

PLAN
DE
GESTION

PERIODO
2020 - 2024

HOSPITAL CUMBAL
Empresa Social del Estado
Hospital Cumbal

Cumbal Nariño 30 de abril de 2020

ROVEIRO HENRY LEITON CERON
GERENTE HOSPITAL CUMBAL ESE

Doctor

ALBERTO RUANO

Alcalde Municipal
Presidente Junta Directiva
ESE Hospital Cumbal

Asunto: Remisión Plan de Gestión 2020 – 2024

El suscrito gerente del Hospital Cumbal ESE, **ROVEIRO HENRY LEITON CERON** identificado con CC No2.990.071, me permito respetuosamente presentar el Plan de Gestión periodo 2020 – 2024 ante usted y demás miembros de la Junta Directiva del Hospital Cumbal ESE, para su respectiva revisión y aprobación.

Los términos del presente Plan de Gestión han sido formulados con base en las especificaciones contenidas en la normatividad vigente Ley 1438 de 2011 y en especial las Resoluciones 743 de 2012 por medio de la cual se reglamentó las condiciones y metodologías para la formulación y presentación de los planes de gestión por parte de los gerentes o directores de las empresas sociales del estado del orden territorial, Resolución 408 de 2018 por medio de la cual se modifica la Resolución 743 de 2012 en cuanto a los anexos 2, 3 y 4, entre otros ; y la Resolución 2082 de 2014 en relación a la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. Por lo que Declaro aceptar y haber entendido en todas sus extensiones sus alcances y significado.

Sin otro particular me suscribo.}

ROVEIRO HENRY LEITON CERON

Gerente
Hospital Cumbal ESE

Copia: Dr ALBERTO RUANO Alcalde Municipal –
Presidente Junta Directiva
Esp AMANDA MARIANA ROSERO Directora Local de Salud
Enf. Jefe DIEGO FERNANDO ENRIQUEZ
Representante Profesional Asistencial
Dra FERNANDA MORILLO Jefe de Presupuesto
Representante Administrativo
Sr EULER FABIAN AZA ROSERO
Representante de los usuarios

ROVEIRO HENRY LEITON CERON
GERENTE HOSPITAL CUMBAL ESE

PLAN DE GESTION GERENCIAL
HOSPITAL CUMBAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E
PERIODO 2020 - 2024

CONTROL DE REVISION Y APROBACION	
ELABORO:	FIRMA:
	NOMBRE: ROVEIRO HENRY LEITON CERON
	CARGO: GERENTE
ORIGINAL EN:	EN MEDIO FISICO Y MEDIO MAGNETICO

REVISION	APROBACION
FIRMA	
NOMBRE: ROVEIRO HENRY LEITON C	ROVEIRO HENRY LEITON CERON
CARGO: GERENTE	GERENTE

CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA	DESCRIPCION DEL CAMBIO
2020-01		

ROVEIRO HENRY LEITON CERON
GERENTE HOSPITAL CUMBAL ESE

MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA HOSPITAL CUMBAL ESE

ESTAMENTO POLITICO ADMINISTRATIVO

Dr: ALVERTO RUANO
Alcalde Municipal
Presidente Junta Directiva

Esp. AMANDA MARIANA ROSERO
Directora Local de Salud

ESTAMENTO CIENTIFICO Y ADMINISTRATIVO DE LA ESE

Enf Jefe. DIEGO FERNANDO ENRIQUEZ
Representante Profesional Asistencial

Dra. FERNANDA MORILLO
Jefe de presupuesto
Representante ADMINISTRATIVO

ESTAMENTO DE LA COMUNIDAD

Sr EULER FABIAN AZA
Representante de los Usuarios

MIEMBRO ALTA GERENCIA DEL HOSPITAL CUMBAL ESE

Esp. ROVEIRO HENRY LEITON CERON
Gerente

ROVEIRO HENRY LEITON CERON
GERENTE HOSPITAL CUMBAL ESE

TABLA DE CONTENIDO:

0. INTRODUCCION	6
1. OBJETIVO DEL PLAN DE GESTION	8
2. PROPOSITO DEL PLAN DE GESTION	8
3. MARCO NORMATIVO	9
4. ASPETOS GENERALES DEL HOSPITAL CUMBAL E.S.E	11
5. CONTENIDO DEL PLAN	17
6. FASES DESARROLLADAS EN LA FORMULACION DEL DOCUMEN... ..	18
6.1 PRIMERA FASE PREPARACION.....	18
6.2 SEGUNDA FASE FORMULACION.....	23
6.3 TERCERA FASE APROBACION	30
6.4 CUARTA FASE EJECUCION	30
6.5 QUINTA FASE EVALUACION	31

0. INTRODUCCIÓN

Las Empresas Sociales del estado E.S.E constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, propio y autonomía administrativa, cuyo objeto es la prestación de los servicios de salud, basada en los principios de eficiencia de calidad.

Por su naturaleza y por la serie de características particulares, las empresas de salud se diferencian de otras organizaciones en los siguientes aspectos: los objetivos, la misión, la visión, los principios, su marco jurídico, las políticas, las fortalezas y debilidades, las oportunidades, y amenazas, las estrategias, el plan de acción entre otros.

De igual manera la labor de los profesionales abarca campos de intervención muy variados, sus modelos organizativos son de enfoque diverso. El derecho a la salud exige un cuidado integral de las personas que incorpore contenidos y actitudes para la satisfacción de necesidades fundamentales de identidad, protección, afecto, autonomía y reconocimiento de derechos.

Para diseñar un Plan de Gestión que permita un efectivo manejo gestión en la E.S.E, se necesita hacer un diagnóstico sobre la situación actual, de manera que se planee sobre las bases sólidas partiendo de las políticas y principios. Las estrategias gerenciales diseñadas permitirán el mejoramiento de la prestación de los servicios con calidad y calidez humana con el fin de alcanzar la máxima satisfacción de los usuarios.

La importancia de esta propuesta radica en la forma como se planifican las diferentes áreas de la E.S.E. que sirva de cimiento y soporte para el desempeño de la labor gerencial con calidad, sin caer en improvisaciones pensando siempre en la satisfacción de los usuarios; sin embargo, la organización de la E.S.E. No llegaría a su culmen bajo la dirección de una sola persona; se requiere la voluntad y el esfuerzo de todos los actores de la empresa y la participación activa dela comunidad.

Una de las preocupaciones de los Directivos de la Salud, tiene que ver con el manejo gerencial dela empresa, para ello, debe contar con instrumentos que le permitan dirigir y controlar todos los procesos dela gestión a su cargo (asistencial, financiero, apoyo logístico, servicios complementarios y recursos).

Los manuales de funciones y procedimientos. El dominio de los aspectos legales y financieros de la contratación, el manejo de los fondos de servicios de salud y los criterios mínimos sobre el control interno y gobernabilidad institucional van

posicionando al gerente para que con autoridad moral ejerza el poder que por mandato legal fue conferido.

Lo anterior además de asegurar su liderazgo como persona lleva, a la empresa al aseguramiento legal de la calidad que a la luz de las normas, es una vía por la cual deben comenzar a funcionar todas las áreas con un enfoque hacia la implementación de un sistema de gestión de calidad.

1. OBJETIVO DEL PLAN DE GESTION

Adoptar el plan de gestión con las condiciones y metodología de las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018, en el campo de acción y las leneas de trabajo de la gerencia para el periodo 2020 – 2024, el cual además de servir como referente institucional permitirá mejorar y fortalecer la gestión de la institución dirigiéndola hacia la sostenibilidad, el crecimiento y el cumplimiento del sistema obligatorio de gestión de la calidad.

2. PROPOSITOS DEL PLAN DE GESTION

El presente plan tiene como propósitos fundamentales los siguientes:

1. Identificar en las áreas de gestión definidas las líneas de base consolidadas en el diagnostico actual de la entidad, bajo las áreas de dirección y gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica Asistencial.
2. Generar un proceso de construcción de las metas estratégicas y actividades que permita integrar a los responsables de los diferentes procesos de la entidad, como medio de garantizar el cumplimiento de los mismos.
3. Medir la capacidad gerencial para satisfacer las necesidades y expectativas razonables de los usuarios y la entidad durante el periodo de la administración.
4. Proporcionar información y elementos de medición para el monitoreo, seguimiento y evaluación de los planes operativos e introducir ajustes en la programación y ejecución de las acciones institucionales.

3. MARCO NORMATIVO

Todo lo accionar en la E.S.E estará enfocado a la normatividad para garantizar el servicio. El estado tiene una legislación que de cumplirse permitirá un servicio eficiente, por lo tanto mi marco jurídico para el direccionamiento y funcionamiento de la E.S.E del municipio Cumbal comprende:

1. **Ley 10 de 1990**, por lo cual se reorganiza el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones.
2. **Ley 100 de 1.993**, por lo cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

ROVEIRO HENRY LEITON CERON
GERENTE HOSPITAL CUMBAL ESE

3. **Decreto 1876 de 1.994**, por el cual se reglamentan los artículos 96,97 y 98 del decreto ley de 1.994 en lo relacionado con las empresas sociales del estado.
4. **Decreto 139 de 1.996**, por lo cual se establecen los requisitos y funciones para los gerentes de empresas sociales del estado y directores de instituciones prestadoras de salud del sector público.
5. **Resolución 412 de 2.000**, por lo cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas para las acciones de protección específica de detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
6. **Decreto número 1011 de 2.006**, 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.
7. **Resolución 1446 de 2.006**, por el cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.
8. **Ley 1122 de 2.007**, por el cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.
9. **Ley 1150 de 2.007**, por medio del cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la ley 80 de 1.993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con los recursos públicos.
10. **Decreto 66 de 2.008**, por el cual se reglamenta parcialmente la ley 1150 de 2007 sobre las modalidades de selección, publicidad y selección objetiva y se dictan otras disposiciones.
11. **Ley 1438 de 2011**, por la cual se reforma el SGSSS en salud se determinan otras disposiciones Artículos 72 y 74 ídem.
12. **Resolución No. 0710 de 2.012**, 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 dicta otras disposiciones

13. **Resolución 743 de 2012**, Por medio de la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones
14. **Resolución 408 de 2018**, Por medio de la cual se modifica la Resolución 743 de 2012 y se dictan otras disposiciones.
15. **Resolución 2082 de 2014**, Por medio de la cual se dictan disposiciones para la operatividad del sistema único de acreditación en salud.
16. **Resolución 052 de 2016**, Por medio de la cual se reglamenta la reelección por evaluación de los gerentes de las empresas sociales del estado del orden territorial.
17. **Decreto 780 DE 2016**, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
18. **Resolución 3280 de 2018**, Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención, para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación..

4. ASPECTOS GENERALES DEL HOSPITAL CUMBAL ESE.

4.1 PLATAFORMA ESTRATEGICA

4.1.1 MISIÓN

Somos una Empresa Social del Estado, que busca satisfacer las necesidades y expectativas en los servicios de salud de sus clientes en el municipio de Cumbal. Contamos con un equipo de salud competente y comprometido, cuya gestión está centrada en los usuarios así como en las mejores tecnologías para su atención. Orientados con una política integral de calidad y seguridad del paciente, prestamos Servicios de Salud de baja complejidad bajo principios de responsabilidad, rentabilidad económica y social en la construcción de un Municipio de derechos incluyentes y participativos.

4.1.2 VISION

El Hospital Cumbal I Nivel de atención, se proyecta para el año 2024 como una Empresa Social del Estado auto sostenible que presta servicios integrales de

ROVEIRO HENRY LEITON CERON
GERENTE HOSPITAL CUMBAL ESE

salud de baja complejidad a una comunidad de usuarios satisfechos con la calidad técnica, científica, humana, oportuna y segura de su hospital.

La perspectiva de la Institución es el cumplimiento de estándares de acreditación centrados en el paciente, en sus derechos y deberes, y en la responsabilidad ética y social que lo destaca en el Municipio de Cumbal.

4.1.3 OBJETIVOS CORPORATIVOS

En el marco de la misión Institucional de la ESE Hospital Cumbal nos proponemos como objetivos corporativos:

- Respetar las costumbres y ciencias de nuestras comunidades para favorecer el restablecimiento de su salud de manera pertinente.
- Aumentar la cobertura en la prestación de servicios de salud a las personas, priorizando nuestra atención a los grupos humanos más necesitados.
- Disminuir la morbilidad y mortalidad evitable entre los grupos humanos de la zona rural y urbana del Municipio de Cumbal.
- Modernizar la gestión de nuestra empresa en el área administrativa, financiera y tecnológica.

4.1.4 POLITICA DE CALIDAD

Es nuestro compromiso como organización prestadora de Servicios de Salud, ofrecer un servicio con buen trato, efectivo y oportuno, enmarcado en una política de seguridad del paciente y su núcleo familiar, propendiendo por la satisfacción de nuestros clientes a partir de la comprensión de sus necesidades y buscando siempre exceder las expectativas durante el proceso de atención, sostenidos en los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, teniendo como filosofía organizacional la mejora continua en todos los procesos de la Institución.

ROVEIRO HENRY LEITON CERON
GERENTE HOSPITAL CUMBAL ESE

Esta política implica la adhesión y compromiso de un Talento Humano altamente competente y comprometido, manteniendo una relación responsable con la conservación sostenible del medio ambiente

5. CONTENIDO DEL PLAN

Conforme a las Resoluciones 710 de 30 de Marzo de 2012, 743 de Marzo 15 de 2013 y Resolución 408 de 15 de Febrero de 2018. El plan de gestión del Hospital Cumbal ESE del municipio Cumbal Nariño, contiene las metas de gestión y resultados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios en las áreas de:

1. AREA DE DIRECCION Y GERENCIA

Son las actividades derivadas de la función de dirección y gerencia, se caracterizan porque a través de ellas se garantiza y se ejecuta directamente la misión institucional. Se materializan con el seguimiento al desarrollo estratégico de la entidad, el análisis financiero, operacional y presupuestal de la misma y con el seguimiento al comportamiento del mercado a la prestación de servicios de salud, la aplicación del sistema de control interno y la garantía de una adecuada unidad de intereses de la entidad.

2. AREA DE GESTION CLINICA ASISTENCIAL.

Son las actividades relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios de salud a los usuarios, en concordancia con el nivel de complejidad, portafolio de servicios, capacidad resolutiva de cada entidad. Se materializa con el seguimiento a la

Implementación del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud con enfoque en la seguridad del paciente y con el desarrollo en lo pertinente de la política nacional de prestación de servicios de salud.

3. AREA DE GESTION FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Son las actividades relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de los recursos requeridos para la adecuada prestación de servicios de salud. La gestión administrativa se encuentra incluida con la perspectiva de desarrollo.

Determinando las actividades a ser realizadas y las metas que deberán ser evaluadas anualmente, guardando coherencia con el plan de desarrollo institucional 2020 – 2024.

6. FASES DESARROLLADAS EN LA FORMULACION DEL PLAN

6.1 PRIMERA FASE PREPARACIÓN

Corresponde a la identificación de fuentes de información para establecer la línea de base y formular el plan de gestión.

AREA DE DIRECCION Y GERENCIA

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Fuente de información
Dirección y Gerencia	1	Mejoramiento continuo de la calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior	Indicador Nominal	Certificación de la oficina de calidad o de la oficina de control interno sobre el resultado de la autoevaluación de la vigencia anterior
		Mejoramiento continuo de la calidad para entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / promedio de la calificación en la vigencia anterior	Documento de autoevaluación Certificación de acreditación o contrato de postulación
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud.	Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora del componente de auditoría.	Certificación de la oficina de calidad o oficina de control interno sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con el enfoque de acreditación.
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Numero de metas del Plan Operativo anual cumplidas/Número de metas del Plan Operativo anual programadas.	Informe del responsable de planeación de la ESE e informe de Revisoría Fiscal en el caso de existir, de lo contrario, informe de control interno de la entidad

AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Fuente de información
AREA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	4	Riesgo fiscal y financiero.	Categorización de la ESE por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a la categorización del riesgo.	Acto Administrativo por medio del cual se califica el riesgo financiero de las empresas sociales del estado, Ficha técnica SIHO con corte a 31 de diciembre de 2019
	5	Evaluación del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (2)	(Gasto comprometido en el año objeto de la evaluación, sin incluir cuentas por pagar/Número de UVR producidas en la vigencia)/ (Gasto comprometido en la vigencia anterior – en valores constantes del año objeto de evaluación-, sin incluir cuentas por pagar/Número UVR producidas en la vigencia anterior).	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud con corte a 31 de diciembre de 2019
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante mecanismos de compras.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos/.	Informe del responsable de área e compras, firmado por el Revisor Fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal firmado por el Contador responsable de Control Interno de la ESE.
	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 valoración 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 la evaluación. 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 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación – (Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior, sin valores constantes).	Certificación de revisoría fiscal, en caso de no contar con Revisor Fiscal de Contador de la ESE.
	8	Utilización de información de Registro individual de Prestaciones RIPS.	Numero de informe 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	1) Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga sus veces, 2) Actas de Junta Directiva.

ROVEIRO HENRY LEITON CERON
GERENTE HOSPITAL CUMBAL ESE

			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.	
	9	Resultado Equilibrio Presupuesto con Recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia CxC de vigencias anteriores)/Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud. con corte a 31 de diciembre de 2019
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la forma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Superintendencia nacional de Salud.
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 o la norma que lo sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Ministerio de Salud y Protección Social.

AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL

Área de Gestión	No.	Indicador	Formula del Indicador	Fuente de información
Gestión Clínica o Asistencial	21	Propósito de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Numero de las gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron al Programa de control Prenatal de la ESE, a más tarde en la semana 12 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas.	Informe Comité de Historias clínicas
	22	Incidencia de Sífilis en partos atendidos en la ESE.	Numero de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia.	Concepto de COVE Territorial en el cual se certifique el nivel de cumplimiento de las obligaciones de la ESE en cada caso de sífilis congénita diagnosticada o la no existencia de casos
	23	Evaluación de aplicación de guía específica: Guía de atención de enfermedad Hipertensiva	Numero de Historia clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE/Total de pacientes con Diagnostico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en	Informe de comité de HC

ROVEIRO HENRY LEITON CERON
GERENTE HOSPITAL CUMBAL ESE

			la vigencia objeto de evaluación.	
Gestión Clínica o Asistencial	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.	Numero de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/ Total de niños(as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia.	Informe Comité de Historias clínicas
	25	Reingresos por el servicio de urgencias	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas/Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo.	Informe Comité de calidad o quienes hagan sus veces
	26	Oportunidad promedio en la atención de consulta medicina general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.	Superintendencia Nacional de Salud

La línea de base será entendida como el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o Asistencial.

6.2 SEGUNDA FASE FORMULACION

Corresponde al diagnóstico inicial de la empresa por cada uno de los indicadores incluidos en la matriz correspondiente, este diagnóstico debe reflejar con evidencias suficientes las condiciones en las cuales se encuentra cada indicador, tanto cuantitativa como cualitativamente de tal manera que permita conocer de dónde se está partiendo y cuáles son los rectos implicados para cambiar la situación de la empresa mediante las actividades que se plantean más adelante:

AREA DE GESTION: DIRECCION Y GERENCIA

Acreditación en salud. Este proceso es voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar previamente conocidos por las entidades evaluadas, esta actividad es realizada por personal idóneo y

entrenado para tal fin, y su resultado es evaluado por entidad de acreditación autorizadas para dicha función (Decreto único reglamentario 780 de 2016)

El objetivo del sistema único de acreditación además de incentivar el manejo de las buenas practicas es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la acreditación y decidir libremente si desean permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas.

Teniendo en cuenta la aclaración sobre el indicador es necesario establecer si el Hospital Cumbal ESE ha adelantado alguna o algunas acciones encaminadas a este proceso.

Una vez revisada la información suministrada por la gerente saliente de la empresa en el informe de gestión del periodo 01/01/2019 a 31/12/2020, presenta un resultado en la aplicación de los estándares de acreditación de **3.9**, resultado que debe ser revisado y verificado con los soportes del proceso de autoevaluación de estándares para la acreditación, debido a que ni hospitales con mayor grado de avance en el proceso de acreditación han logrado dicho resultado.

Hecho el análisis anterior es evidente que el recto de la nueva administración es iniciar de inmediato con la revisión y aplicación inmediata de la autoevaluación a través de los estándares de acreditación, Para lo cual se determina como línea de base inicial para este indicador que la entidad de salud presenta un resultado de 3.9 en la aplicación autoevaluaciones con estándares de acreditación. Por tal razón acogeremos el indicador para el primer año de evaluación, **MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD PARA ENTDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACION EN LA VIGENCIA ANTERIOR (Indicador 1)**, sin embargo se aclara que la línea de base inicial esta sujeta a ser justada a la situación real del estado de avance de dicho proceso

Indicador No 2 Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud. Con base en la información suministrada por la gerente saliente de la empresa y certificación de la oficina de Control Interno de la Empresa, el resultado del ciclo PAMEC 2019 fue de **73.2%**

Indicador No 3 Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional. Con base en la información suministrada por la gerente saliente de la empresa y certificación de la oficina de Control Interno de la Empresa, el resultado del cumplimiento del plan de desarrollo POA 2019 fue de **93.37%**

AREA DE GESTION: GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Indicador No 4 Riesgo Fiscal y Financiero. Corresponde a la clasificación de riesgo fiscal y financiero que realiza cada año el Ministerio de Salud, tomando como base la información que se reporta por parte de las empresas sociales del estado, en cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 2193 de 2004, para este caso se tomara como base la información de riesgo del año 2019, con corte a la información reportada con corte 31 de diciembre de 2018, en tanto se expida la nueva resolución.

Frente a este indicador se relaciona a continuación el comportamiento que a tenido el Centro de Salud los últimos 4 años

AÑO	RESOLUCION	CLASIFICACION
2016	1755	Sin Riesgo
2017	2229	Sin Riesgo
2018	1342	Sin Riesgo

Fuente: Ficha SIHO Decreto 2193 2004

Indicador No 5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo Producida. Este indicador busca medir y comparar los gastos en que incurre la Empresa Social del Estado, frente a los servicios que produce tomando la UVR como base, para el presente plan tomaremos como línea de base el resultado del año 2019 publicado en la ficha técnica del SIHO por el Ministerio de Salud.

AÑO	VALOR
2019	1.02

Fuente: Ficha SIHO Decreto 2193 2004

Indicador No 6: Proporción de medicamentos y material medicoquirurgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos 1. De compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos. Con relación a este indicador se pudo determinar que durante los últimos 4 años la empresa no ha optado por ninguna de estas formas de contratación, por lo tanto la línea de base del indicador es **0**.

Indicador No 7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, variación del monto frente a la vigencia anterior. La entidad durante la vigencia 2019 no presento deuda por concepto de salarios ni por contratación de servicios, por lo tanto el indicador line de base será **0** deudas por estos conceptos, lo que permite concluir que se ha dado prioridad al pago de las obligaciones del talento humano. Situación que se pretende mantener en esta administración.

Indicador No 8. Utilización de información de Registro Individual de Prestación de Servicios RIPS. La línea de base para este indicador será la registrada durante la evaluación del informe de gestión del año 2019, con base en los soportes presentados por la gerente saliente, se pudo establecer que durante la vigencia 2019 se presentaron 4 informes de utilización de RIPS a la Junta Directiva de la Empresa, por lo que la línea de base es **4 informes**

Indicador No 9. Resultado de Equilibrio Presupuestal con Recaudo. El indicador fundamentalmente mide la liquidez de las Empresas Sociales del Estado, para nuestro caso la línea de base será el resultado publicado en la ficha técnica del SIHO para el año 2019, la empresa a obtenido los siguientes resultados los últimos 3 años:

AÑO	RESULTADO
2017	1.1
2018	1.16
2019	1.05

Fuente: Ficha SIHO Decreto 2193 2004

Indicador No 10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. De acuerdo con la información reportada por la Superintendencia Nacional de Salud y verificada, la entidad durante la vigencia 2019 presento de manera oportuna la información requerida mediante esta circular, por lo que la línea de base para este indicador es, **información presentada oportunamente.**

Indicador No 11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 2193 de 2004. Este indicador mide la oportunidad en el reporte de la información requerido a través del mencionado Decreto, los informes se presentan así: 4 informes trimestrales, 2 informes semestrales y un informe anual, según el Ministerio de Salud la empresa durante la vigencia 2019 presento oportunamente los informes, por lo que la línea de base para este indicador será **entrega oportuna de información relacionada con el Decreto 2193 de 2004.**

AREA DE GESTION: CLINICA O ASISTENCIAL.

Indicador No 21. Número de mujeres gestantes a quienes se les realizo por lo menos una valoración médica y se les inscribieron en el programa de Control Prenatal de la ESE a más tardar en la semana 12 de gestación.

Según el informe de gestión presentado por la gerente saliente de la empresa, para la vigencia 2019, y con base en las actas de comité de historias clínicas realizado durante el primer y segundo semestre del año 2019, el ponderado del

indicador dio como resultado **63.798%**, este resultado se tomara como línea de base

La actual gerencia enfocara sus esfuerzos para lograr la articulación intersectorial con el propósito de impactar positivamente este indicador.

Indicador 22. Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.

En el municipio Cumbal durante la vigencias 2019 no se han presentado casos de sífilis congénita, según certificación expedida por la Dirección Local de Salud del municipio. Por lo que la línea de base será **0** casos y para el periodo de esta gerencia el propósito es mantener en **0** el indicador, por lo que se trabajara en el monitoreo y seguimiento a las gestantes para evitar la ocurrencia de casos.

Indicador No 23. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de manejo de enfermedad Hipertensiva.

Según el informe de gestión presentado por la gerente saliente de la empresa, para la vigencia 2019, y con base en las actas de comité de historias clínicas realizado durante el primer y segundo semestre del año 2019, el ponderado del indicador dio como resultado **94.41%**, este resultado se tomara como línea de base

Indicador No 24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo

Según el informe de gestión presentado por la gerente saliente de la empresa, para la vigencia 2019, y con base en las actas de comité de historias clínicas realizado durante el primer y segundo semestre del año 2019, el ponderado del indicador dio como resultado **92.65%**, este resultado se tomara como línea de base

Indicador No 25. Reingreso al servicio de urgencias. Este indicador nos permite evidenciar el apego a protocolos, eficiencia y eficacia de la atención, y nos lleva a realizar análisis de situaciones particulares que se presentan con los usuarios, ya que muchos reingresos se presentan por el no cumplimiento de las recomendaciones médicas por parte de los usuarios,

Para la vigencia 2019 se toma como línea de base **0.008**, con base en la ficha técnica del SIHO con relación en la información reportada los dos semestres del año 2019, indicadores de calidad.

Indicador No 26. Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general.

Este indicador permite medir la oportunidad en la asignación de las citas para consulta médica general, toma especial importancia porque es un indicador que no solo mide la oportunidad en la asignación de la cita, al mismo tiempo que nos permite evidenciar dificultades en la capacidad instalada.

Para la vigencia 2019 se toma como línea de base **0.426**, con base en la ficha técnica del SIHO con relación en la información reportada los dos semestres del

año 2019, indicadores de calidad. Este resultado es inconsistente si se tiene en cuenta que este indicador se mide en días.

Con base en el diagnostico anterior, respeto al resultado de los diferentes indicadores, y de acuerdo con cada una de las área de gestión de que tratan las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 emanadas del Ministerio de Salud, a continuación se presenta las metas de gestión por indicador, con su respectiva line de base, para cada año del periodo de gerencia 2020 – 2024.

AREA DE GESTION	No	INDICADOR	LINEA BASE	2020	2021	2022	2023
Área de Gestión Dirección y gerencia	1	Mejoramiento continuo de la calidad para entidad no acreditada con autoevaluación en la vigencia anterior	Pendiente de establecer resultado real Autoevaluación	≥1.20	≥1.30	≥1.40	≥1.50
	2	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	73.2%	≥90.0%	≥90.0%	≥92.0%	≥92.0%
	3	Cumplimiento de ejecución del plan de desarrollo institucional	93.37%	≥93.0%	≥93.0%	≥95.0%	≥95.0%
Área de Gestión Administrativa y Financiera	4	Riesgo fiscal y financiero	Sin Riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo	Sin riesgo
	5	Evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo Producida	1.02	≤ 0.90	≤ 0.90	≤ 0.90	≤ 0.90
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos de contratación 1. Compras conjuntas 2. Compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado 3. Compras a través de mecanismos electrónicos	0	0	0	0	0
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, variación de la vigencia anterior	0	0	0	0	0
	8	Utilización de información de registro individual de atención RIPS	4	4	4	4	4
	9	Resultado de equilibrio presupuestal con recaudo	1.05	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1
	10	Oportunidad en la entrega de reporte de información, en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos
	11	Oportunidad en el reporte de información, en	Cumplimiento dentro de los	Cumplimiento dentro	Cumplimiento dentro	Cumplimiento dentro	Cumplimiento dentro

ROVEIRO HENRY LEITON CERON
GERENTE HOSPITAL CUMBAL ESE

		cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 2193 de 2004	términos previstos	de los términos previstos	de los términos previstos	dentro de los términos previstos	dentro de los términos previstos
Área de Gestión Clínica o Asistencial	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	63.79%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%	≥ 85%
	22	Incidencia de casos de sífilis congénita en partos atendidos en la institución.	0 CASOS	0 CASOS	0 CASOS	0 CASOS	0 CASOS
	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específico de guía de enfermedad hipertensiva.	94.41%	≥ 94%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo	92.65%	≥ 93%	≥ 94%	≥ 95%	≥ 95%
	25	Reingreso al servicio de urgencias antes de 72 horas	0.008	≤ 0.03	≤ 0.03	≤ 0.03	≤ 0.03
	26	Oportunidad promedio en la atención de consulta médica general	0.426 Días	≤ 3	≤ 3	≤ 3	≤ 3

6.3 TERCERA FASE APROBACION.

En esta fase el gerente del Hospital Cumbal ESE, presenta el proyecto del Plan de Gestión a la Junta Directiva de la entidad en los términos legales, y si la Junta no lo aprueba el gerente puede presentar observaciones al plan de gestión, las cuales deberán ser resueltas por la Junta Directiva, dicho trámite de conformidad a lo establecido en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011.

En caso que la Junta Directiva no apruebe el plan de gestión dentro de los términos establecidos en la ley 1438 de 2011, el plan de gestión inicialmente presentado por el gerente se entenderá aprobado.

La fase de aprobación estará terminada cuando la Junta Directiva de la empresa haya aprobado el plan de gestión mediante acuerdo de la misma, dejando constancia en acta de la reunión en la que fue aprobado el plan.

6.4 CUARTA FASE: EJECUACION.

Aprobado el plan de gestión este debe ser ejecutado por el gerente y su equipo de trabajo, lo cual comprende.

La socialización a las áreas de gestión, para la formulación de los planes de acción con sus respectivos responsables.

Con esto se pretende garantizar el seguimiento y evaluación oportuna al cumplimiento de los planes de acción encaminados a cumplir cabalmente con el plan de gestión formulado por el gerente.

ROVEIRO HENRY LEITON CERON
GERENTE HOSPITAL CUMBAL ESE

El seguimiento a los planes de acción se realizara periódicamente con el propósito de reorientar las políticas, procesos y procedimientos institucionales a que haya lugar, con el ánimo de cumplir las metas propuestas en el plan de gestión.

La información consolidada y suministrada por cada una de las áreas de gestión servirá como insumo para la elaboración del informe de ejecución del plan de gestión, que se presentara ante la junta directiva de la empresa para su evaluación y verificación de cumplimiento de las metas propuestas en el plan de gestión.

6.5 QUINTA FASE: EVALUACION

La evaluación del cumplimiento del plan de gestión, es un proceso soportado valida y confiable, de periodicidad anual, para ello el gerente del Hospital Cumbal ESE, presentara a la junta directiva el informe anual de cumplimiento del plan de gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de Diciembre a más tardar el 01 de Abril de cada año.

Los miembros de la Junta Directiva harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria.

Dicho acuerdo se le notificara al gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva de la empresa y de apelación ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.

ROVEIRO HENRY LEITON CERON

Gerente
Hospital Cumbal ESE

Copia: Dr ALBERTO RUANO Alcalde Municipal –
Presidente Junta Directiva
Esp AMANDA MARIANA ROSERO Directora Local de Salud
Enf. Jefe DIEGO ENRIQUEZ CASTR
Representante Profesional Asistencial
Dra FERNANDA MORILLO Jefe de Presupuesto
Representante Administrativo
Sr EULER FABIAN AZA ROSERO
Representante de los usuarios

ROVEIRO HENRY LEITON CERON
GERENTE HOSPITAL CUMBAL ESE