



1

## PLAN DE GESTION

Presentado por:

**CLAUDIA JIMENA SÀNCHEZ ALCALDE**

**2018-2020**



2

## MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| CARLOS ALBERTO BEJARANO           | Alcalde  |
| LORENA PAOLA PEÑA                 | Secretaria de Salud Municipal                                    |
| MARIO DE JESÙS SERNA<br>FAJARDO   | Representante de la Asociación de<br>Usuarios                    |
| RICHARD YAMILL GONZALEZ<br>CUELLO | Representante de los profesionales de la<br>salud en el Hospital |
| DIEGO FERNANDO YUSTI<br>VALENCIA  | Representante de los empleados públicos<br>del Hospital          |
| CLAUDIA JIMENA SÀNCHEZ<br>ALCALDE | Gerente Hospital la Buena Esperanza de<br>Yumbo ESE              |



## CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCION .....                            | 4  |
| MARCO JURIDICO.....                           | 5  |
| CONTEXTO INSTITUCIONAL .....                  | 9  |
| DESCRIPCIÓN Y RESEÑA HISTÓRICA.....           | 9  |
| PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL.....     | 11 |
| - MISIÓN: .....                               | 11 |
| - VISIÓN:.....                                | 11 |
| - POLÍTICA DE CALIDAD:.....                   | 11 |
| VALORES INSTITUCIONALES: .....                | 11 |
| MAPA DE PROCESOS: .....                       | 12 |
| ORGANIGRAMA: .....                            | 13 |
| CAPACIDAD INSTALADA: .....                    | 13 |
| PLAN DE GESTION 2018 – 2020.....              | 18 |
| Metodología .....                             | 18 |
| Formulación: .....                            | 19 |
| DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%.....                 | 20 |
| GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40% ..... | 23 |
| GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL 40% .....       | 31 |
| Aprobación.....                               | 37 |



## INTRODUCCION

El diagnóstico inicial en los temas relacionados con la viabilidad financiera, calidad, y eficiencia en la prestación de los servicios son la plataforma para la formulación, de los compromisos y metas que conforman el Plan de Gestión del Hospital La Buena Esperanza DE Yumbo E.S.E, para el periodo 2018-2020.

Se establece y se definen los objetivos creando las estrategias a implementar en la institución acorde a los indicadores de evaluación de desempeño gerencial, conforme a los principios Políticas y Directrices del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en sus tres ejes: accesibilidad, eficiencia y calidad y paralelo a los requerimientos de la Resolución 710 del 30 de marzo de 2011, la Resolución 743 de marzo 15 de 2013 y la Resolución 408 febrero de 2018 Su estructura se apoya en tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial.

De acuerdo a la Resolución 743 de 2013 donde establece que se evaluará la vigencia si el Gerente se desempeñó en la totalidad de la vigencia y a partir de ese momento se seguirá evaluando anualmente, la primera evaluación de gerencia se realizará en el 2020 que corresponderá al periodo del 1° de enero y el 31 de diciembre del 2019; la fecha de nombramiento del Doctora Claudia Jimena Sánchez es del 5 de julio de 2018 con decreto 115 con acta de posesión No 020 de día 5 de julio de 2018.



## MARCO JURIDICO

**La ley 100 de 1993:** Por la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud y se adoptan otras disposiciones y establece los regímenes jurídicos para los afiliados y no afiliados a dicho sistema.

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

**Resolución 1043 de 2006:** Por medio del cual se establece el Sistema Único de Habilitación en Salud.

**Ley 1122 de 2007:** Por medio de la cual se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.

**Decreto 357 de 2008:** Por el cual se reglamenta la evaluación y reelección de gerentes y directores de las ESE del orden territorial.

**Resolución 2181 de 2008:** Por medio de la cual se expide la guía aplicativa del Sistema Obligatoria de Garantía de la Calidad de la atención de salud, para las instituciones prestadoras de servicio de salud de carácter público.

**Decreto 4107 de 2011:** Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.

**Ley 1450 de 2011:** Por la cual se expide el plan nacional de desarrollo 2016-2019.

**Ley 1438 de 2011:** Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

**Artículo 72. Elección y evaluación de Directores o Gerentes de Hospitales.** La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia



Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que establezca en la presente ley. (...)

**Artículo 73. Procedimiento para la aprobación del Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial.** Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

73.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

73.2 La Junta Directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

73.3 El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

73.4 En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado.

**Artículo 74. Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.** Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

74.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar 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. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.

74.2 La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

74.3 Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

74.4 La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles.

74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y ésta fuere insatisfactoria dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o 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 Director o Gerente aun sin terminar su período, 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.

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

**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 gerentes de ESE

**Resolución 743 de 2013:** Por la cual se modifica la Resolución número 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

**Ley Estatutaria 1751 De 2015:** por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.



**Ley 1797 De 2016:** por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

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

**Decreto 780 de 2016:** Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social



## CONTEXTO INSTITUCIONAL

### DESCRIPCIÓN Y RESEÑA HISTÓRICA

El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo inicio su operación en el año 1910 en el cruce de la carrera 6 con calle 10 y su nombre fue Hospital San Diego con la llegada de Fray Alfonso de la Concepción Peña como párroco del Municipio de Yumbo, se desarrollaron actividades para mejorar las condiciones de la población entre ellas contar con un hospital en las condiciones requeridas por la comunidad, razón por la cual se generó la escritura No. 32 del 12 de junio de 1942 de la Notaria de Yumbo, donde se entrega la casa en donación donde funcionaba el Hospital San Diego a la Iglesia Parroquia de Yumbo.

En el año 1942 se inició la obra de construcción del Hospital San Diego la cual fue inaugurada en noviembre de 1952, entregando modernos equipos quirúrgicos para la época y siendo nombrado como Director el Médico Jorge Hincapié Bosh e inicio su funcionamiento con dos enfermeras, con atención especialmente en maternidad.

En los inicios del año 1956 por dificultades financieras se estableció una junta directiva, estatutos y personería jurídica para la “Sociedad Caritativa Hospitalaria – Hospital San Diego”, con el propósito de continuar prestando los servicios de salud, pero en agosto de ese mismo año la explosión de 6 camiones del Ejército Nacional con dinamita en Cali, hizo que los niños con tuberculosis fueran trasladados al Hospital San Diego en Yumbo, en forma provisional pero con el pasar del tiempo la Liga Antituberculosa Colombiana tomo posesión del Hospital.

Por esta razón en 1962 se estableció la Junta Pro-Salud fundada por el apoyo de las empresas industriales asentadas en el Municipio de Yumbo y mediante Resolución No. 2250 del 30 de agosto de 1962 se otorgó la Personería Jurídica, quien prestaba los servicios de salud a la comunidad en la carrera 3 entre calles 8 y 9, funcionaba como un centro de beneficencia para los más pobres. En 1965 la intervención de la Secretaría de Salud Departamental trajo como consecuencia el cambio de nombre a Clínica Materno



Infantil y su traslado a una casa contigua al Hospital San Diego donde funciono hasta 1971 con el apoyo de los representantes del Servicio de Salud del Valle.

En junio 1972 nace el Hospital La Buena Esperanza, se trasladan los niños con tuberculosis a Cali, la Arquidiócesis le entrego el Hospital a la Secretaria de Salud del Departamento y se unieron en un solo espacio físico el Hospital San Diego y la Clínica Materno Infantil. En 1974 una huelga de los trabajadores del Hospital trajo la clausura de la institución y la necesidad de construir un moderno edificio que requirió contar con más terreno terminando la obra en 1980 e inaugurándola en 1981 con una inversión total de \$13.434.000.

Por medio del Acuerdo 0001, del 08 de enero de 1997, se transforma el Hospital Local de Yumbo "La Buena Esperanza" en Empresa Social del Estado del orden municipal dotado de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa del primer nivel de atención y adscrito a la Secretaria de Salud Municipal.

En el año 2004 se inicia la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, obteniendo su certificación en la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2000 en el año 2007, también fue reconocida a nivel nacional como la mejor IPS de baja complejidad y certificada por la Unicef por la estrategia IAMI (Institución Amiga de la Mujer y la Infancia).

Con el pasar de los años el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE ha mantenido y renovado anualmente sus certificados en la Norma ISO 9001, en Responsabilidad Social y en enero de 2017 alcanzo el certificado que la acredita en la Estrategia IAMI, documento otorgado por la Gobernación del Valle del Cauca.



## PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL

- **MISIÓN:** Somos una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de complejidad que brinda atención humanizada, con calidad, oportunidad, seguridad, a través de un talento humano idóneo, tecnología adecuada, comprometida en mejorar las condiciones de salud del usuario y su familia en el Municipio de Yumbo y su área de influencia.
- **VISIÓN:** Ser en el 2022 una institución referente en el suroccidente colombiano por su modelo de atención humanizada y con estándares de acreditación.
- **POLÍTICA DE CALIDAD:** Somos una entidad comprometida en el mejoramiento continuo para la prestación de servicios de salud, bajo sus modelos de gestión de riesgo y atención centrada en las necesidades de salud del usuario y su familia, con seguridad, humanización y calidad, agregando valor a sus procesos, generando

## VALORES INSTITUCIONALES:

- **Disciplina:** Los procesos en nuestra entidad se desarrollan de manera ordenada y sistemática, siguiendo los lineamientos y normas establecidas.
- **Compromiso:** Es la capacidad que tienen todos los colaboradores de cumplir con la responsabilidad encomendada.
- **Actitud de Servicio:** Es la capacidad resolutoria del personal de la entidad para afrontar y resolver las situaciones que se presentan día a día en forma positiva superando la expectativa de los usuarios.
- **Tolerancia:** Nuestros colaboradores valoran y respetan las diferencias individuales, tienen en cuenta las opiniones y actividades que realizan las demás personas generando una actitud de equidad.



### MAPA DE PROCESOS:

El mapa de procesos del Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E, se encuentra conformada por once (11) procesos: Gestión Gerencial, Gestión de Apoyo, Control y Evaluación a la Gestión, Seguridad del Paciente, Auditoría Médica y Odontológica, Servicio de Urgencias, Hospitalización y Partos, Servicio de Cirugía, Servicios Complementarios, Consulta Externa, Gestión del Riesgo. Quince (15) Subprocesos: Planeación Estratégica, Contratación, Recurso Normativo, Gestión para el Usuario, Gestión Administrativa, Gestión Financiera, Gestión de la Información y Comunicación, Auditoría y Mejora Continua, Control Interno, Control Interno Disciplinario, Promoción y Prevención, Laboratorio Clínico, Externalizados, Consulta General y Especializada, Consulta Odontológica.





| Código Tipo Servicio | Descripción Tipo Servicio | Código Clase Servicio | Descripción Clase Servicio              | RECURSO FÍSICO (Consultorios)  |                  |
|----------------------|---------------------------|-----------------------|---|--------------------------------|------------------|
|                      |                           |                       |   | No Consultorios en el hospital | Puestos de Salud |
| 02                   | CONSULTA EXTERNA          | 312                   | ENFERMERIA                              | 6                              | 0                |
| 02                   | CONSULTA EXTERNA          | 320                   | GINECOBSTETRICIA                        | 1                              | 0                |
| 02                   | CONSULTA EXTERNA          | 325                   | MEDICINA FAMILIAR                       | 1                              | 0                |
| 02                   | CONSULTA EXTERNA          | 328                   | MEDICINA GENERAL                        | 14                             | 8                |
| 02                   | CONSULTA EXTERNA          | 333                   | NUTRICION Y DIETETICA                   | 1                              | 0                |
| 02                   | CONSULTA EXTERNA          | 334                   | ODONTOLOGIA GENERAL                     | 4                              | 7                |
| 02                   | CONSULTA EXTERNA          | 339                   | ORTOPEDIA YO TRAUMATOLOGIA              | 1                              | 0                |
| 02                   | CONSULTA EXTERNA          | 342                   | PEDIATRIA                               | 1                              | 0                |
| 02                   | CONSULTA EXTERNA          | 344                   | PSICOLOGIA                              | 2                              | 0                |
| 02                   | CONSULTA EXTERNA          | 407                   | MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL | 1                              | 0                |

| Código Tipo Servicio | Descripción Tipo Servicio | Código Clase Servicio | Descripción Clase Servicio | No Consultorios | Salas |
|----------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------|-------|
| 03                   | URGENCIA                  | 501                   | SERVICIO DE URGENCIAS      | 5               | 5     |

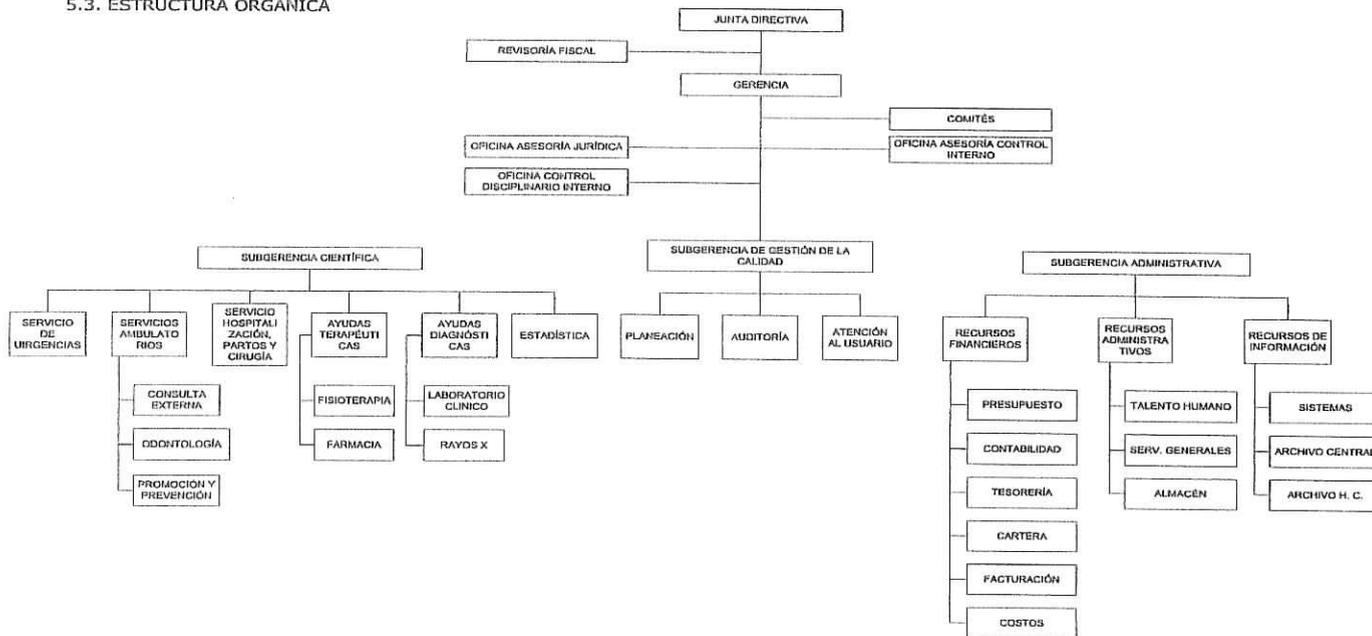
| Código Tipo Servicio | Descripción Tipo Servicio | Código Clase Servicio | Descripción Clase Servicio    | Numero de Ambulancias disponibles |
|----------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 04                   | AMBULANCIAS               | 601                   | TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO | 4                                 |

| Código Tipo Servicio | Descripción Tipo Servicio                       | Código Clase Servicio | Descripción Clase Servicio                         | No Áreas                             |
|----------------------|---|-----------------------|--|--------------------------------------|
| 05                   | APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA | 706                   | LABORATORIO CLINICO                                | 1                                    |
| 05                   | APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA | 710                   | RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS                 | 1                                    |
| 05                   | APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA | 712                   | TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO            | Esta incluida en Laboratorio clínico |
| 05                   | APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA | 714                   | SERVICIO FARMACEUTICO                              | 1                                    |
| 05                   | APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA | 719                   | ULTRASONIDO  | 1                                    |
| 05                   | APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA | 724                   | TOMA E INTRPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS | 1                                    |
| 05                   | APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA | 728                   | TERAPIA OCUPACIONAL                                | 1                                    |
| 05                   | APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA | 729                   | TERAPIA RESPIRATORIA                               | 1                                    |
| 05                   | APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA | 739                   | FISIOTERAPIA                                       | 1                                    |
| 05                   | APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA | 740                   | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE             | 1                                    |



**ORGANIGRAMA:** gráfica de la estructura del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE que representa los diversos grupos institucionales y sus respectivas relaciones:

5.3. ESTRUCTURA ORGÁNICA



**CAPACIDAD INSTALADA:** Las instalaciones del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE cuenta con la siguiente capacidad para la atención a septiembre de 2017:

| Código Tipo Servicio | Descripción Tipo Servicio | Código Clase Servicio | Descripción Clase Servicio | No Camas |
|----------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------|----------|
| 01                   | INTERNACIÓN               | 101                   | GENERAL ADULTOS            | 7        |
| 01                   | INTERNACIÓN               | 102                   | GENERAL PEDIATRICA         | 5        |
| 01                   | INTERNACIÓN               | 112                   | OBSTETRICIA                | 5        |



|    |   |     |  |   |
|----|---|-----|--|---|
| 05 | APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA | 741 | TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO | 1 |
|----|---|-----|--|---|

| Código Tipo Servicio | Descripción Tipo Servicio                  | Código Clase Servicio | Descripción Clase Servicio   | RECURSO FÍSICO (Consultorios) |                  |
|----------------------|--|-----------------------|--|-------------------------------|------------------|
|                      |  |                       |  | No Consultorios               | puestos de salud |
| 06                   | PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA | 907                   | PROTECCIÓN ESPECIFICA - ATENCIÓN AL PARTO  | 2                             | 0                |
| 06                   | PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA | 908                   | PROTECCIÓN ESPECIFICA - ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO                                | 1                             | 0                |
| 06                   | PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA | 909                   | DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS) | 3                             | 8                |
| 06                   | PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA | 910                   | DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)                    | 1                             | 8                |
| 06                   | PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA | 911                   | DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO                                   | 2                             | 0                |
| 06                   | PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA | 912                   | DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO ( MAYOR A 45 AÑOS)                | 2                             | 8                |
| 06                   | PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA | 913                   | DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO                                    | 1                             | 8                |
| 06                   | PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA | 914                   | DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE SENO  | 1                             | 8                |



|    |  |     |  |                                   |   |
|----|--|-----|--|-----------------------------------|---|
| 06 | PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA | 915 | DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL                       | En todos los servicios se realiza |   |
| 06 | PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA | 916 | PROTECCIÓN ESPECIFICA - VACUNACIÓN   | 1                                 | 9 |
| 06 | PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA | 917 | PROTECCIÓN ESPECIFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL                   | 1                                 | 8 |
| 06 | PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA | 918 | PROTECCIÓN ESPECIFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES | 1                                 | 8 |
| 06 | PROCESOS                                   | 950 | PROCESO ESTERILIZACIÓN   | 1                                 | 0 |



## PLAN DE GESTION 2018 – 2020

las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social nos definen la elaboración y presentación del Plan de Gestión

### Metodología

La resolución 710 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y prestación del Plan de Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial atendiendo las modificaciones de la resolución 743 de 2013 y a la Resolución 408 de 2018 que modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013 y se dictan otras modificaciones contempla cinco fases para su elaboración y aplicación desde tres áreas de gestión

1. Preparación
2. Formulación
3. Aprobación
4. Ejecución
5. Evaluación

Este documento comprende las 3 primeras fases de la metodología en mención

### Preparación

Se realiza a través de diferentes mecanismos como:

- Revisión de la estadística y bases de datos institucionales
- Solicitud a los diferentes líderes de procesos institucionales de los informes y evidencias de los indicadores o datos relacionados con cada uno de ellos.
- Certificado de los soportes del Ministerio de Salud y Protección social, para el soporte en el cumplimiento de términos en la prestación de informes rendidos
- Revisión de informes presentados a antes de control

Los cuales sustentan o determinan los indicadores que integran el plan de gestión



gerencial



19

**Formulación:**

A continuación, se presentará de manera integral la descripción de cada indicador; en cada uno de ellos se describirá la fórmula del indicador, el diagnóstico inicial que corresponderá a la vigencia 2017 con sus correspondientes observaciones. Este trabajo se desarrollará a través de las áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa y Gestión Clínica y Asistencial. Están de manera integral:

1. Indicador
2. Descripción de la fórmula del indicador
3. Diagnóstico inicial- vigencia 2017
4. Observaciones



**DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%**

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

|   |   |            |            |
|---|---|------------|------------|
| No.1 Indicador  | Mejoramiento continuo de calidad para entidades no acreditadas sin autoevaluación en la vigencia anterior.  |            |            |
| FORMULA   | Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia Indicador nominal.   |            |            |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL  | <p>La auto evaluación 2015 quedo 3,30 y en 2017 de 2,26 debido a que los equipos evaluadores fueron diferentes. En el año 2017 la autoevaluación se realiza de manera más objetiva y crítica.</p> <p>Después de establecer una línea base en el año 2017 de 2.26 se espera contar con una variación positiva en 1,2 en la vigencia 2019, para el año 2018 se enfocará en la Certificación ISO 9001-2015.</p>      |            |            |
| ESTANDAR PROPUESTO  | LOGROS PARA LA VIGENCIA   |            |            |
|   | 2018  | 2019       | 2020       |
| Contar con una variación positiva $\geq 1.20$ sobre la autoevaluación de la vigencia anterior | $\geq 1,2$  | $\geq 1,2$ | $\geq 1,2$ |
| Proyección de la Calificación   | = 1,0   | $\geq 1,2$ | $\geq 1,2$ |
| LINEA BASE  | 2,26  |            |            |
| ACTIVIDADES A DESARROLLAR   | <p>-En la vigencia 2018 se enfocará en la Certificación ISO 9001-2015.</p> <p>-La certificación proporcionara la base para implementar un PAMEC basado en acreditación.</p> <p>- Estructurar PAMEC enfocada en acreditación.</p> <p>-Se realizará seguimiento mensual a las actividades del plan de mejoramiento.</p> <p>-Realizar autoevaluación completa de los estándares que le aplican a la institución.</p> |            |            |
| RESPONSABLE   | CALIDAD - GERENCIA  |            |            |



2. Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

|   |  |             |             |
|---|--|-------------|-------------|
| No.2 Indicador  | Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud  |             |             |
| FORMULA   | Relación del numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC  |             |             |
| OBSERVACIONES / SITUACIÓN ACTUAL  | Se programaron 12 acciones de mejoramiento para la vigencia 2017 y para el año 2018 son 13 acciones de mejoramiento enfocadas en seguridad del paciente.   |             |             |
| ESTANDAR PROPUESTO  | LOGROS PARA LA VIGENCIA  |             |             |
|   | 2018   | 2019        | 2020        |
| Lograr un cumplimiento $\geq 90\%$ sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque de acreditación | $\geq 0,90$  | $\geq 0,90$ | $\geq 0,90$ |
| Proyección de la Calificación   | 90%  | 90%         | 90%         |
| LINEA BASE  | 100%   |             |             |
| ACTIVIDADES A DESARROLLAR   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabilizar a los líderes de procesos de las acciones de mejoramiento comprometidas a través de actividades como: humanización, seguridad del paciente, riesgos y atención al usuario.</li> <li>-Realizar seguimiento mensual al plan de mejora</li> <li>-Para la vigencia 2019 y 2020 el PAMEC estará enfocado en acreditación.</li> </ul> |             |             |
| RESPONSABLE   | CALIDAD - GERENCIA   |             |             |



3. . Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional

|   |   |             |             |
|---|---|-------------|-------------|
| <b>No.3 Indicador</b>   | <b>Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional</b>  |             |             |
| <b>FORMULA</b>  | Número de metas del Plan Operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del Plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación   |             |             |
| <b>OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL</b>  | Se realiza seguimiento al plan 2017 logrando un cumplimiento de 92% con 16 metas planteadas.<br>Para la vigencia 2018 se cuenta con 12 metas de infraestructura, apertura de quirófanos, el plan de capacitación, central de esterilización, integración de planes y MIPG de acuerdo al decreto 612 del 2018. |             |             |
| <b>ESTANDAR PROPUESTO</b>   | <b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>  |             |             |
|   | <b>2018</b>   | <b>2019</b> | <b>2020</b> |
| Lograr un cumplimiento >=90% del plan operativo anual que da cumplimiento a la ejecución del plan de desarrollo | >= 0,90   | >= 0,90     | >= 0,90     |
| Proyección de la Calificación   | 90%   | 90%         | 90%         |
| <b>LINEA BASE</b>   | <b>92%</b>  |             |             |
| <b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR</b>  | -Realizar el plan Operativo para cada vigencia de acuerdo al Plan de Desarrollo<br>-Consolidar y socializar el plan de mejora con responsabilidades definidas, involucrando a todos los procesos y áreas institucionales<br>-Seguimiento mensual al cumplimiento del plan operativo.                          |             |             |
| <b>RESPONSABLE</b>  | <b>PLANEACION-GERENCIA</b>  |             |             |



**GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%**

**4. Riesgo Fiscal y Financiero**

|  |   |             |             |
|--|---|-------------|-------------|
| <b>No. 4 Indicador</b>                 | <b>Riesgo Fiscal y Financiero</b>   |             |             |
| <b>FORMULA</b>                         | Adopción del programa del plan de saneamiento fiscal y financiero   |             |             |
| <b>OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL</b> | El Hospital no se encuentra en riesgo Fiscal y Financiero.  |             |             |
| <b>ESTANDAR PROPUESTO</b>              | <b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>  |             |             |
|  | <b>2018</b>   | <b>2019</b> | <b>2020</b> |
|  | Sin Riesgo  | Sin Riesgo  | Sin Riesgo  |
| <b>Proyección de la Calificación</b>   | Riesgo medio  | Bajo riesgo | Sin Riesgo  |
| <b>LINEA BASE</b>                      | Sin Riesgo  |             |             |
| <b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR</b>       | Realizar la gestión adecuada para no caer en riesgo medio o alto.<br>-Fortalecimiento de los servicios.<br>-Aumento de la facturación y la productividad.<br>-Control de costos y gastos.<br>-Realizar estudio de costos.<br>-Estrategias para aumentar el flujo de caja. |             |             |
| <b>RESPONSABLE</b>                     | GERENCIA - FINANCIERO   |             |             |



5. Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida

|   |  |      |      |
|---|--|------|------|
| No.5 Indicador  | Evolución del gasto por unidad de Valor Relativo producida   |      |      |
| FORMULA   | $\frac{[(\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación} / \text{número de UVR producidas en la vigencia}) / (\text{Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación} / \text{número de UVR producidas en la vigencia anterior})]}{1}$  |      |      |
| OBSERVACIONES/SITUACIÓN ACTUAL  | La evolución del gasto por unidad de valor relativo producida en el año 2017 es de 1,04  |      |      |
| ESTANDAR PROPUESTO  | LOGROS PARA LA VIGENCIA  |      |      |
| Lograr un valor del indicador menor a 0,9 mejorando la eficiencia de la relación gasto vs producción con el fin de disminuir los costos de producción | 2018   | 2019 | 2020 |
| Proyección de la Calificación   | <0,9   | <0,9 | <0,9 |
| LINEA BASE  | 1,04   |      |      |
| ACTIVIDADES A DESARROLLAR   | <p>Realizar la gestión adecuada para no caer en riesgo alto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fortalecimiento de los servicios.</li> <li>-Aumento de la facturación y la productividad.</li> <li>-Control de costos y gastos.</li> <li>-Realizar estudio de costos.</li> <li>-Estrategias para aumentar el flujo de caja.</li> <li>- Establecer estrategias que permitan el mejoramiento de la eficiencia y eficacia institucional.</li> <li>-Realizar seguimiento mensual al indicador.</li> </ul> |      |      |
| RESPONSABLE   | GERENCIA - FINANCIERO  |      |      |



6, Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras

|   |  |         |         |
|---|--|---------|---------|
| No.6 Indicador  | <p>Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Compras conjuntas.</li> <li>2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado</li> <li>3. Compras a través de mecanismos electrónicos mediante mecanismos de compras</li> </ol>                    |         |         |
| FORMULA   | <p>Valor total de adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos (a) compras conjuntas (b) compras a través de cooperativas de ESE, (c) compras a través de mecanismos electrónicos/ Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada</p> |         |         |
| OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL   | <p>No se realizaron adquisiciones mediante mecanismos de compras conjuntas o través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos</p>  |         |         |
| ESTANDAR PROPUESTO  | LOGROS PARA LA VIGENCIA  |         |         |
|   | 2018   | 2019    | 2020    |
| Lograr una Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos los mecanismos mayor al 70% | >= 0,70  | >= 0,70 | >= 0,70 |
| Proyección de la Calificación   | 10%  | 30%     | 70%     |
| LINEA BASE  | 0%   |         |         |
| ACTIVIDADES A DESARROLLAR   | <p>De acuerdo a la estrategia G3* realizar negociación de precios para lograr la economía de escala o compras conjuntas de medicamentos esenciales.</p>  |         |         |
| RESPONSABLE   | SUB GERENCIA ADMINISTRATIVA  |         |         |



G3\*: La ESTRATEGIA G3 & Más consiste en la unión de Hospital Departamental Mario Correa, Hospital Isaías Duarte, Hospital Buena Esperanza, Hospital Psiquiátrico del Valle, Hospital Piloto de Jamundí y el Hospital Universitario del Valle para hacer una oferta de servicios en red, que garantiza la integridad y oportunidad de la prestación del servicio entre las seis instituciones.

7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior

|   |  |                               |                               |
|---|--|-------------------------------|-------------------------------|
| No.7 Indicador  | Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior  |                               |                               |
| FORMULA   | <p>A. Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación.</p> <p>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)]</p> |                               |                               |
| OBSERVACIONES/<br>SITUACIÓN<br>ACTUAL   | Para terminar el año 2017 no se cuenta con deuda por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios   |                               |                               |
| ESTANDAR PROPUESTO  | LOGROS PARA LA VIGENCIA  |                               |                               |
|   | 2018   | 2019                          | 2020                          |
| Mantener la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta en (0) o con variación negativa. | Cero o con variación negativa  | Cero o con variación negativa | Cero o con variación negativa |
| Proyección de la Calificación   | Cero   | Cero                          | Cero                          |
| LINEA BASE  | 0  |                               |                               |
| ACTIVIDADES A DESARROLLAR   | -Garantizar el recaudo para gestionar el pago oportuno   |                               |                               |
| RESPONSABLE   | SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA   |                               |                               |



**8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)**

|  |   |             |             |
|--|---|-------------|-------------|
| <b>No.8 Indicador</b>  | <b>Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)</b>   |             |             |
| <b>FORMULA</b>   | Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS de la vigencia objeto de evaluación   |             |             |
| <b>OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL</b>                                   | Se han realizado análisis de RIPS en Junta Directiva 2 para la vigencia 2017  |             |             |
| <b>ESTANDAR PROPUESTO</b>  | <b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>  |             |             |
|  | <b>2018</b>   | <b>2019</b> | <b>2020</b> |
| Presentar de manera trimestral a la Junta directiva los informes de RIPS | 4   | 4           | 4           |
| Proyección de la Calificación  | 4   | 4           | 4           |
| <b>LINEA BASE</b>  | <b>2</b>  |             |             |
| <b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaborar, revisar y analizar los informes de RIPS</li> <li>-Presentar de manera bimensual a la Junta Directiva los informes basados en los RIPS</li> <li>-Fortalecer la participación de la junta directiva en el análisis integral.</li> </ul> |             |             |
| <b>RESPONSABLE</b>   | <b>GERENCIA- SUBGERENCIA CIENTIFICA</b>   |             |             |



9. Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo

| No.9 Indicador                                | Resultado Equilibrio presupuestal con recaudo   |             |             |
|---|---|-------------|-------------|
| FORMULA                                       | Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores)/<br>Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.  |             |             |
| OBSERVACIONES/<br>SITUACIÓN<br>ACTUAL         | El resultado del equilibrio presupuestal con recaudo para el año 2017 es de 1,14  |             |             |
| ESTANDAR PROPUESTO                            | LOGROS PARA LA VIGENCIA   |             |             |
|   | 2018  | 2019        | 2020        |
| Lograr un equilibrio presupuestal $\geq 1,00$ | $\geq 1,00$   | $\geq 1,00$ | $\geq 1,00$ |
| Proyección de la Calificación                 | $\geq 1,00$   | $\geq 1,00$ | $\geq 1,00$ |
| LINEA BASE                                    | 1,14  |             |             |
| ACTIVIDADES A DESARROLLAR                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Controlar el gasto</li> <li>-Gestionar del recaudo</li> <li>- Potencializar la venta de servicios de salud de tal forma que se logre incrementar los niveles de producción</li> <li>-Seguimiento mensual</li> </ul> |             |             |
| RESPONSABLE                                   | SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA  |             |             |



10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única

|   |   |                 |                 |
|---|---|-----------------|-----------------|
| No.10 Indicador   | Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya  |                 |                 |
| FORMULA   | Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente  |                 |                 |
| OBSERVACIONES/<br>SITUACIÓN<br>ACTUAL                     | De acuerdo al reporte de la Superintendencia de salud este indicador no cumple para la vigencia 2017  |                 |                 |
| ESTANDAR<br>PROPUESTO                                     | LOGROS PARA LA VIGENCIA   |                 |                 |
|   | 2018  | 2019            | 2020            |
| Mantener el Cumplimiento dentro de los términos previstos | No extemporáneo   | No extemporáneo | No extemporáneo |
| Proyección de la Calificación                             | No extemporáneo   | No extemporáneo | No extemporáneo |
| LINEA BASE  | Extemporáneo  |                 |                 |
| ACTIVIDADES A DESARROLLAR                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Recopilar, consolidar y enviar información de manera oportuna.</li> <li>-Entrega de los reportes cuatro días antes de la fecha límite de reporte.</li> <li>- Seguimiento a la entrega Oportuna</li> </ul> |                 |                 |
| RESPONSABLE   | SISTEMAS - ESTADISTICA  |                 |                 |



11. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8. Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección social, o la norma que lo sustituya

|   |  |                 |                 |
|---|--|-----------------|-----------------|
| No.11 Indicador                               | Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la Sección 2, Capítulo 8. Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección social, o la norma que lo sustituya   |                 |                 |
| FORMULA                                       | Cumplimiento oportuno de los informes en términos de la normatividad vigente de la vigencia objeto de evaluación   |                 |                 |
| OBSERVACIONES/<br>SITUACIÓN<br>ACTUAL         | Este se evaluó de acuerdo al reporte oportunidad del reporte de información de que trata el Decreto 2193 de 2004 del Ministerio de Salud, con lo cual se da cumplimiento a lo previsto en el anexo No. 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013.<br>Para el año 2017 se realiza de manera oportuna la entrega de los reportes. |                 |                 |
| ESTANDAR<br>PROPUESTO                         | LOGROS PARA LA VIGENCIA  |                 |                 |
|   | 2018   | 2019            | 2020            |
| Cumplimiento dentro de los términos previstos | No extemporáneo  | No extemporáneo | No extemporáneo |
| Proyección de la Calificación                 | No extemporáneo  | No extemporáneo | No extemporáneo |
| LINEA BASE                                    | Oportuno   |                 |                 |
| ACTIVIDADES A DESARROLLAR                     | Recopilar, consolidar y enviar información de manera oportuna.<br>Entrega de los reportes cuatro días antes de la fecha límite de reporte.   |                 |                 |
| RESPONSABLE                                   | SISTEMAS - ESTADISTICA   |                 |                 |



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

|  |   |             |             |
|--|---|-------------|-------------|
| <b>No.23 Indicador</b>                         | <b>Evaluación de aplicación de guía de manejo específica:<br/>Guía de atención de enfermedad hipertensiva</b>   |             |             |
| <b>FORMULA</b>                                 | Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE en la vigencia objeto de evolución / Total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación |             |             |
| <b>OBSERVACIONES/<br/>SITUACIÓN<br/>ACTUAL</b> | La institución al realizar su medición Evaluación de aplicación de guía de atención de enfermedad hipertensiva se observa un cumplimiento del 0,9 para la vigencia 2017.  |             |             |
| <b>ESTANDAR PROPUESTO</b>                      | <b>LOGROS PARA LA VIGENCIA</b>  |             |             |
|  | <b>2018</b>   | <b>2019</b> | <b>2020</b> |
| Alcanzar un cumplimiento $\geq 0,90$           | $\geq 0,90$   | $\geq 0,90$ | $\geq 0,90$ |
| Proyección de la Calificación                  | $\geq 0,90$   | $\geq 0,90$ | $\geq 0,90$ |
| <b>LINEA BASE</b>                              | <b>0,9</b>  |             |             |
| <b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar Procedimiento de revisión y evaluación de historia clínica.</li> <li>-Socializar procedimiento.</li> <li>-Implementar procedimiento.</li> <li>-Realizar seguimiento mensual de medición de adherencia a la guía de atención de enfermedad hipertensiva</li> </ul>  |             |             |
| <b>RESPONSABLE</b>                             | <b>SUBGERENCIA CIENTIFICA</b>   |             |             |



24. Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo

|                                       |  |             |             |
|---------------------------------------|--|-------------|-------------|
| No.24 Indicador                       | Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo   |             |             |
| FORMULA                               | Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa de niños (as) menores de 10 años a quienes se le aplicó estrictamente la guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en la vigencia objeto de evaluación / Número de historias clínicas de niños (as) menores de años incluidas en la muestra representativa a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia objeto de evaluación |             |             |
| OBSERVACIONES/<br>SITUACIÓN<br>ACTUAL | Se realiza informe de comité de historia clínica de la Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo para la vigencia 2017 se logro el 0,8.   |             |             |
| ESTANDAR PROPUESTO                    | LOGROS PARA LA VIGENCIA  |             |             |
|                                       | 2018   | 2019        | 2020        |
| Lograr una variación $\leq 0$         | $\geq 0,80$  | $\geq 0,80$ | $\geq 0,80$ |
| Proyección de la Calificación         | $\geq 0,80$  | $\geq 0,80$ | $\geq 0,80$ |
| LINEA BASE                            | 0,8  |             |             |
| ACTIVIDADES A<br>DESARROLLAR          | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar Procedimiento de revisión y evaluación de historia clínica</li> <li>-Socializar procedimiento</li> <li>-Implementar</li> <li>- Realizar seguimiento mensual de medición de adherencia guía de manejo de crecimiento y desarrollo</li> <li>- Mantener la Acreditación en IAMI</li> </ul>   |             |             |
| RESPONSABLE                           | SUBGERENCIA CIENTIFICA   |             |             |



25. Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas

|                                       |   |             |             |
|---------------------------------------|---|-------------|-------------|
| No.25 Indicador                       | Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas   |             |             |
| FORMULA                               | Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, en la vigencia objeto de evaluación |             |             |
| OBSERVACIONES/<br>SITUACIÓN<br>ACTUAL | La medición del año 2017 se obtiene en 0.05, se establece un plan de mejora 2018 con un seguimiento mensual con el Líder Medico.  |             |             |
| ESTANDAR PROPUESTO                    | LOGROS PARA LA VIGENCIA   |             |             |
|                                       | 2018  | 2019        | 2020        |
| Alcanzar un cumplimiento $\geq 0,90$  | $\leq 0,03$   | $\leq 0,03$ | $\leq 0,03$ |
| Proyección de la Calificación         | $\leq 0,03$   | $\leq 0,03$ | $\leq 0,03$ |
| LINEA BASE                            | 0,05  |             |             |
| ACTIVIDADES A DESARROLLAR             | -Evaluación de este resultado desde:<br>Medicamentos, médico tratante, mal diagnosticado<br>-Seguimiento mensual  |             |             |
| RESPONSABLE                           | SUBGERENCIA CIENTIFICA  |             |             |



**GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL 40%**

**21, Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación**

|  |  |             |             |
|--|--|-------------|-------------|
| No.21 Indicador  | Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación  |             |             |
| FORMULA  | Número de mujeres gestantes a quienes se les realizo por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación   |             |             |
| OBSERVACIONES/<br>SITUACIÓN<br>ACTUAL  | El resultado del indicador para la vigencia 2018 es de 0,85 es importante resaltar que algunas gestantes llegan al municipio después de las 12 semanas, se esta fortaleciendo la estrategia de verificación de la paciente que ya inicio sus controles prenatales de su sitio de procedencia para no tener en cuenta en el indicador.  |             |             |
| ESTANDAR PROPUESTO   | LOGROS PARA LA VIGENCIA  |             |             |
|  | 2018   | 2019        | 2020        |
| Garantizar la adherencia a la guía especifica de la hemorragia del III trimestre en un valor $\geq 0,80$ | $\geq 0,85$  | $\geq 0,85$ | $\geq 0,85$ |
| Proyección de la Calificación  | $\geq 0,85$  | $\geq 0,85$ | $\geq 0,85$ |
| LINEA BASE   | 0,85   |             |             |
| ACTIVIDADES A DESARROLLAR  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Captación de la gestante a partir del resultado positivo en el laboratorio.</li> <li>-Mantener programa de control Prenatal</li> <li>-Realizará la verificación de la paciente que ya inició sus controles prenatales de su sitio de procedencia para no tener en cuenta en el indicador</li> <li>-Seguimiento mensual del indicador.</li> </ul> |             |             |
| RESPONSABLE  | SUBGERENCIA CIENTIFICA   |             |             |



22. Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE

|                                       |   |         |         |
|---------------------------------------|---|---------|---------|
| No.22 Indicador                       | Incidencia de Sífilis Congénita en partos atendidos en la ESE   |         |         |
| FORMULA                               | Número de recién nacidos con diagnóstico de Sífilis Congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación  |         |         |
| OBSERVACIONES/<br>SITUACIÓN<br>ACTUAL | Para la vigencia 2017 se encontró un caso de Sífilis Congénita por mala adherencia del familiar del paciente no realizo el tratamiento.   |         |         |
| ESTANDAR PROPUESTO                    | LOGROS PARA LA VIGENCIA   |         |         |
|                                       | 2018  | 2019    | 2020    |
| Lograr un cumplimiento mayor al 0,80  | 0 casos   | 0 casos | 0 casos |
| Proyección de la Calificación         | 0 casos   | 0 casos | 0 casos |
| LINEA BASE                            | 1 caso  |         |         |
| ACTIVIDADES A DESARROLLAR             | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Se realiza prueba rápida para identificación de pacientes con Sífilis Congénita</li> <li>-Realizar seguimiento a la guía de detección y alteración de prueba de embarazo</li> <li>-Se realizará un comité ampliado o cove de los pacientes con mala adherencia</li> </ul> |         |         |
| RESPONSABLE                           | SUBGERENCIA CIENTIFICA  |         |         |



26. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general

|  |   |          |          |
|--|---|----------|----------|
| No.26 Indicador  | Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general  |          |          |
| FORMULA  | Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario solicito, en la vigencia objeto de evaluación /Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación   |          |          |
| OBSERVACIONES/<br>SITUACIÓN ACTUAL   | Al realizar el seguimiento al indicador de oportunidad de medicina general se observa un resultado de 3 días lo cual es acorde a lo esperado.   |          |          |
| ESTANDAR PROPUESTO   | LOGROS PARA LA VIGENCIA   |          |          |
|  | 2018  | 2019     | 2020     |
| Lograr durante la vigencia un promedio de atención en la consulta de Medicina General menor o igual 3 días | <=3 Días  | <=3 Días | <=3 Días |
| Proyección de la Calificación  | <=3   | <=3      | <=3      |
| LINEA BASE   | 3   |          |          |
| ACTIVIDADES A DESARROLLAR  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer la oferta real de la institución.</li> <li>-Contratar los médicos generales necesarios para lograr una atención oportuna.</li> <li>-Realizar revisión constante del cumplimiento de la meta.</li> <li>-Elaborar plan de mejoramiento, logrando aumentar la programación y rendimiento de la consulta externa.</li> </ul> |          |          |
| RESPONSABLE  | SUBGERENCIA CIENTIFICA  |          |          |



### Aprobación

Finalizada la fase de formulación del Plan de Gestión se presentará a la Junta Directiva dentro de los términos legales vigentes dispuestos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011, para que proceda a la revisión, análisis y aprobación.

**CLAUDIA JIMENA SÁNCHEZ ALCALDE**  
Gerente General  
Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.