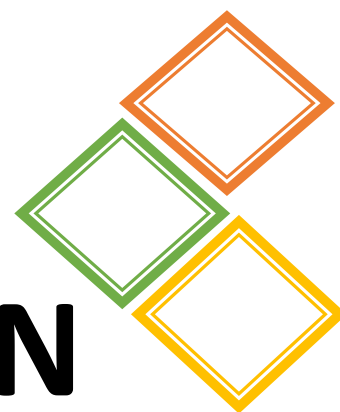


ESE HOSPITAL DE NAZARETH

PLAN DE GESTION

“Wayuu tu Salud Nuestro Compromiso”

2016 - 2020



AJUSTADO SEGÚN RESOLUCION 408 DEL 2018



E.S.E HOSPITAL DE NAZARETH
NIT: 892.115.347 - 1
URIBIA - ALTA GUAJIRA

JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE

LUIS SOLANO REDONDO
Alcalde Municipal

MARIELA IGUARAN
Representante Alianza de Usuarios

APOLINAR RIVADENEIRA
Representante Área Asistencial de la Entidad

ANGEL RAFAEL BARROS
Representante Área Administrativa de la Entidad

GRUPO ADMINISTRATIVO

WILDER DE JESUS CURVELO PELÁEZ
Gerente

APOLINAR RIVADENEIRA DAZA
Subgerente Científico

JOSE DAVID RIVADENEIRA
Jefe de Control Interno

CAMPO ELÍAS MANOTAS MANOTAS
Revisor Fiscal

HUGO MONTALVO MANJARREZ
Asesor Jurídico

ROSANGEL RESTREPO MEDINA
Auditora de Calidad

JOSE DAVID BRITO
Coordinador Médico

ANGEL RAFAEL BARROS
Profesional Universitario

LUÍS CARLOS GÓMEZ SARTRA
Jefe de Presupuesto

MAURICIO ARANGO AMAYA
Jefe De Mantenimiento

AQUILINO SALVADOR FERNÁNDEZ JUSAYÚ
Jefe de Talento Humano (E)



PRESENTACION

Los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de enero 19 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 de las empresas sociales del estado. Este documento debe reflejar los compromisos que el gerente establece en su periodo de gestión ante la Junta Directiva, comunidad y grupo de interés y se constituye un instrumento muy valioso que permitirá a la gerencia orientar a la entidad hacia la efectividad administrativa y financiera y clínico asistencial.

Para la ESE Hospital de Nazareth, el Plan de Gestión 2016 –2020 titulado “Wayuu Tu Salud Nuestro Compromiso”, se formuló conforme a la normatividad vigente que regula el proceso de elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes de las ESEs del esto colombiano, según lo establecido en la Resolución 710 del 2012, 743 de 2013 Y 408 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección social.

Este 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.

Dentro de los propósitos propuestos planteados, es ofrecer a las comunidades indígenas del corregimiento de Nazareth y zonas de influencia un excelente servicio de salud de poder contribuir con el bienestar y calidad de vida de toda la población y más con la difícil tan difícil situación de salud que atraviesa el departamento de La Guajira.

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

A continuación, les presento el plan de gestión institucional del cuatrienio 2016 – 2020 que enmarca los objetivos, estrategias y logros propuesto de las diferentes áreas de gestión de dirección y gerencia, financiera y administrativa y clínico asistencial.

Original Firmado _____

WILDER DE JESUS CURVELO PELÁEZ
Gerente

“Wayuu Tu Salud Nuestro Compromiso”



TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
PRESENTACION	2
INDICES DE FIGURAS Y TABLAS	5
ASPECTOS GENERALES DEL PLAN	
I. MARCO JURIDICOS	5
II. INFORMACION GENERAL	7
III. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION	11
IV. CONTENIDO DEL PLAN DE GESTION 2016 -2020	18
“WAYUU TU SALUD NUESTRO COMPROMISO”	
V. OBJETIVO GENERAL DEL PLAN DE GESTION	19
VI. ARTICULACION DEL PLAN DE GESTION CON EL PLAN DE TERRITORIAL DE SALUD MUNICIPAL	21
VII. METODOLOGIA UTILIZADA PARA LA ELABORACION, PRESENTACION Y APROBACION DEL PLAN DE GESTION	22
VIII. INDICADORES Y ESTANDARES POR AREA DE GESTION RESOLUCION 743 DE 2013	23
1.FASE 1: PREPARACION DEL PLAN DE GESTION DE LA E.S.E HOSPITAL DE NAZARETH SEGÚN RESOLUCION 710 DEL 2012 Y 743 DEL 2013.	26
1.1 DIAGNÓSTICO DE LA ENTIDAD, CON ANALISIS DE LA VARIABLES CONTENIDAS EN LA RESOLUCION 743 DEL 2013	26
2. FASE 2. FORMULACION DEL PLAN DE GESTION DE LA E.S.E HOSPITAL DE NAZARETH	32
2.1 AREA DE GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA	32
2.2 AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	35
2.3 AREA DE GESTION CLINICO O ASISTENCIAL	43
5. FASE DE APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN	49
6. FASE DE EJECUCIÓN	49
7. FASE DE EVALUACIÓN	49



INDICES DE FIGURAS Y TABLAS

		Pág.
Figura 1	Ubicación Geográfica	7
Figura 2	Portafolio de Servicios	10
Tabla 1	Datos Demográficos Alta Guajira	11
Tabla 2	Distribución de la población por Grupos Edad Y Sexo.	12
Tabla 3	Principales causas de mortalidad discriminada por edad 2015	15
Tabla 4	Primeras Diez Causas de Morbilidad año 2015 por Consulta Externa.	16
Tabla 5	Indicadores y Estándares por Área de Gestión	23
Tabla 6	Matriz Diagnóstico Inicial por Indicadores De Gestión	27



I. ASPECTOS GENERALES DEL PLAN DE GESTION

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.
- ✓ **Resolución 408 del 2018:** Por medio de la cual se modifica la resolución número 710 de 2012 y 743 del 2013 y se dictan otras disposiciones.

II. INFORMACION GENERAL

RESEÑA HISTORICA

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.

UBICACIÓN GEOGRAFICA



Actualmente nos encontramos ubicados en el corregimiento de Nazareth Alta Guajira, municipio de Uribia. El área que nos ocupa es muy extensa, comprende un imaginario segmento de círculo dentro del mar Caribe.

Definido en su parte continental por una línea recta imaginaria que va desde el extremo nordeste de la Bahía Portete, pasa por el sureste de la serranía de Jarara, termina en la Flor de la Guajira, en la región sureste de la Bahía de Castilletes; tiene una extensión aproximada de 4.000 Km cuadrados. Ocupa la zona más septentrional del país y a la vez de Sur América, en el nordeste de la península de la Guajira. Para su estudio podemos dividirla en dos (2) zonas principales:

- A.** Una zona central donde se encuentran las serranías de Macuira y Jarara, con alturas que oscilan entre 100 y 900 metros sobre el nivel del mar. Estas serranías son semidesérticas, con fuertes pendientes erosionadas, por donde las escasas lluvias se escurren completamente.
- B.** La extensa zona periférica de costas y litorales completamente desértica e inhóspita.

La Alta Guajira está sometida a los fuertes vientos del nordeste durante casi todo el año, a una alta evaporación y a precipitaciones fluviales casi nulas. Temperaturas oscilantes entre los 30 y 36 grados centígrados.



MISION

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 como una institución competitiva y responsable con nuestro entorno.

VISION

En el año 2025 la Empresa Social del Estado – Hospital de Nazareth del Municipio de Uribía, departamento de la Guajira, será la Institución Prestadora de Servicios de Salud Numero Uno en su área de gestión sanitaria, lo cual le permitirá brindar una mejor atención y orientación de su capacidad técnico científica, garantizando la satisfacción de sus pacientes; impulsando programas y proyectos viables que ejecuta su capital humano, con sentido de pertenencia y compromiso institucional, y mediante procesos de mejora continua, contribuir a alcanzar las metas de municipio saludables, donde la comunidad Wayuu y sus usuarios sean los mayores ganadores.

PROPÓSITOS

- Garantía de excelentes servicios de atención y prevención en salud.
- Mejoramiento de un sistema de desarrollo organizacional.
- Mejoramiento de condiciones laborales, en cuanto a su economía y compensación.
- Mejoramiento de la salud y estilos de vida de la población.
- Garantizar las tecnologías de la información y la comunicación en salud actualizadas para el mejoramiento del hospital.
- Trabajar con sentido social y humano.
- Trabajar con transparencia, ética y eficiencia.
- Garantizar capacitación y actualización.
- Compromiso en la gestión de su rol misional.
- Mantener una población saludable.

“Wayuu Tu Salud Nuestro Compromiso”



VALORES INSTITUCIONALES

Compromiso: Todos somos responsable del Desarrollo de los Servicios de Salud.

Ética: Para desarrollar una atención en salud con principios y con la verdad al paciente.

Eficiencia: En el hacer lo que se debe hacer, en la gestión de atención en salud.

PARTICIPACION: En las decisiones de la ESE como Hospital Público, por parte de todos los actores responsables que conforman su tejido social en salud.

Respeto: Por la vida, los pacientes, la comunidad y nuestro talento humano.

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

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 si causa el dolor y la enfermedad.

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.

Respeto: Es aceptar la diferencia entre nosotros y las personas a las que servimos día a día, independientemente de su pensamiento, creencias, sexo, raza o color, buscando favorecer la comunicación eficaz y convivencia armónica, generando ambientes de confianza y seguridad.

Compromiso: velar por el cuidado integral de la salud de las personas para el mejoramiento y calidad de vida de la población.

Amabilidad: El usuario recibirá atención de forma responsable, humana y cordial al momento adecuado.

Responsabilidad: Es la capacidad de interactuar, gestionar y comprometerse en una acción, ir más allá y aceptar las consecuencias de sus actos, bajo el principio de prevalencia del bien común



E.S.E HOSPITAL DE NAZARETH
NIT: 892.115.347 - 1
URIBIA - ALTA GUAJIRA

PORTAFOLIO DE SERVICIOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
E.S.E. HOSPITAL DE NAZARETH

"Wayuu tu salud, nuestro compromiso"

- ▶ ATENCIÓN DE URGENCIAS 24 HORAS
- ▶ CONSULTA EXTERNA
- ▶ HOSPITALIZACIÓN
- ▶ ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
- ▶ LABORATORIO CLÍNICO
- ▶ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
- ▶ ATENCIÓN EXTRAMURAL
- ▶ ATENCIÓN NUTRICIONAL
- ▶ SERVICIO DE AMBULANCIA
- ▶ IMAGENOLÓGIA
- ▶ VACUNACIÓN
- ▶ SERVICIO FARMACÉUTICO
- ▶ ATENCIÓN EN SALUD PÚBLICA (PIC)
- ▶ BRIGADA MEDICO-ESPECIALIZADA

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 y 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.

"Wayuu Tu Salud Nuestro Compromiso"

Oficina en Riohacha: Calle 11 # 5-51 Segundo piso Telefax 7285484 Cel.: 3145639453
e-mail: hospitalnazareth@hotmail.com Página web: www.esehospitaldenazareth.gov.co
Nazareth – Alta Guajira - Colombia

III. 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: Organización social tradicional matrilocal dispersa, idioma Wayunaiki, economía de subsistencia de pastoreo, agricultura esporádica, pesca rudimentaria, lucha incesante contra la sequía, ubicación dispersa de las comunidades y

rancherías y difícil acceso y altos índices de desempleo y condiciones de vulnerabilidad.

Tabla No 1: DATOS DEMOGRÁFICOS ALTA GUAJIRA	
Datos	Cantidad
No. de familias	6.745
No. de Rancherías	202
No. de Habitantes	53.962
No. de habitantes por familia	8
No. de familias por ranchería	33,4
No. de habitantes por ranchería	267
Índice de crecimiento	2,6%

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS EDAD Y SEXO 2015

Región	<1 Año	De 1 a 4 Años	De 5 a 14 Años	De 15 a 44		De 45 a 59 años	De 60 y Más Años	Totales
				Hombres	Mujeres			
NAZARETH	136	889	2.469	3.145	3.021	1.285	1.426	12.371
PUERTO ESTRELLA	70	541	1.715	2.115	2.130	899	1.003	8.473
TAGUAIIRA	23	167	478	467	417	189	250	1.991
SIAPANA	42	424	1.221	1.682	1.640	912	910	6.831
VILLA FATIMA	50	307	1.002	1.558	1.519	697	721	5.854
PARAISO	81	445	1.976	2.592	2.569	1.167	1.256	10.086
WARPANA	27	225	758	1.089	1.068	444	460	4.071
FLOR DE LA GUAJIRA	38	263	833	995	996	530	630	4.285
TOTALES	467	3.261	10.452	13.643	13.360	6.123	6.656	53.962

Tabla: 01 - Fuentes: Datos estadísticos – Corte al 30 Diciembre de 2015

La entidad dispone de **53.962** afiliados, distribuidos en ocho (8) corregimientos de la zona de atención de hospital. La mayor población está concentrada en el corregimiento de Nazareth con **12.371** usuarios y representan el **23 %** del total, seguido por el corregimiento del Paraíso con **10.086** usuarios y representan el **19%** del total de la población, Puerto Estrella con una población de **8.473** y representan el **16%**, Siapana con **6.831** usuarios y un 13% de representación, Villa Fátima con **5.854** usuarios y con el **11 %** de representación, Flor de la Guajira **4.285** usuarios y con una representación del **9%** , Warpana con **4.071** usuarios y representan el **7%**, y por último la zona de Taguaira con **1.991** usuarios y representan el **4 %** sobre el total de la población según grupo etario.

La mayor población por grupo etario que oscilan en las edades de **15 a 44** años con el **50 %**, de **5 a 14** años con el **19%**, de 60 y más con el **12%** y por ultimo las edades que oscilan entre **1 a 4** años con el **1 %**.



POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO A DICIEMBRE DE 2015

REGIMEN – POBLACION NO AFILIADA	AFILIADOS
CONTRIBUTIVO	1,410
SUBSIDIADO	36,761
POBLACION NO ASEGURADA	15,791
TOTAL DE POBLACION ATENDIDO	53,962

La E.S.E Hospital Nazareth a corte 30 de Diciembre de 2015, reflejó una afiliación de **53.962** afiliados de los cuales logro atender una población de **29,446** usuarios que corresponde al **54.6 %** del total de afiliación; la mayor población atendida, pertenecen al régimen subsidiado con una población atendida de **26,574** que corresponde al **72,3%**, seguido de la población no asegurada con **2,686** y representan el **17 %** y la menos atendida corresponde a la población afiliada al régimen contributivo con **186** atenciones con un **13,2 %** del total.

RIESGOS BIOLÓGICOS Y COMPORTAMENTALES DE LA ZONA DE INFLUENCIA DE LA ESE.

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. 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.

Entre otras características potenciales de factores de riesgo tenemos 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.

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).

PROBLEMÁTICA EN EL SECTOR SALUD.

El sector salud en el municipio presenta varias problemáticas que tiene una estrecha relación con factores que inciden en el estado de la población del corregimiento de Nazareth y su zona de influencia entre las cuales se derivan el abandono del estado colombiano con la inexistencia de políticas públicas que permitan una intervención en el estado de la salud de manera diferencial por ser una zona indígena wayuu. Los índices de bienestar son bajos vemos que estas comunidades carecen de servicio público, servicios básicos de salud, educación agua potable y alimentación. Adicionalmente la sequía dificulta las actividades de pastoreo y siembra lo que disminuye la capacidad económica en la población.

Otro factor determinante es que mucho de nuestros usuarios dependían de las bondades del vecino país de Venezuela y al presentarse esa crisis en la frontera ha afectado las condiciones de salud de los habitantes de la alta Guajira presentando altos índices de muertes asociados con la desnutrición en nuestros niños y muertes de maternas.

Todas estas situaciones aquejan a nuestros indígenas wayuu, es por eso que se hace necesario trabajar de manera mancomunada con todas las organizaciones del estado y entidades privadas para así poder surtir impactos positivos en la problemática de la salud de los indígenas wayuu.

DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO.

MORTALIDAD GENERAL

Tabla 3: Principales causas de mortalidad discriminada por edad 2015

DIAGNOSTICO	MENOR DE 1 AÑO	DE 1-4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-44 AÑOS	45-64 AÑOS	MAYORES DE 65	TOTAL DE CASOS
HIPERTENSION ARTERIAL						6	6
NEUMONIA	1					4	5
PARO CARDIORESPIRATORIO						3	3
DIABETES MELLITUS				1	1		2
CANCER PULMONAR					1		1
CANCER DE NARIZ						1	1
OBITO FETAL	1						1
ANEMIA						1	1
TOTAL	2			1	2	15	20

Fuente: Secretaria de Salud Municipal de Uribia.

En el cuadro anterior de las principales causas de mortalidad discriminada por edad año 2015 se puede evidenciar que se presentaron seis (6) casos fatales por hipertensión arterial, cinco (5) por Neumonía y tres (3) por paro cardiorrespiratorio. Debe precisar que solo se notificaron dos (2) casos de menores de un año, uno (1) causado por Neumonía y la otra muerte sucedió dentro del vientre de la madre (óbito fetal).

Tabla4: Primeras Diez Causas de Morbilidad año 2015 por Consulta Externa.

Según datos suministrados de la base de datos de los RIPS – corte 30 de diciembre 2015, se presentaron un total de 9,028 atenciones de morbilidad resumidas en el siguiente cuadro:

	Nombre del Diagnostico	No. De casos Presentados 2015.	Porcentaje en relación al total de atenciones
1	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	2,820	31%
2	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	2,579	29%
3	CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1,179	13%
4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	672	8%
5	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	647	6%
6	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	618	5%
7	ANEMIAS	189	4%
8	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	150	2%
9	ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	89	1.5%
10	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	85	0.5%
Total		9,028	100%

Tabla: 10- Fuentes: Datos estadísticos – Corte al 30 diciembre de 2015

Según datos estadísticos con corte 30 de Diciembre de 2015 podemos deducir que del total de **9,028** atenciones según datos suministrados para el cuarto trimestre de 2015, las enfermedades que presentaron una mayor frecuencia fueron las enfermedades del sistema respiratorio con **2,820** casos y con un porcentaje del

31%. Seguido las enfermedades del sistema digestivo con **2,579** casos que representan el **29%** del total, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con **1,179** casos que representan el **13%**, enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo **672** casos que representan el **8%**, enfermedades del sistema genitourinario con **647** casos que representan el **6%**, enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo con **618** casos que representan el **5%**, anemias con **189** casos y representan el **4%**, enfermedades del ojo y anexos **150** casos que representan el **2%**, enfermedades del sistema del oído y la apófisis mastoides con **89** y representan el **1.5%** y por ultimo las enfermedad del sistema circulatorio con **85** casos y representan **0,5%**

Las posibles causas que originan estos casos de morbilidad se derivan de situaciones relacionadas con las condiciones socioculturales y demográficas.

Las enfermedades que presentaron una mayor frecuencia fueron las enfermedades del sistema respiratorio con 2,820 casos y con un porcentaje del 31% sobre el total **Ver siguiente gráfico.**



Gráfico: 08



IV. CONTENIDO DEL PLAN DE GESTION 2016 –2020 "WAYUU TU SALUD NUESTRO COMPROMISO"

De acuerdo a la normatividad colombiana y más específicamente a la Resolución 710 de 2012 y 743 de 2013, el Plan de Gestión de la Empresa Social del Estado Hospital de Nazareth estará conformado por las siguientes áreas e indicadores de gestión:

- ✓ **Área de Dirección y Gerencia:** Contiene los indicadores 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 registros individuales de presentación RIPS, resultado de equilibrio presupuestal, proporción de medicamentos adquiridos por mecanismo de compras conjuntas, oportunidad en el pago de salarios de personal y contratados, cumplimiento en el reporte de la Información circular única según normatividad vigente y Cumplimiento en el reporte de la Información Decreto 2193.

- ✓ **c) Área Clínica o Asistencial:** Fija las metas para proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación, la incidencia de sífilis congénita en partos atendidos por la ESE, la evaluación de aplicación de la guía de atención de crecimiento y desarrollo, evaluación de aplicación de la guía de manejo específica en atención de enfermedad hipertensiva, reingresos por el servicio de urgencia y la oportunidad en la asignación de consultas médicas.



V. 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 2016-2020, el cual se complemente con el Plan de Desarrollo Municipal "Todo Por Uribia" y el Plan Territorial de Salud con enfoque diferencial de la Secretaria de Salud Municipal de Uribia y fortalecer la gestión de la entidad enfocándola hacia la eficacia de las acciones de la gestión clínico administrativa.

DIRECCIÓN Y GERENCIA.

1. Medir los ciclos de mejoramiento continuo para el cuatrienio 2016 al 2020.
2. Realizar planes de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios en salud.
3. Cumplir con el 90% de las metas establecidas en los planes operativos anuales de la vigencia 2016 – 2020.

FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.

4. Mantener la categorización 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 realicen a través de mecanismo de compras conjuntas
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 85% 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 0,03 del total de consultas en las vigencias.
17. Garantizar la oportunidad en la asignación de la consulta externa por médico general en un promedio de no mayor a 3 días hábiles.



VI. ARTICULACION DEL PLAN DE GESTION CON EL PLAN DE TERRITORIAL DE SALUD MUNICIPAL

El Plan Territorial de Salud Diferencial de Uribía 2016 – 2019, Busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

También incorpora diferentes enfoques complementarios: 1) el enfoque de derechos; 2) el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); 3) el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia, y situaciones de desplazamiento, de la diversidad sexual, y de los grupos étnicos); y 4) el modelo de Determinantes Sociales de Salud DSS, dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y han sido reconocidas como el problema de fondo, dominante en la situación de salud en las Américas, al cual no escapa Colombia.

VII. METODOLOGIA UTILIZADA PARA LA ELABORACION, PRESENTACION Y APROBACION DEL PLAN DE GESTION

La E.S.E. Hospital de Nazaret adopto la metodología consignada en la Resolución 712 de 201, 743 del 2013 y resolución 408 del 2018. En la elaboración del plan de gestión 2016 -2020 “Wayuu Tu Salud Nuestro Compromiso” se desplegaron procesos participativos, en donde se efectuó una recopilación de la información base, procesamiento y análisis de datos financieros y asistenciales para definir los objetivos, logros y metas por indicador de gestión.

Para ello se realizaron de manera coherente y ordenada las cinco (5) fases que a continuación describiremos:

Fase 1. Preparación.

En esta primera fase la de preparación, el equipo de colaboradores se les explico la metodología, en donde se establecieron mesas de trabajo para el establecimiento de las estrategias y actividades para alcanzar los estándares propuestos establecidos en la Resolución 743 de 2013 y resolución 408 del 2018.

Fase 2. Formulación

Se identificaron las fuentes de información estadísticas, contables, financieras y clínico asistencial, 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 este 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 hasta 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.

VIII. INDICADORES Y ESTANDARES POR AREA DE GESTION SEGÚN RESOLUCION 408 DE 2018.

Tabla: No. 3 indicadores y estándares por área de gestión - (Anexo 2, Resolución 408 de 2018)

Área de gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Fórmula del indicador	Estándar para cada año	Fuente de información
a	b	c	d	e	f	g
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II y III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.	≥1,20	-Documento de autoevaluación, vigencia evaluada y vigencia anterior
	2	Nivel I, II y III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	Relación de número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	≥0,90	Superintendencia Nacional de Salud.
	3	Nivel I, II y III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	Número de metas del plan operativo anual cumplidas objeto de evaluación/número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	≥0,90	Informe del responsable de planeación de la ESE, de lo contrario, informe de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del Plan Operativo Anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO); y el cálculo del indicador.
Financiera y Administrativa 40%	4	Nivel I, II y III con categorización de riesgo alto o medio.	Riesgo fiscal y financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero para las ESE categorizadas con Riesgo medio o alto.
	5	Nivel I, II y III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida.	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación, /Número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación /Número UVR producidas en la vigencia anterior)].	<0,90	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social. (2)

6	Nivel I, II y III	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismo de compra conjunta.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.	≥0,70	<p>Certificado suscrito 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. La certificación como mínimo contendrá:</p> <ol style="list-style-type: none"> Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada discriminada por cada uno de los mecanismos de compra a), b), y c); Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada por otros mecanismos de compra. Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico – quirúrgico en la vigencia evaluada. Aplicación de la fórmula del indicador.
7	Nivel I, II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación.	<p>Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación.</p> <p>(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) – (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)</p>	Cero (0) o variación negativa.	<p>Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador que como mínimo contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.</p>
8	Nivel I, II y III	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS.	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población captada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	4	–Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces. Soportados en actas de sesión de la Junta Directiva, que como mínimo contenga: fecha de los informes presentados a la Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y relación de actas de Junta Directiva en las que se presentó el informe.

	9	Nivel I, II y III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) /Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores.	$\geq 1,00$	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social. (2)
	10	Nivel I, II y III	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 oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Superintendencia Nacional de Salud.
	11	Nivel I, II y III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario de Sector Salud y Protección Social. O la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente. De la vigencia objeto de evaluación.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Ministerio de Salud y Protección Social.
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Nivel I	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	Número de mujeres gestantes a quienes se les 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 en la vigencia objeto de evaluación/Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,85$	Informe Comité de Historias Clínicas, que como mínimo contenga: listado de la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique si se inscribió o no en el programa de Control Prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por médico; aplicación de la fórmula del indicador. (4)
	13	Nivel I	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 objeto de evaluación.	0 casos	a) Cuando no existan casos de Sífilis Congénita: Concepto del COVE municipal en el cual se certifique, la no existencia de casos. b) Cuando existan casos de Sífilis Congénita: Concepto del COVE departamental en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las

					obligaciones de la ESE, en cada caso de Sífilis Congénita diagnosticado
14	Nivel I	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,90$	Informe Comité de Historias Clínicas. Que como mínimo contenga: referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador. (4)
15	Nivel I	Evaluación de aplicación de Guía de manejo de crecimiento y desarrollo	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación/Número de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	$\geq 0,80$	Informe Comité de Historias Clínicas. Que como mínimo contenga: referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador. (4)
16	Nivel I	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias, en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación/ Número Total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación.	$\leq 0,03$	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social. (2)
17	Nivel I	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de médica general.	Sumatorio 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.	≤ 3 día	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social. (2).



1. FASE 1: PREPARACION DEL PLAN DE GESTION DE LA E.S.E HOSPITAL DE NAZARETH SEGÚN RESOLUCION 710 DEL 2012 Y 743 DEL 2013 Y RESOLUCION 408 DEL 2018.

Se presentan situación actual de cada indicador de las diferentes áreas de gestión a corte 31 de diciembre de 2015.

1.1 DIAGNÓSTICO DE LA ENTIDAD, CON ANALISIS DE LA VARIABLES CONTENIDAS EN LA RESOLUCION 743 DEL 2013 Y RESOLUCION 408 DEL 2018.

El presente documento relaciona las condiciones actuales o línea base en las que se encuentra la institución, al momento de elaborar el nuevo plan gerencial, y además un minucioso análisis de cada una de las áreas de gestión establecidas por la Resolución 710 del 2012 y Resolución 743 de 2013 y Resolución 408 de 2018:

Inicialmente el grupo técnico de planeación conformado por el gerente y sus colaboradores en aras de garantizar el proceso realizaron unas mesas de trabajo donde cada líder de área considera el estado de cada indicador.

Para ello se logró identificar las diferentes fuentes de información con el fin de establecer del periodo base la situación actual de la entidad en relación a cada uno de los indicadores y estándares de gestión como se explica a continuación.

TABLA No 6. MATRIZ DIAGNOSTICO INICIAL POR INDICADORES DE GESTION

Área de gestión	Nº	Indicador	Fórmula del indicador	Línea base a 31 de diciembre de 2015.	Fuente de Información	Análisis de la situación actual del indicador.
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.	=1,60	Documento de autoevaluación vigencia 2015.	Teniendo en cuenta la Resolución 123 de 2012, en la vigencia 2015 se obtuvo una calificación total de 1,6 según los estándares propuestos en el mejoramiento continuo de la calidad en la E.S.E Hospital de Nazareth.
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC.	=0,96	Informe de ejecución PAMEC vigencia 2015.	En la vigencia 2015 en relación al plan de mejoramiento continuo - PAMEC, se pudo evidenciar que en la entidad se plasmaron un total de 45 acciones de mejora de las cuales se ejecutaron 43 alcanzando un 96% de ejecución en relación a las formuladas. Si bien es cierto que se han realizados muchas acciones de mejoras la entidad requiere seguir implementado aquellas que han sido priorizadas resultados de los procesos de auditoría y evaluación del sistema de calidad de los servicios en la ESE.
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional.	Número de metas del plan operativo anual cumplidas/número de metas del Plan Operativo anual programadas.	=0,90	Informe del responsable de planeación de la ESE ejecución Plan de acción vigencia 2015	Para vigencia 2015 en el plan de acción de la ESE, se programaron 89 actividades por procesos y al final de ejercicio se lograron ejecutar en un 90 % de ejecución.
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero.	Adopción del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero.	Riesgo Bajo	Categorización 1893 de 2015 del Ministerio de la Protección Social.	Para la vigencia 2015 la entidad un riesgo financiero bajo según la categorización resolución 1893 de 2015. Se hace necesario seguir adoptando las políticas y mecanismo que incentiven la eficiencia en la utilización de los recursos financieros para disminuir el resultado.

5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida.	[[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación, /Número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación /Número UVR producidas en la vigencia anterior)].	<0,70	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social vigencia 2015.	Según los datos reportados al Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, se determinó que el Hospital de Nazareth mantiene una relación de 0.70 entre los gastos incurridos para producir U.V.R y las unidades de valor relativo que produce durante el 2015.
6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismo de compra.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.	=0,33	Informe del responsable del área de compras vigencia 2015	Según informe del área de compras de la entidad para la vigencia 2015, se realizaron adquisiciones de medicamentos por un valor total de \$699, 053,796 y de este total con suministro y dotaciones S&D se obtuvo una participación porcentual del 33 % al realizar compras conjuntas por el valor de \$ 230, 277,316 pesos. El promedio mensual de compras en la ESE fue durante la vigencia 2015 de \$ 116.508.966 pesos. Se requiere seguir implementando estos mecanismos de compras para mejorar la eficiencia de gestión de compras.
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 concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación. (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) – (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto	Cero (0)	Certificación suscrita por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal, suscrita por el Contador que como mínimo contenga el valor las variables incluidas en la fórmula del indicador y el cálculo del indicador.	La entidad al final del ejercicio no registro 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.

			de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)			
8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS.	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población captada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios	4	Actas Juntas Directiva de presentación de los RIPS 2015.	Se ha mantenido el estándar propuesto de mantener la oportunidad en la presentación de los respectivos informes RIPS ante la junta Directiva de la entidad.	
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) /Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores.	=0,96	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social vigencia 2015.	La ESE Hospital de Nazareth presentó un resultado favorable con respecto al estándar propuesto. El valor registrado en el ingreso recaudado en relación con el valor total de los gastos comprometidos durante la vigencia 2015 fue de 0,96. Por lo cual se mantiene el comportamiento del indicador de manera favorable.	
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 oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Superintendencia Nacional de Salud.	Según información suministrada se ha logrado cumplir con los requerimientos hechos por la Superintendencia Nacional de Salud mediante la entrega de los informes correspondientes a la CIRCULAR UNICA.	

	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario de Sector Salud y Protección Social. O la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente. De la vigencia objeto de evaluación.	Cumplimiento dentro de los términos previstos.	Ministerio de Salud y Protección Social.	La ESE Hospital de Nazareth durante la vigencia 2015 reportó la información 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. Por lo tanto se mantiene el cumplimiento en el reporte de la información en el sistema de información de hospitales públicos.
Gestión Clínica o Asistencial 40%	12	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	Número de mujeres gestantes a quienes se les 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 en la vigencia objeto de evaluación/Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.	=0,55	Informe Comité de Historias Clínicas 2015.	Durante la vigencia 2015 el número de gestantes valoradas por parte de la entidad e incluidas al programa de control prenatal antes de la semana 12 fueron 756, luego de ser auditadas las historias clínicas se concluye que 418 fueron captadas antes de la semana 12 de gestación para un porcentaje del 55%. En comparación con la línea base año 2011 avanzamos un 36%. Aunque no se alcanzó el estándar propuesto de ≥ 0.85 , esto debido a la inclusión tardía al programa y la no asistencia a los controles prenatales por las usuarias, además poca colaboración por la EPS referente a la demanda inducida de esta población.
	13	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 objeto de evaluación.	0 casos	Certificación de la Secretaria de Salud Municipal de Uribí.	Conforme a la información suministrada el indicador se mantiene en el estándar propuesto según la resolución 710 del 2012 y 0743 de 2013. Se pudo concluir que para la vigencia 2015, el número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida es de cero (0) casos. Por lo tanto se mantiene el indicador en relación a la línea base y los años

						anteriores.
14	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	=0,93	Informe Comité de Historias Clínicas 2015.	En la vigencia 2015 se diagnosticaron un total de 605 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y se tomó una muestra representativa del 10% que corresponde a 60 HC, se auditaron 30 de las mismas y se concluye que 28 de ellas se les aplicó correctamente la guía de HTA, para un 93% de cumplimiento. Por consiguiente, se logró el estándar propuesto de \geq al 0.90.	
15	Evaluación de aplicación de Guía de manejo de crecimiento y desarrollo	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación/Número de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	=0,87	Informe Comité de Historias Clínicas 2015.	Para la vigencia 2015, se logró atender un total de 9.292 niños (as) en control de crecimiento y desarrollo, se tomó como muestra representativa el 10% 929 historias clínicas y se auditaron 60 y se concluye que 52 de ellas cumplen con lo establecido en la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años para un porcentaje del 87% de cumplimiento. Este buen comportamiento se vio reflejado en los cuatros años de gestión se ha mantenido según línea base y los años anteriores.	
16	Proporción de Reingresos por el servicio de urgencias.	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias, en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación/ Número Total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación.	=0,01	Comité de Calidad	Según datos suministrados por el comité de eventos adversos para el año 2015 se presentaron 4.575 casos atendidos por la ESE en la unidad de Urgencias, solo 5 pacientes reingresaron al servicio por la misma causa. El resultado de este indicador es bastante satisfactorio, teniendo en cuenta que el estándar propuesto	



						<p>por la norma para los reingresos por el servicio de urgencias está situado en el 0,001 es decir que actualmente el Hospital de Nazareth cumple con el estándar con un margen positivo. Estos resultados se vieron reflejados en los cuatros años de gestión del periodo según línea base y los años anteriores.</p>
	17	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.	Sumatorio 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.	1 día	Superintendencia Nacional de Salud.	<p>La oportunidad de asignación de citas de atención de consulta médica general en el 2015 fue de un (1) día, es decir de 113.614 usuarios que solicitaron el servicio de consulta médica fueron atendidos el mismo día. Por lo tanto la oportunidad se ha mantenido según línea base y los años anteriores.</p>



2. FASE 2. FORMULACION DEL PLAN DE GESTION DE LA E.S.E HOSPITAL DE NAZARETH

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

2.1 AREA DE GESTION DE DIRECCION Y GERENCIA

Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.

NO.1 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.				≥1,20
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
=1,60	2016	2017	2018	2019	
	≥1,60	≥1,70	≥1,80	≥1,90	
OBJETIVOS	Realizar planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque en acreditación.				
ESTRATEGIA:	Implementar y desarrollar el Ciclo de mejoramiento de la ESE conducente al Ciclo de Preparación para la Acreditación.				
META	Alcanzar una calificación satisfactoria en la autoevaluación de 1,90 en las diferentes vigencias el cuatrienio 2016 - 2019.				
COMPROMISO	Mantener los ciclos de la autoevaluación que nos conduzcan a la preparación de la acreditación de los servicios según la resolución 123 de 2012.				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> a) Actualizar equipo de calidad o conformar los equipos de autoevaluación acorde con los grupos de estándares aplicables a la ESE. b) Capacitar a los equipos de autoevaluación referente a las normas que aplican en el proceso de autoevaluación. c) Evaluar anualmente el estado de la entidad en relación a los estándares de acreditación. d) Realizar mejoras basados en las debilidades según resultado de la autoevaluación. 				

Efectividad de la Auditoria para el Mejoramiento Continúo de la Calidad en la Atención en Salud.

NO. 2 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
Efectividad de la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en atención en salud.	Número de metas del plan operativo anual cumplidas objeto de evaluación/número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.				≥0,90
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
=0,96	2016	2017	2018	2019	
	≥0,93	≥0,94	≥0,95	≥0,96	
OBJETIVO	Realizar planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque al cumplimiento de los estándares de calidad.				
ESTRATEGIA:	Implementar del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, PAMEC.				
META	Mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a la comunidad				
COMPROMISO	Mantener la implementación del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, PAMEC				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> a) Definir acciones de mejoras de los hallazgos encontrado en las auditorias de seguimiento. b) Fortalecer los procesos de seguridad en el paciente. c) Adecuar infraestructura física para discapacitados, baños y rampas. d) Hacer seguimiento a la adherencia de las guías. e) Implementar protocolo de víctima y maltrato y abuso sexual. f) Adoptar guías y protocolos de seguridad del paciente. g) Implementar protocolo de esterilización. h) Actualización del programa de farmacovigilancia. i) Formular los indicadores de medición. 				

Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo

Institucional

NO. 3 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
Gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas objeto de evaluación/número de metas del Plan Operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.				≥0,90
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
=0,90	2016	2017	2018	2019	
	≥0,91	≥0,92	≥0,94	≥0,95	
OBJETIVO	Cumplir los objetivos planteados en el plan de desarrollo 2016 - 2020 garantizando la prestación de servicios de salud.				
ESTRATEGIA:	Implementar acciones en caminadas a mejorar la gestión administrativa de la ESE				
META	Excelencia administrativa en los procesos desarrollados por la ESE hacia el cumplimiento de la visión institucional.				
COMPROMISO	Mantener el cumplimiento de las acciones planteadas.				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> a) Actualizar grupo de apoyo. b) Socializar metodología para la elaboración del plan de desarrollo institucional c) Hacer seguimientos y presentar informes de la gestión a la Junta directiva de la E.S. E y grupo de interés. 				



2.2. AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Riesgo Fiscal y Financiero.

NO. 4 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
Riesgo Fiscal y Financiero.	Adopción del Programa de saneamiento fiscal y financiero				Sin Riesgo.
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
Riesgo Bajo	2016	2017	2018	2019	
	≥0,91	≥0,92	≥0,94	≥0,95	
OBJETIVO	Categorizar a la empresa como una ESE sin riesgo fiscal según reporte del Ministerio de protección social.				
ESTRATEGIA:	Implementar acciones tendientes a la buena gestión de recaudo y generar lineamientos de austeridad en el gasto.				
META	Mantener la categorización en riesgo bajo.				
COMPROMISO	Reducir el riesgo fiscal y financiero de la E.S.E. Hospital de Nazareth.				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	a) Adoptar las políticas y mecanismo que incentiven la eficiencia en la utilización de los recursos financieros para mantener este eficiente resultado. b) Aumentar la producción de los servicios y reducir los costos de producción. c) Fortalecimiento de los ingresos de la ESE.				

Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo.

NO. 5 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo.	$\left[\frac{\text{(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación, /Número de UVR producidas en la vigencia)}}{\text{(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año objeto de evaluación /Número UVR producidas en la vigencia anterior)}} \right]$				<0.90
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
0.70	2016	2017	2018	2019	
	≤0,90	≤0,90	≤0,90	≤0,90	
OBJETIVO	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..				
ESTRATEGIA:	Mejorar la evolución del gasto por cada unidad de valor producida				
META	Alcanzar un rango por debajo de ≤ 0.90				
COMPROMISO	Mantener el comportamiento del indicador				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> a) Realizar informe de costos por unidades de servicios y verificarlos con las unidades de servicio. b) Disminuir los costos y gastos en los centros de servicios. c) Analizar trimestralmente el comportamiento de la UVR para evitar que aumente. 				



Compras de medicamentos a través de mecanismos de compra conjuntas.

NO. 6 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismo de compra conjunta.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.				≥0.70
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
=0.33	2016	2017	2018	2019	
	≤0,70	≤0,70	≤0,70	≤0,70	
OBJETIVO	Garantizar que las compras de medicamentos se realicen a través de mecanismos de compras conjuntas y evitar altos costo en la adquisición de los mismos.				
ESTRATEGIA:	Suscribir convenio de compras conjuntas.				
META	Adquirir en un 70% los medicamentos con el proveedor seleccionado en común acuerdo de las ESE de Nazareth, Armando Pabón de Manaure y Hospital Nuestra señora del Perpetuo Socorro de Uribía.				
COMPROMISO	Mantener el convenio de compras conjuntas entre las ESEs				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	a) Establecer estrategias de convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumo en alianza con otras E.S.E del Departamento de la Guajira. b) Actualizar plan anual de compras de la ESE.				



Monto de la deuda superior a 30 Días por concepto de salarios.

NO. 7 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
Monto de la deuda superior a 30 Días por concepto de salarios.	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación.				0 ó variación negativa
	$\text{(Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) - (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)}$				
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
Cero (0)	2016	2017	2018	2019	
	Cero (0)	Cero (0)	Cero (0)	Cero (0)	
OBJETIVO	Pagar de manera oportuna a empleados y contratados.				
ESTRATEGIA:	Diseñar e implementar política de gestión de pago oportuno de los salarios a los empleados de la empresa				
META	Alcanzar el indicador de Cero (0) en las 4 vigencias.				
COMPROMISO	Mantener el oportuno de salarios al personal de planta y por concepto de contratación.				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	a) Gestión de mayores recursos por venta de servicios de salud. b) Efectuar seguimiento a pagos para que no superen los 30 días.				



Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones RIPS.

NO. 8 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones RIPS.	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel, el informe deberá contener la caracterización de la población captada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.				4
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
4	2016	2017	2018	2019	
	4	4	4	4	
OBJETIVO	Presentar oportunamente los informes RIPS en las respectivas vigencias.				
ESTRATEGIA:	Agilizar los procesos para la generación de los datos estadísticos en el tiempo.				
META	Alcanzar a presenta 4 informes RIPS en las respectivas vigencias de la gestión.				
COMPROMISO	Mantener la oportunidad en la presentación de los informes a Junta directiva de la ESE				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	a) Actualizar la caracterización de la Población atendida en la ESE. b) Elaborar informes trimestrales y presentarlos a la Junta directiva de la ESE				



Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo

NO. 9 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo cuentas por pagar de vigencias anteriores.				≥ 1.00
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
0,96	2016	2017	2018	2019	
	≥ 1.00	≥ 1.00	≥ 1.00	≥ 1.00	
OBJETIVO	Garantizar la sostenibilidad financiera de le ESE.				
ESTRATEGIA:	Uso racional de los recursos que permita un buen manejo financiero en la entidad.				
META	≥ 1,00 en las cuatro vigencias				
COMPROMISO	Mantener el equilibrio financiero entre presupuesto y Recaudo				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> a) Tomar las recomendaciones de los informes de austeridad del gasto. b) Aumentar la producción de los servicios prestados por la ESE que permita una mayor venta de servicios. c) Realizar seguimiento armonizado de la producción, la facturación y el recaudo. 				



Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

NO. 10 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
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 oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.				Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
	2016	2017	2018	2019	
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	
OBJETIVO	Garantizar la oportunidad en la generación y cargue de la información de la circular única				
ESTRATEGIA:	Oportunidad en el cargue de la información de la circular única.				
META	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente				
COMPROMISO	Mantener el Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> a) Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información de la circular única b) Preparar las fuentes de información para el diligenciamiento de los formularios de la circular única. c) Realizar reuniones semestrales para en cargue de la información d) Validar la información reportada y realizar el cargue de la información. 				



Oportunidad en la Entrega del Reporte de Información en Cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.

NO. 11 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario de Sector Salud y Protección Social. O la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes de acuerdo con la normatividad vigente				Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
	2016	2017	2018	2019	
Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente	
OBJETIVO	Garantizar la oportunidad en la generación y cargue de la información en plata forma SIHO				
ESTRATEGIA:	Oportunidad en el cargue de la información				
META	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente				
COMPROMISO	Mantener el Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	a) Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información trimestral del Decreto 2193. b) Preparar las fuentes de información para el diligenciamiento de los formularios del SIHO c) Realizar reuniones trimestrales para en cargue de la información				



2.3 AREA DE GESTION CLINICO O ASISTENCIAL

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

NO. 12 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
Proporción de Gestantes Captadas Antes de la Semana 12 de Gestación.	Número de mujeres gestantes a quienes se les 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 en la vigencia objeto de evaluación/Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación.				≥ 85%
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
0,55	2016	2017	2018	2019	
	≥ 65%	≥ 70%	≥ 75 %	≥ 85%	
OBJETIVO	Incrementar la proporción de gestantes inscritas antes de la semana 12 de gestación				
ESTRATEGIA:	Implementar acciones que conduzca a una mayor captación de las gestantes antes de las semana 12.				
META	Captar el 85% de las gestantes afiliadas ante de la semana 12.				
COMPROMISO	Fortalecer los programas de control prenatal.				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> a) Realizar búsqueda activa de gestantes en el primer trimestre de gestación. b) Desarrollar estrategias de información acerca de la importancia de la inclusión de la gestante antes de la semana 12. c) Realizar seguimientos a las gestantes para verificar la permanencia en los controles prenatales 				

Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE.

NO. 13 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
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 objeto de evaluación.				(0) casos
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
(0) casos	2016	2017	2018	2019	
	(0) casos	(0) casos	(0) casos	(0) casos	
OBJETIVO	Evitar casos de sífilis congénitas en partos atendidos por la ESE				
ESTRATEGIA:	Implementar acciones direccionadas a evitar casos de sífilis congénitas en partos atendidos por la ESE				
META	Mantener el indicador en cero (0) casos de sífilis congénita en recién nacidos de la institución.				
COMPROMISO	Prevenir el nacimiento de niños enfermos de sífilis congénita a través del diagnóstico				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> a) Garantizar tratamiento a la pareja de las gestantes con resultados positivos para sífilis, para evitar la reinfección de las gestantes. b) Diseñar e implementar estrategias de información y educación enfocadas a la prevención de la sífilis, dirigidas a la población en general. c) Capacitar sobre el protocolo de sífilis congénita gestacional al personal paramédico de la entidad. 				



Evaluación de Aplicación de la Guía De Atención de Enfermedad

NO. 14 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.				≥0,90
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
0,93	2016	2017	2018	2019	
	≥0,90	≥0,90	≥0,90	≥0,90	
OBJETIVO	Garantizar la aplicación de la guía de manejo de hipertensión arterial de al menos el 90% de los pacientes inscritos en el programa.				
ESTRATEGIA:	Detectar tempranamente la hipertensión arterial, brindar el tratamiento adecuado y minimizar las complicaciones, secuelas y muerte				
META	Aplicar en un 90% la guía de manejo de manejo establecida en la resolución 412 del 2000 en el diligenciamiento de las historias clínica.				
COMPROMISO	Aplicar la guía de manejo específico de atención de enfermedad hipertensiva en la práctica diaria médica en la entidad.				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	a) Socializar al personal asistencial de la guía de manejo establecida por la resolución 412 del 2000. b) Implementar la guía de atención estrictamente a cada uno de usuarios de los programas de Hipertensión Arterial estipulados en la guía técnica.				

Evaluación de Aplicación de la Guía De Atención de Crecimiento y Desarrollo.

NO. 15 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
Evaluación de Aplicación de la Guía De Atención de Crecimiento y Desarrollo.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación/Número de historias clínicas de niños(as) menores de 10 años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.				≥0,80
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
	2016	2017	2018	2019	
≥0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,80	≥0,80	
OBJETIVO	Garantizar la aplicación de la guía de atención de crecimiento y desarrollo inscritos en el programa.				
ESTRATEGIA:	Fortalecer el programa de crecimiento y desarrollo Institucional				
META	Aplicar en un 80% la guía de manejo de manejo establecida en la resolución 412 del 2000 en el diligenciamiento de las historias clínica.				
COMPROMISO	Aplicar la guía de manejo de manejo establecida en la resolución 412 del 2000				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> a) Socializar la guía de atención a cada uno de los responsables de implementar dichas actividades b) Ejecutar estrictamente a cada uno de los menores los procedimientos de crecimiento y desarrollo estipulados en la guía técnica. c) Evaluar resultados de las acciones propuesta y establecidas para mejorar la calidad de la atención de crecimiento y desarrollo. d) Comunicar los resultados de las acciones y actividades ejecutadas 				



Numero de Reingresos por el servicio de Urgencias.

NO. 16 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias, en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación/ Número Total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación.				≤ 0,03
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
0.01	2016	2017	2018	2019	
	≤ 0,03	≤ 0,03	≤ 0,03	≤ 0,03	
OBJETIVO	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.				
ESTRATEGIA:	Implementar acciones que permita analizar las causas en el servicio de urgencias.				
META	Disminuir los Reingresos por el servicio de urgencias				
COMPROMISO	Mantener el comportamiento del indicador en menos 0.03				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> a) Auditar las Historias Clínicas con el objetivo de identificar posibles causas de reingresos por urgencia, b) Evaluar el cumplimiento de los protocolos de atención. c) Realizar el seguimiento al paciente en el resto de la red de servicios. d) Concientizar a los pacientes de la necesidad de cumplir con las indicaciones terapéuticas dadas por el profesional responsable de la atención. 				



Oportunidad en la Asignación de Citas de Atención de Consulta Médica General.

NO. 17 INDICADOR	FORMULA				ESTANDAR PROPUESTO
Oportunidad en la Asignación de Citas de 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.				≤ 3 días
LINEA BASE	LOGROS PARA LA VIGENCIA				
1 día.	2016	2017	2018	2019	
	≤ 3 días	≤ 3 días	≤ 3 días	≤ 3 días	
OBJETIVO	Garantizar la oportunidad en consulta externa por médico general en un promedio de no mayor a 3 días hábiles.				
ESTRATEGIA:	Realizar adecuaciones en el proceso de atención que permita la oportunidad en la asignación de citas médicas.				
META	Satisfacción de los servicios				
COMPROMISO	Mantener la oportunidad en la asignación de citas en menos de 3 días				
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	a) Identificar la frecuencia de usos de los servicios. b) Asignar las citas y efectuar la atención del servicio de consulta externa de manera oportuna y segura.				



4. Fase de Aprobación del Plan de gestión

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 este sujeto a modificaciones, todo dentro de los términos establecidos por la ley 1438 de 2011, la resolución 710 del 30 de marzo del 2012 y 743 del 15 de marzo del 2013.

5. Fase de Ejecución

Para el cumplimiento de las actividades se diseñará un plan de acción el cual contendrá cada una de las acciones a realizar. El control y seguimiento de la ejecución de las actividades se hará de manera sistemática y periódica, esto a través de reuniones de seguimiento, donde se asignarán los responsables de ejecutar y de realizar las evaluaciones trimestrales. El objetivo es garantizar la continuidad para alcanzar la meta propuesta de cada indicador

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

6. 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 acorde a los lineamientos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 710 de 2012 y Resolución 408 del 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Junta Directiva evaluará el cumplimiento del plan de gestión del gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión. Para las sesiones de evaluación de la gestión y resultados del gerente, podrá designarse secretario Ad-hoc, en el caso en que el secretario sea el gerente del Hospital.



E.S.E HOSPITAL DE NAZARETH
NIT: 892.115.347 - 1
URIBIA - ALTA GUAJIRA

La calificación del informe anual del plan de gestión gerencial se realizará teniendo en cuenta el Anexo N° 3 “Instructivo para la calificación” y el Anexo N° 4 “Matriz de Calificación” y los lineamientos establecidos en la Fase de Evaluación de la Resolución 408 de 2018.

Los miembros de la Junta Directiva harán constar mediante Acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, notificando del mismo al gerente.