



**PLAN DE GESTIÓN MAYO 2024 - MARZO 2028**

**HOSPITAL CLARITA SANTOS E.S.E.**

**ALVARO ALEJANDRO ERAZO JATIVA  
GERENTE**

**SANDONA NARIÑO**

## TABLA DE CONTENIDO

1. Presentación
2. Marco Legal
3. Plataforma Estratégica
  - 3.1 Misión
  - 3.2 Visión
  - 3.3 Valores corporativos
4. Objetivo General
  - 4.1 Objetivos específicos
5. Políticas de Atención
  - 5.1 Política de servicios
  - 5.2 Política de calidad
  - 5.3 Política de seguridad y salud en el trabajo
  - 5.4 Política de seguridad del paciente
  - 5.5 Política de gestión ambiental
  - 5.6 Política de humanización
  - 5.7 Política de tic's
  - 5.8 Política de talento humano
  - 5.9 Política de gestión del riesgo
  - 5.10 Política financiera
6. Servicios Habilitados En La E.S.E.
7. Mapa De Procesos
8. Organigrama
9. Mapa Estratégico
10. Capacidad Instalada
11. Plan De Gestión Gerencial
  - 11.1 Gestión de dirección y gerencia
  - 11.2 Gestión financiera y administrativa
  - 11.3 Gestión clínica o asistencial

## **1. PRESENTACIÓN**

El municipio de Sandoná se descentralizó y se certificó mediante decreto No. 065 del 25 de enero de 1999, el Hospital Clarita Santos E.S.E. fue creado mediante acuerdo No. 035 del 28 de octubre del año 1998, emanado del concejo municipal de Sandoná, como una entidad pública descentralizada, el Hospital pertenece al nodo centro del departamento de Nariño, el que se encuentra sobre la circunvalar al volcán galeras y la red local de prestación de servicios de salud de la E.S.E está conformada por 2 sedes siendo la sede principal clasificada como Hospital de baja complejidad tipológica 1D y un puesto de salud clasificado como 1AE.

El Hospital Clarita Santos ha prestado sus servicios a la comunidad Sandoneña tomando en cuenta la historia de nuestra institución y sus servicios a la población Sandoneña se presenta el Plan de Gestión gerencial, el cual es la herramienta y marco de acción del Hospital Clarita Santos E.S.E. para el periodo 2024-2028. En él se consolidan los compromisos que la Gerencia acuerda con la Junta Directiva del Hospital y se plasman las metas de gestión y resultados, relacionados con la viabilidad financiera, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

El presente documento pretende apoyar la definición, articulación, y priorización de objetivos, con el fin de hacer explícita la estrategia de la organización e implementar indicadores de evaluación del desempeño gerencial de conformidad con la normatividad vigente, esto es, la Resolución 710 del 30 de marzo de 2012 y la Resolución 743 de marzo 15 de 2013. El cumplimiento de los indicadores establecidos exige la adopción e implementación de los Principios, Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, La Ley Estatutaria de Salud, el Plan Decenal de Salud Pública, la Política de Atención Integral en Salud “País”, Modelo de Acción Integral Territorial “MAITE”, además de la viabilidad financiera para prestar Servicios de Salud con solidaridad, equidad y confianza, se aclara que la información evaluada para el presente plan es de la vigencia objeto de la evaluación, según las modificaciones de la resolución mencionada.

Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial.

## **2. MARCO LEGAL**

Ley 1122 de 2007: tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.

DECRETO 2193 DE 2004: Establece 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.

Decreto 357 de febrero 8 de 2008: Reglamenta la evaluación y reelección de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Fija plazo para la presentación del plan de gestión del que señala su contenido y los requisitos mínimos que debe cumplir para su aprobación por la junta directiva de la ESE.

Ley 1438 de 2011, artículos 72, 73 y 74: Define los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Resolución 0710 de marzo 30 de 2012: Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.

Resolución 0743 de marzo 15 de 2013 y sus anexos técnicos

Ley Estatutaria 1751 de 2015: la cual garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

RESOLUCIÓN 256 DE 2016: Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

RESOLUCIÓN 408 DE 2018: Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 modificada por la resolución 743 de 2012 y se dictan otras disposiciones, referente a los anexos 2, 3 y 4.

RESOLUCIÓN 2181 DE 2008: Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público.

CIRCULAR 0012 DE 2016: Se imparten instrucciones en lo relacionado con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud - PAMEC- y el sistema de información para la calidad.

CIRCULAR 009 DE 2015: Se requiere la presentación de información periódica a las empresas sociales del estado que detalle las gestiones adelantadas en las áreas asistencial, administrativa y financiera. Para Gerentes que no se encuentren en propiedad o vigencias que no sean objeto de evaluación por Junta Directiva.

### **3. PLATAFORMA ESTRATEGICA**

**3.1 MISION:** El Hospital Clarita Santos E.S.E es una institución reconocida en la prestación de servicios de salud de baja complejidad, comprometidos con el bienestar del paciente, su familia, Prestando a la comunidad Sandoneña una amplia gama de servicios de promoción y mantenimiento de la salud, brindado así un servicio integral, con talento humano competente y comprometido con la calidad, seguridad, humanización y enfoque de riesgo con tecnología resolutive y organizada administrativa y financieramente para satisfacer las necesidades de la población.

**3.2 VISION:** Para el 2028 Seremos una institución acreditada que brindara servicios de calidad con atención diferencial a la población Sandoneña comprometidos con la atención integral del paciente con un sentido de humanización y protección hacia nuestros usuarios, además de ser una institución que cuente con un convenio docencia servicio que fomente la investigación y las practicas adecuadas para la atención del paciente comprometidos con el medio ambiente.

#### **3.3 VALORES CORPORATIVOS**

**RESPECTO:** Propiciamos el respeto a la persona, reconocimiento y compromiso al valor de la diversidad de ideas y puntos de vista de los colaboradores, de los usuarios y sus familias. Tenemos especial preocupación por aquellos que se encuentran en estado de vulnerabilidad.

**CALIDAD:** La orientación hacia la calidad nos exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas. Actuaremos aplicando nuestro recurso maximizando los beneficios de salud con el mínimo riesgo, y la máxima satisfacción del paciente.

**HUMANIZACIÓN:** nos caracterizamos por un trato cordial y empático, en el que se reconoce a nuestros atendidos como personas con necesidades únicas. Al tener en cuenta su individualidad, cumple con el objetivo de satisfacer de manera integral sus expectativas.

**CREDIBILIDAD:** es el valor que depende de la relación personal asistencial/atendido que tiene un rol estratégico en los procesos terapéuticos. De ahí que sea fundamental considerarla como parte de la atención en salud.

**COMPROMISO:** Implica fomentar en el personal asistencial los ideales de ayuda al enfermo, Es fundamental para el desarrollo de una correcta atención médica

**CONCIENCIA SOCIAL:** cuánto podemos empatizar con los pensamientos, emociones, dolencias y los sentimientos ajenos de manera pluricultural, así como nuestra capacidad para comunicarnos y hacer elecciones correctas, refleja nuestro

compromiso con la atención de la comunidad.

**CONCIENCIA AMBIENTAL:** valor por medio del cual podemos trabajar en la conservación y mejora del medio ambiente, y esta busca influir mediante en la protección de los recursos naturales y los ecosistemas.

**TRANSPARENCIA:** por medio de la cual la información sobre nuestra institución este disponible, sea comprensible y accesible para todos los interesados, incluyendo pacientes, profesionales de la salud, responsables políticos y la comunidad en general.

**IGUALDAD:** por medio de la cual podamos no solo fomentar el acceso a la atención médica, sino también en abordar las causas subyacentes como la pobreza, la discriminación y las barreras estructurales, con el objetivo de lograr resultados equitativos para todos.

#### **4. OBJETIVO GENERAL**

Establecer las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad, humanización y eficiencia en la prestación de los servicios de salud del Hospital Clarita Santos E.S.E. del municipio de Sandoná y el reporte de información a los organismos de inspección, vigilancia y control en Salud.

##### **4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Integrar el Plan de Gestión, con plataforma estratégica, plan de desarrollo y planes operativos anuales.
- Posicionarse como una institución auto sostenible y con responsabilidad social.
- Lograr la satisfacción de los usuarios, desarrollando estrategias de comunicación permanente con el fin de identificar sus necesidades y expectativas frente a los servicios que presta la institución.
- Implementar, desarrollar y mantener los sistemas de gestión del Hospital Clarita Santos de Sandoná (SOGCS) de acuerdo a la normatividad vigente.
- Establecer programas de mejoramiento continuo para incrementar los niveles de eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos de la institución.
- Propender por la sostenibilidad financiera de la Institución, mediante un manejo adecuado que permitan un equilibrio operacional
- Reducir la huella ambiental del sector salud y contribuir a mejorar la salud ambiental

pública

- Prestar los servicios de Salud, con una cultura donde los costos sean parte esencial en la búsqueda de la competitividad.
- Garantizar la participación comunitaria como eje que permita el cumplimiento INTEGRRO de los propósitos institucionales.
- Fortalecer la gestión del talento humano enfocados en el trato digno con vocación de servicio.
- Asegurar la sostenibilidad financiera y desarrollo institucional generando rentabilidad económica y social.
- Optimizar la capacidad instalada para asegurar la prestación del servicio.

## **5. POLITICAS DE ATENCION**

**5.1 POLÍTICA DE SERVICIOS:** La institución presta servicios de salud de primer nivel de forma oportuna y pertinente basada en estándares de calidad con un enfoque humanizado, seguro y con compromiso social.

Objetivos

- Brindar servicios de salud sin barreras de Acceso.
- Fortalecimiento del programa de seguridad del paciente e implementación del mismo en todos los procesos.
- Diseñar estrategias que permita brindar una adecuada orientación a los usuarios que acceden a la institución.
- Sensibilizar al recurso humano para propender por un trato digno y humanizado durante la prestación del servicio de salud.
- Concientizar el talento humano institucional en la necesidad de aportar conocimiento y experiencia al personal en formación.
- Mejorar la calidad del dato y reporte de todos los eventos de notificación de vigilancia epidemiológica.

**5.2 POLITICA DE CALIDAD:** El Hospital Clarita Santos E.S.E. está comprometido con el mejoramiento continuo para lograr la satisfacción de los usuarios externos, su red de apoyo y usuarios internos, a través de la prestación de sus servicios integrales de salud orientados en un modelo de gestión y atención centrado en el usuario y su familia, basado en altos estándares de calidad.

Objetivos

- Iniciar la implementación del Sistema Único de Acreditación.
- Fortalecer todos los procesos a partir del mejoramiento continuo.
- Crear estrategias para lograr una cultura de calidad.
- Aplicar los atributos de calidad en todos los procesos institucionales.
- Lograr establecer una estructura fuerte y confiable para la proyección a ser ascendido a un hospital de II nivel de atención.

**5.3 POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:** La Gerencia del Hospital Clarita Santos E.S.E de Sandoná, en su actividad de prestación de los servicios de salud, se compromete con la implementación de un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para la gestión de los riesgos laborales, que cubre todos sus centros de trabajo, sus trabajadores independientes de su forma de contratación o vinculación, incluyendo los contratistas y subcontratistas.

Objetivos

- Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles.
- Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores, mediante la mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Cumplir la normatividad nacional vigente aplicable en materia de riesgos laborales.
- Definir y asignar los recursos financieros, técnicos y humanos necesarios para el diseño, implementación y mejora del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Desarrollar permanentemente actividades de prevención de accidentes de trabajo, enfermedades laborales y promoción de la salud.

- Involucrar los aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo en los sistemas de gestión, procesos, procedimientos y decisiones en el Hospital.

**5.4 POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:** La gerencia se compromete a dar continuidad al programa de seguridad del paciente; pero plantea como un objetivo a cumplir el poder garantizar la prestación de los servicios con seguridad, calidad y humanización para todo el municipio de Sandoná y municipios aledaños basados en la identificación de riesgos, implementación de prácticas seguras que garanticen aprendizaje organizacional, cultura de seguridad y mejoramiento continuo de los procesos que fomenten la prevención de la ocurrencia de eventos adversos involucrando a funcionarios, paciente y red de apoyo.

#### Objetivos

- Fortalecer los programas de capacitación al cliente interno para identificar y prevenir la ocurrencia de eventos adversos en la organización.
- Motivar al cliente interno para continuar con la cultura de identificación y reporte de eventos e incidentes.
- Articular los procesos misionales y administrativos a través de auditorías concurrentes para identificar, gestionar y minimizar la ocurrencia de eventos.
- Fortalecer la evaluación de adherencia a guías, protocolos y procedimientos al personal asistencial y administrativo que garanticen prácticas seguras.

#### **5.5 POLITICA DE GESTION AMBIENTAL**

#### Objetivos

- Fortalecer las estrategias institucionales que sensibilicen al usuario interno y externo sobre el ahorro de recursos, manejo de residuos y sustancias químicas.
- Diseñar programas que fomenten la sostenibilidad ambiental en la institución y en el municipio.
- Realizar seguimiento y autoevaluaciones que promuevan el mejoramiento continuo y la mitigación de los riesgos generados de la prestación de servicios de salud.
- Aportar a la implementación de las políticas ambientales del Departamento.

**5.6 POLITICA DE HUMANIZACIÓN:** El Hospital Clarita Santos E.S.E como entidad prestadora de servicios de salud se compromete a instaurar e implementar la política de atención humanizada en salud, enfocada hacia el servicio integral del usuario y su familia, ofreciendo una asistencia con calidez humana que responda a sus necesidades y expectativas físicas, psicológicas, sociales, emocionales, culturales y espirituales; donde todo el personal de salud, brinde un trato amable, cálido y de respeto hacia la confidencialidad, la dignidad, fundamentados en los derechos y deberes de los pacientes sus familias y los funcionarios, con condiciones laborales justas.

#### Objetivos

- Generar desde el equipo directivo de la institución espacios laborales dedicados a la capacitación y sensibilización del personal.
- Conformar grupo de líderes que se comprometan y que representen a cada área del hospital y contribuyan al tema de humanización.
- Articular las estrategias de humanización con todos los procesos, para mejorar la prestación de los servicios y el clima laboral.
- Socializar y medir adherencia del programa de humanización institucional.

**5.7 POLITICA DE TIC´s:** El Hospital Clarita Santos E.S.E se compromete a gestionar los recursos tecnológicos y físicos necesarios que garanticen la integralidad de la atención institucional, la adecuada operación de los procesos y el cumplimiento de las metas establecidas, así mismo fomentar desde los lineamientos estratégicos el disponer de quipos, dispositivos médicos y tecnologías seguras, eficientes y efectivas acordes con el nivel de complejidad de la ESE, apoyando la prestación de servicios asistenciales de calidad.

#### Objetivos

- Realizar mantenimiento preventivo y correctivo en los equipos tecnológicos y biomédicos, identificando los que están en deterioro o que requieran cambio.
- Adquirir herramientas tecnológicas de acuerdo a la normatividad vigente que permita aumentar la calidad de la prestación de servicios buscando satisfacer las necesidades de la comunidad.
- Promover el adecuado uso de la tecnología nueva y usada, para prestar una atención segura y optimizar la vida útil de los equipos.
- Implementar un sistema de historias clínicas que nos permita tener una información más clara.

**5.8 POLITICA DE TALENTO HUMANO:** El Hospital Clarita Santos E.S.E se compromete a promover el bienestar de sus colaboradores a través del fortalecimiento de los programas de capacitación, seguridad y salud en el trabajo, y aquellos que sean necesarios para fortalecer el capital humano; contribuyendo al desarrollo institucional.

#### Objetivos

- Establecer el plan de capacitaciones institucional por perfiles y competencias, armonizado con el mapa de procesos.
- Fortalecer el programa de humanización y rediseñar sus estrategias beneficiando al usuario externo e interno.
- Diseñar herramientas de medición para evaluar y/ o medir el avance del proceso de Talento Humano.
- Fortalecer los subprocesos de selección, inducción, reinducción, evaluación de desempeño, clima laboral y bienestar social.
- Mejorar las condiciones de trabajo con la implementación del sistema de seguridad y salud en el trabajo.

**5.9 POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO:** El Hospital Clarita Santos E.S.E se compromete a establecer parámetros y controles de manera sistemática para la gestión integral de los riesgos administrativos, financieros y asistenciales determinando estrategias para la administración del riesgo que prevengan su materialización.

#### Objetivos

- Identificar riesgos en cada proceso de la institución para minimizar su materialización evitando acciones legales y judiciales.
- Capacitar al usuario interno en la gestión integral del riesgo para establecer controles que permitan cumplir con los objetivos institucionales.

**5.10 POLITICA FINANCIERA:** La Institución se compromete a gestionar la sostenibilidad financiera a través de controles permanentes y auditorías a los sistemas de información garantizando liquidez, rentabilidad económica y social, con eficiencia, eficacia, razonabilidad y oportunidad en el flujo de información para la óptima prestación de servicios de salud.

## Objetivos

- Mejorar el sistema de contratación con las EAPB y entes gubernamentales en cuanto a cobertura de servicios y ajuste de tarifas, así como comercializar nuestros servicios a otras entidades del área de influencia.
- Garantizar la facturación total de los servicios prestados y su radicación, así como la calidad de la misma, a fin de reducir los porcentajes de glosas y devoluciones.
- Reducir los tiempos de respuesta de Glosa y devoluciones acorde a lo establecido en el Decreto 4747 de 2007
- Depurar en su totalidad los saldos de cartera para establecer un registro real de cartera recuperable
- Realizar una gestión de cobro oportuna ante las entidades deudoras, garantizando el flujo de caja que permita la sostenibilidad financiera del hospital.
- Racionalizar el gasto frente al flujo de efectivo real, para garantizar el equilibrio financiero institucional.

## 6. SERVICIOS HABILITADOS EN LA ESE

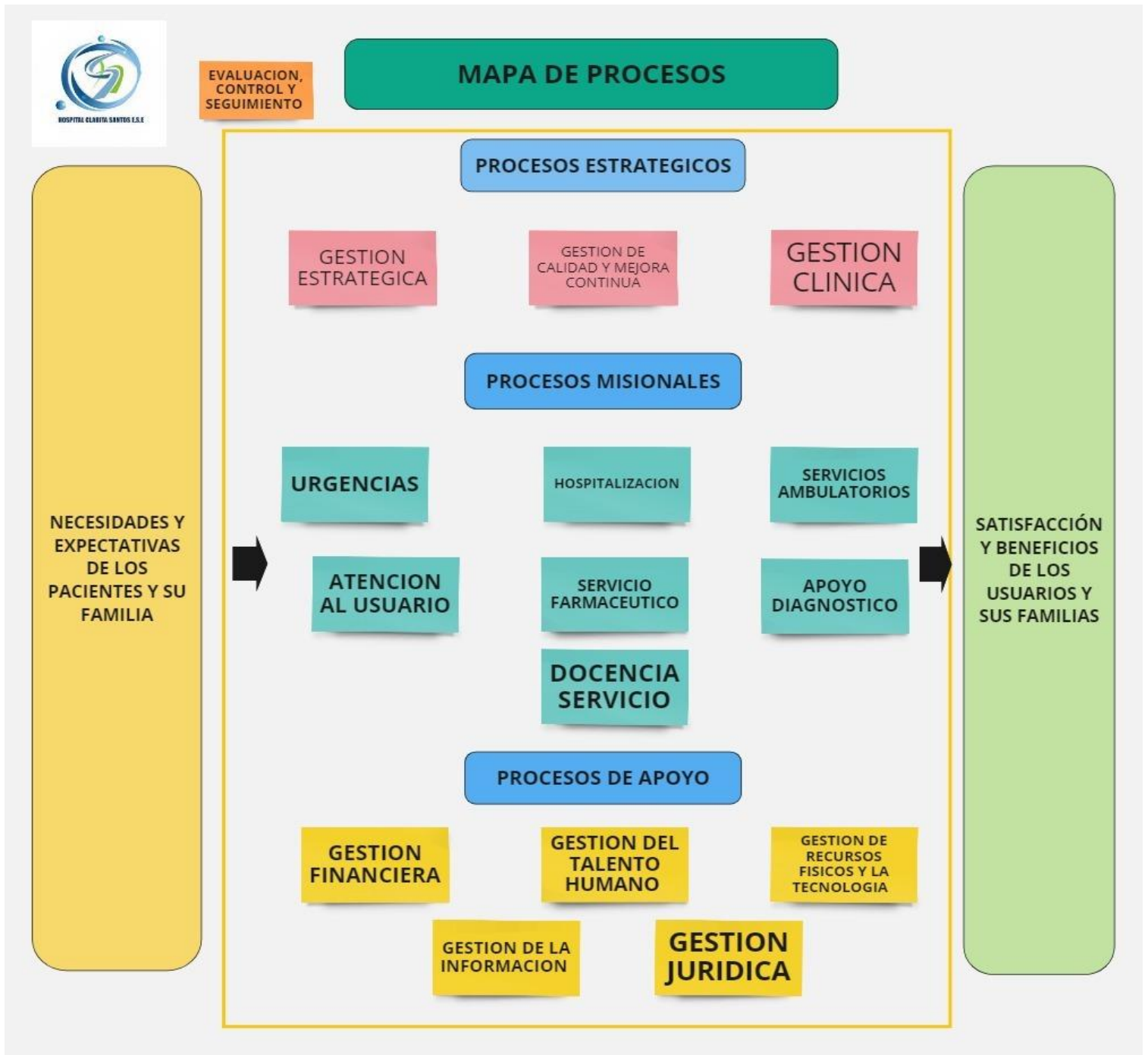
El objeto del Hospital Clarita Santos E.S.E, es la prestación de servicios de salud en el primer nivel y ciertos servicios de segundo nivel de atención que serán ofrecidos en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud. Es por ello que la entidad desarrollará acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud (Artículo 4 del Acuerdo 001-2007).

Los servicios que se encuentran habilitados en El Hospital Clarita Santos E.S.E son los que se recogen a continuación:

- Hospitalización General Adultos
- Hospitalización General Pediátrica
- Enfermería
- Medicina General
- Nutrición Y Dietética
- Odontología General
- Psicología
- Medicina Interna
- Ginecología
- Radiología
- Pediatría
- Servicio De Urgencias

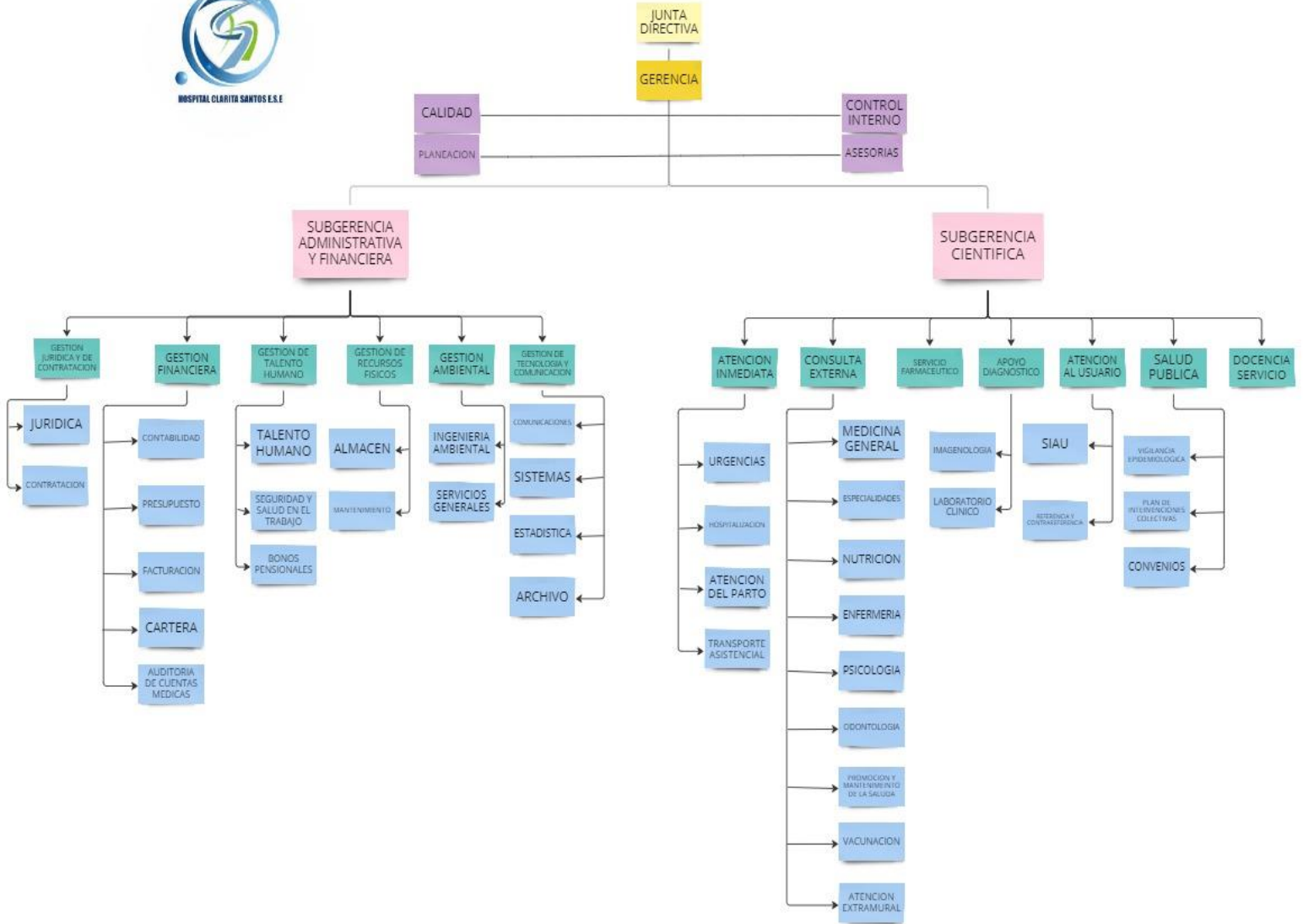
- Transporte Asistencial Básico
- Laboratorio Clínico
- Radiología E Imágenes Diagnósticas
- Toma De Muestras De Laboratorio Clínico
- Servicio Farmacéutico
- Laboratorio Citologías Cervico-Uterinas
- Tamización De Cáncer De Cuello Uterino
- Protección Específica - Atención Del Parto
- Protección Específica - Atención Al Recién Nacido
- Detección Temprana - Alteraciones Del Crecimiento Y Desarrollo (Menor A 10 Años)
- Detección Temprana - Alteraciones Del Desarrollo Del Joven (De 10 A 29 Años)
- Detección Temprana - Alteraciones Del Embarazo
- Detección Temprana - Alteraciones En El Adulto (Mayor A 45 Años)
- Detección Temprana - Cáncer De Cuello Uterino
- Detección Temprana – Cáncer De Seno
- Detección Temprana - Alteraciones De La Agudeza Visual
- Protección Específica – Vacunación
- Protección Específica - Atención Preventiva En Salud Bucal
- Protección Específica - Atención En Planificación Familiar Hombres Y Mujeres
- Proceso Esterilización

## 7. MAPA DE PROCESOS

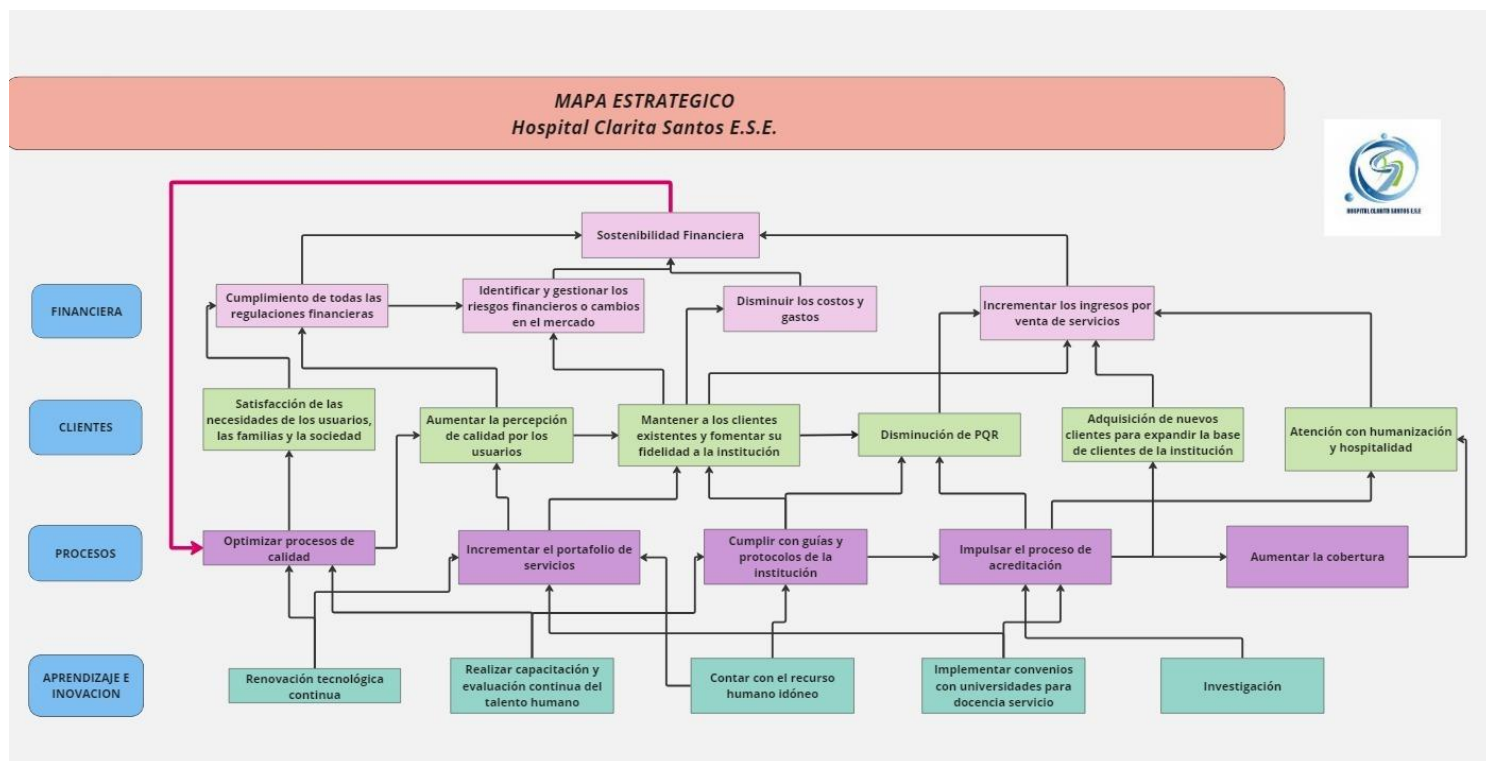


# ORGANIGRAMA

## ORGANIGRAMA HOSPITAL CLARITA SANTOS E.S.E.



## 8. MAPA ESTRATEGICO



## 9. CAPACIDAD INSTALADA

CAPACIDAD INSTALADA	
Recurso	2023
Camas de hospitalización	11
Camas de observación	15
Consultorios de consulta externa	7
Consultorios en el servicio de urgencias	2
Salas de quirófanos	0
Mesas de partos	1
Número de unidades de odontología	3

## 10. ELABORACION PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

El presente plan se elaboró según lo estipulado en la resolución 710 de 2012 por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y en los anexos técnicos 2, 3 y 4 de la resolución 743 de 2013.

Sobre estos lineamientos se elabora y presenta el presente PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL para el periodo de Mayo de 2024 a marzo de 2028, el cual está articulado al Plan de Desarrollo de la Empresa Social del Estado, y por supuesto a los Planes de Desarrollo Municipal, Departamental y Nacional.

De acuerdo a la metodología propuesta en la resolución 710 de 2012 y modificada por la resolución 743 de 2013, el Plan contiene:

Las metas de gestión y de resultados para cada uno de los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión contenidos en el anexo 2 de la resolución 743 de 2013.

El diagnóstico inicial o línea de base para cada indicador

El establecimiento de logros o compromisos de gestión.

### **FASES DE CICLO CONTINUO**

El Plan de Gestión resulta de las actividades desarrolladas por el Gerente del Hospital Clarita Santos E.S.E. con todo el equipo de trabajo en forma sucesiva y continua, es decir en un ciclo continuo para el desarrollo de cinco momentos:

- **Fase de Preparación:** Corresponde a la identificación de las fuentes de información para establecer la línea de base y formular el Plan. La línea de base será entendida como el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial incluidos en el anexo No. 2 de la resolución 743 de 2013 “INDICADORES Y ESTANDARES POR ÁREAS DE GESTIÓN”.
- **Fase de Formulación:** En esta fase se realiza el diagnóstico inicial de la E.S.E. para cada uno de los indicadores incluidos en la matriz correspondiente. Este diagnóstico refleja con evidencias suficientes, las condiciones en las cuales se encuentra cada indicador tanto cualitativa como cuantitativamente de tal manera que permite conocer desde donde se está partiendo y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la Empresa.

A partir de la información contenida en el diagnóstico inicial se diseña un escenario alcanzable para él, los tres años que quedan de este periodo fijo de Gerencia, en el cual con la solución de los problemas y/o el desarrollo de las prioridades establecidas se obtiene una nueva situación o proyección de referencia. Es decir, que, atendiendo a los estándares específicos de cada indicador, se describen los logros a alcanzar para cada uno de ellos, reflejando en esta descripción cualitativa los cambios que se van a evidenciar al final de esta nueva administración.

Partiendo de los indicadores y su respectivo estándar, que son las metas del Plan de

Gestión, se procedió a determinar las metas anuales por parte de esta Gerencia, periodos anuales que inician el primero de enero del año dos mil veinte (2020), debido a que la mencionada resolución estipula que la evaluación las metas y evaluación se realizan por anualidades completas.

- **Fase de Aprobación:** El Plan es aprobado por la Junta Directiva dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación, mediante acuerdo y dejando constancia en acta de la sesión realizada. El Gerente podrá presentar objeciones dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

Si la Junta no aprueba el Proyecto de Plan de Gestión durante el término establecido, el plan inicialmente presentado por el Gerente se entenderá aprobado.

- **Fase de Ejecución:** Corresponde a la ejecución del mismo después de un despliegue del mismo en forma de planes de acción para cada una de las áreas, el seguimiento de la ejecución de las actividades de manera sistemática y con evidencias sobre las decisiones tomadas para garantizar la continuidad y los ajustes de las mismas, y por supuesto, la presentación del informe anual sobre el cumplimiento del plan de Gestión ante la Junta Directiva de la E.S.E.
- **Fase de Evaluación:** La evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del Plan de Gestión será presentado por la Gerente a más tardar el primero de abril de cada año sobre los resultados obtenidos entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior.

El informe contendrá los logros de los indicadores de gestión y resultados de la Empresa y un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones y los efectos de estos en la gestión de la entidad.

La Junta Directiva realizará la calificación mediante el diligenciamiento del anexo No. 4, "MATRIZ DE CALIFICACIÓN" teniendo como parámetros los establecidos en el anexo No. 3 "INSTRUCTIVO PARA CALIFICACIÓN", de la resolución 408 de 2018.

Los miembros de la Junta Directiva harán constar en un acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, teniendo en cuenta las escalas de resultados definidas en el Anexo 5 de la resolución 710 de 2012 "ESCALA DE RESULTADOS".

## **METAS DE GESTIÓN, DE RESULTADOS Y LÍNEA DE BASE PARA CADA INDICADOR**

Este documento determina los compromisos, metas y actividades a alcanzar para el periodo objeto de evaluación, con el fin de cuantificar mensualmente y presentar anualmente los

resultados obtenidos relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los Servicios de Salud en tres ámbitos y a los cuales se les ha dado un peso porcentual así:

Dirección y Gerencia	20%
Gestión Financiera y Administrativa	40%
Gestión Clínica y Asistencial	40%

La formulación del plan por área de gestión incluye la identificación del indicador, la fórmula, el diagnóstico o situación actual, línea base 2023, el estándar propuesto normativamente y la proyección de la calificación esperada para cada anualidad iniciando el 1 de enero del año 2024 y terminando el 31 de diciembre de 2027.

### **11.1 GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA**

En esta área incluye el cumplimiento de los logros Estratégicos de Desarrollo e implementación del Sistema de Garantía de la Calidad, contenidos en los indicadores 1, 2 y 3.

El objetivo de esta área es el de implementar y mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno a la Misión, Visión, Objetivos institucionales. Establece las políticas, el direccionamiento de la entidad, y se fundamenta en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como un componente que plantea un modelo de excelencia y óptimo rendimiento en la calidad de la prestación de los Servicios en Salud. Se presta especial atención como estrategia de control y soporte al desarrollo Institucional, el fortalecimiento del sistema de Información a través de monitoreo y planeación de la gestión de los procesos de prestación de los servicios asistenciales, administrativos y financieros.

**INDICADOR NO. 1:** Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

La implementación del Sistema Único de acreditación establecido mediante resolución 123 de 2012, busca el logro de niveles superiores de calidad en la prestación de los Servicios de Salud y se realiza en forma conjunta con la implementación del PAMEC y los demás sistemas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Respecto a este indicador se pretende lograr el mejoramiento de la calidad en la prestación de Servicios de Salud, haciendo esfuerzos para mejorar la calificación cualitativa y cuantitativa para cada grupo de estándares como un ciclo de preparación para la acreditación.

INDICADOR	FORMULA
1. Promedio de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del ciclo de preparación para la acreditación o del ciclo de mejoramiento de la ESE en los términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008 de la norma que la sustituya	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia / Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia anterior.
<b>LÍNEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: 1.0	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	
Meta año 1: 1.0 Meta año 2: 1.2 Meta año 3: 1.5 Meta año 4: 1.8	
<b>ESTRATEGIAS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Implementar el Plan Estratégico con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad.</li> </ul>	
<b>ACTIVIDADES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización de guías y protocolos manuales</li> <li>• Realizar la capacitación en autoevaluación con estándares de acreditación, incluyendo las actualizaciones.</li> <li>• Suscribir Planes de Mejoramiento basados en las no conformidades evidenciadas en la autoevaluación.</li> <li>• Realizar un análisis de las fortalezas y Debilidades del Comité Técnico y como producto de este, formular Plan de Mejoramiento.</li> <li>• Analizar las necesidades de información de cada una de las áreas de gestión.</li> <li>• Articular el Sistema de información, a las áreas de gestión de acuerdo a las necesidades de información evidenciadas.</li> </ul>	

**INDICADOR NO. 2:** Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en el S.O.G.C. entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad “concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) comprende un conjunto de principios que orientan a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección. Representa el despliegue y aplicación en un continuo en el tiempo del ciclo PHVA. Debe llevar al autocontrol en cada fase de los procesos, identificando los aspectos susceptibles de

mejoramiento con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las necesidades y expectativas de los clientes.

INDICADOR	FORMULA
2. Efectividad en la auditoria para el Mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	No. Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/No. Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas
<b>LÍNEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: 0.91	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	
Meta año 1: Mayor a 0.90 Meta año 2: Mayor a 0.90 Meta año 3: Mayor a 0.90 Meta año 4: Mayor a 0.90	
<b>ESTRATEGIAS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Articular el Plan Estratégico con el Sistema Obligatorio del Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad.</li> </ul>	
<b>ACTIVIDADES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad</li> <li>• Articular los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento, al Sistema de Gestión de Calidad implementado en la institución.</li> <li>• Realizar auditorías internas.</li> </ul>	

**INDICADOR No. 3:** Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional

El Plan de Desarrollo Institucional es la carta de navegación, que le permite a la Gerencia y su equipo directivo proyectar programas, proyectos y acciones para el periodo de Gerencia. De este plan se extractan o elaboran los planes operativos anuales los cuales van a permitir avanzar hacia el logro de esos grandes retos.

INDICADOR	FORMULA
3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	No. metas del Plan Operativo Anual Cumplidas / No. Metas Plan Operativo Anual Programadas
<b>LÍNEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: 0	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	

Meta año 1: Mayor a 0.90 Meta año 2: Mayor a 0.90 Meta año 3: Mayor a 0.90 Meta año 4: Mayor a 0.90
<b>ESTRATEGIAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Articular el Plan Estratégico del plan de desarrollo con las diferentes dependencias de la ESE.</li> <li>✓ Concertación de las metas y actividades a cumplir con los jefes de cada dependencia.</li> <li>✓ Seguimiento al cumplimiento de las metas.</li> </ul>
<b>ACTIVIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar un diagnóstico que refleje la situación actual de la institución.</li> <li>• Análisis de la información recolectada</li> <li>• Establecer estrategias, actividades y metas</li> <li>• Formulación del Plan de desarrollo Institucional.</li> <li>• Construcción de Planes Operativos por áreas y procesos</li> <li>• Evaluación y seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional</li> </ul>

## 11.2 GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

La Gestión realizada en esta área orienta la gestión de la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud y en igual forma al cumplimiento de las obligaciones laborales, legales y rendición de cuentas. Involucra los procesos y recursos administrativos y de logística, necesarios y suficientes para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos y ejecutar las metas de la empresa. Comprende los indicadores 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11 de la Resolución 743. Tal como lo establece la Ley 1438 de 2011, Artículo 80 "el Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la mencionada ley".

INDICADOR	FORMULA
4. Riesgo fiscal y financiero	Categorización del riesgo según el Ministerio de la Protección Social
<b>LÍNEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: Bajo Riesgo	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	
Meta año 1: Bajo Riesgo.	
Meta año 2: Bajo Riesgo.	
Meta año 3: Bajo Riesgo.	
Meta año 4: Bajo Riesgo.	
<b>ESTRATEGIAS</b>	

✓ Fortalecimiento de los Procesos de Facturación, Recaudo y Cartera
<b>ACTIVIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso defacturación, radicación y respuesta de glosas.</li> <li>• Depurar la cartera a fin de establecer información real y confiable.</li> <li>• Aumentar la facturación, mediante la obtención de mejores porcentajes decontratación, y la recuperación población no contratada con la entidad.</li> <li>• Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en laproducción. Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos.</li> <li>• Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto.</li> <li>• Reportar información oportuna, veraz y confiable al MSPS</li> <li>• Disminuir los pasivos</li> <li>• Lograr superávit operacional total para obtener un índice de riesgo mayoro igual a 0</li> <li>• Realizar análisis y plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados y lalocalificación.</li> <li>• Establecer metodología de priorización y seguimiento a las acciones del plan de mejoramiento.</li> <li>• Obtener excedente presupuestal entre los reconocimientos y</li> <li>• compromisos de cada vigencia.</li> </ul>

Nota: Según la resolución 743 del 2013, anexo 3, área de Gestión Administrativa y Financiera, el indicador Numero 04: Riesgo Fiscal y Financiero, lo optaran las E.S.E de nivel I, II, III con categorización de riesgo alto y medio.

**INDICADOR No. 5.** Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida

Establece el Total Gastos Comprometidos (en millones de pesos de año evaluado), sobre el /No. De UVR Producidas en la vigencia) y lo compara con la vigencia anterior. Las Unidades de Valor relativo producida (UVR), las homologa por nivel de atención, con el fin de unificar la producción de los hospitales.

INDICADOR	FORMULA
5. Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida.	$\frac{\text{Gasto comprometido en el año evaluado, sin c x p}}{\text{No. UVR producidas en el año evaluado}} \div \frac{\text{Gasto comprometido en el año anterior sin c x p, en \$ constantes}}{\text{No. UVR producidas en el año anterior.}}$
<b>LÍNEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: 1.08	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	
Meta año 1: Menor a 0.9 Meta año 2: Menor a 0.9 Meta año 3: Menor a 0.9 Meta año 4: Menor a 0.9	

<b>ESTRATEGIAS</b>
✓ Fortalecimiento de los Procesos de Facturación, Recaudo y Cartera.
<b>ACTIVIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la capacidad resolutive</li> <li>• Verificar sistema de información la trazabilidad de la atención.</li> <li>• Revisión de la facturación por los servicios prestados.</li> <li>• Establecer un comparativo de la producción trimestralmente respecto al año anterior</li> <li>• Verificar que los costos de producción sean acorde a los servicios prestados.</li> <li>• Definir indicadores de seguimiento por procesos y subproceso.</li> <li>• Establecer puntos de control en los diferentes procesos financieros y asistenciales</li> <li>• Establecer metas de producción por área.</li> <li>• Implementación de una unidad que integre y dirija los Procesos de Facturación Recaudo y Cartera.</li> <li>• Revisar la capacidad instalada vs producción.</li> </ul>

**INDICADOR No. 6:** Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras

A través de este indicador se busca la eficiencia y transparencia en la contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado, para lo cual pueden asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las Entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.

<b>INDICADOR</b>	<b>FORMULA</b>
6. Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos	Valor total adquisiciones M y MMQ realizadas por compras conjuntas, cooperativas ESE y/o mecanismos electrónicos / Valor total adquisiciones M y MMQ realizadas por LA ESE
<b>LÍNEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: 0	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	
Meta año 1: Menor a 0.30 Meta año 2: Menor a 0.30 Meta año 3: Menor a 0.30 Meta año 4: Menor a 0.30	
<b>ACTIVIDADES</b>	

- Reformular e incluir este mecanismo en el manual de contratación.
- Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos.
- Implementar el mecanismo de compras conjuntas
- Implementar metodología de control y seguimiento
- Identificar posibles proveedores que cumplan con las características establecidas en el indicador y los estándares de evaluación establecidos en el proceso de Compras de la institución.

**INDICADOR No. 7:** Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.

El capital humano es primordial para el desarrollo de los objetivos estratégicos y fundamental para la prestación de servicios, por lo tanto, se requiere que el pago por concepto de su remuneración se realice de manera oportuna para todos los colaboradores, independiente del tipo de vinculación.

INDICADOR	FORMULA
7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior.	Valor de la deuda superior a 30 días por salarios y contratación de servicios corte 31 diciembre de la vigencia evaluada - Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios y contratación de servicios corte 31 Dic. vigencia anterior valores constante
<b>LINEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: 0	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	
Meta año 1: 1 Meta año 2: 0 Meta año 3: 0 Meta año 4: 0	
<b>ESTRATEGIAS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior</li> </ul>	
<b>ACTIVIDADES</b>	

- Analizar y vigilar la situación financiera de la Entidad.
- Integrar los sistemas de información.
- Análisis de la capacidad financiera para contratación de personal.
- fortalecer el sistema de recaudo.
- Gestionar los recursos suficientes que garanticen liquidez a la ESE.
- Cumplir y hacer cumplir las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de contratación.
- Jerarquizar los compromisos institucionales
- Realizar la programación mensual de pagos
- Hacer seguimiento a los pagos en los términos establecidos

**INDICADOR No. 8:** Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS).

Requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades en cumplimiento de la Resolución 374 de 2000.

Los RIPS proveen los datos que se requieren para hacer seguimiento a la Prestación de Servicios de Salud en el marco del SGSSS. Su objetivo es servir de herramienta para la determinación del perfil de morbilidad y producción de servicios. Si bien se hacen incesantes esfuerzos por obtener información que permita la más adecuada planeación y organización de la prestación de servicios de salud, se ve limitada por la calidad en el registro y las restricciones del Sistema de Información actual, por lo cual la ESE continua realizando los esfuerzos para promover la oportunidad y calidad del registro generado por la atención en salud.

Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

INDICADOR	FORMULA
8. Utilización de información de registro individual de prestaciones-RIPS	Utilización de información del registro individual de presentaciones-RIPS
<b>LÍNEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: 4	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	
Meta año 1: 4 informes presentados Meta año 2: 4 informes presentados Meta año 3: 4 informes presentados Meta año 4: 4 informes presentados	
<b>ESTRATEGIAS</b>	
✓ Analizar y socializar los resultados de la facturación de manera trimestral.	
<b>ACTIVIDADES</b>	

- Capacitar a los funcionarios de estadística, facturación y sistemas en el uso de la herramienta de análisis para los RIPS y su forma de presentación ante la junta directiva.
- Estandarizar el proceso de generación de informes a partir del Registro Individual de Prestaciones
- Evaluar la calidad del Registro Individual de Prestaciones, para la generación del informe por parte del área de Planeación.
- Mantener actualizado el Perfil Epidemiológico Institucional.

**INDICADOR No. 9:** Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo

Este indicador permite evaluar que la financiación de los gastos incluyendo las cuentas por pagar de las vigencias anteriores, comparado con el recaudo de ingresos recaudados durante la vigencia, incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores permanezca en equilibrio.

FORMULA	
INDICADOR	
9. Resultado equilibrio presupuestal con recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia, con c x c vigencias anteriores / valor de la ejecución de los gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores
<b>LÍNEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: 0.88	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	
Meta año 1: Mayor a 0.91 Meta año 2: Mayor a 1 Meta año 3: Mayor a 1 Meta año 4: Mayor a 1	
<b>ESTRATEGIAS</b>	
✓ Fortalecimiento e implementación de una unidad que integre y dirija los Procesos de Facturación Recaudo y Cartera.	
<b>ACTIVIDADES</b>	

- Planeación del presupuesto basado en recaudo
- Definir el programa de oferta de servicios acorde a capacidad instalada.
- Verificar contratación actual y definir políticas de ventas de servicios.
- Maximizar la productividad de la capacidad instalada.
- Realizar inducción, seguimiento y evaluación del proceso de facturación
- Evaluar el plan anual de compras y su comportamiento.
- Aplicación de acciones para la gestión y recaudo de cartera
- Implementar un Plan de Austeridad del Gasto
- Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados.
- Optimizar los costos
- Realizar proceso de saneamiento contable
- Cumplir con el pago de los compromisos de las cuentas por pagar
- Fortalecimiento e implementación de una unidad que integre y dirija los Procesos de Facturación Recaudo y Cartera.

**INDICADOR No. 10:** Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya

Con el fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, se reporta información relacionado con indicadores de calidad y financieros a la Superintendencia Nacional de Salud.

INDICADOR	FORMULA
10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la superintendencia nacional de salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento en términos previstos
<b>LÍNEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: No cumple	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	
Meta año 1: oportunidad en la entrega Meta año 2: oportunidad en la entrega Meta año 3: oportunidad en la entrega Meta año 4: oportunidad en la entrega	
<b>ESTRATEGIAS</b>	
✓ Fortalecimiento del sistema de información de la Institución.	
<b>ACTIVIDADES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustar el sistema de información que permita generar información confiable.</li> <li>• Realizar análisis y retroalimentación a los datos arrojados por el sistema.</li> <li>• Establecer planes de mejora permanente a la información.</li> <li>• Reportar de manera oportuna los informes solicitados en el aplicativo de la Superintendencia Nacional de Salud. Circular Única</li> <li>• Presentar los Informes dentro de los términos legales</li> </ul>	

**INDICADOR No. 11:** Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya

En relación a estos indicadores el Hospital cumple con los plazos establecidos. Sin embargo, se propone fortalecer la consistencia de la información mediante la revisión y depuración de datos.

INDICADOR	FORMULA
11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004, ola norma que la sustituya.	Cumplimiento en términos previstos
<b>LÍNEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: Si cumple	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	
Meta año 1: oportunidad en la entrega Meta año 2: oportunidad en la entrega Meta año 3: oportunidad en la entrega Meta año 4: oportunidad en la entrega	
<b>ESTRATEGIAS</b>	
Fortalecimiento del sistema de información de la Institución.	
<b>ACTIVIDADES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentar los Informes dentro de los términos legales.</li> <li>• Obtener de manera oportuna la información respectiva para el análisis.</li> <li>• Asignar responsables de la información contenida en el Decreto 2193 de 2004.</li> <li>• Realizar análisis y retroalimentación a los datos arrojados por el sistema. Establecer planes de mejora permanente a la información.</li> <li>• Reportar de manera oportuna los informes trimestrales, semestrales y anuales en el aplicativo SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social para la validación por parte de la DLS y envío a Instituto Departamental de Salud de Nariño, quien lo remitirá al Ministerio de Salud.</li> </ul>	

### 11.3 GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

Es la gestión realizada con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria a nivel asistencial, Se define la gestión clínica, como la estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención en salud de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente. Las decisiones clínicas serán de calidad encaminado al cumplimiento de la misión institucional, comprende los indicadores 21, 22, 23, 24, 25, 26.

ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD

- Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas. (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Accidente Cerebro Vascular, Infarto Agudo de Miocardio, Enfermedad Renal Crónica.)
- Población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas. (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Asma)
- Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal. (Caries, Fluorosis, Edentulismo.) Población con riesgo o presencia de cáncer. (Cáncer de Mama, Cáncer de Cérvix, Cáncer de Colon y Recto, Cáncer de Próstata, Cáncer de Pulmón, Cáncer de Estómago, Cáncer de Piel.)
- Población materno perinatal. (Alteraciones y complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio, Interrupción Voluntaria del Embarazo, Embarazo en Adolescentes; Enfermedades Congénitas, Trastornos del Recién Nacido.)
- Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas. (Enfermedades transmitidas por Vectores (ETV): Dengue, Chikunguña, Zika, Chagas, Malaria. ☐ Tuberculosis ☐ Enfermedad Diarreica Aguda e Infección Respiratoria Aguda (Neumonía) en menores de 5 años. ☐ Infecciones de transmisión Sexual: Sífilis, Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Hepatitis B y C.)
- Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento. (Depresión, Epilepsia, Esquizofrenia, Trastorno Afectivo Bipolar, Psicosis, Epilepsia, Espectro Autista, Ansiedad, Trastornos del comportamiento en los niños, Demencia.)
- Población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales (Accidente Rábico y Ofídico)
- Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes. (Artritis Reumatoidea y Enfermedades Neurológicas.)

**INDICADOR No. 21:** Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación

La Organización Mundial de la Salud OMS ha definido como uno de sus objetivos “Hacer progresar la acción de la salud y del bienestar de la madre y del niño y favorecer su actitud de vivir en armonía con un medio en plena transformación”, por consiguiente, los servicios de salud deben enfocarse en el control prenatal de manera integral y el desarrollo de guías de práctica clínica es un esfuerzo prioritario en el logro de este objetivo.

La guía de práctica clínica No. 11-15 junto a La resolución 3280 de 2018 encaminada para la prevención, detección temprana y tratamiento y de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, del Ministerio de Salud y Protección Social, recomienda que la inscripción al

control prenatal idealmente debe realizarse antes de la semana 12, momento de verdad en donde se identifican todos los factores protectores y de riesgo para ser reforzados e intervenidos de manera oportuna para realizar el monitoreo de la salud física y mental de la madre, la cual repercute directamente sobre la salud del feto.

INDICADOR	FORMULA
21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Número de mujeres gestantes a quienes se realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas.
<b>LÍNEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: No hay evidencia de reporte	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	
Meta año 1: Mayor o igual al 0.85 Meta año 2: Mayor o igual al 0.85 Meta año 3: Mayor o igual al 0.85 Meta año 4: Mayor o igual al 0.85	
<b>ESTRATEGIAS</b>	
✓ Fortalecimiento de la Atención en Salud	
<b>ACTIVIDADES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento y cumplimiento de las rutas de atención maternoperinatal.</li> <li>• Canalizar a usuarias embarazadas en los procesos de demanda inducida para los programas de p y p</li> <li>• Identificar en el laboratorio clínico casos positivos para contactar a las usuarias para el ingreso oportuno al control prenatal</li> <li>• Realizar promoción a través de mecanismos de información, educación, y comunicación para el ingreso oportuno de las embarazadas al control antes de la semana 12 de embarazo.</li> <li>• Dar prioridad en la asignación de citas a las gestantes para el ingreso a control prenatal.</li> <li>• Realizar capacitaciones al personal médico, de enfermería y auxiliares de enfermería sobre la norma técnica de detección temprana de alteraciones del embarazo haciendo énfasis en el ingreso antes de la semana 12 de               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ gestación</li> </ul> </li> </ul>	

**INDICADOR No. 22:** Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la E.S.E.

La sífilis congénita en Colombia representa un grave problema de salud pública. Existe una necesidad interna y también un compromiso ante la comunidad internacional para llevar a cabo la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en el país. El plan para la eliminación de la sífilis congénita tiene como propósito reducir la incidencia de la enfermedad para el año 2000 por medio de la detección y el diagnóstico precoz y el

suministro de tratamiento adecuado y oportuno a las mujeres para las gestantes infectadas y la reducción de la prevalencia de sífilis en mujeres en edad fértil.

Entre las estrategias fundamentales para lograr la eliminación de la sífilis congénita están la optimización de la cobertura y la calidad de la atención prenatal mejorando los procedimientos críticos relacionados, considerando que el objetivo del plan es prevenir la transmisión materna de la sífilis al fruto de la gestación, o cuando menos tratarla in útero, y no tan solo detectar y tratar los casos de sífilis en el neonato cuando ya se ha transmitido la infección.

INDICADOR	FORMULA
22. Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	Número de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia
<b>LÍNEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: No hay reporte	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	
Meta año 1: cero casos Meta año 2: cero casos Meta año 3: cero casos Meta año 4: cero casos	
<b>ESTRATEGIAS</b>	
✓ Fortalecimiento de la Atención en Salud	
<b>ACTIVIDADES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener e cero casos d sífilis gestacional y sífilis congénita.</li> <li>• Seguimiento y evaluación de adherencia a Guías de Práctica Clínica.</li> <li>• Evaluar los procesos de inducción y re inducción del Talento Humano e implementar planes de mejoramiento.</li> <li>• Seguimiento, evaluación y socialización de resultados de estrategiasplanteadas.</li> <li>• Articulación de las instituciones y la comunidad. Socializaciones periódicas con el personal médico, enfermería y auxiliares de enfermeríade la guía de manejo para sífilis gestacional y congénita.</li> <li>• Seguimiento estricto de los casos que se presente con sífilis gestacional para verificación de cumplimiento de la guía de manejo.</li> <li>• Evaluación periódica de la utilización de la guía de manejo para sífilisgestacional.</li> </ul>	

**INDICADOR No. 23:** Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son un problema nacional e internacional de salud pública que afecta a la mayoría de naciones, pero tiene un impacto muy importante sobre las poblaciones en situación de vulnerabilidad económica y social y

actualmente son la principal causa de morbimortalidad del país.

Las enfermedades crónicas, se definen como un proceso de evolución prolongada, que no se resuelven espontáneamente y rara vez alcanzan una cura completa, las cuales generan una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Para el año 2023 la enfermedad cardiovascular fue la primera causa de mortalidad en Colombia, por encima de las defunciones provocadas por los homicidios.

De acuerdo a las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el año 2024 estas cinco causas de mortalidad en Colombia siguen predominando en el país en su respectivo orden: Enfermedad isquémica del corazón, agresiones u homicidios, enfermedad cerebrovascular, enfermedades crónicas de las vías respiratorias y Diabetes Mellitus.

La hipertensión arterial contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal y a la mortalidad y discapacidad prematuras. La hipertensión rara vez produce síntomas en etapas tempranas y en muchos casos no se diagnostica. Los casos que se diagnostican a veces no tienen acceso al tratamiento y es posible que no puedan controlar con éxito su enfermedad en el largo plazo.

El Departamento de Nariño y el municipio de Sandoná no son ajenos a esta problemática y a estos datos estadísticos, ya que dentro del perfil epidemiológico 2023 las Enfermedades Crónicas no Transmisibles hacen parte de las primeras causas de morbilidad de la población y además sus complicaciones son la primera causa de mortalidad, de allí que desde el año 2007 con la expedición de la resolución 4003 de 2008 y su anexo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social se inició con la implementación de un nuevo modelo de atención para la Hipertensión Arterial y la Diabetes mellitus. Esta nueva norma fue el insumo para que en el año 2012 el IDSN fortaleció sus acciones en torno a este grave problema e implementó el Modelo de Prevención del Riesgo Cardiovascular, el mismo que debe ser desarrollado en todo el Departamento y el cual fortalece mucho el accionar hacia el logro de los objetivos para alcanzar las metas de este indicador se inició con la organización del programa de acuerdo a lo estipulado en la resolución 4003 de 2008 y con el modelo de atención del riesgo cardiovascular.

El programa ha sido objeto de muchas auditorías externas realizadas tanto por las EPS como por el Instituto Departamental de Salud de Nariño y por las auditorías internas propias de la Institución y se cuenta con mucha información para describir la situación actual y establecer la línea de base de este indicador.

INDICADOR	FORMULA
23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE/Total de pacientes con Diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE, en la vigencia objeto de la evaluación.
<b>LÍNEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: No hay reporte	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	
Meta año 1: Mayor o igual a 90% Meta año 2: Mayor o igual a 90% Meta año 3: Mayor o igual a 90% Meta año 4: Mayor o igual a 90%	
<b>ESTRATEGIAS</b>	
Articular el Plan Estratégico con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad.	
<b>ACTIVIDADES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer el seguimiento a pacientes hipertensos inasistentes, no compensados, reuertes y con discapacidad que no puedan asistir los controles.</li> <li>• Implementar el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.</li> <li>• Articulación de los procesos de Auditoria Interna del sistema de Gestión de Calidad con sus diferentes acciones correctivas y planes de mejoramiento.</li> <li>• Articulación de los Sistemas de información</li> <li>• Capacitación del personal a cargo del programa.</li> <li>• Socializaciones periódicas con el personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería de la guía de manejo para hipertensión arterial.</li> <li>• Evaluación periódica de la adherencia a guía de manejo de atención de enfermedad hipertensiva.</li> <li>• Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada.</li> <li>• Levantamiento de planes de mejoramiento con los no cumplimiento de la               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ evaluación realizada a las historias clínicas para verificación de las guías de manejo</li> </ul> </li> </ul>	

**INDICADOR No. 24:** Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo

El 90% del desarrollo físico y psíquico, ocurre durante los primeros años de vida; esto quiere decir, que el ser humano sólo tiene una oportunidad de desarrollarse y ésta debe protegerse hasta donde sea posible.

Las enfermedades perinatales, las infecciones respiratorias agudas, las diarreas, las enfermedades inmuno - prevenibles, los accidentes y la desnutrición, todavía son la causa de muchas muertes Colombia. Éstas y otras enfermedades y problemas como la carencia

afectiva, el retardo mental, las enfermedades bucales, las alergias y trastornos visuales y auditivos, impiden el bienestar de los niños y de las niñas y dificultan su desarrollo. Las mencionadas situaciones se pueden prevenir y controlar a través de la vigilancia y el acompañamiento adecuado del proceso de crecimiento y desarrollo.

Por estas razones, es necesario asumir un compromiso social que dé la máxima prioridad a los niños y las niñas, que permita un abordaje más equitativo, le asigne a la niñez los recursos suficientes para la promoción y fortalecimiento de los factores protectores, la prevención y control de los factores de riesgo, para lograr así, el mejoramiento de su salud, bienestar y calidad de vida.

“Los niños son seres únicos e irrepetibles, gestores de su permanente proceso de crecimiento y desarrollo y los adultos, tenemos el compromiso ineludible de acompañarlos con inteligencia y amor en este proceso: El Niño Sano”

Dentro de los programas priorizados en la gestión de calidad se ha priorizado la atención a niños y niñas con fundamento en la prevalencia de estos derechos sobre los derechos de los demás y porque este grupo de población se encuentra clasificado como población vulnerable.

Este programa ha sido objeto de muchas auditorías externas realizadas tanto por las EPS como por el Instituto Departamental de Salud de Nariño y por las auditorías internas propias de la Institución y se cuenta con mucha información para describir la situación actual y establecer la línea de base de este indicador.

INDICADOR	FORMULA
24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	Número de Historias Clínicas de niños(as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/ Total de niños(as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo e la ESE en la vigencia.
<b>LÍNEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: No hay reporte	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	
Meta año 1: Mayor o igual a 80% Meta año 2: Mayor o igual a 80% Meta año 3: Mayor o igual a 80% Meta año 4: Mayor o igual a 80%	
<b>ESTRATEGIAS</b>	
Articular el Plan Estratégico con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad.	
<b>ACTIVIDADES</b>	

- Socializaciones periódicas con el personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería de la guía de manejo para crecimiento y desarrollo.
- Evaluación periódica de la adherencia a guía de manejo de atención de Detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo.
- Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada.
- Levantamiento de planes de mejoramiento con los no cumplimientos de la evaluación realizada a las historias clínicas para verificación de las guías de manejo.

**INDICADOR No. 25:** Reingresos por el servicio de urgencias.

Este indicador da cuenta de la calidad de la atención en términos de la racionalidad técnica, científica y efectividad del diagnóstico y tratamiento aplicados en la atención del paciente, así como con la capacidad resolutoria de la institución en la educación del paciente. Este indicador permite hacer el seguimiento al tratamiento dado por el médico tratante y el autocuidado realizado por el paciente o cuidadores del paciente.

Las fallas en la calidad de la atención en salud en el servicio de urgencias contribuyen al incremento de la morbilidad, mortalidad, secuelas y discapacidad.

INDICADOR	FORMULA
25. Reingresos por el servicio de urgencias.	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas/Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo.
<b>LÍNEA BASE</b>	
Resultado informe de gestión 2023: 0.04	
<b>METAS PARA EL CUATRIENIO</b>	
Meta año 1: Menor o igual a 0,03	
Meta año 2: Menor o igual a 0,03	
Meta año 3: Menor o igual a 0,03	
Meta año 4: Menor o igual a 0,03	
<b>ESTRATEGIAS</b>	
✓ Articular el Plan Estratégico con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad.	
<b>ACTIVIDADES</b>	

- Socializaciones periódicas con el personal médico, enfermería y auxiliares de enfermería de las guías de manejo de las 10 primeras causas de consulta en el servicio de urgencias.
- Evaluación periódica (cada tres meses) de la adherencia a guías de manejo de atención de las principales causas de consulta por urgencias.
- Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada.
- Levantamiento de planes de mejoramiento con los no cumplimientos de la evaluación realizada a las historias clínicas para verificación de las guías de manejo.
- Realizar educación al usuario en el servicio sobre el autocuidado referente a la patología por la que consulta.

**INDICADOR No. 26:** Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general

La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutive es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en la baja complejidad contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuya la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.

El tiempo de respuesta en una Institución Prestadora es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento. La monitorización de este indicador puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a la IPS de su preferencia y para la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de oferta en el primer nivel. Igualmente incentiva a las IPS a implementar las acciones de mejoramiento que incrementa la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

INDICADOR	FORMULA
26. Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas generales asignadas en la Institución.
LÍNEA BASE	
Resultado informe de gestión 2023: 1 día	

### **METAS PARA EL CUATRIENIO**

Meta año 1: Menor o igual a 3.  
Meta año 2: Menor o igual a 3.  
Meta año 3: Menor o igual a 3.  
Meta año 4: Menor o igual a 3.

### **ESTRATEGIAS**

- ✓ Articular el Plan Estratégico con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad.

### **ACTIVIDADES**

- Ajustar el proceso de asignación de citas
- Implementar la medida de la demanda insatisfecha.
- Articulación de los Sistemas de información.
- Fortalecer el sistema de Información Calidad recolección de los datos mejorar el software para la recolección de datos.
- Aumentar la disponibilidad de citas médicas en caso de ser necesarias.
- Reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda.

La asignación de citas de medicina general no podrá exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud, salvo que el paciente la solicite de manera expresa para un plazo diferente.

### **SISTEMA DE DIFUSIÓN, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS RESULTADOS DEL PLAN DE GESTIÓN.**

El plan de gestión será difundido ampliamente con todo el personal interno y con la externalización de servicios con el fin de que se logre la sensibilización del compromiso que tiene cada uno de los integrantes del Hospital Clarita Santos E.S.E.

La segunda fase consiste en el monitoreo y seguimiento de los resultados del plan de gestión para lo cual se diseñarán los registros necesarios para recolección de la información del día a día y así calcular los resultados parciales de manera mensual y consolidar al final del periodo el resultado final.

En la consolidación parcial y total se realizará análisis y planes de mejoramiento que permitan reducir la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada como un continuo de mejora permanente.

### **APROBACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN POR PARTE DE LA JUNTA DIRECTIVA.**

De acuerdo a lo estipulado en el artículo 72 y 73 de la ley 1438 de 2011, La junta directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Gerente de la E.S.E. para el período 2024-2028.

El Gerente de la E.S.E. presentará a más tardar el primero de mayo de cada anualidad para el cual fue designado, presenta a la Junta Directiva, un informe sobre el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre.

La Junta directiva, una vez haya evaluado y realizado la calificación respectiva, deberá dejar constancia en un acuerdo debidamente motivado, el resultado de la calificación ponderada, el cual debe notificarse al Gerente.

Si la evaluación es insatisfactoria, la junta directiva solicitará al nominador, la remoción del Gerente aún sin terminar el periodo.



**ALVARO ALEJANDRO ERAZO JATIVA**  
GERENTE HOSPITAL CLARITA SANTOS E.S.E.