



**E.S.E HOSPITAL DE  
NAZARETH**

**ALTA GUAJIRA**

**PLAN DE GESTION  
INSTITUCIONAL  
2012 - 2016**



**"SALUD Y BIENESTAR PARA EL PUEBLO WAYUU"**

**ACTUALIZADO SEGÚN RESOLUCION 0743 DEL 2013**



E.S.E. Hospital de Nazareth  
“Salud y Bienestar para el Pueblo Wayuu”

## **JUNTA DIRECTIVA**

**ABEL GIACOMETTO FOMINAYA**

Alcalde Municipal

**VIRGELLY MENDOZA CARRILLO**

Secretaria de Salud Municipal

**CLAUDIA PATRICIA HENRIQUEZ**

Gerente Hospital de Nazareth

**MARIA TERESA ROMERO**

Representante Alianza de Usuarios

**YENDER PEREZ ACEVEDO**

Representante Sector Científico de la Entidad la Entidad

**MAURICIO ARANGO**

Representante Área Administrativa



## PRESENTACION

El Plan de Gestión es un documento que refleja los compromisos que el gerente establece ante la junta directiva y debe incluir como mínimo las metas y actividades en las áreas de gestión de dirección y gerencia, gestión financiera administrativa y gestión clínico asistencial.

Para el Hospital de Nazareth el **Plan de Gestión 2012 –2106** titulado “**Salud y Bienestar para el Pueblo Wayuu**”, se formuló conforme a lo establecido en la resolución 710 del 2012 y los artículos 72 y 74 de la ley 1438 del 2011 y la resolución 0743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección social, así como el Acuerdo de la Junta Directiva No. 007 de 9 Mayo del 2012.

Este referente se constituye un instrumento que permitirá encausar a la administración hacia el buen manejo de las áreas de gestión de dirección y gerencia, financiera administrativa y clínico asistencial, todo dentro de parámetros de eficiencia, eficacia, economía y efectividad para lograr así la satisfacción de las necesidades sociales en salud de los habitantes del corregimiento de Nazareth.

Se plantea como ejes articuladores de la gestión institucional los siguientes:

- Organización de los Procesos Administrativos y Asistenciales.
- Implementación de Sistema de Gestión de Calidad.
- Adecuación y Mejoramiento de las Áreas de Atención.
- Productividad en la prestación de Servicios en Salud.



En este orden de ideas, y consciente de la necesidad de una buena prestación, se plantea una serie de acciones dentro del marco de valores y principios éticos y morales, con un alto sentido humano porque se considera importante que los usuarios se sientan agradables y altamente satisfechos con el servicio prestado.

Uno de los grandes retos presentados es el de tener una rápida transformación organizacional con el fin de estructurar una serie de procesos gerenciales, financieros y asistenciales que permitan alcanzar una alta rentabilidad financiera y social. Para ello es necesario prepararse para enfrentar los retos actuales y futuros y plantear nuevos objetivos, de corto, mediano y largo plazo, que conduzcan al logro de la eficiencia financiera, el equilibrio fiscal y el desarrollo institucional.

Por último, quiero agradecer a Dios, a mi familia, a los funcionarios y a la junta directiva de la ESE Hospital Indígena de Nazareth, por su apoyo para la elaboración de este documento de Gestión institucional.

Original firmado  
**CLAUDIA PATRICIA HENRIQUEZ**  
Gerente



## INTRODUCCION

Los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011 definieron los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión a presentar por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado - ESE del orden territorial.

Posteriormente El Ministerio de Salud y la protección Social expidió la Resolución número 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 o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones”; y que en el artículo 2o de la citada resolución se adoptaron las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del mencionado plan de gestión.

En el año 2013 la resolución 743 de 2013 se modifica la resolución No. 710 de 2012 y se dictaron otras disposiciones. En cumplimiento a lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta el Acuerdo de la Junta Directiva No. 007 de 9 Mayo del 2012, me permito presentar a consideración de la Junta Directiva del Hospital de Nazareth, el contenido del **Plan de Gestión Institucional 2012 – 2016 “Salud y Bienestar para el Pueblo Wayuu” con las actualizaciones que aplican en la entidad.**

El plan contempla el análisis de cada una de las diferentes áreas de gestión, las metas esperadas y los resultados a alcanzar; así como la definición de las acciones a implementar, la asignación de los responsables y de los recursos requeridos, para alcanzar así los estándares propuestos para cada año.

Para el alcance de estos logros se desarrollaran acciones de seguimiento y evaluaciones periódicas con el fin de verificar su respectivo cumplimiento dentro de los términos establecidos.

Para el diseño y elaboración de este plan se hizo necesario tener en cuenta la participación de los usuarios, porque son ellos los que realmente evalúan la calidad de los servicios prestados por la entidad. El plan se elaboró con la colaboración de los funcionarios de una manera responsable, teniendo en cuenta la objetividad de cada uno de los procesos a mejorar.

El desarrollo metodológico a utilizar del presente plan está referido en el anexo No. 2 de la resolución 743 del 2013 y contiene la siguiente información:

- **las Generalidades de la ESE Hospital Indígena de Nazareth.**
- **El diagnóstico de la entidad, con el análisis de las variables contenidas en el Anexo Técnico de la Resolución 743 del 2013.**
- **El establecimiento de las actividades y las metas de gestión por indicadores de gestión.**

### GLOSARIO DE TERMINOS

<b>Plan de Gestión:</b>	Documento que refleja los compromisos que el Director o Gerente establece ante la Junta Directiva de la entidad, dentro de los cuales se debe incluir como mínimo las metas y actividades en las áreas de gestión.
<b>Plan de Auditoria de Mejoramiento de la Calidad:</b>	Entendida como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios.
<b>Plan de Desarrollo Institucional:</b>	Es una herramienta de planificación, en donde una entidad establece un rumbo o camino a seguir, esto a través de la implementación de objetivos y estrategias. Comprende un periodo de 4 años.
<b>Baja complejidad:</b>	Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan, en su mayoría, servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.
<b>Calidad de la Atención de Salud:</b>	Es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
<b>Autoevaluación para el PAMEC:</b>	Es el diagnóstico básico para identificar problemas o fallas de calidad que afectan la organización, o los aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad, tienen determinante importancia para la organización y son susceptibles de mejoramiento. Deberá ser elaborado teniendo en cuenta estándares superiores a los que se



	establecen en el Sistema Único de Habilitación.
<b>Sistema Único de Acreditación:</b>	Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.
<b>Perfil Epidemiológico:</b>	Es el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo.
<b>Morbilidad:</b>	Es la cantidad de personas o individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.
<b>Mortalidad:</b>	Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo de tiempo determinados en relación con el total de la población. Es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada 1.000 habitantes, durante un período determinado (generalmente un año).
<b>UVR:</b>	Es la unidad de medida establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social para cuantificar conjuntamente los distintos procedimientos que realiza una institución de salud. La metodología que utiliza es la asignación de un peso porcentual a cada uno de los diferentes servicios ofrecidos y luego realizar una sumatoria que involucre todos los centros productivos de la institución.



## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
PRESENTACION	2
INTRODUCCION	4
GLOSARIO DE TERMINOS	6
INDICES DE FIGURAS Y TABLAS	10
ASPECTOS GENERALES DEL PLAN	11
I. MARCO JURIDICOS	11
II. CONTENIDO DEL PLAN DE GESTION	13
III. OBJETIVOS GENERAL	14
IV. METODOLOGIA UTILIZADA PARA LA ELABORACION, PRESENTACION Y APROBACION DEL PLAN DE GESTION	16
V. INFORMACION GENERAL	17
VI. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS VS. OFERTA DE SERVICIOS.	22
VII. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION	25
VIII. ARTICULACION DEL PLAN DE GESTION CON EL PLAN DE TERRITORIAL DE SALUD MUNICIPAL	34
1. DIAGNÓSTICO DE LA ENTIDAD, CON ANALISIS DE LA VARIABLES CONTENIDAS EN LA RESOLUCION 743 DEL 2013	35
1.1 Dirección y Gerencia.	35
1.1.1 Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.	35
1.1.2 Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.	36
1.1.3 Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	37
1.2 FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	38
1.2.1 Riesgo Fiscal y Financiero.	38
1.2.2 Evolución del Gasto por Unidad de valor relativo producido	39
1.2.3 Proporción Compras a través de mecanismos electrónicos.	40
1.2.4 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	41

1.2.5 Utilización de información de Registro Individual de prestaciones RIPS.	42
1.2.6 Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	43
1.2.7 Oportunidad en la Entrega del Reporte de Información en Cumplimiento de la Circular Única Expedida por la superintendencia Nacional de Salud.	44
1.2.8 Oportunidad en la Entrega del Reporte de Información en Cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.	45
<b>1.3 CLINICO O ASISTENCIAL</b>	<b>45</b>
1.3.1 Proporción de Gestantes Captadas Antes de la Semana 12 de Gestación.	46
1.3.2 Incidencia de Sífilis Congénita en Partos Atendidos	47
1.3.3 Evaluación de Aplicación de la Guía De Atención de Enfermedad Hipertensiva.	48
1.3.4 Evaluación de Aplicación de la Guía De Atención de Crecimiento y Desarrollo.	49
1.3.5 Numero de Reingresos por el servicio de Urgencias.	50
1.3.6 Oportunidad en la Asignación de Citas de Atención de Consulta Médica General.	51
<b>2. LOGROS PLANTEADOS PARA EL PERIODO DE GERENCIA</b>	<b>52</b>
2.1 ACTIVIDADES GENERALES DEL PLAN DE GESTION.	52
<b>3. METAS GENERALES POR ÁREAS DE GESTIÓN</b>	<b>59</b>
3.1 Dirección Y Gerencia	59
3.2 Financiera Administrativa	60
3.3 Clínico o Asistencial	62
<b>4. PROCESO DE CONTROL Y EVALUACION</b>	<b>63</b>

## INDICES DE FIGURAS Y TABLAS

		Pág.
Figura 1	Ubicación Geográfica	16
Grafico 1	Causas de Mortalidad	28
Grafico 2	Total de la incidencia o prevalencia de la enfermedad.	29
Tabla 1	Datos Demográficos Alta Guajira	23
Tabla 2	Otros Datos Demográficos.	23
Tabla 3	Distribución de la población por Grupos Edad Y Sexo.	24
Tabla 4	Población afiliada al régimen subsidiado a Diciembre de 2011	25

## ASPECTOS GENERALES DEL PLAN DE GESTION

### I. MARCO JURIDICO

- **La ley 10 de 1990:** Donde se definen algunos lineamientos para la descentralización administrativa.
- **La ley 100 de 1993:** Por la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud y se adoptan otras disposiciones y establece los regímenes jurídicos para los afiliados y no afiliados a dicho sistema.
- **La ley 152 de 1994:** Por la cual se establece la ley orgánica del plan de desarrollo y tiene como propósito establecer procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo.
- **Ley 715 del 21 de diciembre de 2004:** define “Las competencias y recursos para los entes territoriales del orden municipal y departamental, destinados para la salud y educación con cargo al sistema de participaciones.”
- **Ley 909 de 2005:** Por la cual se establece los estamentos para regular la Carrera Administrativa.
- **Ley 1122 de 2007:** Por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 1450 de 2011:** Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014.
- **Artículos 72 y 74 de la Ley 1438 del 2011:** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.



- **Decreto 139 de 1996:** Por el cual se establecen los requisitos y funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público y se adiciona el Decreto número 1335 de 1990.
- **Decreto 4445 de 1996:** El cual determina los requisitos esenciales vigentes de los hospitales. Las condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud pública, privada o mixta, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento.
- **Decreto 1876 de 1994:** Hace referencia a la plataforma jurídica de las ESE.
- **Resolución 710 del 2012:** Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración, 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 743 del 2013:** Por medio de la cual se modifica la resolución número 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

## II. CONTENIDO DEL PLAN DE GESTION

De acuerdo a la normatividad colombiana y más específicamente a la resolución 710 de 2012, el Plan de Gestión de la Empresa Social del Estado Hospital Indígena de Nazareth está conformado por las siguientes áreas de gestión:

- ✓ **Área de Dirección y Gerencia:** Contiene las variables relacionadas que contribuyen al alcance de las metas estratégicas tales como: mejoramiento continuo de la calidad, efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en atención en salud y Gestión de Ejecución del plan de Desarrollo Institucional.
- ✓ **b) Área Financiera y Administrativa:** Establece las metas relacionadas con la categorización del riesgo fiscal de la ESE, evolución del gasto por unidad de valor relativo, utilización de la información contenida en los registro individual de presentación RIPS, el cumplimiento en el reporte de la Información circular única según normatividad vigente, Cumplimiento en el reporte de la Información Decreto 2193 y resultado de equilibrio presupuestal, riesgo fiscal y financieros.
- ✓ **c) Área Clínica o Asistencial:** Fija las metas para el cumplimiento en la oportunidad de consultas medicas, Evaluación de Aplicación de la guía De Atención de Crecimiento y Desarrollo, Numero de Reingresos por el servicio de Urgencias, Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación e Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos por la ESE.

### III. OBJETIVO GENERAL DEL PLAN DE GESTION

Implementar un modelo de gestión macro que delimite y dimensione el campo de acción y las líneas de trabajo de la gerencia para el periodo 2012-2016, el cual se complemente con el Plan de Desarrollo y que además de servir como referente institucional permita mejorar y fortalecer la gestión de la entidad, dirigiéndola hacia la sostenibilidad futura y el crecimiento de la empresa.

#### OBJETIVOS DEL PLAN DE GESTION POR AREAS DE GESTION

##### **Dirección y Gerencia.**

1. Iniciar ciclos de mejoramiento continuo para la vigencia 2012 al 2016.
2. Realizar planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación.
3. Cumplir con el 90% de las metas establecidas en los planes operativos anuales de la vigencia 2012 – 2016.

##### **Financiera y Administrativa.**

4. Categorizar a la empresa como una ESE sin riesgo fiscal según reporte del Ministerio de protección social.
5. Conservar el equilibrio de los gastos comprometidos en la institución en relación en relación al número de UVR producidas tomando como referencia el periodo anterior al evaluado
6. Garantizar que las compras de medicamentos se realice a través de mecanismos electrónicos
7. Finalizar los periodos con cero (0) deuda por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios.

8. Rendir informes de los RIPS a la junta directiva para sus respectivos análisis.
9. mantener el equilibrio presupuestal con recaudo.
10. Cumplir oportunamente con la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única.
11. Cumplir oportunamente con el reporte de los informes del decreto 2193 de 2004.

#### **Gestión clínica o asistencial.**

12. Captar el 85% de las gestantes afiliadas ante de la semana 12.
13. Conservar el indicador en cero (0) casos de sífilis congénita en recién nacidos de la institución.
14. Garantizar la aplicación de la guía de manejo de hipertensión arterial de al menos el 90% de los pacientes inscritos en el programa.
15. Garantizar la aplicación de la norma técnica de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo de al menos el 80% de los pacientes inscritos al programa.
16. Mantener el indicador de reingreso al servicio de urgencias por la misma causa y el mismo paciente menor al 3% del total de consultas en la vigencia.
17. Garantizar la oportunidad en consulta externa por médico general en un promedio de no mayor a 3.0 días hábiles.



#### **IV. METODOLOGIA UTILIZADA PARA LA ELABORACION, PRESENTACION Y APROBACION DEL PLAN DE GESTION**

La metodología adoptada por la E.S.E. Hospital Indígena de Nazareth para la elaboración del plan de gestión, comprendió un proceso participativo, en donde se efectuó una recopilación, procesamiento y análisis de datos financieros, datos de mercadeo, procesos asistenciales y desarrollo organizacional para definir los objetivos institucionales, las actividades a realizar y metas anuales por indicador.

La gerencia con lo dispuesto en los artículos 72 y 74 ley 1348 de 2011, La resolución 710 del 30 de marzo y La resolución 743 del 15 de marzo que implementó las condiciones y metodología establecidas para la elaboración, presentación y aprobación del plan de gestión.

Para ello se realizaron de manera coherente y ordenada las siguientes fases:

##### **Fase 1. Preparación.**

En la fase de preparación el equipo de colaboradores, realizó una socialización a todos los empleados de la ESE, en donde se explicó la importancia de establecer unas buenas estrategias y actividades para lograr los estándares propuestos por la norma.

##### **Fase 2. Formulación**

Se identificaron las fuentes de información estadísticas, contables, financieras y clínico asistenciales, y posteriormente se implementó un formato de verificación para el establecimiento de la situación actual de cada indicador para su respectivo análisis. El equipo de trabajo entró a definir las actividades y metas a alcanzar para el respectivo periodo gerencial.

##### **3. Fase de Aprobación**

Una vez presentado el Plan de Gestión la Junta Directiva tendrá 15 días hábiles para aprobarlo de no ser así se entenderá por aprobado. El plan antes de aprobado esta sujeto a modificaciones, todo dentro de los términos establecidos por la ley 1438 de 2011.

##### **4. fase de Evaluación**

La evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión que debe presentar el Director o Gerente, se hará más tardar el 1o de abril de cada año, deberá realizarse sobre los resultados obtenidos entre el 1o de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior.

## V. INFORMACION GENERAL

La E.S.E. Hospital de Nazareth fue constituida por acuerdo del Concejo municipal de Uribia N° 037 del 15 de diciembre de 1995 y actúa como tal desde el 28 diciembre de 2007 cuando entró en pleno funcionamiento su junta directiva. Su NIT es el N° 892115347-1. Fue inscrito en el proceso de habilitación con radicado N° 00401 y el código 4484700401-01 para la habilitación de los servicios.



Actualmente nos encontramos ubicados en el corregimiento de Nazareth Alta Guajira, municipio de Uribia.

### MISION

Somos una Empresa Social del Estado (E.S.E.), que vela por el bienestar de los Wayuu en la Alta Guajira, mediante la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad, a través de una red conformada por centro de atención,

disponiendo de un personal idóneo y comprometido, con tecnología biomédica adecuada buscando la satisfacción y el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios.

### VISION

Ser la empresa líder de primer nivel de atención en el Departamento de la Guajira, con miras a mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud, basando nuestra gestión en políticas institucionales efectivas y estrategias gerenciales con personal capacitado y tecnología de punta, con una estructura organizacional eficiente, lo cual se verá reflejado en la satisfacción y el bienestar el paciente y que nos permita posicionarnos en el 2016 como una institución competitiva y responsable con nuestro entorno.

## VALORES.

**Compromiso:** Es lo que transforma una promesa en realidad, es la palabra que habla con valentía de nuestras intenciones, es la acción que habla más alto que las palabras.

**Equidad con Justicia:** Consiste en reconocer, respetar y hacer valer el derecho de los demás, velar en que no se cometan atropellos contra los otros o contra sí mismo. Estar dispuesto a defender los derechos con energía.

**Ética:** Es el comportamiento como trabajador, donde se procura que la salud no sea tan solo un servicio público, sino un derecho prestado dentro de los parámetros de la calidad.

**Honestidad:** Actuar con pudor, decoro y recato en la relación con la calidad del trabajo, el compromiso con el hospital y el desarrollo de nuestras funciones, dando ejemplo de rectitud ante los demás servidores públicos, ante los usuarios, ante la comunidad en general y ante los entes de control y vigilancia.

**Pensamiento Proactivo:** Todas las personas tienen talento y la capacidad suficiente para ser creativos, con voluntad para anticipar el futuro y para responder con éxito a los nuevos retos de la salud.

**Respeto a la Diferencia:** Entender que las ideas divergentes y diferentes hacen que las personas ganen en dignidad, en autonomía y autoestima; por ello se asume que el dialogo claro y transparente entre diferentes culturas marca la diferencia para concertar el bien individual y colectivo.

## PRINCIPIOS

**Humanización:** Es el principio que nos permite ser conscientes de que estamos tratando con seres humanos y que debemos atenderlos de manera integral, respetando en todo momento su condición cultural y sus pensamientos, para hacer del hospital una extensión de su propio hogar en el que se procure minimizar, hasta donde sea posible, el sufrimiento que ya de por sí causa el dolor y la enfermedad.

**Participación Comunitaria:** Prestamos servicios de salud con enfoque intercultural como una función pública teniendo presente que la salud es un derecho fundamental con la participación activa de la comunidad.

**Planificación:** Enfocamos los recursos disponibles al cumplimiento de nuestra misión, ejerciendo el control gerencial de conformidad con los procesos y procedimientos establecidos en la Ley.

**Seguridad del paciente:** Tender a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar su consecuencia, partiendo de la premisa básica que explica que los humanos son falibles y los errores esperables. Los errores se ven como consecuencia y no como causas, teniendo sus orígenes en factores que son ajenos al paciente y al profesional.

**Solidaridad:** Es el sentimiento que nos impulsa a prestarnos ayuda mutua, adoptando una forma de comportamiento que genere beneficios para la vida individual, colectiva e institucional.

## PORTAFOLIO DE SERVICIOS



- Atención de Urgencias 24 Horas.
- Consulta Externa.
- Hospitalización.
- Atención Odontológica.
- Laboratorio Clínico.
- Promoción y Prevención.
- Telemedicina

El Hospital está integrado a la red de servicios públicos y privados del Departamento de la Guajira y desempeña un papel fundamental en la atención a las comunidades



Wayuu de la Alta Guajira ya que no existen en la zona otros centros de atención. Para ello el hospital cuenta con su centro sede, centros de salud y los puestos de salud estratégicamente ubicados en la amplia extensión de estos territorios, además con un grupo de agentes de salud y con líderes comunitarios previamente adiestrados que realizan vigilancia epidemiológica.

Las referencias y contra referencias se realizan con las entidades de mas complejidad del sistema nacional de salud. Es asesorado, controlado y vigilado por la Secretaría Departamental de salud y se guía con las normas nacionales que dictan el Ministerio de la Protección Social y los entes de control nacional. Manteniéndose así en armonía con el sistema sin perjuicio de las condiciones propias de un entorno cultural especial y muy particular determinado por la cultura en que se ocupa.

El Hospital posee servicio de acueducto y energía propia, planta de energía solar y un sistema de comunicaciones de radio que permite la comunicación con Centros y Puestos de Salud, y con sus vehículos. Igualmente la región cuenta con una instalación en el sistema de telefonía celular que permite la comunicación con las ciudades donde están los centros de acopio, bancarios financieros, de asesoría y supervisión, centros normativos, de poder político y las E.P.S RS del sistema con las cuales se firman los respectivos contratos.

El hospital está además completamente sistematizado en todos sus servicios y goza del servicio de internet para la comunicación, información, educación y capacitación continua.

Fue inscrito en el proceso de habilitación con radicado N° 00401 y el código 0 4484700401-01 para habilitación de los servicios de salud y su sistema de Centros, Puestos y Promotores de salud presta actualmente los servicios de Hospitalización Adulto y pediátrico, Consulta Externa, Odontología, Medicina General, Atención Extramural, Urgencias y Pequeñas Cirugías, Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnosticas, Medicamentos, Promoción y Prevención, Vigilancia Epidemiológica, Transporte Asistencial Básico, Nutrición.

Bajo la coordinación técnica y administrativa del Hospital de Nazareth funcionan en la Alta Guajira los centros de salud de Puerto Estrella, Siapana, Paraíso, Warpana, Villa Fátima, Poropo y Flor de la Guajira.

Igualmente existen construidos sin dotación y sin personal los puestos de salud de Tres bocas, Tawaira, Ichipá, Arepiapá, Guarerpá, Guarerpá Chiquito, Santa Rosa, Buenos Aires, Italia, Paraguaipoa, Marquetalia, Romana, Flor del Paraíso y Bahía Honda.

El Hospital de Nazareth, los Centros de Salud, los Puestos de Salud y el grupo de Promotores Rurales constituyen la red de servicios de salud en la Alta Guajira. Esta es coordinada y administrada desde el Hospital de Nazareth de acuerdo a las normas y pautas vigentes del Ministerio de Salud, el Departamento Administrativo de Salud y de las organizaciones comunitarias.

## VI. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS VS. OFERTA DE SERVICIOS.



**La E.S.E HOSPITAL INDIGENA DE NAZARETH**, tiene como uno de sus principales retos la transformación organizacional con el fin de estructurar una serie de procesos gerenciales que le permita hacer una óptima programación e inversión de los recursos financieros, técnicos y humanos con que cuenta para alcanzar una alta rentabilidad financiera y social.

En teoría, la Institución cree que apoyándose en la historia y capacidad de adaptación, se deben superar las limitaciones propias y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, (SGSSS), prepararse para enfrentar los retos futuros y plantearse nuevos objetivos, de corto, mediano y largo plazo, que conduzcan al logro de la autosuficiencia financiera y equilibrio fiscal, orientando el gasto eficiente y transparentemente y posicionando con sus acciones la credibilidad institucional. Todas estas condiciones apoyan la prestación de un servicio hospitalario de calidad como lo requiere el Corregimiento de Nazareth y sus zonas aledañas.



En el Hospital de Nazareth la actual administración identificó la necesidad de mejorar el desarrollo de la institución mostrando gran voluntad de los actores involucrados con la intención de invertir en el desarrollo de todas las áreas del Hospital.

Para ello se pretende articular el presente Plan de Gestión con el Plan de desarrollo Institucional y los Planes Operativos Anuales, todos ellos herramientas vitales de planeación y control estratégico, pero además no puede dicho documento plantearse desarticuladamente fuera del Plan Territorial de Salud Municipal de Uribe, por lo que la institución se propone servir para alcanzar las metas inmersas en el PTS Municipal y Departamental.

El municipio de Uribe posee una población de 116.000 habitantes de acuerdo con la proyección del DANE. De este total, la E.S.E HOSPITAL DE NAZARETH dentro de su zona de influencia le corresponde proteger en salud y brindar atención a una población total de 50.322 habitantes, ubicados en diferentes corregimientos cercanos a la institución los cuales son: Nazareth, Puerto Estrella, Siapana, Taguaira, Villa Fatima, Paraiso, Warpana y Flor de la Guajira. Dentro de esta zona la población existente está conformada netamente por familias pertenecientes a la etnia Wayuu (100%).

La visión de la actual gerencia, pretende dar inicio al esfuerzo de delinear los contornos de un pacto para la modernización y renovación de la ESE Hospital de Nazareth, apoyandose en su trayectoria, patrimonio y en los principios de la entidad, fundamentales e inherentes a su naturaleza como son: la calidad, la eficiencia, la equidad, el compromiso social, la solidaridad y la justicia.

La característica de “EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO” le otorga al hospital unas ventajas en materia de autonomía administrativa y manejo de recursos propios, factores que además se ven respaldados por la atención que el centro presta a la población de la etnia Wayuu, pues las leyes colombianas dan reconocimiento suficiente para que el estado destine un porcentaje de su gasto en salud para contratar con la ESE Hospital de Nazareth, la prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable de la alta Guajira, y hasta ahora se ha encontrado un gran respaldo por parte del ente territorial.

En el Hospital de Nazareth se encuentra asignada una población total de 31.446 usuarios del régimen subsidiado.



Lo que quiere decir que del total de la población el 62% esta cubierto en salud y un 28% se encuentra en otros tipos de regímenes. Las EPS que tienen contratación con la institución para atender la población beneficiaria del régimen subsidiado son: Anas Wayuu con 13.993 afiliados, Caprecom con 3.381, Dusakawi con 5.891, Comfaguajira con 2.567, Comparta con 4040, Ambuq con 1.200 y Salud Vida con 324 afiliados.



Es importante destacar que la E.S.E Hospital de Nazareth, es la única institución que presta servicios de atención en salud en su zona de influencia, además tiene una gran aceptación por parte de la comunidad wayuu, identificándola como una institución propia de su etnia, ya que allí se le entiende y atiende a partir de sus usos y costumbres

Todo lo anterior está demostrado con las estadísticas que maneja la ESE en materia de atención en los diferentes centros que para el año 2011 mostraron los siguientes resultados: Consulta externa de 43.264, consulta medicina general urgentes 2.505, partos 4.83; citologías 2.215, hospitalización 1.066; imágenes y diagnostico 754; dosis de biológicos aplicadas 32.464; y laboratorios 15.160.

En la atención se hizo énfasis en verificar por sentido, las condiciones de bienestar de los usuarios, tales como vivienda, servicios públicos, alimentación, nivel de escolaridad, sitio de trabajo, medios de transporte y vías de acceso, aspectos que en oportunidades se comparan con los RIPS, la información de riesgos epidemiológicos y el sistema de referencia y contra referencia.

Se entiende como empresa que hay factores que perjudican el normal desarrollo de las actividades sobre todas aquellas llamadas extramurales, como son las condiciones de las vías de acceso, la violencia, los factores socioculturales, la dispersión de las comunidades, pero el gran afán es dejar atrás todos esos inconvenientes que pueden alterar la intención de convertir la ESE en una institución que aporte al desarrollo y al

crecimiento de la región, por ello después de realizar un estudio minucioso, concienzudo, se concluye que la mejor manera de derrotar esos factores amenazantes es aprovechando las grandes fortalezas que se tienen como el recurso humano, ponerse a disposición de la comunidad e implementar estrategias que contribuyan a brindarles una mejor calidad de vida a los indígenas wayuu.

## VII. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION.

### Caracterización Socio - demográfica de la Población



La población que vive en la Alta Guajira pertenece a la etnia Wayuu y presenta características particulares tales como:

- A. Organización social tradicional matrilocal dispersa.
- B. Idioma Wayunaiki
- C. Economía de subsistencia: pastoreo, agricultura esporádica, pesca rudimentaria y desprestigiada, lucha incesante contra la sequía
- D. Economía de subsistencia: pastoreo, agricultura esporádica, pesca rudimentaria y desprestigiada, lucha incesante contra la sequía.
- E. Prevalencia intacta del derecho Wayuu que determina, evalúa y perpetúa todas las relaciones sociales autóctonas y de alguna manera somete a los extraños que pretenden actuar sobre ella.

- F. Fenómeno migratorio constante, por las razones económicas antes descritas y que ha devenido en un ya avanzado proceso de aculturación por parte de la "civilización mayor".
- G. La etnia Wayuu mantiene vigentes ricos elementos de su propia cultura y entre ellos, la demanda de su propia medicina chamánica, plena de ritos y símbolos mágicos.
- H. La demanda por los servicios de tipo occidental continúa siendo un arduo trabajo para su aceptación e integración a su cultura.

### **DATOS DEMOGRÁFICOS ALTA GUAJIRA**

<b>Datos</b>	<b>Cantidad</b>
No. de familias	7.189
No. de Rancherías	230
No. de Habitantes	50.322
No. de habitantes por familia	7
No. de familias por ranchería	31
No. de habitantes por ranchería	218
Índice de crecimiento	5.3%
<b>Tabla No 1</b>	

### **OTROS DATOS DEMOGRÁFICOS.**

<b>Datos</b>	<b>Cantidad</b>
No. de nacimientos	540
No. de nacidos vivos	534
No. de Muertes	67
<b>Tabla No :2</b>	

## DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS EDAD Y SEXO.

Alta Guajira área de influencia del Hospital de Nazaret 2011								
Región	Totales	<1 Año	De 1 a 4 Años	De 5 a 14 Años	De 15 a 44		De 45 a 59 años	De 60 y Mas Años
					Hombres	Mujeres		
NAZARETH	11994	335	1035	3019	2675	2696	1030	1205
PUERTO ESTRELLA	7854	162	659	1992	1669	1911	695	765
TAGUAIIRA	1889	35	237	465	397	392	160	203
SIAPANA	6089	63	344	1326	1477	1517	668	693
VILLA FATIMA	5502	88	415	3336	1315	1308	431	609
PARAISO	9316	80	384	2291	2332	2353	887	990
WARPANA	3959	75	288	1025	952	912	335	372
FLOR DE LA GUAJIRA	3720	23	267	777	876	974	405	399
<b>TOTALES</b>	<b>50322</b>	<b>862</b>	<b>3629</b>	<b>12229</b>	<b>11693</b>	<b>12061</b>	<b>4612</b>	<b>5236</b>

**Tabla No: 3**

### POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO A DICIEMBRE DE 2011

EPS-S	NUMERO	% SOBRE AFILIADOS	POBLACION 2011	COBERTURA
ANAS WAYUU	13985	41.6		
DUSAKAWI	5899	17.5		
CAPRECOM	4253	12.6		
COMPARTA	4271	12.7		
COMFAGUAJIRA	3464	10.3		
SALUDVIDA	327	1.0		
AMBUQ	1200	3.8		
<b>TOTAL</b>	<b>33651</b>	<b>100</b>		

**Tabla No: 4**

#### Riesgos Biológicos

Presencia de grupos de riesgo como menores de 5 años, embarazadas y ancianos, expuestos a patologías como infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, tuberculosis y desnutrición, sin ninguna protección especial y sin recursos económicos propios.

#### Riesgo de comportamiento.

- Actitud cultural frente a ciertas costumbres de higiene y saneamiento.
- Actitud cultural ante la medicina occidental y sus prácticas técnicas.
- Presencia de su propio idioma como barrera para la educación sanitaria.
- Actitud occidental frente a sus valiosas prácticas autóctonas.
- Aculturación como vehículo para la introducción de patologías y hábitos nocivos tales como alimentación inadecuada, tabaco, alcohol etc.
- La extrañeza y oposición aún presentes entre las dos culturas

Población excesivamente dispersa por la necesidad del pastoreo en grandes extensiones por la pobreza de los suelos y sobre-pastoreo a que han sido sometidos.

### **Implicaciones**

Una dura, seca, árida, desértica y canicular tierra es la morada ancestral del Wayúu. Algunos acuíferos naturales escasos, especialmente en el área de Nazareth, Guajarima y Sipanao permiten a estas excepcionales regiones sobrevivir en los duros períodos de sequía.

Estas adversas circunstancias del entorno geográfico son de por sí un grave riesgo para la comunidad y solo una efectiva promoción y adecuación de la salud podrá atenuar en algo las consecuencias.

Accidentes, terremotos, deslizamientos e inundaciones son muy improbables en el territorio de la Alta Guajira. Otras características son potenciales factores de riesgo. La localización dispersa dificulta enormemente actividades que en un momento dado requieren de población concentrada para acciones de promoción, prevención y asistencia, haciendo imposible la localización de servicios para provisión de agua, saneamiento básico e instituciones asistenciales, educativas u otras.

El idioma no permite una comunicación eficaz y fluida para los procesos de educación en salud. El fenómeno migratorio obstaculiza la optimización de los programas, la inmunoprevención y toda actividad que exija un seguimiento periódico.

La aculturación ha introducido en las sanas costumbres ancestrales modificaciones nocivas en la alimentación autóctona, primitivamente bien conformada y balanceada, además de la introducción de hábitos extraños, como el consumo de bebidas alcohólicas foráneas, el hábito de fumar (desconocido para ellos). La consecución de alimentos en el comercio los ha alejado de la caza, la pesca, la recolección de frutos y aún de las siembras.

La oferta de dos tipos de cultura médica produce eventualmente indecisiones, ansiedad y deserción, dejando los procesos de prevención, terapéuticos y de rehabilitación incompletos.

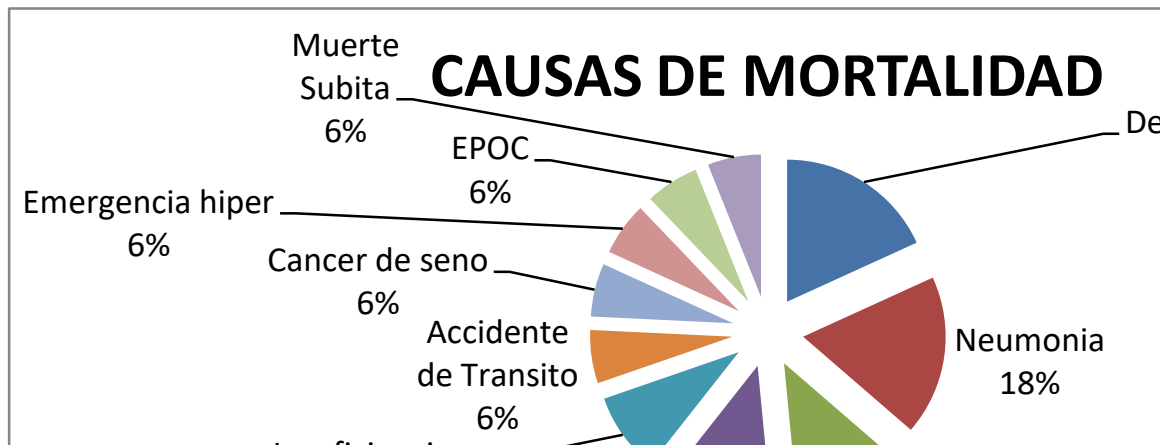
De todas maneras, estos factores condicionantes del comportamiento, si bien pueden oponerse a nuestro concepto moderno de territorios saludables, deben ser abordados a través de disciplinas sociales que articulen o adicione elementos al propósito general, que en último término es el Wayuu sano y en armonía con su tierra y su cultura. Salud y armonía son criterios que tan sólo él puede definir.

## Perfil Epidemiológico

### Diez Primeras Causas de Morbilidad año 2011

EVENTOS DE MORTALIDAD GENERAL												
N <sup>o</sup>	DIAGNOSTICO	CODIGOS	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 49	50 a 59	60 y Mas	Tota l		
1	DESNUTRICION CRONICA	E440	1		1				4	6		
2	NEUMONIA	J189		2					4	6		
3	CANCER GASTRICO	C161							4	4		
4	VARICELA COMPLICADA	B018	1	1					2	4		
5	INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA	I509				1			2	3		
6	ACCIDENTE DE TRANSITO	V99X				1	1			2		
7	CANCER DE SENO	D059					1		1	2		
8	EMERGENCIA HIPERTENSIVA	I110							2	2		
9	EPOC	J440							2	2		
10	MUERTE SUBITA NO ESPECIFICADA	I461							2	2		
		TOTAL	2	3	1	1	2	0	1	0	23	33

FUENTE: Oficina de estadística, E.S.E Hospital de Nazareth.



**Grafico No 1**

La desnutrición sigue siendo la principal causa de muerte en la población de la zona de influencia del Hospital de Nazareth, como factor predisponente en la prevalencia e incidencia de este indicador, están los factores socioculturales que no permiten que dicha patología sea erradicada en su totalidad. Al implementar estrategias que traten la causa entendiéndola desde un contexto biosicosocial, podemos dar el primer paso para disminuir la presencia de patologías que causen muerte en nuestra población.

INFORME ESTADISTICO DE ENERO A DICIEMBRE 2011									
EVENTOS DE MORBILIDAD/CONSULTA EXTERNA									
DESCRIPCIONES			GRUPO ETAREO						
Nº	CODIGO	N DEL DIAG	< 1 Año	1 a 4 Años	5 a 14 Años	15 a 44 Años	45 a 59 Años	60 Y Mas	TOTAL
1	K00 - K93	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	18	1904	8042	7237	1053	776	19030
2	J00 - J99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1636	5255	6358	3754	687	586	18276
3	A00 - B99	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	766	2907	3658	2312	495	407	10545
4	M00 - M99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	0	7	84	1444	929	1483	3947
5	L00 - L99	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	431	928	807	707	202	176	3251
6	N00 - N99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	59	98	111	1337	278	159	2042
7	H00 - H59	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	43	75	97	271	191	215	892
8	H60 - H95	ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	29	68	178	280	76	69	700
9	I00 - I99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	0	4	8	68	161	430	671
10	G00 - G99	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0	0	35	489	78	41	643
<b>TOTAL</b>			<b>2982</b>	<b>11246</b>	<b>19378</b>	<b>17899</b>	<b>4127</b>	<b>215</b>	<b>59997</b>

**FUENTE:** Oficina de estadística, E.S.E Hospital de Nazareth.



Dentro de las tres primeras causas de morbilidad están las ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO, ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO y CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS. Si se compara el total de la presencia de enfermedad a corte diciembre de 2011, se puede observar que el porcentaje de incidencia de dichas patologías sobre el total de la incidencia y prevalencia de las enfermedades es el siguiente:

### Total de la incidencia o prevalencia de enfermedad/ total de las 10 primeras causas de morbilidad

total de las 10 primeras causas de morbilidad

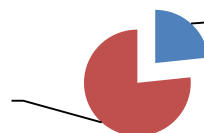


**Grafico No 2**

Enfermedades del Sistema Digestivo es del 24 % sobre el total de la incidencia y prevalencia de las diez primeras causas de morbilidad del área de influencia del Hospital de Nazareth, es un indicador alto, posiblemente debido a la falta de implementación de estrategias de Promoción y Prevención.

### Total de incidencia o prevalencia de la enfermedad / total de las 10 primeras causas de morbilidad

Total de incidencia o Prevalencia de las 10 primeras causas de morbilidad



Enfermedades del Sist. Respiratorio  
23%

**Grafico No: 3**

Enfermedades del Sistema Respiratorio es del 23 % sobre el total de la incidencia y prevalencia de las diez primeras causas de morbilidad del área de influencia del Hospital de Nazareth, al igual que el anterior indicador la falta de la implementación de Charlas Educativas, la poca utilización de la estrategia IEC, facilitan la presencia de la enfermedad.

## Total de incidencia o Prevalencia de Enfermedad / Total de las 10 primeras de morbilidad

Total de las 10



**Grafico No 4**

Ciertas Enfermedades Infecciosas y Parasitarias es del 15 % sobre el total de la incidencia y prevalencia de las diez primeras causas de morbilidad del área de influencia del Hospital de Nazareth.

Estas patologías presentan grandes indicadores de incidencia o prevalencia en los datos estadísticos de la E.S.E, posiblemente porque aun no se han implementado políticas públicas contundentes que ayuden a mitigar o minimizar la presencia de la enfermedad, entendiendo que factores culturales, de extrema pobreza, de falta de empleo, poco oportunidad de acceso a las comunidades etc., hacen posible que cada día se presenten patologías que afectan la calidad de vida de la población en su gran mayoría indígenas wayuu.

## **VIII. ARTICULACION DEL PLAN DE GESTION CON EL PLAN DE TERRITORIAL DE SALUD MUNICIPAL**

El Plan Territorial de Salud del municipio de Uribia 2012 – 2016, establece de manera concreta los siguientes objetivos:

- ✓ Mejorar el estado de salud de la población.
- ✓ Evitar a la población la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos frente al riesgo de enfermar.
- ✓ Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica
- ✓ Disminuir las inequidades territoriales en salud.

La E.S.E Hospital Indígena de Nazareth en pro del bienestar y del mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del municipio de Uribia Alta Guajira, ha decidido articular su accionar de forma directa y transversal con los demás integrantes del sector salud. Esto permite establecer estrategias conjuntas para disminuir los altos riesgos, generar cambios de hábitos y estilos de vida más saludable y obtener resultados más efectivos y eficientes para la situación de salud de los habitantes perteneciente a la zona de influencia del Hospital.

La ESE contribuirá a través de la implementación de sus estrategias a:

- ✓ Garantizar la calidad de los servicios en salud de manera accesible y oportuna.
- ✓ Suscribir convenios interadministrativos con el municipio.
- ✓ Dar cumplimiento a las metas inmersas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y envío de los informes requeridos por la Secretaria de Salud Municipal.

## **1. DIAGNÓSTICO DE LA ENTIDAD, CON ANALISIS DE LA VARIABLES CONTENIDAS EN LA RESOLUCION 743 DEL 2013**

El presente documento presenta las condiciones actuales en las que se encuentra la institución en el momento de presentar el nuevo plan gerencial, haciendo un minucioso análisis de cada una de las áreas de gestión establecidas por la resolución 710 del 2012 como se explica a continuación.

### **1.1. DIRECCION Y GERENCIA.**

Esta área de gestión comprende las dimensiones estratégicas de los objetivos plasmados a nivel organizacional. Para el caso del Hospital Indígena de Nazareth se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

#### **1.1.1 Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior**

Revisa la gestión del gerente en materia de los procesos de mejoramiento continuo de calidad de los servicios de salud ofrecidos.

<b>OBJETIVO</b>	Evaluar la gestión de la entidad en relación al cumplimiento de los lineamientos al mejoramiento continuo de la calidad no acreditadas.
<b>INDICADOR 1</b>	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior
<b>LINEA BASE</b>	<b>0</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>5</b>
<b>FUENTE</b>	Documento de auto evaluación de la vigencia.

#### **Interpretación del Estado Actual del Indicador**

Una vez revisado el sistema de información de la ESE se encontró que no existen registros de la aplicación de la autoevaluación en la vigencia 2012, por lo tanto el resultado promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa para el ciclo de preparación para acreditación o ciclo de mejoramiento es de cero (0). Es decir, que hasta la vigencia 2012 la ESE no había aplicado ninguna guía para la autoevaluación del sistema de mejoramiento de la calidad.

### **1.1.2 Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.**

Evalúa el número de acciones ejecutadas en comparación con el total de acciones de mejoramiento programadas.

<b>INDICADOR 2</b>	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud requisitos de habilitación
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar las acciones ejecutadas en procura del mejoramiento a través de la realización de las diferentes auditorias
<b>LINEA BASE</b>	<b>0</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>=0,90</b>
<b>FUENTE</b>	Certificación de la Oficina de calidad u oficina de control Interno sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación

#### **Interpretación del Estado Actual del Indicador**

Este indicador está estrechamente relacionado con lo que actualmente se conoce como El Plan de Auditoria de Mejoramiento de la Calidad (**PAMEC**). En las vigencias anteriores al 2012 no se habían realizado actividades enmarcadas hacia el mejoramiento continuo de la calidad por parte de la dirección administrativa de la ESE, por lo que se hace indispensable implementar esta herramienta como estrategia organizacional para corregir desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos por la ley, logrando finalmente crear condiciones propicias para el fortalecimiento de las estructuras de calidad deseada.

### **1.1.3 Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional**

<b>INDICADOR 3</b>	Gestión De Ejecución Del Plan De Desarrollo Institucional
<b>OBJETIVO</b>	Elaborar y presentar el Plan de Desarrollo Institucional y Gerencial de la ESE con participación de los trabajadores y usuarios de los servicios
<b>LINEA BASE</b>	<b>0,10</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>= 0,90</b>
<b>FUENTE</b>	Informe del responsable de planeación en la ESE y/o Control Interno de la entidad

#### **Interpretación del Estado Actual del Indicador**

Dentro de los resultados de este indicador se refleja un 10 % de elaboración y aplicación de los planes de desarrollo, lo que deja de manifiesto que los esfuerzos realizados para la implementación de elementos propios de planificación no han sido lo suficientemente efectivos. Es por ello que deben aprovecharse herramientas ventajosas como la planeación estratégica de la entidad, en donde se incluyen articuladamente la misión y la visión de la empresa junto con los objetivos, las políticas y los valores propios de la institución. Es decir que es urgente la implementación del componente de planeación Estratégica en la ESE.

Además no se encontraron evidencias de actas elaboradas por la Junta Directiva en donde conste la presentación y aprobación del plan de desarrollo institucional por parte del gerente para su posterior ejecución. La ausencia de planeación estratégica deja consecuencias funestas para la directriz de la organización ya que es imposible saber hacia donde se dirige la institución.

Las posibles causas de este resultado pueden relacionarse directamente con la ausencia de estudios preliminares de direccionamiento. La falta de dichos estudios entorpece los procesos de seguimiento y evaluación por parte de la junta directiva. Por consiguientes es necesario efectuar un análisis de las condiciones actuales y tomar acciones correctivas que ayuden a la buena planificación de las actividades de la entidad.

## 1.2 FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

El área de gestión financiera y administrativa contenida dentro de la resolución 743 del 2013 se relaciona estrechamente con el uso de los recursos de la institución en el afán de lograr productividad y eficiencia. En desarrollo de estos elementos fundamentales se desprenden las variables que a continuación se describen:

### 1.2.1 Riesgo Fiscal y Financiero. – No aplica.

Establece el riesgo de la entidad de acuerdo con la categorización realizada por parte del ministerio de salud y protección social

<b>INDICADOR 4</b>	<b>RIESGO FISCAL Y FINANCIERO</b>
<b>OBJETIVO</b>	Consolidar el Hospital como una ESE sin riesgo.
<b>LINEA BASE</b>	<b>(Riesgo bajo) – No aplica</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>CATEGORIZADO SIN RIESGO</b>
<b>FUENTE</b>	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizadas con Riesgo medio o alto.

### Interpretación del Estado Actual del Indicador

El Ministerio de Salud y Protección Social es el ente que de acuerdo con la normatividad colombiana vigente debe certificar el riesgo fiscal de las empresas sociales del estado.

No aplica adoptar el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero puesto que la categorización de la ESE es bajo según resolución 2509 de 2012 del ministerio de la protección social.

### 1.2.2 Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1).

Mide los gastos comprometidos en un año en la institución en relación con el producto entre el número de UVR producidas en la ESE del año de evaluación y el año inmediatamente anterior.

<b>INDICADOR 5</b>	Evolución Del Gasto Por Unidad De Valor Relativo
<b>OBJETIVO</b>	Obtener y mantener el equilibrio financiero periodo tras periodo.
<b>LINEA BASE</b>	$\frac{7.092.601.668}{307.641.70} = 1.03$ $\frac{7.759.184.518}{333.361.09}$
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	< 0,90
<b>FUENTE</b>	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

#### Interpretación del Estado Actual del Indicador

Teniendo en cuenta los datos reportados al Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 se determinó que el Hospital Indígena de Nazareth mantiene una relación de 1.03 entre los gastos incurridos para producir U.V.R. y las unidades de valor relativo que produce durante el año. Es decir que comparativamente entre el año 2011 y el año 2010 para producir el número total de UVR anuales el hospital debió incurrir relativamente en un gasto adicional por valor marginal de 0.03, lo que evidencia claramente una variación negativa.



### **1.2.3. Compras a través de mecanismos electrónicos.**

Mide el nivel de compras realizadas por la ESE comparando relativamente las hechas mediante mecanismos de compras frente al total de compras realizadas durante el periodo de estudio.

<b>INDICADOR 6</b>	Compras a través de mecanismos electrónicos.
<b>OBJETIVO</b>	Priorizar la adquisición de los medicamentos y material médico-quirúrgico a través de mecanismos de compras efectivos
<b>LINEA BASE</b>	<b>0</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>= 0,70</b>
<b>FUENTE</b>	Informe del responsable del área de compras, firmado por el Revisor Fiscal. En caso de no contar con Revisor Fiscal, firmado por el Contador y el responsable de Control Interno de la ESE

### **Interpretación del Estado Actual del Indicador**

Después de revisar el total de las compras realizadas por la ESE durante la vigencia anterior y discriminar cada uno de los proveedores con los cuales se realizaron contratos fue posible determinar que hasta la fecha el Hospital Indígena de Nazareth **NO** ha realizado compras mediante mecanismos electrónicos y/o cooperativas de empresas sociales del estado. Asimismo no se realizó durante este mismo periodo adquisición de medicamentos y material médico – quirúrgico a través de por lo menos algunos de estos procedimientos. Por tal razón el resultado del indicador es cero (0)

**1.2.4 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**

Mide la gestión en el pago de las obligaciones contraídas por concepto de obligaciones laborales y contratos de servicios.

<b>INDICADOR 7</b>	Monto De La deuda Superior A 30 Días Por Concepto Del Personal De Planta Y Contratación De Servicios Y Variación Del Monto Frente A La Vigencia Anterior
<b>OBJETIVO</b>	Pagar oportunamente a los a los empleados y contratistas o terceros
<b>LINEA BASE</b>	<b>0</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>CERO (0) O VARIACION NEGATIVA</b>
<b>FUENTE</b>	Certificación de Revisoría Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal del Contador de la ESE.

**Interpretación del Estado Actual del Indicador**

Una vez analizada la información de tesorería y del grupo financiero de la ESE se determinó que a corte del 31 de diciembre de 2011 no existe deuda por concepto de salarios del personal de planta ni por concepto de contratación de servicios. Debido a ello el resultado del indicador es cero (0). Es de resaltar la política de gestión de pago oportuno de los salarios a los empleados de la empresa, ya que esta se ha mantenido desde periodos anteriores.

### 1.2.5 Utilización de información de Registro Individual de prestaciones - RIPS.

Mide la prestación de servicios de la ESE con base en la información contenida en los RIPS y la caracterización de la población capitada.

<b>INDICADOR 8</b>	Utilización de información de Registro Individual de prestaciones - RIPS.
<b>OBJETIVO</b>	Analizar la prestación de servicios de la ESE con base RIPS
<b>LINEA BASE</b>	<b>0</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>4</b>
<b>FUENTE</b>	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces. – Actas de Junta Directiva.

#### Interpretación del Estado Actual del Indicador

Luego de revisar minuciosamente los archivos de la Junta directiva del Hospital Indígena de Nazareth se estableció que no existen evidencias de actas elaboradas por este grupo en donde conste la presentación y evaluación de los informes de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) durante la vigencia 2011. La ausencia de estos informes genera consecuencias negativas para la directriz de la organización ya que es imposible saber la categorización de la prestación del servicio de la ESE, lo que dificulta la toma de decisiones.

Las posibles causas de este resultado pueden relacionarse directamente con la ausencia de estudios preliminares de direccionamiento. La falta de dichos estudios entorpece los procesos de seguimiento y evaluación por parte de la junta directiva.

### **1.2.6 Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo**

Mide la sostenibilidad financiera de la institución en términos del dinero recaudado y el proyectado a recaudar por venta de servicios de salud, frente a los costos y gastos causados durante el período a evaluar.

<b>INDICADOR 9</b>	Resultado equilibrio Presupuestal con Recaudo
<b>OBJETIVO</b>	Mantener el equilibrio financiero entre presupuesto y Recaudo
<b>LINEA BASE</b>	$\frac{7.274.420.024}{7.215.627.902} = 1,008$
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	=1,00
<b>FUENTE</b>	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

#### **Interpretación del Estado Actual del Indicador**

De acuerdo con el indicador que relaciona el equilibrio presupuestal con recaudo, la ESE Hospital Indígena de Nazareth presentó un margen considerablemente uniforme. Este resultado se logró debido fundamentalmente al mayor valor registrado en el ingreso recaudado en comparación con el valor total de los gastos comprometidos durante la vigencia 2011. Es decir que la ESE durante el periodo 2011 no registró déficits en relación con los ingresos percibidos y los gastos causados.

**1.2.7 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.**

<b>INDICADOR 10</b>	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.
<b>OBJETIVO</b>	Reportar oportunamente la información requerida por los entes de control.
<b>LINEA BASE</b>	<b>Incumplimiento en el reporte de la información</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>
<b>FUENTE</b>	Superintendencia nacional de Salud

**Interpretación del Estado Actual del Indicador**

De conformidad con el diagnóstico realizado en la ESE Hospital indígena de Nazaret se logró establecer que en ninguna de las vigencias anteriores se cumplió con los requerimientos hechos por la Superintendencia Nacional de Salud mediante la entrega de los informes correspondientes a la CIRCULAR UNICA, por lo tanto el resultado del indicador para la vigencia 2011 es cero (0).

### **1.2.8 Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.**

Mide el cumplimiento en la remisión de la información de gestión institucional de acuerdo con las fechas establecidas por el Decreto 2193 de 2004

<b>INDICADOR 11</b>	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.
<b>OBJETIVO</b>	Reportar oportunamente la información requerida por los entes de control
<b>LINEA BASE</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>
<b>FUENTE</b>	Ministerio de Salud y Protección Social.

#### **Interpretación del Estado Actual del Indicador**

El resultado de este indicador permite concluir que durante la vigencia 2011 el Hospital de Nazaret reportó dentro de los términos previstos los respectivos informes correspondientes al Decreto 2193 de 2004 en cumplimiento de la normatividad establecida para tal fin por el Ministerio de Salud y Protección Social.

### **1.3 CLINICO O ASISTENCIAL**

Dentro del área de gestión Clínico asistencial se identifica el estado de las variables que están relacionadas con los procedimientos realizados en la ESE en cumplimiento del objeto social demarcado por la prestación de los servicios de salud. Dichas variables se analizan mediante los siguientes indicadores:

### 1.3.1 Proporción de Gestantes Captadas Antes de la Semana 12 de Gestación.

Mide el número de mujeres gestantes a quienes se valoró médicamente por lo menos una vez y se inscribieron al Programa de Control Prenatal antes de la semana 12 de gestación en relación con el número total de de pacientes gestantes diagnosticadas e identificadas.

<b>INDICADOR 12</b>	Proporción de Gestantes Captadas Antes de la Semana 12 de Gestación
<b>OBJETIVO</b>	Incluir a todas las gestantes en el programa de Control Prenatal antes de la semana 12 de gestación
<b>LINEA BASE</b>	<b>149 / 790 = 0.19</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>=0,85</b>
<b>FUENTE</b>	Informe comité de historias clínicas

#### Interpretación del Estado Actual del Indicador

Para el periodo de estudio 2011 el número de gestantes valoradas por parte de la ESE e incluidas al programa de control prenatal antes de la semana 12 fue de 149 mujeres sobre un total de 790 gestantes identificadas, es decir que solamente el 19% de las gestantes son identificadas antes de la semana 12 de gestación e incluidas en el programa de Control prenatal que la ESE tiene habilitado para tal fin, mientras que el estándar propuesto para este indicador se sitúa en un porcentaje del 85%. Es preciso anotar que aunque el hospital cumple con la tarea de la construcción del indicador, los resultados de este no son los mejores, por lo cual la gestión de la ESE debe ejercer influencia directa sobre el desarrollo de las variables que intervienen en el resultado de este índice.

### 1.3.2 Incidencia de Sífilis Congénita en Partos Atendidos

Mide el número de recién nacidos que han sido diagnosticados con enfermedad SIFILIS CONGENITA dentro de la población que fue atendida por la ESE durante la vigencia.

<b>INDICADOR 13</b>	Incidencia de Sífilis Congénita en Partos Atendidos
<b>OBJETIVO</b>	Disminuir el número de casos de recién nacidos infectados con Sífilis Congénita
<b>LINEA BASE</b>	<b>0 casos</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>0 casos</b>
<b>FUENTE</b>	Concepto del COVE territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de Sífilis Congénita diagnosticado, o la no existencia de casos de Sífilis Congénita.

#### Interpretación del Estado Actual del Indicador

De acuerdo con los archivos de la ESE en donde se relacionan todos los partos atendidos durante EL 2011 (historias clínicas perinatales y archivos de laboratorio) se pudo concluir que el número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida es de cero (0) casos. A pesar de este excelente resultado no se pueden disminuir los esfuerzos de promoción y prevención, ya que este es uno de los problemas prioritarios de salud en el municipio.



### **1.3.3 Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva**

Mide el número de historias clínicas con aplicación de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva en relación con el número total de de pacientes con diagnostico de Hipertensión Arterial atendidos en la ESE durante la vigencia.

<b>INDICADOR 14</b>	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva.
<b>OBJETIVO</b>	Aplicar la guía de manejo específica de Atención de Enfermedad HIpertensiva todos los pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial.
<b>LINEA BASE</b>	<b>106 / 106 = 1</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>=0,90</b>
<b>FUENTE</b>	Informe de Historias Clínicas.

#### **Interpretación del Estado Actual del Indicador**

Durante el desarrollo de las actividades de atención en salud en el Hospital Indígena de Nazaret se diagnosticaron en total 106 pacientes con hipertensión arterial en el año 2011, a los cuales en su totalidad se les aplicó estrictamente la guía de atención de enfermedad Hipertensiva teniendo en cuenta que esta enfermedad está catalogado como crónica y que requiere de asistencia médica continua y educación del paciente y su familia para que estos comprendan la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento, con el objeto de prevenir el desarrollo de complicaciones agudas.

### **1.3.4 Evaluación de Aplicación de la Guía De Atención de Crecimiento y Desarrollo.**

Mide el número de historias clínicas de niños menores de 10 años sometidos estrictamente a la Guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo en relación con el número total de niños menores de 10 años atendidos mediante consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE durante la vigencia.

<b>INDICADOR 15</b>	Evaluación de Aplicación de la Guía De Atención de Crecimiento y Desarrollo.
<b>OBJETIVO</b>	Aplicar la guía de manejo específica de Crecimiento y Desarrollo a todos los pacientes que consultan la ESE por este servicio.
<b>LINEA BASE</b>	<b>97 / 310 = 0,32</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>=0,80</b>
<b>FUENTE</b>	Informe de Historias Clínicas.

#### **Interpretación del Estado Actual del Indicador**

Durante el desarrollo del estudio se pudo determinar que a pesar de que existe la guía de atención técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo no se aplica en la medida necesaria, ya que durante la vigencia 2011 solo le fue aplicada la guía al 32% de los menores atendidos es decir que de los 310 menores de 10 años que acudieron al programa de promoción y prevención de la ESE solo les fue aplicada la guía a 97.

### **1.3.5 Numero de Reingresos por el servicio de Urgencias.**

Mide el número de consultas hechas al servicio de urgencias por el mismo paciente y por la misma causa entre 24 y 72 horas en relación con el total de consultas al servicio de urgencias durante el periodo.

<b>INDICADOR 16</b>	Numero de Reingresos por el servicio de Urgencias.
<b>OBJETIVO</b>	Disminuir el número de casos de reingresos al servicio por la misma causa durante periodos de tiempo muy cortos.
<b>LINEA BASE</b>	<b>3 / 937 = 0,0032</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>= 0,03</b>
<b>FUENTE</b>	Comité de Calidad o quien haga sus veces.

### **Interpretación del Estado Actual del Indicador**

De los 937 casos atendidos por la ESE en la unidad de Urgencias durante el 2011 solo 3 pacientes reingresaron al servicio por la misma causa, es decir el 0.32%. El resultado de este indicador es bastante satisfactorio, teniendo en cuenta que el estándar propuesto por la norma para los reingresos por el servicio de urgencias está situado en el 3%, es decir que actualmente el Hospital de Nazaret cumple con el estándar con un margen positivo de 2,68 puntos porcentuales.

### **1.3.6 Oportunidad en la Asignación de Citas de Atención de Consulta Médica General.**

<b>INDICADOR 17</b>	Oportunidad en la Asignación de Citas de Atención de Consulta Médica General
<b>OBJETIVO</b>	Mejorar la oportunidad de atención de los servicios de consulta externa
<b>LINEA BASE</b>	<b>1</b>
<b>ESTANDAR PROPUESTO</b>	<b>= 3</b>
<b>FUENTE</b>	Superintendencia Nacional de Salud.

#### **Interpretación del Estado Actual del Indicador**

El tiempo promedio para la asignación de citas en la ese Hospital Indígena de Nazaret es de un (1) día, es decir que los pacientes que acuden al servicio de medicina general mediante el centro de consulta externa son atendidos en el mismo día en que solicitan el servicio.

Es de resaltar el resultado de este indicador principalmente porque muchos de los usuarios de la ESE habitan a grandes distancias del Hospital y la asignación de citas médicas para el mismo día significa para ellos un gran ahorro de tiempo y dinero y para el Hospital aumento de la calidad, productividad y la satisfacción de los usuarios.

## 2. LOGROS PLANTEADOS PARA EL PERIODO DE GERENCIA

Una vez establecido el diagnóstico, procedemos a determinar las actividades generales a desarrollar. Por lo cual se establecerá los logros a alcanzar para cada una de las diferentes Área.

### 2.1 ACTIVIDADES GENERALES DEL PLAN DE GESTION.

ÁREA	No	INDICADOR	LOGRO A ALCANZAR	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
<b>Dirección y Gerencia</b>	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.	<b>5</b>	<b>1.</b> Realizar autoevaluación en la vigencia evaluada, de todos los estándares de acreditación que le aplican.
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	<b>=0.90</b>	<b>1.</b> Conformar equipo de auditoría y entrenarlos. <b>2.</b> Diseñar el Plan de Acción de la Auditoría, sus objetivos y alcances. (Qué, quién, dónde, cuándo, cómo, por qué). <b>3.</b> Diseñar los papeles de trabajo, los formatos de registros que se requieren para consignar la información que se pretende obtener, las conclusiones, análisis y recomendaciones. <b>4.</b> Hacer cronograma para controlar la ejecución de la Auditoría.

				<p><b>5.</b> Asignar los recursos para la ejecución de la auditoría.</p> <p><b>6.</b> Formular los indicadores de medición.</p>
	3	Gestión de Ejecución del plan de Desarrollo Institucional	<b>=0.90</b>	<p><b>1.</b> Conformar el equipo de planeación para la elaboración del plan de desarrollo institucional.</p> <p><b>2.</b> diseñar y aprobar el Plan de Desarrollo institucional.</p> <p><b>3.</b> efectuar seguimientos y evaluación periódicos para cumplimiento de las metas planeadas.</p>
	4	Riesgo Fiscal y Financiero	<b>No Aplica</b>	<b>1.</b> riesgo bajo
	5	Evolución del gasto por unidad de valor Relativo producida	<b>&lt; 0,90</b>	<b>1.</b> Disminuir los costos y gastos en los centro de servicios.
	6	Proporción de Compras a través de mecanismos electrónicos.	<b>= 0,70</b>	<p><b>1.</b> Actualizar Pagina de la Entidad.</p> <p><b>2.</b> Ofertar las necesidades de adquisición de medicamentos través de la página web.</p>
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de	<b>Cero (o) o variación negativa</b>	<b>1.</b> Mantener la política de pago oportuno al personal que labora en la entidad.

<b>Financiera y Administrativa</b>		servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior		
	8	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones RIPS	<b>4</b>	<b>1.</b> Presentar los informes trimestrales ante la Junta directiva.
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	<b>= 1,00</b>	<b>1.</b> Mantener el equilibrio presupuestal.
	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.	<b>Cumplimiento o dentro de los términos previstos</b>	<b>1.</b> Mantener la oportunidad en el envío del reporte de la información requerida.
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	<b>Cumplimiento o dentro de los términos previstos</b>	<b>1.</b> Mantener la oportunidad en el envío del reporte de la información dentro de los términos establecidos por la norma.
<b>Clínico</b>	12	Proporción de gestantes captadas	<b>= 0.85</b>	<b>1.</b> Capacitar al personal de salud de acuerdo la norma técnica establecida en la resolución 412 para estos procedimientos.  <b>2.</b> Realizar búsqueda activa de gestantes en el primer trimestre de gestación en el



<b>Asistencial</b>		antes de la semana 12 de gestación		<p>área de la zona de influencia institución, para incluirlas en los controles prenatales de la ESE y mantenerlas</p> <p><b>3.</b> Desarrollar estrategias de información acerca de la importancia de la inclusión de la gestante a los programas de control prenatal.</p> <p><b>4.</b> realizar los talleres sobre el reconocimiento de los signos de alarma durante la gestación.</p> <p><b>5.</b> Realizar seguimientos a las gestantes para verificar la permanencia en los controles prenatales implementados por la institución</p>
	13	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos	<b>0 casos</b>	<p><b>1.</b> Capacitar al personal de salud sobre el plan estratégico para la reducción de la transmisión madre e hijo del VIH y la SIFILIS CONGENITA.</p> <p><b>2.</b> Realizar serología para SIFILIS a las gestantes en cada trimestre del embarazo.</p> <p><b>3.</b> Hacer seguimiento para</p>





			<p>verificar adherencia a los tratamientos de las gestantes con resultados positivos para sífilis.</p> <p><b>4.</b> Garantizar tratamiento a la pareja de las gestantes con resultados positivos para sífilis, para evitar la reinfección de las gestantes.</p> <p><b>5.</b> Diseñar e implementar estrategias de información y educación enfocadas a la prevención de la sífilis, dirigidas a la población en general.</p> <p><b>6.</b> Verificar el cumplimiento por parte del personal de salud en la aplicación adecuada del plan estratégico para la reducción de la transmisión materno infantil del VIH y SIFILIS CONGENITA.</p>
	14	Evaluación de la Aplicación de la guía De Atención de Enfermedad	<p><b>= 0.90</b></p> <p><b>1.</b> Actualizar la guía de atención de enfermedad hipertensiva según la población indígena en situación dispersa para mejorar la calidad de atención al usuario.</p> <p><b>2.</b> Socializar la guía de atención a cada uno de los responsables de implementar dichas actividades</p> <p><b>3.</b> Implementar la guía de</p>

		Hipertensiva		<p>atención estrictamente a cada uno de usuarios de los programas de Hipertensión Arterial estipulados en la guía técnica.</p> <p><b>4.</b> Evaluar resultados de la aplicación de las acciones propuestas y establecidas para mejorar la calidad del servicio.</p> <p><b>5.</b> Comunicar los resultados de las acciones y actividades ejecutadas a todos los actores de acuerdo con el procedimiento establecido.</p>
	15	Evaluación de Aplicación de la guía De Atención de Crecimiento y Desarrollo	<b>= 0.80</b>	<p><b>1.</b> Adaptar la guía de atención de crecimiento y desarrollo según la población indígena en situación dispersa para mejorar la calidad de atención al usuario.</p> <p><b>2.</b> Socializar la guía de atención a cada uno de los responsables de implementar dichas actividades</p> <p><b>3.</b> Ejecutar estrictamente a cada uno de los menores los procedimientos de crecimiento y desarrollo estipulados en la guía técnica.</p> <p><b>4.</b> Evaluar resultados de las acciones propuesta y</p>



				establecidas para mejorar la calidad de la atención de crecimiento y desarrollo.
				<p><b>5.</b> Comunicar los resultados de las acciones y actividades ejecutadas a todos los actores de acuerdo con el procedimiento establecido.</p>
	16	Numero de Reingresos por el servicio de Urgencias	= 0.03	<p><b>1.</b> Revisar las Historias Clínicas con el objetivo de identificar posibles causas de reingresos por urgencia,</p> <p><b>2.</b> Evaluar el cumplimiento de los protocolos de atención.</p> <p><b>3.</b> Realizar el seguimiento al paciente en el resto de la red de servicios.</p> <p><b>4.</b> Concientizar a los pacientes de la necesidad de cumplir con las indicaciones terapéuticas dadas por el profesional responsable de la atención.</p>
		Oportunidad en la asignación de citas	= 3	<p><b>1.</b> Mantener la eficiencia en la asignación de citas de consulta médica general</p> <p><b>2.</b> Garantizar la suficiencia de la capacidad instalada en</p>

	17	de atención de consulta médica general		la institución. <b>3.</b> Implementar otros métodos de asignación de citas (email, telefónica, etc.)
--	----	--	--	---

### 3. METAS GENERALES POR ÁREAS DE GESTIÓN

Para cada una de las áreas y de acuerdo con los lineamientos propuestos, se fijaran las metas cuantitativas, alcanzables y tendientes a la mejoría hasta donde sea posible, las cuales reflejaran el resultado esperado en cada, para cada indicador definido en la Resolución 710 de 2012.

#### 3.1. DIRECCION Y GERENCIA

Para cada indicador se establece la meta cuantitativa de gestión en períodos anuales.

ÁREA	No	INDICADOR	META ANUAL 1	META ANUAL 2	META ANUAL 3	META ANUAL 4
<b>Gestión de Dirección y Gerencia</b>	1	Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	<b>=1,20</b>	<b>=1,20</b>	<b>=1,20</b>	<b>=1,20</b>
	2	Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud.	<b>=0,90</b>	<b>=0,90</b>	<b>=0,90</b>	<b>=0,90</b>

	3	Gestión de Ejecución del plan de Desarrollo Institucional	<b>=0,90</b>	<b>=0,90</b>	<b>=0,90</b>	<b>=0,90</b>
--	---	---	--------------	--------------	--------------	--------------

### 3.2. FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Para cada indicador se establece la meta cuantitativa de gestión en períodos anuales.

ÁREA	No	INDICADOR	META ANUAL 1	META ANUAL 2	META ANUAL 3	META ANUAL 4
<b>Gestión Financiera y Administrativa</b>	4	Riesgo Fiscal y Financiero	<b>No aplica</b>	<b>No aplica</b>	<b>No aplica</b>	<b>No aplica</b>
	5	Evolución del gasto por unidad de valor Relativo producida	<b>&lt; 0,90</b>	<b>&lt; 0,90</b>	<b>&lt; 0,90</b>	<b>&lt; 0,90</b>
	6	Proporción de medicamentos y material quirúrgico mediante mecanismos de Compras	<b>= 0,70</b>	<b>= 0,70</b>	<b>= 0,70</b>	<b>= 0,70</b>
	7	Monto de la deuda superior a 30 Días por concepto de Salarios	<b>Cero (o) o variación negativa</b>	<b>Cero (o) o variación negativa</b>	<b>Cero (o) o variación negativa</b>	<b>Cero (o) o variación negativa</b>

8	Utilización de Información de Registro Individual de Prestaciones RIPS	4	4	4	4
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	= 1,00	= 1,00	= 1,00	= 1,00
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.	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>	<b>Cumplimiento dentro de los términos previstos</b>

### 3.3 CLINICO O ASISTENCIAL

Para cada indicador se establece la meta cuantitativa de gestión en períodos anuales.

ÁREA	No	INDICADOR	META ANUAL 1	META ANUAL 2	META ANUAL 3	META ANUAL 4
<b>Gestión Clínico y Asistencial</b>	12	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	<b>=0,85</b>	<b>=0,85</b>	<b>=0,85</b>	<b>=0,85</b>
	13	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos	<b>0 casos</b>	<b>0 casos</b>	<b>0 casos</b>	<b>0 casos</b>
	14	Evaluación de Aplicación de la guía De Atención de Enfermedad Hipertensiva	<b>=0,90</b>	<b>=0,90</b>	<b>=0,90</b>	<b>=0,90</b>
	15	Evaluación de Aplicación de la guía De Atención de Crecimiento y Desarrollo	<b>=0,80</b>	<b>=0,80</b>	<b>=0,80</b>	<b>=0,80</b>
	16	Numero de Reingresos por el servicio de Urgencias	<b>=0,03</b>	<b>=0,03</b>	<b>=0,03</b>	<b>=0,03</b>

	17	Oportunidad en la asignación de citas de atención de consulta médica general	=3	=3	=3	=3
--	----	--	----	----	----	----

#### 4. PROCESO DE CONTROL Y EVALUACION

El control y seguimiento de la ejecución de las actividades se hará de de manera sistemática y periódica, esto a través de un cuadro general de mando para cada indicador. Se asignaran los responsables de ejecutar y de realizar las evaluaciones trimestrales, el objetivo es garantizar la continuidad y/o los ajustes de las mismas para alcanzar la meta propuesta antes de la presentación del informe anual. Para el cumplimiento de las actividades se diseñara un plan de acción el cual contendrá cada unas de las acciones a realizar.

Para la evaluación del respectivo plan se desarrollara a través de un proceso soportado en información válida y confiable, de periodicidad anual. Para ello el Gerente deberá presentar a la Junta Directiva el Informe anual sobre los resultados obtenidos entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de la vigencia anterior, a más tardar el 1º de abril de cada año.

El informe anual de gestión del gerente deberá contener los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, incluidos en el plan de gestión aprobado por la junta directiva, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de estas en la gestión de la entidad.

En el informe anual sobre el Plan de Gestión, se incluirá cuando haya lugar, un informe específico del estado de cumplimiento de las metas y los compromisos adquiridos en los convenios de desempeño, suscritos con las entidades territoriales





y/o con la Nación, en el marco del "Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud". Aunque este informe no genera como tal puntaje para la calificación en la Evaluación del Plan de Gestión de la empresa, es un indicio para la Junta Directiva de la entidad sobre el desarrollo de dicha gestión.

