

# PLAN DE GESTIÓN

## 2024-2027



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN AGUSTIN DE  
FONSECA

DIANA MILENA MOLINA  
PEÑARANDA  
Gerente

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	4
1. IDENTIFICACION DE LA ESE .....	6
2. INTEGRANTES DEL GRUPO DIRECTIVO .....	6
3. RESEÑA HISTÓRICA .....	7
4. MARCO JURÍDICO .....	7
5. DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA SITUACIÓN DE LA ESE .....	9
5.1. AREA DE GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA .....	9
5.1.1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO .....	9
5.2. AREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA .....	11
5.2.1. INDICADORES FINANCIEROS .....	12
5.2.2. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN .....	20
5.2.3. PROCESOS DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS .....	22
5.2.4. MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN .....	22
5.2.5. INFRAESTRUCTURA .....	23
5.2.6. EXTERNALIZACIÓN DE SERVICIOS Y CONTRATACIÓN DE PERSONAL .....	24
5.2.7. SISTEMA COMPRAS .....	25
5.2.8. MANTENIMIENTO .....	26
5.2.9. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO .....	26
5.2.10. GESTIÓN AMBIENTAL .....	28
5.3. ÁREA DE GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL .....	29
5.3.1. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD .....	29
5.3.2. COMPORTAMIENTO DE LA PRODUCCIÓN Y CALIDAD .....	32
5.3.3. SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	34
5.3.4. PORTAFOLIO DE SERVICIOS .....	35
5.3.5. FLUJO DE REFERENCIA RED HOSPITALARIA .....	37
5.3.6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD .....	38
6. LINEAMIENTOS GENERALES DEL PLAN DE GESTIÓN .....	40
6.1. AREA DE GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA .....	40
6.1.1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO .....	40
6.1.2. GESTIÓN POR PROCESOS .....	41
6.1.3. FORMULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PROGRAMAS, PLANES Y PROYECTOS .....	41
6.1.4. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DEL SISTEMAS DE EVALUACIÓN .....	43
6.1.5. COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN .....	43
6.2. AREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA .....	44
6.2.1. GESTIÓN DEL EQUILIBRIO PRESUPUESTAL .....	44
6.2.2. CONTROL DEL GASTO .....	44
6.2.3. ÍNDICES DE COBRO DE LA CARTERA .....	45
6.2.4. OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS .....	45
6.2.5. SANEAMIENTO DE PASIVOS LABORALES .....	46
6.2.6. CAPACITACIÓN .....	46
6.2.7. BIENESTAR DE LOS FUNCIONARIOS .....	46
6.2.8. INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN .....	47
6.2.9. PERIODO VACACIONAL .....	47
6.2.10. MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y LA TECNOLOGÍA .....	48
6.2.11. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN, COMPRAS E INVENTARIO .....	48

6.2.12.	PROCESOS LOGÍSTICOS Y DE SOPORTE.....	49
6.2.13.	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO .....	49
6.2.14.	GESTIÓN AMBIENTAL.....	50
6.3.	ÁREA DE GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL.....	50
6.3.1.	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD.....	50
6.3.2.	SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.....	50
6.3.3.	AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.....	51
6.3.4.	SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.....	51
6.3.5.	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.....	52
6.3.6.	SEGUIMIENTO DE LOS INDICADORES DE PRODUCCIÓN Y CALIDAD .....	52
6.3.7.	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	53
7.	PLAN DE DESARROLLO 2024-2027 .....	54
7.1.	INDICADORES Y METAS DEL PLAN DE DESARROLLO 2024-2027 .....	54
8.	INDICADORES Y METAS DE LA GESTIÓN GERENCIAL.....	56
8.1.	AREA DE GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA .....	56
8.2.	AREA DE GESTIÓN ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA .....	57
8.3.	AREA DE GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL.....	59
8.4.	CONSOLIDACIÓN Y RESULTADOS DEL PLAN ESTRATÉGICO Y DE GESTIÓN INSTITUCIONAL 61	
9.	CONCLUSIONES.....	62
10.	ANEXOS.....	62

## INDICE DE GRAFICAS

GRÁFICA N° . 01.	INGRESOS RECONOCIDOS.....	13
GRÁFICA N° . 02.	INGRESOS RECAUDADOS.....	14
GRÁFICA N° . 03.	GASTOS COMPROMETIDOS .....	15
GRÁFICA N° . 04.	FACTURACIÓN, RECAUDO Y GLOSAS.....	16
GRÁFICA N° . 05.	COMPOSICIÓN DE LA CARTERA .....	17
GRÁFICA N° . 06.	INDICADORES DE EQUILIBRIO PRESUPUESTAL .....	18
GRÁFICA N° . 07.	BALANCE GENERAL COMPARATIVO .....	19
GRÁFICA N° . 08.	ESTADO DE RESULTADO COMPARATIVO .....	20
GRÁFICA N° . 09.	PRODUCCIÓN DE SERVICIOS.....	32

## INDICE DE TABLAS

TABLA N° . 01.	IDENTIFICACIÓN DE LA ESE.....	6
TABLA N° . 02.	INTEGRANTES DEL GRUPO DIRECTIVO .....	6
TABLA N° . 03.	ESTADO DE LA INFRAESTRUCTURA.....	23
TABLA N° . 04.	AUTOEVALUACIÓN HABILITACIÓN POR ESTÁNDARES.....	29
TABLA N° . 05.	AUTOEVALUACIÓN HABILITACIÓN POR GRUPOS.....	30
TABLA N° . 06.	AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN .....	31
TABLA N° . 07.	PRODUCCIÓN EN UVR.....	33
TABLA N° . 08.	INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN.....	34
TABLA N° . 09.	PORTAFOLIO DE SERVICIOS HABILITADOS SEDE PRINCIPAL .....	35
TABLA N° . 10.	PORTAFOLIO DE SERVICIOS HABILITADOS PUESTOS DE SALUD.....	36




TABLA N° 11. CONTRATOS CON EPS Y ESTADO .....	38
TABLA N° 12. PROGRAMAS, PLANES, PROYECTOS .....	42
TABLA N° 13. INDICADORES Y METAS DEL PLAN DE DESARROLLO 2024-2027 .....	54
TABLA N° 14. METAS ÁREA DE GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA.....	56
TABLA N° 15. METAS ÁREA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	57
TABLA N° 16. METAS ÁREA DE GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS .....	59
TABLA N° 17. ESCALA DE CALIFICACIÓN Y RESULTADO .....	61

## INTRODUCCIÓN

El Plan de Gestión se constituye en un instrumento de planificación que orienta el accionar de los diferentes actores durante el período de una administración; en este se expresan los objetivos, metas, políticas, programas, subprogramas y proyectos de desarrollo, los cuales responden a los compromisos adquiridos en el Programa de Gobierno y a las competencias y recursos definidos tanto por la Constitución como por la Ley. Busca elevar la calidad de vida y el acceso a mejores oportunidades en la oferta del servicio de salud de la complejidad asignada a la ESE Hospital San Agustín de todos los habitantes del Municipio de Fonseca en coherencia con el Plan De Desarrollo Nacional, Departamental y Municipal. A su vez promueve el desarrollo integral sostenible y las políticas públicas en su área de influencia, elevando el índice de calidad de vida y el índice de desarrollo humano de la población, reduciendo las tasas de necesidades básicas insatisfechas del sector.


La Corte Constitucional definió que el Plan de Gestión es “Un medio para ordenar la política estatal hacia el logro de los objetivos que incorpora la noción del Estado Social de Derecho, que no podría entenderse ni alcanzar la plenitud de sus objetivos ni tampoco realizar lo que es de su esencia sino sobre la base de que el orden jurídico y la actividad pública están ordenados a satisfacer los intereses de quienes integran la sociedad civil”.

El Plan de Gestión 2024-2027 para la E.S.E Hospital San Agustín de Fonseca desarrollará al máximo su estructura gerencial, administrativa, física y misional, brindando servicios oportunos, humanos, integrales con eficiencia y eficacia, conformando un equipo de trabajo con las habilidades y competencias, satisfecho, con vocación, formación administrativa y de servicios de salud, integrado a la comunidad, a la institución hospitalaria, y otros sectores, ideando a un desarrollo integral de prestación de servicios de salud, de acuerdo a las necesidades de servicios de las comunidades de su área de influencia, manteniendo una proyección futurista y de sostenibilidad financiera con altos índices de rentabilidad social.

La ESE Hospital San Agustín de Fonseca consolidará en su planeación estratégica y financiera que lo integre: El Plan Estratégico y de Gestión, los programas y los planes que irán de la mano con los planes, los indicadores de Gestión y el Presupuesto Anual de Inversión, instrumentos que contribuirán al uso eficiente de los recursos públicos encaminados al fortalecimiento del que hacer institucional.

Unificado a esto la propuesta de trabajo se direccionará en torno a los siguientes elementos:

Empresa viable y auto sostenible; productiva no solo en términos de procedimientos efectuados y facturación presentada y recuperada oportunamente, sino que estos sean realizados con estándares altos de calidad, un nivel académico elevado y apoyo de recursos tecnológicos de punta; propiciadora de estímulos para el crecimiento empresarial.



Una empresa administrada con transparencia, bajo la premisa aquella que reza, “los recursos públicos para la salud son sagrados”. Generando una estructura empresarial sólida y una cultura de planificación, que le garantice supervivencia en el tiempo. Todo lo cual debe redundar en rentabilidad social creciente, traducible en beneficios para la comunidad a la cual sirve, satisfacción para sus trabajadores y crecimiento responsable.

El Plan de Gestión se desarrolla con base en el trabajo en equipo de este grupo técnico científico; sumado necesariamente al compromiso y acciones de todos los actores del sistema a nivel territorial. Para el logro de las metas planteadas se desarrolla un plan estratégico donde se revise y actualice la plataforma, MISION, VISION, OBJETIVOS ESTRATEGICOS; la realización de nuevos proyectos con base en la realidad hospitalaria y del SGSSS, que necesariamente al concertar la visión en los años venideros hacia el futuro, involucrará muchos factores y condicionamientos que deberán darse en esa nueva visión futurista para poder construir el Hospital que todos queremos.

El enfoque que se presenta en este documento pretende dar inicio al esfuerzo de delinear los contornos de un pacto para la modernización y renovación de la ESE San Agustín de Fonseca, apoyada en su trayectoria, patrimonio y en los principios y valores de la entidad, siendo coherente con los lineamientos nacionales, departamentales y municipales.

## 1. IDENTIFICACION DE LA ESE

**Tabla N°. 01. Identificación de la ESE**

<b>NOMBRE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	Empresa Social del Estado Hospital San Agustín
<b>NIT</b>	892170002-1
<b>NIVEL DE ATENCIÓN</b>	I
<b>COMPLEJIDAD</b>	Baja Complejidad
<b>CARÁCTER TERRITORIAL</b>	Municipal
<b>DEPARTAMENTO / DISTRITO</b>	La Guajira
<b>SEDE PRINCIPAL</b>	Fonseca
<b>DIRECCION Y TIPO DE LA SEDE PRINCIPAL</b>	CALLE 15 NO. 21 – 31 Barrio Alto Prado
<b>CODIGO PRESTADOR – REPS</b>	4400100373
<b>ACTO DE CREACION DE LA ESE</b>	Acuerdo No 009 del 15 de noviembre del 2007.
<b>INFORMACIÓN GERENTE ACTUAL</b>	<b>DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA</b> Nombrada mediante Decreto 068 del 02 de agosto de 2024, y posesionado mediante Acta de Posesión N° 005 del 02 de agosto de 2024.

## 2. INTEGRANTES DEL GRUPO DIRECTIVO

**Tabla N°. 02. Integrantes del Grupo Directivo**

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>
DIANA MILENA MOLINA PEÑARANDA	GERENTE
YEZENIA RODRIGUEZ ESCORCIA	ASISTENTE DE GERENCIA
ARLETHI GOMEZ BENJUMEA	COORDINADOR ASISTENCIAL
ALEX ROMERO	DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS
LUISA CUADRADO	LIDER SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
YEINER JIMENEZ	LIDER GESTIÓN AMBIENTAL
YULIANA PELAEZ	LIDER DE CONTRATACIÓN
MERCY HERNANDEZ	LIDER DE CARTERA
ERIKA EGEA	LIDER DE CALIDAD

### 3. RESEÑA HISTÓRICA

El Hospital San Agustín de Fonseca, fue fundado jurídicamente por medio de la autorización 951-70897 de 1962, con recursos apropiados por el Ministerio de Salud Pública de Colombia. Comenzó a funcionar en el año 1964 con los servicios de Hospitalización, Consulta externa, programa de Crecimiento y Desarrollo, Vacunación y Tuberculosis, siendo su primer director ROGELIO RAMOS VIGIANI.

La primera junta de salud estuvo integrada por el Doctor Marcos Gómez Daza y los señores Javier Daza Fernández y Judith Ariza García, como primer médico rural se desempeñó el Doctor Donaldo Saúl Morón Manjarrez quien fue el segundo Director durante 18 años.

Mediante la resolución No 019 del 25 de septiembre de 1973, se oficializan los primeros estatutos del Hospital San Agustín de Fonseca en la administración del Doctor DONALDO MORÓN, los cuales fueron actualizados por medio de la resolución 15 de marzo de 1996 en la dirección del Doctor GUILLERMO GÓMEZ ZÚÑIGA.

En 1985 durante la administración del Doctor DONALDO MORÓN, se inauguraron los servicios de Cirugía, Sala de partos y el pabellón de Hospitalización; así como la construcción de la casa del Médico y la adquisición de la primera ambulancia y vehículos de la empresa. La primera ambulancia fue una de marca INTERNATIONAL donada por el Ministerio de Salud Pública el día 12 de octubre de 1985.

La ESE Hospital San Agustín de Fonseca presta actualmente sus servicios de salud de baja complejidad habilitado por la Secretaria Departamental de Salud mediante Resolución 00918 del 30 de septiembre 2005. Con una sede principal ubicada en la zona urbana del municipio y dispone de tres puestos de salud en la zona rural, con el propósito de garantizar la accesibilidad y oportunidad a la población en su área de influencia.

### 4. MARCO JURÍDICO

**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.

**Decreto 1876 de 1994:** Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado – régimen jurídico de las ESE.

**Ley 715 de 2001:** Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

**Ley 909 de 2005:** Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.

**Decreto 1011 de 2006:** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Resolución 1043 de 2006:** Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

**Ley 1122 de 2007:** Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

**Decreto N°. 357 de 2008:** Por medio del cual se reglamenta la evaluación y reelección de Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

**Resolución N°. 0473 de 2008:** Por medio de la cual se define la metodología para el diseño, elaboración y evaluación del Plan de Gestión de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial y se adopta para ello un instrumento de medición y evaluación.

**La ley 1438 de 2011:** "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", se definen los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión por parte de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

**Resolución N°. 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 I tras disposiciones.

**Resolución 743 de 2013:** Por medio del cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 408 de 2018:** Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 1097 de 2018:** Por medio del cual se corrige la resolución 408 de 2018. Corrección del error formal contenido en el anexo N°. 02 indicador N°. 25, página 09. Corrección del error formal contenido en la nota (2) del anexo N°. 02, página 11.

**Circular Externa 008 de 2018:** Por la cual se definen los lineamientos para la definición y presentación de las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas.

## **5. DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA SITUACIÓN DE LA ESE**

### **5.1. AREA DE GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA**

#### **5.1.1.DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

La ESE Hospital San Agustín de Fonseca orienta la plataforma estratégica hacia la prestación de servicios con énfasis en la promoción y prevención de la enfermedad de forma oportuna. En la misión contempla prestar servicios talento humano capacitado que busca permanente el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio de salud. Sin embargo, dada la asignación de la ESE hacia la tipología de baja complejidad B1 e integral, no se encuentra enmarcado dentro del direccionamiento. Pese a que se ha hecho esfuerzos para mejorar el tema de infraestructura y equipos, no se encuentra enmarcado en el direccionamiento y aun no se da cumplimiento a este propósito.

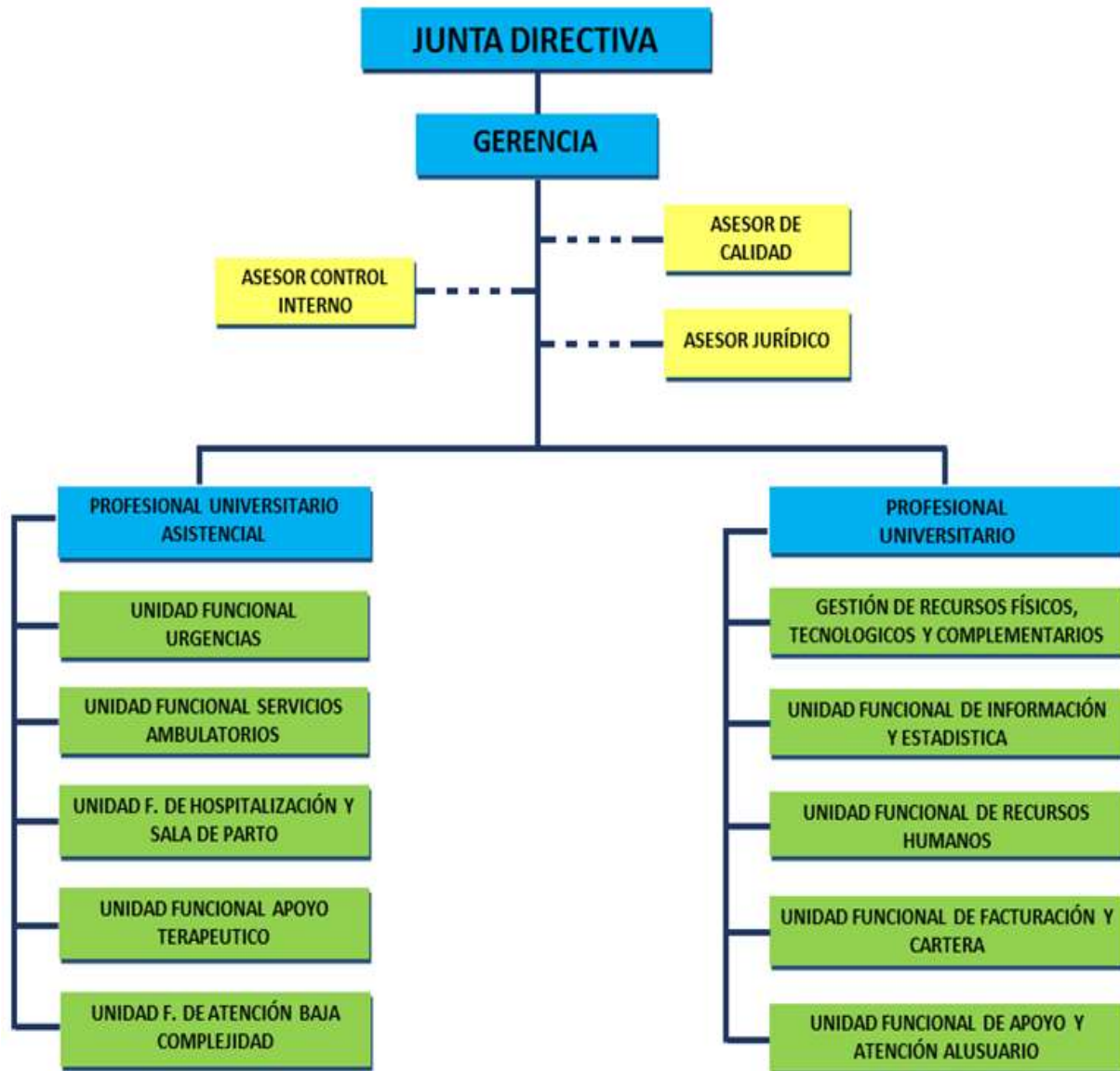
Por otra parte, la Visión está direccionada hacia la congruencia entre la oportunidad, la calidad y el equilibrio financiero, en aras de prestar un servicio óptimo, humanizado y con responsabilidad social con vigencia a 2023 y que debe ajustarse retos actuales y la designación del papel preponderante de la ESE para complejidad asignada en la región contemplado en el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las ESE de La Guajira (documento red).

No se observa la definición de objetivos estratégicos, representados en la misión y visión con un enfoque hacia: Talento Humano, Infraestructura, Equipos, Procesos, Necesidades y Expectativas, Seguridad, Calidad, Oportunidad.

La ESE cuenta con unos principios y valores que no se evidencian contemplados en un código de integridad claramente definido y aprobado. Estos valores no se encuentran adoptados de acuerdo a los lineamientos del nivel central ni a las necesidades y expectativas de los clientes internos y externos ni los retos actuales, con miras a definir las líneas éticas que van a regir el comportamiento de la gestión institucional.

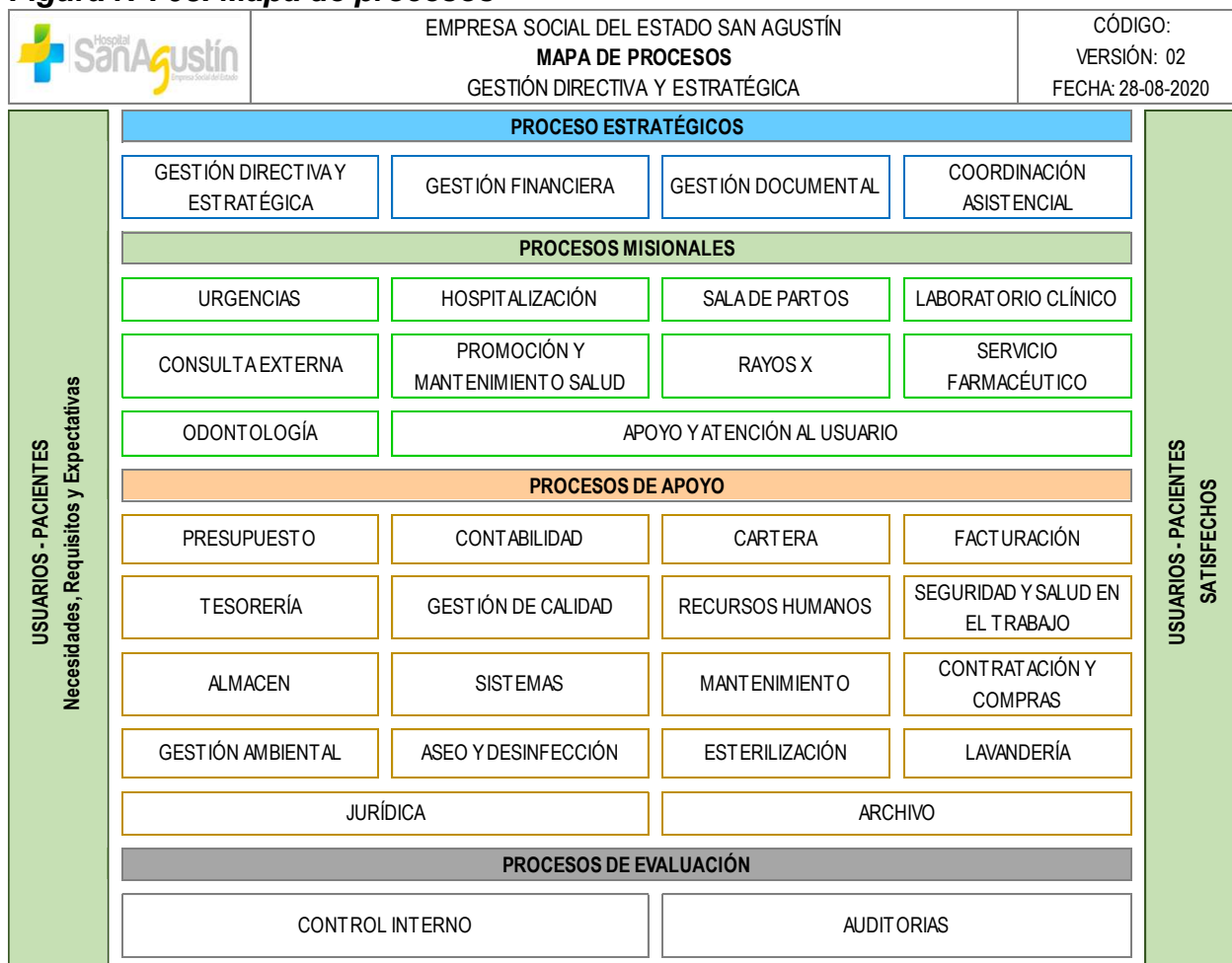
Se evidencia la documentación de programas y planes, formulados de acuerdo a los requisitos definidos. Sin embargo, se denota que no hay una articulación con el órgano decisivo, y en algunos de ellos no se establece un plan específico de ejecución con un cronograma claro, responsables e indicadores, lo que no permite medir un impacto real y positivo en la gestión institucional.

Figura N°. 02. Organigrama



Se evidencia un organigrama vertical u organigrama de niveles, donde el puesto de dirección más elevado está definido por la Junta Directiva, Gerencia, órgano asesor y las otras unidades y puestos siguen de arriba a abajo, en orden decreciente de autoridad.

**Figura N°. 03. Mapa de procesos**




De acuerdo a la dinámica gerencial y de la tipología asignada a la ESE y necesidades organizacionales, se muestra un mapa de procesos robusto que permite conocer de manera gráfica y clara el funcionamiento de los procesos. El Mapa de Procesos fue aprobado mediante resolución N° 047 del 05 de febrero de 2021.

Referente a la gestión por procesos, se muestra la definición del modelo de gestión por procesos y la metodología de diseño y actualización, con avances documentales, pero que requiere del diseño de procesos faltantes, actualización de otros, definición de herramientas dinámicas de gestión, consolidación y control.

## 5.2. AREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

La gestión financiera de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca, hace parte de los procesos estratégicos definidos en el mapa de procesos, como parte del órgano de dirección, que a su vez esta contenido por procesos de apoyo como son: Presupuesto, Contabilidad, Cartera, Facturación y Tesorería. No se evidencia documentación sobre Costos como herramienta para la toma de decisiones y fines contractuales.



Dentro del proceso contable, existen informes que se presentan con periodicidad trimestral y anual, que dependen de la información que arroje el software asistencial y administrativo de la entidad. Sin embargo, en razón de la desactualización del mismo, la información difiere en cuanto a los requerimientos y calidad de la información, lo que hace necesario la conciliación con información de los otros módulos y la utilización de herramientas alternativas que permita generar la información requerida para efecto de informes de obligatorio cumplimiento y publicación.

Es importante evidenciar que a pesar de contar con una documentación general del proceso, de actividades generales, el proceso financiero no cuenta con instructivos o paso a paso de actividades especializadas que requieren especial cuidado y ejecución entre lo que se tiene: la formulación de la ejecución presupuestal, los traslados de rubros, la realización de las conciliaciones contables y los otros módulos que en razón de que no se cuenta con un software óptimo, se requiere ejecutar actividades adicionales, e implementar herramientas como ayuda (que requieren de un paso a paso) para la presentación adecuada de la información financiera en términos de calidad y oportunidad.

Mensualmente se hace conciliación de cartera, cuentas por pagar con tesorería, presupuesto y contabilidad sobre los ingresos y pagos, se concilian los datos de nómina que arroja dinámica gerencial frente a la física, para validar los valores, que en algunas ocasiones presentan variación.

Toda la información financiera es revisada y registrada en el aplicativo 2193 del Sistema de Información de Hospitales, previa revisión, consolidación y validación interna y cargada en los términos de ley ante la contraloría, Supersalud y demás entes de control.

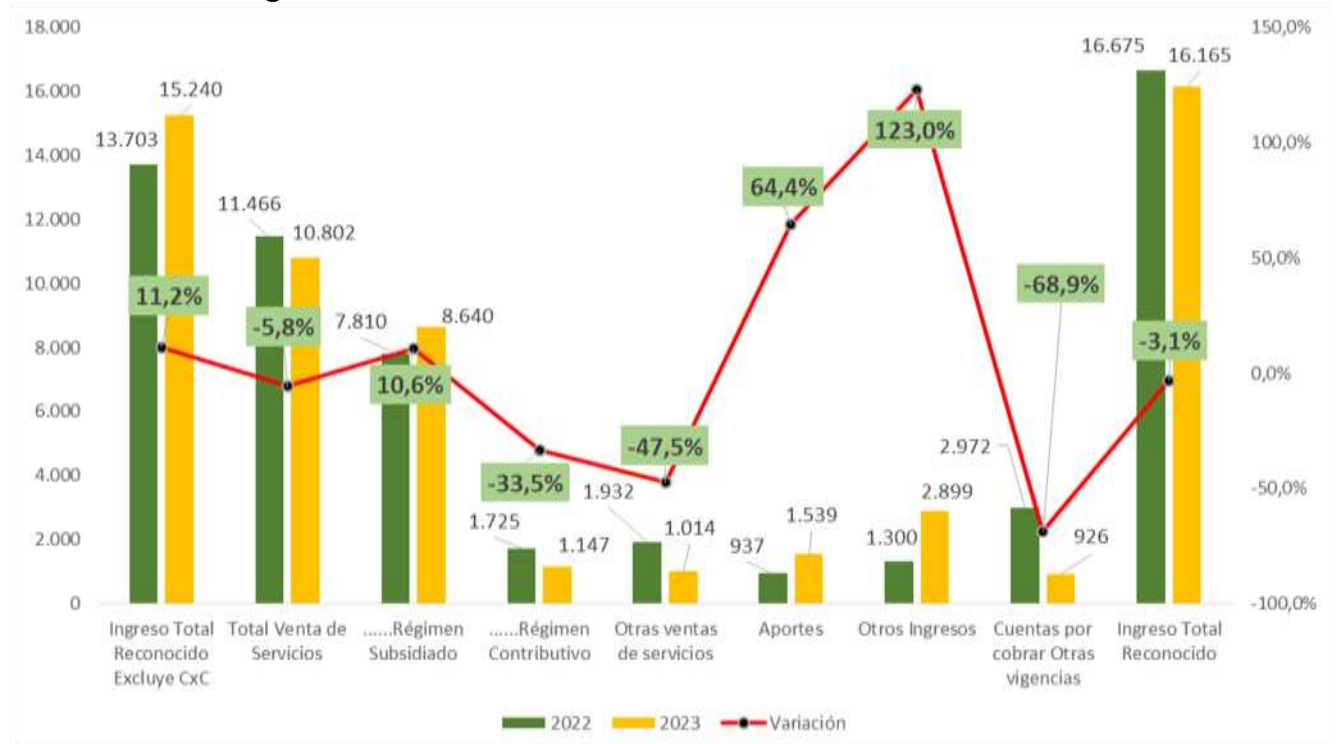
En conclusión, los procesos financieros están soportados en un sistema de información que debe complementarse con herramientas externas que permita validar la información, la presentación oportuna y confiable de la misma para la toma de decisiones y la presentación de informes ante los entes de vigilancia y control.

### **5.2.1.INDICADORES FINANCIEROS**

Se analiza la información relacionada con las condiciones financieras de la entidad y la gestión de los recursos del Sistema, el análisis comparativo de la ejecución presupuestal entre las últimas vigencias, información sobre la gestión del riesgo financiero, presentación y análisis del balance general y el estado de resultados comparativo.

## INGRESOS RECONOCIDOS

Gráfica N°. 01. Ingresos Reconocidos



Fuente: Ficha técnica – Sistema de Información Hospitalaria – SIHO-. Cifras en millones de pesos

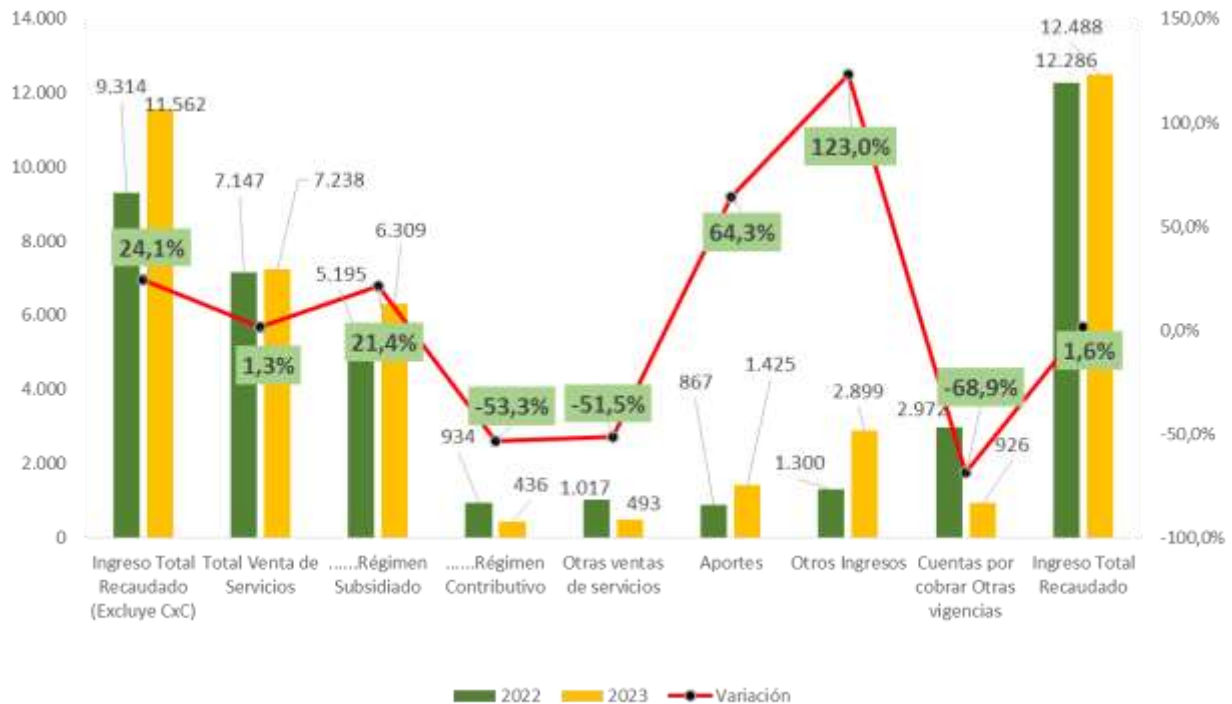
Los Ingresos Corrientes Reconocidos sin cuentas por cobrar reflejan un aumento de 11% (\$1.537 millones). Representado en un aumento de Venta de Servicios del Régimen Subsidiado con el 10%, aportes con un 64% y otros ingresos 55%.

Los Ingresos Totales Reconocidos (Incluye Cuentas por Cobrar) reflejan una disminución del 3,1% (\$509 millones). La disminución estuvo determinada por la caída en un 68,9% de los ingresos de cuentas por cobrar de otras vigencias que de \$2.972 millones en 2022 disminuyó a \$926 millones en 2023.

Desde la vigencia 2020 no se presentaba una tendencia a la baja de los ingresos reconocidos.

# INGRESOS RECAUDADOS

Gráfica N°. 02. Ingresos Recaudados



Fuente: Ficha técnica – Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Cifras en millones de pesos

Los Ingresos Corrientes Recaudados reflejan un aumento del 24,1% (\$2.248 millones), afectado por el incremento del 64% en Aportes y del 123% en Otros ingresos. El Total de Ventas de Servicios muestra un incremento del 1,3% (\$92 millones).

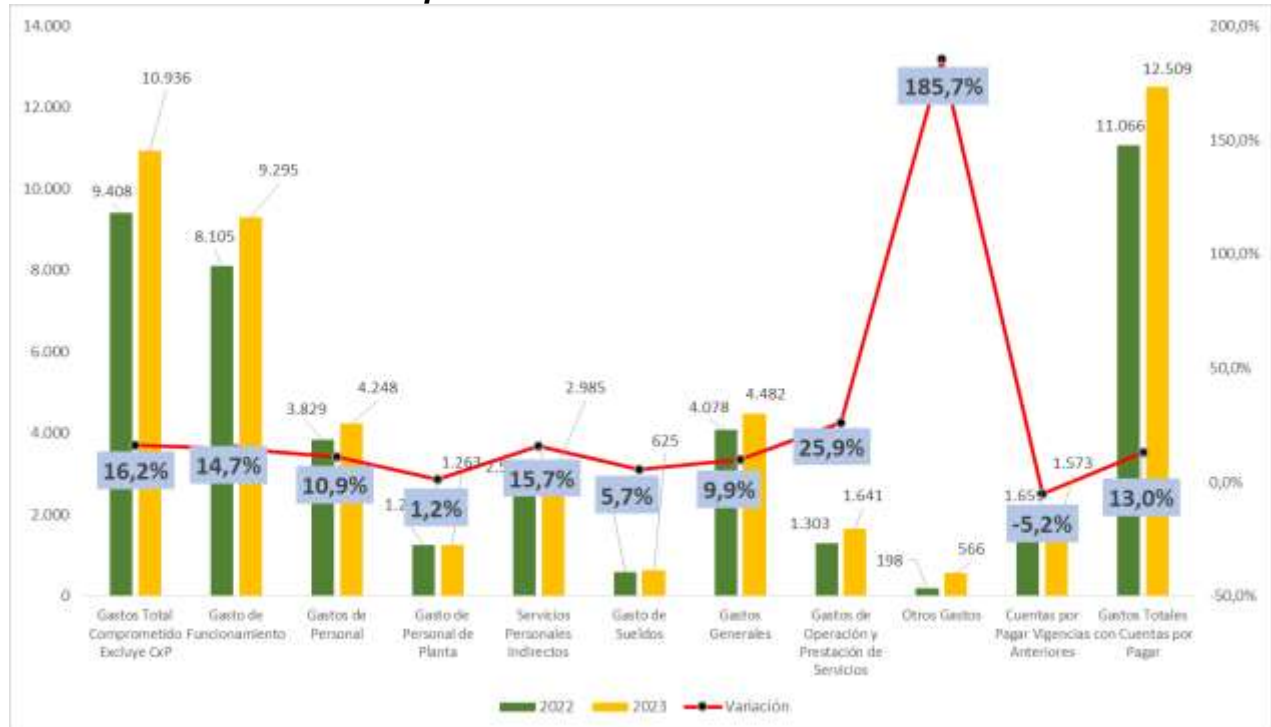
Se evidencia en los Ingresos Recaudados Cuentas por Cobrar Otras vigencias una disminución importante del 70% (\$2.046 millones).

Los ingresos totales recaudados muestran un incremento global del 1,6% frente a la vigencia anterior.

Durante las últimas 4 vigencias se ha mostrado un incremento sostenido de los Ingresos Recaudados totales.

## GASTOS COMPROMETIDOS

Gráfica N°. 03. Gastos Comprometidos



Fuente: Ficha técnica – Sistema de Información Hospitalaria – SIHO. Cifras en millones de pesos

Los Gastos comprometidos (Corrientes) muestran un incremento del 16%, en virtud de los compromisos por \$9.408 Millones en 2022 a \$10.936 Millones en 2023, es decir, una diferencia \$1528 millones.

El aumento de estos Gastos esencialmente se registra por la aumento promedio de 14% en los Gastos de Funcionamiento y 25% en gastos de operación y Prestación de servicios.

Los Gastos comprometidos con cuentas por pagar reflejan una disminución del 5%.

## FACTURACIÓN

Facturación es un procedimiento documentado de apoyo, que, si bien es cierto, cuenta con un personal para la facturación en cada servicio, se evidencia una alta rotación, desconocimiento del talento humano en la reglamentación.

La facturación se encuentra relacionada con la contratación de los servicios de salud, y en las condiciones de novedades con la contratación por retrasos, cambios de tarifas, se afecta de manera directa generando glosas y devoluciones de las cuentas por cobrar, y por ende falencias en la auditoría concurrente.

El módulo de facturación se encuentra en interface con cartera.

### Gráfica N°. 04. Facturación, recaudo y glosas



Fuente: Ficha técnica – Sistema de Información Hospitalaria – SIHO.

La facturación entre las vigencias 2022 y 2023 muestra una disminución del 17,4%. El recaudo frente a lo facturado de la vigencia, es del 85% en el 2022 y del 75% en 2023, lo que evidencia una baja considerable en la gestión de la facturación y radicación de cuentas.

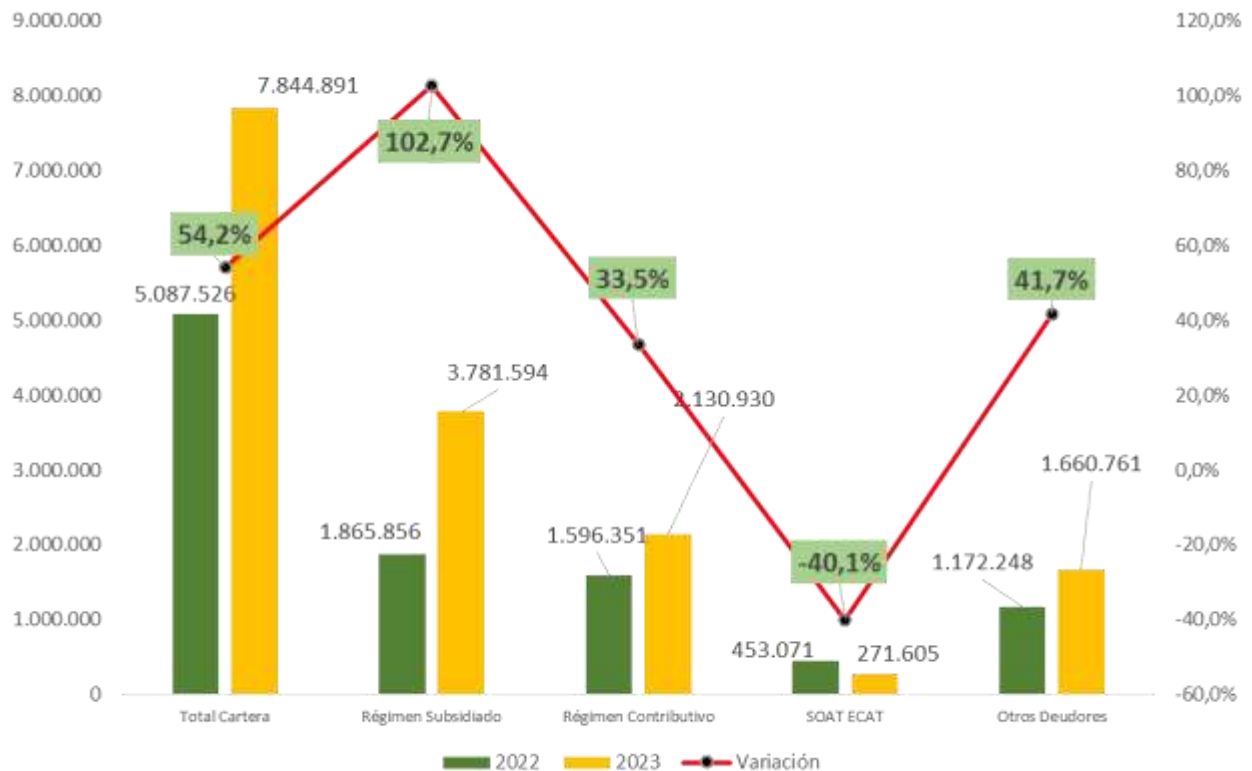
Es notable que para la vigencia el 2023 valor contratado reportado disminuyó en un 91,6%, de \$6.384 millones en 2022 bajó a \$537 millones en 2023, no se evidencia una adecuada gestión de la contratación. La participación de lo Contratado frente a lo Facturado en la vigencia 2022 fue del 55,7% y para la vigencia 2023 fue solo del 5,7%. También se evidencia que para la vigencia 2022 y 2023 no se presentó Ingresos sin Facturar.

La Glosa Inicial representó para el 2022 el 1,01% de lo Facturado y en el 2023 bajó al 0,22%. La Glosa Definitiva representó para el 2022 el 0,04% de lo Facturado y en el 2023 bajó al 0,01%.

## CARTERA

Cartera es un procedimiento documentado que hace parte de los Procesos de Apoyo. Sin embargo, la evolución y crecimiento de la cartera en cada vigencia demuestra la ineficacia de las políticas y procedimientos de cobro definidas.

**Gráfica N°. 05. Composición de la cartera**



Se evidencia que la **Cartera por Deudor** aumentó en **54%** (\$2757 millones) en la vigencia 2023, tendencia marcada en el régimen subsidiado (**102%**) y régimen contributivo (**33,5%**).

La cartera de SOAT ECAT disminuyó en un 40% y otros deudores se incrementaron en un 41,7%.

El aumento significativo se presenta en razón de que en el 2022 la entidad recibió unos pagos de vigencias anteriores por Atenciones de Población Extranjeras y de Partos. Pero para el 2023 se incrementó de manera importante, superando incluso la cartera de las vigencias 2020 y 2021.

El incremento de la CARTERA está representado: Reg. Subsidiado 102% (\$1.915 millones), Régimen Contributivo 33% (\$534 millones), Otros Deudores 41% (\$488 millones).

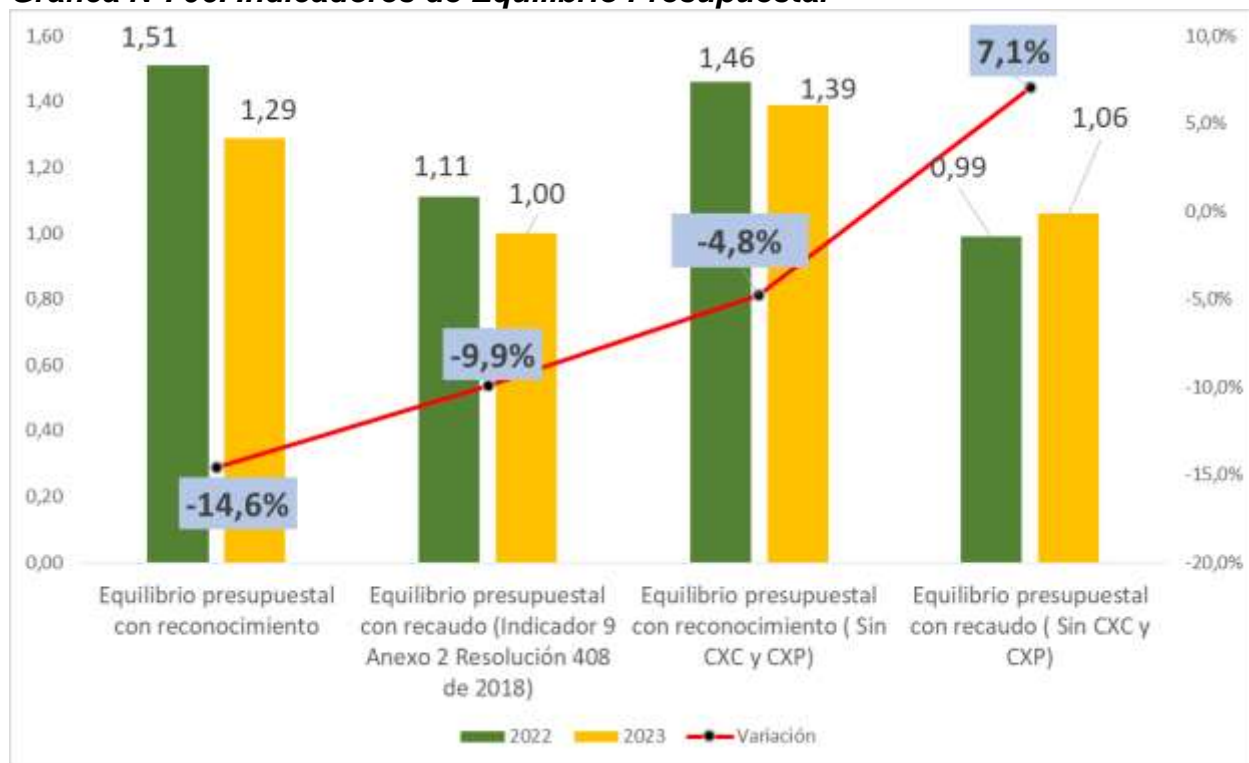
Al cierre de la vigencia 2023, se presenta una cartera sin facturar o con facturación pendiente por radicar por valor de \$1.229 millones.

El factor más relevante en el crecimiento sistemático de la cartera parte del incumplimiento de las Empresas Responsable del Pago de lo pactado, la poca disposición en la aclaración de las cuentas pagadas, lo que imposibilita contar con una cartera depurada y clara, agudizado por las debilidades que presenta el sistema

administrativo y asistencial en el procesamiento y resultado de la información de cartera e interacción con otros módulos.

## INDICADORES DE EQUILIBRIO

**Gráfica N°. 06. Indicadores de Equilibrio Presupuestal**



Fuente: Ficha técnica – Sistema de Información Hospitalaria - SIHO

El **Equilibrio Presupuestal con Reconocimiento** para la vigencia 2023 (**1,29**), muestra una disminución del **14,6%**, respecto a la vigencia 2022. Sin embargo, muestra equilibrio. Es necesario estar atentos a este indicador que en las ultimas 4 vigencias venía mostrando una tendencia positiva. Para la vigencia 2023 estuvo a punto de estar por debajo de 1, mostrando deficiencias en el tema de equilibrio, lo que podría afectar la calificación del indicador de acuerdo a lo establecido en la resolución 408 de 2018.

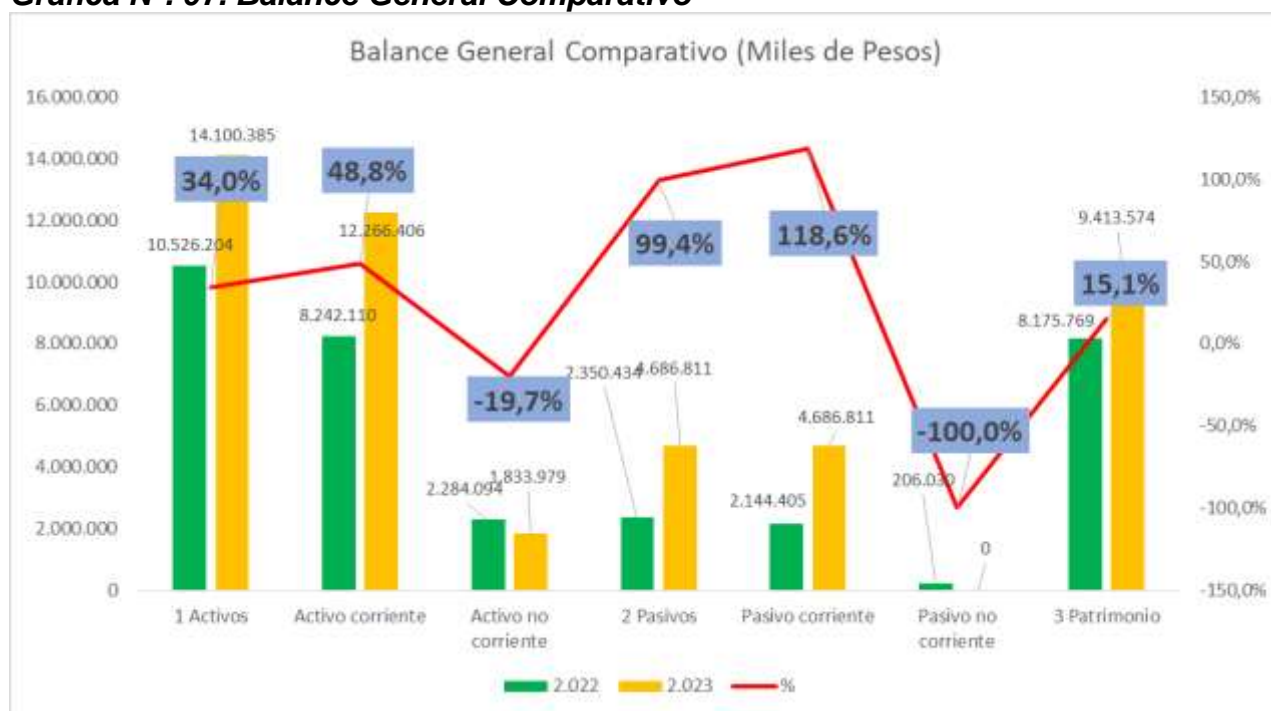
El **Equilibrio Presupuestal con Recaudo (1,11)** en el 2022, evidencia una disminución del **9,9%**, quedando en **1** en la vigencia 2023. Pese a ello, el resultado de equilibrio presupuestal con recaudo es SATISFACTORIO de acuerdo al indicador 9 del anexo 2 de la resolución 408 de 2018.

El **Equilibrio Presupuestal con Reconocimiento (Sin cuentas por cobrar – Cuentas por pagar)** para la Vigencia 2023 (**1,39**), refleja un disminución del **4,8%** respecto a la vigencia 2022.

El **Equilibrio Presupuestal con Recaudo (Sin cuentas por cobrar – Cuentas por pagar)** para la Vig. 2023 (**1,06**), refleja un aumento del **7%**.

## BALANCE GENERAL

### Gráfica N°. 07. Balance General Comparativo



Fuente: Ficha técnica – Sistema de Información Hospitalaria - SIHO

La ESE a cierre 31 de diciembre de 2023 presenta unos Activos totales por valor de \$14.100 millones. Respecto a la vigencia 2022 presentan un incremento del 34% por valor de \$ 3.574 millones en virtud del aumento en un 48,8% de los activos corrientes por valor de \$ 4.024 millones. Los Activos No Corrientes muestran una disminución del 19,7% por un valor de \$450 millones. El incremento de los Activos Corrientes lo marcó el incremento de las cuentas por Cobrar en un 55% por valor de \$ 2.465 millones.

Se evidencia que los **Pasivos** se incrementaron en **99,4%** (\$2,336 millones) en la vigencia 2023. Sustentado por el incremento de las Cuentas por Pagar en **63,9%** (\$1,113 millones) Beneficios a empleados **10,3%** (\$1,113 millones), y otros pasivos en un **573%** (\$1,182 millones) correspondiente a ingresos recibidos por anticipado por concepto de ventas.

El patrimonio para la vigencia 2023 asciende a \$9.413 millones, con un incremento en el último año del 15% por valor de \$1.237 millones. El incremento se registra esencialmente por la variación positiva en el Resultado del Ejercicio con un incremento del 87,5% y el Capital Fiscal por un 1,9%.

Se evidencia que la **Cartera por Deudor** aumentó en **54%** (\$2757 millones) en la vigencia 2023, tendencia marcada en el régimen subsidiado (**102%**) y régimen contributivo (**33,5%**).

La cartera de SOAT ECAT disminuyó en un 40% y otros deudores se incrementaron en un 41,7%.

## ESTADO DE RESULTADO

**Gráfica N°. 08. Estado de Resultado Comparativo**



Fuente: Ficha técnica – Sistema de Información Hospitalaria - SIHO

Se observa una disminución de los Ingresos Operacionales del 5,8% en razón de la disminución en la venta de servicios como: Servicios Ambulatorios Procedimientos y Promoción y Prevención, Imagenología, Sala de Parto y Farmacia e insumos hospitalarios.

En congruencia con la baja en la producción, se observa una disminución en el costo de venta del 22,5%. En ese mismo sentido, los gastos de operación disminuyen en un 5,3% arrojando un Resultado Operacional Positivo.

El cierre de Ingresos, gastos y costos muestra un resultado positivo de \$2.372 millones con un incremento del 87,5% respecto a la vigencia anterior.

### 5.2.2.SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

En el componente de información y comunicación se cuenta con portal oficial activo y navegable. Sin embargo, se evidencia el cumplimiento en un **xxx%** de 8 componentes

sobre el uso de la página web (Número de visitas, usuarios registrados, relevancia del contenido, participación, tiempo de respuesta, respuesta a PQRDS, cumplimiento de ley de transparencia). En el ranking nacional, la ESE Hospital San Agustín de Fonseca se encuentra en el puesto **xxxx**.

Se manejan correos electrónico no oficiales donde se da a conocer información de interés para los funcionarios. Se viene adelantando estrategias para lograr consolidar los trámites y servicios que se encuentran en cada proceso dando aplicabilidad a la guía de estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano y lo establecido en la Ley 962 de 2005 “por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos.”

Dentro de los mecanismos de información que están aplicándose por la entidad, están: buzón de sugerencias, quejas, peticiones y reclamos; encuestas de satisfacción del servicio.

En cuanto la administración de los archivos de la entidad; no se cuenta con un personal calificado e idóneo y su custodia, transferencia y conservación no se adecuan a los lineamientos establecidos por el Archivo General de la Nación a través de la ley 594 de 2000. No hay registro de las tablas de retención y transferencias documentales exigidas por ley.

La entidad tiene el sistema de información que le permite administrar la gestión de los servicios asistenciales, los recursos físicos, recursos humanos y recursos financieros. En lo que refiere la correspondencia existe una ventanilla única para su manejo, pero no está adoptada y reglamentada mediante acto administrativo, pero se encuentra en una parte donde no se puede garantizar su eficacia. En la administración de recursos tecnológicos existe un área que presta los servicios de mantenimiento y soporte, pero no tiene los suficientes medios que permitan garantizar la seguridad, consolidación de los sistemas de información, desarrollo de proyectos informáticos y aplicaciones, explotación de la información, a todas las áreas de la E.S.E.

En la página web se han dado pasos iniciales para la implementación de la ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública, sin embargo, no se divulga la información relevante de los procesos de vinculación a la E.S.E. Se presenta dificultad en la divulgación actualizada de la normatividad legal de interés (leyes, decretos, actos administrativos y otros). No se tiene establecido una herramienta para la atención eficaz de los grupos de interés de la entidad, pero si existe un formato que registra la recepción y respuesta de los derechos de petición, llevándose un registro, control y seguimiento. A su vez se debe revisar los controles para determinar los motivos y conocer la satisfacción de las respuestas.

En cuanto a los medios de comunicación, se brinda a los grupos de interés la información necesaria a través de los canales de comunicación con los que cuenta la E.S.E., la página web de la entidad y la información de noticias de carácter interno para los funcionarios.



### **5.2.3.PROCESOS DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

El proceso de Talento Humano se encuentra definido en el mapa de procesos de la entidad, como un proceso de apoyo, documentado y con el equipo humano requerido para las funciones y actividades requeridas. Se cuenta con un manual de funciones y competencias laborales que relaciona los cargos, funciones, requisitos (estudio y laboral), las competencias laborales (según el nivel) que de acuerdo a informes de auditorías se requiere acciones de actualización.

Dentro de los registros del proceso se evidencian los planes de capacitación, bienestar e incentivos, que, pese a su formulación y constancia de ejecución, requiere de una revisión que permita identificar y plasmar las necesidades reales en función de mejorar el desempeño del talento humano y lograr la satisfacción con la entidad.

No existe registro de la medición del clima laboral, ni herramientas y métodos para su retroalimentación y evidencias sobre aquellas situaciones detectadas.

La planta de personal en la última vigencia (2022-2023) se incrementó en 7,7%, dado por la creación de 2 nuevos Empleos Públicos. El incremento se dio por la creación de 3 cargos de Empleo Público y se disminuyó un cargo de Trabajadores Oficiales.

### **5.2.4.MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN**

El proceso de implementación del MIPG, se encuentra en fases iniciales de su implementación. Respecto al componente administración de riesgos se ha desarrollado el control y seguimiento de los mapas de riesgos (corrupción) y asesoría en la implementación y mantenimiento.

La entidad no ha actualizado las políticas de operación y el manual de procesos y procedimiento en atención a las nuevas estrategias para garantizar una adecuada prestación de los servicios de salud. Se evidencia procesos aun no documentados y que no cuentan con los controles e indicadores que permita generar alertas tempranas que eviten la consolidación de hechos o situaciones que pongan en riesgo los recursos públicos.

No se cuenta con un programa de auditorías internas que responda al direccionamiento estratégico, que evidencie el grado de cumplimiento de los procesos, programas, planes y proyectos, que dirija la organización hacia la definición e implementación de planes de mejoramiento de la gestión institucional.

Se evidencia debilidades en la implementación y adherencia al código de integridad, el manual de funciones, requisitos y competencias y plan de inducción y reinducción.

No se evidencia la elaboración y estructuración de planes individuales y por procesos resultantes de las auditorías y de las evaluaciones del desempeño a los empleados de

Carrera Administrativa, pactados entre el jefe de la dependencia y el funcionario evaluado.

La ventanilla única de recepción de documentos, tiene un potencial de utilidad, no aprovechado totalmente por los usuarios internos y externos.

La ESE cuenta con un proceso para la atención de quejas y reclamos documentados que requiere revisión y ajuste.

Existe debilidad en la cultura de utilización de medios institucionales de comunicación y uso de tecnologías de la información y las comunicaciones en todo la E.S.E.

Los controles y los mecanismos de monitoreo de las operaciones al interior de las áreas organizacionales, deben estructurarse de una manera formal.

### 5.2.5. INFRAESTRUCTURA

La ESE cuenta con una infraestructura que presenta vulnerabilidad, igualmente en los componentes no estructurales presenta problemas en los sistemas de líneas vitales y en el componente funcional de acuerdo con las normas de infraestructura física hospitalaria.

Los puestos de salud igualmente presentan deterioro de las instalaciones en la parte estructural que no permite la prestación de servicios en términos de calidad, seguridad y comodidad, como se ve en la siguiente tabla:

**Tabla N°. 03. Estado de la infraestructura**

INFRAESTRUCTURA	SITUACION ACTUAL
Sede Principal ESE Hospital San Agustín	No se ha realizado estudio de vulnerabilidad. Se calcula un 60% en buen estado, 20% en regular estado y 20% en mal estado.  Dada el estado y antigüedad de la infraestructura, que también presenta humedad, y de acuerdo con las normas de infraestructura física hospitalaria requiere de reposición.
Puesto de Salud Conejo	Puesto de Salud ubicado en el Casco Urbano. No se ha realizado estudio de vulnerabilidad. Se calcula un 60% en buen estado, 20% en regular estado y 20% en mal estado.  Principalmente muestra desgaste en su infraestructura y de acuerdo con las normas de infraestructura física hospitalaria requiere de reposición.
Puesto de Salud Mayabangloma	Puesto de Salud Rural. Se calcula un 20% en buen estado, 20% en regular estado y 60% en mal estado.

INFRAESTRUCTURA	SITUACION ACTUAL
	Principalmente muestra desgaste y agrietamiento en un alto porcentaje de su infraestructura y de acuerdo con las normas de infraestructura física hospitalaria requiere de reposición.
Puesto de Salud El Hatico	Puesto de Salud Rural. Se calcula un 60% en buen estado, 20% en regular estado y 20% en mal estado.  Principalmente muestra desgaste en su infraestructura y de acuerdo con las normas de infraestructura física hospitalaria requiere de reposición.
Puesto de Salud Primero de Julio	Puesto de Salud ubicado en el casco urbano del Municipio de Fonseca. Se calcula un 60% en buen estado, 20% en regular estado y 20% en mal estado.  Principalmente muestra desgaste en su infraestructura y de acuerdo con las normas de infraestructura física hospitalaria requiere de reposición.
Puesto de Salud Sitio Nuevo	Puesto de Salud Rural. Se calcula un 60% en buen estado, 20% en regular estado y 20% en mal estado.  Principalmente muestra desgaste en su infraestructura y de acuerdo con las normas de infraestructura física hospitalaria requiere de reposición.


Fuente: Sistema de Información Hospitalaria - SIHO

En plan bienal de inversiones se evidencia (1) una iniciativa de proyecto de reposición de infraestructura de la sede principal, (5) iniciativas de proyectos de reposición de los puestos de salud aprobados.

Durante la vigencia 2024 fue viabilizado por par del Ministerio de Salud y Protección Social la intervención de 26 centros y puestos de salud del departamento de La Guajira, de los cuales, Fonseca ha sido beneficiado con la reposición de los Puestos de Salud El Hatico y Mayabangloma. Esta iniciativa se presenta en el marco del enfoque que tiene por objeto garantizar la salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de los pacientes tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente. Los proyectos de Reposición de la Infraestructura de estos puestos se encuentran aprobadas en el Plan Bienal de Inversiones en Salud.

## 5.2.6.EXTERNALIZACIÓN DE SERVICIOS Y CONTRATACIÓN DE PERSONAL

La ESE tiene constituido el procedimiento de contratación y compras con los formatos para el ejercicio y expedientes contractuales.



Se evidencia para legalización de los contratos de prestación de servicios, anexos que cada contratista mensualmente debe aportar impreso (cdp, rp, contrato, documento de identificación, Rut) que no son necesarios y que afectan en términos de costos al contratista y a la ESE y generan traumatismos en el sistema de archivos.

El archivo de contratación se lleva de manera conjunta, incluye a personal natural y persona jurídica, no se cumple con los requisitos establecidos en la ley general de archivo.

Se observa ingreso de todos los documentos precontractuales en las páginas del SECOP I y en SIA OBSERVA.

Se ha adelantado el proceso de gestión para implementación del montaje de la hoja de vida en SIGEP para el personal contratista, que falta terminar.

No se evidencia un adecuado y formal seguimiento y medición al plan anual de adquisiciones.

## **5.2.7.SISTEMA COMPRAS**

El sistema de compras de la ESE Hospital San Agustín corresponde a un proceso contemplado en el sistema de gestión por procesos. Está constituido el comité que en la práctica no se reúne de acuerdo a los términos establecidos en función del sistema de compras.

El proceso no cuenta con una documentación actualizada ni en los términos definidos en el procedimiento de control de documentos y registros y no se cuenta con un sistema de almacenamiento que cumpla los requisitos legales.

Muy a pesar que anualmente se presenta el plan de adquisiciones, este no se tramita a través del comité de compras, y no existe una adecuada programación de las compras, como resultado de los requerimientos planeados de los procesos, relacionados con la disponibilidad, precios, calidad, oportunidad en la entrega, que genere beneficios a la entidad.

No se tiene definido el proceso y las políticas de selección, evaluación y seguimiento a los proveedores, que permita contar con los elementos necesarios para la ejecución de los procesos misionales, de apoyo, estratégicos y de evaluación.

La ejecución de compras se realiza mediante mecanismos de crédito, lo que no posibilita mecanismos favorables para el proceso como las compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o de mecanismos electrónicos.

La bodega de almacén no cumple con las especificaciones técnicas requeridas de elementos inservibles y desactualizados tecnológicamente, que por su alto grado de deterioro no es factible su reparación.



## **5.2.8.MANTENIMIENTO**

El mantenimiento de la infraestructura física, equipos biomédicos y de sistemas está contratado por empresa que desempeñan las actividades de acuerdo a los establecido en el plan de mantenimiento de cada grupo.

Respecto a los planes de mantenimiento, no se generan por parte de los supervisores informes completos, cronológicos y detallados, que determinen el seguimiento al ejercicio del cumplimiento obligatorio por la entidad contratante a cargo del contratista.

Si bien es cierto, es responsabilidad de la ESE definir los medios o mecanismos que determinen el seguimiento al ejercicio del cumplimiento obligatorio por parte de los supervisores.

## **5.2.9.SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**


La E.S.E Hospital San Agustín cuenta con un responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contratado bajo la modalidad de orden de prestación de servicios, con la respectiva asignación de responsabilidades y los certificados correspondientes, que acreditan la formación de acuerdo con lo establecido por la norma (licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo vigente; certificado de aprobación del curso virtual de cincuenta (50) horas en Seguridad y Salud en el Trabajo, definido por el Ministerio del Trabajo).

La empresa asignó y documentó las responsabilidades específicas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo a todos los niveles de la organización, para la implementación y mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Se cuenta con el soporte de la documentación de las responsabilidades en Seguridad y Salud en el Trabajo.

La empresa define y asigna los recursos humanos, técnicos y tecnológicos, requeridos para la implementación, mantenimiento y continuidad del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, sin embargo, se encuentran fallas en cuanto a la designación del recurso financiero, como lo indica la normatividad, para el mismo fin.

Todos los trabajadores, de la institución, independientemente de su forma de vinculación o contratación están afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y el pago de los aportes se realiza conforme a la normativa y en la respectiva clase de riesgo.

Se tienen plenamente identificados los trabajadores que se dedican en forma permanente al ejercicio de las actividades de alto riesgo establecidas en el Decreto 2090 de 2003 o de las normas que lo adicionen, modifiquen o complementen y se les está cotizando el monto establecido en la norma al Sistema de pensiones. Empresa con la asistencia de la



Administradora de Riesgos Laborales, está cumpliendo con lo establecido en la legislación para actividades de alto riesgo.

Se cuenta con 2 comités el COPPAST Y COCOLA, Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo y el comité de Convivencia Laboral. Donde se dejó de realizar reuniones presenciales por no contar con el apoyo y presencia de la alta dirección de las gestiones realizadas por estos.

La institución si cuenta con un programa de capacitación anual en materia de seguridad y salud en el trabajo que incluye los peligros/riesgos prioritarios, extensivo a todos los niveles de la organización.


Se cuenta con la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo, ésta fue comunicada al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo. Esta expresa el compromiso de la alta dirección, el alcance sobre todos los centros de trabajo y todos sus trabajadores independientemente de su forma vinculación y/o contratación, sin embargo, esta debe ser revisada, como mínimo una vez al año y desde su creación, no se ha revisado. No ha sido comunicada y socializada a todo el talento humano.

Se estableció un procedimiento para la identificación y evaluación de las especificaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo, de las compras y adquisición de productos y servicios, como por ejemplo los elementos de protección personal. No se cuenta con un procedimiento que incluya los aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo en la evaluación y selección de proveedores y contratistas. No se valida si dichos proveedores o contratistas tienen documentado e implementado el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, tampoco se verifica que estos conocen los peligros/riesgos y la forma de controlarlos al ejecutar el servicio por realizar en la empresa dónde prestan el servicio.

Se cuenta con la información actualizada de todos los trabajadores del último año: la descripción socio demográfica de los trabajadores (edad, sexo, escolaridad, estado civil), la caracterización de sus condiciones de salud, la evaluación y análisis de las estadísticas sobre la salud de los trabajadores tanto de origen laboral como común, y los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales.

No se realiza las evaluaciones y valoraciones medico ocupacionales. Sólo periódicos a personal de planta.

La empresa reporta a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), a la Entidad Promotora de Salud (EPS) todos los accidentes y las enfermedades laborales diagnosticadas. Asimismo, se realiza el reporte a la Dirección Territorial el accidente grave y mortal, como las enfermedades diagnosticadas como laborales. Estos reportes se realizan en el tiempo estipulado por la normatividad legal vigente, se investigan todos los accidentes e incidentes de trabajo y las enfermedades cuando son diagnosticadas como laborales, determinando las causas básicas e inmediatas y la posibilidad de que se presenten nuevos casos. Hay un registro estadístico de los incidentes y de los accidentes de trabajo, así como de las enfermedades laborales que ocurren; se analiza este registro



y las conclusiones derivadas del estudio son usadas para el mejoramiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

La empresa tiene definida y aplica una metodología para la identificación de peligros y evaluación y valoración de los riesgos de origen físico, ergonómico o biomecánico, biológico, químico, de seguridad, público, psicosocial, entre otros, con alcance sobre todos los procesos, actividades rutinarias y no rutinarias, maquinaria y equipos en todos los centros de trabajo y en todos los trabajadores independientemente de su forma de vinculación y/o contratación.

Se realizan inspecciones a las instalaciones, maquinaria y/ equipos, incluidos los relacionados con la prevención y atención de emergencias; sin embargo, en estas inspecciones se debe contar con la participación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo y no se está cumpliendo.

Se realiza el mantenimiento periódico de las instalaciones, equipos y herramientas, de acuerdo con los informes de las inspecciones o reportes de condiciones inseguras.

Se les suministran a los trabajadores que lo requieran los Elementos de Protección Personal y se les reponen conforme al desgaste y condiciones de uso de los mismos. Se realiza la capacitación para el uso de los Elementos de Protección Personal.

Se tiene un plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias que identifica las amenazas, evalúa y analiza la vulnerabilidad, incluye planos de las instalaciones que identifican áreas y salidas de emergencia, así como la señalización debida, simulacros como mínimo una vez al año y este es divulgado. Se tienen en cuenta todas las jornadas de trabajo en todos los centros de trabajo. No se cuenta en estos momentos con brigada de emergencia. No se ha podido consolidar este comité por la forma de contratación. No permanece.


No se realiza auditoría anual, que debe ser planificada con la participación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Se necesita actualizar e implementar el Plan Estratégico de Seguridad Vial. PESV

## **5.2.10. GESTIÓN AMBIENTAL**

El proceso de gestión ambiental de la ESE es un proceso que se encuentra documentado en el cual se establecen unas actividades y procedimientos que conllevan a una adecuada gestión medio ambiental que nos brinde garantías de salubridad y poder dar cumplimiento a varios indicadores de marco legal que tienen que ver con los componentes en referencia al tema de PGIRASA, cultura del reciclaje y adecuada segregación entre otros componentes son responsabilidad de este proceso.

El Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en Atención en Salud y otras Actividades de la entidad se encuentra actualizado y con concepto favorable por parte de la secretaria de salud departamental, que es la autoridad que regula este componente.



Como evidencia de este proceso diariamente se lleva un registro de la generación (RH1) por tipo de residuos generado en la institución, tanto para peligrosos como para no peligrosos, con estos registros tenemos base para consolidar la generación anual de estos residuos y presentar sus indicadores de generación y destinación.

El Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitario GAGAS de la ESE fue creado mediante **resolución N°. 063 de febrero 23 de 2017**. Se reúne mensualmente.

Los residuos de tipo peligroso son recogidos, tratados y dispuestos en celdas de seguridad por una empresa especial de aseo **Soluciones Ambientales Del Caribe S.A.S E.S.P.**, quien, a su vez, tiene vinculo comercial con otras empresas para el tratamiento y disposición final de los residuos. **La periodicidad de recolección es cada 8 días.**

Respecto de los puestos de salud urbanos, se generan residuos en su mayoría no peligrosos, que son recogidos por la empresa **INTERASEO S.A.S E.S.P.**, Para la recolección de los residuos se cuenta con contenedores y canecas requeridos según su código de colores, en los que haya generación de residuos peligrosos, estos se almacenan de manera controlada y se solicita la recolección con la empresa contratada.

En los puestos de salud rurales, los residuos generados son de tipo no peligroso recogido por la empresa **INTERASEOS S.A.S E.S.P.** y los peligrosos una vez generados son transportados a la sede principal en sus respectivos contenedores y recogido por la empresa **Soluciones Ambientales Del Caribe S.A.S E.S.P.** ya que los puestos de salud de la zona rural no cuentan con depósitos de almacenamiento temporal de residuos de acuerdo a los requerimientos legales.

### **5.3. ÁREA DE GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL**

#### **5.3.1.SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD**

##### **SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN**

La ESE Hospital San Agustín de Fonseca cuenta con un proceso para la verificación del cumplimiento de estándares de habilitación, sin embargo, el proceso no es consistente ni sistemático, para la vigencia 2022 se realiza el proceso de verificación con la resolución 3100 liderado por proceso de calidad de la ESE. El resultado es como sigue:

***Tabla N°. 04. Autoevaluación habilitación por Estándares***

Estándares	Requisitos Cumplidos	Total Requisitos	% Cumplimiento
Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos	70	70	100,0%
Estándar de interdependencia	35	35	100,0%
Estándar de dotación	263	264	99,6%
Estándar de procesos prioritarios	184	189	97,4%
Estándar de historia clínica y registros	51	53	96,2%
Estándar de infraestructura	293	307	95,4%
Estándar de talento humano	40	48	83,3%
<b>Total general</b>	<b>936</b>	<b>966</b>	<b>96,9%</b>

Fuente: Elaboración por la ESE.

Se muestra un cumplimiento de Requisitos de habilitación del 96,9%. El ejercicio muestra un incumplimiento de 30 criterios, con mayor incidencia en los estándares de Talento Humano, Infraestructura e Historia Clínica y Registros.

### Tabla N°. 05. Autoevaluación habilitación por Grupos

Grupo de Estándares	Requisitos Cumplidos	Total Requisitos	% Cumplimiento
11. ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN	256	273	93,8%
11.2. GRUPO CONSULTA EXTERNA	112	112	100,0%
11.3. GRUPO APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	22	22	100,0%
11.4 GRUPO INTERNACIÓN	213	214	99,5%
11.6 GRUPO ATENCIÓN INMEDIATA	333	345	96,5%
<b>Total general</b>	<b>936</b>	<b>966</b>	<b>96,9%</b>

Fuente: Elaboración por la ESE.

## AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Se evidencia que el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC) cumple solo con la ruta 1 que corresponde a la autoevaluación ya que esta ruta es un insumo para la evaluación gerencial, pero no se logra implementar las siguientes rutas.

Igualmente, se evidencia que la ESE ha enviado a la Supersalud el archivo ST002 correspondiente a la Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud donde se muestra las acciones, y, donde se registra el número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas frente al total acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de PAMEC.

Se puede concluir que, a través de calidad, se debe garantizar los procesos para la documentación correspondiente al cumplimiento de la ruta de acreditación, pero con un énfasis direccionado sobre todo a los servicios asistenciales, se evidencie la participación activa del órgano decisivo de la ESE para la implementación de acciones y estrategias que apunten al cumplimiento y mantenimiento de estándares de acreditación.

## SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, en la ESE tiene como finalidad establecer un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud centrada en el cliente externo e interno y debido a que es una entidad publica el enfoque para autoevaluarse debe ser de acreditación; por consiguiente se utilizó para la calificación la hoja de radar con una calificación cuantitativa de 1 a 5.

Se muestra que se diseñó la herramienta de autoevaluación de acuerdo a la nueva norma de acreditación resolución 5095 del 18 de noviembre de 2018 que arroja los resultados de cumplimiento de estándares de acreditación por grupo, por servicios y demás ítems contemplados en la resolución.

La evaluación más reciente correspondiente a la vigencia 2022 fue como sigue:

**Tabla N°. 06. Autoevaluación Estándares de Acreditación**


GRUPO DE ESTANDARES	2020	2021	2022
GRUPO DE ESTANDARES ASISTENCIALES	1,49	1,50	1,78
SEDES INTEGRADAS EN RED	1,50	1,50	1,80
ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO	1,11	1,47	1,35
ESTANDARES DE GERENCIA	1,09	1,47	1,47
ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	1,94	1,45	2,24
ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	1,41	1,45	1,87
ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	1,00	1,05	1,24
ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	1,64	1,67	1,79
ESTANDARES DE MEJORAMIENTO	1,66	1,66	1,89
<b>CALIFICACION PROMEDIO FINAL</b>	<b>1,42</b>	<b>1,47</b>	<b>1,71</b>

Fuente: Elaboración Propia ESE Hospital San Agustín de Fonseca

El proceso de calificación se da por la participación de algunos líderes específicos de procesos, esencialmente por Calidad, pero que no obedece a una evaluación global con un equipo multidisciplinario que permita evaluar de manera metodológicamente establecida para conocer la realidad de la ESE en el cumplimiento de estándares superiores de calidad.

A través de calidad, se presenta la documentación correspondiente al cumplimiento de la ruta de acreditación, pero con un énfasis direccionado sobre todo a los servicios asistenciales, que muchas veces obedecen a cumplimiento documental, donde no se evidencia la participación activa del órgano decisivo de la ESE para la implementación de acciones y estrategias que apunten al cumplimiento y mantenimiento de estándares de acreditación.

El indicador de cumplimiento de estándares de acreditación, hacer parte de los indicadores de evaluación gerencial, en el área de gestión de Direccionamiento y Gerencia, con una representación del 5% dentro de la calificación general y un 5%



correspondiente al cumplimiento de las acciones de mejora derivada de las auditorías (PAMEC).

Se requiere de una revisión y ajuste del proceso que permita contar un con sistema de adaptado a las necesidades de la entidad y que cumpla con los requisitos en términos de acreditación y calidad.

## **SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD**

La ESE realiza reporte de los indicadores obligatorios a nivel de calidad con respecto a la Resolución 1552 del 14 de mayo de 2013; en cuanto al reporte de la resolución 0256 5 de febrero de 2016 se cumple un 100%; el decreto 2193 8 de julio de 2004 del año 2016 al 2019 se cumple un 100% y el reporte de la resolución 5596.

Se evidencia también el caso de procesos que no se encuentran incorporados en el sistema de información asistencial y administrativo, como es el caso de odontología, algunos servicios de consulta externa, lo que igualmente ha generado la necesidad de crear herramientas en Excel para el registro y consolidación de la información adecuada en términos de calidad y oportunidad. También se encuentran novedades como: Información duplicada, datos incompletos, desactualizada parametrización de servicios, centros de costos y códigos, entre otros.

Todos los reportes se realizan dentro de las fechas estipuladas por la norma, muy a pesar que no se cuenta con un proceso estandarizado con un equipo multidisciplinario para la consolidación, revisión, análisis y mejora de la información a reportar y también como información relevante para la toma de decisiones.

Los puestos de salud no se encuentran sistematizados ni integrados en red que permita la recolección y consolidación de la información en los términos de calidad y oportunidad.

## **5.3.2.COMPORTAMIENTO DE LA PRODUCCIÓN Y CALIDAD**

### **PRODUCCION**

*Gráfica N°. 09. Producción de servicios*



Fuente: Ficha técnica – Sistema de Información Hospitalaria - SIHO

Los Egresos Hospitalarios se incrementaron en un 41,5% de 229 en 2022 se pasó a 324 en 2023. Situación presentada por la morbilidad presentada en la región, el acercamiento de la población a los servicios de la ESE y la afluencia de población venezolana que se incrementó considerablemente respecto a la vigencia anterior.

Y las Consultas de medicina general electivas aumentaron en un 90% y medicina general urgentes disminuyó en un 6,4%.

Por otro lado, las cirugías pasaron (procedimientos menores en la Urgencia) de 9846 en 2022 a 7137 en 2022 con una disminución considerable del 27%. Motivado por la baja en los contratos con las EPS.

Los exámenes de laboratorio mostraron un incremento importante del 29,8% entre las vigencias e Imágenes diagnósticas tuvo el mismo comportamiento con un incremento del 125%.

**Tabla N°. 07. Producción en UVR**

Variable	2020	2021	2022	2023	Variación
Producción Equivalente UVR	610.571	949.989	1.367.475	1.266.338	-7,4%

Fuente: Ficha técnica – Sistema de Información Hospitalaria - SIHO

En términos de UVR La entidad arrastraba un comportamiento positivo en la producción en las vigencias anteriores. Sin embargo, para la vigencia 2023 tuvo una variación negativa del 7,4%. Este resultado fue determinado por la baja considerable en las consultas de medicina general urgentes y la disminución en la realización de procedimientos menores en la Urgencia.

## CALIDAD EN LA ATENCIÓN

**Tabla N°. 08. Indicadores de calidad en la atención**

Variable	2020	2021	2022	2023
% pacientes atendidos por urgencias remitidos	14,19	9,38	9,65	11,08
Razón Pacientes remitidas para atención de parto por partos atendidos	8,244	3,648	6,432	0,512
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Resolución 256 de 2016).	0,104	0,59	1,287	1,349
Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas (Indicador 25, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,001	0,006	0,013	0,013
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general (Indicador 26, anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,10	1,43	1,23	1,49
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	0,69	1,11	1,33	1,90
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	19,527	12,965	9,364	14,745
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS	97,6%	92,7%	90,2%	86,0%

Fuente: Ficha técnica – Sistema de Información Hospitalaria - SIHO

La proporción de reingreso de pacientes del servicio de urgencias antes de las 72 horas fue de 1,3%, y se encuentra por debajo del estándar permitido de 3%.

La entidad cumplió con el reporte de los indicadores de calidad con base en la Resolución 408 de 2018 y cumplió con las metas establecidas de cada indicador.

Respecto a la satisfacción global de los usuarios, para el 2022 se alcanza un 90,2% frente al 86% en 2023. La satisfacción de los usuarios disminuyó por debajo del 90%, haciéndose necesario una revisión de los procesos, servicios y responsables para implementar estrategias de fidelidad hacia los servicios de la ESE.

Trimestralmente se carga ante la Circula Única de la Supersalud el informe de indicadores de acuerdo a las Resolución 256 de 2016 en el cual se reporta los indicadores de Oportunidad en Medicina General y Odontología, Satisfacción Global, Gestión de Eventos Adversos, Oportunidad en Triage II. En las últimas vigencias este reporte se ha enviado de manera oportuna.

### 5.3.3.SEGURIDAD DEL PACIENTE

La ESE ha realizado actividades direccionadas a la gestión de la seguridad del paciente, a partir de la elaboración de las políticas de seguridad del paciente, y otras políticas, conformación del comité de seguridad del paciente, la gestión de los eventos adversos, identificación de seguridad del paciente. Se ha desarrollado la implementación de los paquetes instruccionales y capacitación al talento humanos y proceso de apoyo a la gestión del hospital.

Se ha implementado formularios virtuales para medir momentos importantes de seguridad del paciente como son: riesgo de caídas, úlceras por presión, Adherencia a historia clínica, entre otros.

Se ha dado prioridad a la realización mensual de los comités de seguridad de pacientes, rondas de seguridad para verificar la aplicación de los temas en seguridad, definiendo planes de mejora en cada proceso.

Sin embargo, se nota debilidades en la implementación y mantenimiento de la seguridad del paciente respecto al compromiso de la dirección y extensivo a todos los niveles de la organización en el marco del cumplimiento legal y del cliente. Además, la implementación y medición de todos los capítulos y paquetes instruccionales que componen la seguridad del paciente.

#### 5.3.4.PORTAFOLIO DE SERVICIOS

La ESE Cuenta con un portafolio de servicios habilitado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, bajo los parámetros establecidos en la resolución 3100 de 2019.

**Tabla N°. 09. Portafolio de servicios habilitados sede Principal**

GRUPO SERVICIO	COD	NOMBRE SERVICIO
INTERNACIÓN	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL
INTERNACIÓN	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS
INTERNACIÓN	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA
CONSULTA EXTERNA	320	GINECOBSTERECIA
CONSULTA EXTERNA	325	MEDICINA FAMILIAR
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL

GRUPO SERVICIO	COD	NOMBRE SERVICIO
CONSULTA EXTERNA	337	OPTOMETRÍA
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	717	LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	742	DIAGNÓSTICO VASCULAR
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	907	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN DEL PARTO
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	908	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO
PROCESOS	950	PROCESO ESTERILIZACIÓN
ATENCIÓN INMEDIATA	1101	ATENCIÓN DEL PARTO
ATENCIÓN INMEDIATA	1102	URGENCIAS
ATENCIÓN INMEDIATA	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS

En razón de la entrada en aplicación de la Resolución 3100 de 2019, algunos códigos de los servicios cambiaron respecto a los contemplados en el documento Red. La ESE tiene habilitados los servicios que le fueron asignados de acuerdo a la tipología asignada en el PTRRM.

En el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

**Tabla N°. 10. Portafolio de servicios habilitados Puestos de Salud**

GRUPO SERVICIO	COD	NOMBRE SERVICIO
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA

GRUPO SERVICIO	COD	NOMBRE SERVICIO
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS

A excepción del puesto de salud de conejo, los puestos de salud no cuentan con la infraestructura en condiciones adecuadas ni la dotación requerida para la prestación de acuerdo a los servicios habilitados y en los horarios definidos.

El Puesto de Salud de Conejo, pese a que recientemente fue completamente dotado no está funcionando de manera continua en razón de no cuenta con un transformador de energía requerido para la gestión asistencial y administrativa en el Puesto.

### 5.3.5.FLUJO DE REFERENCIA RED HOSPITALARIA

A continuación, se observa el Flujo de referencia propuesto para la red de La Guajira y sus tiempos.

Figura N°. 01. Flujo de usuarios Subred Sur

ESE RED SUR	COMPLEJIDAD											
	BAJA						MEDIANA INTEGRAL		MEDIANA B		ALTA BASICA	
	AMBULATORIA			INTEGRAL			IP S	POBLACION	POBLACION	IPS	IP S	
	UNIDAD ATENCION	POBL.	IP S	POBL.	IP S	POBLACION						
SAN JUAN DEL CESAR	1 CS Y 1 PS URBANOS : 6CS Y 4 PS RURALES						ESE H.SAN RAFAEL	38.351				
BARRANCAS	1 PS URBANO : 7 PS RURALES			ESE H NUESTRA SRA DEL PILAR	36.134	35 KM 41 MIN	ESE H.SAN RAFAEL					
HATONUEVO				ESE H NUESTRA SRA DEL CARMEN	26.782	50 KM 58 MIN	ESE H.SAN RAFAEL					ESE H NTRA SRA DE LOS REMEDIOS DE RIOHACHA
FONSECA	1 PS URBANO : 4 PS RURALES			ESE H SAN AGUSTIN	34.286	24 KM 28 MIN	ESE H.SAN RAFAEL					
DISTRACCION	2 PS RURALES	ESE H SANTA RITA DE CASSIA	5.551	19 21 MIN		19 KM 21 MIN	ESE H.SAN RAFAEL					
VILLANUEVA				ESE H. SANTO TOMAS	28.254	24 KM 26 MIN	ESE H.SAN RAFAEL					
EL MOLINO		ESE H. SAN LUCAS	8.940	9 KM 14 MIN	ESE H. SANTO TOMAS	24 KM 25 MIN	ESE H.SAN RAFAEL					
URUMITA		ESE H. SANTA CRUZ	31 KM 32 MIN				ESE H.SAN RAFAEL					IPS OTROS DPTOS
LA JAGUA DEL PILAR	1 PS RURAL	ESE H DONALDO SAUL MORON M.	3.289	19 KM 22 MIN	ESE H. SANTO TOMAS	24 KM 25 MIN	ESE H.SAN RAFAEL					

Fuente: Secretaría Departamental de salud, DTS (Gobernación de La Guajira - Administración Temporal Sector Salud, 2017)

En la subred Sur la población usuaria de los servicios de la red pública tendría como puerta de entrada los hospitales de Baja Complejidad de Barrancas, Fonseca, Hatonuevo, Distracción, Villanueva, El Molino, Urumita y La Jagua del Pilar. De requerirse atención de mediana complejidad se remiten hacia el Hospital de San Juan del Cesar y para alta complejidad a la ESE Nuestra Señora de los Remedios de Riohacha.

La Subred Sur conformada por los municipios de San Juan, Barrancas, Hato Nuevo, Fonseca, Distracción, Villanueva, El Molino, Urumita y la Jagua del Pilar, reciben atención de mediana complejidad en la ESE Hospital San Rafael y la alta complejidad sería prestada en la ESE Hospital Nuestra Señora de los Remedios.

La ESE cuenta con un procedimiento de Referencias y con una herramienta para el registro y seguimiento de las referencias que son direccionadas a San Juan del Cesar de acuerdo al Flujo definido en la Red Hospitalaria de la Guajira.

Para la vigencia 2023 se registraron 3.565 referencias con un parque automotor de 3 ambulancias, 2 en buen estado y condición de uso. Todas las referencias fueron direccionadas desde el servicio de Urgencias.

El 52% fueron remitidas a las Red Privada (Clínica San Juan Bautista y Clínica Soomeda) y el 48% a la Red Pública (Hospital San Rafael).

### 5.3.6.CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El proceso de contratación de venta de servicios de salud evento y capitado, es el punto de partida para una apropiada parametrización de tarifas, unidades de producción, prestación de servicios, registro y consolidación de los servicios prestados por unidad y por valor, que permita conocer costos, rentabilidad, utilidades y demás generados por la prestación de servicios.

**Tabla N°. 11. Contratos con EPS y Estado**

EPS	No. CONTRATO	REGIMEN	VIG CONTRATO	No. USUARIOS	ESTADO
DUSAKAWI	CAP_033_44279	SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO	01/03/2023-31/12/2023	7235	TERMINADO
DUSAKAWI	CAP_PMT_011_44279	SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO	01/03/2023-31/12/2023	7235	TERMINADO
DUSAKAWI	PGP_RCV_024_44279	SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO	01/03/2023-31/12/2023	3905	TERMINADO
SANITAS	IBAQCU- 1586	SUBSIDIADO	01/12/2022-01/12/2023	4471	RENOVACIÓN AUTOMÁTICA
NUEVA EPS	2/02/2009	SUBSIDIADO		5673	RENOVADO
NUEVA EPS		CONTRIBUTIVO		1984	EN PROCESO
CAJACOPI	9840	SUBSIDIADO	01/01/2023-31/12/2023	11,809	TERMINADO

EPS	No. CONTRATO	REGIMEN	VIG CONTRATO	No. USUARIOS	ESTADO
CAJACOPI	9839	SUBSIDIADO	01/01/2023-31/12/2023	14,22	TERMINADO

Fuente: Contratación y Cartera – Vigencia 2023

## **6. LINEAMIENTOS GENERALES DEL PLAN DE GESTIÓN**

La definición de los lineamientos generales del plan de gestión para la vigencia 2024-2027 parte de la orientación del Áreas de Gestión hacia el cumplimiento de los objetivos estratégicos, el establecimiento de los propósitos u objetivos específicos para cada uno de esos objetivos estratégicos, el diseño o ajuste de los programas, planes y proyectos, que a su vez deben estar asociados a unos indicadores específicos y puntuales de eficiencia y eficacia y la determinación de las metas estratégicas. Este plan de gestión parte de lo más elemental de las actividades asociadas a metas e indicadores, hasta evidenciar el cumplimiento de los planes, programas, proyectos, el cumplimiento de cada objetivo específicos o propósito, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y las áreas de gestión, que al final, darán cuenta del cumplimiento en los lineamientos establecidos en la Misión y Visión.

### **6.1. AREA DE GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA**

El área de Gestión de Direccionamiento y Gerencia, plantea las directrices y las metas descritas en el Plan de Gestión General y Anual consolidando las metas estratégicas y actividades proyectadas en el marco de los objetivos estratégicos y las áreas de gestión. El resultado esperado de implementación es del 90%, de acuerdo al indicador N° 03 contemplado en la Resolución 408 de 2018 que refiere de la evaluación de la gestión gerencial.


#### **6.1.1.DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

En razón de que la visión y misión institucional vence en la vigencia 2023, se requiere el ejercicio del análisis y construcción de la nueva plataforma estratégica institucional con el concurso de los todos los grupos de interés: Junta Directiva, Cliente Interno, Usuarios y familia, entre otros. Actividad que debe cumplirse entre los meses de julio y diciembre de 2024.

Como parte del planeamiento del direccionamiento estratégico se establece la plataforma estratégica que parte del análisis del entorno interno y externo donde se identifican las fortalezas y las oportunidades para mejorar la gestión institucional, el aprovechamiento de las fortalezas para contrarrestar las amenazas que presenta el sector, apropiarse de las oportunidades para contrarrestar las debilidades, y afrontar las amenazas y superar las debilidades. Debe enmarcarse dentro de la plataforma estratégico las directrices en temas de seguridad de pacientes, vocación de servicio, entre otros.

El 2024 se constituye en el año de línea base, para determinar la proyección institucional enfocada en los programas, planes y proyectos visionados.

De acuerdo a los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública se debe contemplar dentro del código de integridad, un plan que permita la socialización, sensibilización e implementación de los valores con la finalidad de guiar la(s) conducta(s) y acciones que debe observar todo funcionario que preste sus servicios



ocasional o permanentemente bajo cualquier denominación del cargo o jerarquía que ostente, dentro de esta Institución Hospitalaria.

Dentro del plan de comunicaciones se contempla el lanzamiento, socialización y sensibilización sobre los valores y principios institucionales a fin de concientizar y fijar las conductas a seguir con fines de contribución a la mejora del clima y gestión institucional.

### **6.1.2.GESTIÓN POR PROCESOS**

Un mapa de procesos bien estructurado permite conocer de forma muy detallada y profunda el funcionamiento de los procesos y actividades en los que la empresa está involucrada. Un ejercicio consciente y objetivo entre todos los procesos permite detectar ventajas a nivel competitivo, identificar mejoras o correcciones hacia nuevas oportunidades de negocio, administrar los recursos de la empresa de manera apropiada, definir responsabilidades y funciones, identificar necesidades de los clientes y mejorar la interrelación entre los procesos.

Se plantea entonces definir las responsabilidades y actividades para la gestión documental con un enfoque basado en procesos, hacer una revisión exhaustiva de los procesos y su interrelación, que permita contar con un sistema de gestión por procesos ajustado a los requerimientos del cliente, legales, organizacionales y normativos y que refleje la realidad institucional y aporte información vital para el desarrollo de las actividades de la ESE.

### **6.1.3.FORMULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PROGRAMAS, PLANES Y PROYECTOS**

Los programas, planes y proyectos son los que describen los pasos en secuencia para llegar al cumplimiento de las metas y los objetivos estratégicos. Por ello, para la vigencia 2024 y con periodicidad anual, en lo sucesivo se requiere de la formulación y/o ajuste de los programas y planes de la ESE Hospital San Agustín. Los Programas y Planes estarán claramente definidos, incluyendo presupuesto, responsabilidades, actividades y metas estratégicas y las herramientas para la evaluación de cumplimiento en tiempo real, con la definición de indicadores de eficiencia y/o eficacia, que a su vez harán parte de la evaluación de la gestión gerencial en los términos establecidos en la resolución 408 de 2018.

La vigencia 2024 se toma como el escenario para la definición de la línea base de los indicadores del plan de gestión y algunos indicadores contemplados en la evaluación gerencial definido en la resolución 408 de 2018 modificada por la resolución 1097 de 2018.

Se reitera que los Programas y Planes deberán contener un plan específico que contemple las actividades, responsables y cronograma de ejecución, que garantice su implementación e impacto esperado en la gestión institucional y el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos.

Los programas y planes que se requieren en la ESE, con los responsables para su formulación y ejecución son:

**Tabla N°. 12. Programas, planes, proyectos**

PROGRAMAS, PLANES, PROYECTOS	RESPONSABLE
Plan de Gestión Anual	Direccionamiento y Gerencia
Plan de comunicaciones y Plan de Medios	Comunicaciones
Programa de auditorías	Control interno y Auditorías
Plan Institucional de Archivo (PINAR)	Líder de Archivo
Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Direccionamiento y Gerencia
Plan de acción e intervención de requisitos de habilitación	Calidad
Programa de Auditoría para el mejoramiento continuo	Calidad
Programa de seguridad de pacientes	Calidad
Plan de capacitación	Talento Humano
Plan de bienestar e incentivos	Talento Humano
Programa de inducción y reintroducción	Talento Humano
Plan de vacaciones	Talento Humano
Planes de mantenimiento	Gestión Financiera
Plan Anual de Adquisiciones	Contratación y/o Compras
Programa de seguridad y salud en el trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo
Plan hospitalario de emergencias	Seguridad y Salud en el Trabajo
Plan para la Gestión Integral de los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades PGIRASA	Gestión Ambiental

*Fuente: Elaboración equipo de la ESE.*

Para la vigencia 2024 se propone a los líderes responsables de cada programa hacer control y seguimiento de los programas a fin de presentar un informe del año y de manera simultánea desarrollar los ajustes a cada plan que permita llevar el control y contar con las herramientas de seguimiento e informe dinámicos y sistemáticos que den cuenta de manera clara y coherente de la implementación e impacto esperado en la gestión institucional.

Los programas y planes contemplan la actualización, programación y operatividad de los comités institucionales de obligatorio cumplimiento y aquellos que son necesarios de acuerdo a los requisitos organizacionales.

Los objetivos y metas estratégicos contemplan por lo menos 18 programas y/o planes, con la definición para cada uno de los planes, actividades, responsables, indicadores y metodología de seguimiento. Las metas de cumplimiento de cada uno varían entre un 90% y 95%, indicadores y metas que quedarán establecidos en el cada uno.

Todos los planes serán aprobados mediante resolución gerencial y de acuerdo a los términos de ley.

#### **6.1.4.DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS DEL SISTEMAS DE EVALUACIÓN**

El diseño parte de una matriz que consolida la estrategia a partir de las áreas de gestión, los objetivos estratégicos que materializan los lineamientos de la misión y la visión, que a su vez están sustentados en logros a alcanzar.

De estos logros (actividades generales a desarrollar), está sustentado en los programas institucionales, que cuentan con planes y sus respectivas actividades, presupuesto, responsables e indicadores de cumplimiento.

Esta matriz consolida el informe para dar cumplimiento al indicador N°. 3 “Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional”. De la resolución 408 de 2018, que constituye el 10% de la evaluación total y que deben tener un cumplimiento por encima del 90%.

Para la evaluación gerencial con base en la resolución 408 de 2018, se cuenta con una matriz en Excel dinámica que contiene todos los elementos establecidos en los anexos 2, 3 y 4 de la resolución 408 de 2018 modificada por la resolución 1097 de 2018. Esta herramienta estratégica contiene todos los indicadores parametrizados, los resultados del periodo de cada indicador mediante fórmula para dar la calificación y el resultado final de cada indicador y global. También muestra una semaforización de acuerdo al cumplimiento de cada indicador de acuerdo a la meta establecida y contiene los controles de seguridad de celdas para garantizar la integridad y manipulación inadecuada de la herramienta.


Para la ejecución y seguimiento de cumplimiento de los programas, se define para cada programa, plan o proyecto una herramienta de seguimiento y control con base en las actividades y cronograma que permita el informe de cumplimiento de acuerdo a las metas e indicadores establecidos para cada caso y que dé cuenta de las metas logradas.

#### **6.1.5.COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN**

El proceso parte de la definición de un plan de comunicaciones que inicia con la realización de un análisis interno y externo que involucra a los pacientes, entidades de control, entidades responsables del pago, grupos de interés, que permita definir los objetivos de comunicación y mercadeo de los servicios desde el punto de vista promocional y de atención preferencial y con calidad.

Con esto se busca identificar y conocer el público objetivo, con sus necesidades y expectativas, las influencias culturales, sociales, étnicas, y más, que luego, permita definir el mensaje y los canales de comunicación, información y mercadeo de servicios.

Luego se define las estrategias a desarrollar con la debida planificación de tiempo, recursos, responsables, metas, indicadores, que se consolida en el plan de comunicaciones y medios de la ESE.



Con frecuencia anual y cortes trimestrales se realizar la evaluación y medición de los resultados obtenidos que confluya en la definición de procesos de mejora continua y el fortalecimiento de la imagen de la ESE, el afianzamiento en el sector y la fidelización de los usuarios.

Comunicar de forma transparente las actuaciones que el hospital desarrolla para dar respuesta a las necesidades y expectativas de sus grupos de interés será un logro propuesto que parte de la identificación de los grupos de interés, la definición de las herramientas para conocer las necesidades y expectativas de estos grupos para luego definir los mecanismos de interacción y respuesta.

El mercadeo se enmarca dentro del plan de comunicaciones y/o de medios que se espera tenga un cumplimiento, que contenga un plan detallado, con las actividades, responsables y cronograma de ejecución, que garantice su implementación e impacto esperado en la gestión institucional y el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos. Se proyecta un cumplimiento sobre el 90% durante todas las vigencias.

## **6.2. AREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA**

### **6.2.1.GESTIÓN DEL EQUILIBRIO PRESUPUESTAL**

La ejecución presupuestal de la ESE se basa en los ingresos recaudados proyectados.

La finalidad del ejercicio presupuestal consiste en alcanzar la eficiencia administrativa y financiera que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la ESE mediante la gestión adecuada de los recursos.


Este ejercicio exige un permanente seguimiento (mensual y trimestral) y control de los ingresos y gastos, para lo que establecerán las herramientas dinámicas que permita conocer el tiempo real el estado del equilibrio entre los ingresos y gastos.

El cálculo del equilibrio financiero está constituido al comparar los ingresos recaudados incluyendo las cuentas por cobrar de vigencias anteriores frente a los gastos comprometidos incluyendo las cuentas por pagar de vigencias anteriores, cuyo meta se considera aceptable Igual o mayor a Uno ( $\geq 1$ ).

Este Indicador (N°. 9 anexo 2 Resolución 408 de 2018) hace parte de los indicadores de evaluación gerencial y que corresponde al 5% de la calificación global.

### **6.2.2.CONTROL DEL GASTO**

Requiere especial atención y control por su relación directa con la producción por unidad de valor real (UVR) planteado en el indicador de evaluación gerencial. Se basa en la relación entre el control de los gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido durante la vigencia de evaluación frente a la



producción en UVR producidas en el periodo, comparado con los gastos de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido durante la vigencia anterior frente a la producción en UVR producidas en la vigencia anterior.

La meta del ejercicio comparativo entre las vigencias es del 90% o menor. Este ejercicio exige un permanente seguimiento y control de los ingresos y gastos frente a la producción de servicios en UVR registrados de manera permanente, para lo que establecerán las herramientas dinámicas que permita conocer el tiempo real la evolución de los gastos.

La Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida comparado entre las vigencias, hace parte de los indicadores de evaluación gerencial (indicador N°. 5 resolución 408 de 2018) y corresponde al 5% de la calificación global.

### **6.2.3.ÍNDICES DE COBRO DE LA CARTERA**

La ESE se propone mediante la realización de la depuración de los saldos de la cartera, que parte de la búsqueda de la aclaración de los saldos, pagos realizados, cuentas pendientes por parte de las empresas responsables del pago.

El ejercicio continúa con la recuperación de la cartera ajustada a los requerimientos de la resolución 2509 de 2012 y la depuración interna, la revisión y ajuste que se requiera de las políticas de cartera, si se cuenta con ella. De lo contrario, se deberá establecer las políticas o reglamento interno de cartera.

### **6.2.4.OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS**

Abarca el estudio de la oferta y demanda, que está ligado al portafolio de servicios ofertados y la dinámica de apertura de nuevos servicios de acuerdo a la complejidad asignada a la ESE.

El plan de comunicaciones y medios contribuye al diseño de estrategias y mecanismos de alianzas estratégicas para la prestación de servicios de acuerdo a la demanda y necesidades de la población. En la medida del aumento de la capacidad instalada y de la prestación de servicios competitivos, se realizará las proyecciones correspondientes en el tema de oferta frente a la demanda de servicios.

Para la proyección de los ingresos por venta de servicios de salud se tiene en cuenta los contratos de capitación y de evento proyectado con Empresas del Régimen Subsidiado. Para los contratos de evento se proyecta con empresas del régimen subsidiado

La proyección de los servicios por pagador se realiza con base en la estimación de la recepción de los pagos y el comportamiento de los pagadores, entre los cuales algunos pagadores tienen mejor comportamiento en el pago que otros en los registros históricos.

## **6.2.5.SANEAMIENTO DE PASIVOS LABORALES**

Todos los esfuerzos realizados en la gestión del presupuesto en términos de ingresos y gastos frente a la producción y venta de servicios se encaminan a obtener resultados positivos que permita contar con los recursos para el saneamiento de pasivos, en el que la meta es disminuyendo los pasivos en cada vigencia. Ello conlleva a la organizar debidamente el Comité de Sostenibilidad Financiera de la ESE, la depuración de los pasivos que permita tener una información detallada y real.

El compromiso en el corriente ante las medidas implementadas en términos financieros de la evolución de los gastos y el equilibrio, con la finalidad de no generar nuevos pasivos, revisar la situación actual de los pasivos pendientes, hacer la debida depuración, que permita a la ESE definir las estrategias de pagos de pasivos.

## **6.2.6.CAPACITACIÓN**

La ESE Hospital San Agustín se propone mejorar el desempeño general del talento humano como parte del objetivo estratégico de disponer de un equipo humano de personas con la habilidades y competencias, con vocación, comprometidas y satisfechas con su trabajo. Para ello, se planea identificar las necesidades de capacitación a partir de la detección y análisis de las necesidades frente a los requisitos del cliente, legales, organizacionales y normativos, convirtiéndose en la base para el diseño, aprobación e implementación de un plan de capacitación claramente definido con actividades detalladas dentro de un cronograma, con los responsables, metas.


Se define también las herramientas para hacer el seguimiento, control e informe de avance y cumplimiento en los términos de oportunidad y calidad definidos que permita validar el impacto del programa en la gestión del talento humano.

El resultado de mejorar el desempeño del talento humano se consolida en el plan de capacitación que contiene un plan que con las actividades, responsables y cronograma de ejecución que garantice su implementación e impacto esperado en la gestión institucional y el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos. Se proyecta un cumplimiento del 90% en todas las vigencias.

## **6.2.7.BIENESTAR DE LOS FUNCIONARIOS**

Con la finalidad de mantener motivado a las personas y lograr un ambiente de trabajo sano, se propone la revisión, actualización y configuración del Programa de bienestar e incentivos a los funcionarios, que parte de la revisión de los requisitos organizacionales y de ley, que dé respuesta a las necesidades de los funcionarios y contar un equipo comprometido y satisfecho con su trabajo.

Se propone establecer de manera sistemática y cronológica el plan de bienestar que contenga cronograma, el producto a ofrecer, los responsables, que permita la ejecución, seguimiento, control e impacto en el bienestar de los trabajadores.



La meta de mantener motivado al talento humano se consolida en el plan de bienestar e incentivos que contiene un plan que con las actividades, responsables y cronograma de ejecución que garantice su implementación e impacto esperado en la gestión institucional y el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos. Se proyecta un cumplimiento del 90% en todas las vigencias.

### **6.2.8.INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN**

Es indispensable para el éxito en el ejercicio de la gestión institucional iniciar a los nuevos servidores y reintegrar a los servidores existentes, en la cultura organizacional de la entidad en virtud de los requisitos legales, organizacionales, normativos y del cliente.

Esto requiere de la definición de un proceso dinámico, sistemático que permita a la ESE contar con un programa de inducción y reinducción que sea aplicable, que cuente con las herramientas que posibiliten su implementación, seguimiento, control y medición del impacto en la gestión institucional.


El programa de inducción y reinducción propone la integración a la entidad de los nuevos servidores y de los existentes a la cultura organizacional, con un plan que contiene un plan que con las actividades, responsables y cronograma de ejecución que garantice su implementación e impacto esperado en la gestión institucional y el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos. Se proyecta un cumplimiento del 90% en todas las vigencias.

### **6.2.9.PERIODO VACACIONAL**

Planificar las vacaciones de los trabajadores se convierte en una tarea complicada de conseguir y que representa un elemento relevante en la satisfacción del talento humano con las políticas organizacionales. Lo cierto es que en la búsqueda de una relación ganadora entre el talento humano y la operación de la prestación de servicios en condiciones normales, la ESE se dispone a tomar las medidas para organizar un plan de vacaciones óptimo bajo la premisa que todos los trabajadores tienen el mismo derecho a disfrutar de las vacaciones y de poder conciliar la vida laboral con la personal, sin favoritismo, que ayude a mejorar la productividad y mantener la motivación.

Por ello como parte del plan de vacaciones, se inicia con la concertación con el talento humano de los tiempos propuestos para la toma del tiempo de vacaciones, hacer un análisis general que permita contar con una programación en las condiciones favorables a ambas partes y evitar los traumatismos en el objeto social de la ESE.

Finalmente contar con un plan de vacaciones aprobado, con los elementos de seguimiento y control en el cumplimiento de lo programado. La meta de gestión para el cumplimiento del plan de vacaciones se considera óptimo por encima del 90% del cumplimiento de las actividades programadas.



La meta de Gestión de ejecución del plan de vacaciones es del 90% en todas las vigencias.

### **6.2.10. MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y LA TECNOLOGÍA**

En las condiciones actuales de la infraestructura y la tecnología con que cuenta la ESE, se hace indispensable contar con los planes requeridos y utilizar los recursos económicos definidos para mantener en buen estado los activos físicos y tecnológicos.

Se requiere revisar y ajustar los planes de mantenimiento que cuenten con las evidencias y cumplimientos en el objeto contractual del mantenimiento y que permita a la ESE verificar el seguimiento y cumplimiento obligatorio por la entidad contratante a cargo del contratista, posibilitando directrices claras a los contratistas en la entrega de los informes y en la ejecución de sus actividades contractuales. Los planes contemplan cronograma de actividades, fechas de cumplimiento, valor unitario de acuerdo a la unidad definida, evidencias y consolidación del cumplimiento con valores, # de actividades para efecto de los informes mensuales, que hacen parte de la cuenta de cobro.

El indicador definido es la Gestión de ejecución del plan de mantenimiento, que se mide a partir de las actividades realizadas frente a las actividades programas, que debe ser superior al 95%. En este sentido, el informe de cumplimiento que se presenta incluye el valor de los mantenimientos realizados en el periodo de informe y cobro, que hará parte como evidencia para el pago en contraprestación del servicio prestado.


La meta de Gestión de ejecución de los planes de mantenimiento es del 95% en todas las vigencias.

### **6.2.11. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN, COMPRAS E INVENTARIO**

La programación de la contratación se consolida en el plan anual de adquisiciones que, del que se definirá las herramientas para el adecuado seguimiento y control de la implementación que permita conocer el grado de cumplimiento en función del cumplimiento de objeto social de la ESE.

Se requiere de la revisión constante del proceso de contratación centralizado del talento humano para la prestación de servicios asistenciales y administrativos, las empresas que prestan servicios de logística y apoyo, la programación de compras de medicamentos, dispositivos médicos, servicios tercerizados, bienes y servicios, contratación para el mantenimiento y mejora de la infraestructura y tecnología, entre otros.

Parte entonces de las necesidades de los procesos como requisitos organizacionales, del cliente, legales y normativos como insumo para una adecuada y efectiva planeación de las adquisiciones.



Igualmente se debe asegurar que todos los bienes, servicios de inventario necesario para la operación se ordenen y se encuentren a tiempo en existencia, controlar el costo, niveles de inventario y desarrollar una buena negociación con los proveedores en el caso particular de los bienes y servicios.

Exige el compromiso entonces de revisar y ajustar de manera sistemática las políticas de compras, documentación del proceso de compras, de funcionamiento del comité, gestión de inventarios y seguimiento a los proveedores.

La meta planteada para la gestión de la ejecución del plan de adquisiciones es del 90%.

### **6.2.12. PROCESOS LOGÍSTICOS Y DE SOPORTE**

Los procesos logísticos y de soporte prestados directamente por la ESE y los contratos mediante alianzas estratégicas con empresa externas, se convierten en parte esencial en la prestación de los servicios de salud en términos de calidad y oportunidad, por lo que se hace importante establecer procesos de interacción y establecimiento de requisitos claros con base en los requerimientos legales, organizaciones y del cliente que apoyen el cometido de la ESE.

Este propósito impulsa a la entidad hacia la definición de estrategias para garantizar que los procesos y empresas que tienen la responsabilidad de apoyo logístico y soporte cumplan con esos requisitos; la definición de auditorías de tipo asistencial y/o administrativo, según sea el caso, que deben contener un plan detallados y los términos claramente definidos para el ejercicio de la evaluación independiente en la verificación del cumplimiento del objeto contractual y misional.

La meta de Gestión de ejecución del plan anual de adquisiciones es del 90% en todas las vigencias.

### **6.2.13. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores es el compromiso de la dirección para la vigencia, mediante la definición de las pautas y criterios a seguir para que el talento humano cuente con garantías de seguridad y salud en el desempeño de sus actividades.

Por ello se propone hacer una revisión exhaustiva del Sistema de seguridad y salud en el trabajo que permita establecer un plan detallado de las actividades, donde se refleje el compromiso de la dirección y los responsables y el método de medición de la implementación, en función de garantizar las condiciones de trabajo seguras y saludables. La gestión de ejecución del programa de seguridad y salud en el trabajo se considera adecuado con una implementación por encima del 90%.

La meta de Gestión de ejecución de ejecución del Plan de seguridad y salud en el trabajo y del plan hospitalario de emergencias es del 90% en todas las vigencias.

## **6.2.14. GESTIÓN AMBIENTAL**

En función del compromiso estratégico de contribuir a la preservación ambiental y así mismo identificar, prevenir y controlar los impactos ambientales que generan las actividades y servicios prestados en la ESE, se hace necesario establecer los procesos, procedimientos, actividades y/o estándares que se deben adoptar y realizar en la gestión integral de los residuos generados y todas las acciones que generen un impacto en el ambiente.

La ESE en cumplimiento de su obligación legal, se propone la revisión y ajuste del plan de gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades, que parte de un diagnóstico inicial donde se identifica los servicios, la clasificación de las actividades, identificación y cuantificación de los residuos que se generan, la situación de los recipientes, rutas y movimiento de los residuos, entre otros, componentes de capacitación y socialización del talento humano. Posteriormente la definición del plan de contingencia, interrelación del programa de seguridad y salud en el trabajo y el cronograma de actividades para la implementación del plan.

La meta de Gestión de ejecución del plan de gestión integral de residuos generados en la atención en salud es del 90% en todas las vigencias.

## **6.3. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL**

### **6.3.1. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD**


La ESE Hospital San Agustín establece los pasos necesarios para prestar 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 los usuarios.

La implementación está basada en los pasos definidos en el decreto 1011 de 2006 en donde se establecen los cuatros componentes que lo conforman: Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema de Información para la Calidad y Sistema Único de Acreditación.

### **6.3.2. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN**

El sistema único de habilitación se fundamente en establecer y controlar el cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa definidos en la resolución 3100 de 2019.

Procede en primera instancia, establecer la línea base de cumplimiento de los requisitos de habilitación para lo que se requiere revisar y ajustar la herramienta de autoevaluación que arroje los resultados en cumplimiento de los requisitos y la implementación del plan de acción o intervención.



El resultado de la verificación del cumplimiento de los requisitos de habilitación es la definición de plan de acción para el cumplimiento de los requisitos que contiene un plan que contiene las actividades, responsables y cronograma de ejecución que garantice su implementación e impacto esperado en la gestión institucional y el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos. Se proyecta un cumplimiento sobre el 80% en el primer año, 85% en el segundo año y el 90% en las otras vigencias.

### **6.3.3.AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS**

El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad hace posible que la ESE cuente con un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de calidad observada frente a la esperada. Ello posibilita la revisión y ajuste del programa de auditoría, la formalización del compromiso de la dirección, los roles y funciones establecidos en la ruta, implementación del programa y la sensibilización, socialización y publicación de los avances y aprendizaje organizacional.

Consiste en un proceso dinámico, participativo y evidenciable que impacta directamente en términos de calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud, que requiere el compromiso y la revisión sistemática y permanente del sistema que contribuya a mejoramiento continuo de los procesos.


El cumplimiento de la ruta esta direccionado en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad que contiene un plan de acción para el cumplimiento de los requisitos que contiene un plan que contiene las actividades, responsables y cronograma de ejecución que garantice su implementación e impacto esperado en la gestión institucional y el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos. Se proyecta un cumplimiento del 90% en todas las vigencias.

### **6.3.4.SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN**

Establecer y demostrar el cumplimiento sistemático y gradual de requisitos de calidad superiores es la meta de la ESE, a partir del compromiso de la dirección y el equipo de trabajo en el proceso, la definición de las herramientas de evaluación y seguimiento, realización de la autoevaluación en los términos definidos y el diseño e implementación de planes de mejoramiento que impacte en la atención en salud.

En razón del ajuste a los estándares de acreditación y la necesidad de realizar el proceso de autoevaluación de acuerdo a los criterios definidos en la resolución 5095 de 2018, se decide en la vigencia de aprobación de este plan, se establece como línea base la más reciente evaluación de cumplimiento de los estándares y establecer las metas para las vigencias siguientes.

El resultado de la verificación del cumplimiento de los estándares de acreditación es la definición de plan de mejoramiento para el cumplimiento de los requisitos acreditación que contiene un plan que contiene las actividades, responsables y cronograma de



ejecución que garantice su implementación e impacto esperado en la gestión institucional y el cumplimiento de las metas y objetivos estratégicos. Se proyecta un cumplimiento del 90% en todas las vigencias.

### **6.3.5.SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD**

La ESE se proyecta hacia un sistema de información para la calidad que disponga de la información requerida en términos de calidad y oportunidad que coadyuve a la toma de decisiones basada en datos y cumplir con la información para el requerimiento organizacional y de entes de vigilancia y control.

Se propone actualizar el sistema de información asistencial, administrativo y financiero que cumpla con los requerimientos legales, organizacionales, normativos y del cliente; formulación del plan de intervención de los sistemas de información, la disposición de protocolos para el tratamiento y consolidación de la información resultante del sistema de información.

### **6.3.6.SEGUIMIENTO DE LOS INDICADORES DE PRODUCCIÓN Y CALIDAD**

Como parte de la actualización del modelo de gestión por procesos, se hace necesario la definición del proceso para la revisión, seguimiento y control sistemático de los indicadores de producción y calidad en tiempo real y con datos confiables que coadyuve a la gestión permanente de la producción en función del portafolio de servicios de acuerdo a la tipología asignada, en términos de unidad de valor real, frente a los gastos de funcionamiento, de operación comercial y prestación de servicios. El equilibrio entre la producción y calidad es relevante para el cometido de atender al paciente con calidad y oportunidad en términos de relación costo-beneficio, para el control de los gastos frente a la producción de los servicios que demuestre una adecuada gestión de la producción, calidad vs costos y gastos.

Las proyecciones de producción de servicios se realizan con base en la capacidad instalada y servicios habilitados, en el marco de la Tipología asignada en el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las ESE de La Guajira. También se tiene en cuenta el histórico, los contratos firmados en la vigencia y el incremento de la población de acuerdo al Dane y el incremento del IPC.

Como estrategia, trimestralmente se hace una evaluación de la producción en términos de UVR, comparado con el mismo periodo de la vigencia anterior que permita realizar análisis sobre las tendencias y definir medidas correctivas y/o de mejora. Esta evaluación se materializa mediante el informe de RIPS que se debe presentar ante la Junta Directiva Trimestralmente y que hace parte de los indicadores de evaluación gerencial (indicador N°. 8 de la Resolución 408 de 2018) y corresponde al 5,7% de la calificación global.

### **6.3.7. GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La Gestión de la Seguridad del Paciente promueve y desarrolla el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes durante la atención que se propone minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, lo que implica una evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad.

Esto conlleva a la ESE a la permanente promoción de la cultura de la seguridad del paciente con la finalidad de difundir información y conocimiento sobre seguridad del paciente, adquirir experiencia y capacidades y la implementación de acciones de mejora continua.

La introspección de la cultura de seguridad del paciente a todos los niveles, conlleva de manera precisa hacia el cumplimiento de directrices, políticas, guías que coadyuve a prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, minimizar su ocurrencia, contar con recomendaciones técnicas para la operativización e implementación y brindar las recomendaciones para las buenas prácticas en los procesos asistenciales.

Parte de un diagnóstico que permite conocer el clima de seguridad del paciente que incluye desde el análisis del área de trabajo, tiempo de trabajo, turnos y cambios, interacción con los jefes, el estrés laboral, análisis de los errores, el trabajo en equipo, el trato entre trabajadores, la participación, la cultura de la información y comunicación, la carga laboral, el compromiso de la dirección, la interrelación de procesos o servicios, cultura del reporte de eventos y más, lo que permite describir aspectos importantes de la cultura de la seguridad y del clima de seguridad percibido por los profesionales de salud y apoyo para establecer la percepción y promover una cultura de seguridad del paciente.

El programa de seguridad del paciente de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca debe ser revisado y ajustado con planes de acción, responsables e indicadores de cumplimiento y contiene los elementos para la promoción de la cultura de seguridad, fortalecer la gestión de eventos adversos, valoración de los riesgos, monitorización constante en aspectos relacionados con la seguridad, implementación de las guías prácticas, educación al paciente y su familia y aprendizaje organizacional.

La meta es que el programa de seguridad de paciente se ejecute por encima del 90%.

## 7. PLAN DE DESARROLLO 2024-2027

El Plan de Desarrollo o Gestión Anual consolida todas las metas y actividades planteadas enmarcadas en los objetivos estratégicos y las áreas de gestión definidas en el capítulo 7 de este documento (LINEAMIENTOS GENERALES DEL PLAN DE GESTIÓN), exceptuando aquellas actividades e indicadores contemplados en la matriz de evaluación de acuerdo a la Resolución 408 de 2018, en el capítulo 9 (9.EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN GERENCIAL).

A su vez, consolida el indicador N° 3 (Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional) definido en la resolución 408 de 2018.

A continuación se describen los objetivos estratégicos, indicadores y metas contemplados en el plan de desarrollo para la vigencia 2024-2027.

### 7.1. INDICADORES Y METAS DEL PLAN DE DESARROLLO 2024-2027

**Tabla N°. 13. Indicadores y Metas del Plan de Desarrollo 2024-2027**

OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META
1. Implementar un modelo de gestión Integral de atención que agregue valor para el usuario y su familia.	Promedio de día estancia	< 3 días
	Gestión de Eventos Adversos	> 90%
	Satisfacción del usuario.	> 90%
	% de PQRS Gestionadas	> 95%
	Oportunidad en la respuesta de las PQRS	< 72 horas 3 días
	Adherencia a guías de práctica clínica.	> 90%
2. Fortalecer la continuidad e integralidad en la prestación de servicios de salud.	Oportunidad en la Atención de Urgencias.	< 30 minutos
	Oportunidad en la asignación de citas de Medicina general.	3 días
	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	> 85%
	Evaluación de aplicación de Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	> 90%
	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	> 80%
	Oportunidad en la asignación de citas de Odontología General.	3 días
3. Alcanzar niveles de eficiencia financiera que contribuyan a la competitividad y	Equilibrio Presupuestal con Recaudo	=> 1
	Evolución del Gasto por UVR Producida	< 0,9
	Gasto de personal por UVR (\$)	< 0,95
	Gestión de saneamiento de pasivos.	< 1

OBJETIVO ESTRATEGICO	INDICADOR	META
sostenibilidad de la organización.	Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	> 1,02
	Equilibrio presupuestal con recaudo ( Sin CXC y CXP)	=> 1
4. Motivar al talento humano hacia la formación integral que abarque aspectos relevantes para la generación de valor y gestión del conocimiento.	% satisfacción del cliente interno.	> 85%
	% de cumplimiento del plan de capacitación	> 90%
	% de cumplimiento del Plan de Bienestar e Incentivos	> 90%
	% de cumplimiento del Programa de Inducción y/o Reinducción.	> 95%
	Índice de conocimiento de la entidad en el marco del programa de inducción y Reinducción	> 3,5
5. Consolidar los procesos organizacionales con la finalidad de alcanzar niveles superiores de calidad.	Avance en la Autoevaluación cuantitativa de los estándares de SUA.	1,2
	Cumplimiento de la Ruta Crítica del PAMEC.	>95%
	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	> 90%
6. Fortalecer a la entidad en las buenas prácticas de gobierno corporativo y gestión pública.	Avance en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	Por definir
	Porcentaje de avance en la atención de participación ciudadana	Por definir
	Cumplimiento de los criterios establecidos en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.	Por definir
7. Mantener y contar con equipamiento, infraestructura, dotación y sistema de información para la prestación de servicios de salud seguros y en buen estado.	Cumplimiento del plan de mantenimiento.	> 95%
	Nivel de obsolescencia de equipos biomédicos.	< 5%
	% de equipamiento, infraestructura, dotación y equipos de sistemas de información en buen estado.	Por definir

Fuente: ESE

## 8. INDICADORES Y METAS DE LA GESTIÓN GERENCIAL

De acuerdo a los términos establecidos en la resolución 408 de 2018, 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 Empresa Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y la resolución 1097 de 2018 por medio del cual se corrige la resolución 408 de 2018, se establecen los compromisos específicos y las metas por área de gestión durante las vigencias 2024-2027.

La Evaluación Gerencial en la ESE Hospital San Agustín de Fonseca lo componen 16 indicadores:

- 3 Indicadores que evalúan el Área de Gestión de Dirección y Gerencia.
- 8 Indicadores que evalúan el Área de Gestión Financiera y Administrativa.
- 6 Indicadores que evalúan el Área de Gestión Clínica o Asistencial.

La vigencia 2024 se define la línea base para algunos indicadores que se requiere verificar su grado de cumplimiento.

La Resolución 408 de 2018 contempla los siguientes anexos para la calificación de gestión gerencial como sigue:

- Anexo 02. Indicadores y Estándares por Área de Gestión
- Anexo 03. Instructivo para Calificación
- Anexo 04. Matriz de Calificación

Con base en esta resolución y los anexos, la ESE diseñó una herramienta dinámica para la evaluación (ver Anexo 01. Matriz de Evaluación Resolución 408 de 2018).

### 8.1. AREA DE GESTIÓN GERENCIAL Y ESTRATÉGICA

El área de gestión Gerencia y Estratégica la componen 3 indicadores de gestión que tiene una valoración del 20% de la evaluación gerencial, así:

**Tabla N°. 14. Metas Área de Gestión Gerencial y Estratégica**

N°	Indicador	Formula	Tendencia	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Meta 2027
1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio calificación autoevaluación vigencia / Promedio calificación autoevaluación vigencia anterior	≥	1,2	1,2	1,2	1,2
2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Total acciones de mejoramiento programadas para la	≥	90%	90%	90%	90%

N°	Indicador	Formula	Tendencia	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Meta 2027
	Continuo de la Calidad de la atención en salud	vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de PAMEC.					
3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Numero de metas del plan operativo cumplidas / Numero de metas del plan operativo programadas	≥	90%	90%	90%	90%

Fuente: Resolución 408 de 2018

El indicador N° 1. Correspondiente al promedio de calificación de la autoevaluación de la vigencia, que parte de la línea base de 1,71. Este indicador tiene una ponderación del 5% de la calificación global.

El Indicador N° 2. Corresponde al informe que se envía a la Circular Única, archivo ST002, ante la Superintendencia Nacional de Salud. Tiene una ponderación del 5% en la calificación global

El Indicador N° 3. Es el resultado de la gestión de ejecución del plan de gestión en cada una de las vigencias, correspondiente al Capítulo 8 de este documento. Tiene una ponderación del 10% de la calificación global.

## 8.2. AREA DE GESTIÓN ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

El Área de gestión de Prestación de Servicios está compuesta por 8 indicadores de gestión entre los que está distribuido el 40% de la evaluación gerencial, así:

**Tabla N°. 15. Metas Área de Gestión Administrativa**

N°	Indicador	Formula	Tendencia	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Meta 2027
4	Riesgo Fiscal y Financiero	Presentar PSFF en caso de encontrarse en riesgo medio o alto.	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo
5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia objeto de evaluación/UVR producidas en la vigencia)/(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación/ UVR producidas en la vigencia anterior)]	≤	0,9	0,9	0,9	0,9
6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno	≥	0	30%	40%	50%

N°	Indicador	Formula	Tendencia	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Meta 2027
	adquirido mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o mecanismos electrónicos	o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas b) compra a través de cooperativas de ESE, c) compras a través de mecanismos electrónicos / valor total de las adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada.					
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.	"A. valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta o externalización de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación.	≤	0	0	0	0
8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS	B. ((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 dic 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 dic de la vigencia anterior, en valores constantes))"	=	4	4	4	4
9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Núm. de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la junta directiva con base en RIPS en la vigencia. En el caso de instituciones clasificadas en primer nivel el informe deberá contener la caracterización de la población capitada, teniendo en cuenta, como mínimo, el perfil epidemiológico y las frecuencias de uso de los servicios.	≥	1	1	1	1
10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única	valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de C*C de vigencias anteriores) / valor de la ejecución de gastos		Envío oportuno	Envío oportuno	Envío oportuno	Envío oportuno

N°	Indicador	Formula	Tendencia	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Meta 2027
	expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	comprometidos incluyendo C*P de vigencias anteriores					
11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.		Envío oportuno	Envío oportuno	Envío oportuno	Envío oportuno

Fuente: Resolución 408 de 2018

El indicador N° 4 “Riesgo Fiscal y Financiero”, de acuerdo a los términos establecidos en la resolución 710 de 2012 en la página 12, contempla, a diferencia de las resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018, la calificación que tendría en caso de que la entidad muestre resultado “SIN RIESGO”.

### 8.3. AREA DE GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL

El Área de gestión de Clínica o Asistencial está compuesta por 6 indicadores de gestión entre los que está distribuido el 40% de la evaluación gerencial, así:

**Tabla N°. 16. Metas Área de Gestión de Prestación de Servicios**

N°	Indicador	Formula	Tendencia	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Meta 2027
21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Núm. de mujeres gestantes a quienes se le realizo por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar la semana 12 de gestación / Total de mujeres gestantes identificadas	≥	85%	85%	85%	85%
22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	Núm. de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.	cero	0	0	0	0
23	Evaluación de aplicación de guía de manejo, específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva	Núm. de HC que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptado por la ESE / Total de HC auditadas de la muestra representativa de pacientes con	≥	90,0%	90,0%	90,0%	90,0%

N°	Indicador	Formula	Tendencia	Meta 2024	Meta 2025	Meta 2026	Meta 2027
		diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación					
24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	Numero de HC que hacen parte de la muestra representativa de niños(as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo / Numero de HC 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 de evaluación.	≥	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%
25	Reingreso 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.	≤	3%	3%	3%	3%
26	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Núm. total de citas de Medicina General de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	≤	3	3	3	3

Fuente: Resolución 408 de 2018

## 8.4. CONSOLIDACIÓN Y RESULTADOS DEL PLAN ESTRATÉGICO Y DE GESTIÓN INSTITUCIONAL

El resultado de la evaluación contempla en 17 indicadores de las áreas de gestión de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativas y Gestión Clínico o Asistencial.

Todo el proceso de consolidación y calificación esta formulado en el archivo en Excel “*Matriz calificación Resolución 408 de 2018*” que contiene las formulas, vínculos y tablas dinámicas requeridas para generar de manera clara y precisa los informes de evaluación de la gestión por cada variable como: Áreas de Gestión, Responsables, Objetivos Estratégicos y Resultado Global.

El resultado final será un índice de calificación comprendido entre 0 y 5 y los resultados de la evaluación se consideran de acuerdo a la siguiente escala:

**Tabla N°. 17. Escala de Calificación y Resultado**

RANGO O CALIFICACIÓN	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ESTRATÉGICO Y DE GESTIÓN
Puntaje entre 0,00 a 3,5	Insatisfactorio	Menor al 70%
Puntaje Igual o Mayor a 3,5	Satisfactorio	Igual o Mayor al 70%

Se considera que se **CUMPLE** el plan estratégico a partir de una calificación de 3,5. Es decir, en el rango de **SATISFACTORIO**.

Se considera que **NO CUMPLE** para la calificación mejor a 3,5. Es decir, en el rango de **Insatisfactorio**.



## **9. CONCLUSIONES**

Con la debida planeación, diseño, implementación y medición de todos los programas, planes y proyectos con que cuenta la entidad, mediante un proceso consciente y sistemático para la formulación, ejecución y evaluación será posible direccionar la gestión institucional hacia el cumplimiento de la misión, visión y objetivos estratégicos, en el marco legal.

Con la implementación del Plan de Gestión en los próximos 4 años, se busca minimizar los riesgos actuales, potencializando las oportunidades y fortalezas en el escenario del sector de la salud de la entidad.

Hoy se cuenta con una infraestructura que requiere intervención urgente, disponemos de un capital humano calificado, competente que ha apuntalado el sostenimiento del hospital y que hoy son la base fundamental para sacar a esta entidad avante.

Somos optimistas en impactar la salud en nuestra comunidad y cumplir con el anhelo soñado de ser líderes en nuestra región en la prestación de servicios de salud.

Pese a las debilidades que en la actualidad tiene la entidad y la crisis en general del sector salud, contamos con los elementos necesarios para sacar la entidad adelante, volverla factible financiera, social y ambientalmente bajo estándares deseados de calidad en la prestación de los servicios, hasta alcanzar la auto sostenibilidad.

## **10. ANEXOS**

Anexo 01. Matriz Seguimiento y Evaluación Plan de Gestión.

Anexo 02. Matriz Evaluación Gestión Resolución 408 de 2018.