

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**
Empresa Social del Estado

 ACUERDO No 002 de 2017
 (14 FEB. 2017)

"Por medio del cual se aprueba el Plan de Desarrollo Institucional 2017-2020 y el Plan Indicativo 2017-2020 de la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA"

La Junta Directiva del HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA – EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, en uso de sus facultades legales y Estatutarias, y

CONSIDERANDO QUE:

La Ordenanza 072 de 1995 "Por la cual se transforma el Hospital Universitario de la Samaritana en Empresa Social del Estado de orden Departamental" determinó que es una Institución con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

El Decreto 1876 de 1994 emanado por el Presidente de la República, le asignó a las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado entre sus funciones aprobar los Planes a ejecutar por la Institución.

El Acuerdo 006 de 2005 de la Junta Directiva, dispone que la Junta Directiva entre sus funciones debe aprobar los Planes a ejecutar por la Institución.

Ley 1753 de 9 de junio de 2015 aprobó el Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 "Todos por un nuevo país".

La Resolución 1841 de 28 de mayo de 2013 adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

La Asamblea Departamental de Cundinamarca aprobó a través de la Ordenanza No. 006 de 25 mayo de 2016 el Plan de Desarrollo Departamental 2016 – 2020 "Unidos podemos más" y el Plan Territorial de Salud 2016 – 2019 "Unidos podemos más por la Salud y la Felicidad".

La Resolución 1536 del 11 de mayo de 2015, establece las disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud, la cual define en el artículo 3º los insumos para la planeación integral de la salud, entre ellos: Estratégicos como del Plan Decenal de Salud Pública, Plan Nacional de Desarrollo, Plan de Desarrollo Territorial, el Plan Territorial de Salud, entre otros; y Operativos: Plan Operativo Anual y de Inversiones, y Plan de Acción en Salud; entre otros.

Que mediante acta de fecha 19 de diciembre de 2016 la Oficina Asesora de Planeación Sectorial de la Secretaría de Salud de Cundinamarca indica los lineamientos para la formulación del Plan de Desarrollo Institucional para la vigencia 2017-2020.

AV

Que de conformidad con lo estipulado por el Ministerio de Salud y de la Protección Social mediante el artículo 2 de la Resolución 1841 del 28 de mayo de 2013 los Planes de Desarrollo deben ajustarse en cada cuatrienio.

Que en razón a la anterior y al cambio de administración de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana se hace necesario establecer el Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 2017-2020 y consecuentemente el Plan Indicativo con vigencia en el mismo periodo.

Con fundamento en lo anteriormente expuesto:

ACUERDA:

ARTICULO PRIMERO: Aprobar el Plan de Desarrollo Institucional 2017-2020 presentado por la Gerencia de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, hace parte integral del presente Acuerdo el Anexo Técnico que contiene 102 folios.

ARTÍCULO SEGUNDO: Aprobar el Plan Indicativo 2017-2020 presentado por la Gerencia de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, hace parte integral de este Acuerdo el anexo técnico que contiene 7 folios.

ARTÍCULO TERCERO: El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las normas que le sean contrarias.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.

Dado en Bogotá D.C., a los 14 días del mes de Febrero de dos mil diecisiete (2017).



DRA. ANA LUCÍA RESTREPO ESCOBAR

Presidente



DR. JAVIER FERNANDO MANCERA G

Secretario

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2017-2020

“Humanización con sensibilidad social”

En el marco de la transformación que se viene impulsando en el sistema de salud, el Hospital Universitario de La Samaritana, en su condición de Empresa Social del Estado, se propone establecer una estrategia de desarrollo institucional que permita consolidar y fortalecer las estrategias de atención y promoción de la salud que ya se vienen implementando.

Este Plan de Desarrollo Institucional es el resultado de un trabajo participativo entre autoridades y funcionarios de la institución.

En su elaboración se han considerado los principios de la ética médica y la ética social.

Presentado por

JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA

Gerente

En nombre de la Autoridad Ejecutiva del Hospital Universitario de La Samaritana

Alcaldía Distrital de La Candelaria - Bogotá D.C.

Colombia - 2017

Firmado en la ciudad de Bogotá D.C.

Alcaldía Distrital de La Candelaria - Bogotá D.C.

Colombia - 2017

FEBRERO 2017

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. CONTEXTO DEL SECTOR SALUD	4
2. OPORTUNIDADES Y AMENAZAS DESDE EL CONTEXTO EXTERNO.....	8
3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA INSTITUCIÓN.....	10
3.1 ANALISIS DE MERCADO.....	10
3.2 ANÁLISIS FINANCIERO.....	12
3.3 ANÁLISIS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.....	20
3.3.1 Atención al Paciente Hospitalizado.....	20
3.3.2 Atención al Paciente de Urgencias.....	22
3.3.3 Atención al Paciente Quirúrgico.....	24
3.3.4 Atención al Paciente Ambulatorio.....	26
3.3.5 Fisioterapia.....	28
3.3.6 Imágenes Diagnósticas.....	29
3.3.7 Atención Farmacéutica.....	30
3.3.8 Apoyo Diagnóstico – Laboratorio Clínico.....	31
3.3.9 Banco de Sangre.....	33
3.3.10 Referencia y Contrarreferencia.....	36
3.3.11 Docencia e Investigación.....	38
3.4 UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQURÁ.....	44
4. ANÁLISIS ATENCIÓN AL USUARIO.....	52
5. ANÁLISIS TALENTO HUMANO.....	53
6. ANALISIS SISTEMA DE INFORMACIÓN.....	60
7. ANALISIS EQUIPOS MÉDICOS.....	66
8. ANALISIS DE LA INFRAESTRUCTURA.....	68
9. ANALISIS DE COMPRAS, BIENES Y SERVICIOS.....	81
10. ANALISIS DE PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD.....	82
11. ANÁLISIS DE CONTROL INTERNO.....	95
12. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL ANÁLISIS SITUACIONAL INTERNO.....	96
13. PLATAFORMA ESTRATÉGICA.....	98

INTRODUCCIÓN

El Plan de Desarrollo institucional 2017-2020 de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana se definió teniendo en cuenta los diferentes factores de análisis como la situación actual, el reconocimiento del entorno, la tendencia y evaluación de su comportamiento tanto en los procesos asistenciales como administrativos, de calidad y de control, con el fin de direccionar sus acciones que permitan el cumplimiento de metas que conduzcan a la mejora de la prestación del servicio de salud al usuario, a la autosostenibilidad financiera y al fortalecimiento de Hospital Universitario.

Con base en el análisis de la situación actual de la Institución a nivel interno y externo, pero en especial por el avance en el proceso de mejoramiento continuo centrado en el paciente y su familia basados en los estándares superiores de calidad que permitieron alcanzar la Acreditación condicionada, se consideró conservar la Plataforma Estratégica con algunos ajustes que evidencien el avance del logro de los Objetivos Estratégicos sin perder la esencia de los mismos.

Por lo anterior, se definió el Plan Indicativo 2017-2020 (Anexo 1) con sus Metas de Resultado, el cual define el rumbo de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana en sus próximos 4 años. Este Plan Indicativo y el Plan de Acción en Salud para la vigencia 2017 (Anexo 2), se articulan con el Plan de Desarrollo Departamental, el Acuerdo Gerencial (Decálogo del Gerente) y el Proyecto Misión Saud suscrito con la Gobernación.

Este Plan Indicativo 2017-2020 es una estrategia que busca consolidar la calidad y la excelencia en la atención a la población en el sur de Colombia, en el marco de la transformación de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana en un referente de excelencia en la prestación de servicios de salud. El plan establece las estrategias para lograr la continuidad y sostenibilidad de la Institución, así como la implementación de las estrategias definidas en el Plan de Desarrollo Departamental, el Acuerdo Gerencial (Decálogo del Gerente) y el Proyecto Misión Saud suscrito con la Gobernación.

Este Plan Indicativo 2017-2020 es una estrategia que busca consolidar la calidad y la excelencia en la atención a la población en el sur de Colombia, en el marco de la transformación de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana en un referente de excelencia en la prestación de servicios de salud. El plan establece las estrategias para lograr la continuidad y sostenibilidad de la Institución, así como la implementación de las estrategias definidas en el Plan de Desarrollo Departamental, el Acuerdo Gerencial (Decálogo del Gerente) y el Proyecto Misión Saud suscrito con la Gobernación.

1. CONTEXTO DEL SECTOR SALUD

En las actuales condiciones del Sistema de Salud Colombiano y de acuerdo al informe presentado por parte de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas cerca del 65.5% de las EPS no cumplen con los criterios financieros de permanencia, esto quiere decir que casi 28 millones de usuarios están en riesgo para la prestación adecuada de los servicios de salud, con el fin de precisar el nacimiento de este sistema nos ubicamos en la Constitución Política de 1991. Para el efecto, conviene mencionar que un sistema de salud se desprende de una noción de mayor contenido denominado *Sistema de Protección Social – SPS*, la cual se estructura alrededor de la respuesta Institucional a situaciones de comportamiento económico que enfrenta una sociedad determinada, las que producen impactos en sus indicadores macroeconómicos, de mercado, sector productivo, fuerza laboral y bienestar social, entre otros.

Teniendo en cuenta las variaciones que el comportamiento de una economía genera en una sociedad determinada, de ciclos de prosperidad y restricción productivas, surge la necesidad para esa sociedad de adoptar estrategias que minimicen la exposición de la población a eventos de riesgo derivados de esos comportamientos cíclicos económicos, que pueden producir impactos de naturaleza temporal o permanente afectando, principalmente, sus indicadores de bienestar social tales como el empleo, calidad de la salud y protección para la vejez.

El actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado por la Ley 100 de 1993, en el marco de un proceso reformador que inició en la década de los noventa, las diferentes trasformaciones y disposiciones que ha sufrido el sistema como lo es la unificación del POS y demás regulaciones, hacen que el proceso sea cada vez más insostenible. Aunque las personas más allegadas al Gobierno pretendan incansablemente demostrar lo contrario, el Sistema General de Seguridad Social se muestra agotado. Existen suficientes razones y abrumadora evidencia para afirmar el fracaso actual en sus propósitos fundamentales, y es previsible que de insistir la Dirección del Sistema en las mismas fórmulas y orientaciones sin duda lo llevará al fracaso.

Teniendo en cuenta lo anterior, LA E.S.E. HOSPITAL DE LA SAMARITANA incluyendo su Unidad Funcional de Zipaquirá, ha realizado un análisis frente a las problemáticas presentes en el desarrollo de la gestión, en el cual se identificó que se hace necesario profundizar en la discriminación de la población potencial susceptible de frecuentar los servicios del Hospital por régimen y por aseguradora, de tal forma que teniendo claro quiénes pueden llegar a resolver sus necesidades con los servicios que oferta el hospital se pueda establecer una estrategia que permita la subsistencia de la institución en el mercado y la resolución inmediata y oportuna de los requerimientos de los clientes potenciales.

A continuación se describe el comportamiento actual de la población factible de captación para la atención por parte del hospital:

ASEGURAMIENTO DISTRITO Y CUNDINAMARCA AÑO 2015					
RÉGIMEN	BOGOTÁ D.C.	%	CUNDINAMARCA	%	Total general
CONTRIBUTIVO	5,476,373	80.7%	1,059,218	53.5%	6,535,591
SUBSIDIADO	1,275,229	18.8%	908,360	45.9%	2,183,589
EXCEPCIÓN	35,366	0.5%	13,134	0.7%	48,500
Total general	6,786,968	100%	1,980,712	100.0%	8,767,680

Fuente: Dirección de Aseguramiento Secretaría de Salud de Cundinamarca y BDUA, año 2015

POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD

Tabla 1: Proporción de la población por etapa de ciclo vital según MPS, Departamento de Cundinamarca, proyección 2005, 2013, 2020.

Ciclo vital	2005		2013		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	275.144	12%	285.390	11%	301.201	10%
Infancia (6 a 11 años)	286.064		284.571	11%	295.340	10%
Adolescencia (12 a 18 años)	334.120	15%	336.952	13%	339.062	12%
Juventud (19 a 26 años)	294.837		380.743	15%	390.027	14%
Aduldez (27 a 59 años)	865.972	38%	1.031.093	40%	1.207.889	42%
Persona mayor (60 años y más)	224.021		279.496	11%	353.486	12%
Total	2.280.158	100%	2.598.245	100%	2.887.005	100%

Fuente: Proyección DANE 2005-2020

Al analizar la anterior tabla permite observar que la frecuencia relativa de aumento se incrementa de manera importante en la población adulta y tercera edad, por lo tanto, el Hospital se debe preparar para una mayor resolutividad en las patologías que aquejan a este grupo de edad.

Siendo el área de influencia el Departamento de Cundinamarca y considerado como cabeza de red para este mismo, se cuenta con la operatividad de ocho (8) EPS-S de las cuales la gran mayoría cursan por una problemática de sostenibilidad financiera. En éstas Entidades Responsables de Pago se encuentra en primer lugar CONVIDA quien es el mayor comprador de servicios por su gran volumen de población afiliada.

DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN.

Tabla 2. Distribución Porcentual de la Población por Entidad de Aseguramiento en el Departamento de Cundinamarca.

ASEGURAMIENTO DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA AÑO 2015		
EPS	No. AFILIADOS	%
CONTRIBUTIVO	1,059,218	100%
E.P.S. FAMISANAR LTDA.	365.424	34.5%
CAFESALUD E.P.S. S.A.	210.435	19.9%
LA NUEVA EPS S.A.	144.670	13.7%
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	86.328	8.2%
COOMEVA E.P.S. S.A.	69.982	6.6%
E.P.S. SANITAS S.A.	60.033	5.7%
COMPENSAR E.P.S.	57.526	5.4%
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.	33.621	3.2%
CRUZ BLANCA EPS S.A.	26.653	2.5%
FONDO DE PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NALES	2.679	0.3%
SALUDVIDA S.A.E.P.S	957	0.1%
EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S. S.A.	885	0.1%
ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	22	0.0%
COMFENALCO VALLE E.P.S.	2	0.0%
EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN-DEPARTAMENTO MÉDICO	1	0.0%
EXCEPCION	13,134	100%
MAGISTERIO	12.760	97.2%
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	261	2.0%
ECOPETROL	113	0.9%
SUSTITUIDO	908.350	100%
CONVIDA EPS-S	574.570	63.3%

ASEGURAMIENTO DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA AÑO 2015		
EPS	No. AFILIADOS	%
ECOOPSOS EPS-S	121,883	13.4%
CAFESALUD EPS	66,734	7.3%
SALUD VIDA EPS-S	53,649	5.9%
COMPARTA EPS	37,185	4.1%
FAMISANAR EPS	26,786	2.9%
NUEVA EPS	6,431	0.7%
COMFACUNDI	5,286	0.6%
SALUD TOTAL EPS	5,205	0.6%
COOMEVA EPS	4,187	0.5%
COMPENSAR EPS	1,721	0.2%
CRUS BLANCA EPS	1,580	0.2%
SANITAS EPS	1,548	0.2%
SUSALUD EPS	1,460	0.2%
OCCIDENTAL SOS	35	0.0%

Fuente: Ministerio de la Protección Social – Bdua corte diciembre 2015

POBLACIÓN RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

El Régimen Contributivo de acuerdo a las bases de datos manejadas por el Ministerio de la Protección Social cuenta con un total de 1.059.218 afiliados en el Departamento de Cundinamarca, distribuidos en 15 EPS-C:

Se encuentra que la mayor población afiliada al régimen contributivo corresponde a las EPS-C FAMISANAR con 365.424 afiliados, seguido de CAFESALUD con 210.435, continuando con NUEVA EPS con 144.670 afiliados, SALUD TOTAL con 86.328 afiliados y COOMEVA, SANITAS, COMPENSAR, SURAMERICANA, CRUZ BLANCA, FONDO DE PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NACIONALES y SALUD VIDA, que abarcan el 99,9% de la población de Cundinamarca.

Otro grupo importante que se tiene en cuenta son aquellas EPS-C que no cuentan con un volumen amplio de afiliados en las zonas de influencia del Hospital como son: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD, ALIANSAUD, COMFENALCO VALLE y EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN con un 0.1% del total de la población de Cundinamarca, con 910 afiliados, las cuales presentan actualmente dificultades financieras.

POBLACIÓN RÉGIMEN SUBSIDIADO

El Régimen Subsidiado de acuerdo a las bases de datos manejadas por el Ministerio de la Protección Social cuenta con un total de 908.360 afiliados en el Departamento de Cundinamarca, distribuidos en 15 EPS-S así:

La mayor población afiliada al Régimen Subsidiado corresponde a las EPS-S CONVIDA con 574.670 afiliados, seguido de ECOOPSOS con 121.883, continuando con CAFESALUD con 66.734 afiliados, SALUD VIDA con 53.649 afiliados, COMPARTA con 37.185, FAMISANAR con 26.786 y NUEVA EPS con 6.431, que abarcan el 97,7% de la población de Cundinamarca.

También se tiene en cuenta aquellas EPS-S que no cuentan con un volumen amplio de afiliados en las zonas de influencia del Hospital como son: COMFACUNDI, SALUD TOTAL, COOMEVA, COMPENSAR, CRUZ BLANCA, SANITAS, SUSALUD, Y OCCIDENTAL SOS, con un 2.3% del total de la población de Cundinamarca, con 21.022 afiliados.

Tabla 3. Distribución Porcentual de la Población por Entidad de Aseguramiento en el Distrito.

ASEGURAMIENTO DISTRITO AÑO 2015		
EPS	No. AFILIADOS	%
CONTRIBUTIVO	5,476,373	100%
E.P.S. FAMISANAR LTDA.	1,021,334	18.6%
COMPENSAR E.P.S.	908,187	16.6%
CAFESALUD E.P.S. S.A.	898,530	16.4%
E.P.S. SANITAS S.A.	634,197	11.6%
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	567,264	10.4%
LA NUEVA EPS S.A.	517,155	9.4%
CRUZ BLANCA EPS S.A.	389,236	7.1%
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	201,913	3.7%
ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	190,879	3.5%
COOMEVA E.P.S. S.A.	132,388	2.4%
EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S. S.A.	7,613	0.1%
FONDO DE PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NALES	5,128	0.1%
SALUDVIDA S.A.E.P.S	2,443	0.0%
COMFENALCO VALLE E.P.S.	106	0.0%
EXCEPCIÓN	35,366	100%
MAGISTERIO	21,831	61.7%
ECOPETROL	6,837	19.3%
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	6,658	18.8%
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER	19	0.1%
UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA	10	0.0%
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	6	0.0%
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA – UPTC	5	0.0%
SUBSIDIADO	1,275,229	100%
CAPITAL SALUD	1,186,608	93.1%
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI	88,621	6.9%

Fuente: Ministerio de la Protección Social – Bdua corte diciembre 2015

El Régimen Contributivo del Distrito cuenta con un total de 5.476.373 de afiliados, distribuidos en 14 EPS-C, la mayor población afiliada al régimen contributivo corresponde a las EPS: FAMISANAR con 1.021.334 afiliados, Compensar con 908.187, Cafesalud con 898.530, Sanitas con 634.197, Salud Total 567.264, NUEVA EPS 517.155, CRUZ BLANCA 389.236, Suramericana 201.913, ALIANSALUD con 190.879 y COOMEVA con 132.388, las cuales abarcan el 99.7% de la población del Distrito.

Hay otras EPS-C en el Distrito que no cuentan con un volumen amplio de afiliados en las zonas de influencia del Hospital como son: SERVICIO OCCIDENTAL de SALUD, FONDO PASIVO SOCIAL de los FERROCARRILES NACIONALES, SALUD VIDA y COMFENALCO, con un 0.3% del total de la población de Cundinamarca, con 15.290 afiliados, las cuales presentan actualmente dificultades financieras y otras en proceso de liquidación.

Para el régimen subsidiado la mayor población afiliada corresponde a la EPS CAPITAL SALUD con un número de afiliados de 1.186.608 y COMFACUNDI con 88.621 afiliados; éstas dos abarcan el 100% de la población del Distrito para el Régimen Subsidiado.

2. OPORTUNIDADES DESDE EL CONTEXTO EXTERNO

- Posibilidad de diversificación de servicios prestados
- Mejora del acceso a la comunidad a los servicios de salud
- Actualización de la tecnológica médica
- Transferencia de la gestión del conocimiento a través de los convenios con las universidades
- Recursos económicos existentes para la financiación de proyectos por parte de entidades
- Apoyo y respaldo por parte de entidades externas y por el Ente territorial para desarrollar proyectos
- Implementación de proyecto de telemedicina en el HUS como Hospital de referencia que permita tener mayor cobertura de atención
- Adjudicación de las unidades funcionales de Zipaquirá y la Vega
- Alianzas con el sector productivo para el desarrollo de proyectos de investigación
- Tendencia de crecimiento poblacional en el área de influencia
- Negociaciones directas con los laboratorios para la compra de medicamentos
- Posibilidad de compras conjuntas con los otros hospitales del departamento
- Posibilidad de impactar en la salud del Departamento con la educación continua a profesionales de la salud
- Ampliación de servicios de PyP.
- Posibilidad de generar programas de atención en salud para prevenir los riesgos de salud de la población de Cundinamarca
- Facilidad en los procesos de referenciación comparativa
- Oferta de nuevos servicios que permitan suplir la demanda de nuevas tecnologías en Salud.
- Definición de tarifas a los procedimientos no contemplados en manuales tarifarios normativos.
- Establecer líneas de negocio para ofrecer a otras IPS (laboratorio y banco de sangre)
- Orientar la contratación hacia la atención contributiva, medicina prepagada y planes especiales.
- Competitividad en el mercado.

AMENAZAS

- Crisis del sistema de salud que afecta el flujo de recursos
- Demoras en trámites administrativos para los cobros de cartera
- Cambio permanente en la legislación
- Liquidación de EPS que le adeudan al hospital
- Fortalecimiento de otros escenarios de práctica en los Hospitales de la Red, que se conviertan en competencia para el HUS, para la adjudicación de recursos de la estampilla
- Incremento de los costos en los productos farmacéuticos e insumos
- Creación de IPS propias por parte de las Instituciones de Educación Superior (IES) en convenio
- Desarrollo de nuevos servicios de salud por parte de la competencia
- La integración vertical y economías de escalas de las EPS
- Derivación de servicios por parte de las EPS
- Actualización tecnológica por parte de los competidores

- Baja oferta de médicos especialistas en algunas áreas
- Riesgos institucionales en relación a las posibles responsabilidades jurídicas, administrativas y/o financieras en la prestación del servicio
- Desempleo y bajo poder adquisitivo de los usuarios
- Aumento de estilos de vida saludable, que puede implicar la disminución de incidencia de enfermedades
- Mayor exigencia por parte de los usuarios en cuanto a la atención en salud
- Altas expectativas en cuanto a la atención de los pacientes
- Resistencia al cambio por parte de los funcionarios
- Fondos insuficientes para la compra y modernización de los equipos médicos
- Leyes medio ambientales
- Política energética, energías renovables
- Desechos, reciclado
- Poder de negociación de los proveedores
- Apertura de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud con iguales o mayores servicios a los ofertados por la Institución.
- Desequilibrio en condiciones de contratación entre la red de Cundinamarca y el Distrito.
- Diversas formas de Políticas de contratación de las aseguradoras.
- Inseguridad para los usuarios generada por la ubicación geográfica de las Instalaciones de la ESE. Hospital Universitario de la Samaritana

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA INSTITUCIÓN

El presente diagnóstico corresponde el análisis de los aspectos más relevantes a nivel financiero, de prestación de servicios, del Talento Humano, su Tecnología e Infraestructura y el Mejoramiento Continuo de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana durante las últimas vigencias, Dic. 2013, Dic. 2014, Dic. 2015 y 2016, como línea de base estratégica para las proyecciones del próximo cuatrienio 2017 a 2020.

Desde el factor financiero, las variaciones presentadas en la información corresponden principalmente al corte tomado para la vigencia 2016 y a la entrega el día 12 de febrero de la misma vigencia, de la Unidad Funcional de Girardot.

3.1 ANÁLISIS DE MERCADO

A continuación se presenta la gestión realizada en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, en relación a la contratación de servicios de salud en sus diferentes modalidades (Capitación y Evento) distribuidos en los regímenes contributivo, subsidiado, especial y otros servicios de salud contratados.

CONCEPTO CONTRATACIÓN	VALORES CONTRATADOS GENERAL AÑOS 2014 A 2016 (+GDOT)					
	% VENTAS	VALOR CONTRATADO	% VENTAS	VALOR CONTRATADO	% VENTAS	VALOR CONTRATADO
REGIMEN CONTRIBUTIVO	3,89%	\$4.765.532.041	5,42%	\$6.485.449.355	13%	\$9.848.668.310
TOTAL CONTRIBUTIVO	3,89%	\$4.765.532.041	5,42%	\$6.485.449.355	13%	\$9.848.668.310
				\$1.719.917.314		\$3.363.218.955
				36%		52%
REGIMEN SUBSIDIADO	89,32%	\$109.423.440.387	84,92%	\$101.572.898.266	67%	\$50.227.668.821
TOTAL SUBSIDIADO	89,32%	\$109.423.440.387	84,92%	\$101.572.898.266	67%	\$50.227.668.821
				-\$ 7.150.542.121		-\$51.345.229.445
				-7%		-51%
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)	0,02%	\$22.140.408	0,02%	\$28.055.000	1%	\$417.807.540
TOTAL PIC	0,02%	\$22.140.408	0,02%	\$28.055.000	1%	\$417.807.540
				\$5.914.592		\$389.752.540
				27%		138%
VINCULADOS	5,64%	\$6.908.434.415	7,78%	\$9.299.388.777	11%	\$8.023.460.584
TOTAL VINCULADOS	5,64%	\$6.908.434.415	7,78%	\$9.299.388.777	11%	\$8.023.460.584
				\$2.390.954.362		-\$1.275.928.193
				35%		-14%
OTRAS VENTAS DE SERVICIOS DE SALUD	1,13%	\$1.382.345.891	1,85%	\$2.218.464.335	9%	\$6.438.503.937
TOTAL OTROS SERVICIOS	1,13%	\$1.382.345.891	1,85%	\$2.218.464.335	9%	\$6.438.503.937
				\$836.118.444		\$4.220.039.602
				60%		190%
TOTAL SERVICIOS	100%	\$122.501.893.142	100%	\$119.604.255.733	100%	\$74.956.109.192

Fuente: Dinámica Gerencial - Módulo de facturación y base de datos oficina de contratos y mercadeo años 2014-2015-2016

La información además corresponde con el consolidado de la operación de la Unidad Funcional de Bogotá (III nivel), la Unidad Funcional en el municipio de Zipaquirá (I – II Nivel) con los centros de atención de Cogua (I Nivel) y San Cayetano (I Nivel), y la operación en la Unidad Funcional de Girardot desde el 21 de Julio de 2012 hasta el 12 de febrero del año en curso.

Como se observa en la tabla anterior la tendencia que se ha mantenido en los procesos de contratación en la E.S.E. corresponden a un mayor porcentaje de contratación del régimen subsidiado, con una tendencia de entre el 85 al 89% en las vigencias 2013 a 2015 y del 67% en la vigencia 2016, seguido por vinculados y régimen contributivo.

El análisis comparativo de los valores contratados en los tres (3) vigencias, permite evidenciar una tendencia creciente del total de los servicios contratados a diferencia de la de 2016 en donde se observa que el régimen contributivo se incrementó incluso frente a la cifra que cerro para los años 2014 a 2015.

El comportamiento observado se presenta teniendo en cuenta que por su ubicación geográfica y por la historia de la E.S.E. se ha priorizado la atención a la población pobre sea del régimen subsidiado o sin afiliación (vinculados) y por otro lado la leve disminución entre 2014 y 2015 de este régimen corresponde a la salida de las EPS Caprecom, Colsubsidio y Cafam, teniendo en cuenta que la totalidad de la población que se encontraba afiliada no se trasladó a las EPS con las cuales se tenía contrato con lo que se generó pérdida de población y de esta manera de prestaciones de servicios realizadas en por el Hospital.

3.2 ANÁLISIS FINANCIERO

Balance General:

DESCRIPCION	2013	2014	2015	2016	Comparativos	
	Diciembre	Diciembre	Diciembre	Diciembre	2014-2013	2016-2015
ACTIVO	168.096.086	192.582.454	213.115.376	226.499.232	14,57	6,28
Activo Corriente	115.701.053	137.529.019	157.089.979	138.371.243	18,87	(11,92)
Efectivo	17.154.494	38.081.852	42.932.610	40.126.459	121,99	(6,54)
Deudores	94.092.015	95.397.899	108.662.522	92.832.210	1,39	(14,57)
Inventarios	4.454.544	4.049.268	5.494.847	5.412.574	(9,10)	(1,50)
Activo No corriente	52.395.033	55.053.435	56.025.397	88.127.989	5,07	57,30
Inversiones	153.152	154.685	159.643	158.200	1,00	(0,90)
Deudores	10.131.799	7.240.193	199.107	30.676.100	(28,54)	15.306,84
Propiedades, planta y equipos	22.379.478	24.032.877	31.326.510	30.721.322	7,39	(1,93)
Bienes de Uso Público y Gral (17)	14.781.210	14.781.210	15.496.593	18.105.868	-	16,84
Otros activos	4.949.394	8.844.470	8.843.544	8.466.499	78,70	(4,26)
PASIVO	50.167.515	27.575.244	20.313.863	25.455.685	(45,03)	25,31
Pasivo Corriente	36.899.287	24.729.363	18.319.620	24.148.679	(32,98)	31,82
Cuentas por pagar Bienes y SS médicos	11.970.582	2.029.156	1.227.768	8.639.662	(83,05)	603,69
Otras cuentas por pagar 2425/2450/240103 otras	5.912.142	3.091.891	2.761.131	1.671.692	(47,70)	(39,46)
Oblig. laborales y de Seg. Social - (Cesan Cons)	4.505.054	3.672.545	5.182.210	6.114.826	(18,48)	18,00
Pasivos estimados	677.709	567.971	766.428	114.713	(16,19)	(85,03)
Provisión para prestaciones sociales	442.185	240.645	183.917	172.555	(45,58)	(6,18)
Otros pasivos (Cg x Idenf Ent y Pac.)	13.391.615	15.127.155	8.198.166	7.435.231	12,96	(9,31)
Pasivo NO Corriente	13.268.228	2.845.881	1.994.243	1.307.006	(78,55)	(34,46)
Cuentas por pagar Bienes y SS médicos	11.970.582	2.029.156	1.227.768	32.223	(83,05)	(97,38)
Pasivos estimados (deman)	1.297.646	816.725	766.475	1.274.783	(37,06)	66,32
PATRIMONIO	129.793.023	167.036.366	194.029.281	201.043.547	28,69	3,62
Patrimonio institucional	103.727.660	134.261.841	167.075.617	194.108.277	29,44	16,18
Excedente del ejercicio	26.065.363	32.774.525	26.953.664	6.935.270	25,74	(74,27)
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	179.960.538	194.611.610	214.343.144	226.499.232	8,14	5,67

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de contabilidad Balance de Prueba corte Diciembre de 2016

En el Balance General el activo está compuesto por el efectivo, las inversiones, deudores corrientes y No corrientes, activos fijos, inventarios de farmacia y almacenes. El activo se incrementa en un 6.28%, principalmente por el aumento deudores a largo plazo esto debido al bajo recaudo que se presentó en el último año, incidiendo en ésto la liquidación de Entidades Como Caprecom, Salucoop, Cafam y Colsubsídio Régimen Subsidiado, deudores que debieron ser reclasificados como cuentas de difícil cobro, situación que incrementó los

deudores y disminuye el efectivo del año 2015 al año 2016, dentro del efectivo se encuentran dineros con destinación específica por un valor que supera los \$26 mil millones de pesos por recursos entregados por parte de la SSC.

El Pasivo está compuesto por las cuentas por pagar, las obligaciones laborales y los pasivos estimados, el pasivo aumenta en un 25%, principalmente por el incremento de las cuentas por pagar de Bienes y Servicios debido al cambio de Administración que realizó una revisión de las cuentas por pagar que debían pagarse, además que por el bajo recaudo se decidió pagar los proveedores que estaban en las cláusulas de pago de los 90 días, con el fin de dejar efectivo para pagos del próximo año, debido a que el primer trimestre del año el recaudo es bajo, pues muchas ERP se encuentran en vacaciones, y demoran los pagos según situación generalizada en el sector.

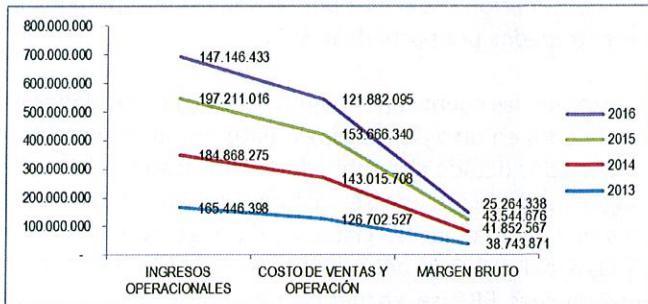
Estado de la Actividad:

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA, ECONÓMICA, SOCIAL Y AMBIENTAL Con Corte a DICIEMBRE de 2013 - 2014 - 2015 - 2016						
DESCRIPCION	información en miles de \$					
	2013	2014	2015	2016	Comparativos	
	Diciembre	Diciembre	Diciembre	Diciembre	2014-2013	2016-2015
	2013	2014	2015	2016		
INGRESOS OPERACIONALES	165.446.398	184.868.275	197.211.016	147.146.433	11,74	-25,39
COSTO DE VENTAS Y OPERACIÓN	126.702.527	143.015.708	153.666.340	121.882.095	12,88	-20,68
MARGEN BRUTO	38.743.871	41.852.567	43.544.676	25.264.338	8,02	-41,98
GASTOS DE OPERACIÓN	23.762.890	26.560.284	23.060.151	25.989.422	11,77	12,7
DE ADMINISTRACIÓN	6.600.907	5.798.221	6.366.667	7.738.751	-12,16	21,55
PROVIS, DEPRECIACIONES Y AMORT.	17.161.983	20.762.063	16.693.484	18.250.671	20,98	9,33
EXCEDENTE O DÉFICIT OPERACIONAL	14.980.981	15.292.283	20.484.525	-725.084	2,08	-103,54
Transferencias ***	15.433.488	22.650.765	7.690.121	7.627.424	46,72	-0,82
OTROS INGRESOS	10.831.257	6.599.054	8.868.860	9.425.351	-39,07	5,7
OTROS GASTOS	15.185.363	11.767.577	10.089.842	9.341.643	-22,51	-7,42
EXCEDENTE o DÉFICIT DEL EJERCICIO	26.065.363	32.774.525	26.953.664	6.986.048	26,74	-74,27

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de contabilidad Balance de Prueba corte Diciembre de 2016

En el Estado de la Actividad Financiera, Económica y Social se resalta que las Ventas de Servicios se han incrementado del año 2013 al 2015, debido a la participación operacional de la Unidad Funcional de Girardot. Situación que cambia para el año 2016 por la entrega de esta unidad en el mes de febrero después de un proceso de licitación donde la gobernación entrega la operación de la administración a otro tercero, generando una incidencia negativa en los ingresos operaciones del 25,39%. Al hacer el análisis sin la sede Girardot, las sedes de Bogotá y Zipaquirá incrementan sus ventas en un 9% aproximadamente al pasar de \$127 mil millones de pesos a \$139 mil millones de pesos, el Costo de ventas se incrementa en proporción a las ventas. Los excedentes del ejercicio se han disminuido del año 2015 al año 2016 en parte la disminución de recursos por transferencias del Departamento, la entrega de la Unidad funcional de Girardot, la mayor provisión de la Cartera por su envejecimiento debido al bajo recaudo y a la crisis del sector, situación que se refleja en la gráfica siguiente en el margen o utilidad bruta.

COMPORTAMIENTO DE LOS INGRESOS OPERACIONES, COSTO DE VENTA Y MARGEN BRUTO 2013-1016



Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de contabilidad Balance de Prueba corte Diciembre de 2016

Análisis sin Girardot

CONCEPTOS	30-DC-14	30-DC-15	30-DC-16
INGRESOS OPER. CON TRASFERENCIAS	138.742.404	134.664.120	145.828.838
COSTO DE VENTAS	97.884.657	107.981.314	116.220.168
UTILIDAD BRUTA	40.857.747	26.682.806	29.608.670
GASTOS OPERACIONALES	17.122.377	14.659.280	20.274.505
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERAC.	23.735.370	12.023.526	9.334.165
EXCEDENTE (DEFICIT) DEL EJERC.	21.676.413	13.285.291	11.212.190

Como la Unidad Funcional de Girardot ha tenido incidencia en los últimos años, a excepción del año 2016 (hasta febrero 2016), en el siguiente análisis tomamos los últimos tres años (2014 a 2016), excluyendo las cifras de esa unidad funcional, mostrando los siguientes resultados, los cuales podemos comparar con el anterior informe de actividad.

Así las cosas, podemos ver que los ingresos en el año 2014 (solo teniendo en cuenta Bogotá y Zipaquirá) tuvieron su mejor año, cabe anotar que en ese año la contratación incluida la Secretaría de Salud de Cundinamarca, tenía un aporte alto en los mercados de Vinculados, no así en los años siguientes que esa entidad cambió la forma de contratación y disminuyó las cuotas o asignaciones al HUS. Desde el año 2015, como podemos observar tanto los ingresos como los demás rubros, han venido en descenso, precisamente por el tema de contratación con las entidades, de las cuales Caprecom, Colsubsidio y Cafam entre otras, no aportaron la contratación esperada, como se explica en el análisis de mercado anterior.

Indicadores Financieros

DESCRIPCIÓN	2013	2014	2015	2016
	Diciembre	Diciembre	Diciembre	Diciembre
1. LIQUIDEZ	dic-13	dic-14	dic-15	dic-16
1.1 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente)	78.801.766	112.799.656	138.770.359	114.273.348
1.1 CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente - Cartera Cte)	-5.855.007	37.755.946	54.882.512	43.539.055
1.3 RAZÓN CORRIENTE (Activo corriente/Pasivo corriente)	3,14	5,56	8,57	5,73
1.4 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-Inventarios/Pasivo corriente)	3,01	5,40	8,28	5,51
1.5 CORRIENTE DISPONIBLE (Activo corriente-cartera/Pasivo corriente)	0,84	2,53	4,00	2,80

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de contabilidad Balance de Prueba corte Diciembre de 2016

Continúa la tendencia para el Hospital del incremento del Capital de Trabajo. De \$78.801 millones de diciembre 2013 a \$138.770 millones a diciembre de 2015. Principalmente por el incremento de los deudores y el efectivo donde están registrados recursos por transferencias con destinación específica de años anteriores. Sin embargo, para el año 2016 tenemos una notoria disminución, de esta cifra en \$24.497 millones, principalmente por la disminución en los recaudos y la entrega de la Operación de la Sede Unidad de Girardot en febrero de 2016. Los Indicadores de Liquidez por Razón Corriente y Corriente Disponible representan la relación que tiene el activo corriente para respaldar las deudas del pasivo corriente, la liquidez ha venido aumentando principalmente por el incremento en el disponible que a cierre del año 2015 quedó en \$42.932 millones y en el 2016 en \$40.126. El indicador Corriente disponible sin tener en cuenta la Cartera, nos muestra un incremento 0.84 a 4.00 hasta el 2015, y una disminución a 2.8 en el 2016 por las mismas razones expuestas. Y sin tener en cuenta los inventarios, aumenta de 3.01 a 8.28 del 2013 al 2015 y disminuye a 5.51 en el 2016.

DESCRIPCIÓN	2013	2014	2015	2016
	Diciembre	Diciembre	Diciembre	Diciembre
2. ENDEUDAMIENTO	dic-13	dic-14	dic-15	dic-16
2.1 ENDEUDAMIENTO TOTAL (Pasivo total/Activo total)	0,23	0,13	0,09	0,11
2.2 PATRIMONIAL (Pasivo total/Patrimonio total)	0,30	0,15	0,10	0,13
2.3 SOLIDEZ (Total activo/Pasivo total)	4,39	7,54	11,17	8,90

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de contabilidad Balance de Prueba corte Diciembre de 2016

Los índices de Endeudamiento Total y Patrimonial disminuyen en parte por el pago oportuno a proveedores generando una disminución en el pasivo total que pasó de \$25.546 a \$19.086. Estas operaciones generaron que aumente la solidez del Hospital pasando de 4.39 a 11.17 hasta el 2015 y una disminución a 8.90 en el 2016. Lo que quiere decir que se tiene 8.9 veces más de activos para cubrir el total del pasivo.

DESCRIPCION	2013	2014	2015	2016
	Diciembre	Diciembre	Diciembre	Diciembre
3. RENTABILIDAD	dic-13	dic-14	dic-15	dic-16
3.1 MARGEN RENTABLE EN VENTAS (Utilidad/Ventas)	0,16	0,18	0,14	0,05
3.2 MARGEN RENTABLE EN ACTIVO (Utilidad/Activo total)	0,16	0,17	0,13	0,03
3.2 MARGEN RENTABLE EN EL PATRIMONIO (Utilidad/Patrimonio total)	0,20	0,20	0,14	0,03

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de contabilidad Balance de Prueba corte Diciembre de 2016

El Margen de la Rentabilidad en Ventas en los últimos tres años ha tenido un comportamiento normal entre 0.16 y 0.14, no así para el año 2016 que presenta una caída al 0.05, por la disminución de ingresos en el año 2016 originado por la entrega de la Unidad Funcional de Girardot, igual para los tres indicadores de rentabilidad que se están analizando.

DESCRIPCION	2013	2014	2015	2016
	Diciembre	Diciembre	Diciembre	Diciembre
4. ACTIVIDAD	dic-13	dic-14	dic-15	dic-16
4,1 VENTAS PROMEDIO DIARIAS (Ventas/dias)	459.573	513.523	547.808	408.740
4,2 ROTACION DE CARTERA EN VECES (Ventas/CxC)	1,33	1,45	1,38	1,09
4,3 ROTACION DE CARTERA DIAS	271	249	260	330
4,4 ROTACION ACTIVO CORRIENTE (Ventas/Activo corriente)	1,43	1,34	1,26	1,06
4,5 ROTACION DE ACTIVO TOTAL (Ventas/ Activo total)	0,98	0,96	0,93	0,65
4,6 ROTACION DE INVENTARIOS veces (Costo de Ventas/Inv.)	28	35	28	23
4,7 PERIODO DE REP. INVENTARIOS Dias (Inv*360/Costo de Vtas)	13	10	13	16

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de contabilidad Balance de Prueba corte Diciembre de 2016

En relación con los indicadores de Actividad observamos que el promedio de ventas diarias ha aumentado al pasar de \$459 millones en diciembre de 2013 a \$ 548 millones en diciembre de 2015 y una disminución a \$408 en el año 2016, por la disminución notoria por la falta de los ingresos en Girardot. La Rotación de Cartera en días aumento con relación al año 2014, lo que indica que el recaudo ha disminuido ya que las condiciones del mercado no mejoran en el sector salud, pasando de 249 a 260 días en volverse efectivo, y de 260 a 330 a diciembre de 2016. La Rotación del Activo Corriente indica que por cada peso invertido en el activo, las ventas generan una mayor participación en el mismo. La Rotación del Activo Total se ha mantenido digamos que estable en los últimos años.

La Rotación de Inventarios ha pasado de 35 días año 2014 a 23 días año 2016, manteniendo relativamente una estabilidad en la programación del Stock de Inventarios para cada periodo.



Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de contabilidad Balance de Prueba corte Diciembre de 2016

En estas dos gráficas podemos ver la diferencia en ventas sin incluir la unidad funcional de Girardot que tuvo actividad hasta febrero 11/2016. Lo que demuestra que el promedio de ventas diarias ha ido en aumento en los 4 años referenciados.

PRESUPUESTO

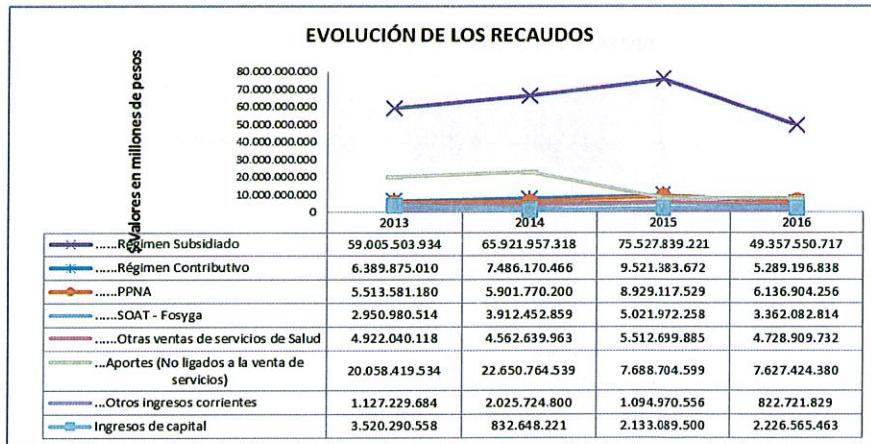
En relación al Presupuesto de ingreso vemos como la facturación a la PPNA tienen un comportamiento creciente al igual que la facturación al régimen subsidiado, con la salvedad que para el periodo de base 2016, se presenta una leve disminución por el corte de este último, este mismo comportamiento se observa en los reconocimientos en el contributivo y

los ingresos por diferentes a la venta de servicios en los que prima los recursos de la estampilla han presentado un reducción para la vigencia 2015, con respecto a 2014 y 2013 tendiendo al mismo comportamiento a diciembre de 2016.



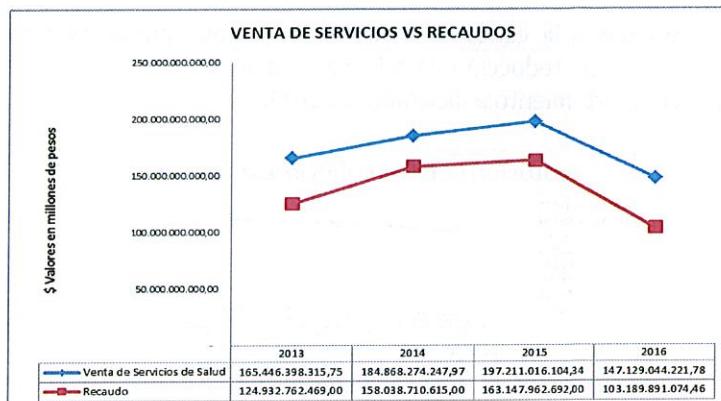
Fuente: Ejecuciones presupuestales de ingreso E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

Este comportamiento principalmente obedece a que al igual que en anteriores vigencias, la venta de servicios de la E.S.E. en su mayor proporción corresponden al régimen subsidiado seguido de los servicios a la PPNA y eventos no POSs que se facturan a la Secretaría de Salud, por lo que se establece que existe una dependencia del Régimen subsidiado y por las condiciones actuales del sector, en las que estas entidades presentan niveles de liquidez muy bajo y como consecuencia de esto la tendencia es a la reducción en el flujo de recursos.



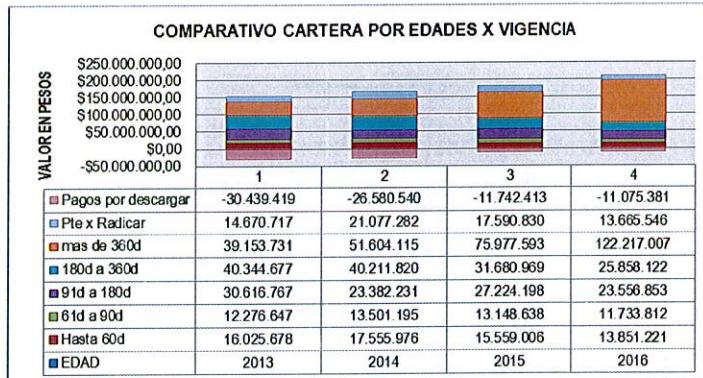
Fuente: Ejecuciones presupuestales de ingreso E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

La venta de servicios recaudados presenta una tendencia entre 2013 a 2015 creciente, a diferencia de 2016, ya que los valores que traslada el Ministerio por Giro Directo han venido disminuyendo, situación que en repetidas oportunidades por medio de comunicados se ha manifestado. Adicionalmente se ha comentado en las diferentes estancias ante los entes de control en mesas de trabajo que estos han convocado.



Fuente: Informes de gestión E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

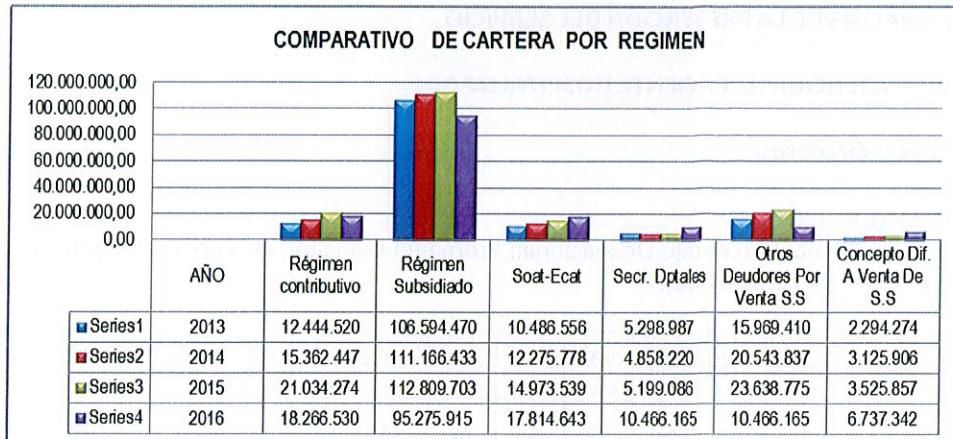
Al comparar las ventas de servicios frente al recaudo, encontramos que la tendencia es progresiva, es decir que año a año a medida que una variable crece la otra igual, con una proporción entre una y otra en promedio del 19% por debajo el recaudo, sin embargo para el corte analizado en 2016, se observa un aumento de esta propensión ya que el recaudo está por debajo en un 30%, lo cual se explica con lo que se ha venido esbozando, frente al hecho de que al depender del régimen subsidiado cuya liquidez no es óptima, no se vislumbra mejoras en los niveles de recaudo, por lo que se deben hacer proyecciones a mejorar las relaciones comerciales con los mercados contributivos, con el robustecimiento de los servicios que presta el Hospital.



Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de contabilidad Balance de Prueba corte Diciembre de 2016

Al realizar comparativo de la cartera con corte al mes de Diciembre de 2016 (Fuente: Decreto 2193) y las vigencias anteriores se puede evidenciar que la cartera presento un incremento en un 18% con respecto a la vigencia 2015, teniendo en cuenta que el pago realizado por las entidades se hace cada vez más dificultoso debido a que por la falta de reconocimiento de los servicios prestados y el aumento de la Glosa por parte de estas.

Dentro de este valor se encuentra la cartera correspondiente a las entidades liquidadas en las ultimas Vigencias como la Caja de Previsión Social de Comunicaciones Caprecom, Saludcoop y Salud Vida Para el año 2014 y 2015 se evidencia que hubo incremento del 15%, debido al incremento en la facturación por prestación de servicios de salud.



Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de contabilidad Balance de Prueba corte Diciembre de 2016

Del 100% de la cartera por edades se evidencia que la mayor concentración se encuentra en las edades mayores a 180 días y mayor a 360 teniendo en cuenta que en el último rango se encuentran las deudas de difícil recaudo y el valor se evidencia de la Cartera pendiente por Radicar corresponde a un 6% del total disminuyendo 4% con respecto al año inmediatamente anterior.

Los costos de producción del año 2016 presentan como rubro más significativo la Mano de Obra con un 36%, seguido de los Costos Indirectos con un 28% e insumos con un 25%. El restante 12 % se encuentra distribuido entre G. de Administración (6%), G. Generales (3%) y Depreciaciones (3%).

	2013	2014	%	2015	%	2016	%
MANO DE OBRA	25.734.904.715,86	28.115.066.030,02	9%	33.809.855.649,86	20%	35.863.452.544,62	6%
INSUMOS	18.637.262.993,21	24.780.233.244,26	33%	25.689.978.728,12	4%	24.953.101.211,40	-3%
GASTOS GENERALES	3.730.538.053,79	3.458.922.235,24	-7%	8.928.807.532,31	158%	3.425.521.403,26	-62%
DEPRECIAACION	0,00	2.453.139.192,00	0%	1.949.854.072,06	-21%	2.525.629.054,00	30%
COSTOS INDIRECTOS	22.180.905.515,68	22.085.446.688	-0,4%	18.403.142.457,25	-17%	27.852.473.204,38	51%
GASTOS ADMON	3.633.285.145,33	3.278.716.994,64	-10%	3.678.379.819,26	12%	6.007.790.065,21	63%
TOTALES	73.916.896.423,87	84.171.524.383,71	14%	92.460.018.298,86		100.627.967.482,87	

Fuente: Dinámica Gerencial-módulo de contabilidad Balance de Prueba corte Diciembre de 2016

Nuestros costos en relación con las ventas nos indican que invertimos un 93.60% en producción y producto de estos servicios obtuvimos un 6.40% como rentabilidad de ventas operacionales finales. De esta rentabilidad (6.885 millones), el reporte financiero nos muestra el proceso de Imágenes Diagnósticas con una participación del 60.31%, el Proceso de Apoyo Atención Farmacéutico con un 43.78%, Proceso de Apoyo Diagnóstico con el 23.13%, como los tres más relevantes en la rentabilidad operacional y presenta como los dos más grandes con una pérdida operacional a los procesos de Atención al Paciente Quirúrgico con el -33.81% y atención al Paciente de Urgencias con el -42.34%.

3.3 ANÁLISIS DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

3.3.1 ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO:

Análisis de Indicadores:

- Eficiencia Técnica

ANÁLISIS: (Giro Cama; Porcentaje Ocupacional; Promedio Día Estancia, egresos hospitalarios y oportunidad de interconsulta).

2016	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PROM
% OCUPACIONAL	121,5	112,9	119,4	128,5	126,8	125,5	118,6	129,2	133,8	125,4	122,3	122,2	123,8
PRO. DIA ESTANCIA	8,0	8,9	8,1	8,7	9,8	9,1	7,9	8,8	8,5	8,8	7,8	7,7	8,5
GIRO CAMA	3,9	4,1	4,1	3,8	4,1	4,1	4,3	3,7	4,2	4,5	4,3	4,6	4,1

2015	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PROM
% OCUPACIONAL	120,7	128,5	130,4	134,5	128,8	129,9	132,5	128,8	122,4	121,0	124,1	117,9	126,6
PRO. DIA ESTANCIA	7,6	8,3	8,7	8,4	8,9	8,6	8,7	9,0	9,1	8,2	8,2	8,3	8,5
GIRO CAMA	4,4	4,1	4,6	4,1	4,4	4,0	4,4	4,1	4,0	4,3	4,3	4,3	4,3

2016	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	PROM
NUMERO DE EGRESOS	800	817	819	759	822	827	873	725	824	876	830	898	9870	823
CAMAS OFRECIDAS	203	200	201	199	200	201	202	194	194	194	193	194	2375	198

2015	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	PROM
NUMERO DE EGRESOS	930	867	933	842	891	805	885	827	804	885	891	896	10456	871
CAMAS OFRECIDAS	211	210	202	204	202	202	202	201	200	207	208	206	2455	205

OPORTUNIDAD RESPUESTA INTERCONSULTAS	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	prom. x espec.				
Promedio Horas	6,9	3,6	4,2	3,3	5,3	4,9	2,8	3,5	3,1	4,2				Cirugía General
Promedio Horas	5,5	5,9	5,9	5,1	6,4	5,2	4,9	5,6	7,1	5,7				Medicina Interna
Promedio Horas	6,6	5,5	5,9	4,4	7,3	6,4	4,7	4,3	3,0	5,3				Neurocirugía
Promedio Horas	5,2	4,9	3,4	2,9	2,5	2,9	1,9	2,9	3,1	3,3				Ortopedia
Promedio General 2016	6,1	5,0	4,9	3,9	5,4	4,9	3,6	4,1	4,1					4,6

En relación a los indicadores esperados para el año 2016 frente al % ocupacional es de 123,8% observándose una sobreocupación de casi el 24%; el promedio de días estancia es de 8,5 encontrándose por encima del promedio esperado y frente al giro cama continuamos con la línea por encima de 4,1.

La oportunidad de interconsulta es de 4,6 horas promedio, evidenciándose que en las especialidades de Medicina Interna y Neurocirugía son las que presentan mayor tiempo de espera para la interconsulta.

El resultado anterior obedece a múltiples factores, entre los que se encuentran:

La disminución de camas disponibles por el reforzamiento estructural que inutilizó el tercero norte como piso de ginecología y obstetricia dejando disponibles 193 camas en promedio para utilizar; es muy importante priorizar acciones necesarias para mejorar en este aspecto.

No se tiene implementado la Auditoría Concurrente que gestione lo clínico y lo administrativo, esto impactaría favorablemente en la productividad de los servicios, se evidencia estancias prolongadas, demoras de las interconsultas, demoras en los egresos, fallas por trámites administrativos entre otros.

Los egresos en promedio durante el cuarto trimestre de 2016 fueron de 823 egresos, cifra superior a otros periodos.

Se evidencian falencias en el proceso de admisiones, este debe fortalecerse para dar más agilidad al momento del ingreso del usuario.

Se debe implementar Programa de Gestión Médica para manejar el paciente crónico y pacientes con monodosis en un sitio cercano al hospital (habilitar casas de las que tiene la institución o arrendar una), con esto se tendría más capacidad instalada. Programa tipo hospital día.

Se requiere del diseño y desarrollo de la Central Única de Admisiones para el ingreso de los usuarios a servicios hospitalarios.

Se debe mejorar la articulación del equipo de salud, planes de manejo y comunicación asertiva, así como la conciliación medicamentosa con el paciente.

PORCENTAJE DE INFECCIONES

2016	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	PROMEDIO
IAAS	1,3	1,5	1,1	2,4	1,1	4,0	1,3	1,7	1,6	1,7	2,2	2,0	1,8

MORTALIDAD	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	PROMEDIO
GENERAL	4,9	6,7	6,5	5,5	5,8	4,0	4,0	5,8	4,0	4,2	3,9	6,0	5,1

MORTALIDAD	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	PROMEDIO
>48 HORAS	4,5	6,0	5,7	5,2	5,3	3,9	3,8	5,1	3,8	4,1	3,7	5,7	4,7

CONSOLIDADO INDICADOR FLEBITIS BACTERIANA/QUIMICA 2016													
TOTAL AÑO	FLEBITIS BACTERIANA						TASA%		FLEBITIS QUIMICA				TASA%
	55						1,47		515				11,8

La Tasa Global de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IAAS), se mantiene por debajo de los estándares nacionales, lo que indica que las estrategias sugeridas en el COVE han sido efectivas; se observa que las flebitis son uno de los elementos causales que más aportan a la tasa de infección global; por lo que se espera trabajar arduamente específicamente en el control de las mismas.

En relación a las mortalidades de los servicios hospitalarios, se observa que en el último mes del año se aumentó la mortalidad general en un 50%, frente a incidencia y prevalencia; los servicios de mayor magnitud son cirugía general y medicina interna, concluyendo en el análisis que los factores contribuyentes de mortalidad en estos casos son de carácter inherente al paciente y no a eventos conexos a la atención en salud, pero frente a los datos globales institucionales, no se supera el umbral de la tasa (5.1) promedio del año 2016, sin variaciones en relación al año 2015 (5.1).

3.3.2 ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS:

Total de Pacientes Atendidos por Triage:

CLASIFICACIÓN	2015	2016
TRIAGE 1	505	269
TRIAGE 2	12722	7568
TRIAGE 3	1458	7299
TRIAGE 4	1977	1638
TRIAGE 5	204	1854

En el mes de Julio del año 2016 se realizó ajuste a la Clasificación del Triage según Resolución 5596/15 pasando la Institución de contar con 4 categorías a 5, siendo esta la razón por la cual se observa una variación entre las 2 categorías de clasificación.

Indicadores de Oportunidad en el Triage:

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA TRIAGE II- III

TIEMPO DE ESPERA TRIAGE II	2015	2016
	38,35	34,95

Se viene trabajando fuertemente en el Servicio de Urgencias para disminuir este Indicador de oportunidad desde el año 2015, logrando una mejora aceptable, sin embargo, se sigue incumpliendo con lo establecido por la normatividad vigente que son 30 minutos.

Las causas más frecuentes se dan por consultorios ocupados por paciente aislados y que en las noches y los fines de semana el mismo Médico realiza Triage y consulta.

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA

OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN CONSULTA	2015	2016
57,8		56,315

Este indicador se mantiene desde el año 2015 dentro de los tiempos establecidos por la norma vigente de 60 minutos.

TIEMPO DE RESPUESTA EN HORAS DE INTERCONSULTA

HORAS PROMEDIO	MEDICINA INTERNA	CIRUGIA GENERAL	NEUROCIRUGIA	ORTOPEDIA	UROLOGIA
3,78	0,91	4,62	2,33	7.8	

El Tiempo de respuesta a Interconsulta representa alto impacto en el promedio día estancia y giro cama, razón por la cual es necesario relajar intervención desde la Subdirecciones de las Especialidades de Medicina Interna, Neurocirugía, Ortopedia y Urología para alcanzar importante mejora en sus indicadores.

TRASLADOS PRIMARIOS AÑO 2016

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
22	24	21	23	30	21	26	31	33	28	32	29

El total de traslados sin ser comentados a la Intitución fue de 320, estos pacientes en su gran mayoría son pacientes en mal estado general, lo que genera mayor hora de atención por parte de los Médicos generales, enfermería y demás personal de apoyo del servicio, utilización de ventiladores, monitores e insumos incrementando la criticidad del Servicio.

El reporte de este Indicador es importante para el Servicio de Urgencias, se ha identificado que es causal de demora de los pacientes en el servicio y de quejas por INOPORTUNIDAD motivo por el que se incluye en el PAS del año 2017 para intentar con las actividades allí consignadas comenzar a mejorar estos tiempos.

Se tienen asignadas 32 camillas, sin embargo la ocupación oscila entre 55 a 70 pacientes diarios lo que evidencia una sobre ocupación por encima del 171%.

No hay suficientes camas de aislados causando bloqueos en los consultorios con pacientes infectados.

Pacientes con más de 24 horas en urgencias por complejidad o por especialidad, debido a que las EPS duran más de 24 horas para ubicar paciente y no se tiene una zona en piso para pasar estos pacientes mientras sale remisión.

Se observan pacientes en remisión por no estar autorizados y/o sin contrato con la entidad.

La Red de Cundinamarca envía pacientes sin previo filtro por el CRUE o son enviados por CRUE por no tener más soporte de red, caso de pacientes prioritarios y de primarios que llegan del II Nivel y se deben recibir quedándose por más de 24 horas.

El Triage V (Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015): por ser una consulta de médico general, se ha asignado unas horas de médico rural para que la atención se dé dentro de las 4 horas como una consulta prioritaria y de esta manera dar solución al paciente desde el servicio de urgencias.

La mayor dificultad del servicio en la demora en la consecución de cama en piso por el alto promedio de Días Estancia de Hospitalización y la baja rotación de camas de los servicios especializados.

Se debe intervenir en la mejora del Proceso de aceptación de pacientes tanto en área de referencia, admisiones como con las diferentes especialidades.

Se debe trabajar en la interiorización de las guías de manejo tanto del personal especializado como el personal de apoyo para lograr una mejor adherencia a estas impactando en la atención más efectiva del paciente.

Gestionar con el área de sistemas mayor fluidez para que las solicitudes de exámenes y los reportes de estos sean más expeditos, impactando de esta manera en la definición de conductas médicas.

3.3.3 ATENCION DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Productividad quirúrgica.

Nombre del indicador	2015	2016
Total de procedimientos QX	21739	20626

Se observa una disminución de un 5% en el número de procedimientos realizados en la vigencia 2015 respecto a la vigencia 2016.

Lo anterior se debió a las siguientes causas:

A finales del 2015 e inicios del 2016 el régimen subsidiado venía siendo administrado por las administradoras CAFAM Y COLSUBDSIO, pasando a ser administrado por la EPS CONVIDA; en esta transición afectó las autorizaciones de procedimientos QX disminuyendo la demanda en todas las especiales.

Los Hospitales de Cundinamarca se fortalecieron ofertando servicios quirúrgicos de primero, segundo y en muchos casos tercer nivel de complejidad.

El HUS solamente tenía contratos con las aseguradoras CAPRESOCA, MALLAMAS y CONVIDA esta EPS como administradora del régimen Subsidiado quién solamente autoriza el 10% de la atención quirúrgica al hospital.

Productividad por Grupo Quirúrgico:

GRUPOS QX	2015	2016
...Cirugías grupos 2-6 (incluye legrados)	8037	6173
...Cirugías grupos 7-10	7768	7289
...Cirugías grupos 11-13	3620	3438
...Cirugías grupos 20-23	2314	2196

Se observa una disminución por grupo quirúrgico del 2 al 13 relacionada con la demanda y oferta de servicios de los hospitales regionales.

El grupo de 20 a 23 aunque presenta un descenso, se mantiene porque el nivel de complejidad y de oferta quirúrgica en las especialidades de: Neurocirugía, Oftalmología, Ortopedia, Cirugía Plástica, Cirugía Cardiovascular y Vascular Periférica mantienen la productividad observándose un impacto importante a nivel de cirugía general que ha disminuido una demanda casi en un 5%.

La Utilización de Horas Quirófano en cirugía electiva ha venido disminuyendo específicamente relacionado a número de procedimientos, así como disminución de procedimientos en Cirugía general y disminución de procedimientos en grupos mayor también de Cirugía general.

La Cirugía de Urgencias ha venido disminuyendo progresivamente en las vigencias anteriores %, debido a una demanda menor que obedece a una derivación de los procedimientos para programarlos y a la disminución en la urgencia inmediata

Se debe fortalecer el mercadeo de las especialidades quirúrgicas y ofertar paquetes quirúrgicos en todas las especialidades.

Es prioritaria la ampliación de la UCI quirúrgica para mejorar la rentabilidad del HUS.

La central de esterilización requiere remodelación y mantenimiento de la infraestructura y cambiar instrumental básico por desgaste.

CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS

Nombre del indicador	2015	2016
Cirugías con estancia canceladas	149	161
Cirugías ambulatorias canceladas	96	67
Número Total de cirugías canceladas por	245	228
Criterio médico de anestesia	32	15
Criterio médico de cirujano	119	114
Ropa	0	5
Material quirúrgico	12	7
Por Urgencia Quirúrgica de la Especialidad	8	15
No disponibilidad de UCI	3	28
No disponibilidad de instrumental Quirúrgico	14,04	7
Ausencia de paciente	21	10
Patología sobreviniente	34	28
% de cancelación de cirugías programadas	5%	4,70%

Se observa que en las dos vigencias, la cancelación de cirugías se mantiene en el mismo porcentaje, aclarando que en las vigencias atenciones el % de cancelación se encontraba mayor al 7%; es importante anotar que se intervino los factores de accesibilidad y factores institucionales como: disponibilidad de insumos, medicamentos, recurso humano entre otros.

Actualmente, la mayor proporción de cancelación está asociada a la pertinencia médica secundaria a patología no controlada, patología sobreviniente, cambio de diagnóstico quirúrgico y otros factores como no disponibilidad de Unida de Cuidados Intensivo.

Según un estudio realizado por la Universidad de los Andes se evidencia que el futuro institucional se orienta a la parte quirúrgica atendiendo la demanda de tercer y cuarto nivel de complejidad soportadas en las especialidades de Neurocirugía, Ortopedia, Cirugía General, Hemodinamia, Cirugía Cardiovascular y Oncología.

INFECCIONES DE SITIO OPERATORIO

VIGENCIA	CIRUGÍA LIMPIA CONTAMINADA								
	No DE ISQ SUPERFICIAL ISQ-ISQ	No DE ISQ PROFUNDA ISQ-IQP	No DE ISQ ÓRGANO ESPACIO (ÓRGANO/ESPACIO)	Total ISQ en cirugías limpias contaminadas	Total de cirugías limpias contaminadas	% ISQ SUPERFICIAL	% DE ISQ PROFUNDA	% DE ISQ ÓRGANO ESPACIO	Tasa Total de infecciones
2015									
2016	8	1	2	11	4221	0,19	0,02	0,05	

El indicador de Tasa de infección quirúrgica se encuentra muy por debajo de los referentes nacionales e inclusive internacionales, lo que indica que el proceso quirúrgico cumple condiciones de calidad en la prestación del servicio.

3.3.4 ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO

% Uso de capacidad instalada

VARIABLE	2014	2015	2016
	IV TRIM	IV TRIM	IV TRIM
Horas programadas consulta especializada	26.524	25.509	23.098
No de consultas ofertadas (disponibles)	76.876	73.167	65.777
No de consultas asignadas(programadas)	78.596	78.304	68.856
No de consultas realizadas	67.844	67.340	60.404
% Cons. Primer vez	36%	36%	31%
% POP	10%	10%	11%
% Inasistencia	13%	13%	12%
% Cancelación total (no atención)	ND	0,8%	0,6%
% Cancelación - Institucional	ND	21,7%	0,1%
% Cancelación por paciente	ND	71,2%	0,4%
% Cancelación por causa externa	ND	7,1%	0,01%
% USO CAPACIDAD OFERTA (realizadas/oferta)	88%	92%	92%
Rendimiento hora medico consulta	2,6	2,6	2,6
% Demanda insatisfecha total	4%	7%	3%
% Demanda Insatisfecha-represamiento	ND	4%	2%
% Ptes que salen de consulta con conducta Qx	2,3%	3,3%	3,0%

Se evidencia una reducción en horas programadas en promedio de un 11% menos que en los años anteriores, por la baja demanda, impacto del retiro de EPSs Cafam, Colsubsidio y Caprecom, que se ha marcado aún más, en el IV trimestre de 2016. Con la reducción en horas, así mismo se comportaron la oferta, la asignación de citas y las consultas realizadas o productividad, esta última bajó 10% frente al año 2015 y 11% por debajo en el 2014; se tiene una capacidad instalada para 123.984 consultas y de estas se ofertan solo 65.000.

El % de cancelación de citas ha mejorado notablemente en la vigencia 2016, respecto a los años anteriores; sin embargo debemos mejorar en la disminución de este indicador.

El porcentaje de uso de capacidad de oferta se encuentra en un 92%, por lo que se deben implementar estrategias para mejorar el uso de la capacidad instalada.

VARIABLE	2014	2015	2016
	IV TRIM	IV TRIM	IV TRIM
Oportunidad en cita medicina general (3)	NA	NA	NA
Oportunidad en cita medina interna (15)	3,3	7,7	1,6
Oportunidad en cita pediatría (5 días)	NA	NA	NA
Oportunidad en cita cirugía (20 días)	9,3	9,9	2,3
Oportunidad en cita ginecología (10 días)	4,5	4,6	1,2
Oportunidad en cita obstetricia (5 días)	4,3	2,7	1,4
Oportunidad en demás especialidades (12 días)	6,4	8,8	3,5
Oportunidad en Anestesia (12 días)	4,6	4,1	2,5

La demanda de servicios en las especialidades de Gineco obstetricia, medicina interna, entre otros ha disminuido considerablemente, se deben tomar acciones conjuntas con mercadeo para oferta estos servicios, la oportunidad se ha mantenido muy por debajo del máximo aceptable que son 15 días y el resultado fue de 1.2 días para el 2016.

En Obstetricia, la oportunidad se mejoró en un 68% frente al 2014 y un 49% comparado con el año inmediatamente anterior.

En Medicina Interna la oportunidad se ha mantenido por debajo del máximo aceptable que son 15 días.

En consulta de Cirugía General la oportunidad mejoró 77% frente al resultado de oportunidad con el año anterior, encontrándose por debajo del máximo aceptable que son 20 días.

EL área de Consulta externa realiza seguimiento a los pacientes tanto para asignar cita como para su asistencia a la consulta; pero al realizarle seguimiento a las llamadas en espera o las que no se alcanzan a contestar los pacientes insisten que se debería tener más líneas para que la atención por este medio sea mejor.

Se debe fortalecer el servicio de TELEMEDICINA y fortalecer el mercadeo de los servicios que presentan baja demanda.

VARIABLE	2014	2015	2016
	IV TRIM	IV TRIM	IV TRIM
PROCEDIMIENTOS C. EXTERNA			
Horas programadas procedimientos	14.172	13.689	16.594
No. Procedimientos programados	18.267	26.688	21.874
No. Procedimientos realizados	16.073	23.318	20.193
% Inasistencia en procedimientos	9%	12%	7%
% Cancelación total (no atención en Proced)	0,4%	0,9%	0,7%
% Cancelación - Institucional	0,1%	0,3%	0,2%
% Cancelación por paciente	0,3%	0,5%	0,4%
% Cancelación por causa externa	0,0%	0,1%	0,1%

La inasistencia a procedimientos se logró bajar en 41% comparado con el año anterior gracias a confirmación de citas por cada especialidad y seguimiento a inasistencia, igual que en consulta y con las causas similares.

En procedimientos se presentó un descenso del 22% en cancelación total, frente al 2015. De la cancelación por paciente, el 0.11% fue relacionada con la autorización – No prevenible (vencida, sin autorización o dirigida a otra IPS), el 0.10% por condición del paciente – No prevenible (sin lesión para biopsiar para el caso dermatología, con sangrado, con gripe entre otros), un 0.05% por falta de preparación a pesar de las indicaciones y/o envío de las mismas por correo – No prevenible, el 0.04% mal solicitada - No prevenible y un 0.01% por llegada tarde del paciente, el mismo porcentaje porque el paciente no acepta el procedimiento, sin paracínicos necesarios previos al procedimiento y sin recursos para el copago.

De la cancelación institucional, se atribuyó el 0.09% a falla en equipo o sin insumo - Prevenible (manómetro para difusiones en pruebas de función pulmonar, por falta de nitrógeno en dermatología, falta de aguja para biopsia de médula ósea, daño equipo de electromiografías), un 0.06% por falla en asignación de cita sin previa valoración por especialista - Prevenible, el 0.001% sin paracínicos oportunos generados por el HUS - Prevenible y el mismo porcentaje por demora en inicio del procedimiento - Prevenible (curaciones de plástica, se reprograma cita), se tomaron los mismo correctivos que en consulta, reflejándose mejora en el indicador con menos cancelación institucional en 22% comparado con el 2015; y la cancelación por otro o externo, el 0.07% atribuida a autorizaciones con códigos errados, no corregido por EPS, a pesar del trámite desde autorizaciones y el 0.05% no entrega de medicamento por parte de la EPS para infusión.

3.3.5 FISIOTERAPIA

AÑO / TRIMESTRE	PROCEDIMIENTOS	OXIGENO	TOTAL
2014 IV	\$ 442.277.820	\$ 153.265.116	\$ 595.542.936
2015 IV	\$ 476.531.700	\$ 115.534.700	\$ 592.066.400
2016 IV	\$ 536.335.500	\$ 145.541.700	\$ 681.877.200

La facturación en el último trimestre de 2016 presenta un importante incremento, en especial por la facturación de oxígeno en las Unidades de Cuidado Intensivo. Este cobro lo realiza Fisioterapia solo donde se dispone de personal permanente en el área. Por solicitud de la gerencia, en el mes de Febrero se realizará seguimiento al cobro de Oxígeno de urgencias por Fisioterapia para comparar con lo que se factura por el medio habitual.

Indicadores de oportunidad:

Indicador	Meta	Ejes de acreditació	Modelo de atención	TRIMESTRE 4 2014	TRIMESTRE 4 2015	TRIMESTRE 4 2016
OPORTUNIDAD URGENCIAS	60 min	Atencion centrada en el usuario	u usuario	47,62	42	48,7
OPORTUNIDAD CONSULTA EXTERNA	3 días			0,45	1	0
OPORTUNIDAD TR EN HOSPITALIZADOS	3 horas 2016			1,16	1,3	1,6
OPORTUNIDAD TERAPIA FISICA	6 horas 2016			1,28	1,16	1,11

Los indicadores de oportunidad continúan por debajo de lo propuesto como meta, se espera continuar manteniendo los tiempos garantizando la oportuna en la atención, de

igual manera, es necesario informar de estos tiempos a las diferentes especialidades y de ser necesario generar acuerdos entre servicios.

Indicador de tratamientos terminados:

Indicador	Meta	Ejes de acreditación	Modelo de atención	2016 II %	2016 III %	2016 IV%
Tratamientos terminados rehabilitación Terapia Física	60%	Atención centrada en el usuario	u usuario	100	100	100
Tratamientos terminados rehabilitación Terapia Respiratoria				100	100	100
Tratamientos terminados rehabilitación Terapia del lenguaje				100	100	100
Tratamientos terminados Rehabilitación Cardiaca	80%			100	100	100

Con el indicador “Tratamientos Terminados” se mide la eficiencia de la intervención terapéutica en terapia de Fonoaudiología, Terapia Física, Terapia Respiratoria y Rehabilitación Cardiaca, este año todos los tratamientos terminados cumplieron con los objetivos terapéuticos propuestos.

Inicialmente, Terapia Física y Respiratoria se continúa midiendo solo en Consulta Externa, se está haciendo recolección de información para verificar si la escala “EuroQol” es la herramienta apropiada para determinar objetivos alcanzados en nuestra población del HUS.

Se está realizando Rehabilitación Cardiaca, pero falta disponibilidad de poltronas para poder trabajar con los pacientes en posición sedente.

No se cuenta con dispositivos indispensables para garantizar Rehabilitación Cardiaca en Fase I

Se hace necesaria la renovación de algunos equipos de fisioterapia, debido a que cuentan con más de 20 años de uso y no garantizan la calidad y seguridad de la intervención.

Para el servicio de Fonoaudiología se requiere la compra de un otoscopio, espejos e instrumental básico y dos computadores necesarios para el servicio.

3.3.6 IMÁGENES DIAGNOSTICAS

% de ecografías realizadas:

ECOGRAFIA	2015	2016
ECOGRAFIAS REALIZ CONSULTA EXTERN	2452	1430
ECOGRAFIAS REALIZ HOSPITALIZADOS	7864	6283
ECOGRAFIAS REALIZA URGENCIAS	3070	4093
ECOGRAFIAS REALIZADAS TOTAL	13386	11806

Se evidencia una disminución en la toma de Ecografías de consulta externa aproximadamente del 40% respecto al año anterior, al igual que las ecografías tomadas al paciente hospitalizado; esto se debe a que a que los demás centros de diagnóstico mantienen tarifas extremadamente bajas.

Se evidencia que los tiempos aunque progresivamente han mejorado, aun se tienen tiempos de oportunidad prolongados, ya que durante las noches y fines de semana no se están realizando estudios con administración de Medio de contraste, ni lectura las 24 horas.

Las EPS autorizan la Remisión de pacientes ambulatorios a otros Centros de Diagnóstico.

Se presentan casos en que los pacientes están mal preparados para la realización de los estudios de TAC o que no están en condición clínica favorable para su realización.

Existen debilidades en el proceso de agendamiento y programación de imágenes diagnósticas.

3.3.7 ATENCION FARMACÉUTICA



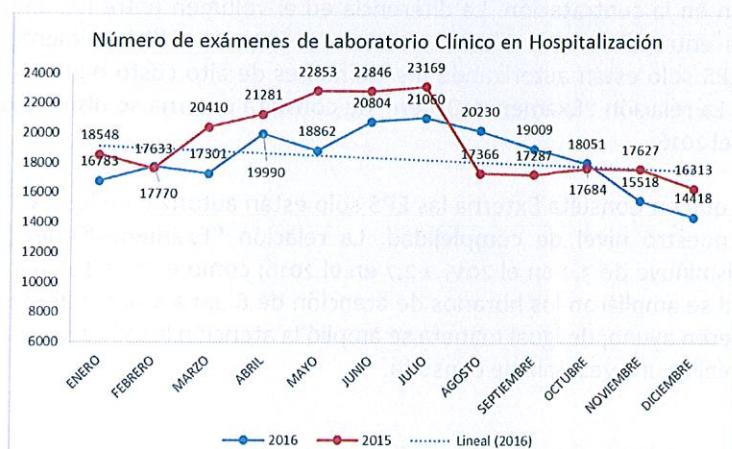
El indicador de cumplimiento de requerimientos por parte de los proveedores para que realicen una entrega perfecta de productos farmacéuticos no se cumple a cabalidad, Por lo que se plantea como mejora que los contratos brinden las herramientas jurídicas necesarias para hacer cumplir a los proveedores con estas exigencias en aras de que los pacientes reciban productos farmacéuticos de alta calidad y de manera oportuna.

Se hace necesario implementar la Central de Mezclas, en la actualidad se realizó el diagnóstico respectivo y se encuentra para aprobación del proyecto ante la Junta directiva.

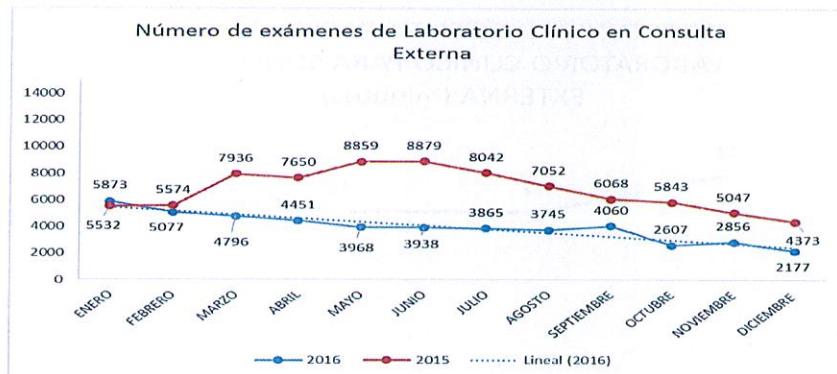
Se requiere automatización del servicio de farmacia que permitan realizar una adecuada trazabilidad a los productos farmacéuticos (por ejemplo códigos de barras) y automatización del proceso solicitud-cobro de productos farmacéuticos en el Sistema de Información Dinámica Gerencial, ya que actualmente el sistema de información no permite generar una adecuada trazabilidad a los productos farmacéuticos, de igual manera se presentan reprocesos que consisten en que el Médico prescribe o formula los medicamentos, y el Auxiliar de Farmacia debe imprimir la fórmula médica y digitar nuevamente los medicamentos en el sistema de información, este reproceso genera errores de facturación que se traducen en posibles futuras glosas y disminución del recaudo, además de sobrantes y faltantes en el inventario.

3.3.8 APOYO DIAGNOSTICO – LABORATORIO CLINICO

Gráfica 1

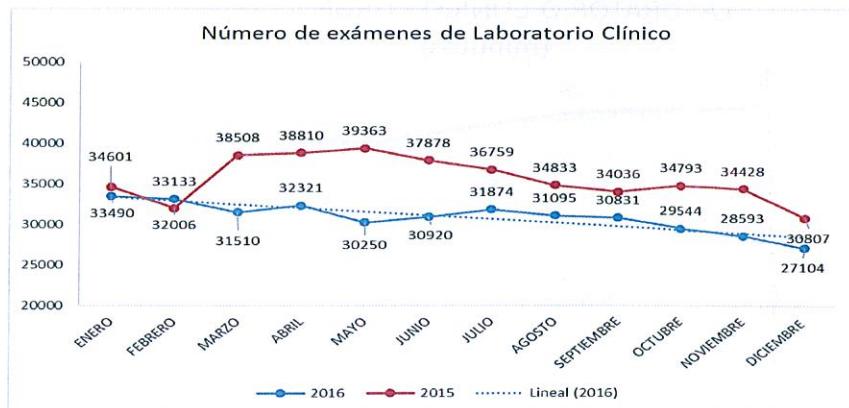


Gráfica 2



Gráfica 3

Se evidencia que los meses Enero-Febrero y Noviembre-Diciembre son los meses de menor volumen generado primordialmente por inicio-terminación de contratos, así como los períodos de vacaciones.



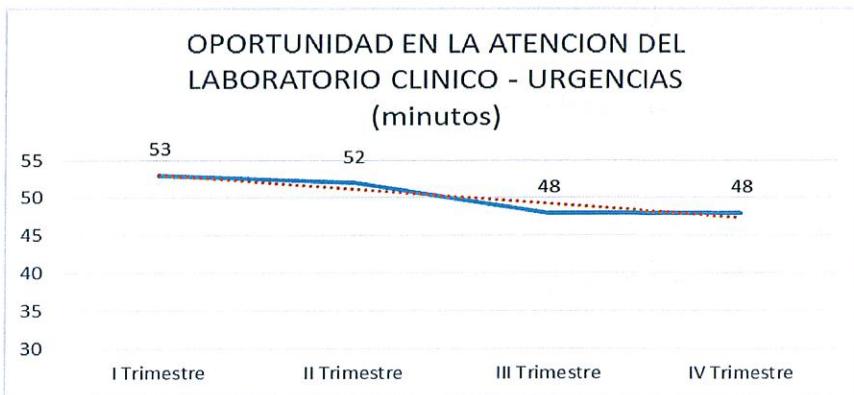
Se observa una disminución en el año 2016 del 19% y como se demuestra en las gráficas 3,4 y 5 es de mayor impacto la disminución de Consulta Externa (Gráfica No. 5) generado por una reducción en la contratación. La diferencia en el volumen entre los años 2015 y 2016 obedece a la entrega de la Unidad Funcional de Girardot. Adicionalmente en Consulta Externa las EPS solo están autorizando los exámenes de alto costo dado nuestro nivel de complejidad. La relación “Exámenes/Orden” de consulta externa se disminuye de 3,2 en el 2015 a 2,7 en el 2016.

Se evidencia que en Consulta Externa las EPS solo están autorizando los exámenes de alto costo dado nuestro nivel de complejidad. La relación “Exámenes/Orden” de consulta externa se disminuye de 3,2 en el 2015 a 2,7 en el 2016; como estrategias para aumentar la productividad se ampliaron los horarios de atención de 6 am a 4 p.m. para los laboratorios que no requieren ayuno; de igual manera se amplió la atención los sábados y la atención del paciente se realiza una vez sale de consulta.

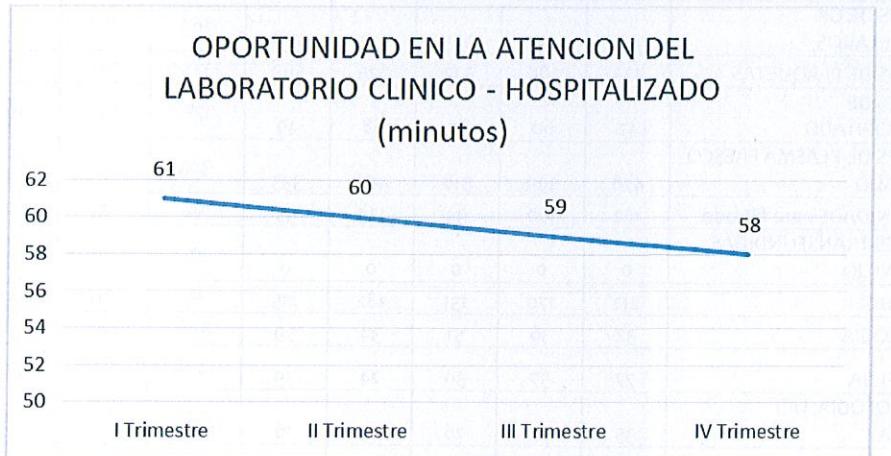
OPORTUNIDAD LABORATORIO CLÍNICO SEDE BOGOTÁ



Gráfica No. 4



Gráfica No. 5



Gráfica No. 6

En las gráficas 5 y 6 se refleja en trimestres el comportamiento de la oportunidad del laboratorio Clínico desde el momento en que llega la muestra al Laboratorio hasta el momento en que se valida el resultado.

Con el fin de mejorar los tiempos de oportunidad en el servicio de urgencias el Laboratorio Clínico direcciono en el horario diurno dos auxiliares de Laboratorio para tomar las muestras de 7 a.m a 6 pm. Y se pretende de la misma forma hacer cubrimiento en los turnos nocturnos, no se ha realizado por no disponibilidad del recurso.

3.3.9 BANCO DE SANGRE

BANCO DE SANGRE	2012	2013	2014	2015	2016	VARIACION			
						2012 - 2016	2013 - 2016	2014 - 2016	2015 - 2016
JORNADAS DE RECOLECCION REALIZADAS	26	49	34	43	48	85%	-2%	41%	12%
DONANTES ATENDIDOS	2852	3239	2502	2770	2662	-7%	-18%	6%	-4%
UNIDADES RECOLECTADAS	2183	2579	2036	2225	2235	2%	-13%	10%	0%
UNIDADES PROCESADAS	2150	2521	2007	2225	2235	4%	-11%	11%	0%
UNIDADES PRODUCIDAS	5819	6693	5162	5629	5411	-7%	-19%	5%	-4%
UNIDADES DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	34	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	2150	2521	2007	2185	2201	2%	-13%	10%	1%
UNIDADES DE PLAQUETAS	1248	1651	1294	1396	991	-21%	-40%	-23%	-29%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	271	328	176	47	241	-11%	-27%	37%	413%
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	2150	2193	1685	2001	1944	-10%	-11%	15%	-3%
UNIDADES ADQUIRIDAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0
POR PRESTAMO O CANJE	184	55	263	130	114	-38%	107%	-57%	-12%
COMPRADAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES TRANSFUNDIDAS BOGOTA	1955	1996	1911	1932	1813	-7%	-9%	-5%	-6%

UNIDADES DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	924	1049	905	713	778	-16%	-26%	-14%	9%
UNIDADES DE PLAQUETAS	423	388	542	625	560	32%	44%	3%	-10%
UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	42	60	52	68	49	17%	-18%	-6%	-28%
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	478	399	318	402	333	-30%	-17%	5%	-17%
OTRAS UNIDADES gre filtrado	102	100	94	124	93	-9%	-7%	-1%	-25%
UNIDADES TRANSFUNDIDAS POR SERVICIO	0	0	0	0	0	0	00	0	0
URGENCIAS	212	170	131	182	215	1%	26%	64%	18%
GINECOLOGÍA	32	36	51	34	59	84%	64%	16%	74%
OBSTETRICIA	77	57	30	24	39	-49%	-32%	30%	63%
NEONATOLOGÍA, UCI NEONATAL	35	20	26	29	16	-54%	-20%	-38%	-45%
UCI ADULTOS	612	638	400	547	581	-5%	-9%	45%	6%
CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CIRUGÍA VASCULAR	0	31	6	12	39		26%	550%	225%
CIRUGÍA PLÁSTICA	8	22	9	21	7	-13%	-68%	-22%	-67%
CIRUGÍA GENERAL	401	413	440	285	370	-8%	-10%	-16%	30%
NEUROCIRUGÍA	44	13	2	16	6	-86%	-54%	200%	-63%
UROLOGÍA	12	183	6	4	19	58%	-90%	217%	375%
ORTOPEDIA	136	0	109	69	69	-49%	0	-37%	0%
HEMATOLOGÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRASPLANTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GASTROENTEROLOGÍA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MEDICINA INTERNA	386	413	636	365	393	2%	-5%	-38%	8%
UNIDAD RENAL	0	0	0	0	0				
TOTAL	1955	1996	1846	1588	1813	-7%	-9%	-2%	14%
No UNIDADES CRUZADAS	1172	1475	1350	1106	1251	7%	-15%	-7%	13%
No PACIENTES TRANSFUNDIDOS	403	410	393	347	366	-9%	-11%	-7%	5%
UF ZIPAQUIRA	0	186	55	154	227		22%	313%	47%
UNIDADES VENDIDAS	0	0	0	231	673	0	0	0	191%
No PACIENTES TRANSFUNDIDOS	403	410	409	347	654	62%	60%	60%	88%
TRANSFUSIONES FACTURADAS BOGOTA	2126	2207	1846	1588	1813	-15%	-18%	-2%	14%
UNIDADES ENTREGADAS ZIPAQUIRA	291	272	227	218	332	14%	22%	46%	52%
UNIDADES DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	232	241	205	167	249	7%	3%	21%	49%
UNIDADES DE PLAQUETAS	10	9	0	21	53	430%	489%	0	152%
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	49	22	22	30	30	-39%	36%	36%	0%
OTRAS UNIDADES	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CANJE O PRESTAMO	171	211	510	121	150	-12%	-29%	-71%	24%
TOTAL DE PRODUCTOS EGRESADOS	870	1136	2017	2807	2434	180%	114%	21%	-13%
UNIDADES DE SANGRE TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	00	0
UNIDADES DE GR EMPAQUETADOS	699	925	1061	828	443	-37%	-52%	-58%	-46%
UNIDADES DE PLAQUETAS	0	0	211	206	134	0	0	-36%	-35%

UNIDADES DE CRIOPRECIPITADO	0	0	36	10	0	0	0	-100%	-100%
UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO	0	0	199	136	44	0	0	-78%	-68%
OTRAS UNIDADES	171	211	510	39	0	-100%	-100%	-100%	-100%
TOTAL DE UNIDADES FACTURADAS	0	0	0	1588	1813	0	0	0	14%
UNIDADES DESECHADAS BOGOTA POR	0	1634	0	726	992	0	-39%	!	37%
VENCIMIENTO	0	92	0	0	0	0	-100%	0	
REACTIVIDAD	0	293	0	218	86	0	-71%		-61%
ALMACENAMIENTO INADECUADO	0	57	0	110	132	0	132%	!	20%
ALMACENAMIENTO INSUFICIENTE	0	1192	0	200	94	0	-92%	0	-53%
OTROS	0	0	0	198	680	0	00	0	243%
UNIDADES DESECHADAS ZIPAQUIRA POR	0	0	0	22	22	0	0	0	0%
VENCIMIENTO	0	0	0	15	22	0	0	0	47%
ALMACENAMIENTO INADECUADO	0	0	0	1	0	0	0	0	-100%
ALMACENAMIENTO INSUFICIENTE	0	0	0	2	0	0	0	0	-100%
OTROS	0	0	0	4	0	0	0	0	-100%
HORAS Bacteriologa PROGRAMADAS	0	4072	4091	4719	4908	0	21%	20%	4%
PRODUCTOS POR UNIDAD PROCESADA	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4	-7%	-5%	-2%	-4%
% DE CONSUMO INTERNO GLOBULOS	48%	46%	50%	38%	40%	-20%	-16%	-23%	3%
% DE DESPACHO EXTERNO GLOBULOS	33%	37%	53%	38%	20%	17%	3%	-28%	-47%
% DE UNIDADES TRANSFUNDIDAS	34	30	37	34	34	2%	15%	-7%	-2%
UNIDADES TRANSFUNDIDAS/UNIDADES CRUZADAS	0,9	0,8		0,7	0,8	0,7	-14%	-3%	2%
% DE TRANSFUSIONES AUTOLOGAS	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
PROMEDIO UNIDADES POR PACIENTE TRANSFUNDIDO	4,9	4,9	4,7	4,6	5,0	-6%	-6%	-3%	8%

Fuente: Tabla de Excel informe comparativo del cuarto trimestre del 2012 al 2016

Durante el cuarto trimestre del 2016 en comparación con el año anterior se observa una disminución de unidades producidas en un 4%, esto se debe a dificultades en las jornadas de donación con la captación de donantes de sangre.

Está pendiente la entrega de la unidad móvil.

Se debe alinear el programa de reactivo y Tecnovigilancia con el programa de seguridad del paciente.

Es muy necesario contar con elementos de campaña en buenas condiciones para lograr mejor imagen institucional con las carpas y cambio de las encuestas.

Se requiere adquirir neveras herméticas de transporte de insumos, debido a que las neveras de icopor no pueden utilizarse más de 3 campañas de donación y no cumplen con transporte adecuado.

Respecto a la Donación de sangre se ha venido disminuyendo Como plan de Mejora, se propone buscar apoyo con el ente gubernamental para que los municipios (Alcaldes) apoyen las campañas de donación.

Retomar contratos con los banco de sangre de hospitales de la red.

Se propone volver a mercadear con los hospitales de la red pública de Cundinamarca y realizar una revisión de las tarifas.

3.3.10 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Total de Remisiones por Municipio:

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	TOTAL 2014	TOTAL 2015	TOTAL 2016
	6999	7263	7913
1. Soacha	349	258	347
2 Zipaquirá	350	547	694
3 Fusagasuga	411	407	410
4 Ubaté	229	346	441
5 Pacho	276	286	281
6 La Mesa	125	174	236
7 Caqueza	188	260	320
8 Chocontá	177	230	356
9 Facatativá	182	147	151
10 Fomeque	58	88	147
11 Chía		80	79
12 Villetá		195	190
** Girardot	151	96	80
OTROS	4530	4149	4181
No de remisiones solicitadas al HUS por Tipo de asegurador	6999	7263	7913
Vinculados	239	306	278
Régimen subsidiado	5983	5902	6534
Régimen contributivo	222	321	226
Soat	464	601	708
Particular	8	9	10
FFD	9	15	16
Fisalud	63	93	134
ARL	11	16	7
No de remisiones solicitadas al HUS por especialidad (separar obstetricia de ginecología)	6999	7263	7913
Cirugía	1074	1078	1309
Cirugía plástica	185	153	182
Gastroenterología	106	70	67

Ginecología	208	191	284
Ginecología y URN	1414	1302	1163
Medicina Interna	905	1498	1985
Neurocirugía	484	599	650
Oftalmología	184	130	135
Otorrinolaringología	53	47	68
Ortopedia	895	974	1260
UCI adultos	363	204	217
URN	209	160	91
Patología	751	0	0
Psiquiatría	1	2	3
Maxilo	1	37	28
Intermedios	14	671	281
Urología	152	147	190

Para el año 2016 se incrementan los pacientes en comparación de los años anteriores en 914 para el año 2014 y 650 para el año 2015.

La unidad funcional de Zipaquirá es la que más comenta pacientes a las diferentes especialidades con 694, seguido de Ubaté, Fusagasugá, Chocontá, y Cáqueza.

Es de anotar que el Hospital de Chocontá aumentó significativamente el número de pacientes comentados al tercer nivel con relación años anteriores.

En cuanto al número de remisiones solicitadas por asegurador, el régimen subsidiado aumenta con relación a los años anteriores, disminuye el número de pacientes comentados del régimen contributivo debido a que prefieren ubicar los pacientes en propia red.

Con relación a la línea de pago SOAT aumenta en 107 pacientes respecto al año anterior, ya que se hace un seguimiento a los pacientes que comentan en la red junto con el Centro Regulador de Urgencias para que sean aceptados rápidamente; Fisalud también aumenta el número de pacientes comentados respecto al año anterior.

Las especialidades a las cuales comentan más pacientes son: Medicina Interna con 487 pacientes más que el año 2015, Cirugía general con 231 más que el 2015, Ortopedia 286 más que el año anterior, Neurocirugía aumenta en 51 pacientes respecto al año 2015. Ginecología aumenta en 93 pacientes respecto al año 2015, disminuye la cantidad de pacientes comentados a Ginecología y Unidad de recién nacidos en 139 pacientes respecto al 2015, la disminución más importante se refleja en la Unidad de Cuidados Intermedios en 390 pacientes respecto al 2015 ya que se termina el convenio con Caprecom el resto de especialidades se mantiene en equilibrio respecto al año 2015

En el año 2016 el porcentaje de pacientes aceptados en el HUS disminuyó al 49% comparado con el año anterior debido a la falta de camas por reforzamiento estructural, daño en el Tac cuatro veces durante el año, sobre cupo en el servicio de urgencias por la demanda espontánea y en promedio 25 días de todos los meses con carta de sobre ocupación.

El número de remisiones desde urgencias a otras IPS aumento en 127 pacientes respecto al año anterior siendo medicina interna y sus sub especialidades las más altas, luego cirugía general por no contrato, falta de camas en Cuidado intermedio, Unidad de Cuidado Intensivo.

A pesar de no contar con la especialidad de Oncología nos comentaron un total de 57 pacientes durante el año 2016 y se remitieron 36 a las diferentes IPS.

No se realiza el filtro de los pacientes por parte del CRUE desde el nivel central, solo lo realizan con pacientes vinculados, lo que genera sobre ocupación en el servicio de urgencias con patologías que se pueden atender en otros niveles de complejidad.

Falta coordinación de las redes de Cundinamarca con el CRUE para establecer compromisos.

3.3.11 DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Seguimiento a los programas desarrollados en el HUS



El cumplimiento de los Comités de Docencia Servicio, permite hacer el seguimiento a los programas que se desarrollan en el HUS, los cuales se desarrollaron de acuerdo para esta vigencia en cada trimestre, de acuerdo a los requerimientos de la normatividad vigentes y en los cuales se revisan:

1. Documentos administrativos
2. Evaluación de la rotación por estudiantes, Universidad, HUS
3. Seguimiento a la Supervisión de los estudiantes
4. Cumplimiento de los Anexos técnicos
5. Compromisos y tareas pendientes y/o cumplidas

PORCENTAJE DE INDUCCION A PERSONAL EN FORMACION

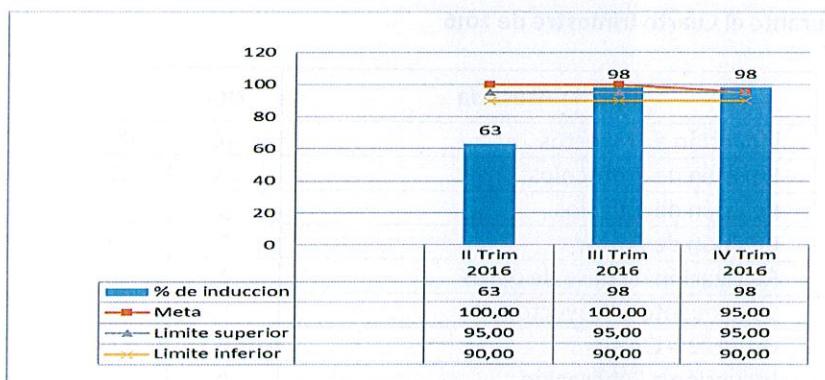


Se logró cubrir un mayor número de estudiantes en el proceso de inducción, dado que se ajustaron los requisitos y seguimiento a los estudiantes, lo que permitió tener un mayor control sobre el cumplimiento de inducción desde el primer día de rotación.

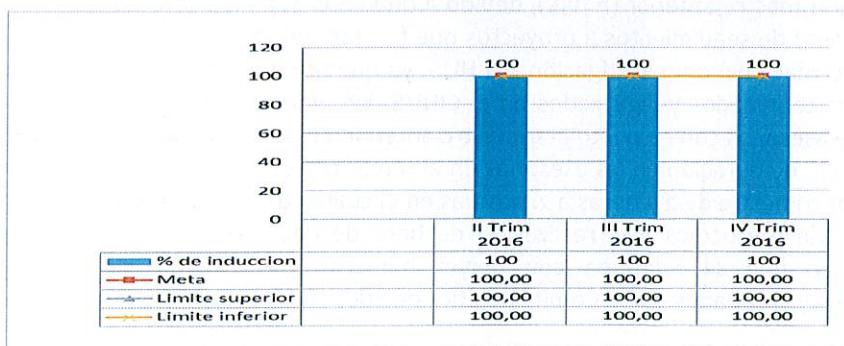
Actualmente se realiza la inducción virtual en la plataforma Moodle, que es para todos los estudiantes que rotan en el HUS, aclarando que para internos y residentes, adicional se realiza la inducción presencial. El contenido de la inducción virtual y presencial se modificó con el fin de aumentar los conocimientos sobre los procesos asistenciales, y por lo tanto también se adicionó un método para medir el nivel e impacto de los temas en los estudiantes, aplicando un pretest y posttest, que requiere de una calificación mínima para aprobar las inducciones de acuerdo al nivel de formación del estudiante.

Por otro al ajustar que a través de la plataforma Moodle los estudiantes ingresaran los documentos y Hoja de vida, se hizo más ágil y oportuno el proceso de ingreso el primer día de la inducción, hoy la plataforma permite garantizar que los estudiantes cumplan con todos los requisitos documentales necesarios y solicitados por los entes reguladores. Como parte de este proceso se inició también la identificación de los estudiantes de acuerdo a su nivel de formación y el control de ingreso y egreso de los estudiantes se restauró poniendo nuevamente en funcionamiento el sistema biométrico del HUS.

Porcentaje de personal en formación con calificación igual o superior a 9 en la evaluación pre-test presencial



Porcentaje de personal en formación con calificación igual o superior a 9 en la evaluación post-test presencial



Durante la inducción presencial, al inicio de la jornada se aplica un pre test, posteriormente los estudiantes asisten durante el todo el día a charlas dictadas por las diferentes áreas asistenciales y administrativas. Al finalizar la jornada presentan un pos test. Este porcentaje ha mejorado, dado a que previamente y por requisito el estudiante debe realizar la inducción virtual.

Porcentaje (%) de Asesorías Realizadas en el CIHUS

Este indicador toma el número de asesorías realizadas sobre el número de asesorías solicitadas al CIHUS, dejando como meta el 90% de cumplimiento. En el tercer trimestre el indicador se estimó de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Asesorías realizadas}}{\text{114 Asesorías solicitadas}} = 1 \times 100 = 100\%$$

El resultado de este indicador evidencia que el Centro de Investigación ha cumplido con el número de asesorías solicitadas por los investigadores del HUS. Respecto al trimestre anterior disminuyó la cantidad de asesorías ya que el grupo de trabajo actualmente está integrado por una secretaria, una gestora de investigación, quien ha cumplido con la demanda de asesorías de proyectos del hospital y todas las actividades correspondientes a un coordinador del centro de investigación.

El CIHUS realizó un total de 114 asesorías en el primer trimestre, con un promedio mensual de 38 asesorías y una media de duración de 2.27 horas (desviación estándar 0.72 h). Esas asesorías se discriminaron de la siguiente forma:

Asesorías durante el Cuarto trimestre de 2016

Tipo de Asesoría	No.	%
Inducción a Proyectos	44	38.2
Revisión de Protocolos	25	22
Revisión de artículos	5	4.72
Revisión de Póster	7	6.08
Realización de Base de datos	2	2
Seguimiento a Proyectos	23	20
GrupLac – CvLac	8	7
Inducción a Publicación	0	0
Total	114	

Se observa que la cantidad de asesorías realizadas en este trimestre (n=114) disminuyó con respecto al trimestre anterior (n=155), debido a que en el segundo trimestre se realizaron mayor número de seguimientos a proyectos que fue estimulado por la convocatoria a la IV jornada Internacional de Investigación del HUS, ya que uno de los requisitos es presentar los trabajos terminados y legalizados en el CIHUS. Sin embargo, a pesar de tener menor número de asesorías con respecto al trimestre anterior, se observó que se mantuvo dentro del promedio de duración en las asesorías en el tercer trimestre, pasando de un promedio en el tercer trimestre de 2.7 horas a 2.21 horas en el cuarto trimestre. Además, se aumentó la revisión de protocolos y la realización de base de datos con respecto al segundo trimestre; lo que se relaciona con mayor número de proyectos de investigación presentados y aprobados por el Comité de ética de Ética en Investigación de la Institución.

A pesar del cambio trimestral, se observan cifras constantes en cuanto al promedio de duración de asesorías lo que deja ver la estabilidad de los procesos del CIHUS y el mantenimiento de la confianza en el centro de Investigación, por parte de los investigadores, inclusive a pesar de no contar con un equipo completo de investigación, para apoyar en asesorías y procesos.

Porcentaje (%) de Proyectos Aprobados por el CEIHUS

Este indicador es una medida indirecta del impacto de las asesorías del Centro de Investigación, debido a que se espera que si los investigadores reciben un adecuado direccionamiento por parte del CIHUS, los proyectos de investigación serán aprobados por el Comité.

El indicador se mide dividiendo el número de proyectos evaluados por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario de La Samaritana (CEIHUS) sobre el número de proyectos aprobados por el CEIHUS. La meta propuesta de aprobación de proyectos por parte del CEIHUS es de un 75% de los proyectos evaluados.

$$\frac{10 \text{ Proyectos Aprobados}}{11 \text{ Proyectos Evaluados}} = 0.9 \times 100 = 90\%$$

Discriminación por mes de los proyectos de investigación evaluados y aprobados por el CEIHUS:

Proyectos	Octubre	Noviembre	Diciembre
Evaluados	4	3	4
Aprobados	4 (100%)	2 (67%)	4 (100%)

Como se evidencia en la tabla anterior, el CEIHUS evaluó un total de 11 proyectos en este cuarto trimestre, de los cuales el 90% de ellos quedaron aprobados por el Comité, sin embargo para el proyecto que no se aprobó se creó una comisión, para corregir el proyecto y ser aprobado finalmente. Lo anterior indica que el Centro de Investigación está evaluando sus proyectos con mejores criterios metodológicos y éticos, además hay que tener en cuenta que este trabajo de asesorías fue orientado por la gestora de investigación en el CIHUS, a diferencia de la cantidad de proyectos evaluados en el primer trimestre (cinco en total), teniendo en cuenta que también hay que evaluar proyectos de gestión.

Es también importante resaltar que el internado del HUS paso de ser de solo 6 meses a un año, durante el 2016 se está realizando la transición y ajustara lo necesario con las instituciones Universitarias que rotan en nuestro programa de internado.

Porcentaje (%) de Proyectos con Seguimiento

El indicador se obtiene al dividir el número de proyectos con seguimiento sobre el total de proyectos aprobados por el CEIHUS (Proyectos de investigación clínica) y por el CIHUS (Proyectos de gestión hospitalaria). Se estipuló como meta que el 90% de los proyectos aprobados deben contar con seguimiento.

Este indicador se evalúa semestralmente y no trimestralmente, de manera que el informe de gestión del segundo semestre reporta el seguimiento de los proyectos aprobados en el primer trimestre y el informe del cuarto trimestre incluirá el seguimiento de los trabajos de investigación del primero, segundo y tercer trimestre. No se incluirán en ese informe los proyectos del cuarto trimestre debido a que son trabajos que llevarían muy poco tiempo de inicio, por lo que dichos proyectos serán incluidos en el informe del primer trimestre del 2017.

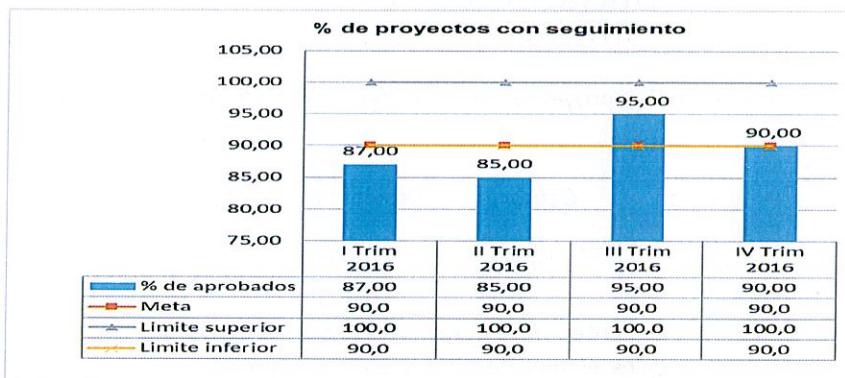
No. de proyectos con seguimiento 31 = $0.93 \times 100 = 93\%$ de proyectos con seguimiento.

No. De proyectos aprobados 33

Los protocolos aprobados hasta ahora en total son, sin embargo se aclara que de ellos hay siete que se les realizó cierre.

En este cuarto trimestre el indicador de proyectos con seguimiento es del 93%, indicando que todos los proyectos aprobados han tenido seguimiento por parte de la Institución, por lo que se cumple con la meta propuesta para este indicador que es de un 90%.

Adicionalmente, en total se han realizado 31 seguimientos al total de número de proyectos de este semestre, con un porcentaje de seguimiento de 1.5 por proyecto.



Promedio de seguimientos por proyecto

El indicador se obtiene al dividir el número total de seguimientos realizados a los proyectos de investigación terminados, sobre el total de proyectos terminados. Se planteó como meta una media de 2 seguimientos por proyecto. Este indicador se evalúa semestralmente y no trimestralmente, de manera que el informe de gestión del segundo semestre reporta el seguimiento de los proyectos aprobados en el primer trimestre y el informe del cuarto trimestre incluirá el seguimiento de los trabajos de investigación del primero, segundo y tercer trimestre. No se incluirán en ese informe los proyectos del cuarto trimestre debido a que son trabajos que llevarían muy poco tiempo de inicio, por lo que dichos proyectos serán incluidos en el informe del primer trimestre del 2017.

No. Total de seguimientos a los proyectos terminados 12 = 1.71

No. Total de Proyectos Terminados 7

El número de proyectos terminados es de 7 con un promedio de seguimiento por proyecto de 1.71, por lo que se supera con la meta establecida en el indicador.

CONVENIOS DOCENCIA ASISTENCIAL 2016 IV

- Universidad Nacional (Pregrado Fisioterapia)
- Universidad Nacional (Pregrado Fisioterapia y Fonoaudiología)
- Universidad Iberoamericana (Pregrado y Posgrado)
- Universidad de la Sabana (Pregrado)
- Escuela Colombiana de Rehabilitación (Pregrado)

RECONOCIMIENTOS

En el mes de Octubre de 2016 se recibieron dos primeros premios en la IV Jornada Internacional de Investigación del Hospital Universitario de la Samaritana en la Gobernación de Cundinamarca:

MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREMIO JORGE E. CAVELIER con "Comportamiento de los signos de estrés ante dos intervenciones fisioterapéuticas en neonatos pre término de Unidad Neonatal. Ensayo Clínico Aleatorizado"

Autores: **Maritza Quijano**, Paola Junco, Catalina Malpica y Edgar Hernández

MEJOR PONENCIA PREMIO JORGE E. CAVELIER con "Comportamiento de la Fuerza Inspiratoria Negativa durante la exposición a ventilación mecánica en pacientes de la unidad de cuidados intensivos de adultos"

Autores: **Pilar Mogollón**, Katherine Parrado, Ferran Gustavo Arango Ángel y Edgar Cortés.

3.4 UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA

Comparativo de la producción de servicios en promoción y prevención Unidad Funcional de Zipaquirá con sus centros de salud durante las vigencias de 2011 al 2016

Concepto	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016
Dosis de Biológicos Aplicados	31.042	50.179	69.616	45.540	23.270	32.126
Controles de Enfermería	2.599	1.892	3.638	3.578	4.372	4.951
Otros controles de enfermería de PyP (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)	2.997	3.690	6.475	3.946	15.021	23.490
Citologías Cervicovaginales	3.589	3.320	8.856	5.061	2.920	3.736

FUENTE: Oficina de Salud Pública, oficina de patología

Se observa en el tema de los biológicos aplicados un comportamiento ascendente al final del periodo evaluado que se explica básicamente porque para la vigencia del año 2016 el Departamento de Cundinamarca contrató con nuestra institución la vacunación extramural a través de un contrato interadministrativo de concurrencia en PAI lo que impactó positivamente en un incremento del 38% en la cantidad de biológicos aplicados.

Las actividades de enfermería muestran una marcada tendencia al incremento explicado por el fuerte impacto de programas de promoción y prevención como lo es la estrategia SAMIIS.

La tendencia observada en las citologías vaginales es el resultado del esfuerzo de los funcionarios de salud pública por captar efectivamente la población objeto a pesar de la poca aceptación de las mujeres con aseguramiento subsidiado para la realización de la prueba.

En tabla dos se encuentra la producción de servicios de medicina general en toda la unidad funcional de Zipaquirá, se incluye la información de los centros de salud.

Comparativo de la producción de servicios en medicina general Unidad Funcional de Zipaquirá con sus centros de salud vigencias 2011 al 2016

CONSULTA MEDICINA GENERAL	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016
horas medico programadas consulta	23.023	23.413	24.153	24.540	25.827	26.693
capacidad de oferta	70.146	65.572	68.550	70.054	73.993	75.321
No de consultas agendadas	70.146	65.572	68.550	70.054	73.993	75.321
No de consultas asignadas	66.996	66.001	63.992	64.754	67.906	68.814
No de consultas realizadas	63.080	63.055	58.936	61.161	61.108	63.437
Consulta no realizadas por inasistencia del pte	3.916	2.946	5.056	3.593	5.839	5.377
% Uso capacidad de oferta	89,9%	96,2%	86,0%	87,3%	82,6%	84,2%
% de inasistencia	5,8%	4,5%	7,9%	5,5%	8,6%	7,8%
rendimiento hora medico consulta	2,7	2,7	2,4	2,5	2,4	2,4
rendimiento hora medico consulta esperado	3,0	2,80	2,84	2,85	2,86	2,82

FUENTE: Oficina de Salud Pública, Oficina de estadística, software Dinámica Gerencial

A pesar de incremento en la cantidad de horas médico disponible en la vigencia, dado por la estabilidad en la contratación, y del consecuente incremento de la capacidad de oferta el rendimiento expresado tanto en las consultas realmente realizadas como en el indicador de rendimiento hora médico no es el esperado y se explica por el negativo impacto que hubo en la Unidad Funcional por la liquidación de las EPSS cafam, colsubsidio y caprecom en su orden. Este hecho impactó negativamente en dos aspectos fundamentales por un lado se disminuyó la demanda de servicios, por el desconocimiento de los pacientes sobre la continuidad de los servicios, y por otro lado incrementó la inasistencia por la desinformación de los usuarios trasladados de EPSS. En la tabla tres se muestran la producción de servicios de medicina especializada.

Comparativo de la producción de servicios en medicina especializada en la Unidad Funcional de Zipaquirá, durante las vigencias 2011 al 2016

CONSULTA ESPECIALIZADA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016
Horas medico programadas en consulta	13.448	12.954	12.086	12.448	13.329	13.562
Capacidad de oferta	40.344	38.860	36.259	37.344	39.987	40.686
No de consultas agendadas	40.344	38.860	36.259	37.344	39.987	40.686
No de consultas asignadas	37.042	34.160	34.443	40.665	42.437	46.008
No de consultas realizadas	32.192	30.916	31.125	36.524	37.151	40.781
Consulta no realizadas por inasistencia del paciente	4.850	3.244	2.429	2.428	4.319	5.227
% Uso capacidad de oferta	79,8%	79,6%	85,8%	97,8%	92,9%	100,2%
% de inasistencia	13,1%	9,5%	7,1%	6,0%	10,2%	11,4%
Rendimiento hora medico consulta	2,4	2,4	2,6	2,9	2,8	3,0
Horas programadas procedimientos	655	609	749	727	675	1.103
No procedimiento programados	1.965	1.828	2.247	2.181	2.025	4.220
No procedimientos realizados	2.940	2.524	2.535	3.181	3.053	5.362
Procedimientos no realizados por inasistencia de pte	0	0	57	0	0	0
% de realización de procedimientos	150%	138%	113%	146%	151%	127%
% de inasistencia	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Rendimiento hora medico procedimiento	4,5	4,1	3,4	4,4	4,5	4,9
Días espera asignación cita rnedicina general	8	9	4	6	2	2
Días espera asignación cita medicina interna	11	17	15	27	6	18
Días espera asignación cita pediatría	4	4	4	4	3	15
Días espera asignación cita cirugía	6	6	7	4	3	3
Días espera asignación cita ortopedia	6	19	21	23	9	20
Días espera asignación cita ginecología	8	10	10	17	13	18
Días espera asignación cita obstetricia	5	5	5	4	3	9
Días espera asignación demás especialidades	7	9	11	18	13	12
días espera asignación cita anestesiología				1	1	0
días espera asignación cita cardioloxía				38	34	15
días espera asignación cita cirugía plástica				5	5	7
días espera asignación cita cirugía vascular periférica				27	11	25
días espera asignación cita dermatología				4	4	7
días espera asignación cita endocrinología				13	NA	NA
días espera asignación cita gastroenterología				53	45	8
días espera asignación cita neurología				12	7	12
días espera asignación cita neumología				NA	4	6
días espera asignación cita oftalmología				17	5	19
días espera asignación cita otorrinolaringología				17	18	23

CONSULTA ESPECIALIZADA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016
días espera asignación cita psiquiatría				10	12	15
días espera asignación cita urología				9	8	5

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Con el leve incremento en la cantidad de horas médico disponible en la vigencia, dado por la estabilidad en la contratación y la presencia de nuevas especialidades como neumología, y del consecuente incremento de la capacidad de oferta el rendimiento expresado tanto en las consultas realmente realizadas como en el indicador de rendimiento hora médica es el esperado y se explica por la medida de prevención de sobre agendamiento que permitió que la consulta realizada no fuera menor a la esperada; sin embargo, hay que realizar ajustes importantes en diferentes especialidades como medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia dado que los tiempos de espera se encuentran incrementados por fuera de los valores permitidos por norma.

URGENCIAS UFZ

El servicio de urgencias cuenta con un consultorio de triage, cinco consultorios de atención, una sala de reanimación, una sala de procedimientos menores, una sala ERA, una sala de hidratación y un área de hospitalización para observación con 7 camas adultos y 4 pediátricas. En la tabla cuatro se evidencia el comportamiento de urgencias.

Comparativo de la producción de servicios en urgencias, Unidad Funcional de Zipaquirá, vigencias 2011 al 2016

URGENCIAS	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016
horas médica general programadas URGENCIAS	37.944	37.944	40.182	35.436	34.560	34.560
No pacientes clasificados como Triage 1	1.165	927	1.532	3.978	996	259
No pacientes clasificados como Triage 2	27.969	22.242	30.915	27.801	24.163	13.994
No pacientes clasificados como Triage 3	14.497	17.990	15.034	17.988	19.238	23.563
No pacientes clasificados como Triage 4	0	0	0	0	5.565	12.281
No pacientes clasificados como Triage 5	0	0	0	0	0	1.805
Total pacientes con triage	43.631	41.159	47.481	52.462	49.962	51.902
TOTAL CONSULTAS	29.134	23.169	32.437	38.895	44.151	43.448
tiempo promedio de espera en minutos para consulta	8	13	20	27	34	37
tiempo de espera en minutos atención triage II	8	14	20	28	32	33
No PROCEDIMIENTOS EN URGENCIAS	4.882	4.409	4.964	6.673	7.707	7.178
PTES CON CODIGO AZUL en urgencias	104	128	138	135	201	230
No transfusiones en urgencias	128	58	19	24	14	0
No de reingresos entre 24 y 72 horas después del egreso	0	0	0	0	281	414
Pacientes con soporte vital por más de 1 hora en el servicio	104	128	138	135	201	230

FUENTE: Departamento de estadística, software Dinámica Gerencial

Desde el año 2010 se implementó formalmente la actividad de clasificación de prioridades de atención en urgencias (TRIAGE). La cantidad de personas que se presentaron al servicio de urgencias ha mantenido una tendencia oscilante pero hacia él; las variaciones

observadas principalmente en la clasificación del año 2015 obedecen a la unificación de los criterios de clasificación con Bogotá. Durante las vigencias comparadas la cantidad de horas médico ofertadas se han ajustado hasta lograr un equilibrio desde el 2015. Por otro lado la cantidad de consultas realizadas en el servicio muestra una tendencia al incremento aunque al comparar con el 2015 hubo una pequeña reducción del 1,6%.

El tiempo de espera para recibir atención se encuentra incrementado sobre lo esperado explicado por el volumen de consulta que se atiende. Los pacientes complicados que requieren intervenciones importantes en el servicio de urgencias se observan con tendencia al aumento progresivo en el tiempo, estas intervenciones en la mayoría de los casos son efectivas aunque se presentan mortalidades por las patologías asociadas y ocurren cuando ha transcurrido más de una hora de soporte vital.

Los procedimientos realizados en el servicio de urgencias, es decir, las pequeñas suturas, lavados gástricos, retiro de cuerpos extraños en cornea, lavado de oídos, etc., presentan una tendencia al aumento.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA UFZ

Nuestra institución provee servicios de segundo nivel de atención a la red norte del Departamento, por lo tanto somos centro de referencia para las instituciones de primer nivel del área de influencia; en la tabla cinco se observan el comportamiento de referencia y contrareferencia.

Comparativo del uso del sistema de referencia a la Unidad Funcional de Zipaquirá, vigencias 2011 al 2016:

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016
No de remisiones solicitadas al HUS por IPS de origen de mayor a menor	1876	1787	908	981	888	1021
CHÍA	293	158	79	129	65	58
CHOCONTÁ	82	84	73	67	82	168
TABIO	86	101	69	41	36	43
SESKUÍLÉ	42	73	66	79	53	52
CAJICÁ	261	192	84	135	135	173
TENJO	198	121	60	58	36	44
SOPÓ	161	140	51	68	58	57
TOCANCIPÁ	83	64	59	40	23	17
NEMOCÓN	104	54	46	37	55	53
PACHO	55	82	29	24	15	11
SUESCA	76	48	41	47	62	62
GUATAVITA	83	69	32	64	43	37
BOGOTÁ	63	81	30	46	29	22
GUASCA	51	21	18	17	11	31
GACHETÁ	28	32	16	18	12	15
OTROS	210	467	155	111	173	178
No de remisiones solicitadas al HUS por Tipo de asegurador	1876	1787	908	981	888	1021
PPNA - EVENTOS NO POS	254	72	50	46	31	49
Régimen subsidiado	1.441	1.586	761	814	723	864

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016
Régimen contributivo	144	88	69	101	89	95
soat ecat	25	19	6	13	33	8
Otros	12	22	22	7	12	5
No de remisiones solicitadas al HUS por especialidad (separar obstetricia de ginecología)	1876	1787	908	981	888	1021
MED. INTERNA	568	577	220	142	181	192
CIRUGÍA	438	477	337	355	226	258
OBSTETRICIA	447	404	249	381	301	392
PEDIATRÍA	153	123	38	52	77	114
ORTOPEDIA	144	90	16	25	58	29
PSIQUIATRÍA	53	80	38	15	18	7
CIRUGÍA PLÁSTICA	22	4	2	2	1	0
UROLOGÍA	14	10	3	4	3	8
GASTROENTEROLOGÍA	9	6	0	3	5	3
OFTALMOLOGÍA	10	5	2	1	0	5
OTROS	18	11	3	1	18	13
No de remisiones aceptadas por IPS de origen de mayor a menor	997	855	540	620	527	597
CHÍA	137	86	46	72	35	34
CHOCONTÁ	33	40	44	46	49	92
TABIO	51	54	41	23	25	21
SESQUILÉ	23	33	46	56	37	31
CAJICÁ	146	103	52	96	94	119
TENJO	114	85	39	35	23	25
SOPÓ	98	63	26	44	36	33
TOCANCIPÁ	56	38	41	33	15	12
NEMOCÓN	67	36	32	31	43	43
PACHO	31	39	15	11	8	4
SUESCA	41	29	27	31	27	33
OTROS	200	249	131	142	135	150
No de remisiones aceptadas por Tipo de asegurador	997	856	540	620	527	597
PPNA - EVENTOS NO POS	125	31	28	30	22	35
Régimen subsidiado	768	762	443	513	417	485
Régimen contributivo	81	46	50	65	56	68
soat ecat	14	7	3	7	23	6
Otros	9	10	6	5	9	3
No de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	997	856	540	620	527	597
OBSTETRICIA	291	262	153	254	181	229
CIRUGÍA	278	293	244	253	164	186
MEDICINA INTERNA	223	161	87	64	65	80
PEDIATRÍA	72	42	19	25	53	60
ORTOPEDIA	71	50	9	18	39	20
PSIQUIATRÍA	25	37	20	3	10	3

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016
CIRUGIA PLASTICA	14	0	2	0	0	0
UROLOGÍA	5	1	2	0	0	3
GASTROENTEROLOGÍA	5	4	0	2	3	7
OFTALMOLOGÍA	7	2	2	1	0	1
otras	6	4	2	0	12	8
% de remisiones aceptadas por especialidad (separar la obstetricia de ginecología)	53,1%	47,9%	59,5%	63,2%	59,3%	58,5%
OBSTETRICIA	65,1%	64,9%	61,4%	66,7%	60,1%	58,4%
CIRUGIA	63,5%	61,4%	72,4%	71,3%	72,6%	72,1%
MEDICINA INTERNA	39,3%	27,9%	39,5%	45,1%	35,9%	41,7%
PEDIATRIA	47,1%	34,1%	50,0%	48,1%	68,8%	52,6%
ORTOPEDIA	49,3%	55,6%	56,3%	72,0%	67,2%	69,0%
PSIQUIATRIA	47,2%	46,3%	52,6%	20,0%	55,6%	42,9%
CIRUGIA PLASTICA	63,6%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
UROLOGÍA	35,7%	10,0%	66,7%	0,0%	0,0%	37,5%
GASTROENTEROLOGÍA	55,6%	66,7%	0,0%	66,7%	60,0%	233,3%
OFTALMOLOGÍA	70,0%	40,0%	100,0%	100,0%	0,0%	20,0%
otras	33,3%	36,4%	66,7%	0,0%	66,7%	61,5%
No de remisiones rechazadas por causa	879	931	341	361	374	424
NO PERTINENCIA DE LA REMISIÓN	741	889	213	45	31	84
REQUIERE MAYOR COMPLEJIDAD	0	0	0	215	217	236
FALTA DE CAMAS	64	25	52	9	4	23
FALTA DE ESPECIALISTA	37	5	32	32	60	32
NO HAY CONTRATO	32	9	3	4	0	0
REQUIERE U. SALUD MENTAL	0	0	0	0	4	2
FALTA DE PROCEDIMIENTO (TAC)	5	3	41	56	58	47
No de remisiones realizadas por el HUS (desde urgencias) a otras IPS por especialidad	1097	1044	1273	1286	1357	1620
HOSPITAL DE LA SAMARITANA	248	215	225	211	314	329
CLINICA EUSALUD	88	109	133	78	76	55
CLINICA CANDELARIA DIOSALUD	34	36	40	18	0	0
CLINICA LA MAGDALENA	27	40	44	32	29	43
HOSPITAL CARDIOVASCULAR	23	32	51	41	45	95
HOSPITAL SAN RAFAEL	29	23	22	56	18	24
HOSPITAL SANTA CLARA	22	31	32	39	16	6
CLINICA FUNDADORES	29	22	23	27	33	25
HOSPITAL MEREDIC	18	19	20	27	17	34
HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR	28	20	19	27	37	49
CLINICA ZIPAQUIRÁ	24	19	3	0	0	15
OTROS	527	478	661	730	772	945
No de remisiones aceptadas por Tipo de asegurador	0	0	1.273	1.286	1.357	1.620
PPNA - EVENTOS NO POS	0	0	13	11	20	20

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016
Régimen subsidiado	0	0	572	520	494	634
Régimen contributivo	0	0	592	634	706	768
soat ecat	0	0	93	115	132	86
Otros	0	0	3	6	5	112
No de remisiones realizadas por causa	0	0	0	0	1357	1620
FALTA DE ESPECIALISTAS					120	354
FALTA APOYO DIAGNOSTICO					4	216
CONTRAREMISION					3	1
REQUIERE UNIDAD DE SALUD MENTAL					5	54
REQUIERE INTERMEDIOS					8	44
REQUIERE UCI					115	302
REQUIERE MAYOR COMPLEJIDAD					1013	515
NO HAY CONTRATO					66	54
TRASLADO PRIMARIO					23	80

FUENTE: Oficina de referencia y contrareferencia Unidad Funcional Zipaquirá

Como es de esperarse los municipios más proximales a la Unidad Funcional son los que tienen mayor peso porcentual en cuanto a solicitudes de referencias, al momento de evaluar el comportamiento comparativo se evidencia un quiebre en la tendencia decreciente observada del 2011 hasta el 2015 en cuanto a la solicitud de referencias presentando para el año 2016 un incremento del 15%. En esta tabla se observa una recuperación para el 2016 en la cantidad de solicitudes de pacientes de los regímenes vinculado (58.1%), subsidiado (19.5%) y contributivo (6.7%).

Las especialidades básicas son las más solicitadas en las referencias, sin embargo es evidente una disminución en las solicitudes de ortopedia, cirugía plástica y psiquiatría; especialidades con las cuales no contamos todo la jornada ni todos los días de la semana, mientras que se han incrementado en medicina interna (6.1%), cirugía general (14.2%), obstetricia (30.2%) y pediatría (48.1%); sin embargo, el porcentaje de aceptación no supera el 60% durante todo el periodo de observación, explicado según los médicos especialistas porque los pacientes comentados requieren un nivel mayor de complejidad que el ofertado en nuestras instalaciones.

El área de consulta externa de la sede hospitalaria cuenta con 54 consultorios, sin embargo La oportunidad de algunas especialidades como medicina interna, ginecología, Optometría, otorrinolaringología, pediatría, terapia de lenguaje, ortopedia, oftalmología y cirugía vascular periférica se encuentra aumentada superando los valores permitidos por norma.. Como plan de mejora se aumentaron las horas para medicina interna y ginecología; con las demás especialidades se está gestionando más tiempo de especialista y si no hacerlo vía TELEMEDICINA con el HUS.

El consultorio destinado exclusivamente a cardiología sólo es utilizado cuatro horas al día tres veces a la semana, esto ocurre por los equipos propios del servicio que no permiten que este consultorio sea compartido con otras especialidades.

Se observa que a pesar del incremento en la cantidad de horas médico disponible en la vigencia, el indicador de rendimiento hora médica no es el esperado, esto se explica por el negativo impacto que hubo en la Unidad Funcional por la liquidación de las EPSS CAFAM, COLSUBSIDIO Y CAPREFCOM.

El servicio de urgencias cuenta con un consultorio de Triage, cinco consultorios de atención, una sala de reanimación, una sala de procedimientos menores, una sala ERA, una sala de hidratación y un área de hospitalización para observación con 7 camas adultos y 4 pediátricas, sin embargo se observa sobreocupación de este servicio.

El área quirúrgica cuenta con 5 salas de cirugía de las cuales sólo 2 funcionan, es necesario analizar las causas del no funcionamiento de las otras tres salas.

El área de hospitalización cuenta con 95 camas distribuidas así: En ginecología y obstetricia 18 camas, en pediatría 24 camas, en neonatos 2 cunas y 3 incubadoras, en medicina interna (tercer piso) 25 camas y en quirúrgicas (segundo piso) 23 camas; se evidencia una tendencia sostenida a la disminución del número de camas en promedio disponibles para cada vigencia, esto se explica por las intervenciones de mantenimiento de infraestructura que se deben realizar en las instalaciones

Es necesario reforzar el servicio de laboratorio clínico con dos bacteriólogas debido a que el volumen actual lo justifica.

Se propone ampliar el servicio de gastroenterología para realizar otros procedimientos aparte de endoscopia.

Se requiere mejorar la tecnología de Rayos.

4. ANALISIS ATENCION AL USUARIO

Desde el 2006 y actualmente el HUS cuenta con una Declaración Institucional de Derechos y Deberes que fueron enmarcados en parte dentro del contexto del fortalecimiento de la humanización en la prestación del servicio por parte de todos los colaboradores de la organización relacionados específicamente con brindar un trato amable y humanizado, una atención oportuna, segura, continua a nuestros pacientes. En el año 2014 se formuló el Programa de Humanización y se definieron las 7 líneas o ejes estratégicos a desarrollar, y en el año 2015 se inició la ejecución de las 4 líneas estratégicas priorizadas de acuerdo con el cronograma definido. Las Líneas Estratégicas del Programa son las siguientes:

1. Comunicación asertiva y prudente entre nosotros y con el paciente y su familia.
2. El respeto por la privacidad en general y la confidencialidad.
3. Manejo de dolor físico.
4. Manejo de la muerte y el duelo con el paciente y su familia.
5. Manejo de pacientes crónicos.
6. Apoyando al cuidador.
7. Un ambiente y tecnologías amigables.

El HUS ha venido trabajando en el mejoramiento de la cultura del servicio humanizado, en el cambio de la mentalidad de nuestro cliente interno para poder entregar un mejor servicio, alcanzando poco a poco algunos avances en este sentido ya que no es fácil, y su transformación se da a lo largo del tiempo, es así que a través de las encuestas de satisfacción en general se detecta una buena satisfacción del usuario y familia frente a la atención humanizada, a través de preguntas específicas relacionadas con comunicación asertiva del recurso humano asistencial y administrativo del HUS con el paciente y su familia, manejo de privacidad y confidencialidad, suministro de información, educación del paciente, trato amable, información , respeto por el derecho de los usuarios, sin que ello implique cero quejas por la falta de trato amable y oportunidad de la atención, y continuamos en el día a día con esta ardua labor de mejoramiento continuo.

Para el año 2016 el Porcentaje de Satisfacción Global **anual fue del 99.2%** sobre 1113 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud, porcentaje que estuvo por encima de la meta definida para esta vigencia que fue del 97%, en el 2015 del 98%, 2014: 99.1% y en el 2013 fue del 98.7% , es decir la Tasa de Satisfacción Global se ha mantenido alta en los 4 últimos años en la sede Bogotá. Para el 2016 el Porcentaje de Satisfacción Global del HUS U.F Zipaquirá anual fue del 88% sobre 1594 encuestas aplicadas a los usuarios del servicio de salud, porcentaje que estuvo por encima de la meta definida para esta vigencia que fue del 87%, la cual mejoró en comparación de la vigencia 2015 que fue del 81%, lo que implica que la tasa de satisfacción global ha ido mejorando en la sede del HUS Zipaquirá.

Pero a pesar de lo anteriormente enunciado, por otra parte el Usuario (paciente y familia) durante el ciclo del servicio en el hospital, interpone sus peticiones manifestando como la segunda causa de las mismas a través de la Quejas y Reclamos la falta de calidez, trato amable y atención humanizada por parte de los colaboradores del HUS tanto en Bogotá como en la sede de Zipaquirá presentando para la vigencia 2016 en HUS Bogotá que del total de Quejas y Reclamos radicadas el 25% fue por esta causa y en la sede de la U.F de Zipaquirá fue del 45%, por lo cual se hace necesario continuar trabajando la Política de Humanización a través del fortalecimiento del Programa de Humanización institucional, mejorando la gestión de las peticiones PQRSD interpuestas por los usuarios, capacitando y sensibilizando al colaborador en brindar una atención humanizada, con el fin de continuar transformando la Cultura Organizacional de Humanización en el HUS.

5. ANALISIS DE TALENTO HUMANO

El SGSST inició su implementación en el Hospital desde octubre de 2015 haciendo la transferencia del histórico Programa de Salud Ocupacional PSO a un sistema de la magnitud que ha propuesto la norma, teniendo que iniciar desde la parte de documentación, definición de programas, actividades y determinación de indicadores, para llegar a la sistematicidad. Así las cosas el equipo dedicado por el Hospital para el desarrollo e implementación en coordinación con ARL Positiva realizó evaluación de los avances por medio de un instrumento estandarizado del cual se obtuvo un porcentaje de implementación del 51.4% hasta el 31 de Diciembre de 2016.

RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO							
No.	PROGRAMA	EVALUACIÓN S&S INICIAL	ACCIONES POR REALIZAR	SELECCIÓN DE PROGRAMA(S)	% META	EVALUACIÓN S&S FINAL	CONCEPTO FINAL DE EVALUACIÓN POR
1	1. PROGRAMA ESTRUCTURA EMPRESARIAL	0%	IMPLEMENTAR			67,0%	
	2. PROGRAMA PREPARACIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	0%	IMPLEMENTAR			41,0%	
	3. PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN COLECTIVA E INDIVIDUAL	0%	IMPLEMENTAR			34,0%	
	4. PROGRAMA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD	0%	IMPLEMENTAR			65,0%	
	5. PROGRAMA INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES, ACCIDENTES DE TRABAJO	0%	IMPLEMENTAR			80,0%	
2	6. PROGRAMA GESTIÓN PARA EL CONTROL DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO	0%	IMPLEMENTAR			50,0%	
	7. PROGRAMA GESTIÓN EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES	0%	IMPLEMENTAR			50,0%	
3	8. PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	0%	IMPLEMENTAR			31,0%	
4	9. SISTEMA DE GESTIÓN EN SST	0%	IMPLEMENTAR			47,5%	
TOTAL		0,0%			100,0%	51,4%	

Fuente: Evaluación SGSST 2016

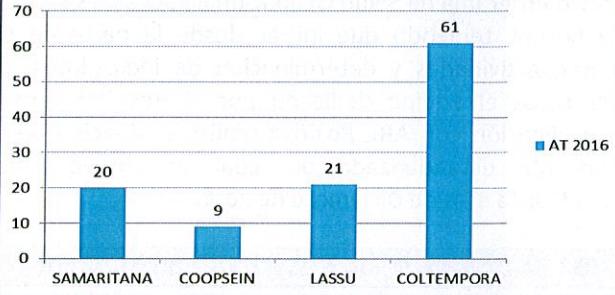
El Decreto 1072 de 2015 estableció como plazo de cumplimiento para que las empresas iniciaran la implementación del mismo a partir de julio 31 de 2014 y 30 meses después para terminar el proceso, sin embargo el Decreto 052 de 2016 deberá sustituir el Programa de Salud Ocupacional por el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), a partir del 1º de junio de 2017 y en dicha fecha se debe dar inicio a la ejecución de manera progresiva, paulatina y sistemática de las siguientes fases de implementación. Se está adelantando actividades de alineación con los contratistas de manera que reporten indicadores determinados por la norma que consoliden el monitoreo integral de la organización.

Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo aprobado

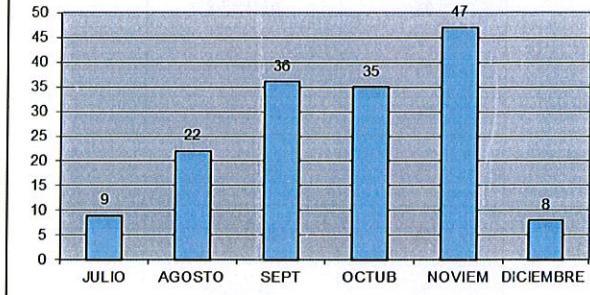
En el desarrollo de las actividades empresariales es necesario la aplicación de la normatividad vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo como una obligación de los empleadores la implementación del Decreto 1072 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo en su Título 4 de Riesgos Laborales, el Hospital adelanta las actividades correspondientes para dar respuesta a la norma relacionada y además aportar más desde la organización de manera complementaria con otros programas Institucionales que promuevan los espacios sanos de trabajo que por tratarse de un sistema de gestión se desarrollará bajo la sistematicidad de la metodología PHVA que permite ejecutar las acciones planeadas monitorearlas y mejorar continuamente.

INDICADORES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

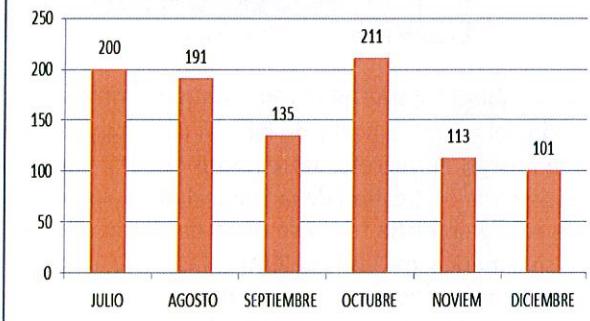
ACCIDENTES LABORALES 2016



DÍAS PERDIDOS HUS POR AT II SEMESTRE 2016

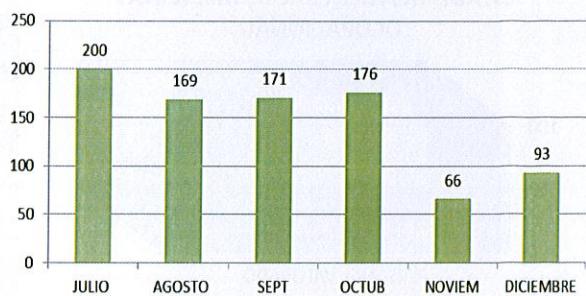


AUSENTISMO TOTAL II SEMESTRE 2016

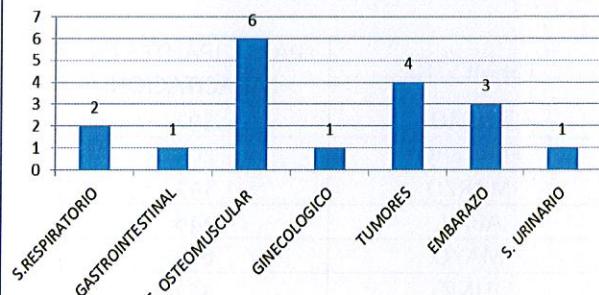


Por enfermedad general correspondió a 93 días

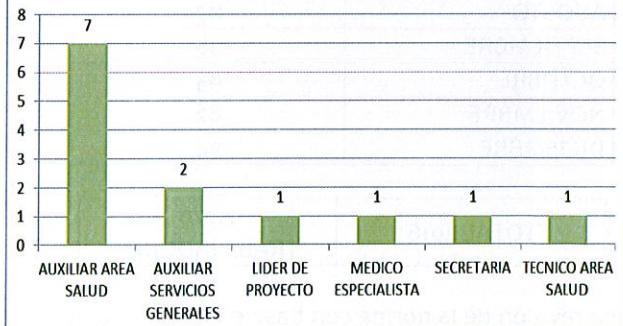
DIAS PERDIDOS EG II SEMESTRE/2016

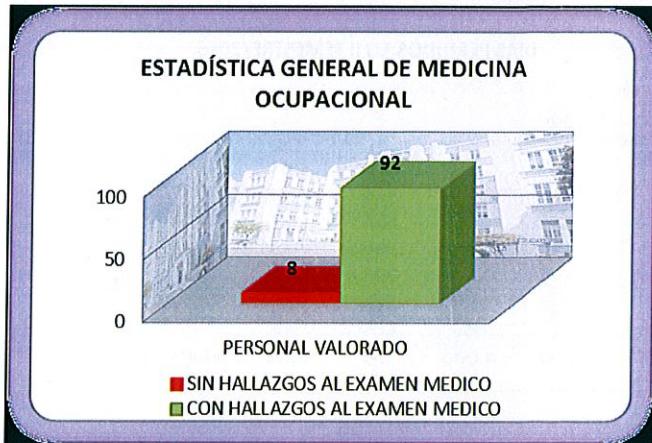


CASOS SEGUN CIE -10



NUMERO CASOS POR CARGO





CAPACITACIONES EN TEMAS SGSST

I SEMESTRE	PARTICIPANTES EN CAPACITACION
ENERO	392
FEBRERO	205
MARZO	197
ABRIL	248
MAYO	695
JUNIO	353

II SEMESTRE	PARTICIPANTES EN CAPACITACION
JULIO	256
AGOSTO	117
SEPTIEMBRE	98
OCTUBRE	93
NOVIEMBRE	82
DICIEMBRE	34

TOTAL 2016	2.770 TRABAJADORES
------------	--------------------

Es así que realizará una revisión de la norma con base en la metodología estandarizada por la ARL en lista de chequeo y de allí con base en el diagnóstico se priorizarán las actividades para realizar un plan de trabajo que permita dar cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

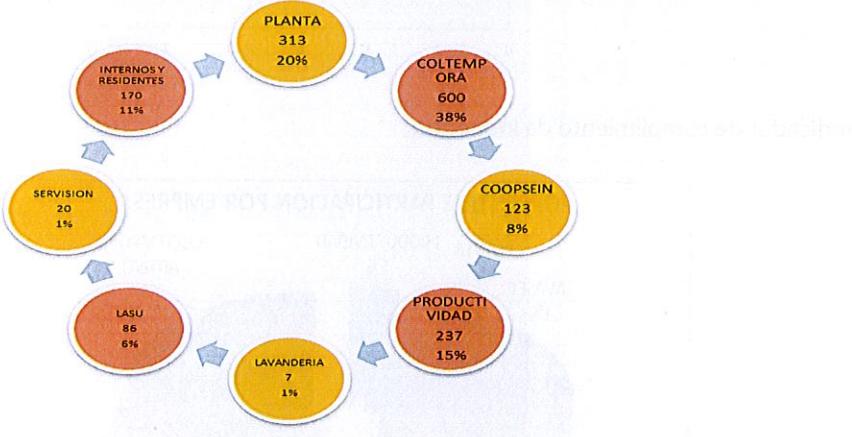
Instrumento estandarizado de evaluación del SGSST

IMPLEMENTAR EL MODELO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO ENMARCADO EN LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN Y SUS EJES EVALUATIVOS

Para la vigencia 2016 el proceso de Gestión del Talento Humano estableció unas actividades específicas para fortalecer el modelo integral que ampliará la cobertura a mayor parte de la comunidad hospitalaria, incluyendo a los estudiantes.

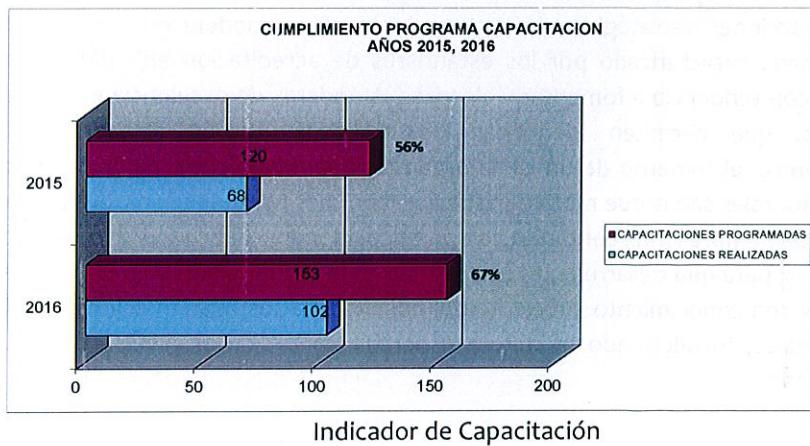
En la ejecución de ese plan se obtuvo una calificación consolidada del 79% sumando los logros en revisión de la política, implementación de procedimientos de selección y evaluación, ejecución de los programas propios del proceso y cumplimiento de la programación de pagos al talento humano.

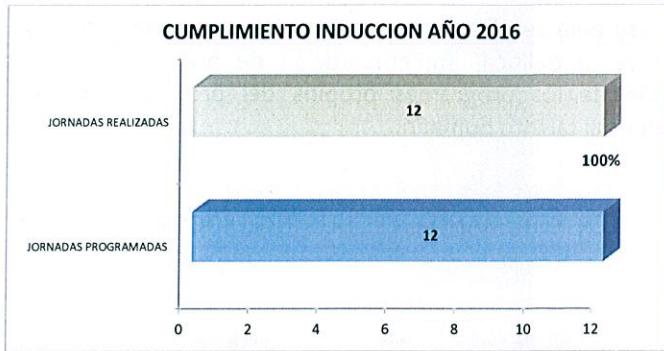
DISTRIBUCIÓN DEL TALENTO HUMANO EN EL HUS INCLUIDOS ESTUDIANTES



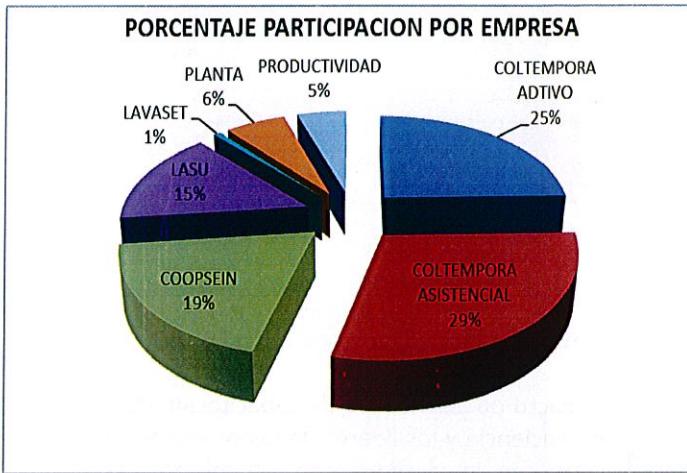
Política de Gestión del Talento Humano y Transformación Cultural

Con el fin de verificar el impacto de actividades de capacitación desde talento Humano se medirán los indicadores de eficiencia y los líderes de los procesos harán seguimiento a los indicadores de gestión que son impactados con las mismas, así mismo se mide la satisfacción de los colaboradores con las actividades de bienestar y se solicitan necesidades para implementar en el programa.





Indicador de cumplimiento de inducción.



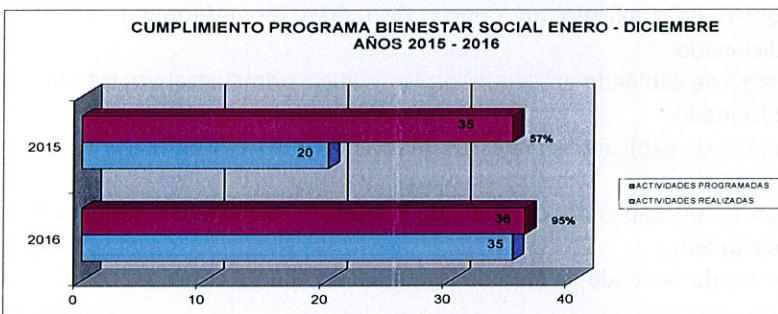
Indicador de participación por empresa en Inducción

El Hospital de la Samaritana al estar configurada como una gran empresa establece compromisos de responsabilidad con su talento humano de manera que desarrolla e implementa acciones, estrategias y programas dentro de un modelo integral de gestión del talento humano caracterizado por los estándares de acreditación en calidad y sus ejes evaluativos con tendencia a fomentar y alcanzar estándares de excelencia en la prestación del servicio, que permiten identificar los derechos de los colaboradores y su reconocimiento, el fomento de un clima organizacional beneficioso para el desarrollo de relaciones laborales sanas que motiven espacios laborales agradables, motivación personal y productividad empresarial, contando con personal idóneo, calificado y actualizado en sus competencias, para que desarrolle las actividades en la organización bajo las competencias requeridas y con conocimiento suficiente del hospital, de sus funciones y de los objetivos organizacionales, fortaleciendo la cultura esperada en todos los niveles de la Empresa Social del Estado.



Porcentaje de participación en reincidencia 2016

Programa de Bienestar Social e Incentivos.



Porcentaje de cumplimiento de Programa de bienestar e incentivos.

6. ANALISIS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

INFRAESTRUCTURA FÍSICA:

El Hospital cuenta con cableado estructurado categoría 6 y 37 equipos activos Marca 3Com ubicados, las conexiones entre centros de cableado están establecidas mediante backbone de fibra óptica en 7 centros de cableado distribuidos de la siguiente manera:

- Un centro de cableado en Sótano Consulta Externa Edificio Asistencial, No cuenta con aire acondicionado
- Un Centro de cableado en Primer piso Área de Radiología. Cuenta con aire acondicionado
- Un centro de cableado en Segundo Piso Datacenter. Cuenta con aire acondicionado
- Un centro de cableado en Tercer Piso área de enfermería. Cuenta con aire acondicionado
- Un centro de cableado en Cuarto Piso área de enfermería. Cuenta con aire acondicionado
- Un centro de cableado en Segundo piso edificio administrativo. No cuenta con aire acondicionado
- Un Centro de cableado en Área de Mantenimiento y Arquitectura. No cuenta con aire acondicionado
- Un centro de cableado en área de Cartera y Objecciones. No cuenta con aire acondicionado
- Un centro de cableado en área de Sistemas. No cuenta con aire acondicionado

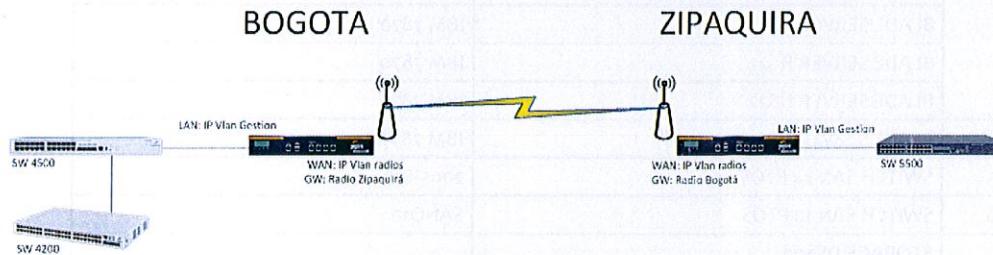
- Se cuenta con la segmentación de red y configuración de Vlan:

VLAN	SERVICIO
2	RADIOLOGIA
5	TELEFONIA IP
7	PANTALLAS DIGITALES
8	LABORATORIO
10	SERVIDORES
18	Wi-Fi
20	SWITCHES
100-101	SOTANO
110	PRIMER PISO ASISTENCIAL
120	SEGUNDO PISO ASISTENCIAL
130	TERCER PISO ASISTENCIAL
140-141	4 Y 5 PISO ASISTENCIAL
150	EDIFICIO ADMINISTRATIVO

Red Inalámbrica: El HUS cuenta con más de 24 Access Point marca 3Corn Y 18 marca rockus distribuidos en el área asistencial y administrativa tanto en Bogotá como en Zipaquirá. En la actualidad el servicio se encuentra habilitado a dispositivos portátiles propiedad del Hospital.

El Hospital cuenta con dos canales MPLS para conexión entre Bogotá y la Unidad Funcional de Zipaquirá de 10Mbps un canal principal con Movistar y otro canal de contingencia con claro, estos canales están soportados por un balanceador que permite configurar el equilibrio de carga que distribuye el tráfico de red entre todos los enlaces conectados.

El Hospital cuenta con conectividad redundante por antenas y canal MPLS para los centros de salud de Cogua y San Cayetano teniendo en línea todos sus puntos de atención de los pacientes.



El hospital cuenta con dos (2) canales de internet dedicado de 10 Megas en fibra óptica, se tiene un canal principal con Movistar y otro canal de contingencia con UNE, por medio del balanceador Peplink se distribuyen las cargas.

Se puede concluir que en las redes el Hospital cuenta con una adecuada infraestructura que le permite satisfacer sus necesidades actuales.

Se cuenta con un sistema de firewall Perimetral marca Checkpoint con diferentes funcionalidades de control de seguridad como Antispam, control de aplicaciones web, filtrado de URLs, IPS y VPN. El firewall y de control de contenido de última generación tiene la capacidad de detección de aplicaciones e ID de usuario para mejorar la visibilidad y el control del tráfico de la red. Asimismo, los servicios de firewall de última generación permite Restringir el uso de Internet y aplicaciones web, Protegerse de forma activa contra las amenazas procedentes de Internet, Aplicar políticas diferenciadas en función del tipo de usuario, dispositivo, función o aplicación para el accesos a internet, protección casi en tiempo real contra las amenazas.

El HUS cuenta con una planta telefónica IPOffice la cual tiene actualmente configuradas 126 extensiones Análogas y 76 extensiones IP para Bogotá y Zipaquirá.

HARDWARE

El Hospital cuenta con el siguiente listado de servidores:

LISTADO DE SERVIDORES DE BOGOTÁ Y ZIPAQUIRÁ

ITEM	DESCRIPCION	TIPO
1	BLADE CENTER E	IBM 8677
	DOS (2) MODULOS ETHERNET	
	DOS (2) MODULOS FC	
	UN (1) MODULO DE MANEJO AMM	
	UN (1) MEDIATRY	
	CUATRO (4) FUENTES	
	DOS (2) PDU	
	UN (1) CONSOLA DE 17" CON TECLADO	
2	BLADE SERVER HS21	IBM 8853

	BLADE SERVER HS21	IBM 8853
	BLADE SERVER HS21	IBM 8853
	UNA (1) Expansión SIO HDD 146 GB X3	
3	BLADE SERVER HS21	IBM 8853
	UNA (1) Expansión SIO HDD 146 GB X3	IBM
	BLADE SERVER HS22	IBM 7870
	BLADE SERVER HS22	IBM 7870
	BLADE SERVER HS22	IBM 7870
4	BLADE SERVER HS22	IBM 7870
5	SWITCH SAN 24 PTOS	2005-B16
6	SWITCH SAN 10 PTOS	SANQ10
7	STORAGE DS400 14 HDD 73 GB SCSI	1700-1RS
8	SERVIDOR Xseries 255	IBM 8865-ARX
9	SERVIDOR Xseries 255	IBM 8865-ARX
10	UNIDAD DE CINTA LTO4 IBM	3580-S4E
11	STORAGE DS3400	1726-HC4
	EXPANSION EXP3000 12VDD 2 TB SATA	1727
	EXPANSION EXP3000 12VDD 2 TB SATA	1727
12	SERVIDOR X3550 6 DD de 146GB	IBM 7946-3AU
13	SERVIDOR X3550 6 DD de 146GB EXP 3000 HDD 750 GB SAS x 9 EXP 3000 HDD 750 GB SAS x 9	IBM 7979 1727-HC1 1727-HC1
14	KVM TRENDNET 8 PUERTOS	
15	SERVIDOR PROLIANT	ML350
16	SERVIDOR DELL	POWEREDGE 6600
17	SERVIDOR ASTERIX	HP ELITE 8300
18	SERVIDOR UVC	HP ELITE 8300
19	SERVIDOR CONTROL ACCESO	
20	IBM SYSTEM X3500 M3 SERVER	INTEL XERON E5645 @2.40 GHz 2.40GHz
21	IBM SYSTEM X3500 M3 SERVER	INTEL XERON E5645 @2.40 GHz 2.39GHz
22	IBM SYSTEM X3500 M3 SERVER	INTEL XERON E5645 @2.40 GHz 2.40GHz
23	UNIDAD DE CINTA LTO4 DELL	PowerVault 110T DLT VS80E
24	SISTEMAS DOMINIO	HP DL 38XG5
25	SISTEMAS FIREWALL	HP COMPAQ DX 2300
26	SERVIDOR PACS1	PROLIANT DL 380P GEN8
27	SERVIDOR PACS2	PROLIANT DL 380P GEN8
28	SERVIDOR RIS	PROLIANT DL 380P GEN8
29	SERVIDOR RIS	PROLIANT DL 380P GEN8

30	SERVIDOR GRABACIONES MAGIC	PROLIANT DL380P GEN8
31	SERVIDOR PACS	PROLIANT DL380P GEN8
31	LIBRERÍA	HP STORAGEWORKS MSL2024 TAPE LIBRARY
32	STORAGE HP.	HP P200
33	STORAGE HP Y EXPANSION HP	HP MSA 2040

Los servidores en el Blade como los externos se encuentran en su mayoría repotenciados en memoria.

Almacenamiento: El HUS cuenta con tres storage tipo san de las siguientes características:

- Un (1) Storage de 37 teras marca Ibm
- Un (1) Storage de 30 teras Marca Hp
- Un (1) Storage de 20 teras marca Hp para el servicio exclusivo de Pacs y Ris.

Datacenter: El hospital cuenta con un Datacenter que está compuesto por:

- 4 racks 19" donde están alojados los servidores del HUS
- 1 Rack 19" donde están alojados los equipos de Comunicaciones.
- Cuenta con Piso falso y cielo falso
- Cuenta con dos aires acondicionados uno principal y otro de contingencia
- Control de acceso por huella
- El datacenter está soportado por dos (2) UPSs de 10 KVA y 30 KVA

El HUS cuenta actualmente con el 90% de los servidores virtualizados optimizando su infraestructura. Se cuenta con 33 máquinas virtuales distribuidas en 6 equipos físicos que cuentan con la instalación VMware vSphere 5 estas máquinas se almacenan en dos storages, gracias a estas configuraciones se puede garantizar la disponibilidad de las mismas, en caso de falla de alguno de estos 6 equipos físicos el vcenter realiza la distribución de las maquinas restantes a través del vmotion.

El HUS cuenta con una unidad de Tape Backup de una cinta donde se realiza el proceso de copiar el respaldo de la información crítica del HUS.

El Hospital cuenta actualmente con 645 equipos de cómputo y en año 2016 se realizó la renovación de 229 equipos, se proyecta que para el año 2018 se realizará diagnóstico para realizar otro proyecto de renovación.

SOFTWARE. El HUS cuenta con el siguiente licenciamiento de software Microsoft

Familia de productos de licencia	Versión	Cantidad
Encarta Reference Library	2005	1
Office Mobile 6.1	6.1	1
Office Professional	Plus 2010	15
Office Professional	2003	450
Office Standard	2013	138
Project Professional	2007	2
Visio Professional	2007	5
Visual Studio Professional with MSDN Professional	2008	5
Exchange Server - Standard	2007	1
Exchange Server Standard CAL - User CAL	2007	500
Forefront Threat Management Gateway Standard Edition - Per Processor	2010	1
Office SharePoint Server	2007	1
Office SharePoint Server Standard CAL - User CAL	2007	30
Project Server	2007	1
Project Server - Device CAL	2007	2
Project Server - User CAL	2007	15
SQL - User CAL	2005	500
SQL Server - Enterprise	2005	2
SQL Server - Standard	2005	6
SQL Server Enterprise Core	2012	8
System Center Configuration Manager Client ML	2012	15
System Center Standard	2012	1
System Management Server - Enterprise	2003	1
System Management Server - Enterprise w/ SQL	2003	1
System Management Server Client ML	2003 Release 2	500
Windows Server - Device CAL	2003	3
Windows Server - Enterprise	2008 Release 2	1
Windows Server - Enterprise	2003	2
Windows Server - Standard	2012 R2	1
Windows Server - Standard	2012	2
Windows Server - Standard	2003 Release 2	7
Windows Server - User CAL	2012	1000
Windows Server - User CAL	2003 Release 2	500
Windows Terminal Server - Device CAL	2003	50
Windows Terminal Server - User CAL	2008	25
Windows	7 Professional	0
Windows	7 Professional Get Genuine	4
Windows	XP Get Genuine	81

- Se cuenta con 8 licencias de VMware por Procesador
- Se cuenta con 10 licencias de Life Size para videoconferencia
- Se cuenta con un sistema de ERP Dinámica Gerencial Hospitalaria que contempla estos módulos:
 - Administrativos: contabilidad, tesorería, cartera, pagos, presupuestos oficiales, compras, inventarios hospitalarios, nomina talento humano, activos fijos, generales y seguridad, gestión gerencial, costos hospitalarios, niif.
 - Asistenciales: contratos, citas médicas, admisiones, hospitalización, facturación, historias clínicas, registro de enfermería, laboratorio clínico, programación de cirugías, promoción y prevención.

- Se tiene implementado 9 carteleras digitales 6 en Bogotá y 3 en Zipaquirá con software de administración para la actualización de contenidos.
- 1. Se tiene implementado el sistema de digiturnos en las áreas de Laboratorio del HUS, Radiología del HUS, Facturación Consulta Externa Bogotá y Facturación Consulta Externa de Zipaquirá, con un promedio de asignación de turnos de 900 al día, 600 turnos asignados en la Unidad Funcional de Zipaquirá y 300 turnos para Bogotá.

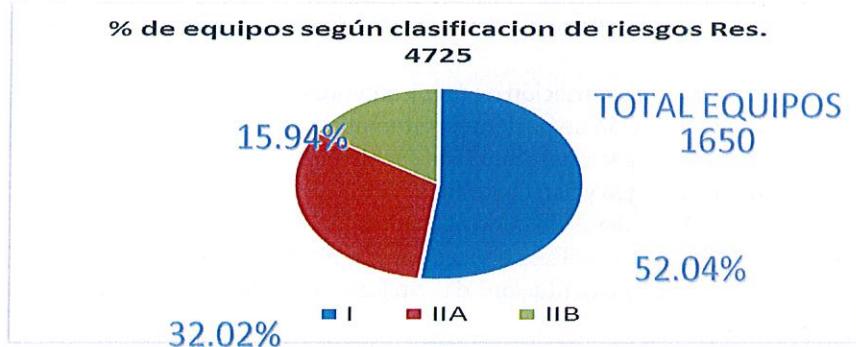
Es importante tener en cuenta las siguientes situaciones:

1. Implementación de la Historia clínica en Dinámica Gerencial Hospitalaria para docencia.
2. automatización en la dispensación de medicamentos
3. Fortalecer la identificación de pacientes sistemáticamente
4. Terminar la Implementación al 100% de la historia clínica digital para Zipaquirá, centro de atención cogua y San Cayetano
5. implementación de tableros de control
6. Implementar cubos sql y análisis services para la minería de datos
7. Continuar con la implementación de Aplicativo Tablero único de control de indicadores (TUCI)
8. Sistematizar la gestión de la contratación en el HUS
9. Implementación de herramienta para la captura de información por medio de encuestas
10. Diagnosticar equipos de cómputo para continuar con la renovación Tecnológica.
11. Realizar el estudio de Sistema propio de alojamiento para archivos compartidos en la nube
12. Ampliación y mejoramiento de la cobertura Wifi Pública y privada en el Hus
13. Actualización equipos Switch e implementación redundancias en cableado estructurado principal
14. Continuar fortaleciendo el cumplimiento de las políticas de seguridad informática.
15. Seguimiento al cumplimiento de política de Gobierno en línea en página web.
16. Implementación Alta Disponibilidad (clúster) de Sistema Central Dinámica Gerencial Hospitalaria y sistema de correo electrónico.
17. Adquisición nuevo sistema de backups garantizando el respaldo de la información en caso de desastre
18. implementación de aplicativo para dispositivos móviles, permitiendo el acceso oportuno a la información.
19. Implementar aplicativo para el control de Remisiones y contraremisiones de pacientes del HUS.
20. Fomentar el uso de las carteleras digitales

7. ANALISIS EQUIPOS MÉDICOS

El Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con el proceso de Gestión de Tecnología Biomédica, el cual tiene como propósito “Realizar la Gestión para la adquisición, instalación, puesta en funcionamiento, mantenimiento, evaluación y disposición final de la tecnología biomédica del Hospital Universitario de la Samaritana”.

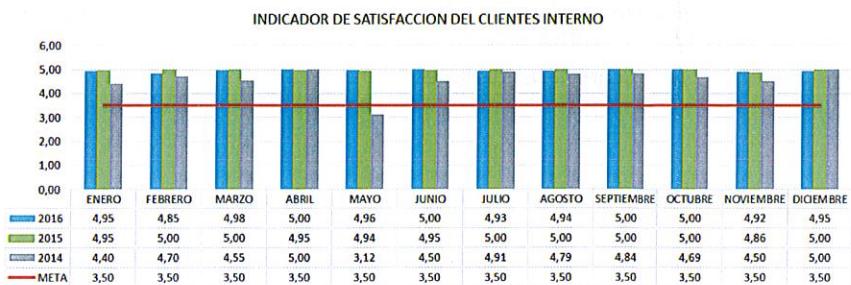
El Hospital Universitario aproximadamente cuenta con un total de 1650 Equipos Biomédicos, que según la clasificación de riesgo del INVIMA de la resolución 4725 del 2005 están distribuidos de la siguiente manera:



El proceso cuenta con el siguiente personal con el fin de dar cumplimiento a los mantenimientos preventivos de la totalidad de los equipos:

- 1 Auxiliar Administrativa
- 3 Técnicos Electromédicos
- 3 Ingenieros (1 electrónico y 2 Biomédicos)

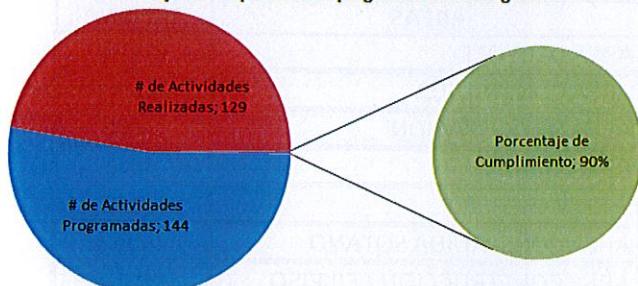
En los últimos 3 años se han cumplido a satisfacción el cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo, esto debido a que se realizan chequeos mensuales por parte del personal de equipos médicos en acompañamiento de los procesos asistenciales que cuentan con copia del cronograma y además se les entrena para la identificación de los stickers de mantenimiento los cuales nos dan una ayuda visual para el seguimiento, a continuación se muestra el indicador de cumplimiento del cronograma del Mantenimiento preventivo de los últimos 3



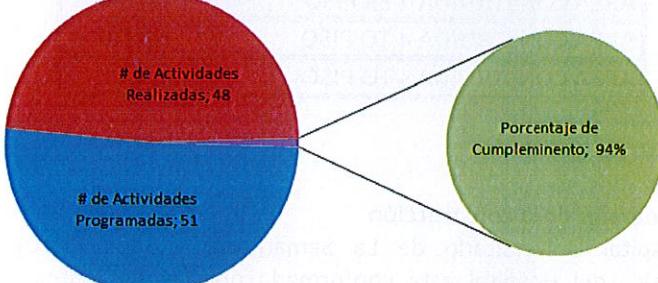
El proceso de Gestión de Tecnología Biomédica lidera los Programas de Gestión de la Tecnología y Tecnovigilancia, los cuales en los últimos dos años se han cumplido a cabalidad

las metas establecidas para dichos programas, a continuación mostramos los indicadores de cumplimiento de cronograma de cada programa:

Porcentaje de cumplimiento al programa de Tecnovigilancia



Porcentaje de cumplimiento al programa de Gestión de la Tecnología



De los Equipos Biomédicos más relevantes contamos con:

Resonancia Magnética:

Actualización de Tecnología Biomédica de la UCI segundo Piso

Actualización de Electrocardiografos y monitores de signos vitales de Hospitalización

Equipos de Rayos X convencional Cielítico

Equipos de Rayos X Telecomandado con Arco en C

Estas tecnologías adquiridas en los últimos 3 años equivalen aproximadamente a \$20.000.000.000, el Hospital para los próximos 4 años ha planeado los siguientes proyectos con el fin de fortalecer la alta complejidad en el Hospital Universitario de la Samaritana:

PROYECTOS	PRESUPUESTO PROYECTADO	FUENTE DE FINANCIACIÓN	ESTADO
Adquisición, Instalación y puesta en funcionamiento de los equipos biomédicos priorizados para renovación en la vigencia 2016	\$ 4.000.000.000	Recursos propios	Una vez sea probado por la nueva gerencia se iniciara ejecución
Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de un Neuronavegador y un equipo O-ARM	\$ 6.000.000.000	Recursos propios y financiación por parte de la ssc	Se encuentra en proceso de formulación
Adquisición, Instalación y puesta en funcionamiento de los equipos biomédicos necesarios para la ampliación en 30 camas de la UCI adultos	\$ 8.000.000.000	Recursos propios	Una vez sea probado por la nueva gerencia se iniciara ejecución
Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de una Sala de Cirugía Integrada para el proceso de Unidad Quirúrgica	\$ 4.000.000.000	Recursos propios	Se encuentra en proceso de formulación

8. ANÁLISIS DE LA INFRAESTRUCTURA

Cuadro de Áreas

AREAS	AREA M ²
AREA DEL LOTE	10.284
AREA CONSTRUIDA	20.059
AREA DE OCUPACION	6.562
AREA LIBRE	3.722
AREA CONSTRUIDA SOTANO	4505.3
AREA CONSTRUCCION 1-ER PISO	5180.4
AREA CONSTRUCCION 2-DO PISO	3739.3
AREA CONSTRUIDA 3-ER PISO	2458.6
AREA CONSTRUIDA 4-TO PISO	2458.6
AREA CONSTRUIDA 5-TO PISO	1717.0

ARQUITECTURA

Características generales de la construcción

En la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana – Sede Principal Bogotá: La infraestructura física del Hospital está conformada por las siguientes 18 edificaciones distribuidas en un área **10.284 m²**.

1. El Edificio Asistencial

El Edificio Asistencial del Hospital de cinco (5) pisos de altura, por ser una construcción del año 1932, puede clasificarse, según la descripción anterior, dentro del estilo arquitectónico correspondiente al periodo de transición de la Arquitectura Colombiana (1930-1952) cuyas características principales son volumetría geométrica, sencillez, materiales de la región, y especialmente el predominio de la función.

Este edificio fue declarado como un inmueble de Categoría de Conservación Integral, mediante el decreto No 606 de 26- de julio de 2001, la cual aplica a los inmuebles que cuentan con valores culturales excepcionales, representativos de determinadas épocas del desarrollo de la ciudad y que es necesario conservar como parte de la memoria cultural de los habitantes.

El Edificio Asistencial cuenta con estructura en concreto reforzado (con varillas en hierro) de cimientos, columnas, vigas y placa de entrepiso con casetón de guadua. El estudio de vulnerabilidad sísmica reciente (actualizado en diciembre 2012) confirmó su buen estado, implementando las pantallas de concreto y hierro para su reforzamiento.

Estructura de cubierta es metálica en mayoría de sus tramos, la reposición de estructura de madera antigua se realizó en 2009 debido al su gran deterioro.

Cubierta esta formada por teja Honter Dooglas tipo sándwich en el último piso, y todavía existen tramos de teja deteriorada de láminas de fibrocemento sobre el área de Hospitalización del 4-to piso, donde se observan humedades en su interior durante de fuertes lluvias.

2. El Edificio de Descanso Médico

Edificación de tres (3) pisos de altura. Cuenta con estructura en concreto reforzado (con varillas en hierro) de cimientos, columnas, vigas y placa de entrepiso con casetón de guadua. En 2007 se realizó su reforzamiento Estructural de acuerdo a los estudios correspondientes.

Estructura de cubierta es metálica y de madera. Cubierta esta formada por teja antigua de láminas de fibrocemento. Se observan humedades en su interior.

3. El Edificio Administrativo

Edificación de cinco (5) pisos de altura. Cuenta con estructura en concreto reforzado (con varillas en hierro) de cimientos, columnas, vigas y placa de entrepiso con casetón de guadua. El estudio de vulnerabilidad sísmica reciente confirmó su buen estado, implementando las pantallas de concreto y hierro para su reforzamiento.

Estructura de cubierta es metálica en todos de sus tramos. La reposición de estructura de madera antigua y teja de fibrocemento se realizó en 2011 debido a su gran deterioro. Cubierta esta formada por teja termo acústica Arquitectónica.

4. La Morgue

Edificación de un (1) piso de altura. Fue construida en el 1932 junto con el Edificio Principal. Cuenta con estructura en concreto reforzado (con varillas en hierro) de cimientos, columnas, vigas.

Estructura de cubierta es metálica en todos de sus tramos. La reposición de estructura de madera antigua y teja de fibrocemento se realizó en 2011 debido a su gran deterioro. Cubierta esta formada por teja termo acústica Arquitectónica.

5. El Edificio de Acceso Principal

Edificación de un (1) piso de altura. Cuenta con estructura en concreto reforzado (con varillas en hierro) de cimientos, columnas, vigas. El estudio de vulnerabilidad sísmica reciente confirmó su buen estado.

Estructura de cubierta es metálica y de madera. La reposición de estructura y teja se realizó en 2005 debido a su gran deterioro. Cubierta esta formada por teja termo acústica Arquitectónica deteriorada por el uso inadecuado durante de diferentes intervenciones en las instalaciones y adecuaciones de redes que se ubican sobre ella.

6. El Mantenimiento

Edificación de dos (2) pisos de altura. Cuenta con estructura en concreto reforzado (con varillas en hierro) de cimientos, columnas, vigas. El estudio de vulnerabilidad sísmica reciente confirmó su buen estado.

Estructura de cubierta es metálica en todos de sus tramos. Cubierta esta formada por teja antigua de láminas de fibrocemento. Se observan humedades en su interior.

7. La Planta Productora de Gases Medicinales

Edificación de un (1) piso de altura. Cuenta con estructura en concreto reforzado (con varillas en hierro) de cimientos, columnas, vigas. La edificación fue implementada en 2005. Estructura de cubierta es metálica en todos de sus tramos. Cubierta esta formada por teja antigua de láminas de fibrocemento. No se observan humedades en su interior.

8. Almacén General

Edificación de un (1) piso de altura. Cuenta con estructura metálica de columnas, vigas y cimientos en concreto reforzado. La edificación fue implementada en 2005, conservando la fachada exterior por la calle primera.

Estructura de cubierta es metálica en todos de sus tramos. Cubierta esta formada por teja termo acústica Arquitectónica.

9. Almacenamiento gases medicinales

Edificación de un (1) piso de altura. Cuenta con estructura en concreto reforzado (con varillas en hierro) de cimientos, columnas, vigas. Cubierta es placa plana en concreto impermeabilizada.

10. Calderas

Edificación de un (1) piso de altura. Fue construida en el año 1962. Cuenta con estructura en concreto reforzado (con varillas en hierro) de cimientos, columnas, vigas. Estructura de cubierta es metálica en todos de sus tramos. La reposición de estructura de madera antigua y teja de fibrocemento se realizó en 2011 debido al su gran deterioro.

11. Tanque de agua subterráneo

Edificación de un (1) piso de altura. Fue construida en el año 1962. Cuenta con estructura en concreto reforzado (con varillas en hierro) de cimientos, columnas, vigas. Estructura de cubierta es metálica en todos de sus tramos. La reposición de estructura de madera antigua y teja de fibrocemento se realizó en 2011 debido al su gran deterioro.

12. Acopio de ropa para lavandería

Edificación de un (1) piso de altura. Cuenta con estructura en concreto reforzado (con varillas en hierro) de cimientos, columnas, vigas. La edificación fue implementada en 2005.

13. Depósito central de residuos hospitalarios

Edificación de un (1) piso de altura. Cuenta con estructura en concreto reforzado (con varillas en hierro) de cimientos, columnas, vigas. La edificación fue implementada en 2005.

14. Edificación de la cancha recreativa

Edificación de un (1) piso de altura. Cuenta con estructura en concreto reforzado (con varillas en hierro) de cimientos, columnas, vigas. La edificación fue implementada en 2009, conservando la fachada exterior por la carrera novena. La edificación anterior de la casa antigua es completamente reconstruida.

15. Bodega archivo

Edificación de un (1) piso de altura. Cuenta con estructura en concreto reforzado (con varillas en hierro) de cimientos, columnas, vigas. La edificación fue implementada en 2005.

16. Bodega depósito

Edificación de dos (2) pisos de altura. No se sabe con certeza el tipo de estructura implementado en la construcción de esta edificación, ya que la casa fue adquirida por el Hospital conjunto con el lote en 2009.

Estructura de cubierta es metálica en todos de sus tramos. Cubierta esta formada por teja termo acústica Arquitectónica y fue reposicionada en el 2011 por el deterioro de la cubierta anterior. No se observan humedades en su interior

17. Bodega depósito 2

Edificación de dos (2) pisos de altura. No se sabe con certeza el tipo de estructura implementado en la construcción de esta edificación, ya que la casa fue adquirida por el Hospital conjunto con el lote en 2009.

Estructura de cubierta es metálica en todos de sus tramos. Cubierta esta formada por teja de fibrocemento, se conserva en su estado original. No se observan humedades en su interior

18. Bodega deposito 3

Edificación de un (1) piso de altura, ubicada por la Carrera octava al frente de la Edificación Asistencial. Cuenta con estructura en concreto reforzado (con varillas en hierro) de cimientos, columnas, vigas.

Estructura de cubierta es metálica en todos de sus tramos. Cubierta esta formada por teja de fibrocemento, se conserva en su estado original. Se observan humedades en su interior. Los diferentes materiales de construcción y acabados finales de las edificaciones de la institución presentan buen estado de conservación, en donde el principal deterioro se encuentra a nivel de la pintura de muros con el desgaste, rayones y manchas por el uso inadecuado de las instalaciones

La cubierta en madera y tejas de eternit del edificio Asistencial 4-to piso, Edificio de Descanso Medico, Bodegas de depósitos y mantenimiento ya cumplieron su vida útil, el mantenimiento de estas se complica por estar desgastadas y frágiles, se presentan humedades en el interior de estas edificaciones

Las condiciones físicas de acabados de la bodega adyacente al parqueadero presentan gran nivel de deterioro y por esta razón esta subutilizada.

La ventanería en madera de la fachada principal cumplió su vida útil y ya no es adecuada por presentar dilataciones considerables en su estructura por encogimiento, generando inconvenientes a los pacientes hospitalizados. (previa autorización del IDPC).

Se observan debilidades en cumplimiento con las condiciones de la Resolución 14861 del 04-10-1985 accesibilidad en Colombia en ambientes exteriores, rutas de circulación exterior, entradas, puertas y circulaciones, rampas, escaleras, ascensores para servicios sanitarios y duchas, señalización, emergencias, alarmas.

REDES HIDRAULICAS, SANITARIAS Y DE GASES MEDICINALES

Evaluación del sistema general de suministro hidráulico

PARÁMETRO	EXISTENCIA	ESTADO		CARACTERÍSTICA DE EXISTENCIA
		FUNCIONA	NO FUNCIONA	
ACOMETIDA	SI	X		NECESARIO
POZO PROFUNDO	NO			ALTERNATIVO
TANQUE DE AGUA POTABLE	SI	X		NECESARIO
PLANTA DE TRATAMIENTO	NO			ALTERNATIVO
CONTROL DE CALIDAD DE AGUA	SI	X		NECESARIO
TANQUE DE AGUA CRUDA	NO			ALTERNATIVO
CUARTO DE BOMBAS	SI	X		NECESARIO
EQUIPO DE PRESIÓN	SI	X		NECESARIO
EQUIPO CONTRAINCENDIO	SI	X		NECESARIO
SIAMESAS	SI		X	NECESARIO
HIDRANTES	NO			NECESARIO
SISTEMA DE CALENTAMIENTO CENTRAL	SI	X		NECESARIO
BOMBA DE RECIRCULACION	SI	X		NECESARIO
RED GENERAL AGUA FRIA	SI	X		NECESARIO
RED GENERAL AGUA CALIENTE	SI	X		NECESARIO
RED GENERAL VAPOR	SI	X		NECESARIO
RED GENERAL AGUA INCENDIO	SI		X	NECESARIO
RED GENERAL AGUA RETORNO	SI	X		NECESARIO

Evaluación del sistema general de desagüe

PARAMETRO	EXISTENCIA	ESTADO		CARACTERÍSTICA DE EXISTENCIA
		FUNCIONA	NO FUNCIONA	
TRAMPA DE GRASAS	SI	X		NECESARIO
CAJA DE AFORO	SI	X		NECESARIO
CONEXIÓN ALCANTARILLADO PÚBLICO	SI	X		NECESARIO
TRATAMIENTO AGUAS RESIDUALES	SI	X		NECESARIO
REDES EXTERIORES AGUAS NEGRAS	SI	X		NECESARIO
REDES EXTERIORES AGUAS LLUVIAS	SI	X		NECESARIO
REDES EXTERIORES AGUAS COMBINADAS	SI	X		ALTERNATIVO

Evaluación del sistema de gases medicinales

PARAMETRO	EXISTENCIA	ESTADO		CARACTERISTICA DE EXISTENCIA
		FUNCIONA	NO FUNCIONA	
PLANTA PRODUCTORA DE OXIGENO	SI	X		ALTERNATIVO
PLANTA PRODUCTORA DE AIRE	SI	X		ALTERNATIVO
CENTRAL DE OXIGENO	SI	X		NECESARIO
CENTRAL DE OXIDO NITROSO	SI	X		NECESARIO
CENTRAL DE AIRE COMPRIMIDO	SI	X		NECESARIO
CENTRAL DE SUCCION O VACIO	SI	X	ESTADO CRITICO	NECESARIO
REDES CENTRALES DE DISTRIBUCION	SI	X		NECESARIO

Red general de agua para incendio no cuenta con la presión suficiente.

Gabinetes contra incendio carecen de la dotación normativa

Planta de succión o vacío se encuentra en estado crítico por el deterioro normal, el sistema obsoleto con el riesgo de generación de focos de infección por el sistema de anillo líquido.

la siamesa de 2 ½" pulgada de diámetro, en hierro galvanizado, a una altura de 1.10 m., empotrada en la pared y ubicada por el acceso principal a Urgencias sin ensayar el funcionamiento.

Para el manejo de las aguas, se presenta un sistema de tipo combinado, el cual no es el más apropiado debido al volumen y al tipo de aguas negras que se descargan, las cuales presentan un alto contenido de desechos.

Análisis comparativo de la vida útil de tuberías de los sistemas.

SISTEMA	MATERIAL	VIDA UTIL	VIDA INSTALADA
AGUA FRIA	PVCP	50	25
AGUA CALIENTE	CPVC	50	25
AGUA INCENDIO	HIERRO GALVANIZADO	15	70
RETORNO AGUA CALIENTE	ACERO	25	6
AGUAS NEGRAS	GRES VITRIFICADO	100	70
AGUAS LLUVIAS	GRES VITRIFICADO	100	70
AGUAS COMBINADAS	GRES VITRIFICADO	100	70
OXIGENO	COBRE	50	28
OXIDO NITROSO	COBRE	50	28
VACIO	COBRE	50	28
AIRE	COBRE	50	28

CONCLUSIÓN ESTADO DE TUBERIA REDES HIDRÁULICAS, SANITARIAS Y DE GASES MEDICINALES:

Vida útil vencida de la tubería de redes de agua para el incendio

INSTALACIONES ELECTRICAS Y DE COMUNICACIONES

Comparación de potencias de la subestación.

No CAMAS	TEORICA	INSTALADA	REQUERIDA
220	750	800	650

Evaluación de las instalaciones eléctricas

ITEM	EQUIPO ELECTRICO		EXISTE
EXISTENCIA	CIRCUITO DE RESPALDO		NO
	PARARRAYOS		X
	TRANSFORMADOR DE RESPALDO		NO
	PLANTA DE EMERGENCIA (2 UN)		X
	PUESTAS ATIERRA ESPECIALES		X
	UPS		X
	REGULADORES DE VOLTAJE		X
	COMUTADOR TELEFONO		X
	COMUNICACIÓN INTERNA		X
	RED DE DATOS		X
CUBRIMIENTO CRITICAS	PLANTAS ELECTRICAS	CUBRIMIENTO DE 100% DEL HOSPITAL	X
	PUESTAS A TIERRA ESPECIALES	CUBRIMIENTO DE 100% DEL HOSPITAL	X
	UPSS	SALAS DE CIRUGIA, NEONATOS, SALA DE PARTOS, SERVIDORES, PLANTAGRAFO, PUNTOS DE FACTURACION, SEGURIDAD, URGENCIAS	X
	TRANSFORMADOR PRINCIPAL	PREVENTIVO	X
		CORRECTIVO	X
		NO SE HACE	
	PLANTA DE EMERGENCIA (2 UN)	PREVENTIVO	X
		CORRECTIVO	X
		NO SE HACE	
TIPO DE MANTENIMIENTO	PUESTAS ATIERRA ESPECIALES	PREVENTIVO	X
		CORRECTIVO	X
		NO SE HACE	
	COMUTADOR TELEFONO	PREVENTIVO	X
		CORRECTIVO	X
		NO SE HACE	
	UPS	PREVENTIVO	X
		CORRECTIVO	X
		NO SE HACE	
COMUNICACIÓN INTERNA	LLAMADO DE ENFERMERIA		X
	SALIDA TV		X
	SONIDO		X
	INTRANET		X
	SISTEMA DE PEREFONEO		X
	CORREO INTERNO INSTITUCIONAL		X

La carga total del hospital actualmente alcanza 450 KVA. Las medidas indican un porcentaje de cargabilidad en los transformadores cercanos a la tercera parte de la capacidad nominal de cada uno. De acuerdo con lo anterior, actualmente el Hospital cuenta con una capacidad de reserva de 150 KVA (35%) en el transformador de 500 KVA y de 207 KVA (69%) en el transformador de 300 KVA.

El sistema eléctrico del Hospital está dividido en el sistema de red normal, alimentado por el transformador de 500 KVA, y la red de emergencia, alimentada por el transformador de 300 KVA, o por las plantas eléctricas de emergencia, en caso de una interrupción en el servicio

De acuerdo con las normas y referencias nacionales e internacionales aplicables a las instalaciones eléctricas hospitalarias, el gran porcentaje de las mismas no cumple con las condiciones requeridas.

La capacidad de los transformadores instalados cumple con la mínima capacidad teórica requerida para un Hospital de más de 200 camas, sin embargo, la potencia requerida por el Hospital es menor a la teórica.

Actualmente todas las instalaciones de la Institución están cubiertas con el suministro de energía eléctrica en casos de emergencia en 100%.

El hospital cuenta con seis unidades interrumpidas de potencia UPS's puntuales tipo OFF LINE. Tres de ellas de 1.25, 0.4 y 0.4 KVA, alimentan computadores en consulta externa y contabilidad, la otra de 1.25 KVA alimenta un equipo de laboratorio, UPS de 40 KVA protege Salas de Cirugía, UCIs, Neonatos; UPS de 30 kva alimenta un 30 % de los circuitos de sistemas.

El transformador de 500 KVA no esta cubierto con el mantenimiento preventivo y correctivo.

E tablero general y subestaciones no cuentan con un diagrama que le permita al personal de mantenimiento realizar las maniobras en caso de fallas en sistema.

Los tableros de distribución que controlan las siguientes unidades: salas de cirugía, salas de partos, neonatos, UCIs, laboratorios no cuentan con un regulador de voltaje principal.

Es necesario que todos los equipos de alta tecnología cuentan con tensión regulada.

No todos los equipos médicos cuentan con respaldo eléctrico propio ante una falla de energía.

INSTALACIONES MECANICAS Y ESPECIALES

Descripción y evaluación de las instalaciones mecánicas y especiales

INSTALACION	EXISTENCIA	RED DE			ESTADO DE FUNCIONAMIENTO
		SUMINISTRO	RETORNO	EXTRACCION	
VAPOR	X	X	X		
CALDERA	X				NORMAL
COCINA	X	X			REGULAR
ESTERILIZACION	X	X	X		REGULAR
AGUA CALIENTE	X	X	X		NORMAL
A. ACONDICIONADO	X	X			NORMAL
VENTILACION MECANICA					
CUIDADO INTERMEDIO	X	X		X	NORMAL
SALAS DE CIRUGIA	X	X		X	REGULAR
SALAS DE PARTOS	X	X		X	NORMAL
UCI	X	X		X	NORMAL
URGENCIAS	X	X		X	REGULAR
COCINA	X	X		X	INSUFICIENTE
ESTERILIZACION	X	X		X	REGULAR
FARMACIA	X	X		X	NORMAL
RADIOLOGIA	X	X		X	NORMAL
INMUNOLOGIA	X	X		X	NORMAL
TRANSPORTE VERTICAL	X				NORMAL
GAS NATURAL	X	X			NORMAL

El estado de funcionamiento de las instalaciones Mecánicas y Especiales es el resultado de una integración de buenos recursos físicos, financieros, técnicos y humanos, sin embargo, la vida útil de algunos de los equipos del sistema de ventilación mecánica, además de su capacidad insuficiente para la demanda de hoy, esta acercándose a su límite.

ARQUITECTURA

El Hospital está completamente densificado lo que impide nuevas ampliaciones e implementaciones, no existe suficiente área para cualquier implementación.

Cambio de material de ventanas en madera de fachada principal, conservando el diseño original de las de madera con la previa autorización del IDPC.

Cambio de la estructura de cubierta en madera y tejas de eternit del edificio Asistencial 4-to piso y Edificio de Descanso Medico. (ya cumplieron su vida útil, el mantenimiento de estas se complica por estar desgastadas y frágiles, presentando filtraciones y humedades dentro del servicio de hospitalización)

Mejorar las condiciones físicas de la bodega adyacente al parqueadero, cual presenta gran nivel de deterioro y por esta razón esta subutilizada.

Implementar la unidad y/o servicio de Hospitalización de Aislados (puede ser 4-to piso norte); diseño e implementación de un servicio de hospitalización de Aislados, cumpliendo con lo exigido en la Resolución 4445 de 1996, lo que solo se puede lograr disminuyendo la capacidad instalada de hospitalización.

Diseño e implementación de un servicio de hospitalización, cumpliendo con lo exigido en la Resolución 4445 de 1996, lo que solo se puede lograr disminuyendo la capacidad instalada de hospitalización

Mejoras en las condiciones de accesibilidad resolución 14861 del 04-10-1985 para la infraestructura del Hospital Universitario de la Samaritana.

INFRAESTRUCTURA FISICA

Aunque el estado de las obras exteriores es bueno, se recomienda recuperar la capa de rodadura de las circulaciones vehiculares internas, así como el pavimento rígido, los cuales se encuentran en mal estado.

Implementación de las recomendaciones que surgieron del diagnóstico índice de seguridad hospitalaria realizado con la OPS (Organización Panamericana de la Salud)

REDES HIDRÁULICAS, SANITARIAS Y DE GASES MEDICINALES

Modernizar el sistema de generación de vacío.

Es importante ejercer estricta vigilancia de la calidad de agua desde el punto de vista fisicoquímico y bacteriológico de tal forma que se tenga plena seguridad de su calidad, para tal efecto deben tomarse las muestras mensualmente para su análisis.

Se recomienda poner en funcionamiento adecuado las redes contra incendio existentes, debido a que el Hospital presenta espacios de alto, mediano y bajo riesgo de incendio, como zonas de depósito de materiales, laboratorios, subestaciones, cuartos de máquinas, auditorio y demás lugares que pueden estar expuestos a cualquier tipo de incendio. Este sistema debe ser totalmente independiente del sistema de suministro de agua potable para consumo diario, al igual que el tanque de reserva (el sistema debe contar con su propio cuarto de bombas, equipo hidroneumático, redes generales independientes, gabinetes suficientes normativamente dotados de todos sus elementos). Lo anterior con base de las Normas ICONTEC No 1669, 1500 y 1478 y la Resolución 02810 del Ministerio de Salud.

El hospital conduce sus aguas residuales de manera combinada, teniendo en cuenta que técnicamente no es la más adecuada de manejo de los desagües de una construcción hospitalaria, se debe considerar el hecho de efectuar los cambios de estas redes, reemplazando por un sistema independiente de aguas negras y aguas lluvias, en el sótano que es en el piso donde se combinan esta agua, de esta manera se facilitará el posterior tratamiento que se debe dar a este tipo de aguas.

Con respecto al sistema de desagües, el Hospital debe implementar un proyecto para ir cambiando las tuberías instaladas en hierro fundido pues hay redes que se encuentran en mal estado.

INSTALACIONES ELECTRICAS

Garantizar el cumplimiento de las condiciones requeridas para las instalaciones eléctricas de acuerdo con las normas y referencias nacionales e internacionales aplicables.

Solicitar el mantenimiento preventivo y correctivo del transformador de 500 KVA

Dotar el tablero general y subestaciones con un diagrama unifilar que le permita al personal de mantenimiento realizar las maniobras en caso de fallas en sistema.

Instalar un regulador de voltaje principal para los tableros de distribución que controlan las siguientes unidades: salas de cirugía, salas de partos, neonatos, UCIs, laboratorios.

Es necesario que todos los equipos de alta tecnología cuentan con tensión regulada.

Efectuar un mantenimiento periódico a las subestaciones del edificio asistencial y al transformador de 300 KVA, solicitar el mantenimiento periódico al transformador de 500 KVA.

Realizar un estudio de factibilidad para la adquisición de más UPCs, puesto que permite conectar los equipos médicos que no cuentan con respaldo eléctrico propio ante una falla de energía.

Para construcciones implementaciones nuevas que requieren del cambio de transformador de potencia, es importante contar con la aprobación de la autoridad competente, con el fin de evitar futuras sanciones y cambios posteriores que representan una gran inversión.

Es conveniente que el personal de mantenimiento reciba una buena capacitación teórico-práctica en el campo de instalaciones eléctricas.

Renovar la tecnología para subestación eléctrica y considerar su reubicación en la planta física.

INSTALACIONES MECANICAS Y ESPECIALES

Redes de vapor

Implementar el retorno de vapor para el servicio de cocina.

Implementar el tanque de condensado caldera de 300 a 400 Gal., cual retiene el vapor de retorno con el objetivo de no inyectarlo tan caliente a la caldera, pues se pueden dañar el tanque y las bombas por la alta temperatura del vapor.

Generalidades

Aplicar las normas vigentes en señalización (colores, coditos, direcciones de flujo, precauciones, identificaciones en cada uno de las redes e instalaciones mecánicas y eléctricas).

Implementar el programa y aplicar normas de seguridad industrial, seguridad hospitalaria y saneamiento ambiental.

Establecer un manejo planificado y organizado en la recolección, búsqueda, actualización, definición y proyección de la información técnica relacionada con planos de redes eléctricos, hidráulicos, sanitarios, mecánicos y especiales, catálogos, manuales.

Seguir con programa de la capacitación y actualización al personal profesional, técnico y operativo de mantenimiento.

ESTUDIOS Y DIAGNÓSTICOS REALIZADOS PARA LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL HOSPITAL

- Planos de levantamiento arquitectónico actualizadas incluyendo las ultimas adecuaciones.
- Actualización anual los datos del Decreto 2193 de 2005 (julio 8) cuyo objeto es establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su impacto en el territorio nacional, las cuales son de aplicación y obligatorio cumplimiento para las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud.
- Estudio de Valoración Patrimonial para la obtención de las Licencias de Construcción futuras. (2013)
- Diagnóstico de gases medicinales (2013)
- Diagnóstico de calidad de la energía por Codensa (2005)
- Planos de levantamiento topográfico actualizadas incluyendo las ultimas adquisiciones de predios. (2012)
- Actualización de evaluación del catastro físico funcional hospitalario para Hospital Universitario de la Samaritana. (2013)
- Diagnóstico y análisis de cumplimiento de habilitación de infraestructura física actual por servicios del Hospital Universitario de la Samaritana.
- Diagnóstico y análisis de necesidades, tiempos y costos para mejoras en accesibilidad resolución 14861 del 04-10-1985 para la infraestructura del Hospital Universitario de la Samaritana.
- Evaluación de la Seguridad Funcional Hospitales Seguros frente a los desastres para el Hospital Universitario de la Samaritana
- Diagnóstico de la situación actual como la base de partida de la planeación de la futura entidad y reconocimiento de la planta física existente de acuerdo con los servicios que presta para el ESTUDIO DE REORDENAMIENTO-FÍSICO FUNCIONAL del Hospital Universitario de la Samaritana.
- Evaluación de la situación físico-funcional y definición del problemática emergente de la Infraestructura del Hospital universitario de la Samaritana para el ESTUDIO DE REORDENAMIENTO-FÍSICO FUNCIONAL.
- Programa Médico – Arquitectónica de la situación actual comparada con las necesidades de la normatividad vigente en la Infraestructura física.
- Estudio de Vulnerabilidad y Diseño del Reforzamiento del Hospital Universitario de la Samaritana actualizado de acuerdo a la nueva “Norma Colombiana de Diseño y Construcciones Sismo Resistentes NSR-10 y, posteriormente, el Proyecto fue aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social, otorgando al Hospital una asignación interna en el Presupuesto de Gastos de Inversión del Ministerio para la ejecución del Programa de Sismo Resistencia
- Obras ejecutadas de Reforzamiento Estructural de las Instalaciones Físicas de la Institución en un 70%.

Desde el año 2007 se adeanta el Plan de Regularización y Manejo para la construcción de dos torres destinadas a Educación Médica y Consulta Externa en lotes que han sido adquiridos por la Calle 1-ra.

El 26-08-2013 se expide el DECRETO 364 DE 2013 (agosto 26) por el cual se “modifican excepcionalmente las normas urbanísticas del Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá DC.”, el cual deroga en su totalidad la **obligatoriedad del Plan de Regularización y Manejo para las construcciones nuevas.**

Según el Decreto 364 de 2013 (agosto 26), el Hospital Universitario de la Samaritana se encuentra localizado en Área de Actividad de Integración, y está catalogado como un Bien de Interés Cultural – BIC en la modalidad de Patrimonio Cultural Construido del Grupo Arquitectónico; de acuerdo con esto, si el Hospital desea gestionar un proceso para la obtención de una LICENCIA DE CONSTRUCCIÓN (en cualquier categoría) para su crecimiento y mejoramiento de su planta física SOLO requiere como prerrequisito base de la presentación y aprobación del ANTEPROYECTO ARQUITECTÓNICO ante el Instituto Distrital de Patrimonio Cultural –IDPC.

9. ANALISIS DE COMPRAS, BIENES Y SERVICIOS.

Acorde con los nuevos modelos de planeación y justificación de las compras y adquisición de servicios en entidades estatales, teniendo en cuenta la estimación y tipificación de riesgos, es indispensable diseñar y ejecutar un proyecto de capacitación del personal coordinador que interviene en el proceso como usuario solicitante, toda vez que la ausencia de dicha información genera impacto y desviaciones previsibles en todo el proceso de gestión de compra. Dentro de los problemas fundamentales se encuentra la falta de especificaciones técnicas determinada de manera adecuada en una solicitud y falta de una adecuada justificación de las solicitudes.

La Subdirección de Bienes Compras y Suministros tiene a cargo los inventarios del hospital, este proceso fue relegado a un segundo plano lo que ha ocasionado un atraso importante en el seguimiento y control que deben tener los bienes del hospital, se debe considerar el apoyo con la contratación de un recurso humano que complemento el actual y permita realizar una gestión oportuna

Los cambios de la normatividad sobre el archivo ocasionaron el represamiento de vigencias anteriores, el área requiere que se contrate recurso humano que permita realizar las actividades pendientes y entregar al archivo institucional.

El modulo del aplicativo utilizado ha presentado diferentes falencia y la información reflejada no permite el análisis completo de los procesos, también algunos de sus ítems no están en funcionamiento.

Frente a la normatividad vigente se debe considerar la actualización del estatuto de contratación y del manual de contratación, pues en algunos aspectos se encuentran desactualizados.

10. ANALISIS DE PLANEACION Y GARANTÍA DE LA CALIDAD

CIERRE DEL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD – PAS II SEMESTRE 2016

En el seguimiento de cierre del II semestre de la vigencia 2016, realizado por la Oficina Asesora de Control Interno, la Oficina Asesora de Planeación alcanzó cumplimiento del 88% frente al esperado.

ELABORACIÓN DEL PLAN GESTIÓN GERENCIAL BAJO RES. 710 DE 2012 Y 743 DE 2013

Este Plan de Gestión fue desarrollado de manera participativa con las Direcciones, Subdirecciones y Líderes de Proceso quienes consolidaron y analizaron la información Administrativa, Financiera, de Prestación de Servicios, de Planeación y Calidad, así como el desarrollo y los grandes retos organizacionales. Su contenido incluye las Características Generales de la Institución, el Diagnóstico Estratégico y los Indicadores definidos por la norma, los cuales presentan un análisis de su estado actual, los compromisos de la Gerencia y las Actividades específicas además de las metas de resultado correspondientes al periodo gerencial para su respectiva evaluación.

El Plan de Gestión Gerencial fue presentado ante los Miembros de Junta Directiva el día 2 de diciembre de 2016 y aprobado mediante Acuerdo 020 de 9 de diciembre de 2016.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD

AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC)

Desde la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad, se realizan las siguientes acciones:

- Socialización de la Circular Externa 012 de 2016 ante el Comité Directivo Ampliado del día 30 de agosto de 2016.
- Seguimiento a las Oportunidades de Mejora definidas en el PAMEC de la vigencia 2016, obteniendo el siguiente consolidado:

GRUPO DE ESTÁNDARES	OPORTUNIDADES DE MEJORA PRIORIZADAS	COMPLETAS	EN DESARROLLO	NO INICIADAS
PACAS	24	17	7	0
DIRECCIONAMIENTO	1	0	1	0
GERENCIA	2	1	1	0
TALENTO HUMANO	2	2	0	0
AMBIENTE FÍSICO	1	1	0	0
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	1	0	1	0
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	1	0	1	0
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1	0	1	0
TOTAL	33	21	12	0

Fuente: Matriz Plan De Mejoramiento de Autoevaluación Estándares De Acreditación, código 05GC17-V2 de 2016

PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS INTEGRALES

Respecto a la responsabilidad de ejecución del Programa de Auditorías Internas Integrales, se realizó la siguiente gestión:

RESPONSABILIDAD	PROGRAMADAS	EJECUTADAS	% CUMPLIMIENTO
Oficina Asesora de Planeación	43	36	83%
Oficina Asesora de Control Interno	20	10	50%
TOTAL	62	46	73%

A nivel institucional, el Plan de Auditorías Internas Integrales definido para la vigencia 2016, alcanzó un cumplimiento del 73% en conjunto para la Oficina Asesora de planeación y Garantía d la Calidad y la Oficina Asesora de Control Interno, según lo establecido en el documentos institucional.

PLAN ÚNICO DE MEJORA POR PROCESOS – PUMP

En el hospital para el tercer trimestre del 2016 se cuenta con 346 hallazgos, 40 más que el I semestre del año, distribuidos de la siguiente manera por fuente:

FUENTE	Número	Porcentaje
AUTOCONTROL	24	6.94%
AUDITORÍA INTERNA HABILITACIÓN	12	3.47%
AUDITORÍA INTERNA HSEQ	58	16.76%
AUDITORÍA CONTROL INTERNO	2	0.58%
ACREDITACIÓN	58	16.76%
SEGURIDAD DEL PACIENTE	14	4.05%
GESTIÓN DEL RIESGO	68	19.65%
AUDITORÍA EXTERNA EPS	13	3.76%
AUDITORÍA EXTERNA SS DISTRITAL	3	0.87%
AUDITORÍA EXTERNA SS CUNDINAMARCA	12	3.47%
AUDITORÍA EXTERNA CONTRALORÍA	25	7.23%
AUDITORÍA EXTERNA ICONTEC	3	0.87%
AUDITORÍA EXTERNA INVIMA	17	4.91%
AUDITORÍA EXTERNA SUPERSALUD	8	2.31%
AUDITORÍA EXTERNA DIAN	0	0.00%
AUDITORÍA EXTERNA SECRE. IMPUESTOS	0	0.00%
INDICADORES DE GESTIÓN	3	0.87%
REVISIÓN GERENCIAL	3	0.87%
SERVICIO NO CONFORME	7	2.02%
PQRS	1	0.29%
OTRAS	15	4.34%
TOTAL	346	

Para el tercer trimestre del año se tiene un avance general del 71.6% del PUMP, en cuanto al cierre de ciclo, estos en su mayoría se dan al final del año, para poder medir de una manera más objetiva y tendencias de los indicadores estipulados para tal fin, dicho esto se tiene un 26.4% de cierre de ciclo para el III trimestre del 2016.

COMITÉS INSTITUCIONALES – APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

De 27 comités institucionales que se encuentran actualmente en la Institución, se observa que 10 de ellos son los que ya se encuentran actualizados por cambios normativos y cuenta como integrantes o participantes a las Unidades Funcionales, 8 de ellos son los que encuentran pendientes por actualizar la Resolución de Conformación ya que de la revisión realizada no cuentan con las unidades funcionales y la parte normativa es una actividad que depende directamente de los integrantes de los comités, del 33% que corresponden a 9 comités como son el de gestión de tecnología de equipos biomédicos, coordinación del sistema de control interno, conciliación y defensa judicial, convivencia laboral, comité paritario de salud y seguridad en el trabajo –COPASST, grupo administrativo de gestión ambiental y sanitaria (GAGAS), comunicaciones, de compras y contratos, comité de ética de investigación, son comités que de acuerdo a su objetivo se debe tener el concepto por parte de los presidentes y secretarios si es necesario vincular como participantes o integrantes a las unidades funcionales, actividad que se encuentra pendiente por realizar.

Se encuentra que el 81% de los comités están actualmente activos de acuerdo a su periodicidad de reuniones y el 19% se encuentra inactivo, ya que no se encontró información de las reuniones según la periodicidad definidas por las resoluciones. Por último se definió integrar el Aprendizaje Organizacional que define la Circular Externa 012 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud, como parte de los Comités Institucionales, lo cual permitirá mejorar la comunicación del mejoramiento y el respectivo seguimiento.

REFERENCIACIÓN COMPARATIVA

Para el 2016 se planearon 29 referenciaciones, que durante la vigencia 2016 el Hospital recibió nueve (9) Referenciaciones Comparativas, en donde las IPS que nos visitaron, manifestaron satisfacción del aprendizaje del proceso correspondiente. Así mismo, se realizaron catorce (14) Referenciaciones Comparativas de las cuales ocho procesos entregaron el correspondiente informe en donde se define la implementación de los aspectos a mejorar en el proceso, del total de las referenciaciones realizadas el 30% corresponde al sector público y el 70% se han realizado con IPS del sector privado toda vez que son estas instituciones las que ya se han Acreditado.

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Para llevar a cabo este proyecto de la implementación de estándares superiores de calidad después de casi 8 años el HUS viene implementando el Sistema Único de Acreditación, y producto del cumplimiento de las metas propuestas se desarrollaron las siguientes fases:

1. Elaboración de documento postulación
2. 9^a autoevaluación
3. Postulación
4. Despliegues primarios y secundarios
5. Simuláculos
6. Evaluación de estándares de acreditación por parte del ICONTEC

Realizado esto se dio como resultado que el día 26 de septiembre de 2016, la Junta de Acreditación en Salud decidió otorgar la categoría de ACREDITACIÓN CONDICIONADA EN SALUD a la ESE Hospital Universitario de La Samaritana con una nota de total de los grupos de estándares de 2.7, la Acreditación Condicionada implica lo siguiente:

- Presentar en el transcurso de dos meses el Plan de Mejoramiento de los aspectos críticos detectados durante la evaluación y que forman parte de las oportunidades de mejora contenidas en el informe entregado por los evaluadores y en los puntos señalados en el oficio de notificación.
- Establecer planes de acción para subsanar el incumplimiento insuficiente o insatisfactorio de los estándares en los que se señale un comportamiento inferior al deseado.
- No da lugar a emisión de Certificado.

La Junta de Acreditación resalta que el condicionamiento significa el reconocimiento a los avances en la ruta del sistema, que requieren tiempo y esfuerzos adicionales y demostración de tendencias, para lo cual aspiran se convierta en una motivación adicional para continuar el trabajo.

AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ

La Unidad Funcional de Zipaquirá dio inicio al proceso de Autoevaluación de los Estándares de Acreditación desde el II semestre del año 2015.

La Unidad Funcional de Zipaquirá realiza la Autoevaluación de los Estándares de Acreditación concluyendo así:

CONSOLIDADO AUTOEVALUACION DE ACREDITACION UFZ - 2016			
ESTANDAR	CALIFICACION CUANTITATIVA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
DIRECCIONAMIENTO	2.03	14	14
GERENCIA	1.79	20	18
TALENTO HUMANO	1.95	61	41
AMBIENTE FISICO	1.22	12	20
INFORMACION	1.43	78	44
TECNOLOGIA	1.53	11	15
PACAS	2.20	169	149
MEJORAMIENTO	1.67	7	8
REDES	1.49	28	23
TOTAL	1.70	400	332

Durante la vigencia 2015, la Unidad Funcional de Zipaquirá realizó la Autoevaluación de los Estándares de Acreditación obteniendo 1.65 de Calificación Cuantitativa, para la vigencia 2016, presentó un avance en la mejora que significó un resultado de 1.70, la metodología desarrollada fue bajo el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana.

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

Bogotá

En el mes de febrero de 2016 se recibe el certificado de habilitación por parte de la Secretaría de Salud de Distrital bajo la Resolución 2003 de 2014 donde se habilitan 85 servicios y la capacidad instalada.

Capacidad instalada

SERVICIO	No de Camas
General Adultos	149
Cuidado Intermedio Neonatal	16
Cuidado Intermedio Adulto	10
Cuidado Intensivo Neonatal	7
Cuidado Intensivo Adulto	11
Obstetricia	14
Cuidado Básico Adulto	2
Hemodiálisis	11
Procedimientos	9
Quirófanos	9
Partos	1

Fuente: consolidado de la capacidad instalada del Certificado de Habilitación del mes de Enero del 2017 emitido por la SSB

Durante el II trimestre del 2016 se realizaron dos novedades referentes a capacidad instalada de la Unidad de Intermedios quedando con 9 camas habilitadas y 8 quirófanos estas modificaciones fueron realizados posterior a la visita ya que durante el inicio y finalización del proceso no se podían realizar novedades de capacidad instalada y la disminución de la capacidad instalada fue necesaria para cumplir con los requisitos de la resolución frente a la adecuación de la esclusa de la unidad de intermedios y frente a quirófanos por las salas que se encuentran ubicadas en el tercer piso.

Durante la vigencia 2016 se realizó la Autoevaluación de Habilitación de los servicios habilitados del HUS, correspondiente a la vigencia 2016 con una duración de tres meses (julio, agosto y septiembre), dando cumplimiento al Cronograma establecido se presentó el informe de Autoevaluación de Habilitación consolidado con los respectivos anexos: Matriz de autoevaluación de servicios Habilitados diligenciada con el registro y las observaciones correspondientes y anexos de revisión de hojas de vida del personal asistencial y de la revisión del mantenimiento preventivo de la infraestructura (circular 29 de 1997). Según lo dispone el procedimiento de Habilitación de Servicios de Salud, y sus correspondientes formatos y/o matriz

A través del resultado de la matriz se observa un cumplimiento de 417 criterios y una falta de cumplimiento de 95 criterios para un total de 512 criterios lo que arroja un cumplimiento del 78% y una oportunidad de mejora del 22%.

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

La Resolución 256 del 5 de febrero de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la cual dicta disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, deroga la Resolución 1446 de 2006, cuya finalidad, entre otros es proveer acciones de

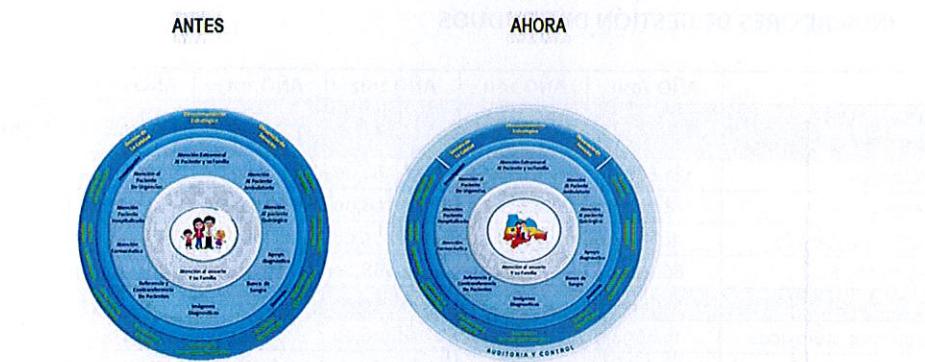
mejoramiento, atendiendo el principio de eficiencia del SIC y ofrecer insumos para la referenciación por Calidad entre los diferentes actores del sistema.

En cumplimiento a lo anterior se encuentra en construcción el procedimiento para Elaboración, Análisis y Reporte de Informes a Entidades de Vigilancia y Control cuyo objetivo es garantizar el reporte oportuno, correcto y completo de la información requerida por las entidades de vigilancia y control. Este procedimiento incluye la relación y control de todos los informes (indicadores) que la institución debe analizar, reportar y plantear el mejoramiento continuo según los resultados, verificando periodicidad y calidad del reporte.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NTC ISO 9001:2008

Como parte fundamental de nuestro SGC se realizó la actualización del Mapa de procesos institucional donde se incluye el proceso de auditoría y control que es asociado al objetivo que tiene la oficina asesora de control interno y se modifica el centro de nuestro mapa modificando el diseño del centro donde está la familia y se coloca de fondo el mapa de Cundinamarca como símbolo de que representamos el hospital cabeza de red de Cundinamarca.



La actualización del Mapa de procesos se realizó mediante la Resolución 125 del 30 de Marzo del 2016 la cual deroga la Resolución 262 de 2013, y se ha venido socializando en diferentes espacios la versión dos del mismo.

A mediados del mes de abril el ICONTEC informa sobre la programada de la visita de seguimiento para los días 04, 05 y 06 de mayo del 2016, el cual se socializa a los líderes de proceso y se capacitan en la norma y los requisitos mínimos a cumplir para la visita descrita.

Se realiza la auditoria de seguimiento por parte del Auditor Líder el Dr. Guarín quien ha sido conocedor del SGC ya que es quien ha venido realizado anualmente las mismas desde el año 2014 hasta la fecha. Producto de la Visita se realiza el cierre de las dos No conformidades menores que se tenían abiertas de la visita de seguimiento del año 2015 asociadas a los procesos de gestión de la Tecnología y bienes y suministros. Como conclusión en la reunión de cierre realizada por parte del Dr. Guarín se mantiene el certificado del SGC de los servicios certificados bajo la Norma ISO 9001:2008 y se identifican dos No Conformidades menores que son asociadas al proceso de Talento humano frente a registros de formación y al proceso de Gestión de la calidad frente al análisis causal.

SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

En Comité Directivo realizado el día 13 de septiembre de 2016, la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad expone a sus miembros la propuesta realizada a la Gerencia (días atrás) la cual consiste en integral las actividades que se realizan en torno a la Gestión Ambiental al Proceso de Gestión de la Calidad, lo anterior, teniendo en cuenta que la Gestión Ambiental en la Institución no ha estado definida ni como proceso ni dentro de uno de manera específica, esto porque una parte se gestiona desde el Proceso de Hotelería Hospitalaria y otra parte dentro del Proceso de Gestión de la Infraestructura. Siendo la Gestión Ambiental un proceso transversal, se considera que su objetivo es afín al objetivo de Gestión de la Calidad, además dentro de los planes institucionales se ha considerado de manera recurrente la certificación institucional bajo la NTC ISO 14001 ahora en la versión 2015.

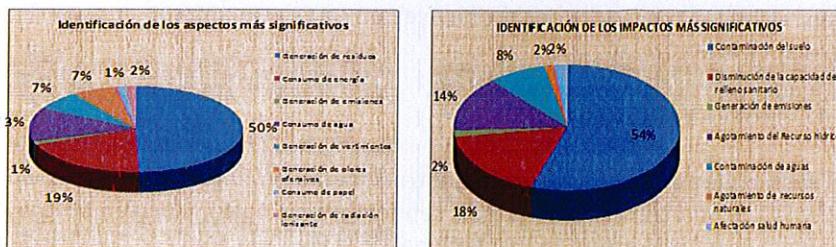
En aras de responder a las necesidades del desempeño ambiental de la institución y de acuerdo a la evaluación de riesgos de los impactos generados por la prestación de servicios de salud, se han venido desarrollando actividades que responden a la mitigación de los mismo y al control responsable de aquellos que continúan generando resultados que afectan los recursos naturales.

INDICADORES DE GESTIÓN DE RESIDUOS

	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016
ORDINARIOS / INERTES / RECICLABLE	257.363,00	239.616,00	242.643,00	231.120,00	220.067,00	224.537,00	234.750,00
Ordinarios	133.880,00	133.936,00	148.982,00	145.389,00	135.256,00	143.172,00	151.740,00
Inertes	8.394,00	5.672,00	5.798,00	5.303,00	4.777,00	4.905,00	5.103,00
BIODEGRADABLES	28.553,00	28.705,00	28.775,00	28.721,00	28.738,00	28.913,00	29.370,00
RECICLABLES	86.536,00	71.303,00	59.088,00	51.707,00	51.296,00	47.547,00	48.537,00
RIESGO BIOLOGICO	163.821,00	175.189,00	180.799,00	180.089,00	175.778,00	173.965,00	148.207,00
Anotomopatológicos	16.469,00	18.941,00	18.916,00	19.451,00	18.606,00	20.627,00	19.821,00
biosanitarios	144.858,00	154.474,00	160.267,00	158.982,00	155.559,00	151.439,00	126.372,00
cortopunzantes	2.494,00	1.774,00	1.616,00	1.656,00	1.613,00	1.899,00	2.014,00
QUÍMICOS	6.464,00	7.324,30	9.607,08	9.208,30	8.327,30	10.824,38	13.535,57
Farmacos	5.811,00	7.212,00	6.073,00	6.243,00	5.996,00	7.362,00	9.850,90
Reactivos	590,00	53,00	3.474,57	2.906,00	2.272,00	3.402,00	3.622,00
Contenedores Presurizados	63,00	59,30	59,51	59,30	59,30	60,38	62,67
TOTAL	427.648,00	422.129,30	433.049,08	420.417,30	404.172,30	409.326,38	396.492,57

De acuerdo al comportamiento de los últimos 7 años .vemos que para la vigencia 2016 ha disminuido la generación de residuos a nivel general a pesar que para algunos tipos estos hayan aumentado.

Identificación de Aspectos e Impactos Ambientales



De acuerdo a las gráficas anteriores, podemos determinar en la priorización de aspectos e impactos ambientales, los residuos sólidos que impactan negativamente al suelo son los más representativos en el desarrollo de las actividades prestadoras del servicio de salud, seguido por el consumo de energía y el consumo de agua.

CENTROS DE EXCELENCIA

Teniendo en cuenta los proyectos de mejoramiento que actualmente se están desarrollando en el HUS (Salas de Cirugía) OBP y las próximas a desarrollar Centro de Excelencia con Johnson & Johnson, desde la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad se realizó la gestión ante Icontec para recibir orientación necesaria para implementar la Norma Técnica Colombia - NTC 6087 de 2014 **Gestión en Salud: Requisitos para la Gestión de Seguridad en Servicios Quirúrgicos**, la cual establece los requisitos para la gestión de los recursos, los procesos y las actividades que pueden tener un impacto sobre la seguridad de los servicios quirúrgicos.

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – MECI

En cumplimiento al Rol y Responsabilidades definidas como Representante de la Alta Dirección para el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) según lo establecido en el Comité Coordinador de Control Interno realizado el 16 de diciembre de 2014 (Acta 004-2014), la Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad solicitó a los Miembros del Comité Coordinación de Control Interno someter a la aprobación del Plan de Acción para el fortalecimiento continuo del MECI, el cual se encontraba definido como compromiso para ser presentado en el anterior Comité realizado el día 10 de mayo de 2016.

- **Meta del Plan de Acción:** Avanzar en el cumplimiento del grado Satisfactorio en la implementación del Modelo Estándar de Control Interno de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana para la vigencia 2016
- **Indicador del Plan de Acción:** INDICADOR DE MADUREZ DEL MECI: Porcentaje de avance en el grado de implementación del MECI
RESULTADO FASE DE IMPLEMENTACIÓN: Satisfactorio
- Se definen las actividades por cada uno de los Factores:

ACTIVIDADES POR FACTOR	TOTAL ACTIVIDADES
Direccionamiento Estratégico	8
Administración del Riesgo	7
Información y Comunicación	7
Seguimiento	8
Entorno de Control	5

El seguimiento de la implementación de las actividades para el cumplimiento del Plan de Acción serán realizadas por la Jefe de Oficina Asesora de Control Interno en cumplimiento a su rol definido por el MECI.

PLAN ANTICORRUPCIÓN INSTITUCIONAL

Dentro del mismo Comité Coordinador de Control Interno en el cual se aprueba el Plan de Acción del MECI de la vigencia 2016 (14 de septiembre de 2016), también se presenta la modificación del Plan Anticorrupción Institucional de la vigencia 2016 como parte de una de las actividades del MECI, la cual es aprobada.

La modificación se da en relación a los Responsables del Plan Anticorrupción los cuales estaban definidos de manera inapropiada. Así mismo se realiza el cambio de los integrantes del Equipo MECI, teniendo en cuenta que a la fecha algunos integrantes ya no laboran en la Institución y con el objetivo de mejorar el cumplimiento de los Roles y Responsabilidades definidas de este Equipo. El Plan Anticorrupción de la vigencia 2016 modificado es publicado en la página web y en la intranet institucional.

SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN DE TRÁMITES – SUIT

De acuerdo a la Política Nacional Antitrámites y al cumplimiento del Estatuto Anticorrupción en su segundo componente Racionalización de Trámites, se llevó a cabo el proceso de inscripción en el 100% de los siguientes nueve (9) Trámites y una (1) OPA del Hospital Universitario de la Samaritana que incluye a la Unidad Funcional de Zipaquirá, Centro de Salud de Cogua y Puesto de Salud de San Cayetano.

Trámites y Otros Procesos Administrativos (OPA) HUS.

TRÁMITES	TIEMPOS	CANAL DE ATENCIÓN
Exámen de Laboratorio Clínico	8 Horas	Presencial.
Terapia	Inmediata	Presencial Telefónico
Radiología e Imágenes Diagnósticas	3 Días Hábiles	Correo electrónico Presencial
Certificado de Nacido Vivo	4 Horas	Presencial
Certificado de Defunción	6 Horas	Presencial
Atención Inicial de Urgencias	1 Hora	Presencial
Dispensación de Medicamentos y Dispositivos Médicos	2 Horas	Presencial
Asignación de Cita para la Prestación de Servicios en Salud.	Inmediata	Página Web link Teléfono Correo electrónico Presencial.
Historia Clínica	5 Días Hábiles	Correo electrónico Presencial Correo certificado
OPA	TIEMPOS	CANAL DE ATENCIÓN
Certificado de Paz y Salvo	4 Horas	Presencial

El ciudadano puede observar los trámites y OPA en las páginas <http://www.suit.gov.co/inicio> (dar búsqueda) y/o www.sivirtual.gov.co/portalsi (hazlo aquí mi salud) de tal forma que le permita conocer cómo se realizan los trámites y OPA en el Hospital de la Samaritana.

CÓDIGO DE ÉTICA

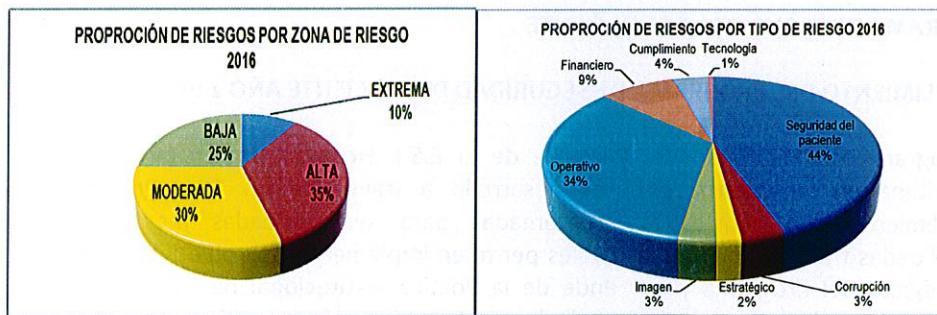
El Código de Ética está gestionando a través del Comité de Ética institucional. En los planes de acción del comité se encuentran definidas acciones relacionadas con la adherencia al Código de Ética, por lo anterior, y producto del cumplimiento de lo establecido por el MECI se realizó la medición para evaluar el porcentaje de conocimiento que los colaboradores del HUS Bogotá tienen del Código de Ética Institucional, con el fin de identificar oportunidades de mejora en este aspecto.

Para la aplicación se definieron grupos prioritarios de cara a la atención del paciente, se tomó la muestra de acuerdo a la metodología utilizada en la Dirección de atención al usuario, (STATS), determinando 178 encuesta de las cuales se logró aplicar 136 encuestas de acuerdo al número de colaboradores del HUS. El periodo de aplicación se llevó a cabo en Bogotá los meses de abril y mayo y en la unidad funcional de Zipaquirá la última semana de mayo, según cronogramas. El resultado obtenido para Bogotá dio un porcentaje promedio de conocimiento del 55,1% y para Zipaquirá del 78.94%, se obtuvo este dato de la calificación de cada una de las encuestas llevadas a una nota sobre 5 puntos y posteriormente a porcentaje.

PROGRAMA DE GESTIÓN DEL RIESGO

Para el 2016 se tuvo un cumplimiento del 91.8% del cronograma del programa de gestión del riesgo a 31 de diciembre de 2016, cumpliendo 56 actividades de 61 propuestas para la vigencia, teniendo pendiente el seguimiento de los planes de mejora que debe ser realizado por la oficina asesora de control interno.

Para el 2016 se identificaron 473 riesgos los cuales se dividen como se muestran a continuación por zona de riesgo y por tipo de riesgo.



De estos se priorizaron 66 riesgos los cuales se dividen como se muestran en la ilustración 3 por zona de riesgo y en la ilustración 4 por tipo de riesgo.



Se definieron 60 planes de mejora de los riesgos priorizados para el año, faltando 6 planes de mejora. En esta línea estratégica no se muestran resultados ya que no se ha realizado seguimiento a los planes de mejora de los riesgos priorizados. Adicionalmente se realizó la encuesta para medir la cultura de gestión del riesgo, la cual dio un resultado general de cultura del **29.74%**.

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2016

El Programa de Seguridad del Paciente de la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana en la Vigencia 2016 se desarrolló a través de un Cronograma de Cumplimiento con actividades programadas para ser realizadas mes a mes consolidadas trimestralmente, las cuales permiten implementar los objetivos y líneas estratégicas del Programa y por ende de la Política Institucional de Seguridad del Paciente. Al evaluar el grado de cumplimiento de la ejecución de actividades al cierre del IV Trimestre, se presenta una disminución de este cumplimiento por cuanto se logró desarrollar 155 actividades de las 172 programadas, lo que equivale al 90.1%, este resultado se relaciona directamente, con la no consecución del profesional que reemplazaría a la Enfermera de Seguridad del Paciente, quien se encontraba en licencia de maternidad de octubre a diciembre, así como también el cambio de Referente de Seguridad del Paciente, al renunciar quien estaba liderando el programa al inicio de este periodo y la realización de actividades eventuales que se dieron y no estaban programadas, tales como la elaboración del PUM resultado de la visita de Acreditación e inclusión en prueba piloto de la Supersalud, lo que requirió apropiar tiempo para su desarrollo. Pese a esto al comparar el resultado con el cumplimiento del 82% obtenido al finalizar el IV Trimestre del 2015 se evidencia el fortalecimiento y la continuidad en el desarrollo del programa de Seguridad del Paciente.

Cumplimiento Cronograma del Programa de Seguridad del Paciente IV Trimestre 2016

AÑO 2015		AÑO 2016	
Al IV Trimestre	Total en la Vigencia 2015	Al IV Trimestre	Total IV trimestre
82%	223 de 270: 83%	90.1%	155 de 172

Fuente: Cronograma de Seguridad del Paciente con cierre a Diciembre del 2015 y 2016

A continuación se describirán los principales desarrollos y actividades pendientes por cada una de las 6 líneas estratégicas del Programa de Seguridad del Paciente, lo que soporta el porcentaje de cumplimiento anteriormente mencionado:

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

La Institución cuenta actualmente con 64 Guías de Práctica Clínica – GPC adoptadas por acto administrativo Resolución 207 de 20 de mayo de 2016; se cuenta con procedimiento de Adopción de Guías de Práctica Clínica documentado pero no se implementa. La metodología de selección y adopción de las GPC ha sido realizada con el instrumento AGREE II sin embargo, no se cuenta con soportes que evidencien la adecuada adherencia al mismo. El instrumento actual para evaluar la adherencia de GPC cuenta con 5 criterios, su muestreo se realiza con un nivel de confianza del 90% y margen de error del 10%, la muestra para el año se divide en 12 meses; se retroalimenta los resultados mensuales. Lo anterior, significó una oportunidad de mejora importante dentro del proceso de Acreditación.

Dada la importancia, impacto y transversalidad que las Guías de Práctica Clínica – GPC tienen en la Seguridad del Paciente y por ende, en los Sistemas Únicos de Habilitación y Acreditación, la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad expone a la Gerencia la necesidad de definición del Plan de Acción para implementar de manera adecuada las GPC, esto implica la asignación (contratación) de un Referente específico para esta actividad.

APOYO AL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN

Con apoyo de la líder del programa de Humanización en la dirección de atención al usuario se convocó a reunión del equipo de la línea de privacidad y confidencialidad y en acta del 26 de julio se definieron las actividades a desarrollar para dar cumplimiento al cronograma planteado para este año 2016. Las actividades a desarrollar fueron:

DESPLIEGUE: Campaña de sensibilización que promueva la reflexión de los colaboradores hacia el respeto por la privacidad y confidencialidad que favorece a todos nuestros usuarios.

MEDICIÓN: Mediante rondas de privacidad y confidencialidad identificar oportunidades de mejora en los servicios de atención.

CAPACITACIÓN A JUNTA DIRECTIVA

Como parte de las actividades de la oficina Asesora de Planeación se encuentra gestionar Actividades de Capacitación para la Junta Directiva, por lo anterior, se realizó solicitud de Necesidades de Capacitación a los Miembros de la Junta Directiva el día 6 de septiembre de 2016 para lo cual se obtuvo respuesta y de ellas se realizó el Diagnóstico de Necesidades de Capacitación.

Producto del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación, se define Cronograma de Capacitación para la Junta Directiva en el cual se definen los siguientes temas:

- Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT
- Inducción y Reinducción (Funciones y Responsabilidades)
- Normas Internacionales de Información Financiera – NIIF
- Cambios que trae la NTC ISO 9001 versión 2015
- Cambios que trae la NTC ISO 14001 versión 2015
- Acreditación de Hospitales Universitarios. Estándares, estado actual del HUS
- Metodología aplicada para evaluación del Plan de Gestión de Gerentes

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO – SARLAFT

La Superintendencia Nacional de Salud emitió la Circular Externa 000009 de 21 de abril de 2016 por medio de la cual se imparten instrucciones relativas al Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT dirigida a los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud, en particular las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Instituciones Prestadoras de Salud públicas y privadas de los grupos C1, C2 y D1 según la Circular Externa 018 de 2015, Empresas de Medicina Prepagada y Servicios de Ambulancia Prepagada.

De lo anterior, producto de la reunión Extraordinaria de Junta Directiva realizada el día martes 09 de agosto de 2016 se designa a Aitza Vivian Castañeda Solano como Oficial de Cumplimiento de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana, decisión que fue notificada por la Gerencia mediante oficio 2016100007747-1 del 10 de agosto de 2016.

Según las normativas de la Circular Externa 09, en Junta directiva del 9 de diciembre de 2016, se realiza la aprobación del Manual de Procedimientos del SARLAFT que incluye las Políticas mediante Acuerdo 021 de 2016. Se reporta a la Supersalud, según los lineamientos respectivos.

11. ANALISIS DE CONTROL INTERNO

- CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO CON ORGANOS DE CONTROL

Hallazgos vigencia 2015		Hallazgos vigencia 2014		Hallazgos vigencia 2013		Hallazgos vigencia 2012	
Administrativos	27	Administrativos		Administrativos	10	administrativos	23
Disciplinarios	20	Disciplinarios	1	Disciplinarios	0	Disciplinarios	9
Fiscales	11	Fiscales	2	Fiscales	0	Fiscales	4
Penales	4	Penales		Penales	0	Penales	0
Sancionatorios	2	Sancionatorios		Sancionatorios	1	sancionatorios	0
Función de advertencia	NA	Función de advertencia		Función de advertencia	3	Función de advertencia	18
Traslado a otra entidad	1						
Total de hallazgos	25	Total de hallazgos	15	Total de hallazgos	14	Total de hallazgos	54
Calificación de:		Calificación de:		Calificación de:		Calificación de:	
Concepto sobre La gestión	Con salvedad	Concepto sobre La gestión		Concepto sobre La gestión	Con salvedad	Concepto sobre La gestión	Con salvedad
Opinión sobre los Estados contables	Negativo	Opinión sobre los Estados contables		Opinión sobre los Estados contables	salvedad	Opinión sobre los Estados contables	salvedad
Fenecimiento	No fenece	Fenecimiento		Fenecimiento	fenece	Fenecimiento	fenece
Porcentaje de cumplimiento primer trimestre		Porcentaje de cumplimiento primer trimestre	16,6%	Porcentaje de cumplimiento primer trimestre	26,38%	Porcentaje de cumplimiento final	90,03%
Segundo trimestre		Segundo trimestre	45,5%	Segundo trimestre	54,93%		
Tercer trimestre		Tercer trimestre	70.0%	Tercer trimestre	73,73%		
Cuarto trimestre		Cuarto trimestre		Cuarto trimestre	95.20%		
Porcentaje de cumplimiento final		Porcentaje de cumplimiento final		Porcentaje de cumplimiento final	95.20%		

- CUMPLIMIENTO DEL POA

2014	CUMPLIMIENTO	91,48%
2015	CUMPLIMIENTO	89,3%
2016	CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE	56%

El cumplimiento del plan indicativo para el cuatrienio es del 90,7% 2012-2015.

Se suscribió el PLAN DE ACCION EN SALUD, en agosto 8 de 2015 mediante el acuerdo 17 de la junta directiva.

12. FORTALEZAS DEL ANÁLISIS SITUACIONAL INTERNO

- Personal altamente calificado, actualizado y con experiencia
- Contar con personal especializado en todos los servicios para el manejo del paciente
- Posicionamiento como una institución que presta servicios de baja, mediana y alta complejidad dando integralidad en la atención.
- Portafolio de Servicios actualizado que incluye nuevas tecnologías como: resonancia magnética, cirugía cardiovascular, ureterolitotomías láser, para tener capacidad de resolución para pacientes complejos
- Implementación de Sistemas de Gestión de la Calidad lo que permite un enfoque de mejoramiento continuo.
- Certificación de Habilidades bajo la Resolución 2003 de 2014
- Contar con certificado del INVIMA de BPM para Gases Medicinales y Banco de Sangre
- Contar con certificación de calidad bajo la norma ISO 9001:2008
- Implementación y Fortalecimiento del Programa de Seguridad del Paciente
- Hospital de referencia más importante en la Red Pública Departamental en proceso de Acreditación.
- Operación de unidades funcionales, lo que permite ventaja competitiva por la amplia oferta de servicios
- Ser un Hospital Universitario lo que permite recibir recursos de la Estampilla Pro-Hospitales Universitarios.
- Educación continuada en formación universitaria a nivel profesional y especializado.
- Convenios con Instituciones de Educación Superior Acreditadas que son aliadas estratégicas para el fortalecimiento como Hospital Universitario
- Contar con grupos de investigación reconocidos por COLCIENCIAS
- Tradición académica
- Experiencia y conocimiento en la gestión de proyectos
- Software de información robusto e integrable y escalable a cambios por actualización
- Adecuada Red de datos
- Buen nombre institucional
- Buenas relaciones interinstitucionales
- Reconocimiento de Entes Gubernamentales
- Ejecución del proyecto de reforzamiento estructural
- Poco endeudamiento con proveedores y obligaciones laborales

DEBILIDADES DEL ANÁLISIS SITUACIONAL INTERNO

- Debilidad en los procesos de selección, evaluación y retiro de funcionarios
- Alta rotación de funcionarios
- Baja cultura organizacional, identidad, compromiso institucional
- Poco impacto en programas de capacitación y bienestar
- No se ha implementado adecuadamente la Política de Seguridad de la Información
- Falta alineación de la gestión por procesos con el organigrama y centro de costos
- Ausencia de supervisión docente en durante las noches y/o fines de semana
- Ausencia de tiempos protegidos para el desarrollo de investigación y elaboración de guías de práctica clínica
- Debilidad en medios de información que permitan la difusión del conocimiento generado por los grupos de investigación
- Debilidad en el manejo de la gestión del conocimiento del Hospital
- No se cuenta con certificación de Buenas Prácticas de Clínicas
- Fallas en el proceso de atención de pacientes hospitalizados y en urgencias, falta de integralidad, continuidad, seguimiento y comunicación que impactan directamente en la oportunidad del egreso de los pacientes y su seguridad
- Pocas alianzas con las IPS de la Red pública y Red privada
- Debilidad en el enfoque de riesgo basado en la seguridad del paciente en los procesos
- Debilidad en el manejo y control de indicadores que permita la toma de decisiones
- Baja cultura de los líderes de proceso en la medición y gestión de la unidad funcional
- Poca medición de adherencia de Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia y Protocolos
- Baja cultura de servicio al cliente y humanización en la prestación de servicios
- Baja disponibilidad de camas debido a la demanda actual.
- Falta de estandarización de la estructura de costos
- Por ser un Hospital Universitario y debido a la alta rotación del personal asistencial, no hay adherencia a la cultura de servicio al cliente.
- El proceso de referencia y contrareferencia entre las mismas unidades funcionales es débil.
- Debilidades en el sistema de información por falta de alertas y no permitiendo el diligenciamiento obligatorio y completo de los espacios establecidos

13. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

SLOGAN:

“Humanización con sensibilidad social”

MISIÓN

En la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana, somos líderes en la prestación de servicios integrales de salud con calidad, profesionalismo y humanización, prestados por un equipo despueto a la excelencia y con la tecnología adecuada, contribuyendo al desarrollo de la comunidad y liderando con ética la formación académica e investigativa.

VISIÓN

En el 2021 como Hospital Universitario cabeza de la red de Servicios de Salud de Cundinamarca, seremos reconocidos por nuestro Modelo de gestión humanizado y sustentable, con un Modelo de Educación e Investigación propio, basándonos en el desarrollo de Centros de Excelencia, que mediante el uso eficiente de los recursos y la tecnología, contribuya al mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

PRINCIPIOS

Vocación de servicio:

Actitud de vida de colaboración hacia los demás, en todo momento y en todas partes, que lleva a acciones desinteresadas que contribuyen a hacer más ligera y placentera la vida de los otros sin buscar recompensa, agradecimiento y/o admiración.

Ética:

Coherencia entre el pensar, el decir y el actuar, para promover los comportamientos deseables conforme a la Ley moral natural y las normas legales de la Sociedad.

Solidaridad

Capacidad de Comprender el dolor, la pena y la desventura de los demás, que nos permita asumir, como propias, las justas y razonables demandas de los otros. El solidario se interesa por los demás, pero no se queda en las buenas intenciones sino que se esmera por ayudarlos de manera efectiva.

Trabajo en equipo:

Unir el esfuerzo con quienes participan en los procesos y actividades sin excepción, con armonía, cooperación, compromiso y responsabilidad compartida, para multiplicar el logro de resultados en la búsqueda de los objetivos y metas comunes.

Respeto:

Capacidad de Conocer el valor propio y honrar el valor de los demás, Reconocer que el otro es tan real y semejante a nosotros, y a la vez, un individuo diferente. Es ponerse en el lugar del otro para comprenderlo desde adentro y adoptar esa otra perspectiva. Significa valorar a los otros como sujetos dignos que merecen nuestro reconocimiento y protección.

VALORES

Humanización del servicio:

Reconocer en cada usuario su dignidad humana, su valor intrínseco como persona y, en consecuencia, contribuir a la realización de sus proyectos de vida, a la satisfacción de sus necesidades, respetándolo como persona y con derechos y deberes como paciente.

Excelencia:

Es un estilo de vida, en la que buscamos con nuestras actividades diarias alcanzar el nivel máximo de Calidad, Eficiencia y Efectividad en nuestros compromisos.

Lealtad:

Obligación de fidelidad que un sujeto le debe a su institución o comunidad, siempre estar presente, cumplir siempre. Es el sentimiento que nos guía en presencia de una obligación no definida con la primacía de los intereses colectivos de la Institución sobre los particulares o ajenos a nuestra Entidad.

Participación:

Acceder voluntaria y concientemente a la toma de decisiones en las cuales está involucrada la persona, con miras al Bien Común. Presencia activa de cada uno en la toma de decisiones para la construcción y desarrollo de la Entidad.

Responsabilidad Social:

Responsabilidad es hacernos cargo de las consecuencias de nuestras palabras, decisiones y todos nuestros actos. Responsabilidad Social es hacer de la mejor manera lo que nos corresponde, con efectividad, calidad, compromiso, sin perder de vista el beneficio colectivo de la comunidad a la que servimos y la comunidad en la cual estamos. Por esto, implica asumir las consecuencias sociales de nuestros actos y responder por las decisiones que se toman en los grupos de los que formamos parte.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.
2. Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.
3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.
4. Implementar un Modelo de Docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus procesos de enseñanza aprendizaje en la Institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.
5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.
6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.

DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.

Meta de Resultado
Fortalecer los procesos que garanticen la atención segura
Mejorar el Desempeño en el Desarrollo e Implementación de Proyectos para la modernización de la infraestructura y dotación
Gestionar el mejoramiento permanente en la experiencia de atención y servicio que promueva una relación de dignidad y respeto en la institución
Optimizar la eficiencia de la capacidad instalada de los diferentes servicios ofertados
Implementar y garantizar convenio para la ruta de atención materna, aportando en la reducción de la razón de mortalidad materna en Cundinamarca
Implementar estrategias o prácticas administrativas o asistenciales que velen por el cumplimiento efectivo de la Política Institucional de Humanización
Implementar estrategias o prácticas administrativas o asistenciales que velen por el cumplimiento efectivo de la Política Institucional de Humanización
Gestionar el mejoramiento permanente en la experiencia de atención y servicio que promueva una relación de dignidad y respeto en la institución
Gestionar el mejoramiento permanente en la experiencia de atención y servicio que promueva una relación de dignidad y respeto en la institución
Fortalecer el reporte oportuno de los eventos de interés en Salud Pública
A 2021, incrementar en el 10% la población del departamento sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez
Aumentar la cobertura de la identificación temprana y canalización efectiva del 100% de la población con HTA y diabetes, en la UFZ
Implementar los Modelos de Prevención y Detección Temprana para identificar los cánceres (de Mama, Próstata, Colon, Gástrico o Cuello Uterino) en la UFZ.
Contribuir a la implementación de la Política de Salud Mental del Departamento desde la UFZ
Contribuir a la disminución de la proporción de adolescentes (entre los 10 y 19 años) actualmente embarazadas alguna vez madres de Departamento desde la UFZ
Disminuir mortalidad por mycobacterias a 1,66 x 100,000 habitantes
Contribuir al Objetivo Departamental en la reducción de 2 por 100.000 NV la mortalidad evitable por y asociada a desnutrición en menores de 5 años desde la UFZ
Contribuir al Objetivo Departamental en la disminución de 9/1000 nacidos vivos la tasa de mortalidad Departamental en menores de 5 años desde la UFZ
Ser un hospital cuyos servicios permanezcan accesibles y funcionando a su máxima capacidad inmediatamente después de que ocurra una emergencia y/o desastre (Hospital Seguro)
Implementar en el HUS el Centro de referencia telemedicina para los Hospitales de Cundinamarca
Implementar Aplicativo para el control de las remisiones y contraremisiones del HUS

2. Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.

Meta de Resultado
Implementación del Modelo de Gestión del Talento Humano enmarcado en los estandares de acreditación y sus ejes evaluativos

3. Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.

Meta de Resultado
Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad Voluntario de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana (Bogotá)
Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana (UFZ)
Centro de Excelencia Implementado
Implementar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) para los trabajadores de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana, de acuerdo a la normatividad vigente aplicable y a lista de chequeo de lo requerido.
Alcanzar un nivel de madurez Satisfactorio en la implementación del MECI según la calificación emitida por el DAFF

4. Implementar un Modelo de Docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus procesos de enseñanza aprendizaje en la Institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.

Meta de Resultado
Obtener la Acreditación como Hospital Universitario ante la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. (Ministerio de Educación y Ministerio de Salud y Protección Social), una vez se obtenga la acreditación institucional

5. Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.

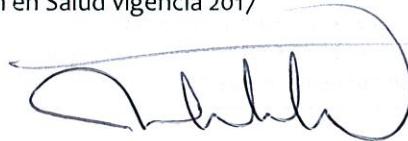
Meta de Resultado
Ampliación y mejoramiento de la cobertura Wifi Pública y privada en el Hus (Campus WiFi)
Mantener el cumplimiento de las políticas de seguridad informática.
Continuar con el Cumplimiento de la Política de Gobierno en Línea
Implementar estrategias de alta disponibilidad para sistemas críticos del HUS
Fortalecer mediante programas informáticos los procesos de atención en salud del HUS
Implementar App (mHealth) para dispositivos móviles para la mejorar la oportunidad en el acceso a la información

6. Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.

Meta de Resultado
Fortalecer los procesos administrativos que promuevan la estabilidad económica y financiera de la institución
Fortalecer el Proceso de Gestión Jurídica Institucional

ANEXOS:

1. Plan Indicativo vigencia 2017-2020
2. Plan de Acción en Salud vigencia 2017



JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA
Gerente

		GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA SECRETARÍA DE SALUD PLANES ESTRÁTICOS HOSPITALARIOS PLAN INDICATIVO 2017-2020																			
		ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO de la samaritana																			
		1100109224 Martes 14 de Febrero de 2017 JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA																			
Nº del Plan	Objetivo	Indicador de Resultado	Método de Resultado	Indicador de Resultado	Método del Indicador	Descripción del Indicador	Unidad de medida	Valor esperado en el resultado	Unidad de medida	Indicador de resultado	Método del Indicador	Descripción del Indicador	Unidad de medida	Valor esperado en el resultado	Alto 1	Alto 2	Alto 3	Alto 4	Resumen	Proporcionado Implementación	E-mail Responsable
INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad Voluntario de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana (Bogotá)	Porcentaje de cumplimiento de los componentes del SOGC y Voluntario (Bogotá)	# de componentes que cumplen / Total de Componentes del SOGC y Voluntario	Porcentaje	97,8	2016	98	Mantener las condiciones de Habilitación de HUS Bogotá	Porcentaje de Mantenimiento de las condiciones de habilitación	Número de actividades de mantenimiento de condiciones de habilitación realizadas / Total de actividades de mantenimiento de condiciones de habilitación programadas	porcentaje	82%	2016	100%	100%	100%	100%	Director Científico Director Administrativo	
										Obtener la certificación de Acreditación para HUS Bogotá	Certificado de Hospital Acreditado	NA	Unidad	0,0	2016	1,0	1,0			Director Científico Director de Atención al Usuario Director Administrativa Director Financiera Jefes de Oficina Asesora	
										Mantener el certificado de Acreditación para el HUS Bogotá	Promedio de autoevaluación de los Estándares de Acreditación	Sumatoria de autoevaluación cuantitativa de los estándares de Acreditación / Total de estándares autoevaluados	Promedio	2,7	2016	3,0	2,90	2,95	3,00	Director Científico Director de Atención al Usuario Director Administrativa Director Financiera Jefes de Oficina Asesora	
										Cumplimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) Bogotá	% de Cumplimiento del PAMEC	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	porcentaje	98%	2015	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	Director Científico Director de Atención al Usuario Director Administrativa Director Financiera Jefes de Oficina Asesora	
										Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC) Bogotá	Porcentaje de cumplimiento del reporte oportuno del Sistema de información para la Calidad	Número de reportes del SIC enviados de manera oportuna / Total de reportes del SIC	porcentaje	100%	2016	100%	100%	100%	100%	Director Científico Director de Atención al Usuario Director Administrativa Director Financiera Jefes de Oficina Asesora	
										Mantener los servicios Certificados en Gestión de la Calidad bajo la NTC ISO 9001 Bogotá	Certificado de Calidad bajo la NTC ISO 9001	NA	Unidad	6	2016	6	6	6	6	Jefe Oficina Asesora de Planeación planeacion.lider@hus.org.co	
INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana (UFZ)	Porcentaje de cumplimiento de los componentes UFZ	# de componentes que cumplen / Total de Componentes del SOGC	Porcentaje	62,5	2016	98	Dar cumplimiento al Plan de Mejora producto de la Autoevaluación de Habilitación para la Unidad funcional de Zipaquirá (excepto Infraestructura - Equipos Biomédico)	% de avance de implementación de Habilitación en la UFZ	Número de actividades realizadas del Plan de Mejora para Habilitación / Total de actividades programadas del Plan de Mejora para Habilitación	porcentaje	50%	2016	100%	100%	100%	100%	Coordinador General de la UFZ zpgeneral@hus.org.co	
										Lograr la certificación de Habilitación del Centro de Salud de Cúcuta y Puesto de Salud de San Cayetano	% de avance de implementación de Habilitación del Centro de Salud de Cúcuta y Puesto de Salud de San Cayetano	Número de actividades realizadas del Plan de Mejora para Habilitación / Total de actividades programadas del Plan de Mejora para Habilitación	porcentaje	50%	2016	100%	100%	100%	100%	Coordinador General de la UFZ zpgeneral@hus.org.co	
										Autoevaluación de estándares de Acreditación para la UFZ	Promedio de autoevaluación de los Estándares de Acreditación	Sumatoria de autoevaluación cuantitativa de los estándares de Acreditación / Total de estándares autoevaluados	Promedio	1,7	2016	2,0	1,80	1,85	1,90	2,00	Coordinador General de la UFZ zpgeneral@hus.org.co
										Ejecutar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) UFZ	% de Cumplimiento del PAMEC	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	porcentaje	0%	2016	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	Coordinador General de la UFZ zpgeneral@hus.org.co	

60

Área del Plan de Desarrollo y Gestión Institucional	Objetivo Institucional	Indicador con el Peso Decisión de la Instancia Pública	Métro de Monitoreo	Indicador de monitoreo						Valor establecido en el contrato	Fase de producción actual	Indicador de producción						Unidad de medida	Única base	Valor establecido en el contrato	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Avance	Resumen	Comentarios	Email Responsable
				Número del indicador	Descripción de la Norma	Indicador de monitoreo	Única base	Valor establecido en el contrato	Indicador de monitoreo		Descripción de la Norma	Única base	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4												
											Aumentar y mantener el numero de grupos de investigación avalados por el HUS, ante Colciencias	Recomendamiento de nuevos grupos de investigación avalados por el HUS, ante Colciencias	Número de nuevos grupos de investigación avalados por Colciencias/ Total de grupos proyectados*100	Número	8	2016	12	10	11	12	12				Director científico / Subdirector de Educación e Investigación Médica	direccion_cientifica@hus.org.co / amedicalider@hus.org.co		
INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Centro de Excelencia Implementado	Implementación de Centro de Excelencia	Centro de Excelencia Implementado	Unidad	NA	2016	100%	Elaborar e implementar proyecto para la implementación del Centro de Excelencia en el servicio de Neurocirugía con enfoque en Trauma Raquíomedular u otras condiciones o patologías	Elaboración y ejecución de proyecto para la implementación de centro de excelencia	Proyecto Elaborado y ejecutado para la implementación de centro de excelencia	Número	NA	2016	1	0,25	0,25	0,25	0,25				Director científico	direccion_cientifica@hus.org.co			
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Gestionar el mejoramiento permanente en la experiencia de atención y servicio que promueva una relación de dignidad y respeto en la institución	Funcionamiento de la Clínica del dolor	NA	Unidad	0	2016	1	Implementar la Clínica del Dolor en el HUS	Clínica del dolor en funcionamiento	NA	NA	N/A	2016	1	50%	100%	*				Director científico	direccion_cientifica@hus.org.co				
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Optimizar la eficiencia de la capacidad instalada de los diferentes servicios ofrecidos	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	oportunidad de atención en gineco-obstetricia / Total de pacientes atendidos en gineco-obstetricia	Sumatoria de días de espera para atención en gineco-obstetricia / Total de pacientes atendidos en gineco-obstetricia	Días	1,3	2016	≤ 5 días	Mantener por debajo del máximo aceptable en oportunidad de citas establecido por las diferentes normas. Para sede Bogotá < a 13 días	Oportunidad en asignación de citas en ginecoobstetricia	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha que el usuario quiere le sea asignada la cita para ser atendido en la consulta médica especializada ginecoobstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas especializadas ginecoobstetricia asignadas en la entidad	días	1,30	2016	≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días				Director Científico Subdirector Consulta Externa	direccion_cientifica@hus.org.co			
							1,4	2016	≤ 5 días	Mejorar la oportunidad de citas en obstetricia sede Bogotá	Oportunidad en asignación de citas en Obstetricia	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha que el usuario quiere le sea asignada la cita para ser atendido en la consulta médica especializada en la sede Bogotá y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas especializadas Obstetricia asignadas en la entidad	días	1,4	2016	≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días				Director Científico Subdirector Consulta Externa	direccion_cientifica@hus.org.co			
							31	2016	≤ 5 días	Mejorar significativamente la atención en ginecología (reducción de número de días) en UFZ	Oportunidad de atención en ginecología	sumatoria de días de espera para atención en ginecología / total de pacientes atendidos en ginecología	Días	31	2016	< 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días				Director Científico Subdirector Consulta Externa	direccion_cientifica@hus.org.co			
							23	2016	≤ 5 días	Mejorar significativamente la atención en obstetricia (reducción de número de días) en UFZ	Oportunidad de atención en obstetricia	sumatoria de días de espera para atención en obstetricia / total de pacientes atendidos en obstetricia	Días	23	2016	< 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días	≤ 5 días				Director Científico Subdirector Consulta Externa	direccion_cientifica@hus.org.co			
							% Uso de capacidad ofrecida	No. de consultas realizadas / No. de consulta ofertadas o disponibles	porcentaje	92%	2016	> 6 = 90%	Mantener la Capacidad Oferta en Consulta Externa > ó = 90% en Bogotá	% Uso de capacidad ofrecida	No. de consultas realizadas / No. de consulta ofertadas o disponibles	porcentaje	92	2016	> 6 = 90%	> 6 = 90%	> 6 = 90%	> 6 = 90%	> 6 = 90%				Director Científico Subdirector Consulta Externa	direccion_cientifica@hus.org.co
							Giro Cama	Número de egresos en el periodo / Total de Camas disponibles en el periodo	Razon	4,2	2016	4,4	Implementación de la auditoria concurrente como instrumento de fortalecimiento a la gestión clínica.	Giro cama	Número de egresos en el periodo / Total de Camas disponibles en el periodo	Razon	4,2	2016	4,4	4,2	4,3	4,4	4,4				Director Científico Subdirector Consulta Externa	direccion_cientifica@hus.org.co
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	Implementar y garantizar convenio para la ruta de atención materna, aportando en la reducción de la razón de mortalidad materna en Cundinamarca	Razón de mortalidad materna	Número de muertes maternas * 100.000 / Número de nacidos vivos	Razón	0%	2016	razón de mortalidad materna inferior a	Dar cumplimiento a la ejecución de convenio de ruta de atención materna	Desarrollo de la ruta de atención materna	(# actividades ejecutadas / Total de actividades propuestas) x 100	Porcentaje	N/A	2016	90%	20	40	60	90				Director Científico Subdirector Ginecología	direccion_cientifica@hus.org.co			
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Implementar estrategias o prácticas administrativas o asistenciales que velen por el cumplimiento efectivo de la Política Institucional de Humanización	Programa de Humanización Implementado (Bogotá)	(Número de actividades del programa ejecutadas / Número total de actividades programadas) * 100	Porcentaje	70%	2016	90	Mantener en Bogotá las 4 Líneas Estratégicas implementadas del Programa de Humanización (Comunicación Abierta y prudente, Respeto por la Privacidad y Confidencialidad/ Manejo del Dolor y la Muerte/ Apoyando al Cuidador)	Fortalecer la estrategia Institucional SAMIS	Porcentaje de cumplimiento de la estrategia Institucional SAMIS	Número de indicadores de la estrategia Institucional SAMIS en cumplimiento * 100 / Total de los indicadores de la estrategia Institucional SAMIS	Porcentaje	55%	2016	90%	60%	65%	70%	80%				Coordinador General de la UFZ	sppublica.lider@hus.org.co		
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Implementar estrategias o prácticas administrativas o asistenciales que velen por el cumplimiento efectivo de la Política Institucional de Humanización	Programa de Humanización Implementado (Bogotá)	(Número de actividades del programa ejecutadas / Número total de actividades programadas) * 100	Porcentaje	70%	2016	90	Continuar Implementando las otras 3 Líneas Estratégicas del Programa de Humanización (Manejo del Dolor Físico/Manejo del Paciente Crónico/ Ambiente y Tecnología amigable)	% de Implementación de estas Líneas Estratégicas del Programa	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	20	2016	95	90	95	95				Director de Atención al Usuario	atencionu.direccion@hus.org.co				

20

10

Objetivo del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo Subdepartamental	Indicador de Resultado Priorizado	Metas de Resultados	Indicador de resultado						Indicador de Progreso	Unidad de medida	Valor esperado anual	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Avance	Coordinador de Resultado	E-mail Referencia			
				Nombre del Indicador	Descripción de la Metida	Unidad de medida	Efecto deseado	Valor esperado en el año	Método de medición													
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Implementar estrategias o políticas administrativas o asistenciales que velen por el cumplimiento efectivo de la Política Institucional de Humanización	Programa de Humanización Implementado (UFZ)	(Número de actividades del programa ejecutadas / Número total de actividades programadas) * 100	Porcentaje	30%	2016	80	Continuar la Implementación de las 3 Líneas Estratégicas priorizadas para el 2017 del Programa de Humanización (Comunicación Asertiva/ Manejo de Privacidad y Confidencialidad/ Manejo del Duelo y la Muerte) en la UFZ	% de Implementación de las 3 Líneas Estratégicas priorizadas del Programa	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas *100	Porcentaje	25%	2016	80%	15%	15%	10%	Coordinador General de la UFZ	zpgeneral@hus.org.co	
					Iniciar implementación de las otras 4 Líneas Estratégicas del Programa de Humanización (Manejo del Dolor Físico/ Manejo de Paciente Crónico/ Apoyando al Cuidador/ Ambiente y Tecnologías Amigables) en la UFZ	% de Implementación de las Líneas Estratégicas del Programa	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas *100	Porcentaje	5%	2016	70%	10%	20%	20%					Coordinador General de la UFZ	zpgeneral@hus.org.co		
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Gestionar el mejoramiento permanente en la experiencia de atención y servicio que promueva una relación de dignidad y respeto en la institución	Quejas y Reclamos por fallo en calides y trato digno (Bogotá)	# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidad y trato amable / # Total de QR recepcionadas *100	Porcentaje	25%	2016	20%	Disminución progresiva de PQRS por fallo en calides y trato digno (Bogotá)	Quejas y Reclamos por fallo en calides y trato digno	# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidad y trato amable / # Total de QR recepcionadas *100	Porcentaje	25%	2016	Disminuir en un 5% las Quejas y Reclamos (QR) por fallo en calides y Trato amable	24%	23%	20%	Director de Atención al Usuario Subdirector de Defensoría del Usuario	atencionusu@hus.org.co	
					Colaboradores con desarrollo de competencias hacia la humanización del servicio, Independiente del tipo de contratación (Bogotá)	Colaboradores con competencias hacia la humanización del servicio	Número de Colaboradores con competencias desarrolladas hacia la humanización del servicio / Total de Colaboradores de la Institución	Porcentaje	0%	2016	70%	20%	40%	60%	70%					Director Administrativo Subdirector de Desarrollo Humano	humano.subdirector@hus.org.co	
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Gestionar el mejoramiento permanente en la experiencia de atención y servicio que promueva una relación de dignidad y respeto en la institución	Quejas y Reclamos por fallo en la calidad y trato digno (UFZ)	# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidad y trato amable / # Total de QR recepcionadas *100	Porcentaje	38%	2016	28%	Disminución progresiva de PQRS por fallo en calides y trato digno (ZPAULURA)	Quejas y Reclamos por fallo en calides y trato digno	# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidad y trato amable / # Total de QR recepcionadas *100	Porcentaje	38%	2016	Disminuir en un 10% las Quejas y Reclamos (QR) por fallo en calides y Trato amable	3%	3%	2%	2%	Coordinador General de la UFZ	zpgeneral@hus.org.co
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Fortalecer el reporte oportuno de los eventos de interés en Salud Pública	Oportunidad en el reporte de eventos en salud pública	Número de casos reportados oportunamente * 100 / Total de casos presentados	Porcentaje	87%	2016	98%	Fortalecer el reporte oportuno de los eventos de interés en Salud Pública en la UFZ	Oportunidad en el reporte de eventos en salud pública	Número de casos reportados oportunamente * 100 / Total de casos presentados	Porcentaje	87%	2016	98%	92%	97%	98%	Coordinador General de la UFZ Coordinador Científico UFZ	zpgeneral@hus.org.co	
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Vida saludable y Condiciones no Transmisibles	A 2025, Incrementar en el 10% la población del departamento sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez	Índice COP	Número de niños atendidos en odontología con caries * 100/Número total niños atendidos en odontología	Porcentaje	5%	2016	45%	Disminuir en el 10% el ÍNDICE COP en la población infantil cuya IPS primaria de atención es la UFZ * 100 / total de población infantil atendidos en odontología cuya IPS primaria de atención es la UFZ	Índice COP	Sumatoria de cariados, obturados, perdidos en la población infantil cuya IPS primaria de atención es la UFZ * 100 / total de población infantil atendidos en odontología cuya IPS primaria de atención es la UFZ	Porcentaje	5%	2016	4,5%	4,5%	4,8%	4,7%	Coordinador General de la UFZ Coordinador Científico UFZ	zpodontologia.lider@hus.org.co	
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Vida saludable y Condiciones no Transmisibles	Aumentar la cobertura de la identificación temprana y canalización efectiva del 100% de la población con HTA y diabetes, en la UFZ	Porcentaje de pacientes controlados con HTA y DM (nuevos y antiguos)	Número de pacientes controlados seis meses después de su ingreso al programa * 100 / Número total de pacientes nuevos (ingresados seis meses antes)	Porcentaje	67%	2016	80%	Incrementar el número de pacientes nuevos inscritos en el programa de HTA y DM en la UFZ	Número de pacientes nuevos inscritos en el programa de HTA y DM	Número de pacientes nuevos inscritos en el programa de HTA y DM / Total de pacientes	Número	132	2016	Incremento del 60% sobre la línea de base de los pacientes identificados	25%	40%	50%	60%	Coordinador General de la UFZ Coordinador Científico UFZ	zpspublica.lider@hus.org.co
					Mantener controlados el 80 % de los pacientes crónicos ingresados al programa de la UFZ	Porcentaje de pacientes controlados con HTA y DM	Número de pacientes controlados seis meses después de su ingreso al programa * 100 / Número total de pacientes nuevos (ingresados seis meses antes)	Porcentaje	67%	2016	80%	70%	74%	78%	80%					Coordinador General de la UFZ Coordinador Científico UFZ	zpspublica.lider@hus.org.co	
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Vida saludable y Condiciones no Transmisibles	Implementar los Modelos de Prevención y Detección Temprana para identificar los cánceres (de Mama, Próstata, Colon, Gástrico o Cuello Uterino) en la UFZ.	Modelos Implementados	Número de modelos implementados / Total de Modelos a implementar	Número	2	2016	5	Implementar los Modelos de Prevención y Detección Temprana para identificar los cánceres (de Mama, Próstata, Colon, Gástrico o Cuello Uterino) en la UFZ.	Modelos de Prevención y Detección Temprana para identificar los cánceres (de Mama, Próstata, Colon, Gástrico o Cuello Uterino) implementados	Número de modelos implementados / Total de Modelos a implementar	Número	2	2016	5	3	4	5	5	Coordinador General de la UFZ Coordinador Científico UFZ	zpspublica.lider@hus.org.co
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Convivencia Social y Salud Mental	Contribuir a la implementación de la Política de Salud Mental del Departamento desde la UFZ	Programa de Salud Mental Implementado	NA	NA	NA	2016	1	Implementar el Programa de Salud Mental en la UFZ	Actividades en salud mental	Nº de actividades de salud mental desarrolladas / Total actividades programadas	Número	638	2016	3100	700	750	800	850	Coordinador General de la UFZ Coordinador Científico UFZ	zpscientifica@hus.org.co

20

(10)

Área del Plan Departamental de Desarrollo	Objetivo del Departamental	Indicador que miden el avance	Área de Desarrollo	Nombre del Indicador	Indicador de resultado					Nombre del Indicador	Indicador de producto					Unidad de medida	Última base de datos Valor Actual	Valor anterior Número Mínimo	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Resumen	Departamento encargado	E-mail responsable
					Descripción de la Norma	Indicador de cumplimiento	Unidad de medida	Última base de datos Valor Actual	Última base de datos Valor Anterior		Descripción de la Norma	Indicador de cumplimiento	Unidad de medida	Última base de datos Valor Actual	Última base de datos Valor Anterior										
CUNDINAMARCA 2036	Garantizar el Talento Humano más competente con compromiso con una cultura del servicio y del mejoramiento.	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Implementación del Modelo de Gestión del Talento Humano enmarcado en los estándares de acreditación y sus ejes evaluativos	Porcentaje de cumplimiento del Modelo de Gestión del Talento Humano	sumatoria de actividades realizadas en los diferentes programas / total de actividades de los programas	Porcentaje	79%	2016	100%	Implementar el Modelo de Gestión del Talento Humano enmarcado en estándares de acreditación y sus ejes evaluativos	Porcentaje de cumplimiento del Modelo de Gestión del Talento Humano	sumatoria de actividades realizadas en los diferentes programas / total de actividades de los programas	Porcentaje	79%	2016	80%	79%	80%	80%	85%		Director Administrativo Subdirector Desarrollo Humano	thumano.subdirector@hus.org.co		
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la prestación de los Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Implementar en el HUS el Centro de referencia telemédica para los Hospitales de Cundinamarca	% implementación del centro de referencia de telemédica en el HUS	Número de actividades realizadas / número de actividades programadas para la vigencia * 100	Porcentaje	0	0	100%	Formulación e Implementación en el HUS como Centro de Referencia en Telemédica en las modalidades de Teleconsultas, Tele radiología y tele cardiología para los Hospitales de Cundinamarca	% de Avance en la formulación e implementación de centro de referencia en el HUS	Número de Actividades Realizadas / No de actividades programadas para la vigencia *100	Porcentaje	0%		100%	60%	30%	10%	0%		Director de Atención al Usuario Subdirección de Urgencias	urgencias.subdirec@hus.org.co		
COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE	Garantizar un Sistema de Información Integral, eficiente y eficaz	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Ampliación y mejoramiento de la cobertura WiFi Pública y privada en el Hus (Campus WiFi)	Conectividad Campus WiFi	NA	NA	0	0	100%	Implementación del Proyecto de Ampliación y mejoramiento de la cobertura WiFi Pública y Privada en el HUS	% de Avance en la ejecución del proyecto Conectividad Campus WiFi	Número de Actividades Realizadas / No de actividades programadas para la vigencia *100	Porcentaje	0%		100%	50%	50%	0%	0%		Director Administrativo Subdirector de Sistemas	subdirector.sistemas@hus.org.co		
COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE	Garantizar un Sistema de Información Integral, eficiente y eficaz	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Mantener el cumplimiento de las políticas de seguridad informática.	% de avance en las acciones realizadas para Fortalecer el cumplimiento de las políticas de seguridad informática.	Número de actividades realizadas / numero de actividades programadas para la vigencia * 100	Porcentaje	80%	2016	100%	Fortalecimiento del cumplimiento de las Políticas de Seguridad Informática en el HUS	% de Avance en el Fortalecimiento para cumplimiento de las políticas de seguridad informática.	Número de actividades realizadas / numero de actividades programadas para la vigencia * 100	Porcentaje	80%	2016	100%	30%	30%	20%	20%		Director Administrativo Subdirector de Sistemas	subdirector.sistemas@hus.org.co		
COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE	Garantizar un Sistema de Información Integral, eficiente y eficaz	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Continuar con el Cumplimiento de la Política de Gobierno en Línea	% de cumplimiento del Manual de Gobierno en Línea	Número de actividades realizadas / numero de actividades programadas para la vigencia * 100	Porcentaje	62%	2016	100%	Cumplimiento de Política de Gobierno en Línea en pagina web del HUS	% de Avance en el cumplimiento de la política de gobierno en linea	Número de actividades realizadas / numero de actividades programadas para la vigencia * 100	Porcentaje	62%	2016	100%	25%	25%	25%	25%		Director Administrativo Subdirector de Sistemas	subdirector.sistemas@hus.org.co		
COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE	Garantizar un Sistema de Información Integral, eficiente y eficaz	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Implementar estrategias de alta disponibilidad para sistemas críticos del HUS	Avance en las actividades para la implementación de alta disponibilidad para sistemas críticos del HUS	Número de actividades realizadas / numero de actividades programadas para la vigencia * 100	Porcentaje	0	2016	100%	Implementación Alta Disponibilidad (clúster) de Sistema Central Dinámica Gerencial Hospitalaria	% de avance en la Implementación del clúster DGH	Número de actividades realizadas / numero de actividades programadas para la vigencia * 100	porcentaje	0%		100%	100%	0%	0%	0%		Director Administrativo Subdirector de Sistemas	subdirector.sistemas@hus.org.co		
										Implementación Alta Disponibilidad (clúster) el Sistema Correo Electrónico del HUS	% de Avance en la implementación de mecanismo de redundancia correo electrónico	Número de actividades realizadas / numero de actividades programadas para la vigencia * 100	porcentaje	0%		100%	70%	30%	0%	0%		Director Administrativo Subdirector de Sistemas	subdirector.sistemas@hus.org.co		
COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE	Garantizar un Sistema de Información Integral, eficiente y eficaz	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Fortalecer mediante programas informativos los procesos de atención en salud del HUS	% de implementación de las acciones para el fortalecimiento de los procesos en salud del HUS	Número de actividades realizadas / numero de actividades programadas para la vigencia * 100	Porcentaje	0	2016	100%	Implementación de la funcionalidad de Historia Clínica de Docencia en el HUS	% de avance en la implementación de la historia clínica para docencia	Número de actividades realizadas / numero de actividades programadas para la vigencia * 100	Porcentaje	10%	2016	100%	60%	30%	20%	0%		Director Administrativo Subdirector de Sistemas	subdirector.sistemas@hus.org.co		
										Implementación de 3 Tableros de Control	% de avance en la implementación de 3 tableros de control	Número de actividades realizadas / numero de actividades programadas para la vigencia * 100	porcentaje	0%	0	100%	100%	0%	0%	0%		Director Administrativo Subdirector de Sistemas	subdirector.sistemas@hus.org.co		
										Continuar con la Implementación de Aplicativo Tablero Único de Control de Indicadores (TUCI)	% de avance en la Implementación del Tuci	Número de actividades realizadas / numero de actividades programadas para la vigencia * 100	porcentaje	50%	2016	100%	80%	20%	0%	0%		Director Administrativo Subdirector de Sistemas	subdirector.sistemas@hus.org.co		
COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE	Garantizar un Sistema de Información Integral, eficiente y eficaz	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Implementar App (mHealth) para dispositivos móviles para la mejora de la oportunidad en el acceso a la información	App (mHealth) para dispositivos móviles para el HUS implementado	NA	NA	0	2016	100%	Implementación de aplicativo para dispositivos móviles, permitiendo el acceso oportuno a la información.	% de Avance en la implementación de aplicativo para dispositivos móviles, permitiendo el acceso oportuno a la información.	Número de actividades realizadas / numero de actividades programadas para la vigencia * 100	porcentaje	0%		100%	90%	10%	0%	0%		Director Administrativo Subdirector de Sistemas	subdirector.sistemas@hus.org.co		
TEJIDO SOCIAL	Fortalecer la prestación de los Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Implementar Aplicativo para el control de las remisiones y contrarremisiones del HUS	Aplicativo para el control de las remisiones y contrarremisiones del HUS Implementado	NA	NA	0	2016	100%	Implementación del Aplicativo para el control de Remisiones y Contrarremisiones del HUS	% de Avance en la ejecución del proyecto para el control de Remisiones y contrarremisiones HUS	Número de Actividades Realizadas / Número de actividades programadas para la vigencia *100	porcentaje	0%		100%	90%	10%	0%	0%		Director Administrativo Subdirector de Sistemas	subdirector.sistemas@hus.org.co		
COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE	Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el manejo de riesgos en el que plantea la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Fortalecer los procesos administrativos que promuevan la estabilidad económica y financiera de la Institución	Equilibrio Presupuestal con Recaudó	Ingresos totales recaudados en mayores que los gastos comprometidos	Valor numérico	>1	2016	>1	Ampliar el mercado de servicios	% facturación con respaldo contractual	Valor facturado con respaldo contractual / total facturado con respaldo contractual * 100	Porcentaje	50%	2016	100%	70%	80%	90%	100%		Director Financiero Subdirector de Mercado, facturación y Recaudó	mercadeo.lider@hus.org.co		
										Continuar con la Implementación de costos por producto	% de avance según cronograma de implementación de costos por producto	Actividades realizadas según cronograma / Total de actividades a realizar según cronograma * 100	Porcentaje	10%	2016	100%	50%	60%	80%	100%		Director Financiero	financiera.lider@hus.org.co		
										Aumentar la Facturación	% aumento en la Facturación	valor facturado periodo actual - valor facturado igual periodo del año anterior / valor facturado del periodo anterior * 100	Porcentaje	8.50%	2016	10%	9%	9%	10%	10%		Director Financiero Subdirector de Mercado, facturación y Recaudó	mercadeo.lider@hus.org.co		
										Mantener la Radicación oportuna por encima del 95% de la Facturación.	% de facturación radicada dentro del término de ley.	valor de facturación radicada dentro de términos / valor Total de facturación a radicada	Porcentaje	95%	2016	>95%	>95%	>95%	>95%	>95%		Director Financiero Subdirector de Mercado, facturación y Recaudó	mercadeo.lider@hus.org.co		

20

(W)

Objetivo del Plan de Desarrollo	Indicador Asociado al Objetivo	Indicador Asociado al Indicador	Área de Responsabilidad	Indicador de resultados			Valor establecido en el controlable	Área de gestión directa	Indicador de resultados			Indicador de resultados	Indicador de resultados	Unidad de medida	Último año	Último año	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Resumen	Responsables Implementación	E-mail Implementación
				Indicador del Indicador	Descripción de la Variable	Unidad de medida			Indicador de resultados	Descripción de la Variable	Unidad de medida												
COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE	Lograr la alta sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo y la rentabilidad	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Fortalecer el Proceso de Gestión Jurídica Institucional	Porcentaje de cumplimiento del Proceso de Gestión Jurídica	Número de Procedimientos actualizados / Total de Procedimientos del Proceso de Gestión Jurídica	Porcentaje	No Definido	2016	90%	Mantener el % de Glosa aceptada: s5%	% Disminución aceptación glosa	% Aceptación periodo actual-% Aceptación periodo año anterior / % Aceptación periodo anterior * 100	Porcentaje	s5%	2016	s5%	s5%	s5%	s5%	s5%		Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudado	mercadeo.lider@hus.org.co
										Poner en Marcha estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores, incluyendo acciones judiciales con estas últimas	% de recaudo vigencias anteriores y de la vigencia	Valor recaudado en cada vigencia /total recaudo a realizar * 100	Porcentaje	41%	2016	65%	45%	50%	55%	65%		Director Financiero Líder de Cartera	cartera.lider@hus.org.co
INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión que permite conformar Centros de Excelencia	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Alcanzar un nivel de madurez Satisfactorio en la implementación del MECI según la calificación emitida por el DAFP	Calificación emitida por el DAFP anualmente	NA	Porcentual	59,49%	2016	70%	Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico	Política de Riesgo Antijurídico Implementada	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	ND	2016	90%	80%	83%	87%	90%		Jefe Oficina Asesora Jurídica	juridica.asesor@hus.org.co
										Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permite la eficiencia y la transparencia	Porcentaje de cumplimiento de la contratación que cumplen con las Etapas Contractuales	Número de Contratos que cumplen con las etapas contractuales / Total de contratos	Porcentaje	ND	2016	100%	100%	100%	100%	100%		Jefe Oficina Asesora Jurídica	juridica.asesor@hus.org.co
										Autevaluación sobre el grado de implementación del MECI	Promedio en el incremento en el grado de implementación del MECI según resultado de la Encuesta	Sumatoria de los factores del MEO según el resultado de cada funcionario encuestado / Total de Encuestados	Promedio	65,98	2015	80%	68%	72%	76%	80%		Jefe Oficina Asesora de Control Interno	cinterno.lider@hus.org.co
RESPONSABILIDAD	Garantizar la ejecución de las estrategias definidas para el desarrollo institucional	Garantizar la ejecución de las estrategias definidas para el desarrollo institucional	Garantizar la ejecución de las estrategias definidas para el desarrollo institucional	Garantizar la ejecución de las estrategias definidas para el desarrollo institucional	NA	Porcentual	70%	2016	82	Ejecución del Plan de Acción del MECI	Cumplimiento del Plan de Acción del MECI	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	porcentual	86%	2016	95%	90%	90%	95%	95%		Alta Gerencia	gerencia@hus.org.co
										Incremento en grado de madurez en la implementación del MECI	Calificación del grado de madurez del MECI emitida por el DAFP	NA	porcentual	59,49%	2015	70%	62%	65%	67%	70%		Jefe Oficina Asesora de Control Interno	cinterno.lider@hus.org.co

Responsable

Responsables

JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA
GerenteJAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA
Gerente

80 para desarrollar desde 2017

ALFREDO VILLAS CASTAÑEDA SOLANO
Jefe Oficina Asesora Planeación y Gobernanza de la Calidad