


“PODEMOS MEJORAR TU SALUD”

# PLAN DE GESTION

## 2020-2023



**YELITZA DEL CARMEN  
AYALA REDONDO  
GERENTE**  
PONSECA LA GUAJIRA MAYO 2020

	<b>E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN FONSECA LA GUAJIRA</b>	<b>Código: D-01.10</b>
	<b>PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023</b>	<b>Fecha: 20 MAYO 2020</b>
		<b>Página 1 de 44</b>

## CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	2
1. GENERALIDADES DEL HOSPITAL.....	3
1.1. RESEÑA HISTORICA DE LA ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN .....	3
1.2. IDENTIFICACION DE LA ESE.....	3
1.3. SERVICIOS OFERTADOS .....	4
1.4. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA .....	5
1.5. CONFORMACION JUNTA DIRECTIVA.....	5
2. PLATAFORMA ESTRATEGICA .....	6
2.2. MISIÓN .....	6
2.3. VISION.....	6
2.4. PRINCIPIOS INSTITUCIONALES .....	6
2.5. VALORES INSTITUCIONALES .....	7
2.6. MODELO DE OPERACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA.....	7
2.7. MAPA DE PROCESOS .....	9
2.8. OBJETIVO GENERAL .....	9
2.9. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	10
3. MARCO NORMATIVO .....	10
4. DIAGNOSTICO INICIAL .....	12
4.1. ANÁLISIS DE GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA.....	12
4.2. ANÁLISIS DE GESTIÓN FINANCIERA .....	13
4.3. ANÁLISIS DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL.....	18
5. PROPOSITO, METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN, PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2020-2023	22
5.1. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN Y APROBACIÓN .....	22
5.2. FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL.....	23
5.3. DIAGNÓSTICO INICIAL DE LOS EJES ASOCIADOS AL PLAN DE GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA.....	23
5.4. ACCIONES Y METAS PROPUESTAS AREA DE GESTIÓN DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	24
5.2. DIAGNÓSTICO INICIAL DE LOS AREA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.....	25
5.3. ACCIONES Y METAS PROPUESTAS AREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA	29
5.4. DIAGNÓSTICO INICIAL DE LOS AREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL.....	31
5.5. ACCIONES Y METAS PROPUESTAS AREA DE GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL .....	32
6. SOCIALIZACIÓN, DESPLIEGUE Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL.....	38
7. EVALUACIÓN.....	39
8. CALIFICACIÓN DEL INFORME DE ANUAL.....	40
9. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	40
10. NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS .....	40
11. RECURSOS CONTRA LA DECISIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA .....	40
12. IMPLICACIONES POR EVALUACIÓN INSATISFACTORIA .....	41
13. LOGROS Y COMPROMISOS.....	41



## **PRESENTACIÓN**

Las reformas administrativas ocurridas en el país y los nuevos retos a los que debe enfrentarse el sistema de Salud, están directamente relacionadas con la adopción del modelo de la Nueva Gerencia Pública; la cual se enmarca en un paradigma donde, la productividad, la rentabilidad, la competitividad, y el mercado son factores determinantes para su sostenibilidad.

La ESE Hospital San Agustín de Fonseca La Guajira, no es ajeno a ello y por ende los lineamientos del plan de acción de la Gerencia, busca durante los próximos cuatro años, incorporar los compromisos que la gerente suscribe ante la junta directiva del Hospital, los cuales contienen aspectos relacionados con el cumplimiento en las metas de la gestión, la viabilidad financiera, calidad y oportunidad en la prestación de los servicios.

Teniendo como base las necesidades previamente identificadas en la institución, esta gerencia asume el reto de diseñar e implementar estrategias que permitan la congruencia entre la oportunidad, la calidad y el equilibrio financiero, en aras de prestar un óptimo servicio tanto a nuestros clientes internos como externos. Por lo anteriormente expuesto, me permito presentar ante la Honorable Junta Directiva de la ESE San Agustín, el Plan de Gestión 2020 -2023, documento que servirá de guía para dar cumplimiento al objeto, misión y visión institucional en concordancia con nuestra realidad social, bajo el eslogan: **“PODEMOS MEJORAR TU SALUD.”**

**YELITZA DEL CARMEN AYALA REDONDO  
GERENTE**



**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN  
FONSECA LA GUAJIRA**

**Código: D-01.10**

**Fecha: 20**

**MAYO 2020**

**PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

**Página 3 de 44**

## **1. GENERALIDADES DEL HOSPITAL**

### **1.1. RESEÑA HISTORICA DE LA ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN**


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.

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 ambulación y vehículos de la empresa.

### **1.2. IDENTIFICACION DE LA ESE**

<b>NOMBRE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>	HOSPITAL SAN AGUSTIN
<b>NIT</b>	892.170.002 -1
<b>NIVEL DE ATENCION</b>	I
<b>CARÁCTER TERRITORIAL</b>	MUNICIPAL
<b>DEPARTAMENTO</b>	LA GUAJIRA
<b>MUNICIPIO</b>	FONSECA
<b>DIRECCION</b>	CALLE 15 N° 21-31
<b>CODIGO DE CREACION REPS</b>	442790037301
<b>ESTATUTOS</b>	ACUERDO 009 DE 2007
<b>MANUAL DE CONTRATACION</b>	ACUERDO DE septiembre de 2012
<b>PUESTOS DE SALUD ADSCRITOS</b>	Primero de Julio, Conejo, Mayabangloma, Sitio Nuevo, El Hatico

	<b>E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN FONSECA LA GUAJIRA</b>	<b>Código: D-01.10</b>
	<b>PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023</b>	<b>Fecha: 20 MAYO 2020</b>
		<b>Página 4 de 44</b>

<b>INF. GERENTE ACTUAL</b>	YELITZA DEL CARMEN AYALA REDONDO, Nombrada mediante Decreto número 047 del 15 de Mayo de 2020 y acta de posesión No. 076 del 15 de Mayo de 2020,
----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 1.3. SERVICIOS OFERTADOS

La capacidad instalada es de 10 Camas (en virtud de la pandemia COVID-19 la ESE tiene habilitadas y dotadas cuatro (04) habitaciones adicionales para aislamiento).

Actualmente oferta los siguientes servicios:

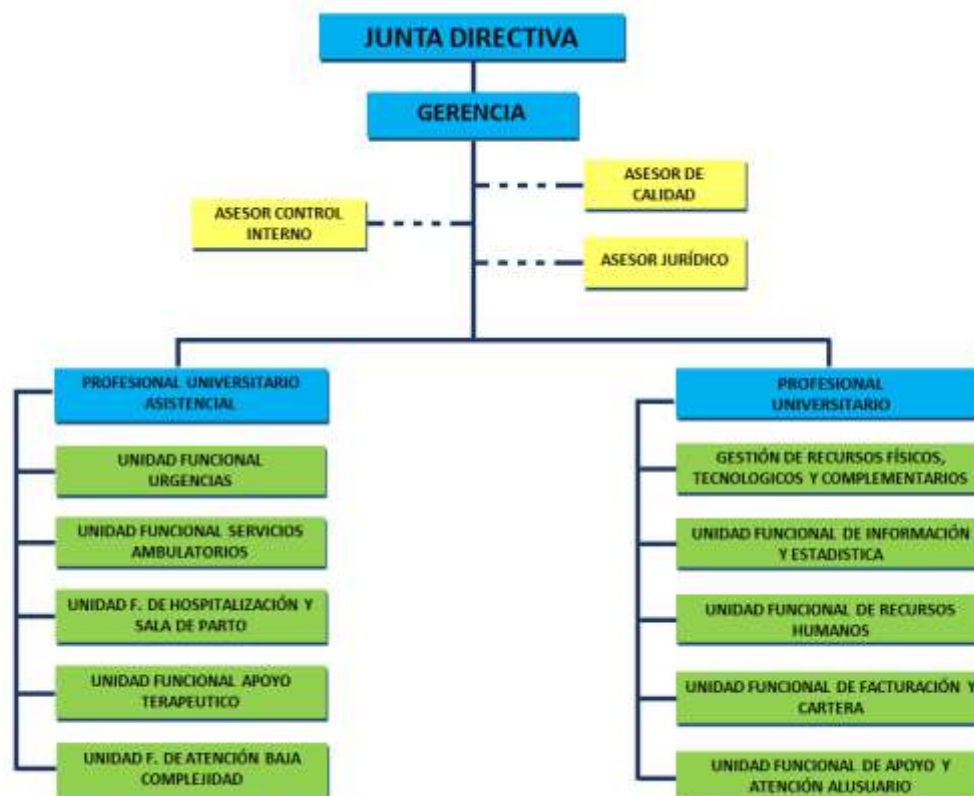
- Urgencias
  - Ambulancia
  - Ecografías
  - Promoción y Prevención
  - Hospitalización
- Odontología
  - Consulta Externa
  - Rayos X
  - Laboratorios y Vacunación

La capacidad física instalada de la Institución es suficiente para atender de manera integral a los USUARIOS que demandan los servicios en el municipio hasta resolver las patologías de baja complejidad, posteriormente son remitidos hasta San Juan del Cesar como referencia a II nivel de atención.

Las instalaciones son muy antiguas, sin embargo, se trata de mantenerlas en condiciones óptimas para el normal funcionamiento de los servicios como quiera que no cumplen con todas las disposiciones en materia de habilitación. La E.S.E. presentará proyectos para la construcción y/o remodelación de la planta física.


Actualmente el recurso humano asistencial y administrativo es suficiente para garantizar la oferta completa y permanente de todos los servicios.

#### 1.4. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA



#### 1.5. CONFORMACION JUNTA DIRECTIVA

MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA	
CALIDAD	NOMBRE
ALCALDE	HAMILTON RAUL GARCIA PEÑARANDA
SECRETARIA DE SALUD	NATHALIE MENDOZA RUIZ
ADMINISTRATIVO	CARLOS HERNAN ARZUAGA GUTIERREZ
ASISTENCIAL	

	<b>E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN FONSECA LA GUAJIRA</b>	<b>Código: D-01.10</b>
	<b>PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023</b>	<b>Fecha: 20 MAYO 2020</b>
		<b>Página 6 de 44</b>

<b>LIGA DE USUARIOS</b>	
-------------------------	--

## 2. PLATAFORMA ESTRATEGICA

### 2.2. MISIÓN

El Hospital San Agustín de Fonseca es una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud de baja complejidad, que propende por la promoción y la prevención de la enfermedad de forma oportuna, con un equipo de talento humano capacitado que busca permanente el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio de salud, en pro de la salud de la comunidad Fonsequera.

### 2.3. VISION

Ser al 2023, un referente de salud líder en la prestación de servicios de baja complejidad reconocida a nivel municipal y Departamental por implementar estrategias que permitan la congruencia entre la oportunidad, la calidad y el equilibrio financiero, en aras de prestar un servicio óptimo, humanizado y con responsabilidad social, que satisfaga las necesidades tanto a nuestros clientes externos como internos.

### 2.4. PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

- ✚ **VOCACION DE SERVICIO:** Nuestros profesionales tendrán actitud de vida y de colaboración hacia los demás, realizando acciones desinteresadas que contribuyan a hacer más ligera y placentera la vida de los otros sin buscar recompensa, agradecimiento y/o admiración.
- ✚ **COMPROMISO:** Los funcionarios(as) de planta y el personal por prestación de servicios de la Institución son conscientes de la importancia del rol como servidores públicos, deben tener disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de los clientes internos y externos, buscando siempre mejorar su bienestar.
- ✚ **SENTIDO DE PERTENENCIA:** Compromiso con nuestra institución, que nos motiva a servir en cada jornada con amor, empatía y calidad a nuestros usuarios.
- ✚ **TRABAJO EN EQUIPO:** Unir el esfuerzo con quienes participan en los procesos y actividades sin excepción, con armonía, cooperación, compromiso y responsabilidad compartida, para multiplicar el logro de resultados en búsqueda de los objetivos y metas comunes.

## 2.5. VALORES INSTITUCIONALES

- ✚ **RESPONSABILIDAD:** Entendida como el cumplimiento a cabalidad de nuestra función principal “prestar servicios de salud” con eficiencia y eficacia; desarrollar de manera ética las actividades, asumiendo de forma positiva las consecuencias de cada decisión tomada
- ✚ **RESPECTO:** Porque lo más importante en nuestra E.S.E es la dignidad del ser humano, el buen trato al equipo de trabajo y a nuestros usuarios, aceptando las diferencias culturales, religiosas, étnicas y socioeconómicas de todos.
- ✚ **HUMANIZACIÓN:** Brindar servicios que reconozcan en cada usuario su dignidad humana, su valor intrínseco como persona y en consecuencia contribuir al mejoramiento de su salud, a la satisfacción de sus necesidades, respetándole los derechos y deberes como paciente.
- ✚ **SOLIDARIDAD:** Que se vive cuando atendemos personas de menores recursos económicos o en los programas que nuestra Institución lidera sin pensar en réditos económicos.

## 2.6. MODELO DE OPERACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA

El hospital funciona bajo un esquema de procesos orientados al logro de resultados, metas y objetivos institucionales.

### - PROCESOS ESTRATEGICOS



**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN  
FONSECA LA GUAJIRA**

**Código: D-01.10**

**Fecha: 20  
MAYO 2020**

**PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

**Página 8 de 44**

Gestión Directiva y estratégica  
Gestión de servicios en salud

**- PROCESOS MISIONALES**

Servicio de urgencias  
Servicio de hospitalización y sala de parto  
Servicio ambulatorio  
Atención primaria  
Plan de intervenciones colectiva  
Apoyo diagnóstico y terapéutico

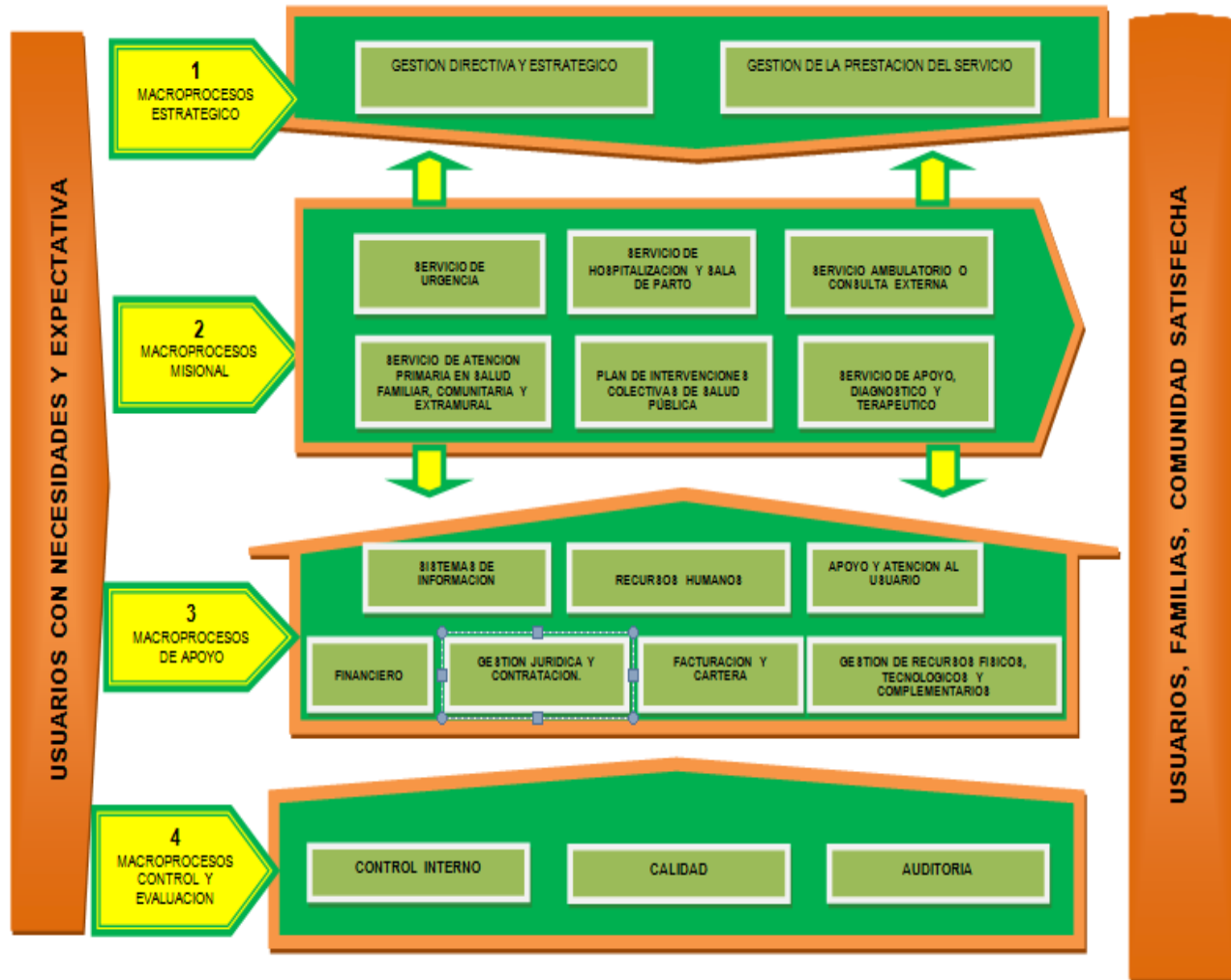
**- PROCESOS DE APOYO**

Financiero  
Atención al Usuario  
Recursos físicos y complementarios  
Información y estadística  
Contratación y jurídica  
Recurso humano  
Facturación y cartera

**- PROCESOS DE EVALUACION Y CONTROL**

Auditoria Medica  
Calidad y Mercadeo  
Control interno

## 2.7. MAPA DE PROCESOS



## 2.8. OBJETIVO GENERAL


CONTRIBUIR EN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD FONSEQUERA A TRAVES DE LA PROMOCION DE SERVICIOS OPORTUNOS, CON ESTANDARES DE CALIDAD,

HUMANIZADOS Y RESPONSABILIDAD SOCIAL MANTENIENDO EL EQUILIBRIO FINANCIERO DE LA ENTIDAD.


## 2.9. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Garantizar el acceso a los servicios de salud de baja complejidad a toda la población del municipio de Fonseca y corregimientos aledaños.
- Ofertar servicios integrales de baja complejidad que permitan la atención de las necesidades en salud más frecuentes y de mayor impacto en la población.
- Gestionar la dotación de equipos médicos nuevos y garantizar el adecuado estado de los existente y de la infraestructura física.
- Crear estrategias de operación y alianzas que permitan el aumento de la demanda de los servicios ofertados por la institución y la auto sostenibilidad.
- Mantener el equilibrio financiero mediante una gestión gerencial que propenda por la austeridad del gasto, la recuperación de cartera y el aumento de la contratación de los servicios.
- Contar con personal asistencial y administrativo idóneo y capacitado para la prestación de nuestros servicios
- Fortalecer los procesos administrativos y judiciales que permitan dar cumplimiento a las regulaciones establecidas por los entes de control.

## 3. MARCO NORMATIVO

-  **Ley 1122 de 2007:** Artículo 2°: Resultados en salud: “Respecto de las Empresas Sociales del Estado ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo”.
- Artículo 28. Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento, o previo concurso de méritos.

- ✚ **Ley 1438 de 2011:** Artículo 72: estableció que la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial, debe aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual fuera designado y sobre el que debería ser evaluado.
- Artículo 73: Establece el procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
- Artículo 74: Establece la evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
  
- ✚ **Resolución 710 de 2012:** Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva y se dictan otras disposiciones.
  
- ✚ **Resolución 743 de 2013:** Por la cual se modifica la resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

	<b>E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN FONSECA LA GUAJIRA</b>	<b>Código: D-01.10</b>
	<b>PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023</b>	<b>Fecha: 20 MAYO 2020</b> <b>Página 12 de 44</b>

#### 4. DIAGNOSTICO INICIAL

##### 4.1. ANÁLISIS DE GESTIÓN DIRECCIÓN Y GERENCIA

<b>AREA DE GESTIÓN DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA</b>	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	0: Si no realizó autoevaluación. 3: Si realizó autoevaluación.
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	0: menos del 50% 1: entre 51% y 70% 3: entre 71% y 89% 5: igual o mayor a 90%
	3	Gestion de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	0: menos del 50% 1: entre 51% y 70% 3: entre 71% y 89% 5: igual o mayor a 90%

No se ha realizado la autoevaluación de los estándares de acreditación para entidad no acreditadas, que es de obligatorio cumplimiento para poder realizar los pasos de la ruta de pamec con enfoque en estándares superiores de calidad.

Dada la importancia que representa para las Empresas Sociales del Estado el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, a partir de un diagnóstico que permita identificar, planear y ejecutar las oportunidades de mejora; así como realizar su seguimiento minimizando los riesgos durante la prestación de servicios.

Con ello se demuestra que se cumple con el indicador No 2 propuesto en el plan de gestión gerencial. Y estamos en espera que la Superintendencia Nacional de Salud emita el reporte de cumplimiento en este indicador.

El indicador No. 3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo tuvo un cumplimiento del 90%, encontrándose dentro de los términos de los estándares para una calificación 5, lo que corresponde un 10% de la evaluación gerencial global.

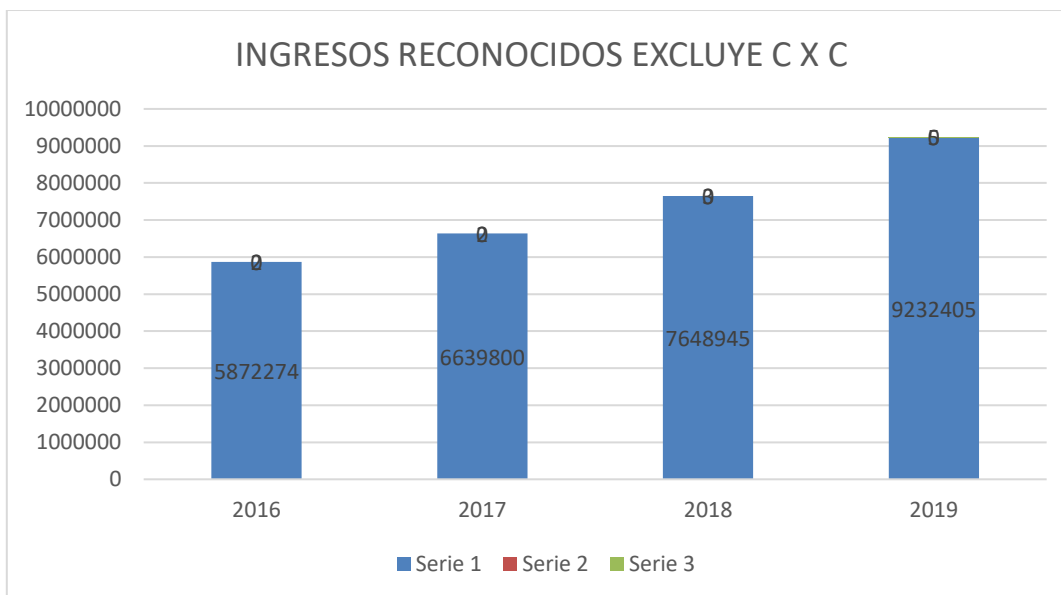
#### **4.2. ANÁLISIS DE GESTIÓN FINANCIERA**



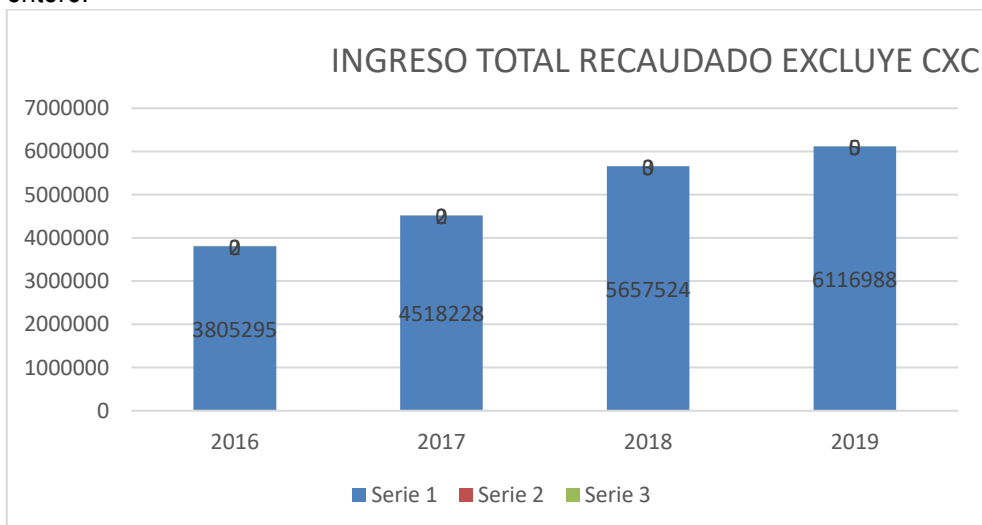
En cuanto a la gestión financiera los niveles de desarrollo de los procesos contables y presupuestales se encuentran actualizados; los módulos del software para contabilidad se han actualizado y además se actualizó el módulo de facturación. Se adquirió el módulo para contabilizar con la Norma Internacional de Información Financiera NIIF.

Frente a los resultados financieros, se analizan en el siguiente cuadro, estos informes son provenientes del área de contabilidad, y revisados por el área de control Interno, además, esta información podrá ser verificada en el reporte de información financiera del Decreto 2193 de 2013.

**RECAUDO – INGRESOS**

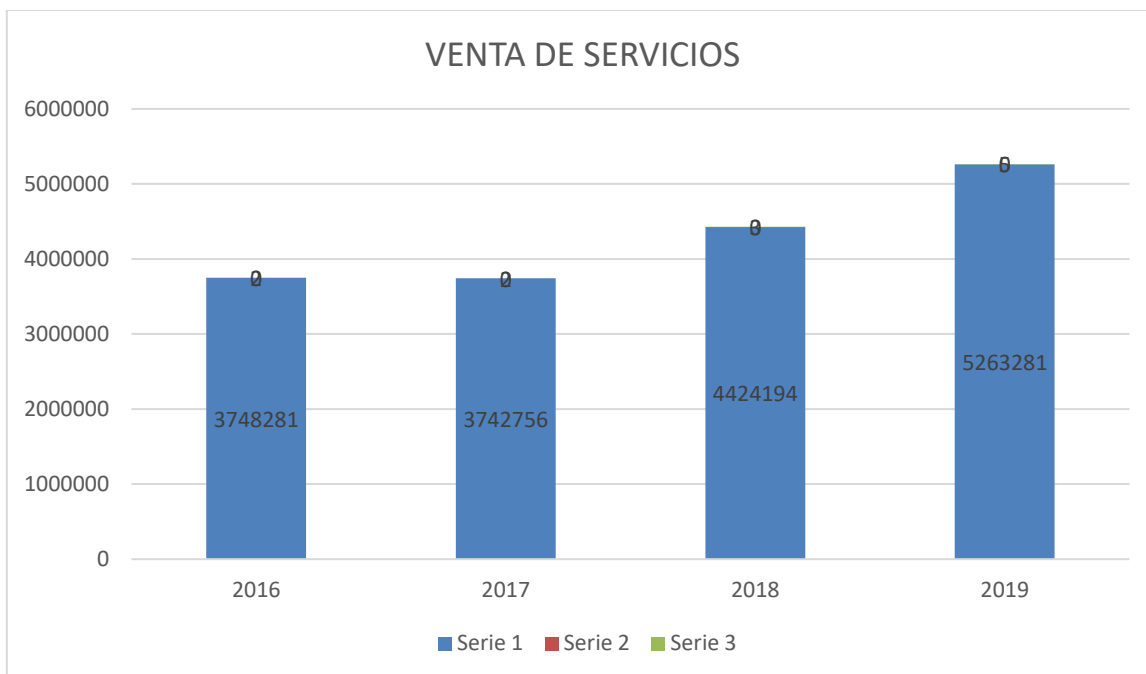


Se observa que durante el último periodo la facturación ha aumentado la institución se ha enfocado en fortalecer la venta de servicios particulares, contributivos y ECAT, con el fin de equilibrar las pérdidas del régimen subsidiado. Con todos los esfuerzos realizados, en el año 2019, se logró un aumento significativo en la facturación como se puede observar, sigue siendo un reto entonces para esta administración mantener o superar estos topes pese a la terrible situación de salud por la que está atravesando el mundo entero.

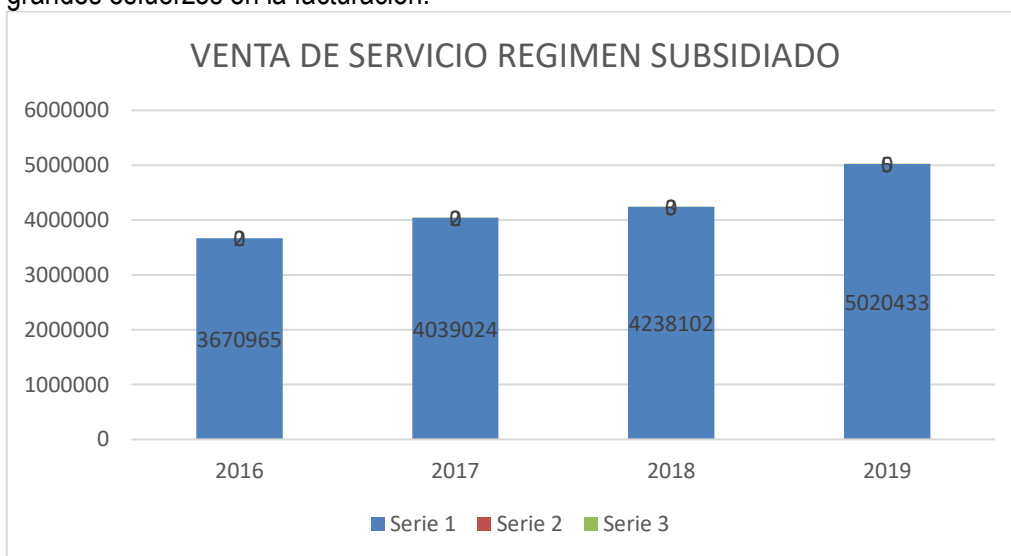


Con respecto al recaudo se observa un comportamiento similar al descrito en la gráfica anterior.

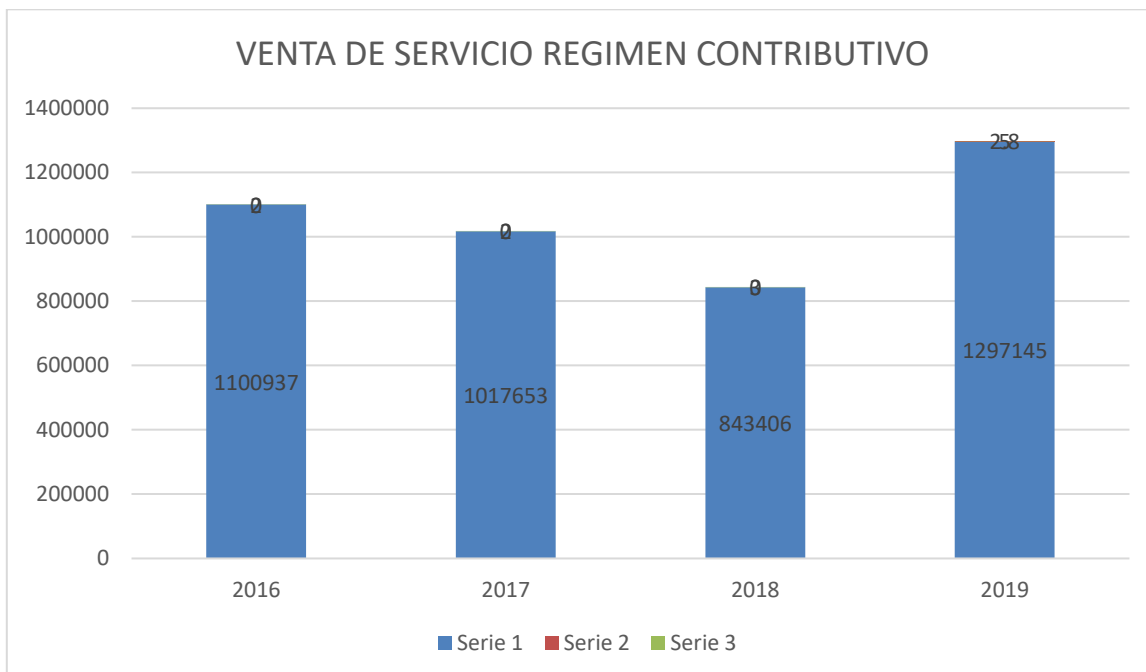
**VENTA DE SERVICIOS**



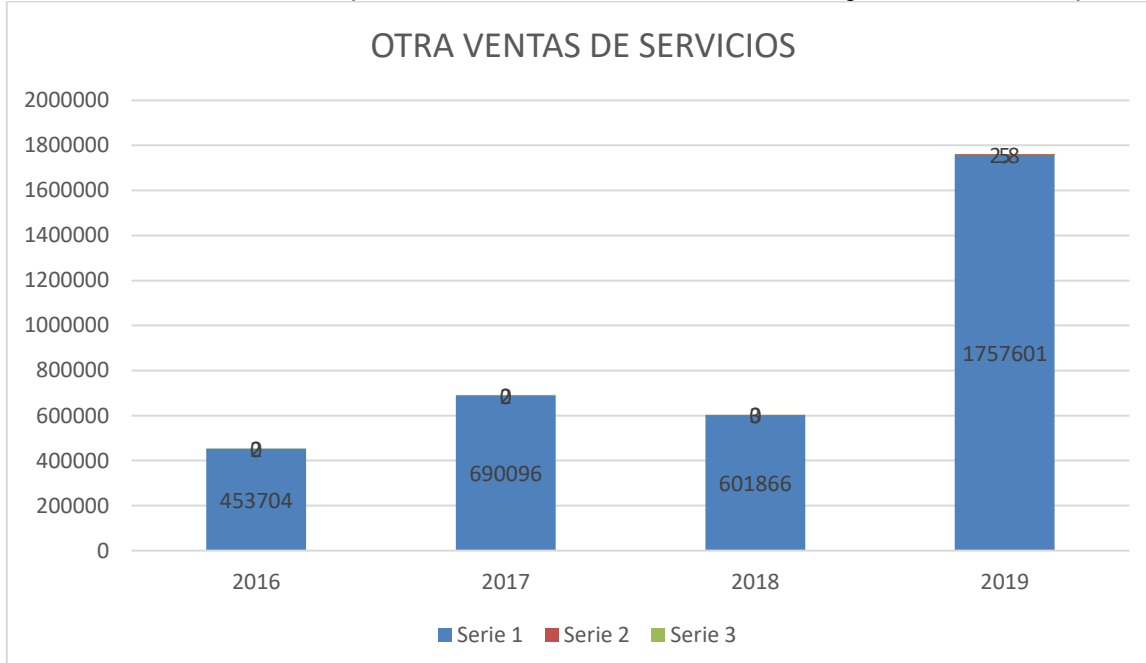
En el caso de la venta de servicios, se mantuvo un muy buen promedio durante el periodo gerencial, con grandes esfuerzos en la facturación.



Se realizó un esfuerzo especial, para mantener de la venta de régimen subsidiado, a través de las buenas negociaciones, comportamiento que debe mantenerse durante este periodo administrativo.

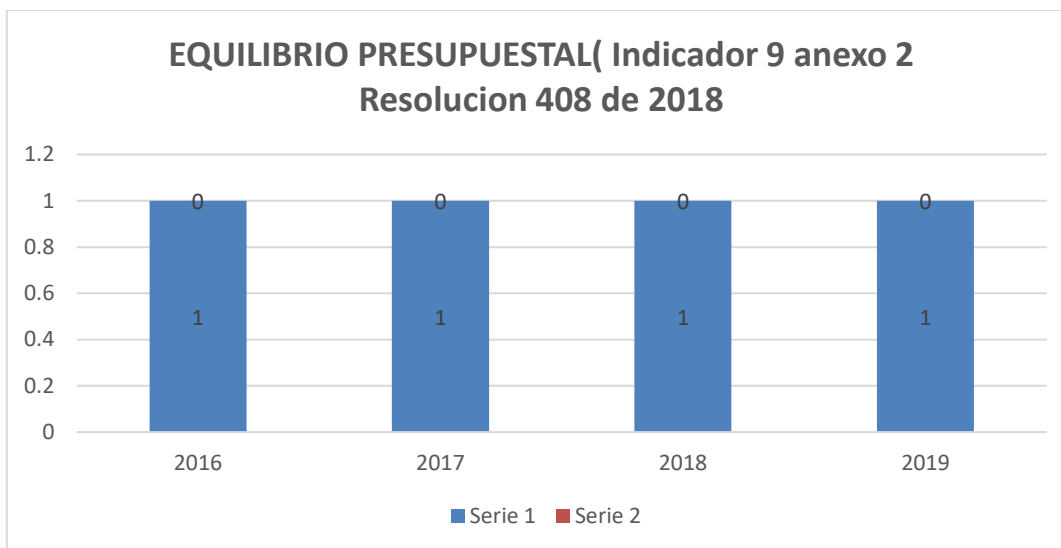


La facturación del régimen contributivo tuvo una disminución en la vigencia 2018, sin embargo fue un reto para la gerencia superar este suceso en la siguiente vigencia y se logró, sigue siendo un reto para esta administración mantener o superar el monto de la facturación en este régimen durante este periodo.

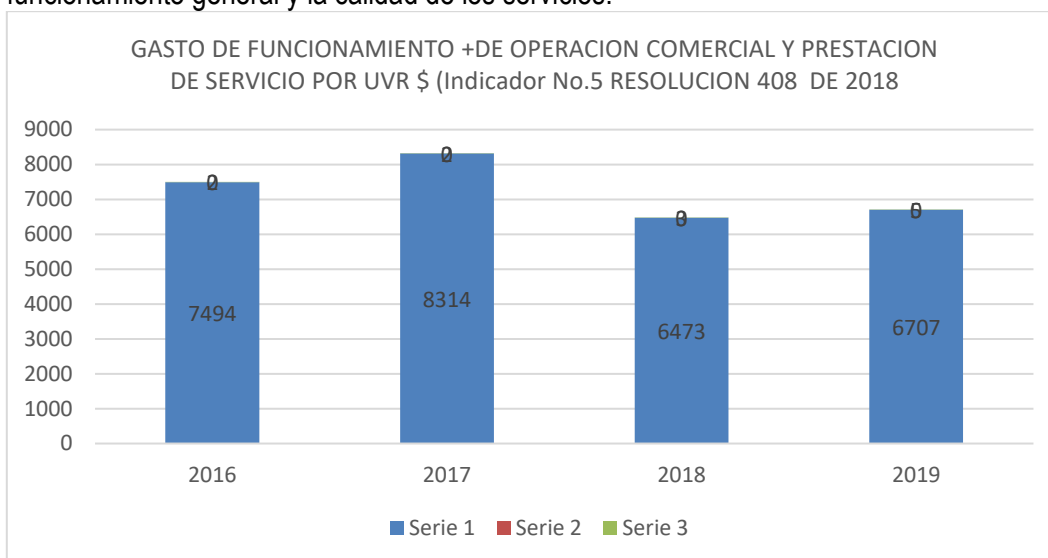


Las ventas a particulares y a SOAT tuvieron una tendencia al aumento año con año permitiendo así mantener el equilibrio financiero de la empresa.

**GASTOS DE FUNCIONAMIENTO**



Pese al equilibrio en la facturación y los ingresos, como mencionamos anteriormente, la administración del hospital tiene ajustados todo su funcionamiento y su política de austeridad, permitiendo mantener el funcionamiento general y la calidad de los servicios.



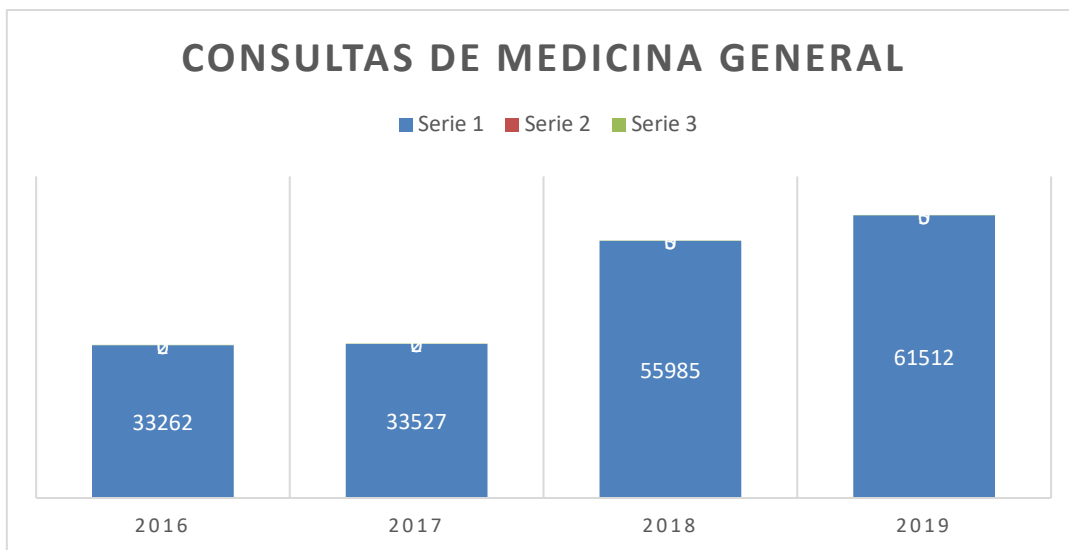
Esta gráfica nos la unidad de valor relativo (UVR) que tienen los gastos de funcionamiento y los gastos de operación comercial y de prestación de servicios de la vigencia 2019 (\$6.707) comparada con la vigencia 2018 (\$6.473), aumentó un 0.9%. Esto debido a la crisis del sistema, y los altos costos de los insumos.

### 4.3. ANÁLISIS DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL



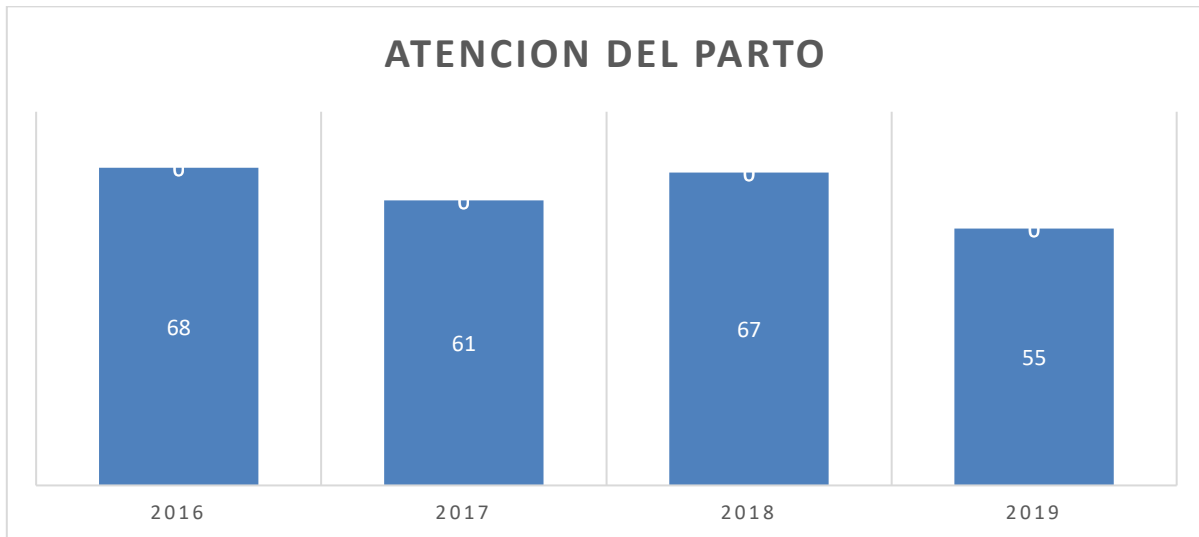
El eje fundamental de las Empresas Sociales de Estado, es la Atención Integral en Salud como el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, que se materializa en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. La prestación eficiente de servicios de salud, además, de estar enfocados a la calidad, se deben prestar con eficiencia y oportunidad; en las siguientes gráficas se puede observar, de manera sencilla, el comportamiento de los últimos cuatro años en la ESE Hospital San Agustín del Municipio de Fonseca la Guajira.

#### CONSULTA MÉDICA GENERAL



En la gráfica se puede observar, que a pesar de ser una empresa social el estado de un pequeño municipio, se tienen muy buenos promedios de consulta ambulatoria con una buena oportunidad y sobre la cual se trabajó en la calidad de la atención, analizada de manera objetiva a través de indicadores de calidad que así lo confirman.

### **ATENCION DEL PARTO**



Como se observa en la gráfica, las atenciones de partos, en el hospital en los últimos años oscilan en un promedio de 60 pacientes. El Hospital continúa mejorando en el reporte de la información en el 2193, correspondiente al número de partos atendidos en la E.S.E., se han fortalecido las políticas de seguridad del paciente enfocadas en evitar la mortalidad materno perinatal, que obligan en los protocolos a remitir mayor cantidad de maternas para ser atendidas en mediana y alta complejidad.

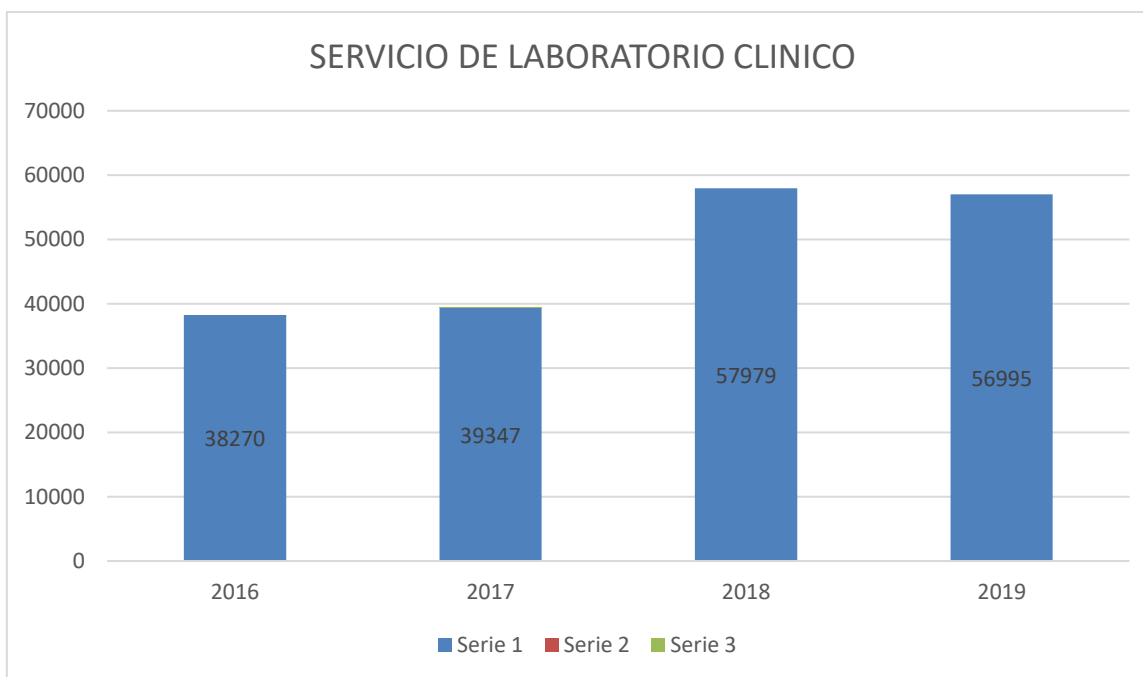
### **CONSULTA MÉDICA DE URGENCIAS**



Se puede observar un comportamiento muy estable tendiente al aumento en los últimos dos años de la gestión, esto debido a la alta consulta de la población extranjera (Venezolanos). Es un reto de esta

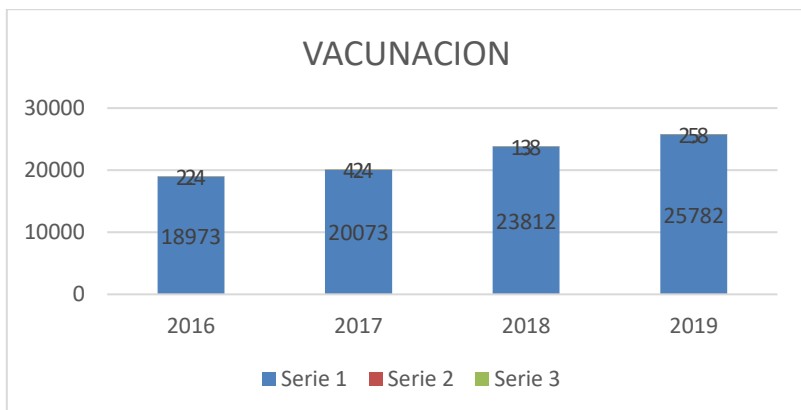
gerencia en este cuatrienio a través de la capacitación de la comunidad y de los programas de promoción y prevención, el uso racional de la consulta de urgencias, permitiendo así, prestar un mejor servicio en esta área.

### **SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO**



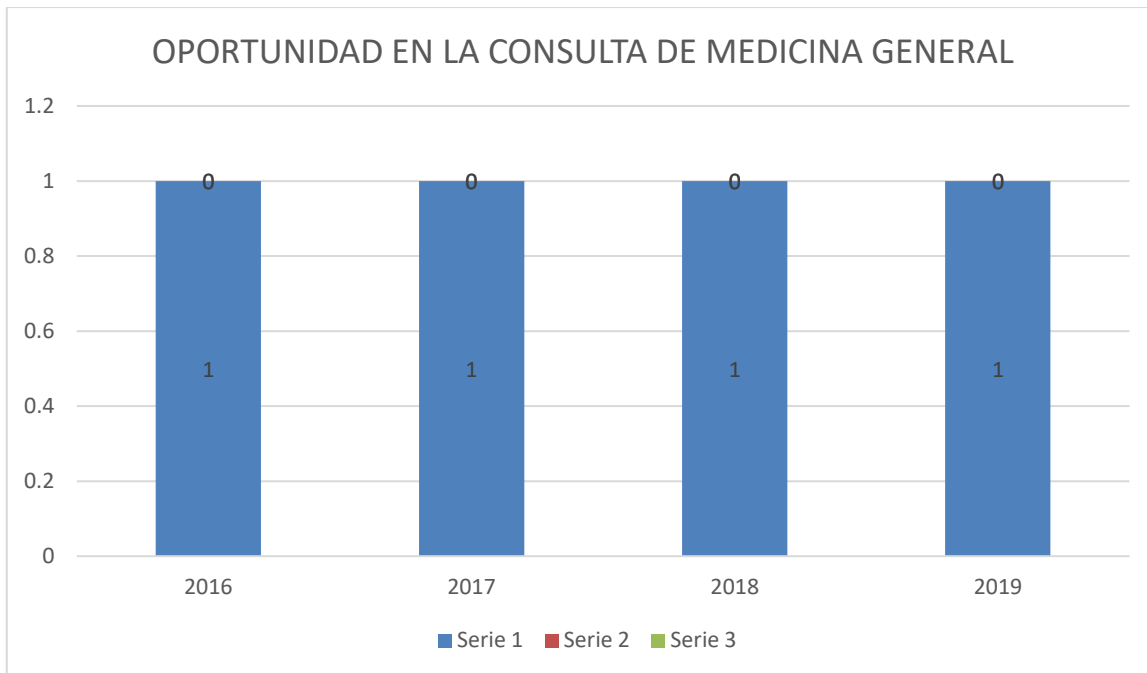
Dentro de los planes de mejoramiento del hospital, se plantearon ajustes y adherencia a protocolos institucionales, que permitieran una disminución significativa de las actividades de laboratorio, siendo consecuente con el plan de austeridad planteado dentro del plan de desarrollo institucional. Se presentó una leve disminución entre el año 2018 y 2019.

### **VACUNACIÓN**



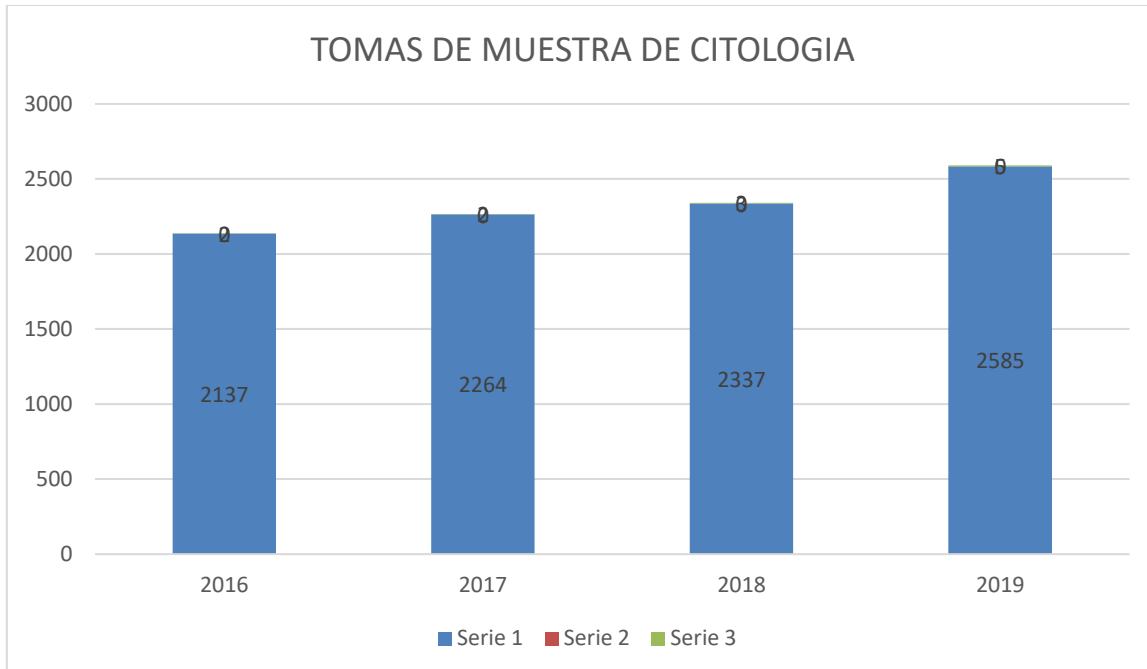
La anterior gráfica tiene relación con el número de niños y niñas presentes en el municipio, con la cantidad de biológicos suministrada por el Ministerio y con las nuevas patologías presentes en el país. Observamos como vigencia atrás vigencia hubo un aumento en la cantidad de dosis de biológico aplicadas, hemos logrado mantener las coberturas útiles de vacunación, con la verificación mediante los monitoreo de coberturas del cumplimiento por encima del 95% de estos. Esperamos en este cuatrienio mantener las coberturas útiles de acuerdo a las exigencias del Ministerio de Salud.

### OPORTUNIDAD EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL



Para esta administración es realmente satisfactorio que a pesar que el estándar de calidad propuesto por gobierno nacional es de 3 días, tenerlo en un 1 día es un gran logro para nuestra empresa y redunda en la satisfacción de nuestra comunidad atendida, todo como respuesta a mayor número de médicos por consulta externa, sostenidos a partir de un gran esfuerzo económico, es un compromiso para esta administración disminuir un poco más este indicador o mantenerlo.

**NÚMERO DE CITOLOGÍAS TOMADAS**



Se puede observar que se conserva un promedio de mujeres que se acercan a la institución a tomarse la citología, como mecanismo de prevención del cáncer de cuello uterino y otras enfermedades ginecológicas; gracias a la educación y al trabajo de sensibilización permanente del equipo de salud del hospital. Conducta esta que se mantendrá en los siguientes 4 años de esta administración.

**5. PROPOSITO, METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN, PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL 2020-2023**

Establecer los compromisos de gestión, acorde a lo ordenado en la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 710 de 2012 y sus anexos técnicos, en lo correspondiente a la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión que debe ser ejecutado por la Gerente del Hospital San Agustín de Fonseca – La Guajira Dra. Yelitza del Carmen Redondo Ayala, durante el periodo 2020-2023, para el cual fue nombrado mediante Decreto número 047 del 15 de Mayo de 2020 y acta de posesión No. 076 del 15 de Mayo de 2020.

**5.1. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN Y APROBACIÓN**

Elaboración La Resolución 710 de 2012, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, define las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado. Este documento refleja los compromisos, metas y actividades que el Gerente presenta ante la Junta Directiva del Hospital para el periodo 2020-2023 y es aquel en donde se consolida de manera cuantitativa los compromisos para el período gerencial, estableciendo entre otros aspectos las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, en las siguientes áreas:

- **Gestión de Dirección y Gerencia:** Cumplimiento de logros estratégicos, Desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- **Gestión Financiera y Administrativa:** Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud. La Gestión Administrativa se encuentra alineada con la perspectiva de desarrollo.
- **Gestión Clínica o Asistencial:** Son las relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, portafolio de servicios y capacidad resolutoria de cada entidad.

La formulación del Plan por área de gestión incluye la identificación del indicador, seguido del diagnóstico o situación actual, su fórmula, actividades y acciones a desarrollar, estándar, línea base y los logros para la vigencia 2020-2023 así como las observaciones con relación al indicador, en los casos en que aplica. Es importante anotar que para la formulación de las metas del primer año (2020) se contempló el tiempo efectivo para la ejecución de las actividades a desarrollar, debido a que la primera vigencia fiscal del Plan de Gestión, no cuenta con el año completo, y las condiciones de operación presentadas en el primer semestre difieren mucho del segundo, limitando las posibilidades de gestión e impactando los resultados de los indicadores.

## 5.2. FORMULACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL

A continuación, se formulan las respectivas acciones y las metas previstas por cada uno de los ejes asociados al plan de gestión, tomando como base el marco normativo anteriormente expuesto, analizando las líneas de base de los indicadores, de acuerdo a información suministrada por el equipo de líderes de proceso de la institución, asociada a las vigencias anteriores.

## 5.3. DIAGNÓSTICO INICIAL DE LOS EJES ASOCIADOS AL PLAN DE GESTIÓN DE DIRECCIÓN Y GERENCIA

AREA DE GESTIÓN DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	No se realizó autoevaluación
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	91%
	3	Gestion de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	90%

No se ha realizado la autoevaluación de los estándares de acreditación para entidad no acreditadas, que es de obligatorio cumplimiento para poder realizar los pasos de la ruta de pamec con enfoque en estándares superiores de calidad.

Dada la importancia que representa para las Empresas Sociales del Estado el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, a partir de un diagnóstico que permita identificar, planear y ejecutar las oportunidades de mejora; así como realizar su seguimiento minimizando los riesgos durante la prestación de servicios.

Con ello se demuestra que se cumpla con el indicador No 2 propuesto en el plan de gestión gerencial. Y estamos en espera que la Superintendencia Nacional de Salud emita el reporte de cumplimiento en este indicador.

El indicador No. 3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo tuvo un cumplimiento del 90%, encontrándose dentro de los términos de los estándares para una calificación 5, lo que corresponde un 10% de la evaluación gerencial global.

#### **5.4. ACCIONES Y METAS PROPUESTAS AREA DE GESTIÓN DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA**

En esta área se analiza el proceso de preparación de la institución para la acreditación en salud, la efectividad en el proceso de implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y, por último, la gestión de la ejecución del plan de desarrollo institucional.

INDICADOR	METAS PROPUESTAS				ACCIONES PLANTEADAS	RESPONSABLES
	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022	AÑO 2023		
1. Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	≥1.2	≥1.2	≥1.2	≥1.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el plan de acción del ciclo de preparación para la acreditación.</li> <li>• Reactivar los equipos de Autoevaluación y grupos primarios, acorde con los grupos de estándares aplicables a la ESE y de acuerdo a los nuevos líderes definidos en cada proceso.</li> <li>• Capacitar a los colaboradores de los equipos de autoevaluación en la metodología.</li> <li>• Establecer y registrar las fortalezas ajustadas a los estándares y oportunidades de mejora</li> <li>• Realizar la calificación acorde a la Hoja Radar</li> <li>• Realizar la priorización de las oportunidades de mejora acorde a la metodología de costo-riesgo y volumen</li> <li>• Presentar los resultados cualitativos y cuantitativos consolidados</li> </ul>	Profesional universitario y líderes de proceso.

INDICADOR	METAS PROPUESTAS				ACCIONES PLANTEADAS	RESPONSABLES
	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO		
	2020	2021	2022	2023		
2.Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud					<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas de los estándares de acreditación</li> <li>Identificar las posibles barreras o limitantes de las acciones de mejoramiento establecidas</li> <li>Articular las acciones de cada eje priorizado a las generalidades asociadas a COVID 19.</li> <li>Definir cronograma de ejecución de las acciones de mejoramiento</li> <li>Hacer el seguimiento al cumplimiento y avance en las acciones de mejora establecidas.</li> <li>Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones.</li> <li>Consolidar y presentar informe Trimestral</li> </ul>	Profesional universitario  Profesional universitario  Control Interno
3.Gestión ejecución Plan Desarrollo Institucional	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>Socializar el Plan de Desarrollo Institucional</li> <li>Capacitar en la metodología para la formulación de los Planes de Acción.</li> <li>Formular los Planes por procesos incluyendo metas de producción, desplegando el Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023.</li> <li>Consolidar la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional a través del seguimiento de las actividades y avances de los Planes de acción por proceso de la vigencia.</li> <li>Ajustar el plan de Desarrollo a lineamientos asociados a COVID 19</li> <li>Realizar los análisis de causa, estableciendo y ejecutando los planes de mejora cuando se presentan resultados no deseados o desviaciones no previstas.</li> </ul> <p>Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a Junta Directiva, antes de control, y ciudadanía en general, a través de los mecanismos formales y de rendición de cuentas.</p>	Gerente Líderes de proceso  Asesor de Control Interno

## 5.2. DIAGNÓSTICO INICIAL DE LOS AREA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

<b>ÁREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40 %</b>	4	Riesgo fiscal y financiero	0: Categoría RIESGO MEDIO o ALTO y no fue adoptado el programa de saneamientos fiscal y financiero 5: si la ESE catalogada con riesgo medio o alto adopto el programa de saneamiento fiscal y financiero
	5	Evolución del gasto por UVR	0: Valor mayor a 1,10 1: Entre 1.0 y 1.10 3: Entre 0,90 y 0,99 5: Menor a 0,90
	6	Compra por cooperativas	0: Valor menor a 0,30 1: Entre 0,31 y 0,50 3: Entre 0,51 y 0,69 5: Mayor o igual a 0,70
	7	Deuda salarios mayor a 30 dias	0: Registra deuda y variación interanual positiva 1: registra deuda y variación interanual es "0" 3: registra deuda y variación interanual es negativa 5: registra deuda "0"
	8	Utilización de RIPS	0: 1 informes a JD 1: 2 informes a JD 3: 3 informes a JD 5: 4 informes a JD
	9	Resultado del equilibrio presupuestal con recaudo	0: menor a 0,80 1: entre 0,80-0,90 3: entre 0,91 y 0,99 5: Mayor o igual a 1
	10	Oportunidad de la entrega de Información de circular única	0: No presentación oportuna 5: presentacion oportuna
	11	Oportunidad de reporte de 2193	0: No presentación oportuna 5: presentacion oportuna

#### Categorización del riesgo financiero por el Ministerio de Salud y la Protección Social

➤ De acuerdo a la Resolución 1755 de 26 de mayo 2019, se conoce la Categorización del Riesgo Fiscal y Financiero, por parte del Ministerio de Salud y la Protección Social; que, para la ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA LA GUAJIRA, aparece SIN RIESGO, por ende, no requirió la adopción de Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero.

#### Control del gasto

➤ Seguimiento de control del gasto por unidad de valor relativo, el análisis arrojó 1,03 (UVR).  
Adquisición de insumos y suministros con transparencia y objetividad.

➤ **Compras DEL 0% EN COOPERATIVAS DE HOSPITALES**

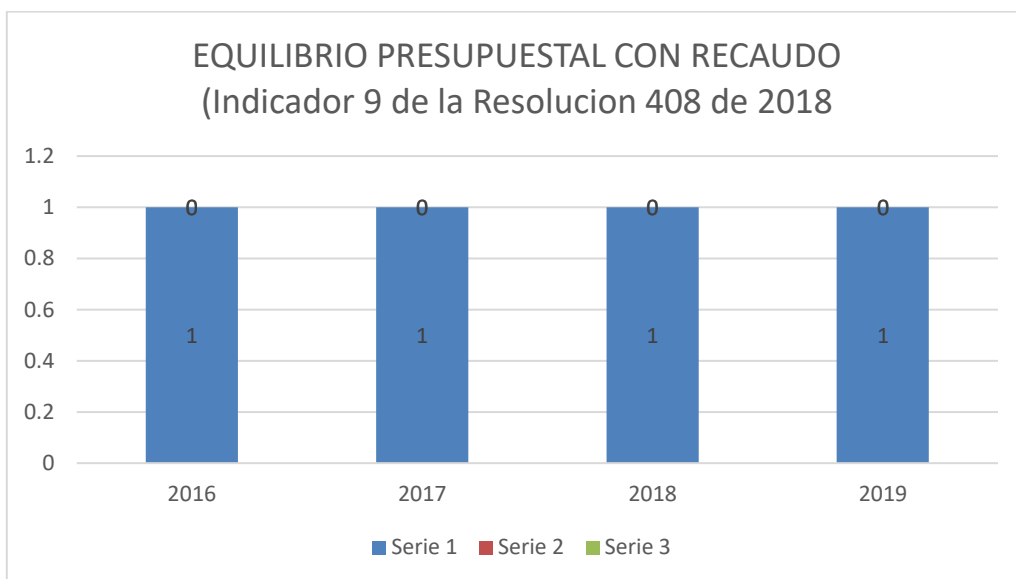
Monto de la deuda de salarios superior a un (1) mes con personal de planta o contratación.

- No se tiene deuda.

Presentación ante la junta directiva el análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS.

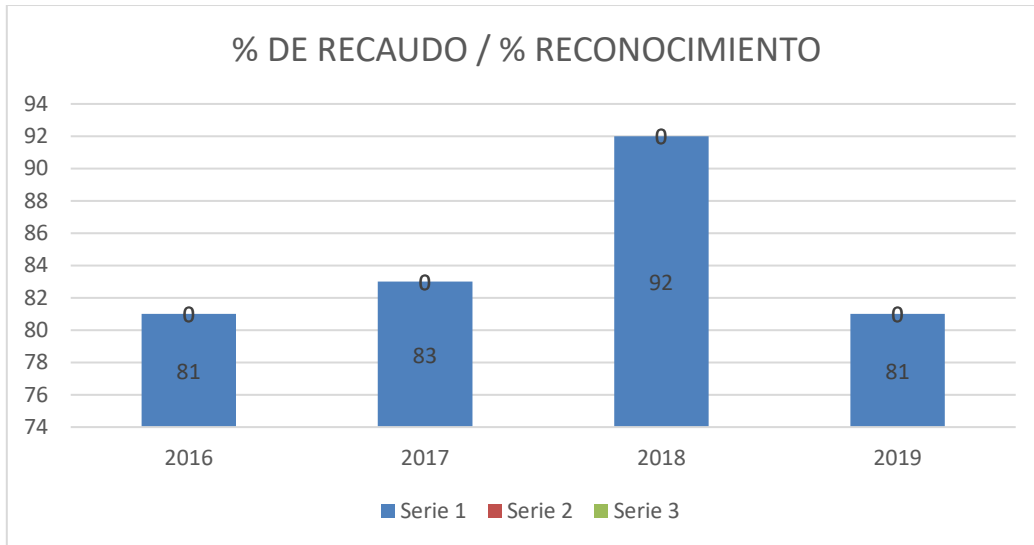
- Se Garantizaron los análisis de los registros individuales de prestación de servicios de salud RIPS, ante la junta directiva en 4 oportunidades, quedando soportadas en las actas de las reuniones.

**Equilibrio financiero presupuestal con recaudo**



Continuar con la política de austeridad y de control del gasto

**%RECONOCIMIENTO /% RECAUDO**



Acá podemos observar parte de la difícil situación que afronta el país, cada vez es más difícil recaudar, por eso se trabajó intensamente en austeridad del gasto y en políticas de eficiencia administrativa.

**Porcentaje de participación de los ingresos provenientes de la venta de servicios de salud en la financiación de la entidad.**

- Se Fortaleció la venta de servicios de salud para mantener el equilibrio financiero
- Se Fortalecieron los procedimientos de mercadeo
- Se mejoraron los índices de cobro de la cartera
- Se Mejoraron los procedimientos financieros para la facturación y radicación de las cuentas de cobro de los servicios prestados.

**Cumplimiento en el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004 y la circular única.**

- Se Cumplió con el reporte de la información del Decreto 2193 de 2004 y la circular única, en las fechas previstas.

### 5.3. ACCIONES Y METAS PROPUESTAS AREA DE GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

El área financiera y Administrativa pretende evaluar la evolución del gasto en cada vigencia por unidad relativa producida, la proporción de compra de medicamentos y material médico adquiridos mediante la modalidad de compras conjuntas, a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos, así como analizar el equilibrio presupuestal del hospital y el manejo de la deuda por concepto de salarios y contratación de servicios. Igualmente se evalúa la oportunidad en el reporte de la información al Ministerio de Salud y protección Social a través del Sistema de Información de Hospitales Públicos SIHOS y la Superintendencia Nacional de Salud.

INDICADOR	METAS PROPUESTAS				ACCIONES PLANTEADAS	RESPONSABLES
	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO		
	2020	2021	2022	2023		
4.Riesgo Fiscal y Financiero	S.R	S.R	S.R	S.R	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento en el proceso de facturación, radicación y respuesta de glosas.</li> <li>Depurar la cartera a fin de establecer información real y confiable.</li> <li>Fortalecer el proceso de facturación, ajustar las actividades desarrolladas con el fin de evidenciar mayor productividad.</li> <li>Optimizar la capacidad instalada a fin de lograr un incremento en la producción.</li> <li>Sensibilizar a los funcionarios en el uso racional, adecuado y efectivo de los recursos.</li> <li>Generar lineamientos de austeridad, control y racionalidad en el gasto.</li> <li>Reportar información oportuna, veraz y confiable al MPS.</li> <li>Realizar análisis y plan de mejoramiento de acuerdo a los resultados y la calificación.</li> <li>Evaluar la estrategia para el cumplimiento de metas de las actividades de promoción y prevención en el régimen subsidiado y formular acciones de mejora</li> <li>Evaluar la formalización del empleo realizada previamente y su impacto financiero para pro poner mejoras.</li> </ul>	Gerente  Gerente  Auxiliar Administrativo  Gerente apoyado en el equipo financiero         Profesional universitario

INDICADOR	METAS PROPUESTAS				ACCIONES PLANTEADAS	RESPONSABLES
	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO		
	2020	2021	2022	2023		
5.Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	< 0,90	< 0,90	< 0,90	< 0,90	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar la capacidad instalada vs producción</li> <li>Verificar en el sistema de información la trazabilidad de la atención</li> <li>Revisión de la facturación por los servicios prestados</li> <li>Verificar los costos de producción acorde a los servicios prestados</li> <li>Verificar los precios de venta de cada producto facturado vs costos de producción</li> <li>Definir indicadores de seguimiento por Unidad Funcional y subproceso (priorizando el proceso financiero)</li> <li>Establecer puntos de control en los diferentes procesos financieros y productivos</li> <li>Implementar un proceso de costos y mecanismos de austeridad en el gasto.</li> <li>Implementar auditoría al gasto en salud.</li> <li>Realizar seguimiento a la producción con base en la implementación del plan de contingencia asociado a COVID 19.</li> </ul>	<p>Gerente</p> <p>Profesional universitario</p> <p>Auxiliar administrativo de facturación</p> <p>Auxiliar administrativo de facturación</p> <p>Profesional universitario</p>
6.Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante la modalidad de a) compras conjuntas, b) compras a través de Cooperativas	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reformular e incluir este mecanismo en el manual de contratación.</li> <li>Establecer estrategias de negociación y convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos.</li> </ul>	<p>Gerente</p> <p>Gerente</p>

INDICADOR	METAS PROPUESTAS				ACCIONES PLANTEADAS	RESPONSABLES
	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO		
	2020	2021	2022	2023		
de Empresas Sociales del Estado						

#### 5.4. DIAGNÓSTICO INICIAL DE LOS AREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL

<b>GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%</b>	21	Gestantes captadas antes de la semana 12	0: Menor a 0,35 1: Entre 0,35 y 0,60 3: Entre 0,61 y 0,84
	22	Incidencia de sífilis congénitas atendidas por la ESE	0: 1 o más casos de sífilis congénita 5: cero casos de sífilis congénita
	23	Aplicación de guía específica para enfermedad Hipertensiva	0: Menor a 0,30 1: Entre 0,31 y 0,55 3: Entre 0,56 y 0,79
	24	Aplicación de guía de Crecimiento y Desarrollo	0: Menor a 0,50 1: Entre 0,50 y 0,70 3: Entre 0,71 y 0,89 5: Mayor o igual a 0,90
	25	Reingreso a los servicios de Urgencias	0: Mayor a 0,10 1: Entre 0,06 y 0,09 3: Entre 0,031 y 0,059 5: Menor o igual a 0,03
	26	Oportunidad promedio de la atención de consulta médica general	0: Mayor o igual a 6 días 1: Igual a 5 días 3: Igual a 4 días 5: Menor o igual a 3 días

Para efectos de lo pertinente al decreto 1011/06, que la atención en salud abarca todas las acciones que se llevan a cabo para mantener la salud y para curar las enfermedades de los seres humanos, incluidos los procesos propios del aseguramiento y el cobro de los servicios que se prestan.

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

- Se cumplieron las guías de atención en ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN UN 95% durante la vigencia 2019.

**Evaluación de la aplicación de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo**

- Se cumplieron las guías de atención en **CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN UN 95%** en la vigencia 2019.

**Reingreso por el servicio de urgencias**

- Los reingresos al servicio de urgencias correspondieron al 0.0% del total de consultas lo que evidencia eficacia de los programas de educación.

**5.5.ACCIONES Y METAS PROPUESTAS AREA DE GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL**

El área de Gestión Clínica y Asistencial está enfocada en evaluar la aplicación de las guías de atención aplicables a baja complejidad, seguimiento a las gestantes captadas de manera oportuna, verificación de los reingresos al servicio de urgencias, la incidencia de casos de sífilis congénita en partos atendidos, así como la oportunidad en la atención de los servicios de salud.

INDICADOR	METAS PROPUESTAS				ACCIONES PLANTEADAS	RESPONSABLES
	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO		
	2020	2021	2022	2023		
21. Proporción de gestantes captadas antes de la semana doce (12) de gestación					Incluir en programa de capacitaciones la Guía de Manejo de control prenatal.  • Verificar la adherencia a la guía de control prenatal Fortalecer los mecanismos de promoción y prevención con enfoque intramural y extramural para la captación oportuna de gestantes	Profesional universitario,

				<p>Promover la demanda inducida por parte del personal de salud para la captación oportuna de gestantes</p> <p>Continuar con la revisión de la totalidad de los exámenes de gravidez y verificar la inscripción al programa de control prenatal</p> <p>Capacitar continuamente al personal asistencial con incidencia en el proceso en torno al programa de control prenatal</p> <p>Realizar reporte trimestral de la captación de gestantes y de los resultados del indicador, con el fin de tomar acciones preventivas</p> <p>Fortalecer el ingreso a control prenatal y la consulta de control por medio de atención teleconsultas durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19.</p> <p>Fortalecer la toma de laboratorios domiciliarios durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer las actividades de asesoría en planificación familiar para disminución de casos de embarazos no deseados y facilitar el acceso a estos programas por telemedicina durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19.</li> </ul>	
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

INDICADOR	METAS PROPUESTAS				ACCIONES PLANTEADAS	RESPONSABLES
	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022	AÑO 2023		
22. Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	0	0	0	0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir en programa de capacitaciones la guía de manejo de sífilis congénita.</li> <li>• Verificar la adherencia a la guía de sífilis congénita</li> <li>• Reportar a Jefe de programa desde laboratorio todo caso de serología positiva en gestante de manera inmediata.</li> <li>• Tomar prueba treponémica rápida a todas las gestantes el día del ingreso al control prenatal.</li> <li>• Realizar tratamiento de gestante y parejas de manera supervisada, verificando adherencia.</li> <li>• Realizar búsqueda activa continua de gestantes con lúes que abandonen tratamiento</li> <li>• Verificar cumplimiento de programa, a través de auditorías periódicas.</li> </ul>	Profesional universitario

INDICADOR	METAS PROPUESTAS				ACCIONES PLANTEADAS	RESPONSABLES
	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022	AÑO 2023		
					<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento psicológico a casos de sífilis gestacional detectados.</li> </ul>	Profesional universitario
23.Evaluación de la aplicación de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluir en programa de capacitaciones la guía de manejo de crecimiento desarrollo</li> <li>Verificar la eficacia de las acciones de formación asociadas a la guía de crecimiento y desarrollo</li> <li>Realizar informe trimestral del funcionamiento del programa</li> <li>Tomar acciones con base en los hallazgos detectados</li> <li>Fortalecer los controles de crecimiento y desarrollo por medio de atención domiciliaria o tele consultas (cuando sea pertinente) incentivando la educación a padres y cuidadores durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19, para detección de factores de riesgo.</li> </ul>	Profesional universitario

INDICADOR	METAS PROPUESTAS				ACCIONES PLANTEADAS	RESPONSABLES
	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022	AÑO 2023		
					<ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar cumplimiento de programa, a través de auditorías periódicas.</li> </ul>	
23.Evaluación de la aplicación de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	≥ 0,80	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluir en programa de capacitaciones la guía de manejo de crecimiento desarrollo</li> <li>Verificar la eficacia de las acciones de formación asociadas a la guía de crecimiento y desarrollo</li> <li>Realizar informe trimestral del funcionamiento del programa</li> <li>Tomar acciones con base en los hallazgos detectados</li> <li>Fortalecer los controles de crecimiento y desarrollo por medio de tele consultas (cuando sea pertinente) incentivando la educación a padres y cuidadores durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19, para detección de factores de riesgo.</li> </ul>	<p>Coordinador médico</p> <p>Auditor Médico y Jefe del programa</p>

INDICADOR	METAS PROPUESTAS				ACCIONES PLANTEADAS	RESPONSABLES
	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022	AÑO 2023		
					<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer la toma de laboratorios domiciliarios durante el periodo asociado a la</li> </ul>	

INDICADOR	METAS PROPUESTAS				ACCIONES PLANTEADAS	RESPONSABLES
	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022	AÑO 2023		
					emergencia sanitaria por COVID 19.	
24.Evaluación de la aplicación de la guía de del manejo específica: guía de atención de enfermedad hipertensiva	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	≥ 0,90	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir en programa de capacitaciones la Guía de Manejo de Hipertensión Arterial.</li> <li>• Verificar la conformidad de la revisión periódica de la base de datos de hipertensión y su actualización permanente.</li> <li>• Realizar informe trimestral del funcionamiento del programa de Hipertensión Arterial.</li> <li>• Tomar acciones con base en los resultados obtenidos en el informe presentado.</li> <li>• Fortalecer los controles de hipertensión arterial por medio de atención domiciliaria o tele consultas durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19, de acuerdo a los protocolos definidos para tal fin.</li> <li>• Fortalecer la toma de laboratorios domiciliarios durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19.</li> <li>• Fortalecer la entrega estricta de medicamentos, clasificando edad y riesgo del paciente.</li> <li>• Definir un médico exclusivo para manejo del programa</li> </ul>	Profesional universitario

INDICADOR	METAS PROPUESTAS				ACCIONES PLANTEADAS	RESPONSABLES
	AÑO 2020	AÑO 2021	AÑO 2022	AÑO 2023		
25. Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	≤ 0,03	≤ 0,03	≤ 0,03	≤ 0,03	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la eficacia de los mecanismos internos utilizados en la obtención de la información asociada a reingresos, trazabilidad con facturación.</li> <li>• Evaluar la eficacia de la orientación que da el médico al usuario y realizar seguimiento posterior a la alta médica.</li> <li>• Realizar análisis de reingresos en urgencias, identificar las causas y establecer los planes de mejoramiento asociados.</li> </ul> <p>Verificar y evaluar la eficacia de las acciones tomadas.</p>	<p>Profesional universitario</p> <p>Auxiliar administrativo de Estadística</p>
26. Tiempo promedio de espera, para la asignación de cita médica general promedio en la atención de consulta médica general	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar la eficacia de las prácticas de asignación de citas médicas.</li> <li>• Realizar seguimiento de las agendas, implementando estrategias para evitar la demanda insatisfecha del servicio.</li> <li>• Actualizar el análisis de oferta y demanda con el fin de mantener la oferta suficiente de consulta médica</li> <li>• Fortalecer la consulta ambulatoria por medio de o tele consultas durante el periodo asociado a la emergencia sanitaria por COVID 19 con la oportunidad descrita.</li> </ul>	<p>Profesional universitario</p> <p>Auxiliar Administrativo de Estadística</p>

## 6. SOCIALIZACIÓN, DESPLIEGUE Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN GERENCIAL



**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN  
FONSECA LA GUAJIRA**

**PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

**Código: D-01.10**

**Fecha: 20**

**MAYO 2020**

**Página 39 de 44**

Para una adecuado entendimiento y socialización del Plan de Gestión Gerencial, es necesario llegar a todos los procesos, niveles y colaboradores de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca la Guajira, para ello se usará entre otros medios, Página Web, jornadas de inducción y Re inducción. Esta divulgación y socialización estará en cabeza de la gerencia, equipo directivo, y líderes de proceso.

La divulgación a la comunidad y partes interesadas se realizará a través de la Página Web y dentro de la rendición de cuentas se informará el avance del mismo.

Como el plan de gestión gerencial, se encuentra articulado con el Plan de Desarrollo Institucional, su despliegue y ejecución se realizará a través de los planes de acción de los procesos de la ESE Hospital San Agustín de Fonseca la Guajira, a los cuales se les realizará un seguimiento trimestral y que periódicamente es presentado a la Gerencia.

De igual forma los compromisos y metas del plan se articularán a los Acuerdos de Gestión que establezca la gerencia con los miembros del equipo directivo y demás colaboradores.

## **7. EVALUACIÓN**


La evaluación del Plan de Gestión Gerencial por parte de la Junta Directiva del Hospital San Agustín de Fonseca, se realizará acorde a los lineamientos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las Resoluciones 710 de 2012 y 408 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social. El seguimiento a los indicadores establecidos en el Plan se realizará de forma anual.

Elaboración y presentación del informe de anual.

La gerente del Hospital San Agustín de Fonseca presentará a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.

El informe anual de gestión del gerente del Hospital San Agustín de Fonseca, contendrá los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo de los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar y de los efectos de éstas en la gestión de la entidad.

La no presentación del proyecto de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la Ley 1438 de 2011, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los plazos y términos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación No Satisfactoria, la cual será causal de retiro.

	<b>E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN FONSECA LA GUAJIRA</b>	<b>Código: D-01.10</b>
	<b>PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023</b>	<b>Fecha: 20 MAYO 2020</b>
		<b>Página 40 de 44</b>

## 8. CALIFICACIÓN DEL INFORME DE ANUAL

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

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

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

Si el director o gerente no se desempeñó en la totalidad de la vigencia a que refiere este artículo, no se realizará evaluación del plan de gestión respecto a dicha vigencia.

Para efectos de la evaluación, situaciones administrativas como licencias (remuneradas y no remuneradas), vacaciones, permisos, así como suspensiones o separaciones en el ejercicio de las funciones propias del empleo, no interrumpen el desempeño del director o gerente para el periodo de la vigencia a evaluar, ni el cumplimiento del plan de gestión y sus metas.

## 9. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para la interpretación de los resultados se tendrá en cuenta la escala establecida en la Resolución 408 de 2018. Se diseñará una herramienta dinámica que arroje el resultado con la inclusión de los datos.

## 10. NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS

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

## 11. RECURSOS CONTRA LA DECISIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA

El Gerente podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles.

## 12. IMPLICACIONES POR EVALUACIÓN INSATISFATORIA

Una vez cumplido el proceso de evaluación y recursos, y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del gerente aún sin terminar su periodo, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de Ley.

## 13. LOGROS Y COMPROMISOS

- Dentro del Plan Bienal la institución tiene seis ( 6) proyectos colgados, basados en la adecuación de las áreas de urgencias, hospitalización, sala de parto, consulta externa y laboratorio, 1 obra nueva que consta de la reposición construcción y adecuación de la planta física del puesto de salud del corregimiento de Conejo y los proyectos de remodelación de la infraestructura física de los puestos de salud de la zona indígena de Mayamangloma, el Hatico y el puesto de salud ubicado en el barrio 1 de julio del municipio es por tanto un compromiso Gerencia, en asocio con el ente territorial y nacional la Gestion de estos proyectos de mejoramiento de la actual infraestructura y dotación hospitalaria, velando por el cumplimiento de los requisitos legales de habilitación y optimizando la prestación del servicio. (Anexo pantallazo de proyectos colgados en PLAN BIENAL y su estado actual. Pueden consultarse en la página del Ministerio nacional en el link de PLAN BIENAL.

Periodo	Departamento / Distrito	Municipio / Distrito	Entidad	Sede	Municipio / Distrito Sede	codigo_proyecto	Proyecto	Tipo de obra	Area Infraestructura	Valor Infraestructura	Valor Dotación	Aprobado	Proy Plan A
2020-2021	La Guajira	FONSECA	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN AGUSTIN	FONSECA	114966	ADECUACION DEL AREA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION, SALA DE PARTO DE LA ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA.	3.Remodelación	2.567	3.850.500	0	SI	2018-2
2020-2021	La Guajira	FONSECA	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN AGUSTIN	FONSECA	115007	ADECUACION DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA Y LABORATORIO	3.Remodelación	1.336	2.004.000	0	NO	
2020-2021	La Guajira	FONSECA	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA	PUESTO DE SALUD DE CONEJO	FONSECA	114967	REPOSICION, CONSTRUCCION Y ADECUACION DE LA PLANTA FISICA DEL PUESTO DE SALUD DEL CORREGIMIENTO DE CONEJO, ADSCRITO A LA ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA.	1.Obra nueva	250	1.000.000	0	SI	2018-2
2020-2021	La Guajira	FONSECA	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA	PUESTO DE SALUD DE MAYABANGLOMA	FONSECA	114968	REMDELACION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DEL PUESTO DE SALUD DE MAYABANGLOMA	3.Remodelación	310	450.000	0	SI	2018-2
2020-2021	La Guajira	FONSECA	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA	PUESTO DE SALUD EL HATICO	FONSECA	114969	REMDELACION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DEL PUESTO DE SALUD EL HATICO	3.Remodelación	200	450.000	0	SI	2018-2
2020-2021	La Guajira	FONSECA	ESE HOSPITAL SAN AGUSTIN DE FONSECA	PUESTO DE SALUD PRIMERO DE JULIO	FONSECA	114970	REMDELACION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DEL PUESTO DE SALUD PRIMERO DE JULIO	3.Remodelación	306	400.000	0	SI	2018-2

- Realizar acciones que permitan el control y gestión eficaz de la emergencia sanitaria por COVID 19.
- Fomentar la política de humanización del servicio de salud, con enfoque hacia la seguridad del paciente como eje principal de la atención.
- Seguimiento por parte del proceso de promoción y prevención a los pacientes que egresan de los servicios de urgencias y hospitalización con enfermedades transmisibles y con eventos de interés en salud pública.
- Continuar con la implementación y mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.
- Mantener el equilibrio Financiero de la institución a pesar de las grandes dificultades del sistema de salud en Colombia.
- Fortalecer la imagen de la institución frente a los usuarios y comunidad en general, con prácticas enfocadas en el mejoramiento de la satisfacción en el servicio de salud.
- Fortalecer los programas de enfermedades crónicas no transmisibles, capacitando continuamente a los profesionales de la salud en la aplicación estricta de las guías de atención y en las estrategias de fomento a la demanda inducida.
- Realizar ajustes a los procesos administrativos y financieros de la entidad, de tal forma que las actividades se ejecuten conforme a la estandarización definida y se implementen indicadores de monitoreo y seguimiento.
- Fortalecer el sistema de información institucional ajustado al volumen de información procesado en la institución, con las herramientas necesarias para la sistematización de los datos.
- Fortalecer los lineamientos de la gestión del talento humano con el fin de cumplir con los requisitos legales aplicables, realizando análisis de cargas y métodos de trabajo para el fortalecimiento de los procesos internos.
- Fortalecer el programa de bienestar de acuerdo a las necesidades reales de los colaboradores, por medio de la implementación del plan.
- Realizar el estudio del clima laboral institucional, incluyendo el diagnóstico del riesgo psicosocial, con el fin de identificar factores críticos, definir e implementar el plan de intervención derivado.



**E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN  
FONSECA LA GUAJIRA**

**Código: D-01.10**

**Fecha: 20  
MAYO 2020**

**PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023**

**Página 43 de 44**

- Evaluar el cumplimiento de metas de promoción y prevención y establecer acciones de mejora para evidenciar cumplimiento a conformidad.
- Evidenciar una gestión permanente de la cartera con políticas de seguimiento continuo para una eficaz toma de decisiones.
- Garantizar la implementación a conformidad del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Continuar con la implementación el sistema de gestión documental de la E.S.E, de acuerdo a necesidades organizacionales y requisitos normativos.
- Fortalecer el Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la E.S.E.
- Continuar con políticas de austeridad y control del gasto
- Garantizar la implementación a conformidad del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.



E.S.E HOSPITAL SAN AGUSTIN  
FONSECA LA GUAJIRA

PLAN DE GESTION GERENCIAL 2020-2023

Código: D-01.10

Fecha: 20

MAYO 2020

Página 44 de 44



**“PODEMOS MEJORAR TU SALUD”**

**CALLE 15 N° 21-31 BARRIO EL PRADO  
FONSECA LA GUAJIRA  
TELEFONOS 3113936099-3014074691-3007205986**

**[www.hospitalsanagustin.gov.co](http://www.hospitalsanagustin.gov.co)**

**E-MAIL [secretaria@hospsanagustin.gov.co](mailto:secretaria@hospsanagustin.gov.co)**

<b>Elaboró</b>	<b>Revisó</b>	<b>Aval técnico de normalización:</b>	<b>Aprobó</b>
Gerente y Grupo de Apoyo	Gerente	Gestión de Calidad y Control Interno	Junta Directiva
Yuliana Pelaez Aguirre Deisy Torres	Yelitza Del Carmen Ayala Redondo	Lader José Pérez	
Fecha: Mayo 2020	Fecha: Junio 2020	Fecha Junio 2020	Fecha Junio 26 de 2020