



INFORME DE GESTIÓN INSTITUCIONAL 2013



TABLA DE CONTENIDOS

1. PRESENTACIÓN	3
2. ATENCIÓN EN SALUD.....	4
2.1. Atención hospitalaria	5
2.2. Atención materno fetal.....	7
2.3. Atención en urgencias.....	8
2.4. Programas especiales	8
2.5. Apoyo diagnóstico y terapéutico	9
3. PROGRAMA PACIENTE SEGURO	10
4. HUMANIZACIÓN.....	13
4.1. Perspectiva del colaborador.....	14
4.2. Perspectiva del paciente y su familia.....	15
4.3. Derechos y deberes del paciente.....	15
4.4. Responsabilidad ambiental	16
5. GESTIÓN POR PROCESOS.....	17
5.1. Gestión documental	18
5.2. Planes operativos anuales.....	18
5.3. Sistema de información gerencial	19
5.4. Comunicación corporativa	20
5.5. Sistema obligatorio de garantía de la calidad	20
5.6. Hospital seguro	21
6. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.....	22
6.1. Docencia.....	23
6.2. Investigación	23
7. VIABILIDAD FINANCIERA.....	25
7.1. Gestión del ingreso	26
7.2. Compras.....	27
7.3. Modelos de relacionamiento.....	28
7.4. Renegociación de la deuda.....	29
7.5. Ejecución presupuestal	29
7.6. Inversiones	30



1. PRESENTACIÓN

En este informe presentamos los resultados de 2013, los cuales hacen parte de un proceso que se ha venido consolidando desde 2008.

La articulación de la gestión clínica con la gestión administrativa muestra un modelo de negocio con un resultado tangible, coherente y articulado de la atención en salud, con la docencia, la investigación y el desempeño financiero.

La atención en salud basada en la complementariedad de las dos sedes, Hospital Universitario Mayor –HUM- y Hospital Barrios Unidos – HUBU-, la implementación del modelo de gestión clínica que se inició en el segundo semestre de 2012 y los nuevos modelos de relacionamiento con los aseguradores generaron un incremento en las actividades con un ingreso operacional 14.3% mayor al registrado en 2012 y 4.2% superior al presupuestado para el año que nos ocupa, obteniendo por primera vez un resultado económico positivo.

El esfuerzo continuo en seguridad del paciente nos aproxima a los resultados de las IPS acreditadas del país. La interiorización de la cultura de servicio hizo posible que los pacientes recibieran una atención integral, eficaz y segura; la concertación de la política de humanización, y el fortalecimiento y desarrollo de nuevas competencias en los colaboradores.

En el aspecto académico nos hemos basado en el trabajo de equipos para la administración del conocimiento. Se estructuraron cuatro programas de postgrado con Méderi como hospital base, incluida la especialización en Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo. Se inició la implementación del nuevo programa curricular de medicina y se creó el Centro de Investigaciones Méderi-CIMED-.

Fieles a nuestros principios y valores rectores, y al plan estratégico 2009-2014 alcanzamos una ejecución de más del 80% a 31 de diciembre de 2013. Durante buena parte del año, el proceso legislativo dado a través de las reformas estatutaria y ordinaria en salud, generó un ambiente de zozobra para todos los actores del sector.

En nombre de todo el equipo directivo, de los colaboradores y en el mío propio, le agradecemos al Comité Consultivo y a la Junta Directiva su dirección y apoyo.

Orlando Jaramillo Jaramillo
Presidente



2. ATENCIÓN EN SALUD

Las acciones que permitieron la mejora de la calidad de la atención en salud y el incremento de la actividad asistencial estuvieron orientadas por:

1. Evaluación de la pertinencia de la hospitalización mayor a 5 días, a través de la aplicación del instrumento AEP (*Appropriateness Evaluation Protocol*).
2. Evaluación y seguimiento del registro de historia clínica.
3. Evaluación de la adherencia a guías.
4. Optimización de los aislamientos.
5. Mejora del procedimiento de salida oportuna.
6. Alta temprana a través de extensión domiciliaria.
7. Gestión de las vías de ingreso a hospitalización priorizando la atención de mayor complejidad.
8. Seguimiento oportuno de las metas.

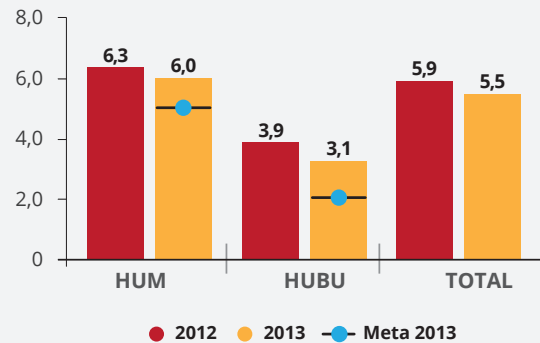
2.1. Atención hospitalaria

La implementación y seguimiento de las acciones ya citadas, permitieron la disminución del tiempo de estancia de 5.9 a 5.5 días; el aumento en el número de egresos de 41.533 a 45.400, el mantenimiento de la ocupación en el 91% y la reducción en la proporción de egresos de larga estancia¹ del 23% al 17% en el Hospital Universitario Mayor. En las gráficas 1, 2 y 3 se resume el comportamiento de estos indicadores en cada sede.

¹ Egreso con estancia superior a siete días

Gráfica 1

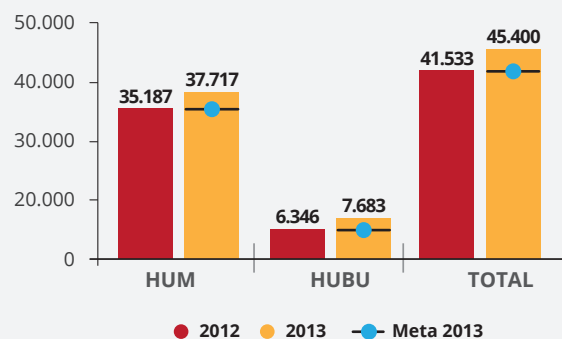
Días promedio de estancia por sede 2012 vs. 2013



Fuente:
Central de información
Informe de productividad

Gráfica 2

Número de egresos por sede 2012 vs 2013

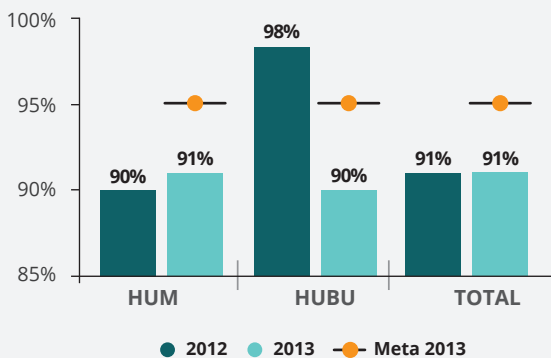


Fuente:
Central de información
Informe de productividad

La tasa de reingresos a hospitalización es inferior a 1.5% y menor que la reportada por las instituciones acreditadas. Ver capítulo 3 PROGRAMA PACIENTE SEGURO.

Gráfica 3

Porcentaje de ocupación por sede 2012 vs 2013



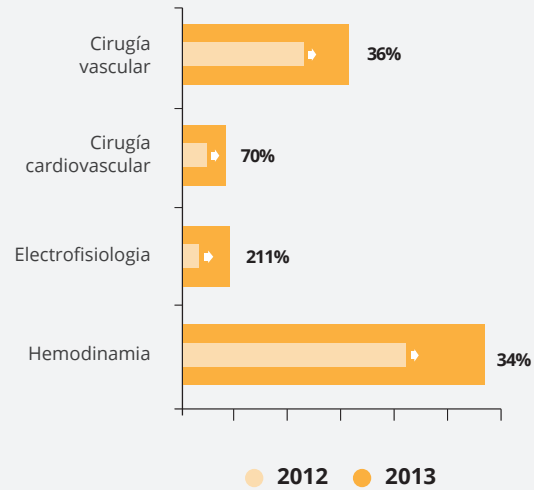
Fuente:
Central de información
Informe de productividad

La gestión del alta temprana a través del programa de extensión domiciliaria aumentó el número de atenciones de 1676 en 2012 a 2198 en 2013. Lo que equivale a 57 camas adicionales.

El objetivo de optimizar la capacidad instalada de la unidad funcional de cardiología y hemodinamia, se articuló con el objetivo de Compensar EPS de integrar la atención hospitalaria de alta complejidad cardiovascular (cardiología, hemodinamia, electrofisiología, cirugía vascular y angiología y cirugía cardiovascular), con la atención ambulatoria básica. De esta forma la actividad quirúrgica de esa unidad tuvo un crecimiento promedio del 29% en el número de procedimientos realizados. Ver gráfica 4.

Gráfica 4

Crecimiento de la actividad quirúrgica de hemodinamia, electrofisiología, cirugía vascular y cirugía cardiovascular



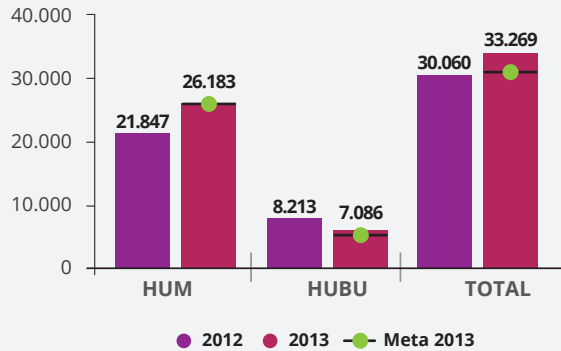
Fuente:
Central de información

La gestión de la mezcla de los pacientes y la implementación de jornadas adicionales en las especialidades de cirugía de cabeza y cuello, neurocirugía, ortopedia y coloproctología originaron un aumento en la complejidad de la atención quirúrgica que pasó del 54% en 2012 al 62% en 2013². De otro lado el volumen total de los procedimientos quirúrgicos no obstétricos creció en un 11%. Se realizaron tres mil procedimientos más que en el año anterior. Contribuyeron a esto la apertura de cirugía ginecológica, el montaje de una torre de laparoscopia y otra de artroscopia en el Hospital Universitario de Barrios Unidos y de la mesa de fracturas en el Hospital Universitario Mayor. Ver gráfica 5.

² Fuente: Central de información.

Gráfica 5

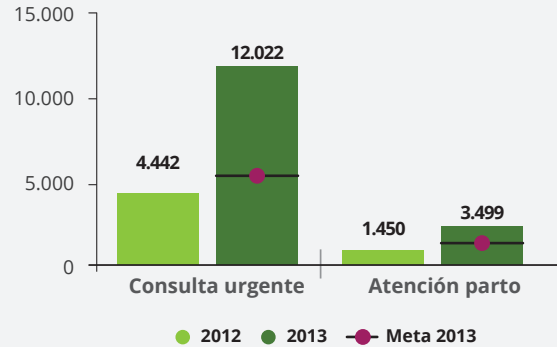
Procedimientos quirúrgicos no obstétricos por sede 2012 vs 2013



Fuente:
Central de información
Informe de productividad

Gráfica 6

Frecuencia de consulta de urgencias y atenciones de parto 2012 vs 2013



Fuente:
Central de información
Informe de productividad

2.2. Atención materno fetal

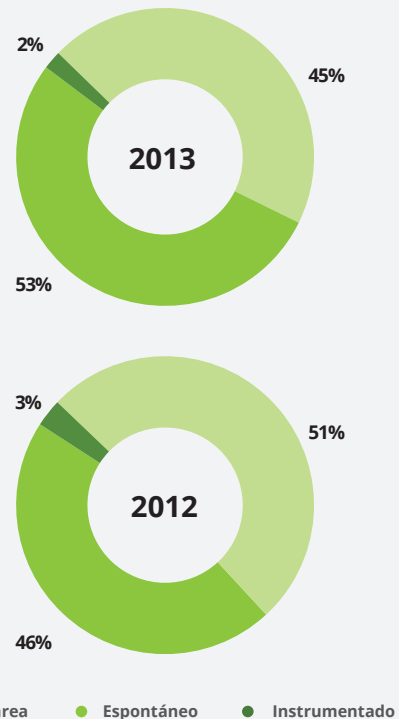
Tras constituirse en centro de referencia de Compensar EPS para la atención del binomio madre-hijo se incrementó la actividad de las unidades funcionales de Ginecología y Obstetricia y de Cuidado Neonatal. Las urgencias en Obstetricia y Ginecología se triplicaron y fue necesario aumentar la capacidad instalada del servicio con la adecuación de un consultorio de urgencias y la ampliación de la planta de especialistas en 3.5 tiempos completos. En 2013 se atendieron 3499 partos, superando en más de 2000 las atenciones del año anterior. Ver gráfica 6.

La proporción de partos por cesárea disminuyó del 51% registrado en 2012 al 45% en 2013 y los partos instrumentados del 3% al 2%. Ver gráfica 7.

Se atendieron 27 partos múltiples, 10% de las atenciones corresponden a partos prematuros, la incidencia de prematuridad extrema fue del 1.2%. El tiempo de estancia promedio general de la madre fue de 1.86 días y la tasa de endometritis postparto fue de 1.1%. La unidad de cuidado neonatal registró 1234 egresos, 425 más que el año anterior³.

Gráfica 7

Distribución de la atención de parto por tipo de parto 2012 vs 2013



Fuente:
Central de información - RUAF

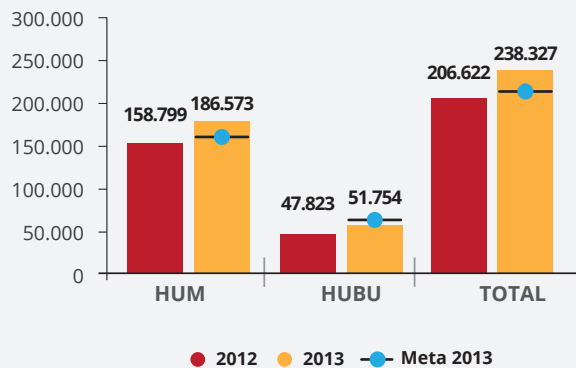
³ Fuente: Central de información - Informe de productividad

2.3. Atención en urgencias

En 2013 se realizaron 238 mil atenciones, 31 mil más que en el año anterior, sin modificación en la estructura de costos. Los tiempos de atención se aumentaron pero se mantuvieron dentro de la promesa de servicio: Menos de una hora. Ver gráficas 8 y 9.

Gráfica 8

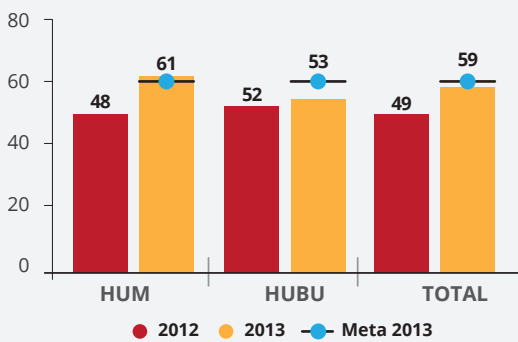
Demanda del servicio de urgencias, número de atenciones por año



Fuente:
Central de información
Informe de productividad

Gráfica 9

Tiempo transcurrido entre la solicitud de atención y la consulta en urgencias



Unidad medida en minutos.

Fuente:
Central de información

Del total de pacientes que consultaron al servicio de urgencias, 27.264 requirieron hospitalización. En el Hospital Universitario Mayor las atenciones en el servicio de urgencias originaron el 72% de los ingresos a hospitalización y el 59% de las atenciones quirúrgicas que requirieron internación. De otro lado, en el Hospital Universitario Barrios Unidos, el servicio de urgencias aportó el 94% de los ingresos a hospitalización y el 80% de las atenciones quirúrgicas que requirieron internación.

2.4. Programas especiales

La atención integral del paciente con VIH tuvo un crecimiento del 5.3%, con un promedio de 904 pacientes atendidos al mes. Los indicadores de resultados en salud se mantienen, de tal forma que la adherencia al programa es superior al 96%; la tasa anual acumulada de hospitalización es de 1.28%; el porcentaje de supresión viral es de 86% y la tasa de recuperación inmunológica es del 87%.

Las operaciones del Programa Madre Canguro fueron trasladadas al HUBU para que operara en instalaciones más cómodas acorde con su crecimiento. De 146 bebés canguro atendidos mensualmente en promedio en 2012, a 326 en 2013. La captación en el programa de los prematuros nacidos en la institución creció del 47% en 2012 al 80% en 2013.

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Fundación Madre Canguro reconocieron los resultados del programa eligiéndolo en diciembre de 2013 como centro de entrenamiento para Programas Madre Canguro en Colombia.

3 Fuente: Central de información - Informe de productividad

2.5. Apoyo diagnóstico y terapéutico

Las actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico tuvieron un crecimiento entre el 2 y el 16%, el cual es consistente con el aumento de la demanda de urgencias y el número de egresos.

Tabla 1

Crecimiento de la producción de apoyo diagnóstico y terapéutico 2012 vs 2013

		Laboratorio clínico	Servicio transfusional	Cardiología no invasiva	Imágenes diagnósticas	Rehabilitación
HUM	2012	801.023	75.858	39.935	150.179	216.658
	2013	950.410	86.545	43.975	159.104	221.531
	Crecimiento	19%	14%	10%	6%	2%
HUBU	2012	180.137	5.079	9.375	29.977	48.840
	2013	148.398	4.882	10.346	34.525	50.513
	Crecimiento	-18%	-4%	10%	15%	3%
TOTAL	2012	981.160	80.937	49.310	180.156	265.498
	2013	1.098.808	91.427	54.321	193.629	272.044
	Meta 2013	1.018.655	84.518	50.666	193.049	270.195
	Crecimiento	12%	13%	10%	7%	2%





3. PROGRAMA PACIENTE SEGURO



INFORME DE GESTIÓN
INSTITUCIONAL
2013

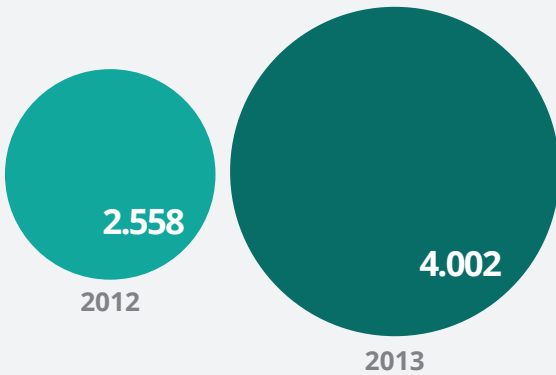
méderi
Hospital Universitario

Las rondas de seguridad, los chequeos breves de seguridad, el entrenamiento a 1877 colaboradores y estudiantes, el reporte sistematizado de los eventos en salud, la conformación de los grupos de análisis y la estratificación de los eventos adversos, ayudaron a identificar oportunidades de mejora y ejecutar acciones orientadas a la corrección de las causas que derivaron en fallas de la atención.

El efecto de estas acciones se evidencia en los resultados así: Se reportaron 56% más eventos en salud que en el año anterior; la proporción de análisis y gestión de eventos alcanzó el 95%, 6 puntos porcentuales más que en 2012; la tasa de reingresos a hospitalización fue inferior a 1,5% y las infecciones asociadas a la atención en salud -IAAS-, pasaron del 3.4% en 2012 al 2.6% en 2013. Ver gráficas 10, 11, 12 y 13.

Gráfica 10

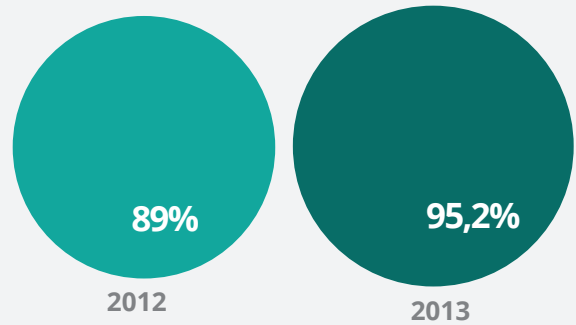
Reporte de eventos en salud
2012 vs 2013



Fuente:
Programa paciente seguro

Gráfica 11

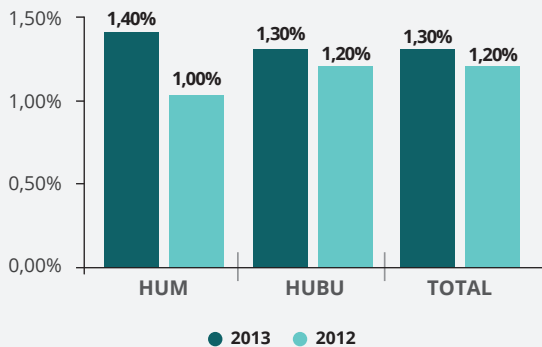
Proporción de análisis y gestión
de eventos en salud



Fuente:
Programa paciente seguro

Gráfica 12

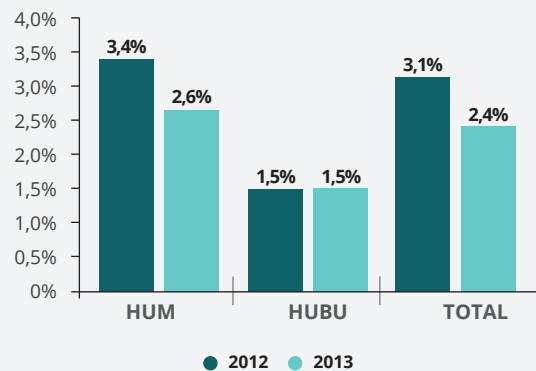
Tasa de reingreso a hospitalización
por sede 2012 vs 2013



Fuente:
Central de información
Informe de productividad

Gráfica 13

Tasa IAAS 2012 vs 2013

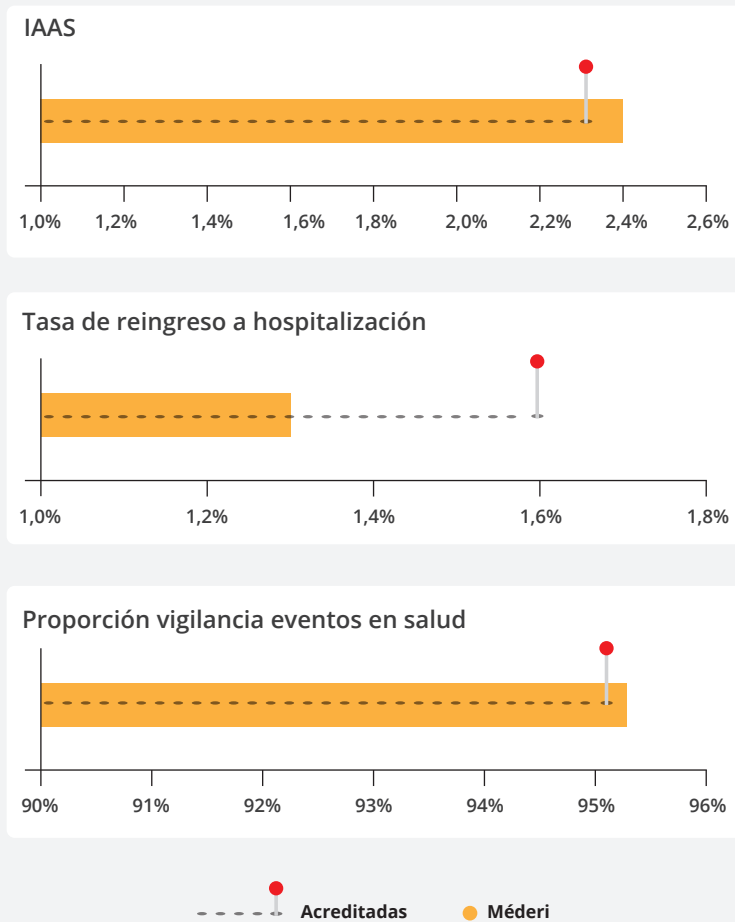


Fuente:
Epidemiología

El resultado de estos indicadores en 2013 nos aproxima a los estándares de calidad de las IPS acreditadas, según la información consignada en el Observatorio de calidad en salud⁴, ver gráfica 14.

Gráfica 14

Indicadores de seguridad del paciente Méderi vs IPS acreditadas



Fuente:

Programa paciente seguro

⁴ http://201.234.78.38/ocs/public/informacion/mando_ips.aspx



4. HUMANIZACIÓN

Méderi ha abordado la gestión de la humanización tanto desde la perspectiva del colaborador, con el fortalecimiento del modelo de gestión integral de personal, como desde la perspectiva del paciente y su familia. Incluimos los resultados en la gestión del medio ambiente como otro elemento de la humanización.

4.1. Perspectiva del colaborador

Se robusteció la operación del modelo de gestión integral de personal, con procesos de crecimiento personal y profesional para los colaboradores y sus familias. Atendiendo la política de vincular a los colaboradores misionales mediante contrato laboral, la estructura de personal se ha ajustado al modelo del negocio, de tal modo que 2012 cerró con una planta de personal de 2147 tiempos completos y 2013 cerró con una planta de 2342. Este crecimiento es resultado de la decisión de operar directamente el servicio de imágenes diagnósticas; de la necesidad de cubrir las vacaciones, licencias, incapacidades y ausencias del personal de planta; de la modificación de la contratación por honorarios a contrato laboral y al incremento de las actividades, relacionado con el incremento en las ventas. Ver Tabla 2.

Tabla 2

Detalle del crecimiento de la planta de personal autorizada por motivo y tiempos de dedicación

Motivo	Tiempos completos incorporados a la planta
Operación directa de imágenes diagnósticas	76
Supernumerarios para cubrir vacaciones, licencias, incapacidades y ausencias	72.25
Incremento de actividades	44.25
Cambio de contrato por honorarios a contrato laboral	3
TOTAL	195.5

Fuente: Informe de gestión de Talento Humano 2013

El Sistema de Información al Empleado Méderi -SIEM-, con el apoyo de Sistemas, tramitó la alianza con el operador de telefonía celular Movistar que benefició a 317 empleados. Se gestionaron créditos de vivienda con Compensar para 9 empleados, con un desembolso acumulado de 339 millones de pesos. Además aprobó 57 subsidios de vivienda de interés social que beneficiaron a igual número de trabajadores de Méderi, con un monto de 664 millones de pesos. Las alianzas con Unimos y Compensar otorgaron créditos de consumo a 446 colaboradores por un monto de 1924 millones de pesos.

La política para el robustecimiento del perfil laboral de los colaboradores se desarrolló gracias a los convenios educativos con Futuro Hoy, SENA, Unipanamericana y Universidad del Rosario. Así, 344 colaboradores, es decir, más del 10% de la planta de personal, tuvieron acceso a programas para ascender en su escala educativa. Se destaca que en la selección de los jefes de enfermería necesarios para el funcionamiento de la nueva Unidad de Cuidado Intensivo fueron elegidos 14 profesionales que se beneficiaron de las ofertas educativas descritas.



Para fortalecer las competencias de gerenciamiento de equipos se llevaron a cabo talleres de coaching, para comunicación efectiva, administración del tiempo y aprovechamiento del conflicto en la generación de soluciones. 125 colaboradores de nivel directivo alto y medio participaron de esos talleres basados en la herramienta Thuoper Bhetesa.

Los medios de contacto virtual de SIEM permitieron que los colaboradores consultaran 28.401 desprendibles de nómina, 690 certificados de ingresos y retenciones y 184 reportes de vacaciones.

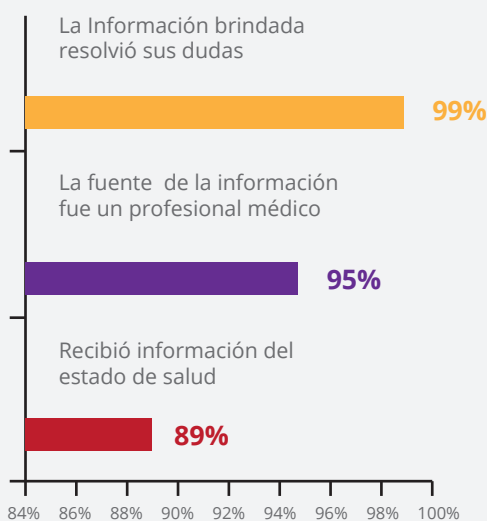
Con la participación de 177 colaboradores de las áreas asistenciales y administrativas, en conversatorios mensuales realizados en las dos sedes y con la coordinación de Conversaciones, se construyó colectivamente la política de humanización, que será publicada y socializada en 2014.

4.2. Perspectiva del paciente y su familia

En el segundo semestre del año se diseñó e implementó la encuesta de calidad de la información al paciente, con el objeto de establecer una línea de base y mejorar la calidad de la información brindada al paciente y su familia, así como el grado de asertividad con que estos la reciben. Esta encuesta evidenció que el 89% recibió información acerca de su estado de salud, la cual, en el 95% de los casos fue dada por un profesional en medicina. La eficacia de la información, medida como la proporción de usuarios que manifiesta haber disipado sus dudas respecto al estado de salud suyo o de su familiar, fue del 99%. Ver gráfica 15.

Gráfica 15

Gráfica 15. Calidad de la información del estado de salud recibida por los usuarios



Fuente:
Encuesta de satisfacción de la calidad de la información
Oficina de Atención al usuario

Se solicitaron 795.104 raciones de comida, de las cuales el 97.4% fueron manejos individualizados. Es decir, el paciente pudo elegir su alimentación de acuerdo con las recomendaciones nutricionales según su enfermedad, sus gustos y sus preferencias.

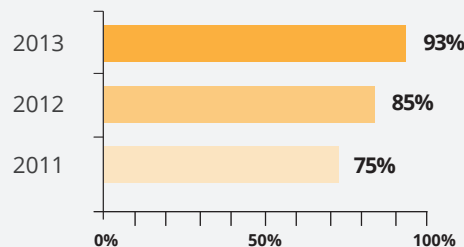
Pastoral de la salud acogió a pacientes, familiares y colaboradores brindándoles un mensaje transformador en situaciones de dolor, enfermedad, vida, salud y muerte, mediante un servicio de promoción integral de la persona, en una dimensión integral tanto para el cuerpo como para el espíritu. Este grupo acompañó a 1756 familias de pacientes fallecidos, realizó 16 bautismos de urgencia y participó de los procesos de inducción y sensibilización de 1379 personas, incluidos colaboradores, estudiantes y pacientes.

4.3. Derechos y deberes del paciente

La Oficina de Atención al Usuario, con la participación de la Asociación de Usuarios, continúa liderando las campañas de divulgación de derechos y deberes a los equipos asistenciales y administrativos y al paciente y su familia. La encuesta de conocimiento de los derechos y deberes del paciente, muestra una cobertura mayor en el conocimiento de los mismos entre los miembros de la comunidad de Méderi (equipo de salud, personal administrativo, pacientes, familiares y visitantes). Ver gráfica 16.

Gráfica 16

Evolución del conocimiento de derechos y deberes



Fuente:
Encuesta de satisfacción de la calidad de la información
Oficina de Atención al usuario

4.4. Responsabilidad ambiental

Méderi, consciente de su responsabilidad ambiental como generador de residuos peligrosos y con el acompañamiento de los entes de control distritales y nacionales, puso en operación el sistema de tratamiento in situ de residuos peligrosos con sterimed®. Mediante ese sistema se inactivan in situ los residuos biosanitarios y cortopunzantes convirtiéndolos en residuos cuyo transporte no representa riesgo para las personas ni para el medio ambiente.

La implementación de esta tecnología motivó al Ministerio de Salud y Protección Social a realizar el pilotaje de la nueva norma de

“Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención de Salud y otras actividades” en el Hospital Universitario Mayor, norma que se espera sea publicada en 2014.

El trabajo realizado para el aprovechamiento de los recursos reciclables permitió que la segregación en 2013 aumentara en el 24% respecto a 2012, pasando de 92 a 114 toneladas. Esto se traduce en un ahorro de recursos naturales de más de 43 mil metros cúbicos de agua, medio millón de kw/h de energía eléctrica, más de 1000 árboles y a una disminución en la producción de CO2 de 140 toneladas, según el certificado de eficiencia ambiental de Consultgreen.





5. GESTIÓN POR PROCESOS

	Contexto	Receptivo	Barro	Proceso
Problemas	<ul style="list-style-type: none"> Definición de objetivos Identificación de actores Identificación de recursos Identificación de riesgos Identificación de oportunidades 	<ul style="list-style-type: none"> Definición de roles y responsabilidades Definición de procesos Definición de indicadores Definición de recursos Definición de riesgos Definición de oportunidades 	<ul style="list-style-type: none"> Definición de roles y responsabilidades Definición de procesos Definición de indicadores Definición de recursos Definición de riesgos Definición de oportunidades 	<ul style="list-style-type: none"> Definición de roles y responsabilidades Definición de procesos Definición de indicadores Definición de recursos Definición de riesgos Definición de oportunidades
Objetivos	Definición	Definición	Definición	Definición
Problemas	<ul style="list-style-type: none"> Definición de roles y responsabilidades Definición de procesos Definición de indicadores Definición de recursos Definición de riesgos Definición de oportunidades 	<ul style="list-style-type: none"> Definición de roles y responsabilidades Definición de procesos Definición de indicadores Definición de recursos Definición de riesgos Definición de oportunidades 	<ul style="list-style-type: none"> Definición de roles y responsabilidades Definición de procesos Definición de indicadores Definición de recursos Definición de riesgos Definición de oportunidades 	<ul style="list-style-type: none"> Definición de roles y responsabilidades Definición de procesos Definición de indicadores Definición de recursos Definición de riesgos Definición de oportunidades

5.1. Gestión documental

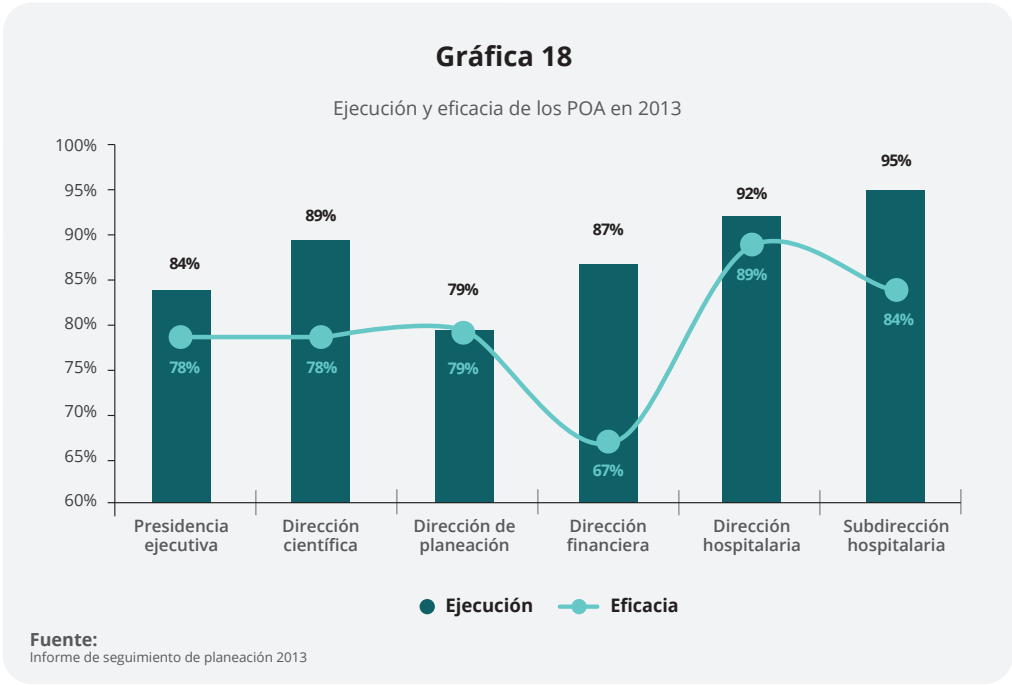
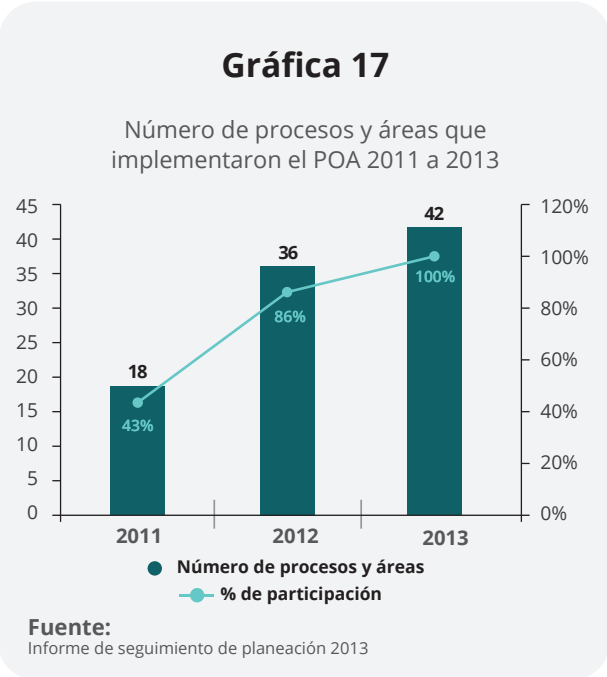
Se realizó la actualización documental de los procesos, guiada por la identificación de sus puntos críticos, la capacidad instalada y funcional, los sistemas de información en los que se apoya, productos, volúmenes de producción y la alineación del objetivo del proceso con la planeación estratégica y la normatividad actual.

Fueron objeto de actualización los siguientes procesos: Admisiones, Comunicaciones, Control Interno, Direccionamiento Estratégico, Facturación, Gestión Ambiental, Gestión de la Información, Gestión del Costo y Gasto, Jurídica, Planta Física, Soporte Hotelero (Seguridad, Aseo y Lavandería), Talento humano, Docencia, Investigaciones, Calidad y Paciente Seguro, Epidemiología, Humanización, Imágenes Diagnosticas, Laboratorio Clínico, Nutrición, Pastoral, Programas Especiales, Rehabilitación, Servicio Farmacéutico y Vigilancia Epidemiológica.

5.2. Planes operativos anuales

La implementación del Plan Operativo Anual, POA, pasó de involucrar 36 procesos y áreas en

2011 a 42 en 2013, que corresponden al 100% de los procesos y áreas institucionales. Los POA en 2013 establecieron 177 metas, las cuales tuvieron un cumplimiento entre el 79% y el 95% y una eficacia con relación al logro del objetivo y meta planeados, del 67% al 89%. Ver gráficas 17 y 18.



5.3. Sistema de información gerencial

La historia clínica electrónica fue implementada en el 100% de los servicios asistenciales. Para ello se amplió la capacidad de la infraestructura con servidores de mayor capacidad y se mejoró la conectividad de las sedes con el centro de datos.

La seguridad perimetral de los sistemas informáticos que incluye los componentes de red, servidores y equipos finales de usuario fue renovada utilizando las herramientas tecnológicas de Palo Alto®.

La inteligencia de negocios extendió su aplicación a ocho procesos asistenciales y administrativos (*ver tabla 3*), y se fortaleció con la definición institucional de calidad de la información. Hoy el modelo de inteligencia de negocios constituye la base del sistema de información gerencial para la toma de decisiones.

La aplicación de la inteligencia de negocios hizo que Méderi fuera reconocido como un caso de éxito en Latinoamérica e invitado a participar de la Qlikview Qoonference Latin America 2013 en Panamá.

Tabla 3

Aplicación de la inteligencia de negocios en los procesos

Control de tarifas	Confirma la aplicación de las tarifas pactadas en los acuerdos de servicio con los clientes de Méderi. Se utiliza para confirmar que los acuerdos tarifarios se han aplicado correctamente.
Laboratorio clínico	Consolida la trazabilidad de los procedimientos de laboratorio clínico desde el momento en que son ordenados hasta su interpretación en historia clínica. Establece la eficacia del laboratorio clínico en términos de tiempos de procesamiento.
Capacidad utilizada de consulta externa	Monitorea el uso de la capacidad instalada de consulta externa teniendo en cuenta la ejecución de la agenda de consulta y la la ocupación de los consultorios disponibles.
Estados de citas de consulta externa	Consolida la trazabilidad de los estados de las citas programadas en las agendas médicas.
Productividad asistencial de cirugías	Consolida la producción quirúrgica por equipo quirúrgico, permitiendo analizar la productividad de cada recurso humano que interviene en el acto quirúrgico.
Reingresos	Calcula el número de reingresos a hospitalización por la misma causa en un periodo determinado. Es la fuente para el cálculo del indicador de reingresos.
Estancia de hospitalización	Monitorea el tiempo de estancia hospitalaria por servicio.
Ocupación de camas	Monitorea la ocupación de las camas hospitalarias. Se creó para unificar las fuentes y hora del día en que se realiza esta medición.

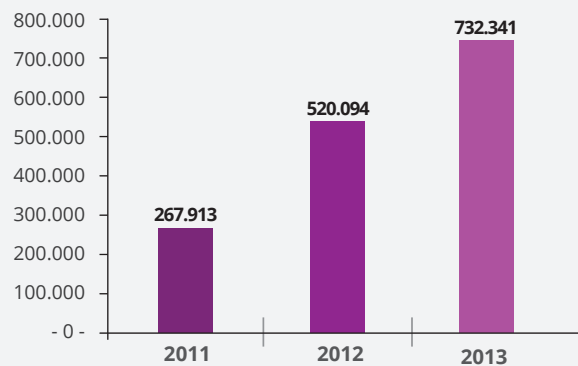
5.4. Comunicación corporativa

En 2013 se creó el Comité de Comunicaciones como organismo decisorio de la Corporación encargado de dictar y dirigir la política de comunicaciones interna y externa y se diseñó la primera versión de la política de comunicaciones.

La intranet se ha afianzado como el medio de comunicación digital preferido por los colaboradores para acceder a la información corporativa, las visitas a la intranet pasaron de 520.094 en 2012 a 732.341 en 2013. El fortalecimiento de la intranet ha sido promovido en gran parte por que constituye una vía de acceso ágil y oportuno a las aplicaciones de gestión de Méderi. Ver gráficas 19 y 20.

Gráfica 19

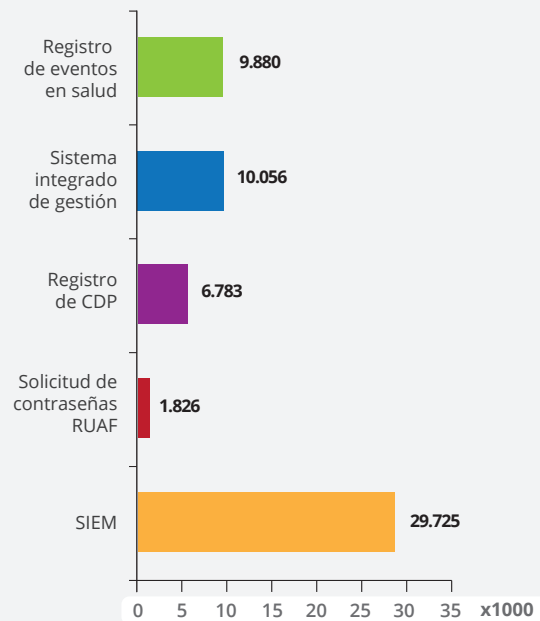
Visitas anuales a la intranet



Fuente:
Google analytics

Gráfica 20

Número de accesos a las aplicaciones de gestión institucional a través de la intranet en 2013



Fuente:
Datos SIEM: Kactus.

La estrategia de comunicaciones “5 años más Méderi” facilitó a clientes internos y externos conocer los logros corporativos de Méderi y expresar su visión en torno de ellos, fortaleciendo así su sentido de pertenencia institucional.

5.5. Sistema obligatorio de garantía de la calidad

5.5.1. Sistema único de habilitación

Se realizó el diagnóstico de los 85 servicios habilitados de acuerdo con lo dispuesto por la Resolución 1441 de 2013 que entrará en vigencia del 31 de mayo de 2014. Como resultado de este diagnóstico se generaron 232 acciones de mejora que se integraron al plan de mejora institucional.

5.5.2. Sistema único de acreditación

La autoevaluación para los estándares incluidos en el capítulo Cliente Asistencial se realizó durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2012. Los estándares IPS integradas en red, gerencia de la información, ambiente físico, gerencia del talento humano, habilitación y rehabilitación, gestión de la tecnología, direccionamiento, gerencia, mejoramiento de la calidad se realizaron entre febrero marzo y abril de 2013. Los resultados del primer ciclo de autoevaluación se presentan en la tabla 4.

Tabla 4

Resultados del primer ciclo de autoevaluación de los estándares de acreditación

No.	Estándar	Oportunidades de mejora	Promedio
1	Gerencia	20	1.10
2	Direccionamiento	33	1.20
3	Gerencia de la información	28	1.40
4	Gestión de la tecnología	21	1.04
5	Gerencia del ambiente físico	34	1.10
6	Gerencia del talento humano	18	1.40
7	Cliente asistencial	163	1.10
8	Sedes integradas en red	25	1.80
9	Humanización	27	1.10
10	Seguridad del paciente	10	1.40
11	Rehabilitación	73	1.10
12	Mejoramiento	6	1.00
	TOTAL	458	1.23

Se identificaron y priorizaron las oportunidades de mejora y se consolidó el plan de mejora institucional, cuya ejecución se ha completado en un 10% y se espera esté finalizada en 2014.

5.6. Hospital seguro⁵

Se diseñó el sistema integral de detección y extinción de incendios para el Hospital Universitario Mayor, que fue instalado en el noveno piso y en el ala norte del segundo piso. Actualmente se construyen las redes verticales de detección y extinción en el edificio de hospitalización, que permitirán que el sistema entre en funcionamiento en el segundo semestre de 2014.

Se inició el reforzamiento estructural del sótano del Hospital Universitario Mayor, que a diciembre de 2013 se encuentra ejecutado en un 50% y se estima, estará concluido en marzo de 2014.

De otro lado, las adecuaciones realizadas en la planta física han incluido la actualización de las redes eléctricas según el reglamento técnico de instalaciones eléctricas RETIE. Se inició la adecuación y la ampliación de la subestación eléctrica, diferenciando el sistema eléctrico antiguo del nuevo, para identificar las redes de corriente normal y crítica según lo dispuesto por la normativa RETIE.



⁵ Un hospital seguro es un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad y en su misma infraestructura inmediatamente después de que ocurre un desastre natural. Organización Panamericana de la Salud.



6. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

2013 fue un año determinante para el objetivo estratégico: “Lograr que Méderi sea Espacio Educativo, Hospital Universitario y Organización del Conocimiento”, destacamos los sucesos más importantes de la gestión de este año⁶:

1. La transformación curricular implantada en Méderi por la Universidad del Rosario.
2. Los congresos de dolor, enfermería, nutrición, neurocirugía y medicina interna
3. La creación del Centro de Investigaciones Méderi -CIMED- y su política de funcionamiento.
4. La estructuración de los programas de postgrado con Méderi como hospital base.

6.1. Docencia

Se inició la implementación de la reforma curricular del Programa de Medicina, en la que participa Méderi desde el primer semestre con la rotación de Vivencia Hospitalaria en ambas sedes. Esta rotación inicia con la ceremonia de imposición de batas blancas, como símbolo del compromiso adquirido para la práctica de la medicina. La imposición de la bata blanca - el manto de la profesión médica - es una experiencia práctica que destaca la importancia del cuidado compasivo para el paciente, así como la competencia científica.

El número de estudiantes rotantes de la Universidad del Rosario en las áreas de pregrado de medicina, fisioterapia, fonoaudiología, psicología, terapia ocupacional y postgrado de medicina pasó de 517 en 2012 a 998 en 2013.

Se abrieron las especializaciones en Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Neurocirugía, con Méderi como hospital base. Actualmente se estructuran cuatro programas más (Cirugía de mano, Mastología, Coloproctología y Cirugía Plástica), de los cuales los dos primeros se encuentran en el área de Planeación de la Universidad.

⁶ Fuente: Informe de Gestión 2013. Unidad Académica Méderi. Dirección Científica.

La Universidad del Rosario y Méderi celebraron dos nuevos convenios docencia-servicio con Unisanitas/Colsanitas y con la Universidad Militar Nueva Granada, que permite las rotaciones de nuestros estudiantes en esos sitios de práctica y en contraprestación, los estudiantes de estas Universidades pueden rotar en Méderi.

Méderi, a través de la red RENATA, transmitió las conferencias del Centro de Estudios de Enfermedades Autoinmunes -CREA- para el entorno académico nacional e internacional. También realizó la transmisión del Primer Simposio de Medicina Interna en la Institución, haciendo teleconferencias a nivel local y nacional.



6.2. Investigación

De acuerdo, con la Política de Investigación se realizó la campaña de reconocimiento del capital humano para Investigación. Se realizaron nueve sesiones en las que se abordaron 27 servicios, con la participación de jefes de servicio, gestores y personal reconocido por estos como profesionales interesados en vincularse a la investigación.

De la campaña en mención surgieron 81 investigadores potenciales y cuatro nuevas líneas de investigación, además de las dos que están funcionando, estas son:

1. Evaluación de la calidad de la atención en cirugía general de urgencia
2. Manejo de lesiones traumáticas agudas del plexo braquial
3. Farmacoeconomía

4. Grupo VIH
5. Fractura de cadera en adultos mayores
6. Infección del sitio operatorio

Las actividades de educación continuada han asegurado el reconocimiento de Méderi en el sector académico, dando continuidad a los espacios ya creados: Segundo congreso de Dolor y Cuidado paliativo (avalado por la IASP), Segundo Simposio de Enfermería, Sexto Simposio de Actualización en Nutrición y se abrieron nuevos

espacios: Primer Simposio de Neurocirugía (avalado por la Universidad de Texas), Primer Simposio de Medicina Interna, Primer Simposio de Cirugía (con aval de SIS-LA Surgical Infection Society- LatinAmerica).

Méderi ha sido el escenario de distintos encuentros con invitados internacionales, generando espacios de discusión en temas de actualidad científica. En este año nos visitaron 39 conferencistas provenientes de Europa, Estados Unidos y Latino América.



7. VIABILIDAD FINANCIERA

La eficiencia en los procesos asistenciales y administrativos durante el año 2013 permitió alcanzar un resultado económico positivo antes de lo previsto en el estudio de factibilidad y habiendo cambiado varios de los supuestos.

El ingreso operacional neto fue de 256.254 millones de pesos y el gasto operacional de 215.957 millones pesos, permitiendo alcanzar un EBITDA de 40.277 millones de pesos con un margen EBITDA del 15,7%. Después de depreciaciones y amortizaciones por 7.806 millones de pesos y de cubrir 14.559 millones de pesos de gasto no operacional el resultado neto ascendió a 17.912 millones de pesos, logrando recuperar el 75% de las pérdidas generadas en los 56 meses iniciales de operación para finalizar con una pérdida acumulada de 6060 millones de pesos, que se proyecta compensar en el primer trimestre de 2014.

El resultado neto en 2013 fue 22.333 millones de pesos mayor al obtenido en 2012, producto de 15.417 millones de mayor utilidad operacional y de 6.917 millones de pesos de contribución por un mejor resultado no operacional.

El resultado del ejercicio que generó un margen neto del 7% se fundamenta en los siguientes logros:

- Crecimiento del 15,4% del ingreso operacional antes de glosa aportando 34.235 millones de pesos más al ingreso, respecto del año 2012.
- Disminución de la glosa técnica del 1,78% al 0,96%.
- Mejora del gasto operacional en todos sus componentes, reflejado en un crecimiento 18.818 millones de pesos (9,5%), inferior al del ingreso.
- Control de la glosa y de la cartera disminuyendo las provisiones en 6.316 millones de pesos y su participación desde un 6,7% en 2012, hasta un 3,3% del ingreso en 2013

- Gasto no operacional inferior en 2046 millones de pesos logrado principalmente por la amortización de 9075 millones de pesos de obligaciones con bancos.

El activo total alcanzó a diciembre de 2013 la suma de 281.108 millones de pesos reflejando un crecimiento armónico del 5% en términos reales. Es importante resaltar la disminución del endeudamiento a niveles del 68% y de la carga financiera a niveles del 5,4%; así como el fortalecimiento de la rentabilidad del activo y del patrimonio llegando al 6,4% y al 19,9% respectivamente.

A continuación se detalla el rol de la actividad administrativa.

7.1. Gestión del ingreso

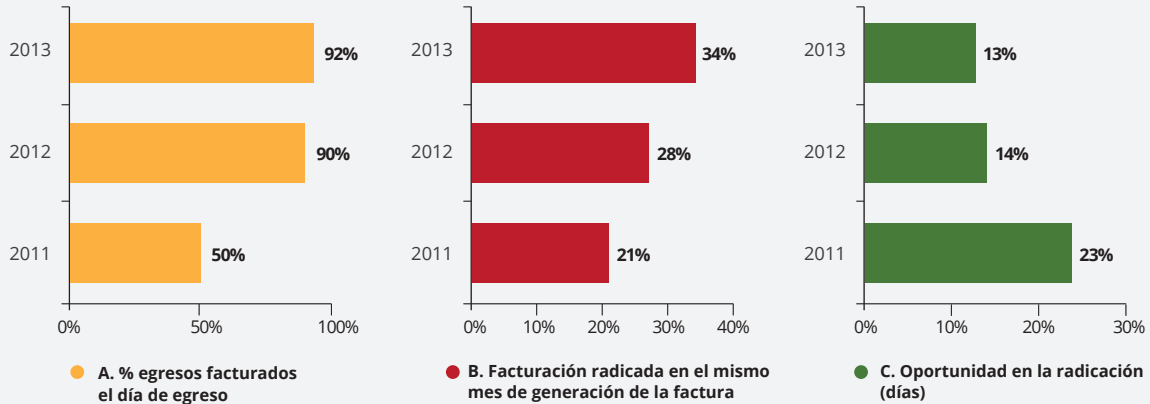
La aceptación de remisiones a través de referencia y contrarreferencia no tuvo un incremento en el volumen. Sin embargo, el valor facturado se incrementó de 1085 millones de pesos en el mes de enero a 2633 millones de pesos en diciembre, lo que refleja la priorización en la aceptación de casos de alta complejidad.

El 92% de los egresos hospitalarios se factura al momento del egreso, el 34% del valor de la facturación se radica en el mismo mes de generación de la factura y la oportunidad de radicación es de 13 días. La evolución de estos indicadores se muestra en la gráfica 21.

Gracias a los planes de mejora implementados en la atención y la recuperación del 85% de la glosa generada por los aseguradores, la glosa técnica cerró el año en 0,96%, casi un punto porcentual menos que en 2012. Ver gráfica 22. La glosa administrativa, que se presenta posterior a la radicación fue del 0,3% un punto por debajo de la glosa del 2012.

Gráfica 21

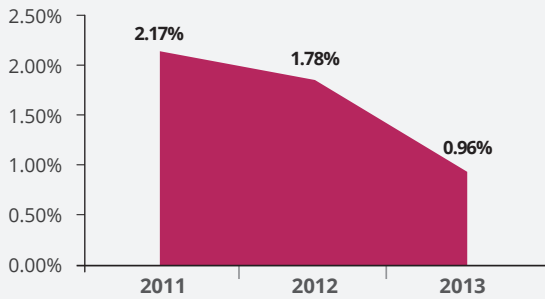
Indicadores anuales de gestión del ingreso



Fuente: Coordinación de Facturación

Gráfica 22

Comportamiento anual de la glosa técnica

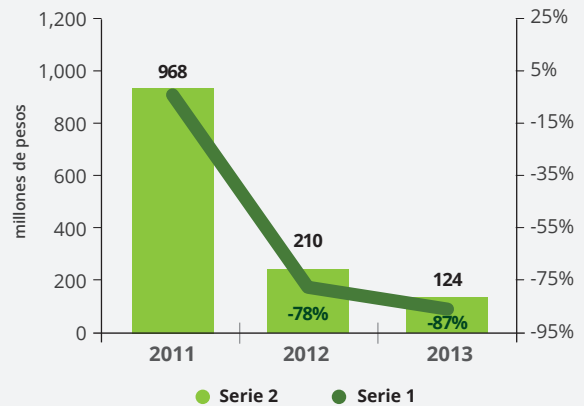


Fuente: Gestión de auditoría y cuentas médicas

en el uso de los recursos disponibles mostraron una disminución en el gasto con 563 millones de pesos con relación al gasto de 2012. Ver gráficas 23 y 24.

Gráfica 23

Comportamiento anual de las compras con sobrecosto



Fuente: Informe de gestión de logística 2013

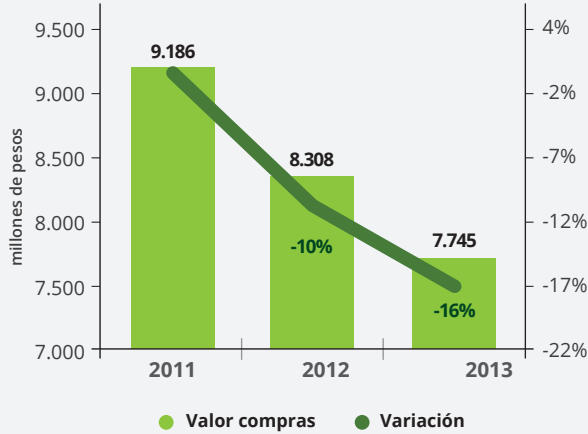
7.2. Compras

El valor de las compras con sobrecosto⁷ mantuvo su tendencia decreciente, pasando de 210 millones de pesos en 2012 a 124 millones de pesos en 2013. Las actividades implementadas para fortalecer la cultura de ahorro y la eficiencia

⁷ Se considera una compra con sobrecosto aquella que es realizada a un proveedor diferente a la primera opción de compra y por un valor superior al de la primera opción de compra.

Gráfica 24

Gasto de suministros



Fuente:
Informe de gestión de logística 2013

ambulatoria de Compensar EPS. Este modelo aportó al ingreso 7294 millones de pesos.

El modelo de relacionamiento que reconoce un valor único e integral en la atención del binomio madre - hijo desde la semana 36 y hasta 28 días postparto, fomentó el crecimiento del servicio de obstetricia, generando un ingreso de 2553 millones de pesos y para que este servicio alcanzara el punto de equilibrio, e indirectamente fortaleció los resultados del Programa Madre Canguro con un ingreso adicional de 373 millones de pesos.

Positiva ARL incluyó a Méderi como centro de referencia para la atención quirúrgica en ortopedia y neurocirugía y la atención ambulatoria de imágenes diagnósticas, el resultado de esta gestión fue un incremento en la facturación a esta entidad del 80% en 2013. La participación en el ingreso por asegurador se resume en la gráfica 25.

7.3. Modelos de relacionamiento

7.3.1. Contratación con aseguradores

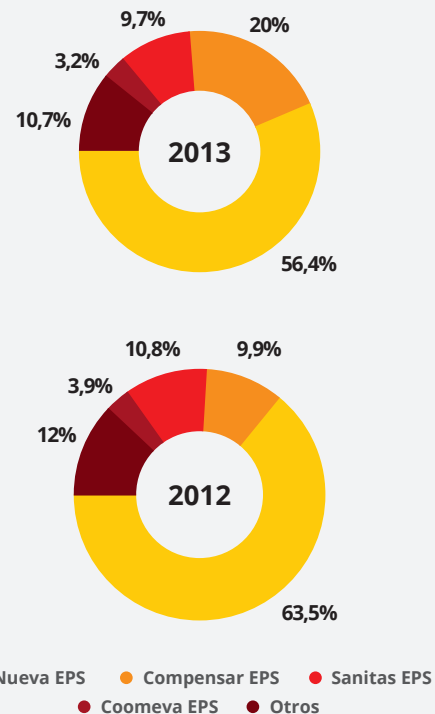
La implementación del manual tarifario institucional llevó al desmonte de los paquetes quirúrgicos no rentables y al desarrollo de nuevos modelos de relacionamiento con los aseguradores, lo que favoreció el resultado de la negociación que finalizó con un incremento ponderado en las tarifa de servicios del 3.52%, en relación a la tarifa del año anterior.

Los paquetes quirúrgicos tradicionales cuyas inclusiones se limitaban a una lista de servicios y frecuencias, se reemplazaron por paquetes con tope de cobertura por valor, denominados Conjuntos de Atención Integral CAI. La implementación de los CAI facilitó el relacionamiento de los grupos de auditoria al resolver por la vía del tope de cobertura por valor, las discusiones en relación a las inclusiones.

El modelo económico implementado para la atención hospitalaria de la población con enfermedad de origen cardiovascular, soportó la integración de la red hospitalaria de Méderi con la red de atención

Gráfica 25

Participación en el ingreso por entidad administradora de planes de beneficio



Fuente:
Central de información

7.3.2. Contratación con proveedores

La renegociación de los servicios de laboratorio clínico y medicina transfusional se tradujo en un ahorro en el servicio de laboratorio clínico de 1538 millones de pesos y en el servicio transfusional de 599 millones de pesos⁸.

El servicio de imágenes diagnósticas que venía siendo operado por un tercero, pasó a control directo de Méderi, favoreciendo un ahorro de 686 millones de pesos.

7.4. Renegociación de la deuda

Desde el inicio de la obligación financiera, se han renegociado las condiciones iniciales en cuatro oportunidades, logrando bajar sus costos asociados y la tasa promedio del 16% E.A. al 11,07% E.A. Así, se han logrado ahorros por 25.250 millones de pesos, que se materializarán durante la vigencia del crédito y de los cuales se han percibido 7777 millones de pesos con corte a diciembre de 2013.

La renegociación en 2013 logró disminuir la tasa de interés promedio desde el 12,49% E.A. hasta el 11,07% E.A. obteniendo ahorros por 4846 millones de pesos. Adicionalmente se logró modificar las condiciones de la garantía SBLC⁹ y las comisiones fiduciarias generando un ahorro de 1388 millones pesos y 404 millones de pesos, respectivamente.

7.5. Ejecución presupuestal

Desde el punto de vista del número de actividades la ejecución favoreció el resultado del ejercicio, superando la meta presupuestal. Ver Tabla 5. De esta forma el ingreso operacional fue superior en 4,2% al presupuestado, mientras que la ejecución del gasto operacional solo aumentó en el 1,2% generando en un EBITDA 24,6% superior al presupuestado para esta vigencia. Ver Tabla 6. El volumen de atenciones derivado de la implementación de los modelos para la atención hospitalaria de la población con enfermedad de origen cardiovascular y del binomio madre - hijo no estaba proyectado en el presupuesto y contribuyó al logro del mismo.

Tabla 5

Ejecución vs presupuesto de actividades 2013

Indicadores Generales	Año 2013	Presupuesto	Variación	Cumplimiento
Consultas	80.426	104.758	-24.332	76,77%
Urgencias	238.327	220.484	17.843	108,09%
Egresos Hospitalarios	45.400	41.324	4.076	109,86%
Procedimientos Qx	33.269	31.342	1.927	106,15%
Partos y Cesáreas	3.499	1.999	1.500	175,04%
Imágenes Diagnósticas	193.629	193.049	580	100,30%
Laboratorios	1.098.808	1.018.655	80.153	107,87%
Rehabilitación	272.044	270.195	1.849	100,68%
Cardiología	55.139	50.666	4.473	108,83%

⁸ Fuente: Idem / ⁹ Standby letter of credit

Tabla 6

Ejecución vs Presupuesto 2013

Concepto	Ejecución		Presupuesto		Cumplimiento	
	Año 2013	Part /Ing	Año 2013	Part /Ing	Var \$	Var %
Total Ingreso Operacional	256.254	100,0%	245.825	100,0%	10.429	104,2%
Total Gastos Operacionales	215.977	84,3%	213.504	86,9%	2.473	101,2%
EBITDA	40.277	15,7%	32.321	13,1%	7.956	124,6%
Depreciaciones + Amortizaciones	7.806	3,0%	8.307	3,4%	-501	94,0%
Ingresos No Operacionales	3.424	1,3%	1.069	0,4%	2.355	320,3%
Gastos No Operacionales	14.783	5,8%	15.393	6,3%	-610	96,0%
Provisión Cartera	3.200	1,2%	2.501	1,0%	699	128,0%
Resultado del Ejercicio	17.912	7,0%	7.190	2,9%	10.723	249,1%

7.6. Inversiones

Se ejecutaron inversiones por 6861 millones de pesos, tendientes a fortalecer la red hospitalaria de Méderi como institución de alta complejidad, mejorar los sistemas de gestión de la información, dotación y reposición de equipos y ampliar la capacidad de algunos servicios.

Desde el punto de vista de la infraestructura se avanzó en la primera fase de detección y extinción de incendios, separación de redes de aguas lluvias, reforzamiento estructural, inicio de la obra de clínicas endoscópicas, adecuación del servicio de sala de emergencias, traslado y ampliación del servicio de madre canguro al Hospital Universitario Barrios Unidos, traslado temporal del laboratorio clínico para liberar el ala norte del segundo piso del Hospital Universitario Mayor para la ampliación de la Unidad de Cuidado Intensivo, reposición de monitores para las áreas de hospitalización, salas de parto, ecógrafo para ginecobstetricia, autoclaves para la central de esterilización del Hospital Universitario Mayor y otros equipos menores. Se adquirió el sistema de aire acondicionado para el área de sistemas y se dio inicio a la fase uno del proyecto de gestión documental.

Finalmente se destaca la alianza con Linde y Dragüer para la adecuación y dotación de la Unidad de Cuidado Intensivo UCI. Debido a la disponibilidad del espacio físico y con el fin de

poner en funcionamiento 17 camas en el mes de noviembre, el proyecto se programó en dos fases. Sin embargo, el traslado del laboratorio clínico y el programa madre canguro y la disponibilidad del espacio ocupado por el banco de sangre al transformarse en servicio transfusional, permitió hacer uso de la totalidad del espacio físico proyectado para la unidad y ejecutar el proyecto en una sola fase, que entrará en funcionamiento a partir del mes de enero de 2014.

Esta unidad contará con 37 camas que se dedicarán al cuidado intensivo neurológico, cardiovascular y un cuidado mixto (otras especialidades), con lo cual la corporación tendrá un total de 117 camas dedicadas al servicio de la medicina crítica. Esta iniciativa surgió en el año 2010 y después de cuatro evaluaciones y de la búsqueda de la financiación se convierte en una realidad que favorecerá a los pacientes con las patologías descritas.

En relación con las inversiones proyectadas y no ejecutadas, las relacionadas con la automatización del proceso de suministros y farmacia para la trazabilidad del medicamento, el software de gestión de identidad y la mejora de la planta telefónica serán ejecutadas en 2014. Estos proyectos tienen un valor de 460 millones de pesos. Se aplazó la inversión de 175 millones de pesos en el aire de precisión del Datacenter, debido a que la infraestructura contratada no exigió tener dicho aire.

