ACUERDO No. 019 DE 2017
(27 de Julio de 2017)

"POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL SEGUIMIENTO AL PLAN INDICATIVO 2017-2020 CORRESPONDIENTE AL I SEMESTRE DE 2017 DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA"

LA JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA
En uso de sus atribuciones y

CONSIDERANDO

Que el Gobierno Nacional mediante la Ley 1753 del 2015 adopto el Plan de Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 "Todos por un nuevo País".

Que la Gobernación de Cundinamarca a través de la Ordenanza 006 de 2016, de la Asamblea Departamental, adopto el Plan de Desarrollo Departamental 2016 – 2020 "Unidos Podemos más".

Que el Sistema General de Seguridad Social en salud se ajusta al Decreto 780 de 2016 por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario de Sector Salud y Protección Social.

Que el Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021 busca lograr la equidad en salud y el desarrollo humano mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que buscan intervenir, preservar o mejorar, la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.

Que la Junta Directiva de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas en concordancia al Plan de Desarrollo Departamental adoptó Plan de Gestión 2017 – 2019 según acuerdo No 023 del 15 de diciembre de 2016.

Que la Gerencia de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha presentó a la Oficina Asesora de Planeación Sectorial en Salud del Departamento de Cundinamarca el Proyecto de Plan Indicativo 2017-2020; exponiéndose las metas de resultado y de producto, en concordancia con los Planes Nacionales y Departamentales, el cual se ajustó según las observaciones realizadas.

Que mediante Acuerdo de Junta Directiva 04 del 13 de febrero de 2017 se aprobó el Plan Indicativo 2017-2020 y con Acuerdo de Junta Directiva 05 del 13 de febrero de 2017 se aprobó el Plan de Acción en Salud PAS 2017.

ACUERDO No. 019 DE 2017
(27 de Julio de 2017)

Que debido a que se requería dar claridad a algunos indicadores se realizó modificación del Plan Indicativo 2017-2020 mediante Acuerdo 014 del 21 de junio de 2017.

Que la Secretaria Departamental de Salud expidió la Circular 014 donde estableció los lineamientos para el seguimiento al Plan de Acción en Salud PAS y Plan Indicativo I semestre.

Que en mérito de lo expuesto.

ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO: Realizar el seguimiento y aprobar el resultado de los indicadores del Plan Indicativo 2017-2020 con corte al I semestre de 2017 de acuerdo con el siguiente listado:

Plan Indicativo Cuatrenio	
Total Metas de resultado Cuatrenio	Total Indicadores de resultado
29	32

ARTÍCULO SEGUNDO: Una vez realizado el seguimiento de los indicadores al interior de la institución y verificada la matriz por la Oficina Asesora de Planeación Sectorial se obtienen los siguientes resultados:

Resumen del Seguimiento con corte I Semestre 2017	
Metas de resultado	29
Indicadores de resultado	32
Indicadores No aplicables I semestre	8
Promedio de % de avance en metas de resultado	**73%**

ARTÍCULO TERCERO: La matriz con el consolidado del resultado del seguimiento del I semestre de 2017 de cada uno de los indicadores y actividades incluidas en el Plan Indicativo hace parte integral del presente Acuerdo en Siete (07) folios.

ARTÍCULO CUARTO: El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Soacha a los 27 días del mes de Julio de 2017.

Dr. CARLOS ARTURO MARÍA JULIO
PRESIDENTE

Dr. LUIS EFRAÍN FERNÁNDEZ OTÁLORA
SECRETARIO EJECUTIVO

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLANES ESTRATEGICOS HOSPITALARIOS
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS	2575400380
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	09 DE FEBRERO DE 2017
Nombre del Gerente	LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública		Meta de Resultado	Indicador de resultado					Valor esperado en el cuatrienio	% avance meta resultado	Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado cuatrienio	Meta Producto Programado Año 1 2017	Meta Producto Ejecutado Año 1	Logros	Dificultades
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base						
								Valor	Año							Valor	Año					
TEJIDO SOCIAL CUNDINAMARCA 2036. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA. COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE.	10. Mejorar la imagen corporativa fundamentada en nuestros valores institucionales y enfocada a los usuarios, la comunidad y el medio ambiente	DIMENSIÓN DE SALUD AMBIENTAL	1	Aportar en 10% la implementación de la política integral de salud ambiental PISA para el Departamento	% implementación de la política	# de Acciones de la política realizadas/total de acciones propuestas *100	Porcentaje	0%	2016	10%	N.A	1. Implementar en 40% la estrategia hospital verde definido en el Plan institucional de Gestion Ambiental (5 lineas de accion)	Actividades implementadas (5 lineas de acción)	# Actividades implementadas/# actividades definidas para las cinco lineas de acción	Porcentaje	5%	2016	40%	10%	N.A	Un hospital verde y saludable es un establecimiento que promueve la salud publica reduciendo continuamente su impacto ambiental y eliminando, en ultima instancia, su contribución a la carga de morbilidad. la agenda global para hospitales verdes propone 10 lineas de acción u objetivos. liderazgo, sustancias quimicas, residuos, energia, agua, transporte, alimentos, farmaceuticos, edificios y compras. El plan de acción se formulara para el cuatrenio tomando cinco lineas de acción, para el 2017 se debera alcanzar la implementación del 10%. Para el primer semestre la medicion de la implementacion de la actividades no aplica dado que se encuentra en formulacion el Plan de Gestión Ambiental.	La programacion de actividades depende en gran medida del presupuesto institucional, razon por la cual se tienen limitaciones para la formulación y ejecución de actividades.
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clinica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia	DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	2	Mantener la disponibilidad, accesibilidad y calidad al diagnostico y tratamiento de las alteraciones de salud bucal en el 100% de los casos.	Fortalecer los programas de salud autocuidado	# de usuarios con odontologia preventiva/# de usuarios que solicitan servicios de odontologia * 100	Porcentaje	100,0%	2016	100,0%	100,0%	2. Realizar atención integral a niños de 0 a 5 años para determinar para el 2017 el índice COP	índice COP	Sumatoria de COP individuales de niños de 0-5 atendidos /# Total de niños de 0-5 atendidos en odontologia por consulta externa * 100	índice	869 niños con caries 1726 niños atendidos	2016	Disminución del 6% de la linea base	Linea Base	100%	De acuerdo a los resultados obtenidos se aprecia una tendencia positiva en cuanto al resultado final que es la disminución de la caries dental en niños de 0 a 5 años de edad. Las actividades de promocion de la salud y prevención de la enfermedad asi como la proteccion especifica con barniz de fluor y sellantes de fosetas y fisuras se colocan en los pacientes de acuerdo a la necesidad para encontrarnos indicadores de disminución en la incidencia de caries dental.	La dificultad myor ha sido la cultura del usuario que corresponde a la asistencia al srvicio unicamente cuando hay una emergencia para la atención del menor de 5 años.
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clinica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia	DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	3	Aumentar la cobertura de la identificación temprana y canalización efectiva del 80% de la población con HTA y diabetes, a nivel institucional	Pacientes con HTA controlada	Numero de pacientes que despues de seis meses de ser diagnosticados con HTA incluidos en el programa de crónicos presentan niveles de tensión arterial controlados / Número total de pacientes diagnosticados con HTA en el mismo periodo incluidos en el programa de crónicos (6meses) * 100	Porcentaje	80%	2016	85%	87%	3. Aumentar a 85% la población controlada con HTA	Pacientes crónicos con HTA controlados	# de pacientes con HTA controlada/ # total de pacientes con diagnostico de HTA atendidos *100	Porcentaje	80%	2016	85%	82%	77%	La atención de pacientes crónicos con una adecuada periodicidad y fortalecimiento de adherencia a tratamientos por intermedio de los talleres de crónicos en cada puesto de salud del hospital han contribuido en la mejora de la condición de salud de los pacientes atendidos en el hospital.	SEGUIMIENTOS TELEFONICOS A PACIENTES CON INADECUADA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS Y AQUELLOS PACIENTES CON PARACLINICOS ALTERADOS O DESACTUALIZADOS
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clinica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia	DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES			Pacientes con Diabetes controlada	Numero de pacientes que despues de seis meses de ser diagnosticados con diabetes incluidos en el programa de crónicos presentan niveles de glicemia controlada / Número total de pacientes diagnosticados con diabetes en el mismo periodo incluidos en el programa de crónicos (6meses) * 100		73%	2016	80%	75%	4. Aumentar a 80% la población controlada con diabetes	Pacientes crónicos con diabetes controlados	# de pacientes con diabetes controlada/ # total de pacientes con diagnostico de diabetes atendidos *100	Porcentaje	73%	2016	80%	74%	74%	EN EL MES DE ABRIL SE ARTICULA LABORATORIO CLINICO CON LA REFERENTE DEL PROGRAMA ECNT PARA EL REPORTE TEMPRAMNO DELAS HEMOGLOBINAS GLICOSILADAS PARA ASI REALIZAR EL DEBIDO SEGUIMIENTO A PAIENTES CON REPORTE ALTERADO	No se presentaron dificultades
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clinica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia	DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	4	Implementar tres (3) Modelos de Prevención y Detección Temprana para los cancores en la ESE.	Seguimiento al tamizaje de cáncer de mama a mujeres > de 45 años	numero de tamizajes solicitados a mujeres > de 45 años / total de mujeres > de 45 años atendidas en consulta de seno con o sin factores de riesgo	porcentaje	0%	2016	80%	49%	5. Alcanzar en el 2020 en un porcentaje de 80 % la población con tamizaje de cáncer de mama,	Seguimiento a la solicitud de tamizajes de cáncer de seno	numero de seguimientos a tamizaje de cáncer de seno solicitados a mujeres > de 45 años /numero ordenes de tamizaje de seno a mujeres > 45 años	Porcentaje	0%	2016	80%	50%	50%	El promedio de cumplimiento para el indicador de seguimiento a tamizaje de cancer de seno es de 46,2% para el primer trimestre y de 50,23% para el segundo trimestre. Cerca del 50% de los usuarios en la base de datos tiene datos incorrectos o estan desactualizados razon por la cual el seguimiento telefonico tiene un impacto bajo.	El principal inconveniente para lograr los seguimientos efectivos a las mamografias solicitadas en la consulta de seno es la falta de actualizacion de datos para lograr comunicarse con las usuarias ya que aproximadamente el 50% de las paciente que se les realizo el seguimiento no contestan, el numero es equivocado, esta fuera de servicio o ya no tienen esa linea telefonica.
					Porcentaje de seguimiento al tamizaje de próstata a pacientes con resultado positivo	numero de tamizajes de PSA solicitados a pacientes > de 49 años (1 Vez)/ numero de pacientes tamizados con PSA	porcentaje	80%	2016	80%	100%	6. Alcanzar en el 2020 en un porcentaje del 80% la población con tamizaje de próstata	Seguimiento al resultado de PSA alterado	numero de seguimientos realizado a pacientes con PSA Positivo / total de pacientes con resultado de PSA positivo	Porcentaje	80%	2016	80%	80%	90%	El indicador tiene un cumplimiento optimo ya que se cuenta con el apoyo de auxiliar de enfermeria en el área comunitaria que garantiza el seguimiento a todos los pacientes con antígeno prostático positivo.	No se han presentado dificultades para el seguimiento de pacientes con PSA positivos.
					Porcentaje de usuarios con tamizaje de cancer cervico uterino	Número de usuarios con citologia realizada / Número de Usuarias que asisten a la consulta de Promoción y Prevención que aplican a tamizaje de cancer cervico uterino	porcentaje	No se tiene linea base	2016	80%	90%	7. Alcanzar en el 2020 en un porcentaje del 90% la población con cáncer de cuello uterino	Seguimiento a resultados positivos de citologias	total de seguimientos efectivos a las citologias positivas /total de citologias positivas	Porcentaje	85%	2016	90%	80%	85%	El cumplimiento de este inicador esta en un promedio del 92,05% del II trimestre del año 2017 superando la meta programada. La actualizacion de datos de los usuarios permite ubicar mas facilmente y captar al usuario en el caso de los seguimientos, remision a algun programa o realizacion de medios diagnosticos que se requieran para tratar oportunamente su condicon de salud	En ocasiones no es posible ubicar a la paciente para el seguimiento efectivo, sin embargo con apoyo de la EPS'S y Secretaria de salud se gestiona para que se brinde el apoyo con las gestoras y se pueda canalizar y tratar efectivamente a la paciente. Como accion de mejora se propone actualizar los numeros de telefono de los pacientes tanto en el sistema como en la base que se genera en la consulta para la toma de citologia con el fin de captar a las pacientes por este medio.

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLANES ESTRATEGICOS HOSPITALARIOS
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS	2575400380
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	09 DE FEBRERO DE 2017
Nombre del Gerente	LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública		Meta de Resultado	Indicador de resultado					Valor esperado en el cuatrienio	% avance meta resultado	Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado cuatrienio	Meta Producto Programado Año 1 2017	Meta Producto Ejecutado Año 1	Logros	Dificultades
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base						
								Valor	Año							Valor	Año					
TEJIDO SOCIAL CUNDINAMARCA 2036 INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA. COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE.	10. Mejorar la imagen corporativa fundamentada en nuestros valores institucionales y enfocada a los usuarios, la comunidad y el medio ambiente.	DIMENSIÓN DE SALUD AMBIENTAL	1	Aportar en 10% la implementación de la politica integral de salud ambiental PISA para el Departamento	% implementación de la política	# de Acciones de la politica realizadas/total de acciones propuestas *100	Porcentaje	0%	2016	10%	N.A	1. Implementar en 40% la estrategia hospital verde definido en el Plan institucional de Gestión Ambiental (5 lineas de acción)	Actividades implementadas (5 lineas de acción)	# Actividades implementadas/# actividades definidas para las cinco lineas de acción	Porcentaje	5%	2016	40%	10%	N.A	Un hospital verde y saludable es un establecimiento que promueve la salud pública reduciendo continuamente su impacto ambiental y eliminando, en última instancia, su contribución a la carga de morbilidad. la agenda global para hospitales verdes propone 10 lineas de acción u objetivos: liderazgo, sustancias quimicas, residuos, energia, agua, transporte, alimentos, farmaceuticos, edificios y compras. El plan de acción se formulará para el cuatrenio tomando cinco lineas de acción, para el 2017 se debera alcanzar la implementación del 10%. Para el primer semestre la medicion de la implmentacion de la actividades no aplica dado que se encuentra en formulacion el Plan de Gestión Ambiental.	La programación de actividades depende en gran medida del presupuesto institucional, razon por la cual se tienen limitaciones para la formulación y ejecución de actividades.
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	2	Mantener la disponibilidad, accesibilidad y calidad al diagnostico y tratamiento de las alteraciones de salud bucal en el 100% de los casos.	Fortalecer los programas de salud autocuidado	# de usuarios con odontología preventiva/# de usuarios que solicitan servicios de odontologia * 100	Porcentaje	100,0%	2016	100,0%	100,0%	2. Realizar atención integral a niños de 0 a 5 años para determinar para el 2017 el indice COP	indice COP	Sumatoria de COP individuales de niños de 0-5 atendidos /# Total de niños de 0-5 atendidos en odonotologia por consulta externa * 100	indice	869 niños con caries 1726 niños atendidos	2016	Disminución del 6% de la linea base	Linea Base	100%	De acuerdo a los resultados obtenidos se aprecia una tendencia positiva en cuanto al resultado final que es la disminucuión de la caries dental en niños de 0 a 5 años de edad. Las actividades de promocion de la salud y prevención de la enfermedad asi como la protección especifica con barniz de fluor y sellantes de fosetas y fisuras se colocan en los pacientes de acuerdo a la necesidad para encontrarnos indicadores de disminución en la incidencia de caries dental.	La dificultad myor ha sido la cultura del usuario que corresponde a la asistencia al srvicio unicamente cuando hay una emergencia para la atención del menor de 5 años.
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	3	Aumentar la cobertura de la identificación temprana y canalización efectiva del 80% de la población con HTA y diabetes, a nivel institucional	Pacientes con HTA controlada	Numero de pacientes que después de seis meses de ser diagnosticados con HTA incluidos en el programa de crónicos presentan niveles de tensión arterial controlados / Número total de pacientes diagnosticados con HTA en el mismo periodo incluidos en el programa de crónicos (6meses) * 100	Porcentaje	80%	2016	85%	87%	3. Aumentar a 85% la población controlada con HTA	Pacientes crónicos con HTA controlados	# de pacientes con HTA controlada/ # total de pacientes con diagnostico de HTA atendidos *100	Porcentaje	80%	2016	85%	82%	77%	La atención de pacientes crónicos con una adecuada periodicidad y fortalecimiento de adherencia a tratamientos por intermedio de los talleres de crónicos en cada puesto de salud del hospital han contribuido en la mejora de la condición de salud de los pacientes atendidos en el hospital.	SEGUIMIENTOS TELEFONICOS A PACIENTES CON INADECUADA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS Y AQUELLOS PACIENTES CON PARACLINICOS ALTERADOS O DESACTUALIZADOS.
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES			Pacientes con Diabetes controlada	Numero de pacientes que después de seis meses de ser diagnosticados con diabetes incluidos en el programa de crónicos presentan niveles de glicemia controlada / Número total de pacientes diagnosticados con diabetes en el mismo periodo incluidos en el programa de crónicos (6meses) * 100		73%	2016	80%	75%	4. Aumentar a 80% la población controlada con diabetes	Pacientes crónicos con diabetes controlados	# de pacientes con diabetes controlada/ # total de pacientes con diagnostico de diabetes atendidos *100	Porcentaje	73%	2016	80%	74%	74%	EN EL MES DE ABRIL SE ARTICULA LABORATORIO CLINICO CON LA REFERENTE DEL PROGRAMA ECNT PARA EL REPORTE TEMPRAMNO DELAS HEMOGLOBINAS GLICOSILADAS PARA ASI REALIZAR EL DEBIDO SEGUIMIENTO A PAIENTES CON REPORTE ALTERADO	No se presentaron dificultades
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	4	Implementar tres (3) Modelos de Prevención y Detección Temprana para los canceres en la ESE.	Seguimiento al tamizaje de cáncer de mama a mujeres > de 45 años	numero de tamizajes solicitados a mujeres > de 45 años / total de mujeres > de 45 años atendidas en consulta de seno con o sin factores de riesgo	porcentaje	0%	2016	80%	49%	5. Alcanzar en el 2020 en un porcentaje de 80 % la población con tamizaje de cáncer de mama,	Seguimiento a la solicitud de tamizajes de cáncer de seno	numero de seguimientos a tamizaje de cáncer de seno solicitados a mujeres > de 45 años /numero ordenes de tamizaje de seno a mujeres > 45 años	Porcentaje	0%	2016	80%	50%	50%	El promedio de cumplimiento para el indicador de seguimiento a tamizaje de cancer de seno es de 46,2% para el primer trimestre y de 50,23% para el segundo trimestre. Cerca del 50% de los usuarios en la base de datos tiene datos incorrectos o estan desactualizados razon por la cual el seguimiento telefonico tiene un impacto bajo	El principal inconveniente para lograr los seguimientos efectivos a las mamografias solicitadas en la consulta de seno es la falta de actualizacion de datos para lograr comunicarse con las usuarias ya que aproximadamente el 50% de las paciente que se les realizo el seguimiento no contestan, el numero es equivocado, esta fuera de servicio o ya no tienen esa linea telefonica.
					Porcentaje de seguimiento al tamizaje de próstata a pacientes con resultado positivo	numero de tamizajes de PSA solicitados a pacientes > de 49 años (1 Vez)/ numero de pacientes tamizados con PSA	porcentaje	80%	2016	80%	100%	6. Alcanzar en el 2020 en un porcentaje del 80% la población con tamizaje de próstata	Seguimiento al resultado de PSA alterado	numero de seguimientos realizado a pacientes con PSA Positivo / total de pacientes con resultado de PSA positivo	Porcentaje	80%	2016	80%	80%	90%	El indicador tiene un cumplimiento optimo ya que se cuenta con el apoyo de auxiliar de enfermeria en el área comunitaria que garantiza el seguimiento a todos los pacientes con antigeno prostático positivo.	No se han presentado dificultades para el seguimiento de pacientes con PSA positivos.
					Porcentaje de usuarios con tamizaje de cancer cervico uterino	Número de usuarios con citologia realizada / Número de Usuarias que asisten a la consulta de Promoción y Prevención que aplican a tamizaje de cancer cervico uterino.	porcentaje	No se tiene linea base	2016	80%	90%	7. Alcanzar en el 2020 en un porcentaje del 90% la población con cáncer de cuello uterino	Seguimiento a resultados positivos de citologias	total de seguimientos efectivos a las citologias positivas /total de citologias positivas	Porcentaje	85%	2016	90%	80%	85%	El cumplimiento de este inicador esta en un promedio del 92,05% del II trimestre del año 2017 superando la meta programada. La actualizacion de datos de los usuarios permite ubicar mas facilmente y captar al usuario en el caso de los seguimientos, remision a algun programa o realizacion de medios diagnosticos que se requieran para tratar oportunamente su condicon de salud	En ocasiones no es posible ubicar a la paciente para el seguimiento efectivo, sin embargo con apoyo de la EPS S y Secretaria de salud se gestiona para que se brinde el apoyo con las gestoras y se pueda canalizar y tratar efectivamente a la paciente. Como accion de mejora se propone actualizar los numeros de telefono de los pacientes tanto en el sistema como en la base que se genera en la consulta para la toma de citologia con el fin de captar a las pacientes por este medio.

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLANES ESTRATEGICOS HOSPITALARIOS
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS	2575400380
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	09 DE FEBRERO DE 2017
Nombre del Gerente	LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública		Meta de Resultado	Indicador de resultado: Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base: Valor	Línea base: Año	Valor esperado en el cuatrienio	% avance meta resultado	Meta de producto anual	Indicador de producto: Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base: Valor	Línea base: Año	Valor esperado cuatrienio	Meta Producto Programado Año 1 2017	Meta Producto Ejecutado Año 1	Logros	Dificultades
TEJIDO SOCIAL. COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE.	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	5	Mantener en cero los casos de mortalidad evitable por y asociada a desnutrición en menores de 5 años	Mortalidad por o asociada a desnutrición	# casos de definciones asociadas a desnutrición/# total de niños menores de 5 años	Tasa	cero muertes por desnutrición	2016	cero	100%	8. Establecer la linea base de la mediana de la lactancia materna para el año 2017	Mediana de lactancia materna EXCLUSIVA	Numero de Meses de lactancia exclusiva	meses	sin dato	2016	Linea base identificada	Linea base identificada	25%	Se avanza en la identificacion de los menores de la EPS convida donde ya se cuenta con la mediana	No se cuenta con un parametro dentro de la Historia clinica que permita el ingreso del datos en dias o meses de la lactnacia materna exclusiva. Para Colombia en 2010 la mediana es de 1,8 meses y para Cundinamarca 0,7 meses.
												9. Cobertura al 100% de niños menores de 5 años con valoración nutricional	Porcentaje de niños menores de 5 años con valoración nutricional	#de niños menores de 5 años con valoración nutricional/ en el programa de crecimiento y desarrollo/ # de niños que asistiro a consulta de crecimiento y desarrollo	porcentaje	no se tiene linea de base	2016	100%	98%	98%	De acuerdo a lo auditado se encontro que el 100% de los niños recibe valoración nutricional durante la atención en el programa de crecimiento y desarrollo.	No se presentaron dificultades
												10. Implementar los 10 pasos de la estrategia IAMI.	Pasos de la estrategia implementados	Promedio de implementación de cada uno de los pasos implementados	Porcentaje	96%	2016	100%	97%	N.A	La institucion se encuentra certificada y acreditada como una institucion amiga de la mujer y la infancia mediante la Resolucion 1024 de 2014.	PASO 2.Se requiere afianciamiento con los temas relacionados con la estrategia IAMI por parte de los lideres y/o coordinadores. PASO 4. Sensibilizar mas al personal asistencial del turno de la nobe en la importancia de la lactacnia materna exclusiva durante los primeros seis meses. Implementar que el personal asistencial en sala de partos esten certificadas en curso de consejeria de la lactancia materna PASO 6.
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	6	Mantener en cero el numero de casos de mortalidad materna	Mortalidad materna	(# casos de mortalidades maternas del periodo objeto de medición/ # casos de periodo anterior)- 1	Proporción	cero institucionales	2016	0%	100%	11. Avanzar en la implementación al 100% de la ruta de Maternidad Segura	Ruta implementada	(# pasos de la ruta de maternidad desarrollados/# pasos de la ruta de maternidad aplicables a la institución)*100	Porcentaje	100%	2016	100%	70%	11%	Al trabajar articuladamente con los actores externos e internos en una ruta para atencion de la gestante se permite enfocar las actividades en pro de la mejora continua de la atencion integral de la usuaria. Se construyo mesa de trabajo interna para dar avance a la circular 009 de 2017.	Multiples actividades de los actores participantes en el desarrollo de la ruta que dificultan la reunión y la articulación, centrandose en el enfoque que cada area tenga establecida desde sus procesos internos haciendo que se fraccione el servicio y se aumenten las barreras en la atencion
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	7	Disminuir en 2% la linea base de 2016 de las adolescentes menores de 18 años embarazadas en el cuatrenio.	Proporción de adolescentes embarazadas	(# adolescentes embarazadas (10 a 18 años) en periodo objeto de medición/ # adolescentes embarazadas (10 a 18 años) en periodo anterior)-1	Proporción	42%	2016	40%	90%	12. Restablecer los derechos de la adolescentes embarazadas menores de 15 años en un 100%.	% de adolescentes embarazadas canalizadas	# adolescentes embarazadas canalizadas/# total de adolescentes menores de 15*100	Porcentaje	88%	2016	100%	100%	100%	El resultado del indicador para el semestre es del 100% ya que a las gestantes menores de 14 años se les ha restituido sus derechos por medio de la gestion que realiza trabajo social junto con ICBF	La falta de reporte ante el area de trabajo social interfiere en el seguimiento activo de las gestantes evitando que se realice oportunamente la restituacion de derechos
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS										13. Implementar al 100% la estrategia de disminución del embarazo en adolescentes y/o la consulta diferenciada para adolescentes. Consultorio centros amigables.	Estrategia implementada centros amigables	# de consultorios amigables funcionando/ # de consultorios amigables proyectados	Porcentaje	50%	2016	100%	100%	75%	Fortalecer la consulta diferenciada en las 9 sedes con las que cuenta la institucion mediante la oferta de un dia exclusivo para jovenes y adolescentes con consulta de enfermra, medico, odontologia y psicologia evitando las barreras de acceso a estos servicios. Favorecer el acceso a los jovenes y adolescentes a los servicios en un mismo dia evitando fraccionar el servicio y ofreciendo sesiones educativas asi como el acercamiento a	Por temas contractuales y fraccionamiento de la atencion por parte de las EPS S no se logra captar y prestar el servicio a toda la poblacion que lo requiere
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	8	Mantener en cero mortalidad por tuberculosis	Proporción de mortalidad por tuberculosis	(# de mortalidades por tuberculosis en el periodo/ # de mortalidades por tuberculosis vigencia anterior)-1	porcentaje	cero	2016	cero	100%	14. Intervenir oportunamente al 100% de los pacientes con TBC.	Inicio Oportuno del Tto para TB	# pacientes que iniciaron tto anti tuberculosis/ # pacientes diagnosticados con TB	Porcentaje	100%	2016	100%	100%	100%	La realización de acciones continuas de capacitacion al personal medico y de enfermeria y el fortalecimiento de la de busqueda activa de sintomaticos respiratorios logrando asi mejorar la captacion temprana e inicio de tratamientos oportunos. La articulacion del programa con el laboratorio clinico logrando asi brigadas de toma	La falta de asistencia del personal medico y de enfermeria del area asistencial a las capacitaciones programadas desde el programa de tuberculosis por la secretaria de salud departamental y la subgerencia comunitaria; La falta de diagnostico oportuno de los usuarios consultantes al servicio de urgencias
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	9	Mantener las coberturas útiles en nacidos vivos con respecto a la vigencia anterior	Cumplimiento de Coberturas en nacidos vivos	Coberturas útiles en nacidos vivos institucionales	porcentaje	97%	2016	100%	98%	15. Vacunar al 95 % de nacidos vivos en el HMGY	Mantener la cobertura de vacunación del 95% con esquema PAI según nacidos vivos con Hepatitis B y BCG según aplique	# de nacidos vivos vacunados / Total de nacidos vivos institucionales	Porcentaje	95%	2016	100%	95%	96%	Se ha dado cumplimiento a la norma nacional establecida de vacunacion realizando el proceso sin barreras y garantizando la aplicación de vacunas a todo recien nacido en la institucion antes de la salida hospitalaria. Se ha realizado acompañamiento y capacitacion al personal de enfermeria fortaleciendo la adherencia al Programa Ampliado de Inmunizaciones en los	La rotación del personal de enfermeria en los servicios de sala de partos y salas de cirugia
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	10	Mantener en cero la mortalidad por IRA	Mortalidad por IRA	(# de mortalidades por IRA en < de 5 años en el periodo/ # de mortalidades por IRA en < de 5 años vigencia anterior)-1	porcentaje	0%	2016	0%	100%	16. Realizar las acciones tendientes a mantener en cero la mortalidad en los menores de 5 años con IRA	Seguimiento a < de 5 años diagnosticados con IRA en el servicio de urgencias	total de seguimientos a < de 5 años con DX de IRA / total de pacientes < de 5 años atendidos en el servicio de urgencias con Dx IRA	Porcentaje	100%	2016	100%	100%	90%	Se mejoro el cumplimiento de este indicador gracias a la articulacion de procesos entre el area de terapia Respiratoria y la Sub Gerencia Comunitaria, garantizando asi el seguimiento a los menores de cinco años a las 24,72 y semana, fortaleciendo la educacion via telefonica para disminuir las complicaciones por IRA y los Reingresos hospitalarios.	El indicador no tiene un cumplimiento optimo debido a la falta de veracidad de los datos aportados en la historia clinica.
INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	5. Optimizar las condiciones de seguridad y bienestar que permitan un ambiente de trabajo adecuado y una prestación de servicios de salud con calidad.	DIMENSIÓN SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	11	Responder al 100% de las emergencias en salud y desastres con oportunidad	Respuesta a Emergencias	(Numero de emergencias atendidas en el servicio de urgencias/ Numero de emergencias que requirieron ser atendidas institucionalmente)	porcentaje	100%	2016	100%	100%	17. Actualizar el plan de emergencias hospitalario en articulación con el plan de gestión del riesgo municipal en cada vigencia.	Plan de emergencias hospitalario actualizado por sede	# de planes actualizados/ # de sedes institucionales	Número	2	2016	1 documento por sede	1 documento por sede	60%	Se realizo carga y señalizacion de extintores. Se realizo capacitacion de Brigada de Emergencias, se Graduaron 15 funcionarios. Se realiza actualización de los planes de Emergencia en donde queda pendiente incluir los planos de evacuación actualizados. Falta	El número de Brigadistas no cumple con el número requerido para el número de trabajadores, la asistencia a las capacitaciones no es constante. Se debe actualizar planos de evacuación, señalización.
												18. Implementar al 100% el plan de emergencias en el 100% de la ESE.	Plan de emergencias implementado	# actividades planeadas/# actividades realizadas * 100	Porcentaje	100%	2016	100%	100%	100%	En conjunto con el Organismo de gestion de riesgo municipal, el Centro Regulador de Urgencias (CRUE) y la Secretaria de Salud de Cundinamarca se adelantó la capacitación para fortalecer e implementar los planes de emergencia	Cambio en lineamiento por parte del CRUE para realizar el analisis de vulnerabilidad.
COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE	5. Optimizar las condiciones de seguridad y bienestar que permitan un ambiente de trabajo adecuado y una prestación de servicios de salud con calidad.	DIMENSIÓN SALUD Y AMBITO LABORAL	12	Implementar el sistema de vigilancia en salud laboral - SIVISALA en sus tres componentes (Reporte Mensual / Notificación Inmediata / Acompañamiento a Caso) al 100%	SIVISALA implementado	% de implementación	Porcentaje	80%	2016	100%	100%	19. Garantizar al 100% los reportes de los eventos de origen laboral en el Sistema de Vigilancia en Salud Laboral de acuerdo al Lineamiento.	Reportes al SIVISALA	Numero de Reportes entregados / Número de Reportes Programados	Numero	6	2016	48	12	82%	La Secretaria de salud de Cundinamarca adelantó la capacitación con Gerente, personal de Seguridad y salud en el trabajo y temporal del Hospital Mario Gaitan Yanguas, para el reporte oportuno del Registro Mensual De Accidentes De Trabajo y/o Enfermedad de Origen Laboral (ATEL) Y Eventos De Notificación Inmediata: Mortalidad y/o Accidentes graves ocupacionales.	No asistencia de referentes y/o Coordinadores de la totalidad de los servicios a capacitación citada por la Gobernación.

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLANES ESTRATEGICOS HOSPITALARIOS
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS	2575400380
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	09 DE FEBRERO DE 2017
Nombre del Gerente	LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública		Meta de Resultado	Indicador de resultado					Valor esperado en el cuatrienio	% avance meta resultado	Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado cuatrienio	Meta Producto Programado Año 1 2017	Meta Producto Ejecutado Año 1	Logros	Dificultades
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base						
								Valor	Año							Valor	Año					
COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE	5. Optimizar las condiciones de seguridad y bienestar que permitan un ambiente de trabajo adecuado y una prestación de servicios de salud con calidad.	DIMENSIÓN SALUD Y AMBITO LABORAL	13	Implementar en 100% el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) como herramienta para favorecer entornos saludables que promuevan la salud y mejoren las condiciones de trabajo y disminuyan los riesgos laborales.	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) Implementado	% de implementación	Porcentaje	28%	2016	100%	52%	20. Desarrollar los componentes o productos requeridos por el SG-SST de acuerdo al ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA)	Cumplimiento de Requisitos de la Norma	No. De requisitos implementados segun lista de chequeo/ No. De Requisitos incluidos en la lista de chequeo	Porcentaje	28%	2016	100%	35%	30%	Para la evaluacion y Diagnostico de los Requisitos de Cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en trabajo en el primer trimestre se tomo en cuenta la normatividad vigente contemplada en Decreto 1072. Se realiza elaboración del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, se realiza identificación y actualización de matriz de Peligros y Riesgos de acuerdo a la GTC 45. Se realiza Diagnostico de acuerdo a Lista de Chequeo Resolución 1111 del 27 de Marzo de 2017 , se fijan etapas para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el	El Ministerio expide el 27 de marzo de 2017 la Resolución 1111, "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para Empleadores y Contratantes" . En el que se fijan etapas para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, por lo cual será aplicada otra lista de verificación en el segundo trimestre del 2017.
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSIÓN TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	14	Disminuir la mortalidad en menores de 5 años respecto a la vigencia anterior	Mortalidad menores de cinco años	(# de mortalidades en niños < de 5 años en el periodo/ # de mortalidades en niños < de 5 años vigencia anterior)-1	Porcentaje	(1/3)-1 =-66,77	2016	cero casos	0%	21. Implementar al 100% la estrategia AIEPI en el área comunitaria en < de 5 años, (12DG)	Estrategia implementada	# de historias clínicas que cumplen con criterios AIEPI/# de historias clínicas auditadas	Porcentaje	80%	2016	100%	85%	85%	El diligenciamiento de historia clinica a los menores de cinco años bajo la estrategia AIEPI a nivel institucional permite una atencion integral en este ciclo vital. Se realizo acompañamiento a los profesionales y tecnicos en la estrategia AIEPI por medio de la capacitación virtual con la referente Departamental, la cual fue avalada y certificada por la Gobernación de Cundinamarca. Logrando	No se presentaron dificultades.
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSIÓN TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	15	Aportar en asistencia, atención, reparación integral, prevención y protección del 100% de la población víctima del conflicto armado que solicite servicios de salud.	Víctimas atendidas	# VCA atendida/ Total de PVCA que solicita el servicio *100	Porcentaje	No se tiene linea base	2016	100%	100%	22. Establecer un mecanismo administrativos que permita la implementación del programa de VCA.	Conformación de comité	# de reuniones realizadas/ # de reuniones programadas	unidad	0	2016	16	4	N.A	En reunion realizada por el subcomite de asistencia y atencion a victimas el dia 9 de marzo de 2017 con la asistencia de 14 participantes, con la presencia del representante del Hospital Mario Gaitán yanguas del área de Trabajo social, en dicha reunión la mesa de trabajo de subcomité realiza el cronograma de reuniones del subcomite de asistencia y atencion a victimas y entrega de informe de seguimiento a POA, se determina que	No se presentan dificultades
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Mejorar la imagen corporativa fundamentada en nuestros valores institucionales y enfocada a los usuarios, la comunidad y el medio ambiente.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	16	Implementar el programa de humanización en la prestación del servicio de salud en Cundinamarca bajo los lineamientos del Minsalud apoyado en el sistema de gestión de calidad	Programa de humanización establecio institucionalmente	(Numero de acciones del programa implementados / Numero total de acciones a implementar incluidas en el programa) * 100	Porcentaje	35%	2016	entre 90 y 95%	10%	23. Mantener el porcentaje de satisfacción de los usuarios entre 90% y 95%	% de satisfacción	# usuarios satisfechos/ # usuarios entrevistados * 100	Porcentaje	91%	2016	entre 90 y 95%	entre 90 y 95%	91%	SE HA LOGRADO MANTENER EL RESULTADO DE SATISFACCION EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2017 EN UN PROMEDIO SUPERIOR AL 92%	NO SE PRESENTAN DIFICULTADES
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Generar una cultura organizacional del autocontrol con enfasis en atención centrada en el usuario, seguridad, enfoque a riesgos, gestión											24. Implementar al 90% el programa de humanización en la ESE.	% de implementación	# acciones implementadas/# total de acciones propuestas *100	Porcentaje	35%	2016	90%	90%	0%	En el mes de Enero se venian realizando el cierre de todas las actividades programadas de acuerdo al cronograma de la vigencia anterior y se iniciaria con la formulación del Plan de Trabajo para este	Retiro de la persona lider de humanización
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Fortalecer la gestion clinica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	17	Implementar la estrategia de atención primaria en salud en 80% sujeto a celebración de convenio	Actividades cumplidas de APS	# de actividades cumplidas segun plan programático/ total de actividades programadas según plan	Porcentaje	N.A	2016	80%	86%	25. Cumplimiento por entorno al 80% sujeto a celebración de convenio	Porcentaje de cumplimiento por entorno	# de actividades cumplidas según plan programático/ total de actividades programadas según plan	Porcentaje	N.A	2016	80%	80%	88%	Adherencia del talento humano al proceso, Continuidad del proceso y cumplimiento de metas.	Consecucion de algunos perfiles como higienistas orales, tecnicos ambientales durante la ejecución. Inseguridad en algunas comunas para el ingreso del personal.
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	18	Cumplir con el componente del Sistema Único de Habilitación en por lo menos el 85% para los servicios ofertados en la ESE.	85% de cumplimiento en el componente SUH del SOGCS	% de avance del componente del SUH -SOGCS	Porcentaje	0,5	2016	100%	10%	26. Certificar en el Sistema Único de habilitación el 100% de las sedes de la ESE (1DG)	Certificación en habilitación	# de Líneas de acción desarrolladas y cumplidas de acuerdo a plan de trabajo/ # de Líneas de acción propuestas en Plan de Trabajo * 100	Porcentaje	0	2016	100%	100%	45%	Se realizaronlas visitas internas de verificacion de condiciones de habilitacion en todos los centros, puestos y sevicicios del hospital, se aplico la lista de chequeo segin resolucion 2003 de 2014, se formularon los planes 21 de mejoramiento derivados de dichas visitas.Se ha cumplido aproximadamente el 10% de las acciones formuladas.	Cambios de personal, asignacion de otras actividades, estas presentan retrasos en las actividades de habilitacion.
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	19	Cumplir con el componente del Sistema Único de Acreditación desarrollando completamente un (1) ciclo de preparación para la acreditación en cada vigencia.	Desarrollo de 1 ciclo de acreditación en cada vigencia.	Un ciclo de preparación a la acreditación en cada vigencia Si o no.	Unidad	1,00	2015	4	60%	27. Una (1) autoevaluación de acreditación en cada vigencia	Autoevaluación de acreditación en la Vigencia	Autoevaluacion de acreditación en la Vigencia. Si o NO	Unidad	1,00	2015	4,00	1,00	44%	Se culmino con la autoevaluacion de acreditacion se priorizaron las oportunidades de mejoramiento y se plasmaron las acciones en los planes de mejora.	La autoevaluacion de la vigencia de 2016 se retraso, razon por la cual el tiempo de cierre de ciclo es corto, y a que ha finales del año se debe realizar la nueva autoevaluacion de la vigencia 2017. Los Cambios de personal, la asignacion de otras actividades, estas presentan retrasos en el desarrollo de las actividades propias de acreditacion.
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.											28. Alcanzar el 90% de cumplimiento de los planes de mejoramiento formulados. (6DG)	Promedio del Porcentaje de cumplimiento alcanzado en los planes formulados para el SUA	Promedio del Porcentaje de cumplimiento alcanzado en los planes formulados para el SUA.	Porcentaje	90%	2016	90%	90%	0%	Se realizo la autoevaluacion, se priorizaron las oportunidades de mejoramiento y se plasmaron las acciones para levantar los planes de mejoramiento de acreditacion por cada estandar, dando como resultado 77 acciones. Se elabora el cronograma de seguimiento a estas planes de mejora el cual se contempla desde el mes de julio.	Tiempo muy corto del presente ciclo para desarrollo de las actividades. Los Cambios de personal,la asignacion de otras actividades, estas presentan retrasos en las el desarrollo de la sactividades pertenecientes a acreditacion.
TEJIDO SOCIAL INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Mejorar la imagen corporativa fundamentada en nuestros valores institucionales y enfocada a los usuarios, la comunidad y el medio ambiente.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	20	Implementar el programa de humanización institucional en la prestación del servicio de salud institucional bajo los lineamientos del Minsalud apoyado en el sistema de gestión de	Programa de humanización estandarizado	(Numero de acciones del programa implementados / Numero total de acciones a implementar) * 100	Porcentaje	35%	2016	Mayor al 80%	10%	29. Disminución progresiva de PQRS por fallos en calidez y trato digno en 2% por cada vigencia (5DG)	% de disminución de PQRS (5DG)	((# de PQRS en la vigencia objeto de medición/ # de PQRS en la vigencia anterior)-1)* 100	Porcentaje	se mide primera vez con 56 casos asociados a humanización	2016	disminución del 8%	2%	100%	En los meses de marzo y mayo se logra disminuir los porcentajes con respecto al mes anterior. sin embargo en el mes de junio se obtuvo el porcentjae mas alto del semestre. El mes de enero de 2017 se registra un total de pqrs de 19 de las cuales 6 tienen el componente de humanización, el mes de febrero de 2017 se registra un total de pqrs	El comportamiento del indicador es bastante variable, por lo que puede ser dificil disminuir el comportamiento de las quejas en un periodo corto.

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLANES ESTRATEGICOS HOSPITALARIOS
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS	2575400380
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	09 DE FEBRERO DE 2017
Nombre del Gerente	LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública		Meta de Resultado	Indicador de resultado					Valor esperado en el cuatrienio	% avance meta resultado	Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado cuatrienio	Meta Producto Programado Año 1 2017	Meta Producto Ejecutado Año 1	Logros	Dificultades
					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base					Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base						
								Valor	Año							Valor	Año					
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Generar una cultura organizacional del autocontrol con énfasis en atención centrada en el usuario, seguridad, enfoque a riesgos, gestión de tecnología y humanización.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	21	Fortalecer en 90% la Seguridad del Paciente en la Institución	Programa de seguridad del paciente estandarizado basado en lineamientos de Ministerio	(Numero de estrategias del programa implementados / Numero total de estrategias a implementar) * 100	Porcentaje	80%	2016	Mayor al 80%	35%	30. Fortalecer la cultura de seguridad del paciente mediante la adherencia al programa en un 80% (8DG)	Percepción cultura de seguridad del paciente	sumatoria de los resultados obtenidos en cada una de las encuestas de seguridad del paciente aplicadas /# total de encuestados*100	promedio	45%	2014	80%	65%	36%	Durante el 1Semestre de 2017 se realizaron: 20 Jornadas de capacitación con personal de diferentes areas, se socializaron 8 tematicas, logrando cobertura de 312 funcionarios , esto reflejado en el aumento significativo de reportes de situaciones inseguras y la disminución de los halllazgos identificados en las rondas diarias de seguridad.	Dentro de las dificultades presentadas es importante mencionar el cambio de Líder del Proceso de Seguridad del paciente, ademas de la alta rotación del personal Administrativo y Asistencial.
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.											31. Disminución progresiva de la ocurrencia de eventos adversos mediante la aplicación del 90% de los paquetes instruccionales según corresponda (9DG)	Porcentaje de avance en la implementación de los paquetes instruccionales	sumatoria del porcentaje de avance en cada uno de los paquetes instruccionales / Total de paquetes instruccionales que aplican diez (10)) *100	Porcentaje	Inicio de Implementación	2016	90%	20%	18%	Durante el 1 Semestre de 2017 Se logro realizar Jornadas de Capacitación al personal asistencial en practicas seguras, garantizando el fortalecimiento de barreras de seguridad y la disminución progresiva de incidentes y/o Eventos adversos. Ademas de ello se logro trabajo articulado con los lideres de proceso y los referentes de los subcomponentes de Seguridad del Paciente aumentando la cultura de seguridad y la vigilancia y/o busqueda activa.	Dentro de las dificultades presentadas es importante mencionar el cambio de Líder del Proceso de Seguridad del paciente, ademas de la alta rotación del personal Administrativo y Asistencial.
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.											32. Cumplimiento del 100% de los planes de mejoramiento de seguridad del paciente.(10DG)	Cumplimiento de los planes de mejoramiento	# acciones implementadas/# total de acciones propuestas *100	Porcentaje	50%	2016	80%	80%	12%	Durante el I semestre de 2017 teniendo en cuenta la ocurrencia de eventos adversos se realizo la formulación de 4 planes de Mejoramiento, estos a cargo de las Referencias de Urgencias y de enfermeria, el 31 de Julio se encuentra Programado el 1 Seguimiento al Cumplimiento de las acciones planeadas y el impacto de estas en los servicios	Dentro de las dificultades presentadas es importante mencionar el cambio de Líder del Proceso de Seguridad del paciente, ademas de la alta rotación del personal Administrativo y Asistencial.
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Implementar soluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	22	Fortalecer al 100% los componentes de Sistema de Información y PAMEC frente a la toma de decisiones y oportunidad en la entrega.	Informes presentados a la dirección con respecto a los resultados semestrales para mejorar la toma de decisiones	(# de informes presentados a la alta dirección / # de Informes programados a presentar) * 100	Porcentaje	0	N.A	100%	100%	33. Cumplir con el reporte de la Resolución 256 de 2016 y la Circular 012 de 2016	Cumplimiento del reporte en los tiempos establecidos	Se realizo el reporte en los plazos establecidos SI o No	unidad	0%	N.A	100%	100%	100%	El reporte de la Circular 012 de 2016 para el primer semestre de 2017, tiene fecha de publicacion al 31 de Agosto, motivo por el cual no se puede medir a la fecha este periodo. La resolucion 256 de 2016 se reporto oportunamente el dia 19 de Julio de 2017 con la informacion correspondiente al primer semestre de 2017.	Las fuentes de información para el diligenciamiento de los reportes en ocasiones requieren ser depuradas para poder lograr el cargue y validacion .
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Consolidar un Sistema de Gestión de Calidad armonizado e integrado que permita el mejoramiento continuo de los servicios.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	23	Fortalecer el sistema de control interno a través del 100% de la implementación y mantenimiento del modelo estándar de control interno	Modelo Implementado al cierre del cuatrenio	Promedio del porcentaje de implementación de los elementos del MECI	Porcentaje	74%	2016	100%	70%	34. Cumplir en 90% al final del cuatrenio en la implementación de los elementos del MECI 2014	% de avance en el MECI	No. de acciones implementadas en el plan de trabajo MECI No. de acciones establecidas en el Plan *100	Porcentaje	No se tiene linea base de acuerdo al plan	2016	95%	80%	14%	Se tiene un avance importante en la implementación del modelo, que para la vigencia 2016 se encuentra en 69,78%, los elementos con menor grado de implementación se encuentran en desarrollo tales como politica de riesgos, gestion documental, socializacion de codigo de etica, evaluacion de impacto del plan de capacitacion y	La institución cuenta con los elementos de MECI en su mayoria documentados y parcialmente conocidos por el personal que labora en la institución. Se presenta como dificultad la alta rotación de personal que dificulta el aprendizaje organización frente al modelo.
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Implementar soluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	24	Implementar al 80% una política de Tecnología de la Información y la Comunicación TIC´s como herramienta de soporte en la toma de decisiones inteligentes e informadas	% de implementación de la Política de TIC´s	# de Acciones de la politica realizadas/total de acciones propuestas *100	Porcentaje	0	2016	80%	83%	35. Implementar en un 80% el programa de Gestión documental (MS)	% de implementación del programa de gestión documental	# de acciones del programa de gestión implementadas/ # de acciones del programa a implementar * 100	Porcentaje	0	N.A	80%	20%	3%	Se cuenta con cronograma de actividades para gestión documental, donde la primer semana del mes de junio está dedicada a contratación de la empresa que realizará el acompañamiento en la institución para el fin propuesto. Se cuenta con disponibilidad presupuestal 991 de fecha 5 de junio de 2017.	A la fecha no ha sido posible realizar la contratación para la implementación del programa de gestión documental.
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Implementar soluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD										36. Notificar oportunamente el 100% de los procesos institucionales para la vigilancia epidemiológica	Oportunidad en la notificación de los eventos de interés y calidad en la informacion y los registros del SIVIGILA (13DG) (14DG)	# de estrategias ejecutadas del Plan de Trabajo/# de acciones establecidas en el Plan de Trabajo * 100	Porcentaje	0	2016	95%	95%	95%	Se ha dado cumplimiento a la notificacion de los eventos de Salud Publica al 100%, en el 1 semestre 2017, (Notificacion Semana Epidemiologica /Notificacion del periodo Epidemiologico). Mediante las estrategias propuestas con el fin de de lograr la notificacion inmedita y semanal al Sistema de Salud Publica SIVIGILA, el cual tiene como responsabilidad el proceso de observación y análisis objetivo	La No identificación de los eventos de Salud Pública oportunamente, permiten incurrir en costos innecesarios que pueden terminar en un caso centinela (la muerte) ser sujetos de sanciones por parte de los entes de Inspección Vigilancia y Control Municipales y Departamentales, (evaluacion del riesgo-beneficio o costo beneficio)
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Implementar soluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD										37. Lograr la unificación de la HC sistematizada en el 100% de las redes de la institución	% de implementación de la Historia clínica Sistematizada	(# de sedes con HC implementada/# de sedes)* 100 (13 sedes)	Porcentaje	75%	2016	85%	77%	77%	Se realiza mantenimiento preventivo y correctivo con la empresa SDT a los equipos de conectividad, proceso que se realiza mensualmente. Se realizo actualizacion y contratacion de un nuevo proveedor de hosting, lo que ha permitido mejorar la conectividad y tiempos de respuesta en las comunicaciones via sitio web y correo electronico.	Continuan los inconvenientes con la conectividad debido a problemas geograficos en algunas zonas, que impiden una comunicacion constante y efectiva con el servidor central de la E.S.E. Se indaga con proveedores de internet la cobertura en zonas donde no se tiene acceso sin tener respuesta positiva al respecto.
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Gestionar los recursos físicos, financieros, tecnológicos y las competencias del talento humano que faciliten el logro de la misión institucional.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD										38. Fortalecer el sistema de información interno en 95% de acuerdo a plan de trabajo que permita la generación de información estadística que facilite la toma de decisiones y el reporte de información.	Porcentaje de Acciones de mejoramiento implementadas	# de estrategias ejecutadas del plan de trabajo / # total de acciones establecidas en el Plan de Trabajo * 100	Porcentaje	0	2016	95%	80%	56%	Se ejecuto en un porcentaje mayor al 80% las actividades contempladas en el plan de trabajo del area de sistemas para la vigencia 2017.	No se dispone con automovil permanente para brindar el soporte efectivo en los centros y puestos de salud, lo que repercute en el tiempo de respuesta del mismo. Se carece de equipos de computo para la instalacion en areas nuevas. No se cuenta con un contrato de soporte para el sistema de informacion DGH.NET
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Implementar soluciones de tecnología de la salud, información y comunicación como apoyo a la toma de decisiones y la innovación.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD										39. Establecer el cumplimiento institucional frente a la norma ISO 27000- 2013.	Cumplimiento de Requisitos de la Norma	# de requisitos cumplidos en la institución/ # de requisitos establecidos en la norma	Porcentaje	0%	2016	50%	20%	5%	La E.S.E. Participo en la capacitacion de implementacion de la Estrategia de Gobierno en Linea en las instituciones hospitalarias realizada en el mes de marzo. Se adquiro, instalo y configuro el antivirus institucional	El area de sistemas no cumple con lo establecido en la norma frente a estructura física y seguridad. La falta de recursos para la compra de equipos de computo y/o actualizacion de los mismos.
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Gestionar los recursos físicos, financieros, tecnológicos y las competencias del talento humano que faciliten el logro de la misión institucional.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD										40. Mantener el reporte al SIUS de la información asistencial y administrativa en un 100% de cumplimiento	Reportes asistenciales hechos al SIUS	# reportes asistenciales realizados/ 6 reportes mensuales	Número	100%	2016	100%	100%	100%	Se realizo el reporte de informacion al SIUS en forma oportuna en su componente asistencial, ya que el mismo se reporta en linea.	El reporte de informacion financiera esta atado al cierre mensual que realiza contabilidad, proceso que viene represado hace dos meses. Esta situacion se ha informado a la subgerencia administrativa para tomar las medidas necesarias.
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Gestionar los recursos físicos, financieros, tecnológicos y las competencias del talento humano que faciliten el logro de la misión institucional.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD											Reportes financieros hechos al SIUS	# reportes financieros realizados/7 1 repote mensual	Número	600%	2016	100%	100%	57%		El reporte de ifromacion financiera esta atado al cierre mensual que realiza contabilidad, proceso que viene represado hace dos meses. Esta situacion se ha informado a la subgerencia administrativa para tomar las medidas necesarias. Para el II Trimestre con corte al 30 de Junio, esta pendiente el reporte de los meses de Mayo y Junio de 2017

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLANES ESTRATEGICOS HOSPITALARIOS
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS	2575400380
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	09 DE FEBRERO DE 2017
Nombre del Gerente	LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública		Meta de Resultado	Indicador de resultado: Nombre del indicador	Indicador de resultado: Descripción de la fórmula	Indicador de resultado: Unidad de medida	Línea base: Valor	Línea base: Año	Valor esperado en el cuatrienio	% avance meta resultado	Meta de producto anual	Indicador de producto: Nombre del indicador	Indicador de producto: Descripción de la fórmula	Indicador de producto: Unidad de medida	Línea base: Valor	Línea base: Año	Valor esperado cuatrienio	Meta Producto Programado Año 1 2017	Meta Producto Ejecutado Año 1	Logros	Dificultades
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Gestionar los recursos físicos, financieros, tecnológicos y las competencias del talento humano que faciliten el logro de la misión institucional.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD										41. Continuar con la prestación de cuatro servicios en la modalidad de Telemedicina.	Servicio en modalidad de telemedicina en funcionamiento	# servicios prestados en la modalidad de telemedicina	Número	4	2016	16	4	100%	Se cuenta con 7 servicios habilitados en modalidad de telemedicina. Durante el mes abril del presente año se realizaron Electrocardiogramas (Lectura de Cardiologo) número 37 y se realizarón 18 Teleconsultas esto se debio a que el acta de inicio se firmo hasta el 5 de Abril y los medicos se capacitaron la tercera semana de Abril. Durante el mes de Mayo se realizaron Electrocardiogramas por Consulta Externa (lectura de Cardiologo) 51 y se realizaron 129 teleconsultas. Durante el Mes de Junio se realizaron 50 Electrocardiogramas por Consulta Externa (lectura de Cardiologo) y se	1. Demora en las autorizaciones por las EPS-S 2. No autorizar los pacientes para atención en nuestra IPS 3. Envió los electrocardiogramas de urgencias debido al ruido exterior
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Mejorar la imagen corporativa fundamentada en nuestros valores institucionales y enfocada a los usuarios, la comunidad y el medio ambiente.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	25	Implementar al 100% los mecanismos de participación social en la ESE.	Implementación de los mecanismos de participación social	# mecanismos implementados /Total de mecanismos de obligatoria implementación *100	Porcentaje	3	2016	3	89%	42. Lograr en 90% la efectividad de los mecanismos de participación social implementados en articulación con el municipio (COPACO, Veedurias, Asousuarios)	Efectividad de los mecanismos de participación	# de reuniones realizadas/ # de reuniones programadas	Porcentaje	12	2016	36	36	100%	Según cronograma de los espacios de participación para el mes de enero se tenia programa 2 reuniones de las cuales se cumplió con reunión de estatutos de la asociación y 1 del comite de etica. Para el mes de febrero se programaron 3 reuniones de las cuales se canceló comité de ética por programación de mesa de acreditación, se realizan dos reuniones con la asociación con la participación de la gerencia en	Cruce de agendas de los miembros participantes que dificultan en ocasiones cumplir con el cronograa establecido.
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Racionalizar los gastos y los costos en la prestación de servicios de salud	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	26	Controlar el riesgo financiero de la prestación de servicios de salud, mediante la implementación del 90% de las estrategias de control de costos y contratación previstas en el cuatrenio.	Instrumentos y herramientas desarrolladas para facilitar la contratación	# de herramientas implementadas para facilitar las compras y la contratación publica/ # herramientas proyectadas para promover las mejores practicas de contratación y control de costos	Porcentaje	0	2016	3	20%	43. Utilizar en cada vigencia una (1) herramienta para la contracción como comercio electrónico, compras conjuntas, cooperativas o cualquier medio que garantice transparencia en los procesos (16DG)	Compras realizadas por medios señalados	# de compras o valor de estas realizadas por los medios señalados SI o NO	Unidad	0	2016	4	1	N.A	En el plan de acción este indicador refleja su medición para el cuarto trimestre de la vigencia, no obstante a la fecha se han celebrado negociaciones de tarifas entre proveedores de medicamentos y otros hospitales con el fin de lograr un acuerdo sobre el ofrecimiento de mejores tarifas en procesos de contratación, lo que redunda positivamente en conseguir mejores precios para las adquisiciones que debe realizar el Hospital.	Teniendo en cuenta la imposibilidad de unificar criterios y necesidades entre las ESE, se dificulta unificar procesos de contratación que se ajusten a las condiciones propias de cada ESE, factores entre que han sido objeto de analisis entre los Gerentes, no obstante se considera esencial las mesas de trabajo en aras de conseguir mejores tarifas de proveedores en el mercado, lo que además soporta claramente el estudio y conocimiento previo de las condiciones del mercado frente a las necesidades de la ESE
	Racionalizar los gastos y los costos en la prestación de servicios de salud											44. Revisar el estatuto y generar el acto administrativo que contenga el manual de contratación y recoja los procesos y procedimientos existentes en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia. (17DG)	Estatuto revisado y acto administrativo del manual de contratación	Acto administrativo del manual de contratación y estatuto revisado	documento	Estatuto que requiere ser revisado Procedimientos elaborados del proceso de Jurídica.	2016	1	1	N.A	Con el Estatuto de contratación se ha logrado cumplir con los cometidos esperados, se ha garantizado la efectiva prestación del servicio y el funcionamiento de la ESE, no obstante se vislumbra la posibilidad de maximizar el ejercicio contractual en el Hospital con la posibilidad de realizar ajustes al mismo. No se han generado procesos ineficaces toda vez que la ESE cuenta con un Estatuto acorde a la norma, con un plan de adquisiciones que permiten garantizar su funcionamiento y el cumplimiento de su misión	No se han generado procesos ineficaces
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Lograr la sostenibilidad financiera y económica	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD										45. Interponer de manera oportuna las reclamaciones o acciones judiciales frente a los procesos condenatorios (18DG) (12MS)	Proporción de acciones de reclamación judicial interpuesta (18DG)	# de medio de control-judicial repetición interpuestas / # de procesos judiciales condenatorios	Proporción	4/4 = 100%	2016	90%	90%	N.A	En el segundo trimestre de la vigencia, no se profirieron fallos condenatorios contra el Hospital, en ese orden no se generó la obligación legal de analizar la procedencia de iniciar acciones de repetición, adicionalmente a la fecha esta establecida la Resolución mediante la cual se reglamenta el comite de Defensa judicial y	Se debe garantizar la oportunidad en el analisis de la procedencia del medio de control de repetición una vez proferido un fallo contra el Hospital y frente a la decisión positiva por parte del comité de iniciar la acción, se debe garantizar la presentación de la demanda en los terminos de Ley
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Lograr la sostenibilidad financiera y económica	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD										46. Ejecutar presupuestalmente al 100% de convenios y contratos suscritos con la gobernacion de cundinamarca y municipios (6MS)	Nivel de cumplimiento de los contratos suscritos(25DG)	Presupuesto ejecutado de contratos- convenios / valor de convenios-contratos suscritos por la institución en el periodo	Porcentaje	Sin dato	2016	100%	100%	100%	#¡REF!	No se han podido liquidar el 100% de los contratos de vigencias anteriores.
TEJIDO SOCIAL. INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Generar una cultura organizacional del autocontrol con énfasis en atención centrada en el usuario, seguridad, enfoque a riesgos, gestión de tecnología y humanización.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD										47. Fortalecer la gestión integral del riesgo PGIR en desarrollo del componente de MECI 2014 al 90% (20DG)	Mapas de riesgo formulados.	# de mapas de riesgos formulados/ # de procesos institucionales.	Proporción	14	2016	56	14	100%	Se cumple para el segundo trimestre del año con la formulación de mapas de riesgos para cada uno de los 14 procesos institucionales. Se da cumplimiento a la meta del año.	Durante el primer trimestre se tuvieron retrasos por parte delos líderes de algunos procesos quienes no formularon oportunamente los mapas de riesgos y no fueron publicados. Sin embargo este atraso ya fue subsanado.
	Lograr la sostenibilidad financiera y económica											48. Nivel de recuperación de la cartera corriente en un 80% y del Porcentaje de recaudo	Nivel de recuperación de la cartera corriente (21DG)	Total recaudo efectivo de cartera corriente por venta de servicio/ Total de la cartera corriente a 31 dic de 2016	Porcentaje	Valor recaudado en 2016 por servicios prestados en 2015 valor total de la cartera 2015 por servicios prestados.	2016	80%	80%	54%	Depuración de cartera que ha permitido realizar acuerdos de pago.	En los procesos de depuracion se evidencia que algunas entidades en el resultado del cruce informan parte de la cartera como facturacion no radicada, dificultando realizar acuerdos hasta tanto la IPS soporta nuevamente la facturacion, esto retrasa el proceso y por ende el pago de la misma. Demora en la asignacion de citas para conciliacion de glosa impidiendo de esta forma realizar el cobro respectivo por el valor conciliado. Para el

CUNDINAMARCA unidos podemos más

E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas De Soacha

GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
PLANES ESTRATEGICOS HOSPITALARIOS
PLAN INDICATIVO

Nombre de la IPS	ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA
Código de habilitación de la IPS	2575400380
Fecha de Aprobación de la Junta Directiva	09 DE FEBRERO DE 2017
Nombre del Gerente	LUIS EFRAIN FERNANDEZ OTALORA

Eje del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Estratégico Institucional	Dimensión Relacionada con el Plan Decenal de Salud Pública		Meta de Resultado	Indicador de resultado: Nombre del indicador	Indicador de resultado: Descripción de la fórmula	Indicador de resultado: Unidad de medida	Línea base: Valor	Línea base: Año	Valor esperado en el cuatrienio	% avance meta resultado
TEJIDO SOCIAL, INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Lograr la sostenibilidad financiera y económica Lograr la sostenibilidad financiera y económica Racionalizar los gastos y los costos en la prestación de servicios de salud	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	27	Fortalecer los procesos administrativos que promuevan el equilibrio presupuestal de la institución, garantizando un recaudo que cubra el pago de los compromisos adquiridos en una proporción mayor o igual a 1.	Resultado equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo Cuentas Por Pagar de vigencias anteriores.	Proporción	1,36	2015	≥1	73%
TEJIDO SOCIAL, INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Lograr la sostenibilidad financiera y económica Lograr la sostenibilidad financiera y económica	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD									
TEJIDO SOCIAL, INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Ofrecer al usuario y comunidad un talento humano competente que refleje en su labor el compromiso y la vocación de servicio.	DIMENSIÓN FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN EN SALUD	28	Medir de forma permanente la experiencia de atención, servicio y desempeño de los procesos, obteniendo un desempeño mayor o igual al 90%	PAS EVALUADO (11DG)	# de metas del PAS evaluadas en el periodo/ # de metas incluidas en el PAS *100	Porcentaje	91%	2016	90%	100%
TEJIDO SOCIAL, INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Fortalecer la gestión clínica para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud impactando positivamente en la satisfacción del usuario y su familia.	DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	29	Disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por eventos, trastornos mentales y las distintas formas de violencia a través del fortalecimiento y la ampliación de la oferta de servicios de salud mental, medido a través de la mejora de la oportunidad de la atención al disminuir 2 días de la actual línea de base.	Oportunidad en los servicios de Psicología y Psiquiatría	Sumatoria de los días desde la solicitud de la consulta hasta la atención/ numero de consultas dadas en el periodo	Días	Psiquiatría: 15 días Psicología: 7 días	2016	< 13 días	N.A
						PROMEDIO OBTENIDO I SEMESTRE 2017					73%

Meta de producto anual	Indicador de producto: Nombre del indicador	Indicador de producto: Descripción de la fórmula	Indicador de producto: Unidad de medida	Línea base: Valor	Línea base: Año	Valor esperado cuatrienio	Meta Producto Programado Año 1 2017	Meta Producto Ejecutado Año 1	Logros	Dificultades
meta porcentaje de recaudo efectivo de cartera mayor a 360 días del 40%	Porcentaje de recaudo efectivo de cartera mayor a 360 días	Valor de recaudo de cartera > 360 días / Valor de la cartera >a 360 días	Porcentaje	Valor recaudado de la cartera por servicios prestados 2014 hacia atrás. Valor total de la cartera 2014 por servicios prestados hacia atrás	2016	40%	40%	24%	Fue la gestion realizada al cierre d ela vigencia 2016 para obtener un reconocimiento por las reclamaciones realizadas a CAPRECOM, y de dicho reconocimiento a MARZO del 2017 se obtuvo una recuperacion por $ 857,000,000	A pesar de las reiteraciones realizadas en aras de obtener la depuracion de la cartera de vigencias 2014 hacia atrás el proceso es demasiado lento.
49. Aumentar el nivel de ventas en un 12%	Aumento del 12% en el Nivel de venta de servicios. (23DG)	Valor reconocido por concepto de ventas de servicios (valor reconocido en el periodo/ valor reconocido en el periodo base) * 100	Porcentaje	Venta de servicios de salud trimestrales	2016	12%	12%	12%	SE LOGRA INCREMENTO PROMEDIO DEL 14% EN LAS VENTAS CON RESPECTO AL MISMO PERIODO DEL AÑO INMEDIATAMNETE ANTERIOR	DIFICULTAD EN LA AUTORIZACION DE SERVICIOS POR PARTE DE LAS EPS, ENVIO DE PACIENTES DEL MUNICIPIO A REALIZAR PROCEDIMIENTOS A OTRAS IPS FUERA DEL MUNICIPIO+
50. Incidir positivamente en la racionalidad de la carga del recurso humano vs. Asistencial. 1/3 (26DG) (12MS)	Relacion de personal administrativo vs. Asistencial	Cantidad de personal administrativo / cantidad de personal asistencial (cientifica y comunitaria)	Porcentaje	sin dato	2016	proporción 1 a 3	proporción 1 a 3	83%	Con respecto al personal contratado para el mes de mayo por OPS tenemos 140 personas de las cuales 39 son administrativos y 101 asistenciales. La distribucion del personal de planta es 58 asistenciales y 31 administrativos. Para el personal por temporal tenemos 267 asistenciales y 101 de administrativos. Total asistenciales:426, Total administrativos:171. Relación: 0,40. Se verifica el factor de personal y se obtiene una relación de 4	La distribucion de personal de planta es casi 1 a 2, que al ser personal permanente con esta proporcion afecta directamente el resultado del indicador.
51. Interponer las Acciones judiciales para el 50% de los casos requeridos para la recuperación de cartera (27Dg)	Acciones judiciales interpuestas	# de acciones judiciales interpuestas para recuperación de cartera/ # de acciones Judiciales requeridas *100	Porcentaje	No se ha iniciado ningún proceso ejecutivo para recuperación de cartera.	2016	50%	50%	N.A	El área jurídica siempre esta presto a generar el apoyo necesario para la interposición de acciones judiciales a que hubiere lugar, no obstante se recalca que se han presentado todas las actuaciones dentro de la parte de reclamaciones administrativas, ante las cuales se debe mantener el seguimiento y cumplimiento de termino	No se han presentado dificultades
52. 100% de los predios donde funcionan las diferentes sedes del HMGY con gestiones de legalidad	predios con gestiones de legalidad	# de predios con gestiones de legalidad/# de predios institucionales	Porcentaje	Sin linea base	2016	100%	100%	N.A	No obstante que este indicador debe evaluarse en el IV trimestre de la vigencia, es necesario señalar que se ha presentado un progreso importante en la legalización de predios bajo un justo titulo, desde la Alcaldía del Municipio de Soacha se adelantan actualmente las gestiones de acción urbanística y	Se debe garantizar la gestion con la totalidad de los predios donde funcionan los puestos de salud del Hospital y teniendo en cuenta el estadio de tinularidad que reiizara la Alcaldía debe analizarse la procedencia de iniciar acción de pertenencia sobre los inmuebles Carmen y Durmanco que son
53. Plan de adquisiciones y de ejecución presupuestal presentado antes del 1 de febrero de cada vigencia (11MS)	Plan de adquisiciones presentado y aprobado por Junta Directiva	Plan de adquisiciones presentado y aprobado por Junta Directiva	unidad	1	2016	4	1	90%	Se logró cubrir la contratación necesaria a garantizar la correcta prestación del servicios y el buen funcionamiento de la Entidad, adicionalmente teniendo en cuenta que se lograron adquirir equipos para el uso del hospital, no fue necesario adelantar procesos para el arrendamiento de los mismos, lo que genera a largo plazo, un ahorro de presupuesto para la ESE	Inoportunidad y falta de claridad en la elaboración de los estudios de conveniencia por parte de algunas áreas.
54. Impactar positivamente en el programa de humanización mediante la formulación y desarrollo del 90% del plan de capacitación y formación (2DG)	Plan de capacitación y formación formulado e implementado	# de acciones incluidas en el Plan de Capacitación y formación ejecutadas/# de acciones incluidas en el Plan de Capacitación* 100	Porcentaje	75%	2016	90%	90%	72%	Se logra capacitar toda la población en diferentes temas. De acuerdo con lo programado se tiene un acumulado de 31 acciones sobre 47 a desarrollar para un 66% cumplido.	Ausencia de profesional del área de Humanización. Falta de asistencia de los funcionarios a algunas actividades programadas.
55. Aumentar la oferta de servicios de salud mental en 10% de acuerdo al actual portafolio de servicios.	atenciones prestadas en salud mental	# atenciones prestadas en salud mental en el periodo / # atenciones prestadas en salud mental en el periodo anterior	Número	1994 psiquiatria 5365 psicologia	2016	1,1	1,03	N.A	Para el primer semestre se alcanzo la meta al aumentar en cada trimestre 9% y 5% respectivamente. Con respecto a la oportunidad esta se disminuye en psquiatria, pero se aumenta para psicologia.	No se presentaron inconvenientes para alcanzar la meta.

Resumen I Semestre	
Metas de resultado	29
Indicadores de resultado	32
Indicadores No aplicables I semestre	8
Promedio de % de avance en metas de producto	65%
Promedio de % de avance en metas de resultado	73%