

ESE NORTE 2



INFORME DE GESTIÓN

2014

DIEGO FERNANDO BARONA LEGUIZAMO
MARZO DE 2015

NUESTRO NORTE, SU SALUD

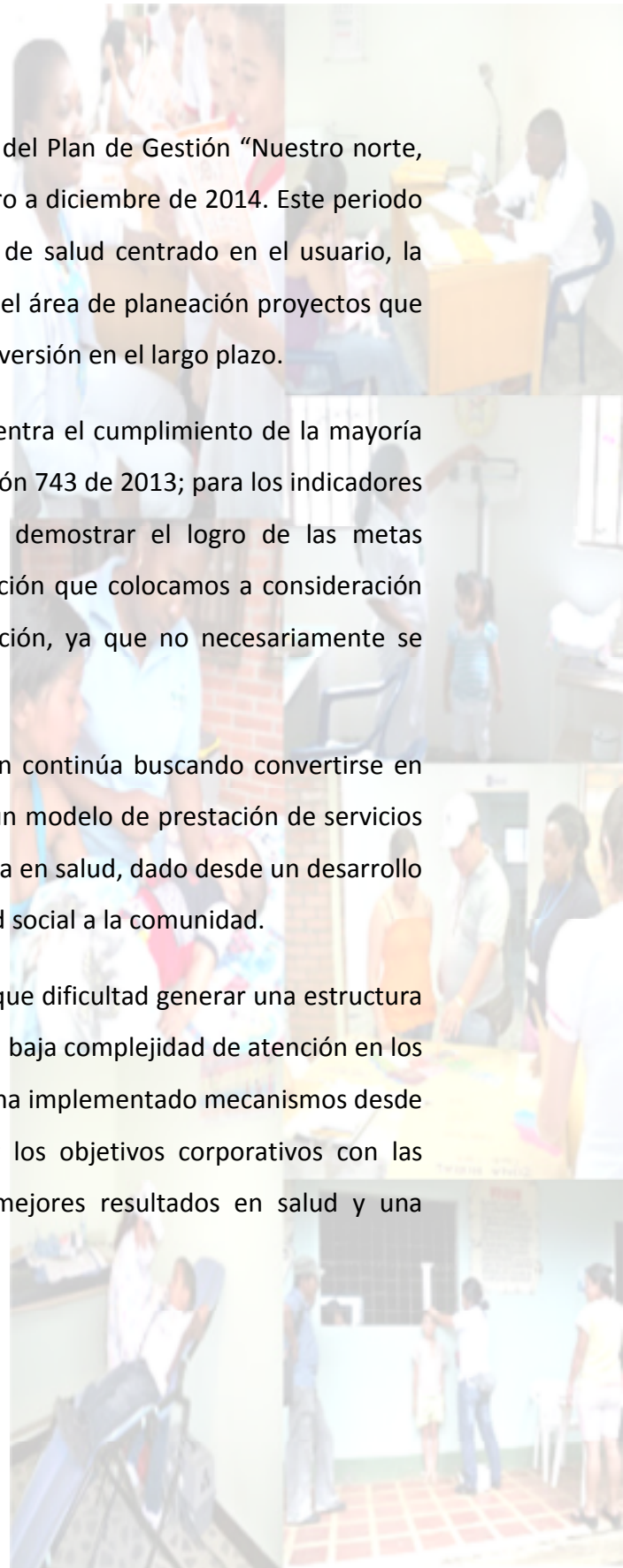
PRESENTACIÓN

Este documento presenta el informe de la ejecución del Plan de Gestión “Nuestro norte, su salud” durante el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2014. Este periodo fue para la ESE una época de arranque del modelo de salud centrado en el usuario, la familia y la comunidad, además se impulsaron desde el área de planeación proyectos que generan para la ESE una expectativa de recursos de inversión en el largo plazo.

En la revisión de los indicadores financieros se encuentra el cumplimiento de la mayoría de estos según los lineamientos dados por la Resolución 743 de 2013; para los indicadores asistenciales se obtienen resultados que permiten demostrar el logro de las metas propuestas en el Plan de Gestión 2011 - 2015, situación que colocamos a consideración sea tomada en cuenta en el momento de la calificación, ya que no necesariamente se cumple con lo propuesto en la normatividad vigente.

La Empresa desde la ejecución de su plan de gestión continúa buscando convertirse en una empresa pionera en el desarrollo innovador de un modelo de prestación de servicios de salud de alta calidad basado en la atención primaria en salud, dado desde un desarrollo organizacional, sostenibilidad financiera y rentabilidad social a la comunidad.

Se tiene el reto de una situación de alto conflicto, lo que dificulta generar una estructura de Red Integral e Integrada de Servicios de salud de la baja complejidad de atención en los cuatro municipios de influencia. Sin embargo, la ESE ha implementado mecanismos desde el fortalecimiento comunitario que permite alinear los objetivos corporativos con las necesidades de la población de la región dando mejores resultados en salud y una prestación de servicios de salud más eficiente.



INFORME DE GESTIÓN 2014

I. AREA DE GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA

1. Promedio de la calificación autoevaluación cuantitativa y cualitativa del Ciclo de Preparación para acreditación o Ciclo de Mejoramiento Res. 2181 /08 (Art. 2)

Tabla No 1. Indicador 1. Autoevaluación con Estándares de Acreditación

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Promedio de la calificación autoevaluación cuantitativa y cualitativa del Ciclo de Preparación para acreditación o Ciclo de Mejoramiento Res. 2181 /08 (Art. 2).	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/Promedio de la calificación de la vigencia anterior	$\geq 1,20$	1	1,2	1,2	1,3

Fuente: Documento de Autoevaluación.

El indicador según lo plantea la Resolución 743 de 2.013, tiene tres posibilidades de categorizarse, para la ESE Norte 2 aplica la segunda alternativa, ya que durante el 2012 se realizó la primera autoevaluación y se obtuvo una calificación de 1, en el 2013 1,2. Después de 2 años consecutivos de autoevaluación y la ejecución de los respectivos planes de mejoramiento, en el 2014 se obtuvo una calificación de 1,6.

En el 2014, se continua con la metodología de trabajo ajustada en el 2013. La realización de la Ruta Crítica de Acreditación, se hace de acuerdo a los documentos guías del Ministerio de Salud y Protección Social, el marco de la autoevaluación continua siendo el Manual de Acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de la Resolución 123 de 2012; estándares sobre los cuales se realiza la autoevaluación cuantitativa y cualitativa. Para realizar la calificación cuantitativa se utiliza como referencia la “hoja radar” que se encuentra en el artículo 7. de la Resolución 2082 de 2014. La realización de planes de mejora, según los lineamientos dados en el documento “Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad - MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO EN ACREDITACIÓN”.

Dentro de la organización de la autoevaluación con estándares de acreditación fue designar a la persona encargada del Área de Calidad como la líder del proceso, quien definió en conjunto con gerencia el cronograma de trabajo y los equipos de trabajo para la autoevaluación. Se definieron y organizaron 6 equipos de trabajo, correspondientes a los estándares de: 1. Asistenciales, 2. Direccionamiento y Gerencia, 3. Gerencia del Talento Humano, 4. Ambiente Físico, 5. Gestión de Tecnológica y 6. Gerencia de la Información.

La metodología desarrollada durante la calificación de la Autoevaluación con Estándares de Acreditación se anexa en el cd de soportes del presente de plan de gestión.

Las calificaciones obtenidas por estándar son:

Tabla No 2. Variación en la calificación de la Autoevaluación durante los años 2.012 – 2.014

Estándares	2012	2013	2014
Asistenciales	1	1,56	1,7
Direccionamiento	1	1,215	1,9
Gerencia	1	1,17	1,8
Talento Humano	1	1,21	1,29
Ambiente Físico	1	1,1	1,2
Gestión de la Tecnología	1	1	1,2
Gerencia de la Información	1	1,5	1,5
TOTAL	1	1,2	1,6

Fuente: Documento de Autoevaluación – Oficina de Calidad.

De la autoevaluación realizada se construye el Plan de Mejoramiento basado en estándares de acreditación – PAMEC, con su respectivo cronograma de trabajo para el 2015. La siguiente autoevaluación se programa para el último trimestre del 2015.

2. *Efectividad Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud*

Tabla No 3. Indicador 2. Efectividad de la Auditoría

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Efectividad Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	No. Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria	$\geq 0,90$	0,82	0,9	0,91	0,96

Fuente: Área de Calidad y Planeación. ESE Norte 2.

El Plan de Mejoramiento del 2014 fue organizado desde las acciones de mejora priorizadas desde la autoevaluación con estándares de acreditación, complementado desde las auditorías internas realizadas por la ESE y los informes de auditorías de las visitas realizadas por aseguradores.

Se generaron 30 acciones de mejora, las cuales se les realizó seguimiento periódico desde el área de planeación y calidad; de estas 18 se ejecutaron al 100 % y las 12 restantes al 90 %; lo que da un porcentaje de cumplimiento del 96 %.

Dentro de las acciones de mejoramiento realizadas se encuentran:

- Mejoramiento de adherencia a las guías clínicas: Se realizó actualización de las guías clínicas de todos los servicios. Para las relacionadas con aspectos prioritarios de la ESE se realizó la contratación de especialistas que las construyeran y socializaran con los médicos.
- Para ajustar los tiempos de atención, que permitan una atención humanizada y segura se incluyó desde la auditoria de la historia clínica, la verificación del tiempo de la atención.
- Se trabajo una estrategia comunicacional que permita la divulgación y el entendimiento por parte de los usuarios del mecanismo de asignación de citas y el acceso efectivo a la consulta; así como de sus derechos y deberes.

3. *Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo*

Tabla No 4. Indicador 3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo	No. metas del Plan Operativo Anual Cumplidas / No. Metas Plan Operativo Anual Programadas.	$\geq 0,90$	0,97	1	0,9	0,93

Fuente: Área de Calidad y Planeación.

El Plan de Desarrollo que se construyó para el año 2014 se ejecutó en un 93 %, y este incluyó:

- a. Política de Seguridad del Paciente: La ESE durante el 2014 realizo jornadas de trabajo con el personal de salud, logrando que la politica quedará definida, aprobada y socializada en la institución. Adicionalmente se realizo la medición de la cultura de seguridad. Para el 2015, se realizará la apropiación de la politica y el seguimiento a la adquisición de la cultura de la seguridad.
- b. Se diseño y politeo una estrategia comunicacional, para que los usuarios comprendieran sus derechos y deberes, el mecanismo de acceder a los servicios prestados en la ESE.
- c. Se formuló de manera participativa la política de humanización de los servicios de salud, esta incluyó y se articulo con estrategias como IAMI y AIEPI. Además, se incluyó y realizo dentro del Plan de Capacitación de la ESE, para que el personal iniciará la apropiación del concepto y la política, e impactar directamente en la calidad de la atención.

- d. Se realizó la autoevaluación con estándares de acreditación, para verificar avances realizados desde los planes de mejoramiento e ir logrando una atención con calidad y calidez.
- e. Se realizó la actualización de las guías clínicas, incorporando a especialistas para la revisión de la evidencia, la generación de mesas de trabajo y la posterior socialización con los médicos de la ESE.
- f. Se avanzó en la política de hospitales verdes, desde iniciar la socialización e implementación de estrategias de ahorro del agua y la energía eléctrica.
- g. Desde el capital humano, se trabajó desde el área de salud ocupacional para mejorar las condiciones del trabajo; el clima organizacional de gente realizando actividades por punto de atención y de la ESE en su totalidad.
- h. Se fortaleció el área de sistemas, así como el mejorar la calidad del dato, su procesamiento y análisis para facilitar la toma de las decisiones. Se ajustó la modalidad de contratación de las personas encargadas por resultados.
- i. Desde el PIC se han desarrollado nuevas tecnologías en salud, de las cuales se fortalecieron en este periodo tres de ellas, Bebe piénsalo bien, jóvenes PIC y Crecer Guay; entre otros.
- j. Se fortalecieron las dinámicas de control interno, para mejorar la supervisión de contratos.
- k. Se realizó durante el 2014 recuperación de cartera de vigencias pasadas y se optimizó la conciliación de glosa.

II. AREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

4. *Riesgo Fiscal y Financiero*

Tabla No 5. Indicador 4. Riesgo Fiscal y Financiero

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Riesgo Fiscal y Financiero	Categorización de la ESE por el MS y PS en cuanto al riesgo	Categorizada a SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO

Fuente: Tesorería. ESE Norte 2.

La ESE en Resolución 2090 de 2014 fue categorizada como Sin Riesgo, en esta se toma la información correspondiente al 2013. Para el año 2014 se aplica la matriz que el departamento define, la que permite visualizar que la empresa se categorizará en clasificación SIN RIESGO, como lo muestra la Tabla No 6.

Para lograr mantener el indicador se realizaron las siguientes acciones:

1. La empresa tiene como política institucional el manejo y el control del gasto, que incluye las acciones de monitoreo permanente del gasto. Esta situación se hizo de manera estricta durante el 2014, ya que debido al cambio de relación contractual con EPS como la AIC y las del Régimen Contributivo; afectó el reconocimiento y el recaudo de la ESE.
2. Realización de estrategias de monitoreo de la producción acorde con la contratación realizada, tanto de la prestación de servicios de salud como de externalización de servicios.
3. En cuanto al ingreso a pesar de intensificar la gestión del cobro, y debido a la modalidad de contratación por evento el flujo de caja se ha visto afectado. Generando un impacto negativo en el recaudo.

Tabla No 6. Proyección Categorización del Riesgo ESE Norte 2. Vigencia 2014

Concepto	Subconcepto	Valores en \$	Resultado
Ingresos operacionales corrientes recaudados más estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada por nivel de atención	Ingresos por venta de servicios de salud recaudados	7.462.537.906	9.727.426.358
	Aportes Patronales -Ley 1608 de 2013-	195.757.932	
	Otros ingresos corrientes recaudados	0	
	80% de la cartera por venta de servicios de salud menor a 90 días	2.069.130.520	
	ESE con condiciones de mercado especial?	NO	
Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos	Gastos de funcionamiento comprometidos	9.594.571.729	10.738.622.935
	Gastos de operación comercial y prestación de servicios comprometidos	1.144.051.206	
Superávit o Déficit de la Operación Corriente	Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada	9.727.426.358	-1.011.196.577
	Gastos Operacionales Corrientes Comprometidos	10.738.622.935	
Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención	70% de la cartera por venta de servicios de salud entre 90 y 360 días	489.612.814	1.043.295.811
	50% de la cartera por venta de servicios de salud mayor a 360 días	553.682.997	
Gastos Comprometidos Sin Pagar de la Vigencia	Gastos totales comprometidos en la vigencia	11.126.762.131	1.158.645.162
	Pagos realizados sobre gastos comprometidos en la vigencia	9.968.116.969	
Pasivos netos mayores a 360 días	Pasivos mayores a 360 días	650.620.050	0
	Pasivos estimados mayores a 360 días	646.618.375	
	Ingresos recibidos por anticipado (por ventas y otros) mayores a 360 días	4.001.675	
	Recaudos por clasificar (consignaciones sin identificar) mayores a 360 días	0	
	Pasivos por cesantías mayores a 360 días, financiadas con recursos entregados en administración	0	
	Pasivos por avances y anticipos recibidos (Diferentes a venta de servicios) y recursos recibidos en administración mayores a 360 días, respaldados con recursos en caja-bancos	0	
	Pasivos por recaudos a favor de terceros (Excluye recaudos por clasificar) mayores a 360 días, respaldados en caja-bancos	0	
Total pasivos netos	Total Pasivo	2.239.247.523	1.107.753.220
	Total pasivos estimados	1.076.600.686	
	Total pasivos por Ingresos recibidos por anticipado (por ventas y otros)	11.796.710	
	Total Recaudos por clasificar (consignaciones sin identificar)	21.745.737	
	Total Pasivos por cesantías, financiadas con recursos entregados en administración	0	

	Total Pasivos por avances y anticipos recibidos (Diferentes a venta de servicios) y recursos recibidos en administración, respaldados con recursos en caja-bancos	11.796.710	
	Total Pasivos por recaudos a favor de terceros (Excluye recaudos por clasificar), respaldados en caja-bancos	9.554.460	
Pasivo no corriente	Total pasivos netos	1.107.753.220	-50.891.942
	Gastos Comprometidos Sin Pagar de la Vigencia	1.158.645.162	
Pasivos adquiridos en vigencias anteriores	Pasivos netos mayores a 360 días.	0	0
	Pasivo no corriente	-50.891.942	
Superávit o Déficit de la Operación No Corriente	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada por nivel de atención	1.043.295.811	1.043.295.811
	Pasivos adquiridos en vigencias anteriores	0	
Superávit o Déficit Operacional Total	Superávit o déficit de la operación corriente	-1.011.196.577	32.099.234
	Superávit o déficit de la operación no corriente	1.043.295.811	
Ingresos Operacionales Totales	Ingresos operacionales corrientes recaudados + estimación de recaudo de cartera de corto plazo ajustada	9.727.426.358	10.770.722.169
	Estimación de recaudo de cartera de largo plazo ajustada	1.043.295.811	
Índice de Riesgo	Superávit o Déficit Operacional Total	32.099.234	0,00
	Ingresos Operacionales Totales	10.770.722.169	
Superávit o Déficit Presupuestal	Total Ingresos Reconocidos	9.439.066.050	469.602.559
	Total Gastos Comprometidos	8.969.463.491	
Categorización del riesgo mediante Resolución 1877 de 2013, modificada por la Resolución 3467 del mismo año.			Sin riesgo
Tiene Información consolidada, validada y presentada por la Dirección Territorial?	SI		SI
	NO		
CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO - Resolución 2090 del 29 de Mayo de 2014-	Categorización del riesgo mediante Resolución 1877 de 2013, modificada por la Resolución 3467 de 2013.	Anexo Técnico 1	
	Riesgo Alto (Sin reporte de información)	Anexo Técnico 2	
	Sin riesgo	Anexo Técnico 3	Sin Riesgo
	Riesgo bajo		
	Riesgo medio		
	Riesgo Alto		
Riesgo Alto (Déficit Presupuestal)			

5. La Evolución del gasto por UVR

Tabla No 7. Evolución del gasto por UVR

INDICADOR	FORMULA	ESTANDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Evolución del gasto por UVR	$\frac{\text{Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año evaluado, sin c x p} / \text{No. UVR producidas en el año evaluado}}{\text{Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año anterior sin c x p, en \$ constantes} / \text{No. UVR producidas en el año anterior}}$	< 0,90	0,94	1,02	<0,90	0,87

Fuente: Tesorería. ESE Norte 2.

Al calcular la evolución del gasto por UVR para la vigencia del 2014 mejoró respecto al año anterior, ya que disminuyó de 1,02 a 0,87.

Se aplicó la fórmula propuesta en la Resolución 743 de 2013, mostrando como la variación de los gastos comprometidos disminuyeron en 11.30, y la variación de la producción equivalente o UVR es positiva, 1,69, como se observa en la Tabla No 8.

Tabla No 8. Evolución del gasto por UVR

Concepto		Resultado evaluación periodo anterior	Resultado año evaluado	Var. frente al periodo anterior
Total Gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado)	a	10.817.061,2	9.594.571,7	-11,30
Producción equivalente	b	1.037.689,1	1.055.195,9	1,69
Vr. Promedio Gasto total comprometido por unidad producida (en pesos año evaluado)	c=a/b	10.424.183,1	9.092.692,5	0,87

Fuente: Tesorería. ESE Norte 2.

a. Análisis del gasto comprometido :

- Se revisó el pago por hora de los médicos, ya que la remuneración genera alta rotación de médicos. Se propuso un ajuste paulatino a los honorarios de la zona, como una de las alternativas para impactar dicho fenómeno.
- Desde el segundo semestre del 2012, se inició con la contratación de enfermeras jefes para cumplir con los requisitos de habilitación en el marco de la prestación de servicios.
- Se fortalece la selección de proveedores, la realización del Comité de Compras y la escogencia según los criterios de precio y calidad del producto.
- Se realiza ajuste del personal administrativo y asistencial debido al impacto del cambio de las condiciones de contratación con el Régimen Subsidiado, siendo las de más impacto negativo la AIC y adicionalmente el Régimen Contributivo.

b. Análisis de la UVR: Como valor de la UVR se toma la registrada en la Ficha Técnica de la página web SIHO, existen dos aspectos que logran mejorar esto; la primera por el aumento de la productividad desde el seguimiento mensual a los resultados vs las horas contratadas y una segunda contar con una persona con competencias en estadística que monitorea el registro y la calidad del dato. Además, se realiza el siguiente análisis:

- La contratación de la prestación de servicios de salud y de promoción y prevención se vio afectada en Corinto, Miranda y Caloto: Disminuyó en el 56 % la población contratada del Régimen Subsidiado desde julio de 2013 y la atención de Coomeva EPS en el primer semestre del 2014, debido a que estos contrataron con IPS creadas desde sus propias organizaciones.

- Los servicios que generaron un aumento en la UVR son los controles de enfermería, por el impacto de la políticas organizacionales respecto a la atención de los niños menores de 10 años y las gestantes; así como las citologías, los exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y las cirugías clasificadas en el grupo 2 – 6.
- Los servicios que disminuyeron son las dosis de biológico aplicadas en 4,9%; las consultas médicas ambulatorias en 9,7 % impactando en el crecimiento de la UVR para el 2014.
- Las actividades de odontología disminuyen por las limitaciones que imponen los aseguradores a la realización de dichas actividades.
- La atención de parto se ve afectada en la ESE por dos razones: el impacto negativo en la atención de parto institucional generado desde el programa MUJER DADORA DE VIDA, ya que la educación a la atención de parto domiciliario afecta las personas de la zona rural. Y la otra razón se da por el aumento de la clasificación de alto riesgo de las gestantes atendidas en la ESE y que requieren de atención especializada al momento del parto.

6. *Proporción de M y MMQ adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de ESE y/o mecanismos electrónicos*

Tabla No 11. Indicador 6. Proporción de Medicamentos y Material Médico Quirúrgico comprado por mecanismos de compra definidos

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Proporción de M y MMQ adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de ESE y/o mecanismos electrónicos	$\frac{\text{Valor total adquisiciones M y MMQ realizadas por compras conjuntas, cooperativas ESE y/o mecanismos electrónicos}}{\text{Valor total adquisiciones ESE M y MMQ}}$	$\geq 0,70$	0,84	0,73	>0.70	0,71

Fuente: Tesorería. ESE Norte 2.

La ESE durante el 2013 realizó la compra de medicamentos y otro material médico quirúrgico con la administradora pública Cooperativa de Hospitales del Cauca y además realizo compras conjuntas con las ESE Suroriente, Oriente, Norte 2, Norte 3 y Tierradentro, dando un total del 71% de las compras realizadas en el periodo de la actual gerencia de medicamentos y material médico-quirúrgico de manera conjunta o a través de cooperativas y/o conjuntas.

7. Monto de la deuda superior a 30 días salarios de planta y contratación de servicios y su variación frente a la vigencia anterior

La ESE se encuentra al día con los salarios de las personas incorporadas a la planta y ha pagado oportunamente los honorarios generados del personal vinculado a través de modalidades de contratación tanto prestación de servicios como agremiación.

Tabla No 12. Indicador 7. Monto de la deuda superior a 30 días de salarios.

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Monto de la deuda superior a 30 días salarios de planta y contratación de servicios y su variación frente a la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por salarios y contratación de servicios corte 31 Dic de la vigencia evaluada - Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios corte 31 Dic vigencia anterior valores constantes	Cero o Variación Negativa	0	0	0	0,00

Fuente: Tesorería. ESE Norte 2.

8. Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones – RIPS

Tabla No 13. Indicador 8. Utilización de la información de los RIPS.

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Utilización de la información de Registro Individual de prestaciones – RIPS	Número de informes de análisis de prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia	4	2	4	4	4,00

Fuente. Actas Junta Directiva.

Durante el 2013 se presentaron ante la Junta Directiva cuatro (4) análisis de RIPS, los cuales se presentaron en las siguientes fechas:

- a. Acta No 49. 5 de Mayo de 2014. Se presentó el análisis del RIPS del 2013, comparativo con el 2012 con corte a Diciembre. Adicionalmente, se presenta el primer trimestre del 2014.
- b. Acta No 51. 24 de Julio de 2014. Se presentó análisis de RIPS del segundo trimestre del 2014.
- c. Acta No 53. 20 de Octubre de 2014. Se presenta análisis de RIPS del tercer trimestre del 2014.
- d. Acta No 56. 16 de Diciembre de 2014. Se presento el análisis de los meses de octubre y noviembre de 2014.

Las copias de las actas directivas están en el cd. De soportes.

9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

Tabla No 14. Indicador 9. Resultado del Equilibrio Presupuestal con Recaudo

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia, con c x c vigencias anteriores / valor de la ejecución de los gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores	$\geq 1,00$	1,11	1,05	≥ 1.0	0,90

Fuente: Ficha Técnica. SIHO. Consultada 12 de marzo de 2015

La ESE no logro la meta propuesta en el Plan de Gestión para el año 2014, ya que el resultado del equilibrio presupuestal con recaudo es inferior a 1. Los datos de construcción del indicador se relacionan en la siguiente tabla:

Tabla No 15. Relación de Recaudo vs Compromiso

Concepto	2013	2014
Ingreso recaudado total	12.449.527,24	10.036.380,41
Gasto comprometido total	11.901.120,89	11.126.762,13
Relación recaudo/compromiso	1,05	0,90

Fuente: Tesorería. ESE Norte 2.

Se observa como el recaudo disminuyó en un 19,38 % , lo cual se da por las siguientes razones:

1. La modalidad de contratación realizada por evento, permite que el asegurador defina el pago y esto afecta el flujo de caja. La EPS que afecta en mayor proporción a la ESE es ASMET, ya que este es el mayor contrato de prestación de servicios suscrito. Adicionalmente Caprecom EPS por los tramites administrativos genera una demora en el pago de las facturas.
2. Las condiciones contractuales definidas por EPS como la AIC en el Régimen Subsidiado y algunas del régimen contributivo, al contratar con IPS de su propia red; afectando el reconocimiento de la ESE.
3. Analizar, realizar seguimiento y plan de mejoramiento a la presentación de cuentas, a la respuesta de glosa y a la conciliación de cartera.
4. Se logró mejorar el seguimiento, monitoreo y clasificación de la glosa, además se realizaron reuniones de socialización de las causas de glosa, se definieron mecanismos de prevención y planes de mejoramiento para evitarla.

El gasto se disminuyó en el 6,51 %, ya que la ESE asumió un control del gasto que permitiera conservar el equilibrio presupuestal con recaudo logrado en años anteriores.

La ESE para el 2015 realizo un ajuste en sus gastos de manera que se puede recuperar el equilibrio presupuestal con recaudo; además desde el comité de contratación se están revisando las condiciones contractuales para la vigencia, posibilitando el flujo de caja oportuno para cubrir los gastos de la ESE.

10. Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud

Tabla No 16. Indicador 10. Oportunidad en el reporte de la Circular Única a la Supersalud.

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Oportunidad en la entrega del reporte de información Circular Única Supersalud.	Cumplimiento oportuno	Cumplimiento en términos previstos	CUMPLE	CUMPLE	Cumplir dentro de los términos	CUMPLE

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Validación de envió oficial.

La información de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud se presentó durante el 2014 en los periodos definidos.

11. Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004

Tabla No 17. Indicador 11. Oportunidad del reporte del Decreto 2193

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Oportunidad en el reporte de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	Cumplimiento oportuno	Cumplimiento en términos previstos	CUMPLE	CUMPLE	Cumplir dentro de los términos	CUMPLE

Fuente: Reporte de periodos presentados. SIHO.

La ESE Norte 2 realizó el reporte oportuno de las informes definidos en el Decreto 2193 de 2004. Según consta en el reporte que se adjunta al presente informe, y según la tabla No 17A, están las fechas de entrega oportuna tanto para la información trimestral, semestral y anual.

Tabla No 17 A. Relación de envíos del Decreto 2193 de 2.004

AÑO	2013	2014-03	2014-06	2014-09	2014-12	2014-Sem I	2014-Sem II
FECHA / HORA	2014/04/07 (08:15:44)	2014/05/15 (22:17:15)	2014/08/21 (11:26:17)	2014/11/19 (11:07:35)	2015/02/19 (15:34:08)	2014/08/14 (10:18:08)	2015/02/25 (17:03:18)

Fuente: Reporte de periodos presentados. SIHO.

III. AREA DE GESTIÓN CLINICA Y ASISTENCIAL

12. Proporción de pacientes gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.
(Indicador 21. Resolución 743 de 2.012)

Tabla No 18. Indicador 21. Proporción de gestantes con captación antes de la semana 12.

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Proporción de pacientes gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal a más tardar la semana 12 de gestación/ Total de Gestantes identificadas	$\geq 0,85$	0,47	0,64	$\geq 0,75$	0,88

Fuente: Bases de datos. Puntos de Atención Caloto, Corinto, Miranda, Guachene.

Durante el 2014 se fortaleció el registro y seguimiento de las gestantes; además que se intensificaron las estrategias de captación de las gestantes antes de la semana 12 de gestación.

Los datos obtenidos por punto de atención son los siguientes:

Tabla No 18A. Proporción de gestantes captadas por punto de atención antes de la semana 12

	Caloto	Corinto	Guachene	Miranda	ESE
Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación	45	166	77	88	376
Total de mujeres gestantes identificadas	54	182	83	104	423
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12	83%	91%	93%	85%	88%

La captación general de la ESE mejoro respecto al 2013, ya que paso del 64 al 88%; además se cumplió con la meta planteada en el Plan de Gestión 2012-2015, la cual era del 60 %.

Sin embargo existieron variaciones diferentes por los puntos de atención:

- a. CALOTO: Es el municipio de la ESE donde la estrategia extramural funciona de manera más efectiva en cuanto a la búsqueda activa de pacientes para acciones de protección específica y detección temprana. Su porcentaje de captación en el indicador mejoro ya que logro pasar del 44 al 83 %.
- b. CORINTO: Es de los mejores indicadores de la ESE, ya que paso del 66 al 91,4 %. El número de gestantes disminuye respecto al 2013, una de las principales razones es el impacto del programa MUJER DADORA DE VIDA, la ACIN; la cual promueve entre otras acciones la atención por partera para el control prenatal y el parto atendido en casa, ya que a pesar de solo trabajarlo con mujeres cuyo asegurador es la AIC, por la zona de influencia el mensaje afecta a la población objeto de la ESE.
- c. GUACHENE: El punto de atención ha hecho actividades masivas promoviendo el ingreso temprano al control prenatal en la zona urbana y rural del municipio. La captación de gestantes aumento del 74 al 93%.
- d. MIRANDA: Se logra mejorar el indicador de captación antes de la semana 12 para el municipio de Miranda del 63 al 85%.

El mejoramiento en el registro en la base de datos permite además de mejorar la captación, fortalecer el seguimiento de las gestantes y mejorar su adherencia al programa. Existe un aspecto, que afecta el número de gestantes que ingresan a los puntos de atención de Caloto, Corinto y Miranda y es que a partir del segundo semestre de 2013, la contratación con la AIC se disminuyó.

Para el 2015 se definen las siguientes acciones:

- Continuar con el trabajo de unificar las bases de datos manejadas en los 4 puntos de atención.
- Monitorear por punto de atención el indicador y en comité de historias clínicas presentarlos y analizarlos de manera mensual.
- Realizar una intensificación en la implementación de la estrategia IAMI en sus 10 componentes, como un mecanismo de mejorar captación, adherencia de las gestantes al programa; pero sobretodo para disminuir los factores de riesgo y mejorar la humanización de los servicios de salud.
- Revisar el ajuste, evaluación, seguimiento y control del estricto cumplimiento de la norma técnica de alternaciones del embazo.
- Realizar el seguimiento exhaustivo para lograr adherencia al programa de control prenatal.
- Fortalecer la auditoria de calidad y adherencia a la guías integrales de atención, evaluación individual de profesionales, realización de planes de mejora y seguimiento al logro de la calidad esperada.
- Articular el trabajo del equipo de salud, por ejemplo contiuar con el seguimiento a mujeres con pruebas de embarazo para canalizar a control prenatal o planificación familiar según sea el caso.

13. *Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE (Indicador 22 de la Resolución 743 de 2.012)*

Tabla No 19. Indicador 22. Incidencia de Sífilis Congénita en Partos atendidos en la ESE.

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Número de recién nacidos con dx sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia	CERO CASOS	2	2,00	0	0,00

Fuente: Sistema de Información ESE. COVE.

No se presentó ningún caso de sífilis congénita con parto atendido en la ESE.

Sin embargo, se presentó un caso de sífilis congénita del municipio de Corinto atendido en el Hospital Francisco de Paula Santander en la ESE, afiliada a ASMET, a quien se le realizó el seguimiento posterior, al igual que su bebe.

14. *Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.*

Tabla 20. Indicador 23. Evaluación de la guía de aplicación de la Guía de atención a la Enfermedad Hipertensiva

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	No. HC aplicación estricta de Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE /Total pacientes con dx de HTA atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0,90	SLB	0,00	0,5	0,97

Fuente: Actas Comité de Historias Clínicas.

La adherencia a la Guía Clínica de atención de enfermedad hipertensiva muestra un mejoramiento entre el 2013 y el 2014, ya que en la auditoria del 2014 la adherencia medida en las historias clínicas de la muestra fue del 97 %.

La ESE durante el 2013 ha fortalecido las competencias del personal para atender a la población con diagnóstico de enfermedades crónicas, además se ha realizado seguimiento trimestral desde el comité de historias clínicas con la revisión y seguimiento a la adherencia y se ha articulado con acciones con el adulto mayor desde el PIC. A continuación se anexa el comportamiento por punto de atención en la Tabla No 20 A.

Tabla No 20A Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva

	Caloto	Corinto	Guachene	Miranda	Total
Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra con aplicación estricta de la guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE	33	38	44	18	133
Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.	34	40	45	20	138
Pacientes Totales	337	399	447	199	1382
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	98%	95%	98%	90%	97%

Fuente. Informe - Actas Comité de Historias Clínicas

Se continuará con el fortalecimiento de las siguientes acciones de mejoramiento:

- a. Mejorar el registro de base de datos de la ESE y realizar seguimiento de los pacientes.

- b. Fortalecer los proceso de inducción y reinducción al personal de salud, especialmente a los medicos por su alta rotación.
- c. Evaluar el conocimiento de las guías clínicas de forma periódica y socializar sus resultados.
- d. Fortalecer la auditoria medica en los 4 puntos de atención, con periodicidad trimestral; discutir sus resultados en el Comité Técnico y concertar los respectivos planes de mejoramiento.

15. Evaluación de la aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo.

Tabla No. 21. Evaluación de la aplicación de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo.

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Evaluación de la aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo	No. HC de niñ@s menores 10 años con aplicación estricta de guía técnica para detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo /Total de niñ@s menores 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la vigencia	$\geq 0,80$	0	0,65	0,5	0,86

Fuente: Actas Comité de Historia Clínica.

El comportamiento por punto de atención se puede apreciar en la Tabla No 21 A. Evaluación de la aplicación de la guía clínica.

	Caloto	Corinto	Guachene	Miranda	ESE
Numero de historias clínicas de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.	52	142	42	70	306
Numero de historias de la muestra representativa de menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.	65	150	60	82	357
Adherencia a guía clínica de crecimiento y desarrollo	80%	95%	70%	85%	86%

Fuente. Actas del Comité de Historias Clínicas.

La muestra se determinó desde principio de año, y la auditoria se realizó en cada punto de atención de manera trimestral con análisis y compromisos en el Comité Técnico de la institución.

La ESE desarrollo estrategias de articulación con las acciones de prestación de servicios y del PIC; que generó un fortalecimiento en la captación temprana canalizando a los bebes desde el momento de la atención del parto a su control del recién nacido y posterior ingreso al programa de crecimiento y desarrollo.

Otra alternativa que se implemento es la búsqueda activa de los pacientes que no asisten a los controles y el trabajo conjunto con Familias en Acción.

c. Reingreso por el servicio de urgencias.

Tabla No 22. Indicador 25 Reingresos al Servicio de Urgencias

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Reingreso por el servicio de urgencias	No. Consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas/Total consultas de urgencias durante el periodo	$\leq 0,03$	0,036	0,017	0,03	0,023

Fuente: Sistema de Información - CADUCEOS.

La ESE cumple con el indicador esto se debe al fortalecimiento que se la ha realizado al TRIAGE y a la auditoria implementada en el servicio de urgencias.

El indicador aumenta entre el 2013 y el 2014 debido principalmente a que el servicio de urgencias no baja su producción a pesar de la contratación suscrita, por los horarios de atención de las IPS contratadas por los aseguradores; estas solo atienden consulta externa en las mañanas.

d. Oportunidad promedio en atención de consulta médica general

Tabla No 24. Oportunidad promedio de atención de la consulta médica general

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR	2012	2013	META 2014	RESULTADO 2014
Oportunidad promedio en atención de consulta médica general	Sumatoria total días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita, por cualquier medio, para ser atendido en consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita /Total de consultas médicas generales asignadas en la ESE	≤ 3 días	1.0	2,76	3	1

Fuente: SIHO.

La ESE cuenta con el indicador dentro del estándar meta, con el resultado de 1, este indicador bajo nuevamente ya que la demanda de consulta disminuyó.

CONCLUSIONES

1. Los indicadores asistenciales y financieros de la ESE se ven afectados por dos factores fundamentales:
 - a. La disminución de la población contratada por la decisión de la AIC fundamentalmente afecta el reconocimiento de la ESE, generando un desequilibrio presupuestal y la necesidad el ajuste en el gasto.
 - b. Los contratos por evento afectan el flujo de caja, ya que las EPS no generan el pago de manera oportuna; generando dificultades en el recaudo.
2. La ESE ha generado desde la autoevaluación con estándares de acreditación la cultura del mejoramiento continuo, lo que hace que se realice el PAMEC y se evidencien cambios positivos en la calidad de la atención.
3. La cultura de la seguridad del paciente es un aporte importante para generar la atención humanizada, segura y de calidad; esto se logra desde la formulación, apropiación e implementación de la Política de Seguridad del Paciente.
4. Iniciar la modalidad de cobros jurídicos que permitan mejorar el flujo de caja y mejorar el porcentaje de recaudo. Ajustar la modalidad de contratación a capitación para facilitar el flujo oportuno de caja.
5. El indicador de evolución del gasto por UVR requiere que se realice un ajuste para lograr la meta planteada, de manera que la producción sea equivalente al gasto organizacional generado.
6. Realizar un seguimiento mensual de la productiva institucional, para garantizar que las acciones prestadas efectivamente afecten los indicadores de producción como la UVR.

7. Se debe continuar priorizando el pago de salarios y contratos de servicios y agremiación realizados para garantizar la prestación del servicio de salud.

8. Continuar con la entrega oportuna de la información a los organismos de control, la Superintendencia Nacional de Salud y Ministerio de Salud y de la Protección Social.

9. Debe fortalecerse la captación de gestantes antes de la semana 12 de gestación, así como la adherencia a la guía clínica de alteraciones del embarazo y el control de la sífilis gestacional y congénita, de manera que los resultados logrados se mantengan y la calidad en el servicio sea afectada positivamente.

10. Continuar con el fortalecimiento de la auditoria sistemática y periódica de la muestra representativa de las historias clínicas de hipertensión arterial y de crecimiento y desarrollo.