

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

MATRIZ 1: FORMULACION PLAN DE GESTION 2012-2015

RESOLUCION No. 710 DE 2012

| AREA DE GESTION | No | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ESTANDAR | LINEA BASE 2012 | FUENTE DE INFORMACION | OBSERVACIONES |
|--------------------------|----|---|--|----------|-----------------|--|---|
| DIRECCION Y GERENCIA 20% | 1 | Promedio de la calificación de la evaluación y cualitativa en el desarrollo del ciclo de Mejoramiento de la ESE en los términos del Art 2. De la Res. 2181 de 2008. | Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia / Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia anterior | >= 1,20 | 1 | Documento de autoevaluación de los estándares del Sistema Único de Acreditación. | <p>De acuerdo a la información que reposa en la Oficina de Calidad de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, la planeación y ejecución del primer ciclo de preparación para la acreditación estuvo enfocado en dar inicio en la ruta hacia la acreditación. Durante el proceso de autoevaluación, se evidenció que la Institución realiza actividades tanto a nivel misional como en los procesos de apoyo que no se encuentran documentadas y no obedecen a un proceso sistemático, es por esto que la línea base corresponde a una calificación de uno (1). Lo anterior permite inferir que la Institución se encuentra en una fase inicial (de enfoque) del proceso de acreditación.</p> <p>Es importante aclarar que el hospital Mario Gaitán Yanguas, fue escogido dentro de las 100 entidades para hacer acompañamiento en el proceso de acreditación, lo que evidencio un inicio importante en el ciclo de preparación para la acreditación en los años 2009 y 2010, pero en virtud a que no se le dio continuidad al proceso y no hubo un cierre del último ciclo de acreditación, decayó en los años 2011 y 2012.</p> <p>La línea base fue documentada y concertada con los Líderes de las Mesas de Acreditación en reunión que se llevo a cabo el día 8 de Agosto de 2012.</p> <p>Las actividades planteadas para el cumplimiento de la meta establecida para el tercer trimestre del año 2012 son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formalizar el compromiso de la Alta Gerencia con el Sistema Único de Acreditación (SUA) • Realizar Sensibilización y capacitación al equipo de líderes del proceso en el Sistema Único de Acreditación. • Autoevaluar el SUA en la E.S.E. • Formular Planes de mejoramiento <p>Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades.</p> |
| | 2 | Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud | No de Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas / total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria. | >=0,90 | 0 | Documento cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo derivados del componente de auditoria. | <p>Según el anexo técnico N° 2 de la Resolución 1043 de 2006 el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud - PAMEC se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios". El PAMEC es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior y frente a los soportes que reposan en la oficina de planeación el documento referenciado como PAMEC, no reúne los requisitos establecidos, toda vez que solo contempla uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad que es la autoevaluación para la acreditación dejando por fuera aspectos de obligatorio cumplimiento y priorización como son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sostenibilidad del sistema único de habilitación 2. Sistema de información para la calidad – Indicadores trazadores 3. Seguridad del paciente 4. Humanización del servicio <p>Con lo descrito anteriormente la calificación para este estándar es cero, pues presenta debilidades desde su definición y conceptualización y es por esto que se plantea la reformulación del PAMEC, formulación del Plan y seguimiento a las acciones planteadas.</p> <p>En este aspecto es importante aclarar que en el diagnóstico que se hizo de la cultura organizacional se evidenció la necesidad de un trabajo de concientización y sensibilización de los servidores del Hospital que permita que se genere una cultura de autocontrol y la necesidad de iniciar con un reconocimiento de las fallas que se evidencien en la prestación de los servicios, pues lo que se observó por parte de esta Gerencia es que hay una tendencia a negar cualquier desviación o hallazgo en la calidad de la atención y de buscar justificaciones, sin que se reconozca la necesidad de ejecutar acciones que apunten a un proceso de mejoramiento continuo de la Institución.</p> <p>Las actividades planteadas para el cumplimiento de la meta establecida para el tercer trimestre del año 2012 son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión y Reformulación del PAMEC Institucional. • Formulación Plan de acción. <p>Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades.</p> |

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

MATRIZ 1: FORMULACION PLAN DE GESTION 2012-2015

RESOLUCION No. 710 DE 2012

| AREA DE GESTION | No | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ESTANDAR | LINEA BASE 2012 | FUENTE DE INFORMACION | OBSERVACIONES |
|-----------------|----|---|--|-------------------------|-----------------|---|--|
| | 3 | Gestión de ejecución del Plan de desarrollo institucional | Numero de metas del POA cumplidas / No. De metas del POA programadas | Mayor o igual a 0,90 | 88,24% | Evaluación Plan De Gestión 2011 - II Semestre | <p>Las evidencias de los resultados obtenidos en el seguimiento a los Planes Operativos Anuales, están condensados en los informes de gestión que fueron presentados y soportados ante la Junta Directiva como consta en los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluación Plan De Gestión 2011-II Semestre: Acta de Junta Directiva No. 1 de Febrero 17 de 2012: La evaluación del Plan Operativo Anual para el año 2011 dio como resultado un cumplimiento del 88.24%. <p>No se dio un cumplimiento de las metas definidas en un 100% debido a que algunas de las actividades planteadas en el Plan de Desarrollo Institucional, no dependen exclusivamente del Hospital sino a factores externos ajenos a la E.S.E., esto altera la calificación de los indicadores y no permiten su cumplimiento. En el planteamiento de este indicador es necesario aclarar que el compromiso de la Gerencia se hace frente al cumplimiento de las metas siempre y cuando se garantice el financiamiento en la ejecución de las actividades bien sea por parte de la Gobernación o del Municipio o de los pagadores responsables del aseguramiento de la población, esto según corresponda a cada cual.</p> <p>Las actividades planteadas para el cumplimiento de la meta establecida para el tercer trimestre del año 2012 son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar seguimiento mensual en los respectivos comités a cada uno de los indicadores del Plan Operativo Anual (P.O.A.) propuestos para la vigencia 2012-2015, mediante herramientas administrativas de seguimiento y control. <p>Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades.</p> |
| INSTRATIVA 40% | 4 | Riesgo Fiscal y financiero | Categorización de la ESE por parte de Minproteccion social en cuanto a categorización del riesgo | Categorizada SIN RIESGO | SIN RIESGO | Certificación del Ministerio de Salud y Protección social | <ul style="list-style-type: none"> En cumplimiento de lo establecido en la Ley 1438 de 2011 el Ministerio de Salud y Protección Social, es la Entidad encargada de determinar el riesgo de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la misma ley, y que según la Resolución 2509 de 2012 en donde se define la metodología para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se efectúa la categorización del riesgo para la vigencia 2012, en dicha resolución el E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha aparece Sin Riesgo No obstante lo anterior, es necesario que la Junta Directiva conozca que el Hospital atraviesa por una situación financiera difícil dado que la tercera parte del presupuesto de ingresos de la Entidad estaba proyectado bajo la premisa de la financiación que desde la Secretaria de Salud de Cundinamarca se hacía en relación con la atención de la Población Vinculada. Situación esta que cambió radicalmente desde el mes de Julio de 2012, cuando entra en vigencia el Acuerdo de la CRES que ordena la Unificación del Plan de Beneficios para la Población Subsidiada y que se agrava aún más cuando se comunica por parte del área de Aseguramiento de la Secretaria de Salud, que a partir de la fecha tampoco se pagará la atención de la población vinculada, salvo casos de urgencia y de la población de alto riesgo como el caso de las maternas. Adicionalmente se aclara que el Hospital registra cuentas por pagar a proveedores por valor aproximado de dos mil trescientos millones de pesos, con un gasto fijo mensual aproximado de dos mil cuarenta y dos millones (2.042) y un recaudo proyectado mensual de mil setecientos millones (1.700). Lo cual registraría un déficit de tesorería mensual aproximado de setecientos millones. En cuanto a la cartera (cuentas por cobrar) a la fecha no se me hizo entrega de una relación de las posibles facturas que se adeudan por parte de las EPS y en general de las entidades responsables de pago, no existe claridad frente a la certeza de los valores adeudados por lo que la recuperación de la presunta cartera que asciende a la suma aproximada diez y nueve mil pesos es incierta; para tal efecto se debe iniciar un procedimiento que permita definir la depuración, conciliación con entidades y certificación de la cartera real. |

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

MATRIZ 1: FORMULACION PLAN DE GESTION 2012-2015

RESOLUCION No. 710 DE 2012

| AREA DE GESTION | No | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ESTANDAR | LINEA BASE 2012 | FUENTE DE INFORMACION | OBSERVACIONES |
|-------------------|----|--|--|----------------------|-----------------|--|--|
| FINANCIERA Y ADMN | 5 | Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo producida (2) | [(gasto promedio en el año objeto de evaluación, sin incluir cuentas por pagar / No. De UVR producidas en la vigencia) / (gasto comprometido en la vigencia anterior, en valores constantes del año objeto de evaluación, sin incluir CxP / Numero UVR producidas en la vigencia anterior)] | < 0,90 | 0.99632 | Ejecución presupuestal reportada al Sistema de Información SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya Ficha técnica de la pagina Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social | <ul style="list-style-type: none"> Este indicador mide la evolución del gasto comprometido frente a la producción de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha. El indicador de Unidad de Valor Real producida, corresponde al cálculo realizado por el Ministerio de Protección Social, a partir de la información presupuestal y la producción reportada por servicio, en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 2193 de 2004. El indicador nos permite realizar el análisis y control en la ejecución de los GASTOS, permitiendo buscar la financiación, como resultado de la operación corriente en cada vigencia: (buscar el respaldo, con el flujo de efectivo). Aunque la medida a implementar es la reducción del gasto para el año 2012, debido a que se tiene una proyección en el ingreso menor a la vigencia anterior, se aclara que la Entidad no efectuó una medición del impacto que generaba la implementación de la nueva reglamentación hasta el punto que se realizaron compromisos presupuestales sin tener en cuenta la posible variación en la venta de servicios. Se observa que el gasto en el que se incurrió durante el primer semestre de 2012 no ha tenido disminución y además la producción del periodo no es suficiente para cumplir con el estándar sugerido. Quiere esto decir que la Entidad no cumpliría con el estándar establecido por el Ministerio ni durante la vigencia anterior, ni en lo que va corrido del año (Corte 30 de Junio de 2012) y esto bajo unas condiciones estables y controladas antes de la entrada en vigencia del Acuerdo 032 de la CRES (1 de Julio de 2012). Entonces, aunque el indicador para este periodo registra una disminución mínima con respecto al periodo anterior, se aclara que este es el comportamiento del primer semestre, en el cual aún no se registra el impacto de la reducción de la producción, el cual como ya se dijo se reflejara a partir del mes de Julio y con mayor intensidad a partir del mes de Septiembre (esto último en razón a que algunos procedimientos, los cuales fueron ordenados antes del 1 de Julio, en principio serán objeto de reconocimiento por parte de la Secretaría de Salud de Cundinamarca). Ahora bien, revisada la información de la cual se me hizo entrega frente a los Contratos vigentes con las EPS de Régimen Subsidiado que cuentan con afiliados en los Municipios de Soacha, Granada y Sibaté, se evidencia la necesidad de gestionar una renegociación con dichas entidades, con el fin de lograr mejorar las tarifas en los contratos por evento y ajustar los valores de la cápita a reconocer por cada usuario de nuestros servicios. Las actividades planteadas para el cumplimiento de la meta establecida para el tercer trimestre del año 2012 son las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Análisis del comportamiento del GASTO en cada mes y medición de la financiación con la posibilidad del RECAUDO, para buscar el respaldo y financiación total. Controlar la Ejecución del GASTO, y realizar la medición de acuerdo a la posibilidad del RECAUDO por concepto de las Ventas RECONOCIDAS Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades. |
| | 6 | Proporción de medicamentos y material medico-quirurgicos adquiridos mediante compras | Valor total de adquisicion de medicamentos y material medico-quirurgicos realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de ESE o/y mecanismos electronicos / Valor total de adquisiciones de la ESE | Mayor o igual a 0,70 | 0 | Informe del responsable del área de compras firmado por el revisor fiscal | <ul style="list-style-type: none"> El indicador permite realizar un control permanente en la adquisición de los Medicamentos e insumos médico quirúrgicos, y mantener la proporción adecuada para el suministro a los usuarios atendidos. Durante la vigencia del 2011 y lo corrido de la vigencia 2012, la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha NO ha realizado adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico a través de compras conjuntas por medio de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos. Para garantizar un eficiente uso de los recursos, es necesario efectuar un análisis de las posibilidades que ofrece la Secretaría de Salud de Cundinamarca para realizar las compras conjuntas y las que trae la normatividad legal vigente con el fin de plantearlas a la Junta Directiva del Hospital y actualizar el reglamento de contratación correspondiente, lo cual le dará a la Gerencia la viabilidad jurídica para su ejecución. Las actividades planteadas para el cumplimiento de la meta establecida para el tercer trimestre del año 2012 son las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Establecer los mecanismos para las compras conjuntas y actualizar el Manual de Contratación del Hospital. Estructurar el Plan de Compras 2013, incluyendo las necesidades de medicamentos de la Institución que sirva como insumo para las compras conjuntas. Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades. |

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

MATRIZ 1: FORMULACION PLAN DE GESTION 2012-2015

RESOLUCION No. 710 DE 2012

| AREA DE GESTION | No | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ESTANDAR | LINEA BASE 2012 | FUENTE DE INFORMACION | OBSERVACIONES |
|---------------------------------|----|---|---|------------------------|-----------------|--|---|
| FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40% | 7 | Monto de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios de personal de planta o por OPS y variacion del monto frente a la vigencia anterior | A. Valor de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios de personal de planta y por OPS con corte a 31 de dic. De la vigencia en evaluacion B. [(Valor de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios de personal de planta y por OPS con corte a 31 de dic. de la vigencia objeto de la evaluacion) - (Valor de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios de personal de planta y por OPS con corte a 31 de dic. de la vigencia anterior en valores constantes) | 0 o variación negativa | 0 | Certificación de Revisoría Fiscal | <ul style="list-style-type: none"> A la fecha la E.S.E. No tiene deuda por concepto salario superior a 30 días. Nos permite realizar las provisiones de Tesorería, en cada mes, para así dar prioridad y cumplir con el pago oportuno de los salarios por nómina de planta y externalización de servicios, y no generar deuda alguna en un periodo superior a treinta días de la prestación de los servicios o del recibido a satisfacción del servicio. Es necesario aclarar que la línea base solo tiene en cuenta los servicios que actualmente han sido objeto de reconocimiento por parte del Hospital. Se desconoce si a la fecha se encuentran pendientes por radicar cuentas por prestación de servicios personales o externalizados que no hayan sido objeto de verificación y aceptación a satisfacción y cuyo monto podría afectar el flujo de caja del Hospital y eventualmente generar un cambio del valor registrado, lo que haría necesario replantear la meta establecida para el cumplimiento de este indicador. Adicionalmente, con la regulación del Sistema de Seguridad Social en Salud, mediante la Ley 100 de 1993, desaparecieron los fondos de prestaciones sociales responsables de las cesantías retroactivas y cuyos recursos eran administrados y girados directamente por los hospitales a través del pago directo de dichas cesantías, entonces los saldos que se encontraban en estos fondos con corte a 31 de diciembre de 1993 debían ser transferidos por los Hospitales a un fondo público; mientras el Departamento legalizaba dicho evento. En el caso de Horizonte; se transfieren los recursos al Fondo Nacional del Ahorro (FNA) como cuenta puente para ser consignados posteriormente a dicho Fondo. Según reporta el área de Talento Humano, a partir de ese momento el FNA registra una cuenta por pagar, correspondiente a unos intereses por concepto de rendimientos financieros y que presuntamente el Hospital debió haber pagado por dicho proceso. No obstante a la fecha no hay claridad ni certeza frente al monto presuntamente adeudado. Cuando el FNA notifique el valor de la cuenta y dependiendo del monto, se podría afectar el flujo de caja, lo que haría necesario replantear la meta establecida para el cumplimiento de este indicador. |
| | 8 | Utilizacion de informacion de registro individual de prestaciones RIPS | No. De informes de analisis de la presatacion de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS de la vigencia (primer nivel el informe debe contener la caracterizacion de la poblacion capitada, teniendo en cuenta como minimo el perfil epidemiologico y las frecuencias de uso de los servicios | 0 | 4 | 1. Informe del Responsable de Planeación de la E.S.E. o quien haga sus veces. 2. Actas de Junta Directiva. | <p>El proceso de generación de RIPS está a cargo del área de facturación, este requiere de mejoras en cuanto a su implementación para garantizar la calidad de los registros y de la información correspondiente. • Los RIPS de la Institución los ha realizado el área de facturación con el apoyo del área de Estadística, se hace necesario el fortalecimiento y unificación de este proceso, ya que a la fecha los registros que se generan son de baja calidad, lo que incide notablemente en la glosa institucional y en la información disponible para la toma de las decisiones gerenciales.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si bien es cierto que alguna información de la que se presenta a la Junta Directiva se obtiene a partir de los RIPS, la misma no está acorde con los contenidos de este nuevo indicador que debe estar relacionada con la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios. Adicionalmente la entidad no cuenta con información unificada en relación con las estadísticas de los diferentes procesos asistenciales, encontrando diversas fuentes de información las cuales además de manuales resultan poco fidedignas. Por todo lo anterior la línea de base es cero. Para el año 2012 se proyecta presentar un (1) informe a junta directiva que cumplan con las características mínimas requeridas. |

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

MATRIZ 1: FORMULACION PLAN DE GESTION 2012-2015

RESOLUCION No. 710 DE 2012

| AREA DE GESTION | No | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ESTANDAR | LINEA BASE 2012 | FUENTE DE INFORMACION | OBSERVACIONES |
|--------------------|----|--|--|---|--|--|--|
| | 9 | Resultado equilibrio presupuestal con recaudo | Valor de la ejecucion de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecucion de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores | Mayor o igual a 1,0 | 1.000152 | Ejecución presupuestal reportada al Sistema de Información SIHO en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, o la norma que lo sustituya. | <ul style="list-style-type: none"> • Con este indicador se busca efectuar el control y financiamiento total de los Gastos, con el RECAUDO efectivo disponible; "POR CADA PESO DISPONIBLE EN EFECTIVO, FINANCIAR UN PESO EN EL GASTO COMPROMETIDO". • Para alcanzar la financiación de los compromisos con el RECAUDO efectivo, debemos replantear y estructurar nuestro sistema de cobro; el proceso de cartera y de cobro de la misma, es un proceso débil que no nos brinda ninguna garantía por no haberse realizado depuración, conciliaciones con las entidades, lo que conlleva a una recuperación tardía e impredecible. • Para el segundo semestre de la vigencia 2.012, ya no contamos con los recursos provenientes del Subsidio a la oferta "Vinculados", lo que implica elaborar un plan de contingencia en el cobro de cartera, control y disminución del GASTO, en lo que resta de la vigencia, por encontrarse al mes de Julio una ejecución de GASTOS en un 64.4%, (la cual a Julio debería ser del 58%). • Al respecto se aclara que esta administración recibió el proceso de facturación y cartera, tercerizado con una empresa, y el mismo registra muchas falencias, sin que a la fecha se pueda garantizar la continuidad del contratista toda vez que se le ha solicitado a la Supervisora del Contrato; la Subgerente Administrativa y Financiera un seguimiento estricto en el cumplimiento de las obligaciones y la entrega de resultados los cuales no se han evidenciado por parte de esta Gerencia, lo cual dificulta aún más la gestión en el cobro de la cartera y por consiguiente la garantía en el aumento del recaudo de la Institución. • Por lo anterior se hace necesario el tener en cuenta los dos periodos semestrales de la actual vigencia de manera independiente, ya que el recaudo del segundo semestre se ve afectado aproximadamente en un 40% y de la misma manera la capacidad en la adquisición de los GASTOS, se ve disminuida considerablemente, y las variables de evaluación no van a ser consecuentes. <p>Se observa que el recaudo durante el primer semestre de 2012 ha sido inferior a los gastos totales. Quiere esto decir que la Entidad no cumple con el estándar establecido por el Ministerio, en lo que va corrido del año (Corte 30 de Junio de 2012) y esto bajo unas condiciones estables y controladas antes de la entrada en vigencia del Acuerdo 032 de la CRES (1 de Julio de 2012), de la reducción del ingreso y por ende de la evidente disminución del recaudo.</p> <p>Entonces, el indicador para este periodo aún no registra el impacto de la reducción de los ingresos, el cual como ya se dijo se reflejara a partir del mes de Julio y con mayor intensidad a partir del mes de Septiembre.</p> <p>Nuevamente resalto la necesidad de gestionar una renegociación con dichas entidades, con el fin de lograr mejorar las tarifas en los contratos por evento y ajustar los valores de la cápita a reconocer por cada usuario de nuestros servicios Sin embargo, el resultado de dicha negociación es incierto toda vez que depende de la voluntad de los aseguradores.</p> <p>Las actividades planteadas para el cumplimiento de la meta establecida para el tercer trimestre del año 2012 son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medir el impacto real en la disminución del ingreso con la unificación del POS y presentar Informe respectivo. • Hacer seguimiento y control a la recuperación de la cartera y realizar gestión del RECAUDO por la venta de los servicios. <p>Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades.</p> |
| ADMINISTRATIVA 40% | 10 | Oportunidad de la entrega de reporte de informacion en cumplimiento de la circular unica | Cumplimiento oportuno de los informes, en terminos de la normatividad vigente | Cumplimiento dentro de los terminos previstos | Cumplimiento dentro de los terminos previstos. | Superintendencia Nacional de Salud. | <p>El cumplimiento en el reporte de información de la Circular Única de la Superintendencia de Salud dentro de los términos previstos se ha llevado a cabo en la institución como consta en los pantallazos de certificación de envío en las siguientes fechas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Año 2012 Periodo 41: 19/07/2012 • Año 2011 Periodo 41: 30/07/2011 • Año 2011 Periodo 43: 27/02/2012 • Año 2010 Periodo 43: 09/03/2011 <p>Durante el año 2011 se presentaron 2 reportes semestrales dentro de los términos establecidos, dando cumplimiento a la normatividad vigente.</p> <p>Para el año 2012 se deben realizar los ajustes necesarios en los procesos que permitan dar cumplimiento a la Circular Externa No. 009 de Julio 19 de 2012, en la cual se dictan los nuevos parámetros para reporte de información a la Superintendencia Nacional de salud.</p> |

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

MATRIZ 1: FORMULACION PLAN DE GESTION 2012-2015

RESOLUCION No. 710 DE 2012

| AREA DE GESTION | No | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ESTANDAR | LINEA BASE 2012 | FUENTE DE INFORMACION | OBSERVACIONES |
|---------------------|----|---|--|---|--|---|---|
| FINANCIERA Y ADMIN | 11 | Oportunidad de la entrega de reporte de informacion en cumplimiento del decreto 2193 | Cumplimiento oportuno de los informes, en terminos de la normatividad vigente | Cumplimiento dentro de los terminos previstos | Cumplimiento dentro de los terminos previstos. | Ministerio de Salud y Protección Salud | <p>A la fecha la institución ha reportado oportunamente la información correspondiente al Decreto 2193 de 2004 Análisis:</p> <p>El cumplimiento en el reporte de información correspondiente al Decreto 2193 de 2004 dentro de los términos previstos, se ha llevado a cabo en la institución como consta en los pantallazos de certificación de envío en las siguientes fechas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2012 I Trimestre 2012/05/28 - II Trimestre 2012/07/23 • 2012 I Semestre 2012/07/23 • 2011 I Tri. 2011/07/22 – II Tri. 2011/08/29 – III Tri. 2011/11/24 – IV Tri. 2012/05/02 • 2011 I Semestre 2011/07/28 – II Semestre 2012/04/17 • 2011 Anual 2012/05/17 <p>Durante el año 2011 se presentaron cuatro (4) reportes Trimestrales, dos (2) Semestrales y uno (1) anual dentro de los términos establecidos, dando cumplimiento a la normatividad vigente.</p> |
| ICA ASISTENCIAL 40% | 12 | Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación. (NIVEL II y III) | Numero de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación / Total historias Clínicas auditadas de pacientes con edad estacional mayor de 27 semanas atendidas en la E.S.E. con diagnostico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación. | >=0.80 | 0 - No se cuenta con información | Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. | <p>Según reporte del área de Planeación y Calidad no existe guía institucional para el manejo específico de Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación. (NIVEL II y III). Igualmente no se evidencia la realización de auditorías de seguimiento y adherencia a guías adoptadas de otras Instituciones o las establecidas por la Secretaria de Salud.</p> <p>Es por esto que no se cuenta con una línea base que muestre en que porcentaje de adherencia se encuentran las guías de hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.</p> <p>Se espera durante el 2012 comenzar el proceso de adopción, revisión, actualización y socialización, además de la evaluación y auditoría de adherencia a las guías para cumplir con el estándar planteado.</p> <p>Las actividades planteadas para el cumplimiento de la meta establecida para el tercer trimestre del año 2012 son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión y ajuste de las guías existentes. • Adopción de guías siguiendo como parámetro las guías del Ministerio de la Protección Social. • Socialización de las guías. <p>Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades.</p> |

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

MATRIZ 1: FORMULACION PLAN DE GESTION 2012-2015

RESOLUCION No. 710 DE 2012

| AREA DE GESTION | No | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ESTANDAR | LINEA BASE 2012 | FUENTE DE INFORMACION | OBSERVACIONES |
|-----------------|----|--|---|----------|-----------------------------------|--|--|
| GESTION CLIN | 13 | Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. (NIVEL II y III) | Numero de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la E.S.E. para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia / Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con el Diagnostico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia | >=0.80 | 0 No se cuenta con información | Informe del Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. | <p>La primera causa de egreso, según la información del perfil epidemiológico del 2011 fue "Parto único espontáneo presentación cefálica de vértice" (n:531); sin embargo, hasta el momento no se han auditado las historias clínicas con el fin de evaluar la aplicación de la guía de manejo hospitalaria. • Durante el 2011 se registraron 2.900 atenciones en el servicio de hospitalización según la información suministrada por estadística, de las cuales 1.921 (62,24%) fueron en mujeres y 978 (33,75%) en hombres. La causa más frecuente de morbilidad en este servicio fue la atención de parto, seguido por bronconeumonía y dolor abdominal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una de las principales debilidades es el uso inadecuado de los diagnósticos del CIE 10, teniendo en cuenta que los médicos emplean los mismos códigos frecuentemente ó utilizan los códigos correspondientes a signos y síntomas, situación que no permite conocer el comportamiento real de la morbilidad en la institución. • Se debe realizar auditoria de adherencia a la guía de la primera causa de egreso hospitalario teniendo en cuenta que no se ha realizado previamente. <p>Las actividades planteadas para el cumplimiento de la meta establecida para el tercer trimestre del año 2012 son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión y actualización del perfil epidemiológico de acuerdo a las primeras causas de morbilidad sentida de hospitalización. • De acuerdo al perfil epidemiológico, revisión y actualización de la guía de manejo para la primera causa de morbilidad atendida en hospitalización. • Socialización de la guía de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. (NIVEL II y III). <p>Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades.</p> |
| | 14 | Oportunidad en la realización de Apendicetomía. (NIVEL II y III) | Número de pacientes con diagnostico de apendicitis al egreso a quienes se inicio la Apendicetomía, después de confirmado el diagnostico en un tiempo igual o menor a 6 horas / total de pacientes con Diagnostico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de la evaluación. | >=0.90 | No hay dato oficial | Informe de Subgerencia Científica de la E.S.E. o quien haga sus veces. | <p>En la actualidad no se cuenta con un informe confiable que permita identificar el indicador plenamente, se cuenta con datos obtenidos de manera informal por la coordinación de urgencias. • Actualmente en el servicio de urgencias del Hospital Mario Gaitán Yanguas, se evidencia por el análisis realizado de enero a julio, que el 97% de los pacientes que ingresan por apendicitis son intervenidos quirúrgicamente antes de las 6 horas de establecido el diagnóstico. No obstante esta información fue obtenida a través reporte registrado de forma manual por parte del Coordinador de urgencias que no obedece a un proceso sistemático de captura de información y corresponde a un dato oficial. • Uno de los motivos de consulta más frecuentes al área de urgencias es el de dolor abdominal, aproximadamente el 70 % de los mismos son sugestivos de apendicitis aguda, el total de los sugestivos son valorados por el cirujano de turno y los confirmados con apendicitis aguda son pasados a cirugía según manifiesta el especialista antes de las 6 horas de diagnosticados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro del análisis tenemos que una de las fortalezas que se tienen en el hospital Mario Gaitán Yanguas, es la presencia de cirujano general las 24 horas del día. • Para los meses de marzo a julio se presentaron más casos de apendicitis diagnosticadas que las operadas, lo anterior dado que el restante, son pacientes con EPS contributiva que no autorizaron procedimiento en la institución y fueron remitidos. • Se reitera que la base de datos para obtener esta información proviene de las estadísticas personales del coordinador de urgencias quien de manera retrospectiva y manual ha levantado la información por lo que se considera que la fuente no es 100% confiable. <p>Las actividades planteadas para el cumplimiento de la meta establecida para el tercer trimestre del año 2012 son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una metodología para obtener la información a partir de una base de datos confiable. • Realizar la medición del indicador a partir de la metodología establecida y determinar la línea base correspondiente. <p>Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades.</p> |

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

MATRIZ 1: FORMULACION PLAN DE GESTION 2012-2015

RESOLUCION No. 710 DE 2012

| AREA DE GESTION | No | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ESTANDAR | LINEA BASE 2012 | FUENTE DE INFORMACION | OBSERVACIONES |
|---------------------------------|----|---|--|---------------------------|---|---|---|
| GESTION CLINICA ASISTENCIAL 40% | 15 | Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual. (NIVEL II y III) | Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de la evaluación y (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de la evaluación / Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior) | Cero o variación negativa | 0 casos notificados para el 2012 según reporte del área de epidemiología. | Comité de calidad o quien haga sus veces | <p>No existe ficha de reporte de evento adverso para los casos de neumonía broncoaspirativa pediátrica de origen intrahospitalaria, igualmente no se evidencia soporte de los casos analizados por neumonía nosocomial pediátrica donde se descarte neumonía bronco-aspirativa asociada al cuidado de la salud o por evento adverso. No existe protocolo ni guía de manejo para bronconeumonía aspirativa pediátrica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La base de datos para obtener esta información, proviene de las estadísticas oficiales del área de epidemiología y seguridad del paciente, sin embargo a pesar de que existe la ficha de reporte no existe la cultura de reporte de este tipo de evento por parte del equipo de salud, se debe establecer la línea base a partir de la socialización de la notificación y búsqueda activa de los casos de neumonía aspirativa intrahospitalaria, elaborar el protocolo y la guía de manejo de bronconeumonía aspirativa, socializarla, implementarla y evaluarla al equipo multidisciplinario de salud. <p>Las actividades planteadas para el cumplimiento de la meta establecida para el tercer trimestre del año 2012 son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar al equipo interdisciplinario de salud sobre la importancia de la notificación de estos casos en la ficha de notificación de evento adverso al área de seguridad del paciente, haciendo énfasis de la importancia de este tema y las actividades preventivas a los cuidadores del paciente pediátrico. • Revisar e implementar nuevos procesos de inducción y reinducción al personal que labora en los servicios que atiendan pacientes pediátricos. • Brindar educación específica al cuidador de los pacientes pediátricos durante la estancia hospitalaria y en casa sobre las medidas preventivas de broncoaspiración. • Reforzar las medidas preventivas de broncoaspiración a través de la consulta de crecimiento y desarrollo tanto por medicina como por enfermería. • Elaborar guía de manejo de bronconeumonía aspirativa pediátrica y socializarla. <p>Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades.</p> |
| | 16 | Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo miocardio (IAM) (NIVEL II y III) | Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo al miocardio a quienes se inicio la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnostico / Total de pacientes con diagnostico de egreso de infarto agudo del miocardio en la vigencia | >=0.90 | No Hay dato oficial | Comité de calidad o quien haga sus veces. | <p>El Coordinador de Urgencias informa que actualmente al 100% de los pacientes con Diagnostico de infarto agudo de miocardio se le inicia manejo de forma inmediata según los protocolos internacionales y se le inicia remisión para III nivel de complejidad. Dentro del análisis efectuado por el Coordinador de Urgencias, tenemos que una de las prioridades en la atención como triage I en el sistema de salud colombiano y que se aplica en la institución es el dolor torácico, de estos se tiene que aproximadamente el 10% de los mismos es confirmatorio de Infarto Agudo de Miocardio, diagnostico que se da en la consulta de urgencias mediante la anamnesis y la toma de electrocardiograma, el 100% de los pacientes con Diagnostico de infarto agudo de miocardio se le inicia manejo de forma inmediata según los protocolos internacionales y se le inicia remisión para III nivel de complejidad y según sea el caso si se detecta en las fases iniciales se hace remisión como código azul para manejo en Clínica Cardiovascular.</p> <p>La base de datos para obtener esta información proviene de las estadísticas personales del coordinador de urgencias quien de manera retrospectiva y manual ha levantado la información. No obstante no se ha hecho una revisión de las historias clínicas para corroborar los datos por lo que se considera que la fuente no es 100% confiable.</p> <p>Hospital Mario Gaitán Yanguas cuenta con atención de urgencias 24 horas lo que constituye una fortaleza para el cumplimiento de esta meta.</p> <p>Las actividades planteadas para el cumplimiento de la meta establecida para el tercer trimestre del año 2012 son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una metodología para el reporte y análisis de la información obtenida para garantizar una fuente de datos confiable. • Obtener la información a partir de una base de datos confiable. Establecer línea base para medición. <p>Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades.</p> |

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

MATRIZ 1: FORMULACION PLAN DE GESTION 2012-2015

RESOLUCION No. 710 DE 2012

| AREA DE GESTION | No | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ESTANDAR | LINEA BASE 2012 | FUENTE DE INFORMACION | OBSERVACIONES |
|-----------------|----|---|---|----------|---|---|---|
| | 17 | Análisis de mortalidad intrahospitalaria. (NIVEL II y III) | Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo / Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo. | >=0.90 | 0 – No se realiza análisis | Comité de mortalidad hospitalaria o quien haga sus veces. | <ul style="list-style-type: none"> El Hospital tiene implementado el software del RUAF a partir del 2008, lo que permite que el área de epidemiología realice juiciosamente el reporte al DANE mes a mes del 100% de los pacientes fallecidos intrahospitalariamente después de las 48 horas, sin embargo no se realiza comité para el análisis de la mortalidad evitable ni de los eventos objeto de vigilancia en salud pública. Se aclara que solo se efectúa análisis de los casos de mortalidad de notificación epidemiológica obligatoria. Durante el 2011 se certificaron 155 muertes hospitalarias, de las cuales el 41,93% fueron mayores de 48 horas (n:65), Fuente: Estadísticas Vitales, Historias Clínicas Durante el 2011, en la E.S.E. se certificaron 952 muertes, con la siguiente distribución: domiciliaria certificada (10,18%), fetal certificada (46,53%), no fetal certificada (26,99%) y hospitalaria certificada (16,28%). De ésta última, se certificaron 81 casos de muerte menor de 48 horas y 65 casos de muerte mayor de 48 horas. Se debe conformar el comité para el análisis de mortalidad evitable y de los eventos objeto de vigilancia en salud pública (según lo establecido por la norma) y legalizarlos mediante resolución de la gerencia para realizar el análisis de los casos respectivos y las primeras causas de mortalidad intrahospitalaria en las primeras 48 horas. Para el cumplimiento del indicador se priorizaran los eventos de notificación obligatoria, los eventos de salud pública y aquellos casos que correspondan a eventos adversos o que tengan una presunta relación con el proceso de atención. <p>Las actividades planteadas para el cumplimiento de la meta establecida para el tercer trimestre del año 2012 son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conformar el comité para el análisis de mortalidad evitable y de los eventos objeto de vigilancia en salud pública y legalizarlo mediante resolución de la gerencia. Identificar y analizar las causas más frecuentes de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas. Realizar el comité mensualmente con la participación de las áreas involucradas según la norma. Identificar las cinco primeras causas de mortalidad hospitalaria mayor a 48 horas presentadas en la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha. |
| 40% | 18 | Oportunidad en la atención de consulta de pediatría. (NIVEL II y III) | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio para ser atendido en consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita / número total de consultas medicas pediátricas asignadas en la institución. | <=5 | Año 2010: 1.3 Año 2011: 1.7 Fuente: Estadística | Superintendencia Nacional de Salud. | <ul style="list-style-type: none"> Se evidencia un porcentaje alto en el incumplimiento de citas. El Pediatra manifiesta que presuntamente no hay adherencia a los programas en especial: Crecimiento y Desarrollo, atención en consulta externa y primera atención post parto. <p>Actualmente la institución tiene la oportunidad para la consulta externa de pediatría en un promedio de 2 días, considerándose óptimo según lo establecido por la norma que tiene como límite 5 días, sin embargo se considera que se debe fortalecer los programas de plan canguro y crecimiento y desarrollo para así aumentar la adherencia a la consulta de pediatría se debe hacer seguimiento a este indicador para mantenerlo en el estándar obtenido y fortalecer el sistema de información para que la fuente sea 100% confiable, este indicador debe ser arrojado directamente por el sistema, en la actualidad se obtiene la información de manera manual. Las actividades planteadas para el tercer trimestre del año 2012 son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medición mensual del indicador y seguimiento del cumplimiento del estándar establecido por la Superintendencia Nacional de Salud. |

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

MATRIZ 1: FORMULACION PLAN DE GESTION 2012-2015

RESOLUCION No. 710 DE 2012

| AREA DE GESTION | No | INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ESTANDAR | LINEA BASE 2012 | FUENTE DE INFORMACION | OBSERVACIONES |
|-----------------------------|----|--|---|----------|--|-------------------------------------|---|
| GESTION CLINICA ASISTENCIAL | 19 | Oportunidad en la atención gineco-obstétrica. (NIVEL II y III) | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio para ser atendido en consulta médica gineco-obstétrica y la fecha para la cual es asignada la cita / número total de consultas medicas gineco-obstetricas asignadas en la institución. | <=8 | Año 2010: 4.3 Año 2011: 3.8 Fuente: Estadística | Superintendencia Nacional de Salud. | <p>En la actualidad la Institución tiene la oportunidad de la consulta de Gineco-obstetricia a 4 días, considerándose óptima de acuerdo a lo establecido por la circular 056, se debe hacer seguimiento a este indicador para mantenerlo en el estándar obtenido y fortalecer el sistema de información para que la fuente sea 100% confiable, este indicador debe ser arrojado directamente por el sistema, en la actualidad se obtiene la información de manera manual. Las actividades planteadas para el tercer trimestre del año 2012 son las siguientes:</p> <p>Medición mensual del indicador y seguimiento del cumplimiento del estándar establecido por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> |
| | 20 | Oportunidad en la atención de medicina interna. (NIVEL II y III) | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita por cualquier medio para ser atendido en consulta de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita / número total de consultas de medicina interna asignada en la institución. | <=15 | SIN DATO | Superintendencia Nacional de Salud. | <ul style="list-style-type: none"> • La consulta externa por medicina interna no se está prestando por lo cual no se cuenta con línea base. • La consulta de medicina interna no ha tenido continuidad por la no disponibilidad de especialistas, por la ubicación geográfica de la institución. Teniendo en cuenta lo anterior no ha sido posible construir la línea base, es necesario garantizar la continuidad de la consulta mediante la contratación de especialistas para cumplir con el estándar establecido por la norma. Las actividades planteadas para el cumplimiento de la meta establecida para el tercer trimestre del año 2012 son las siguientes: • Establecer la línea de base a partir de la implementación de la consulta de medicina interna. • Seguimiento al cumplimiento del indicador según lo establecido por la ley y reporte a la Supersalud. <p>Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades.</p> |

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

MATRIZ 2: PROYECCION PLAN DE GESTION 2012-2015

RESOLUCION No. 710 DE 2012

| AREA DE GESTION | No. | LOGROS Y/O COMPROMISOS (METAS DE RESULTADO) | ACTIVIDADES A REALIZAR | METAS DE GESTION | | | |
|--------------------------|-----|--|---|--|-------------|-------------|-------------|
| | | | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| DIRECCION Y GERENCIA 20% | 1 | Alcanzar una calificación $\geq 2,2$ en la autoevaluación de los estándares de acreditación al finalizar el cuatrienio. | Formalizar el compromiso de la Alta Gerencia con el Sistema Único de Acreditación (SUA) Realizar Sensibilización y capacitación al equipo de líderes del proceso en el Sistema Único de Acreditación. Autoevaluar el SUA en la E.S.E. Formular Planes de mejoramiento | $\geq 1,20$ Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades. | $\geq 1,45$ | $\geq 1,50$ | $\geq 1,7$ |
| | 2 | Alcanzar un numero de acciones de mejora derivadas de las auditorias realizadas superior al o igual al 0,90 al finalizar el cuatrienio. | Formular el PAMEC Institucional Formular plan de acción Implementación y evaluación de los planes de mejoramiento | $\geq 0,90$ Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades. | $\geq 0,90$ | $\geq 0,90$ | $\geq 0,90$ |
| | 3 | Alcanzar al finalizar el cuatrienio un porcentaje de cumplimiento del Plan de Desarrollo Institucional mayor o igual al 90%, con el fin de fortalecer y apoyar las estrategias de Plan de Salud Departamental que se apliquen al municipio de Soacha y que cuenten con la financiación a través del ente departamental, municipal, de las EPS o de las entidades responsables de pago. | Realizar seguimiento mensual en los respectivos comités a cada uno de los indicadores del Plan Operativo Anual (P.O.A.) propuestos para la vigencia 2012-2015, mediante herramientas administrativas de seguimiento y control. | $\geq 0,9$ Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades. | $\geq 0,9$ | $\geq 0,9$ | $\geq 0,9$ |
| | 4 | Mantener un nivel de categorización Sin Riesgo en la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha al finalizar el cuatrienio. | En el primer semestre 2012, se observó una recuperación de cartera de corto plazo en un 67,1%: Del Régimen Subsidiado únicamente con un 60% de recuperación, en el Contributivo del 49%, de aseguradoras por eventos Ecat, únicamente del 31%, y otras entidades por debajo de este Porcentaje. A- Hacer seguimiento directo de la cartera con cada entidad; conciliación, depuración, certificación de estados reales y establecimiento de acuerdos de pago con cada entidad. B- Realizar conciliación de la cartera menor a 90 días (corto plazo), sin perjuicio de devolución, y realizar la gestión de seguimiento y cobro para ampliar el RECAUDO proyectado y así garantizar la financiación del GASTO y programación del PAGO de los gastos fijos y los totales. C- Articular un plan de acción para el manejo, seguimiento y depuración de la cartera a largo plazo; (90 a 360 días) y definir el porcentaje de recuperación de cartera para contribuir a la financiación del total del PASIVO, generado en periodos anteriores y para contribuir a la disminución y corrección del DEFICIT de la operación corriente, que es en el que nos falta financiamiento con RECAUDO Efectivo. | SIN RIESGO | SIN RIESGO | SIN RIESGO | SIN RIESGO |

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

MATRIZ 2: PROYECCION PLAN DE GESTION 2012-2015

RESOLUCION No. 710 DE 2012

| AREA DE GESTION | No. | LOGROS Y/O COMPROMISOS (METAS DE RESULTADO) | ACTIVIDADES A REALIZAR | METAS DE GESTION | | | |
|---------------------------------|-----|--|---|--|--|--|--|
| | | | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40% | 5 | Alcanzar al finalizar el cuatrienio un evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida menor a 0,90 | <ul style="list-style-type: none"> • Análisis del comportamiento del GASTO en cada mes y medición de la financiación con la posibilidad del RECAUDO, para buscar el respaldo y financiación total. • Controlar la Ejecución del GASTO, y realizar la medición de acuerdo a la posibilidad del RECAUDO por concepto de las Ventas RECONOCIDAS | <1,10 | <0,90 | <0,90 | <0,90 |
| | 6 | Alcanzar una proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante mecanismos de compras conjuntas al finalizar el cuatrienio mayor o igual a 0,70. | <ul style="list-style-type: none"> • Establecer los mecanismos para las compras conjuntas y actualizar el Manual de Contratación del Hospital. • Estructurar el Plan de Compras, incluyendo las necesidades de medicamentos de la institución que sirva como insumo para las compras conjuntas. • Revisar periódicamente el cumplimiento y suministro oportuno de los medicamentos e insumos médico quirúrgicos, en la atención integral de nuestros usuarios. | ≥ 0,70 Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades. | ≥ 0,70 | ≥ 0,70 | ≥ 0,70 |
| | 7 | Cumplir con el pago de salarios del personal de planta y contratistas por prestación de servicios o externalizados; en un término no mayor a treinta días, contados a partir de la prestación de los servicios en el caso del personal de planta o de la presentación de las cuentas de cobro y recibido a satisfacción en el caso de los contratistas por prestación de servicios o externalizados. Mantener un estándar de cero (0) o variación negativa respecto al año anterior. | <ul style="list-style-type: none"> • Priorizar el pago de los salarios del personal de planta, sin exceder los treinta días siguientes a la prestación del servicio • Priorizar el pago de los salarios del personal contratistas por prestación de servicios o externalizados, sin exceder los treinta días siguientes a la presentación de las cuentas de cobro o del recibido a satisfacción de los servicios. | Cero (0) o variación negativa | Cero (0) o variación negativa | Cero (0) o variación negativa | Cero (0) o variación negativa |
| | 8 | Presentar como mínimo cuatro (4) informes del análisis de la prestación de servicios con base en los RIPS que contenga el perfil epidemiológico y la frecuencia de uso de los servicios de la población capitada. | <ul style="list-style-type: none"> • Diseño y organización del proceso identificando a los responsables de la captura y procesamiento de la información que permita generar los RIPS con estándares altos de calidad. • Implementar un proceso que permita la correcta captura y elaboración de los RIPS, liderado desde facturación | Presentar un (1) Informe a la Junta Directiva con corte a Diciembre de 2012. | Presentar como mínimo cuatro (4) informes del análisis de la prestación de servicios con base en los RIPS. | Presentar como mínimo cuatro (4) informes del análisis de la prestación de servicios con base en los RIPS. | Presentar como mínimo cuatro (4) informes del análisis de la prestación de servicios con base en los RIPS. |
| | 9 | Alcanzar al finalizar el cuatrienio un equilibrio presupuestal que garantice un recaudo que cubra el pago de los compromisos adquiridos en una proporción >=1,00 | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar la gestión del recaudo para la financiación de los compromisos adquiridos. • Hacer seguimiento y control a la recuperación de la cartera y RECAUDOS por la venta de los servicios, para financiar los compromisos necesarios en nuestra operación corriente. | >= 0,80 Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades. | >= 1,00 | >= 1,00 | >= 1,00 |

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

MATRIZ 2: PROYECCION PLAN DE GESTION 2012-2015

RESOLUCION No. 710 DE 2012

| AREA DE GESTION | No. | LOGROS Y/O COMPROMISOS (METAS DE RESULTADO) | ACTIVIDADES A REALIZAR | METAS DE GESTION | | | |
|-----------------|-----|--|---|--|--|--|--|
| | | | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| | 10 | Cumplir con el reporte de información de la Circular Única de la Superintendencia de Salud dentro de los términos previstos. | <ul style="list-style-type: none"> Realizar el seguimiento desde el área de Planeación del Reporte oportuno de la información correspondiente a la Circular Única de la Superintendencia de Salud dentro de los términos previstos. Realizar los ajustes administrativos que permitir dar cumplimiento a la circular 09 de 2012. | Cumplimiento en el reporte de información de la Circular Única de la Superintendencia de Salud dentro de los términos previstos. | Cumplimiento en el reporte de información de la Circular Única de la Superintendencia de Salud dentro de los términos previstos. | Cumplimiento en el reporte de información de la Circular Única de la Superintendencia de Salud dentro de los términos previstos. | Cumplimiento en el reporte de información de la Circular Única de la Superintendencia de Salud dentro de los términos previstos. |
| | 11 | Cumplir con el reporte de información correspondiente al Decreto 2193 de 2004. | Realizar el seguimiento desde el área de Planeación del Reporte oportuno de la información correspondiente al Decreto 2193 de 2004 dentro de los términos previstos. | Cumplimiento oportuno en el reporte de información correspondiente al Decreto 2193 de 2004 dentro de los términos previstos. | Cumplimiento oportuno en el reporte de información correspondiente al Decreto 2193 de 2004 dentro de los términos previstos. | Cumplimiento oportuno en el reporte de información correspondiente al Decreto 2193 de 2004 dentro de los términos previstos. | Cumplimiento oportuno en el reporte de información correspondiente al Decreto 2193 de 2004 dentro de los términos previstos. |
| | 12 | Alcanzar al finalizar el cuatrienio un estándar ≥ 0.80 en la adherencia a las guías de Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación. (NIVEL II y III) | Revisión y ajuste de las guías existentes. Socialización y evaluación de las guías. Auditoría de la adherencia a las guías de Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación, retroalimentación y socialización a los profesionales que aplican la guía para alcanzar el porcentaje proyectado. | ≥ 0.80 Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades. | ≥ 0.80 | ≥ 0.80 | ≥ 0.80 |
| | 13 | Alcanzar al finalizar el cuatrienio un estándar ≥ 0.80 en la adherencia a la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. (NIVEL II y III) | Revisión y actualización del perfil epidemiológico de acuerdo a la morbilidad sentida de los egresos de hospitalización. De acuerdo al perfil epidemiológico, revisión y actualización de la guía de manejo para la primera causa de morbilidad atendida en hospitalización. Socialización de la guía de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. (NIVEL II y III). Auditoría de la adherencia a la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida. (NIVEL II y III), retroalimentación y socialización a los profesionales que aplican la guía para alcanzar el porcentaje proyectado. | ≥ 0.80 Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades. | ≥ 0.80 | ≥ 0.80 | ≥ 0.80 |

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

MATRIZ 2: PROYECCION PLAN DE GESTION 2012-2015

RESOLUCION No. 710 DE 2012

| AREA DE GESTION | No. | LOGROS Y/O COMPROMISOS (METAS DE RESULTADO) | ACTIVIDADES A REALIZAR | METAS DE GESTION | | | |
|---------------------------------|-----|--|---|--|------------------------|------------------------|------------------------|
| | | | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40% | 14 | Alcanzar al finalizar en el cuatrienio un estándar ≥ 0.90 en la atención de pacientes con diagnóstico de apendicitis que sean intervenidos quirúrgicamente antes de las 6 horas contadas desde el momento de que se confirme el diagnóstico. Lo anterior en los servicios de urgencias. | <p>Establecer una metodología clara para obtener la información a partir de una base de datos confiable.</p> <p>Obtener la información a partir de la metodología establecida.</p> <p>Auditar una muestra de historias clínicas para medir la oportunidad de realización de apendicetomía desde el momento del diagnóstico y así establecer la línea base para este indicador.</p> | <p>≥ 0.90</p> <p>Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades.</p> | ≥ 0.90 | ≥ 0.90 | ≥ 0.90 |
| | 15 | Al finalizar el cuatrienio se obtendrá una tendencia negativa respecto al año anterior en pacientes pediátricos con neumonías bronco - aspirativas de origen intrahospitalario. | <p>Sensibilizar al equipo interdisciplinario de salud sobre la importancia de la notificación de estos casos en la ficha de notificación de evento adverso al área de seguridad del paciente, haciendo énfasis de la importancia de este tema y las actividades preventivas a los cuidadores del paciente pediátrico.</p> <p>Revisar e implementar nuevos procesos de inducción y reinducción al personal que labora en los servicios que atiendan pacientes pediátricos.</p> <p>Brindar educación específica al cuidador de los pacientes pediátricos durante la estancia hospitalaria y en casa sobre las medidas preventivas de broncoaspiración.</p> <p>Reforzar las medidas preventivas de broncoaspiración a través de la consulta de crecimiento y desarrollo tanto por medicina como por enfermería.</p> <p>Elaborar, socializar y evaluar la adherencia a la guía de manejo de bronconeumonía aspirativa pediátrica.</p> | <p>0 ó variación negativa</p> <p>Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades.</p> | 0 ó variación negativa | 0 ó variación negativa | 0 ó variación negativa |
| | 16 | Alcanzar al finalizar del cuatrienio un estándar ≥ 0.90 , en los servicios de urgencias en relación con la oportunidad de la atención específica instaurada dentro de la primera hora posterior al diagnóstico de infarto agudo del miocardio. | <p>Establecer una metodología clara para el reporte y análisis de la información obtenida para garantizar una fuente de datos confiable.</p> <p>Obtener la información a partir de una base de datos confiable.</p> <p>Auditar una muestra de historias clínicas para verificar la oportunidad del inicio de terapia específica después de la primera hora de realizar el diagnóstico de IAM.</p> | <p>≥ 0.90</p> <p>Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades.</p> | ≥ 0.90 | ≥ 0.90 | ≥ 0.90 |

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

MATRIZ 2: PROYECCION PLAN DE GESTION 2012-2015

RESOLUCION No. 710 DE 2012

| AREA DE GESTION | No. | LOGROS Y/O COMPROMISOS (METAS DE RESULTADO) | ACTIVIDADES A REALIZAR | METAS DE GESTION | | | |
|-----------------|---|--|--|--|-------------|-------------|-------------|
| | | | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| | 17 | Alcanzar al final del cuatrienio el estándar ≥ 0.90 de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisados en el comité respectivo. | Conformar el comité para el análisis de mortalidad evitable y de los eventos objeto de vigilancia en salud pública y legalizarlo mediante resolución de la gerencia. | ≥ 0.90 Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades. | ≥ 0.90 | ≥ 0.90 | ≥ 0.90 |
| | | | Identificar y analizar las causas más frecuentes de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas. | | | | |
| | | | Realizar el comité de análisis mensualmente con la participación de las áreas involucradas según la norma. | | | | |
| | | | Identificar las cinco primeras causas de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas presentadas en la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas. | | | | |
| 18 | Durante el periodo se mantendrá el estándar de ≤ 5 días en la oportunidad de la consulta de pediatría. | Medición mensual del indicador y seguimiento del cumplimiento del estándar establecido por la Supersalud. | ≤ 5 | ≤ 5 | ≤ 5 | ≤ 5 | |
| 19 | Durante el periodo se mantendrá el estándar de ≤ 8 días en la oportunidad de la consulta de gineco-obstétrica. | Seguimiento al cumplimiento del estándar logrado de enero a julio de 2012 para mantenerlo. | ≤ 8 | ≤ 8 | ≤ 8 | ≤ 8 | |
| 20 | Realizar la consulta de medicina interna y garantizar oportunidad según lo establecido por la circular 056. | • Seguimiento al cumplimiento del indicador según lo establecido por la ley y reporte a la Supersalud. | ≤ 15 Para efectos de la evaluación de este indicador, la calificación para el año 2012 se realizará por equivalencia de actividades. | ≤ 15 | ≤ 15 | ≤ 15 | |