo financiero, la ESE no alcanza al final de la vigencia 2016, el equilibrio presupuestal del gasto con recaudo. Se ratifica, la imperiosa necesidad de no comprometer recursos de operación corriente sin el respaldo garantizado desde el ingreso.
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.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	El indicador se genera según la periodicidad de la norma, la fuente de los datos es el sistema de información institucional, desde el cual se construye para subirse a la plataforma. Dentro de las validaciones para la calidad del dato el sistema ofrece algunos controles para el formato de la información que se digita, además, en el cargue a la plataforma se genera una validación que da línea para los ajustes. Una vez validada la información se realiza el cargue y generación de la certificación de entrega.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Análisis situación actual
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamiento del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	El indicador se genera según la periodicidad de la norma, la fuente de los datos es el sistema de información institucional, desde el cual se construye para subirse a la plataforma. Dentro de las validaciones para la calidad del dato el sistema ofrece algunos controles para el formato de la información que se digita, además, en el cargue a la plataforma se genera una validación que da línea para los ajustes. Una vez validada la información se realiza el cargue y generación de la certificación de entrega.

## Compromisos o logros a alcanzar

### Financiera y Administrativa

N°	Indicador	Están- dar (año)	Línea base 2016	Compro-mismos o Logros a Alcanzar	Proyectos A Desarrollar	Res- pon- sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	<b>Adopción del Programa de Saneamiento fiscal y financiero</b>	Continuar con el programa de saneamiento fiscal y financiero que permita seguir categorizados SIN RIESGO Financiero. Manejo riguroso de las finanzas, Racionalización de costos y gastos de operación, Índice de Liquidez igual a 1; % de la recuperación de cartera de la vigencia 95%.	Plan de Optimización, Fortalecer el sistema de facturación, Saneamiento de la cartera, Continuar Implementación Normas NIIF, Apalancamiento financiero del pasivo pensional y prestacional (Concurrencia).	Subgerencia Administrativa y Financiera	<b>Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero</b>	NA	NA	Acto administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizadas con riesgo medio o alto.
5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	< 0,90	<b>1,1</b>	Alcanzar la meta estándar del indicador < 0,90	Fortalecer los costos hospitalarios y la contabilidad administrativa, Fortalecimiento del Presupuesto de ingresos, costos y gastos	Subgerencia Administrativa y Financiera	<b>&lt; 0,90</b>	<b>&lt; 0,90</b>	<b>&lt; 0,90</b>	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

6	<p>Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: a. Compras conjuntas, b. Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado, c. Compras a través de mecanismos electrónicos.</p>	≥ 0,70	<b>0,65</b>	<p>Alcanzar la meta del 0,70 por subasta inversa electrónica o compras conjuntas con las ESES, logrando ahorros significativos para la empresa.</p>	<p>Fortalecimiento de la Gestión de bienes y servicios.</p>	<p>Subgerencia Administrativa y Financiera</p>	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70	<p>Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador y el responsable de Control Interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: 1. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b) y c); 2. Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. 3. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico - quirúrgico en la vigencia evaluada. 4. Aplicación de la fórmula del indicador.</p>
---	---	--------	-------------	---	---	--	--------	--------	--------	--

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos A Desarrollar	Responsable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
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	\$5.551.150.615	Mejorar el recaudo por evento a través del proyecto en prueba del PGP de una población de muestra de 200 usuarios; Suscripción del contrato de concurrencia. La asunción de nuevos negocios por parte de la oficina de mercadeo; Control y seguimiento a los costos y gastos.	Gestión de proyectos con la Secretaria de Salud para el reconocimiento de la cartera tipo usuario, servicio de urgencias, el servicio de ambulancias y las farmacias con dispensación inferior a 20 fórmulas al día. Plan de Optimización. Fortalecer los costos hospitalarios y la contabilidad administrativa.	Subgerencia Administrativa y Financiera	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador, que como mínimo contenga el valor de las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.
8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS.	4	4	Módulo de gestión de tramites WEB para Usuarios Internos y Externos, de Gestión de Demandas y Gestión de Camas centralizado implementado	Desarrollo e implementación de la Historia Clínica Electrónica Extramural. Desarrollar módulos de gestión de trámites web, gestión de demandas y gestión de camas; Formulación, implementación, revisión y/o ajuste de planes y políticas del Sistema de Información	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	4	4	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, soportado en las Actas de sesión de la Junta Directiva, que como mínimo contenga: Fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, período de los RIPS utilizados para el análisis y relación de Actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.



N°	Indicador	Están- dar (año)	Línea base 2016	Compro-misos o Logros a Alcanzar	Proyectos A Desarrollar	Res- pon- sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
9	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.	≥ 1	<b>0,95</b>	Equilibrio presupuestal con recaudo de 1; Obtener un 2% de Incremento en facturación por venta de servicios; De Ejecución Contractual Plan Intervenciones Colectivas; Lograr un Margen del PGP del 5%.	Fortalecimiento del sistema de facturación, Saneamiento de la cartera. Apalancamiento financiero del pasivo pensional y prestacional (Concurrencia). Plan de Optimización (Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero). Fortalecer los costos hospitalarios y la contabilidad administrativa. Gerencia de convenios y contratos.	Subgerencia Administrativa y Financiera	≥ 1	≥ 1	≥ 1	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
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.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos.</b>	Cumplir con el indicador en cuanto a tiempos y calidad del dato, de acuerdo con los requerimientos de los procesos. La función de extracción de datos se debe orientar a realizar validaciones previas y de manera automática.	Formulación, implementación, revisión y/o ajuste de planes y políticas del Sistema de Información	Subgerencia Administrativa y Financiera	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos.</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos.</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos.</b>	Superintendencia Nacional de Salud.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos A Desarrollar	Responsable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamente del Sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>	Cumplir con el indicador en cuanto a tiempos y calidad del dato, de acuerdo con los requerimientos de los procesos. La función de extracción de datos se debe orientar a realizar validaciones previas y de manera automática.	Formulación, implementación, revisión y/o ajuste de planes y políticas del Sistema de Información	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>	Ministerio de Salud y Protección Social

## Diagnóstico Actual

### Gestión Clínica o Asistencial

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Análisis situación actual
12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	≥ 0,80	<b>0,73</b>	Se realiza en la vigencia 2016 la implementación de las guías de práctica clínica acorde con la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social. La evaluación se desarrolla con base a las recomendaciones trazadoras definidas por el equipo de implementación, lo que genera un cambio en los criterios de evaluación. Al realizar un análisis comparativo de la evaluación previa a la implementación (resultado de medición 38,5% cumplimiento) se evidencia un logro significativo posterior al inicio del proceso implementación de la Guía de práctica clínica.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Análisis situación actual
13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	≥ 0,80	<b>0,23</b>	Se realiza en la vigencia 2016 la implementación de las guías de práctica clínica acorde a la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social. La primera causa de egreso hospitalario, es la atención del parto vaginal. La evaluación se desarrolla con base a las recomendaciones trazadoras definidas por el equipo de implementación, lo que genera un cambio en los criterios de evaluación. Al realizar un análisis comparativo de la evaluación previa a la implementación (resultado de medición 1,5% cumplimiento) se evidencia una tendencia positiva posterior al inicio del proceso implementación de la Guía de práctica clínica.
14	Oportunidad en la realización de la apendicectomía.	≥ 0,90	<b>0,94</b>	La oportunidad en la realización de la apendicectomía, se encuentra con un cumplimiento del 94%, el estándar es la realización del procedimiento quirúrgico con una oportunidad inferior a 6 horas, actualmente el promedio de tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio de la apendicetomía es de 3 horas, lo que disminuye el riesgo para los pacientes. Este cumplimiento se ve favorecido por la disposición en la red hospitalaria de segundo nivel de cirugía general y una oportunidad superior a la meta del indicador.
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Cero (0) o variación negativa	<b>Cero (0)</b>	El número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual, se encuentra alineado con el estándar anual.
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso del Infarto Agudo de Miocardio (IAM).	≥ 0,90	<b>0,67</b>	La oportunidad en el inicio de la terapia específica de manejo de infarto Agudo de miocardio (IAM), se encuentra con un cumplimiento del 67%, en la vigencia 2016 dentro de las guías de práctica clínica priorizadas se encuentra la de Síndrome Coronario Agudo acorde a la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social. Posterior al comienzo de la implementación de la guía se busca mejorar las oportunidades de manejo de los pacientes y el cumplimiento de la adherencia de la guía de práctica clínica.
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	≥ 0,90	<b>1</b>	El análisis de mortalidad intrahospitalaria se encuentra alineado con el estándar anual.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Análisis situación actual
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	≤ 5	2,1	La oportunidad en la atención de consulta de pediatría se encuentra alineada con el estándar anual.
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	≤ 8	17,5	La oportunidad en la atención gineco-obstétrica se encuentra por fuera del estándar, básicamente por el proceso de implementación de la GPC – Guía de Práctica Clínica de detección de las alteraciones del embarazo, parto y puerperio del Ministerio de Salud y Protección Social, que trae como recomendación trazadora la evaluación por ginecobstetra a todas las gestantes independientemente del riesgo obstétrico (aun la paciente de bajo riesgo obstétrico) entre las semanas 24-28 y 32-36 lo cual ha generado una demanda inusual, por así decirlo, que ha desbordado la capacidad de respuesta de la ESE.
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤ 15	6,8	La oportunidad en la atención de consulta de medicina interna se encuentra alineado con el estándar anual.
21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	≥ 0,85	0,4571	Se cumple con oferta institucional del programa de atención prenatal en los 50 puntos de atención y se tiene estrategias claras definidas para facilitar el acceso a las gestantes. Así mismo, se realiza inducción a la demanda intramural y de forma extramural a través de los proyectos de salud pública operados por la ESE, pero existe determinantes de orden social, cultural y económico propios de la población sujeto de intervención de la ESE, que no han permitido impactar de forma positiva este indicador: Embarazo en adolescentes y temor de estas a divulgar el diagnóstico en la familia, dificultades para desplazarse por tener otros hijos y no tener otro cuidador, barreras invisibles, conflictos con la pareja que no les permite acceder al programa. Otros factores de orden personal como: Desconocimiento del estado de embarazo, la desestimación de la importancia del ingreso temprano al control prenatal especialmente en las multíparas, el consumo de sustancias psicoactivas y la condición de habitante de calle. Población de otros Municipios y/o Departamentos desplazadas y/o que vienen a Medellín a la atención dada la calidad del servicio.
22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	0 casos	11 casos. (Incidencia 2,7x 1000 nacidos vivos)	Los casos de sífilis congénita que se presentaron para la vigencia 2016 corresponden en su mayor proporción a usuarias con infección tardía, ingreso tardío a control prenatal y sin control prenatal.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Análisis situación actual
23	Evaluación de aplicación de guía de manejo, específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.	$\geq 0,90$	<b>0,36</b>	Se realiza en la vigencia 2016 la implementación de las guías de práctica clínica acorde con la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social. La evaluación se desarrolla con base a las recomendaciones trazadoras definidas por el equipo de implementación, lo que genera un cambio en los criterios de evaluación. Al realizar un análisis comparativo de la evaluación previa a la implementación (resultado de medición 0,5% cumplimiento) se evidencia un logro significativo posterior al inicio del proceso implementación de la Guía de práctica clínica.
24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.	$\geq 0,80$	<b>0,63</b>	Se realiza en la vigencia 2016 la implementación de las guía de práctica clínica de Crecimiento y Desarrollo acorde con la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social. La evaluación se desarrolla con base a las recomendaciones trazadoras definidas por el equipo de implementación, lo que genera un cambio en los criterios de evaluación previamente establecidos. Adicionalmente, el proceso implica una serie de actividades a desarrollar en diferentes áreas para lograr la implementación de la guía en la ESE Metrosalud y la adherencia a la misma.
25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	$\leq 0,03$	<b>0,008</b>	La proporción de reingreso por el servicio de urgencias se encuentra alineado con el estándar anual.
26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	$\leq 3$	<b>2,6</b>	La oportunidad promedio en la atención de consulta médica general se encuentra alineado con el estándar anual.
27	Exclusivo Mentales: Evaluación de la aplicación de guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE.	$\geq 0,80$	<b>NLB</b>	Se realiza apertura del Servicio de Salud Mental en diciembre 2016, por lo tanto la evaluación de las guías de manejo de las primeras causas de morbilidad en salud mental se desarrollarán para la vigencia 2017.
28	Exclusivo Mentales: Evaluación aplicación de guías para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE.	$\geq 0,80$	<b>NLB</b>	Se realiza apertura del Servicio de Salud Mental en diciembre 2016, por lo tanto la evaluación de las guías de manejo de las primeras causas de morbilidad en salud mental se desarrollarán para la vigencia 2017.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Análisis situación actual
29	Exclusivo Mentales: Evaluación de aplicación de guías para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios).	≥ 0,80	NLB	Se realiza apertura del Servicio de Salud Mental en diciembre 2016, por lo tanto la evaluación de las guías de manejo de las primeras causas de morbilidad en salud mental se desarrollarán para la vigencia 2017.
30	Exclusivo Mentales: Oportunidad en la consulta de psiquiatría.	≤ 10	NLB	Se realiza apertura del Servicio de Salud Mental en diciembre 2016, por lo tanto la evaluación de las guías de manejo de las primeras causas de morbilidad en salud mental se desarrollarán para la vigencia 2017.

## Compromisos o logros a alcanzar

### Gestión Clínica o Asistencial

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos a Desarrollar	Res-pon-sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	≥ 0,80	<b>0,73</b>	Continuar con el plan de implementación de la guía de práctica clínica. Se diseñaron diferentes metodologías teórico-prácticas presenciales, virtuales y de retroalimentación continua sobre los criterios y recomendaciones que se convierten en oportunidades de mejora. El seguimiento a la adherencia se hará mensual, con el objeto de identificar oportunamente mejoras dentro del proceso y conocer los avances del mismo.	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Desarrollar y evaluar el componente de Gestión de la salud por ciclo vital. Formación en Atención Primaria en Salud para el personal asistencial; Fortalecimiento del Modelo de Seguridad del Paciente.	Subgerencia de Red de Servicios	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia del acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos a Desarrollar	Res-pon-sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	≥ 0,80	0,23	Continuar con el plan de implementación de la guía de práctica clínica. Se diseñaron diferentes metodologías teórico-prácticas presenciales, virtuales y de retroalimentación continua sobre los criterios y recomendaciones que se convierten en oportunidades de mejora. El seguimiento a la adherencia se hará mensual, con el objeto de identificar oportunamente mejoras dentro del proceso y conocer los avances del mismo. Definiendo intervenciones puntuales acorde con los resultados.	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Desarrollar y evaluar el componente de Gestión de la salud por ciclo vital. Formación en Atención Primaria en Salud para el personal asistencial; Fortalecimiento del Modelo de Seguridad del Paciente.	Subgerencia de Red de Servicios	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	Informe del comité de historias clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.



N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos a Desarrollar	Res-pon-sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
14	Oportunidad en la realización de apendicectomía.	≥ 0,90	<b>0,94</b>	Evaluar el cumplimiento del indicador de oportunidad de la realización de la apendicectomía con seguimiento de los resultados mensualmente a todos los pacientes que se les realizó manejo quirúrgico, con el objeto de identificar oportunamente mejoras dentro del proceso y conocer los avances del mismo, definiendo intervenciones puntuales acorde a los resultados.	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Formación en Atención Primaria en Salud para el personal asistencial; Fortalecimiento del Modelo de Seguridad del Paciente. Gestión de la red de servicios maximizando su eficiencia.	Subgerencia de Red de Servicios	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	Informe de Subgerencia Científica de la ESE o quien haga sus veces que como mínimo contenga: Base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica, aplicación de la fórmula del indicador.
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Cero (0) o variación negativa	<b>Cero (0)</b>	Continuar con el cumplimiento del estándar, realizar seguimiento periódico de resultados para conocer avances y detectar oportunidades de mejora con el fin de corregir las desviaciones.	Implementación del Modelo de seguridad del Paciente en la ESE Metrosalud	Subgerencia de Red de Servicios	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Informe del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: Aplicación de la fórmula del indicador.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos a Desarrollar	Res-pon-sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso del infarto Agudo de miocardio (IAM).	≥ 0,90	0,67	Evaluar el cumplimiento del indicador de oportunidad de inicio de terapia específica con seguimiento de los resultados mensualmente a todos los pacientes que se les realizó diagnóstico de infarto agudo de miocardio, con el objeto de identificar oportunamente mejoras dentro del proceso y conocer los avances del mismo, definiendo intervenciones puntuales acorde con los resultados.	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Formación en Atención Primaria en Salud para el personal asistencial; Fortalecimiento del Modelo de Seguridad del Paciente, Gestión de la red de servicios maximizando su eficiencia.	Subgerencia de Red de Servicios	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	Informe del Comité de Historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía y aplicación de la fórmula del indicador.
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	≥ 0,90	1	Continuar con el cumplimiento del estándar, realizar seguimiento periódico de resultados para conocer avances y detectar oportunidades de mejora con el fin de corregir las desviaciones.	Implementación del Modelo de seguridad del Paciente en la ESE Metrosalud.	Subgerencia de Red de Servicios	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	Informe Referente al Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: Análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos a Desarrollar	Res-pon-sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	≤ 5	2,1	Continuar con el cumplimiento del estándar, realizar seguimiento periódico de resultados para conocer avances y detectar oportunidades de mejora con el fin de corregir las desviaciones.	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Gestión de la red de servicios maximizando su eficiencia.	Subgerencia de Red de Servicios	≤ 5	≤ 5	≤ 5	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social. (Reporte Resolución 256 de 2016)
19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	≤ 8	17,5	Realizar ajuste de la oferta acorde con la recomendación de la guía de práctica clínica.	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Gestión de la red de servicios maximizando su eficiencia.	Subgerencia de Red de Servicios	≤ 8	≤ 8	≤ 8	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social. (Reporte Resolución 256 de 2016)

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos a Desarrollar	Res-pon-sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤ 15	6,8	Continuar con el cumplimiento del estándar, realizar seguimiento periódico de resultados para conocer avances y detectar oportunidades de mejora con el fin de corregir las desviaciones.	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Gestión de la red de servicios maximizando su eficiencia.	Subgerencia de Red de Servicios	≤ 15	≤ 15	≤ 15	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social. (Reporte Resolución 256 de 2016)
21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	≥ 0,85	0,4571	Fortalecer y ampliar la cobertura del Modelo de Prestación de Servicios	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Desarrollar y evaluar el componente de Gestión de la salud por ciclo vital.	Subgerencia de Red de Servicios	≥ 0,90	≥ 0,85	≥ 0,85	Informe comité de historias clínicas que como mínimo contenga: Listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique se inscribió o no en el Programa de Control Prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por médico; aplicación de la fórmula del indicador.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos a Desarrollar	Res-pon-sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
22	Incidenca de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	0 casos	11 casos. (Incidencia 2,7x 1000 nacidos vivos)	Teniendo en cuenta el objetivo de desarrollo sostenible: Para el año 2021 alcanzar y mantener la incidencia de sífilis congénita en 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos por cada 1000 nacidos vivos.	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Desarrollar y evaluar el componente de Gestión de la salud por ciclo vital. Formación en Atención Primaria en Salud para el personal asistencial; Fortalecimiento del Modelo de Seguridad del Paciente.	Subgerencia de Red de Servicios	0 casos	0 casos	0 casos	a) Cuando no existan casos de sífilis congénita: Concepto del COVE Municipal o distrital que certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de Sífilis congénita diagnosticado.
23	Evaluación de aplicación de guía de manejo, específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.	≥ 0,90	0,36	Continuar con el plan de implementación de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial. Se diseñaron diferentes metodologías teórico-taller presencial y virtual, además con campañas de diseminación de las recomendaciones trazadoras a través de las "NOTIGUÍAS", comunicado	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Desarrollar y evaluar el componente de Gestión de la salud por ciclo vital.	Subgerencia de Red de Servicios	≥ 0,85	≥ 0,90	≥ 0,90	Informe comité de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos a Desarrollar	Res-pon-sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
				institucional para reforzar las recomendaciones de la guía de práctica clínica, los criterios de evaluación, y los puntos con mayor incumplimiento dentro de los seguimientos. El seguimiento a la adherencia se hará mensual, con el objeto de identificar oportunamente mejoras dentro del proceso y conocer los avances del mismo. Definiendo intervenciones puntuales acorde a los resultados.	Formación en Atención Primaria en Salud para el personal asistencial; Fortalecimiento del Modelo de Seguridad del Paciente					
24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.	≥ 0,80	<b>0,63</b>	Continuar con el plan de implementación de la guía de práctica clínica de crecimiento y Desarrollo. Se diseñaron diferentes metodologías teórico-taller presencial y virtual, además con campañas de diseminación de las recomendaciones trazadoras a través de las "NOTIGUÍAS", comunicado institucional para reforzar las recomendaciones de la guía de práctica clínica, los	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Desarrollar y evaluar el componente de Gestión de la salud por ciclo vital. Formación en Atención Primaria en Salud para el personal asistencial;	Subgerencia de Red de Servicios	≥ 0,85	≥ 0,80	≥ 0,80	Informe comité de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos a Desarrollar	Res-pon-sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
				criterios de evaluación, y los puntos con mayor incumplimiento dentro de los seguimientos.	Fortalecimiento del Modelo de Seguridad del Paciente.					
25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	≤ 0,03	0,008	Continuar con el cumplimiento del estándar, realizar seguimiento periódico de resultados para conocer avances y detectar tempranamente oportunidades de mejora con el fin de corregir las desviaciones.	Implementación del Modelo de seguridad del Paciente en la ESE Metrosalud Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia.	Subgerencia de Red de Servicios	≤ 0,03	≤ 0,03	≤ 0,03	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social
26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	≤ 3	2,6	Continuar con el cumplimiento del estándar, realizar seguimiento periódico de resultados para conocer avances y detectar oportunidades de mejora con el fin de corregir las desviaciones.	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Gestión de la red de servicios maximizando su eficiencia.	Subgerencia de Red de Servicios	≤ 3	≤ 3	≤ 3	Ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos a Desarrollar	Res-pon-sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
27	Exclusivo Mentales: Evaluación de la aplicación de guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad de la ESE.	≥ 0,80	<b>NLB</b>	Desarrollar el proceso de adopción e implementación de las guías de práctica clínica en salud mental acorde con las primeras (3) causas de morbilidad, siguiendo la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social. El seguimiento a la adherencia se hará semestral, con el objeto de identificar oportunamente mejoras dentro del proceso y conocer los avances del mismo. Definiendo intervenciones puntuales acorde a los resultados.	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Desarrollar y evaluar el componente de Gestión de la salud por ciclo vital. Formación en Atención Primaria en Salud para el personal asistencial; Fortalecimiento del Modelo de Seguridad del Paciente	Subgerencia de Red de Servicios	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	Informe del comité de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de las guías de manejo de las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.



N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos a Desarrollar	Res-pon-sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
28	Exclusivo Mentales: Evaluación aplicación de guías para prevención de fugas en pacientes hospitalizados en la ESE.	≥ 0,80	NLB	Desarrollar el proceso de evaluación de la aplicación de la guía para la prevención de egresos no autorizados en pacientes hospitalizados con el objeto de identificar oportunamente mejoras y conocer los avances del mismo. Definiendo intervenciones puntuales acorde a los resultados.	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Desarrollar y evaluar el componente de Gestión de la salud por ciclo vital. Formación en Atención Primaria en Salud para el personal asistencial; Fortalecimiento del Modelo de Seguridad del Paciente	Subgerencia de Red de Servicios	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	Informe conjunto del comité de historias clínicas y del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía para prevención de fuga en pacientes hospitalizados, listado de pacientes con registro de fuga del servicio de hospitalización, con información sobre el cumplimiento o no de la guía y aplicación de la fórmula del indicador.

N°	Indicador	Estándar (año)	Línea base 2016	Compromisos o Logros a Alcanzar	Proyectos a Desarrollar	Res-pon-sable	Metas			Fuente de información
							2017	2018	2019	
29	Exclusivo Mentales: Evaluación de aplicación de guías para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ESE (ambulatorios y hospitalarios).	≥ 0,80	<b>NLB</b>	Desarrollar el proceso de evaluación de la aplicación de la guía para la prevención de suicidios en pacientes de la ESE Metrosalud (Unidad de salud mental) con el objeto de identificar oportunamente mejoras y conocer los avances del mismo. Definiendo intervenciones puntuales acorde a los resultados.	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Desarrollar y evaluar el componente de Gestión de la salud por ciclo vital. Fortalecimiento del Modelo de Seguridad del Paciente; Formación en Atención Primaria en Salud para el personal asistencial	Subgerencia de Red de Servicios	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	Informe conjunto del comité de historias clínicas y del Referente o Equipo Institucional para la gestión de la Seguridad del Paciente que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía para prevención de suicidios en pacientes tratados en la ESE ambulatorios y hospitalarios, listado de pacientes tratados en la ESE con intento de suicidio, con información sobre el cumplimiento estricto o no de la guía y aplicación de la fórmula del indicador.
30	Exclusivo Mentales: Oportunidad en la consulta de psiquiatría.	≤ 10	<b>NLB</b>	Realizar seguimiento periódico al cumplimiento del indicador para conocer avances y detectar oportunidades de mejora con el fin de corregir las desviaciones.	Avanzar en la implementación del modelo de prestación de servicios de salud, centrados en el usuario y su familia. Gestión de la red de servicios maximizando su eficiencia.	Subgerencia de Red de Servicios	≤ 10	≤ 10	≤ 10	Informe de: Subgerencia Científica o quien haga sus veces que como mínimo contenga fuente de información y aplicación de la fórmula del indicador.

## **Evaluación**

Así como en la fase de formulación, en la etapa de evaluación se tiene presente lo consignado en las Resolución 710 de 2012 y la 408 de 2018.

Con el fin de realizar seguimiento periódico a los indicadores del Plan, se realizarán autoevaluaciones bimestrales, que permitan establecer las acciones correctivas y preventivas necesarias para cumplir con la meta en la vigencia. Estos seguimientos, serán así mismo, informados a la Junta Directiva de la entidad.

La línea de base para cada indicador, será el resultado obtenido en el año inmediatamente anterior.

Por último, es importante anotar que dado que el Gerente inicia su período después del 1 de enero de 2017, será objeto de evaluación por parte de la Junta Directiva a partir de la vigencia 2019. Al no ser evaluado en la vigencia 2017 se deberá enviar a la Superintendencia Nacional de Salud la información contemplada en la Circular 000009 del 29 de abril de 2015, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017.

De esta forma, a partir de la vigencia 2018, el Gerente de la ESE Metrosalud presentará a la Junta Directiva un Informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión el cual deberá ser presentado a más tardar el 1 de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.

### **Calificación del informe anual.**

La Junta Directiva evaluará el cumplimiento del Plan de Gestión del Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión. La calificación del informe anual del Plan de Gestión se realizará teniendo en cuenta el Anexo N° 3 “Instructivo para la calificación” aplicado a los datos diligenciados en el Anexo N° 4 “Matriz de Calificación” y los lineamientos establecidos en la Fase de Evaluación de la Resolución 408 de 2018 que modifica los anexos 2,3 y 4 de la Resolución 743 de 2013.

### **Evaluación de Resultados.**

Se tendrá en cuenta la escala establecida en el Anexo 5 de la Resolución 710 de 2012.

<b>Rango de Calificación (0,0 – 5,0)</b>	<b>Criterio</b>	<b>Cumplimiento del Plan de Gestión</b>
Puntaje total entre 0,0 y 3,49	Insatisfactoria	Menor al 70%
Puntaje total entre 3,5 y 5,0	Satisfactoria	Igual o superior al 70%

### **Notificación de Resultados.**

Los miembros de la Junta Directiva harán constar mediante Acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, notificando del mismo al Gerente. Según calificación obtenida, se aplica el proceso a seguir según Resoluciones 710 de 2012, Anexo 5.

**LEOPOLDO ABDIEL GIRALDO VELÁSQUEZ**

**Gerente**