



PLAN DE GESTION

Vigencia

2024

Presentado por:

Dra. CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE

Gerente

Plan de Gestion

2024-2027



MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA



- Dr. ELDER EMILIO DAVILA DIAZ DELEGADO PERMANENTE DE ALCALDE (Presidente Junta Directiva)
- Dr. RICHARD YAMIL GONZALEZ CUELLO REPRESENTANTE AREA ASISTENCIAL HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO
- Dr. JULIAN VELASQUEZ REPRESENTANTE DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS PROFESIONALES Y TÉCNICOS DEL HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO
- Dr. WILLIAN ANDRES SALAZAR RODRIGUEZ REPRESENTANTE DE LOS USUARIOS ANTE LA JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO
- Dra. OLGA SVETLANA MARIÑO ORTIZ SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE YUMBO



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	4
MARCO JURIDICO.....	5
CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	8
Descripción y reseña histórica	8
Plataforma estratégica institucional.....	9
PLAN DE GESTION 2024 – 2027	15
Metodología	15
Preparación.....	15
Formulación:.....	16
DIRECCIÓN Y GERENCIA 20%	17
GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%.....	20
GESTIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL 40%.....	28
Aprobación.....	33
Evaluación.....	36



INTRODUCCION

Formular y proyectar el Plan de Gestión del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E, para el periodo 2024-2027 en donde se consolida compromisos, metas y resultados partiendo de un diagnóstico inicial en los temas relacionados con la viabilidad financiera, calidad, y eficiencia en la prestación de los servicios.

Se plantea y se definen los objetivos estableciendo las estrategias de la institución de acuerdo a los indicadores de evaluación de desempeño gerencial, de acuerdo con 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. Se elabora conforme 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. La fecha de nombramiento del Doctora Claudia Jimena Sánchez se realizó el 20 de marzo de 2024 con decreto 068. El presente Plan de Gestión está diseñado y construido de acuerdo con 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 estratégicos: accesibilidad, eficiencia y calidad; su estructura se apoya en las tres Áreas de Gestión: Dirección y Gerencia; Administrativa y Financiera y Clínica Asistencial. Además, este documento recoge los aspectos objeto de la evaluación y los compromisos de la gerencia y su equipo directivo frente a su gestión, teniendo presente que la línea base, establecida por la norma, la constituye los resultados documentados a diciembre 31 de 2023.



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 2294 de 2023: Por la cual se expide el plan nacional de desarrollo 2022-2026.

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.

Resolución 1097 de 2018: Por medio de la cual se corrige la Resolución 408 de 2018

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.

En Cumplimiento de los principios de Planeación Estratégica y la normatividad vigente en el Año 2018 se declaró en el Plan de Gestion orientar los esfuerzos administrativos, asistenciales, operativos en la Certificación de la NUEVA VERSION ISO: 90001:2015, objetivo que se logró exitosamente con certificado No. SC4469-1 del 30 de septiembre de 2018.

Plataforma estratégica institucional

- **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 permanentemente un mayor compromiso de su equipo humano y respondiendo a los requerimientos de las partes interesadas

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 resolutive 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 presenta una lógica integral en la que se identifica el modelo de procesos que soporta la operación institucional, en la que, por política, se ubica al usuario en el centro del modelo, como se describe en la misión y en los objetivos de calidad que conforman el marco estratégico definido.

El mapa se encuentra conformado por los cuatro tipos de proceso básicos que conforman el modelo de operación tradicional de una organización:

- **Estratégicos:** Estos procesos son los que orientan la gestión del Hospital, plantean el marco estratégico bajo el cual se lograrán los objetivos de la entidad y se encuentra conformado por los procesos que denominan como “Gestión Gerencial” de la siguiente manera:

- El proceso Gestión Gerencial, cuenta a su vez con 4 procesos y 28 procedimientos enfocados en los instrumentos de planeación, la gerencia del sistema de información y atención al usuario, y los procesos eminentemente jurídicos, como la gestión contractual y el denominado recurso normativo.

- **Misionales:** Estos procesos son los que están directamente relacionados con el objeto y el quehacer de la entidad, es en este tipo de procesos que se identifican las necesidades de los usuarios o clientes de la entidad y mediante el accionar del aparato organizativo se satisfacen dichos requerimientos y se encuentra conformado de la siguiente manera:

- El proceso de la gestión misional documenta los procesos relacionados con la operación hospitalaria desde la Prevención de la enfermedad y Promoción de la salud y los hábitos saludables, pasando por la atención por urgencias y los servicios de hospitalización, partos y cirugía, los servicios complementarios y finalmente por los servicios de consulta externa de la siguiente manera:

- Seguridad del paciente (Proceso transversal)
- Auditoría médica y odontológica (Proceso transversal)



- Promoción y prevención
- Servicio de urgencias
- Hospitalización y partos
- Servicio de cirugía
- Laboratorio clínico
- Consulta general y especializada
- Consulta odontológica

- De Apoyo: Estos procesos son los que soportan administrativamente la gestión de la entidad y permiten la óptima operación de los procesos misionales y demás procesos y se encuentran conformados de la siguiente manera:

- El proceso de gestión de Apoyo cuenta con 3 procesos que soportan la gestión administrativa, la gestión financiera y la gestión de la información y la comunicación.

- De Evaluación y Control: Estos procesos los que permiten identificar el grado de eficiencia de la entidad mediante el monitoreo constante de los resultados institucionales y su relación con las metas planteadas y se encuentran conformados de la siguiente manera:

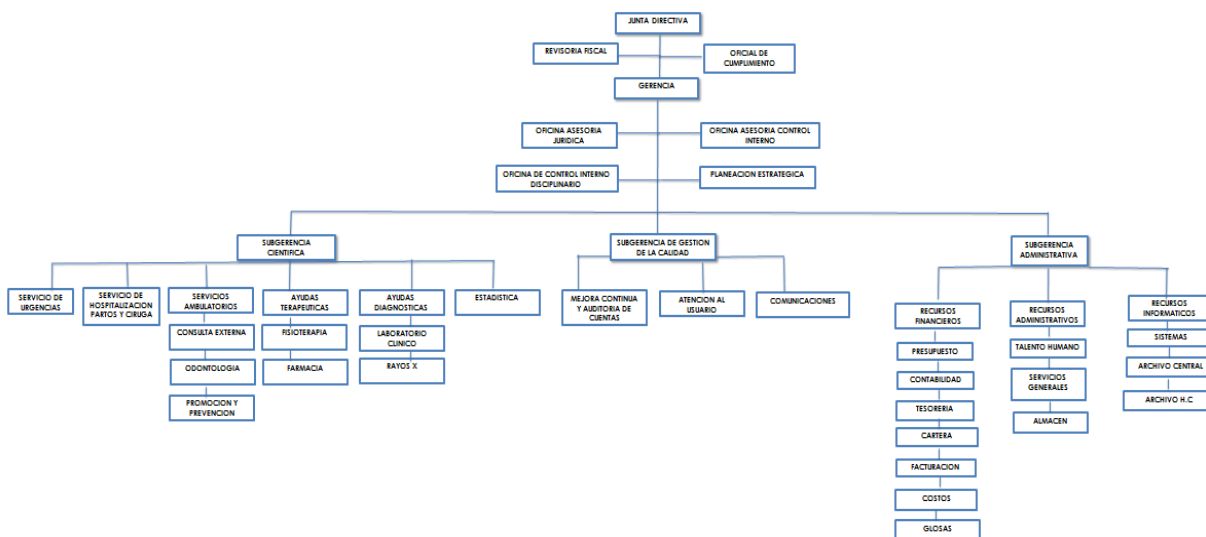
- El proceso de control y evaluación a la gestión se encuentra conformado por 3 procesos, Auditoría y mejora continua, Control interno, Control interno disciplinario



Organigrama: A continuación se representa gráficamente la estructura del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE que representa los diversos grupos



institucionales y sus respectivas relaciones:



Capacidad instalada: Las instalaciones del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE cuenta con la siguiente capacidad para la atención a abril de 2024:

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD DEL HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019

Grupo Capacidad	Concepto	Cantidad
Ambulancias	Básica	5



Camas	Pediátrica	5
Camas	Adultos	8
Camas	TPR	5
Camillas	Observación Pediátrica	5
Camillas	Observación Adultos Hombres	6
Camillas	Observación Adultos Mujeres	6
Consultorios	Urgencias	4
Consultorios	Consulta Externa	13
Salas	Partos	1
Salas	Sala de Cirugía	1
Unidad Movil	Unidad Móvil	1



Servicios que se encuentran Habilitado ante la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca (Reps) hasta el 31 de Agosto de 2022 de acuerdo al código de Habilitación Nro. 7689204073 a Nombre del Prestador E.S.E Hospital la Buena Esperanza de Yumbo. 4469-1

Código del Reps	Nombre de Sede	Grupo del Servicio	Servicios Habilitados
7689204073	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.	Internación	Hospitalización Adultos Hospitalización Pediátrica
		Quirúrgicos	Cirugía General Cirugía Ginecológica Cirugía Ortopédica
		Consulta Externa	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesia • Cirugía General • Enfermería ➢ Detección Temprana - Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menor A 10 Años) ➢ Detección Temprana - Alteraciones del Desarrollo del Joven (De 10 A 29 Años) ➢ Detección Temprana - Alteraciones del Embarazo ➢ Detección Temprana - Alteraciones en el Adulto (Mayor A 45 Años) ➢ Detección Temprana - Cáncer de Cuello Uterino ➢ Detección Temprana - Cáncer Seno ➢ Detección Temprana - Alteraciones de la Agudeza Visual ➢ Protección Específica - Atención en Planificación Familiar Hombres y Mujeres. • Ginecobstetricia • Medicina Familiar • Medicina General • Medicina Interna • Nutrición y Dietética • Odontología General • Ortopedia y/o Traumatología • Pediatría • Psicología • Medicina General • Medicina del Trabajo y Medicina Laboral • Vacunación
7689204073	Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.	Atención Inmediata	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencias • Atención del Parto • Transporte Asistencial Básico
		Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio Clínico • Imágenes Diagnosticas – Ionizantes • Toma de Muestras de Laboratorio Clínico • Servicio Farmacéutico • Radiología Odontológica • Terapia Ocupacional • Terapia Respiratoria • Fisioterapia • Fonoaudiología y/o Terapia del Lenguaje • Toma de Muestras de Cuello Uterino y Ginecológicas
		Protección Específica y Detección Temprana	Protección Específica - Atención del Parto. Protección Específica - Atención al Recién Nacido.



PLAN DE GESTION 2024 – 2027

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 estas consideran para El Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado del deben desarrollar cinco fases como se detalla a continuación.

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

En este plan se contemplan 3 primeras fases de la metodología en mención

Preparación

Corresponde a la identificación de fuentes de información para establecer la línea de base y formular el Plan de Gestión esta Se realiza a través de diferentes mecanismos, los cuales son:

- Revisión de la Última evaluación realizada (Vigencia 2023).
- 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 entes de control

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



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 2023 con evidencias suficientes que demuestran condiciones en las cuales se encuentra cada indicador, tanto cuantitativa como cualitativamente de tal manera que permita conocer desde donde se está partiendo y cuáles son los retos implicados para cambiar la situación de la empresa mediante las actividades que se plantean más adelante.. Este trabajo se desarrollará a través de las áreas de Gestión: Dirección y Gerencia, Gestión Financiera y Administrativa y Gestión Clínica y Asistencial; donde se describe de manera integral los siguientes puntos:

1. Indicador
2. Descripción de la fórmula del indicador
3. Diagnóstico inicial-
4. Observaciones
5. Logros o compromisos planteados para el periodo de gerencia
6. Actividades generales a desarrollar
7. Meta para los años 1,2,3 Y 4 períodos del Gerente



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	En la vigencia 2024 se logra mantener la certificación de ISO 9001-2015 del Sistema de Gestión de la Calidad la cual proporciona una base para implementar un Pamec basado en acreditación.			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Contar con una variación positiva ≥ 1.20 sobre la autoevaluación de la vigencia anterior	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$	$\geq 1,11$	$\geq 1,2$
Proyección de la Calificación	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$	$\geq 1,2$
LINEA BASE	1.3			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> - Estructurar PAMEC enfocada en acreditación. -Desarrollar los ciclos completos de mejora en acreditación con la participación de todos los líderes de proceso. -Fortalecer la metodología para la realización del ejercicio de autoevaluación cuantitativa, cualitativa, priorización y definición de planes de mejora que permitan el mejoramiento institucional. -Se realizará seguimiento mensual a las actividades del plan de mejoramiento. 			
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 número 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	Para la vigencia 2024 se priorizaron 15 estándares se logra un cumplimiento del 100% de los cuales se programaron 48 acciones de mejora.			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Lograr un cumplimiento $\geq 90\%$ sobre el cumplimiento de los planes de mejoramiento continuo implementados con enfoque de acreditación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$
LINEA BASE	1.00			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar el ciclo completo de mejora con la participación de todos los líderes de proceso -Comprometer a los líderes de procesos de las acciones de mejoramiento enfocado en acreditación. -Involucrando a todos los procesos y áreas institucionales. -Realizar seguimiento mensual al plan de mejora 			
RESPONSABLE	CALIDAD - GERENCIA			



3.. Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional

No.3 Indicador	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional			
FORMULA	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			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	Para el 2024 se logra un cumplimiento del plan operativo anual se logró el cumplimiento de actividades de 76 actividades planeadas se cumplieron 75, logrando un cumplimiento del 98.6%.			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Lograr un cumplimiento >=90% del plan operativo anual	>= 0,90	>= 0,90	>= 0,90	>= 0,90
Proyección de la Calificación	>= 0,90	>= 0,90	>= 0,90	>= 0,90
LINEA BASE	97.64%			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Formular el plan de Desarrollo institucional 2024-2027 -Revisión y Aprobación por junta del plan de Desarrollo -Realizar el plan Operativo para cada vigencia de acuerdo al Plan de Desarrollo -Seguimiento mensual al cumplimiento del plan operativo. 			
RESPONSABLE	PLANEACION-GERENCIA			



GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA 40%



4. Riesgo Fiscal y Financiero

No. 4 Indicador	Riesgo Fiscal y Financiero			
FORMULA	Adopción del programa del plan de saneamiento fiscal y financiero			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	Teniendo en cuenta que la Resolución 980 de 2024 en su anexo Técnico 4, clasifica el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo SIN RIESGO, se determina que su valor será ponderado en los 7 indicadores restantes, en la calificación de acuerdo a la Resolución 1097 de 2018 en su modificación del indicador No. 4; El Hospital no fue calificado en Riesgo medio o alto, por tanto, no suscribió programa de saneamiento fiscal y financiero.			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo
Proyección de la Calificación	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo	Sin Riesgo
LINEA BASE	No APLICA			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Realizar la gestión adecuada para no caer en riesgo medio o alto -Fortalecimiento de los servicios. -Aumento de la facturación y la productividad. -Control de costos y gastos. -Realizar estudio de costos.			
RESPONSABLE	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	[[Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/ número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación / número de UVR producidas en la vigencia anterior)]			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	En la vigencia 2024 se logra un valor de 0.96 lo cual observa eficiencia de la relación gasto vs producción.			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Lograr un valor del indicador menor a 0,9 mejorando la eficiencia de la relación gasto vs producción	<0,9	<0,9	<0,9	<0,9
Proyección de la Calificación	<0,9	<0,9	<0,9	<0,9
LINEA BASE	0.8423			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer estrategias que permitan el mejoramiento de la eficiencia y eficacia institucional. -Realizar seguimiento y control de los gastos de la institución. -Fortalecimiento de los servicios. -Aumento de la facturación y la productividad. 			
RESPONSABLE	GERENCIA - FINANCIERO			



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

No.6 Indicador	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras conjuntas, 2. Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado , 3. Compras a través de mecanismos electrónicos mediante mecanismos de compras			
FORMULA	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			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	Para la vigencia 2024 no se efectuó la adquisición 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.			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Lograr una Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos mayores al 70%	>= 0,70	>= 0,70	>= 0,70	>= 0,70
Proyección de la Calificación	0,0	0,3	0,3	0,7
LINEA BASE	0,0			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	Se desarrollaran las actividades requeridas para la elaboración de un plan compras conjuntas con otro hospital.			
RESPONSABLE	SUB GERENCIA ADMINISTRATIVA			



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	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. 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)]			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	Para el año 2024 no se cuenta con deuda por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Mantener la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta en (0)	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa	Cero o con variación negativa
Proyección de la Calificación	.0	0	0	0
LINEA BASE	0			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	-Garantizar el recaudo para gestionar el pago oportuno de los concepto de salarios del personal de planta y contratación de servicios			
RESPONSABLE	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA			



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

No.8 Indicador	Utilización de información de Registro individual de prestaciones (RIPS)			
FORMULA	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			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	Para la vigencia 2024 se presentaron 4 informes a Junta Directiva del Hospital la Buena Esperanza de Yumbo con base en RIPS - Registro individual de prestaciones			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Presentar de manera trimestral a la Junta directiva los informes de RIPS	4	4	4	4
Proyección de la Calificación	4	4	4	4
LINEA BASE	4			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Elaborar, revisar y analizar los informes de RIPS -Presentar de manera Trimestral a la Junta Directiva los informes basados en los RIPS -Fortalecer la participación de la junta directiva en el análisis integral. 			
RESPONSABLE	GERENCIA- SUBGERENCIA CIENTIFICA			



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)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	El resultado del equilibrio presupuestal con recaudo para el año 2024 es de 0.97			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Lograr un equilibrio presupuestal $\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$
Proyección de la Calificación	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$	$\geq 1,00$
LINEA BASE	0.96			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Controlar el gasto -Gestionar del recaudo - Potencializar la venta de servicios de salud de tal forma que se logre incrementar los niveles de producción -Seguimiento mensual 			
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/ SITUACIÓN ACTUAL	Para la vigencia 2024 se realiza un reporte a tiempo de la información de la Circular Única			
ESTÁNDARPROPUE STO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Mantener el Cumplimiento dentro de los términos previstos	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Proyección de la Calificación	No extemporáneo	No extemporáneo	extemporáneo	No extemporáneo
LINEA BASE	Extemporáneo			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Recopilar, consolidar y enviar información de manera oportuna. -Entrega de los reportes cuatro días antes de la fecha límite de reporte. - Seguimiento a la entrega Oportuna 			
RESPONSABLE	SISTEMAS - CALIDAD			



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/ SITUACIÓN ACTUAL	En la vigencia 2024 se realiza el reporte oportuno de la información dentro de los términos previstos de la información del Decreto 2193 de 2004			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Cumplimiento dentro de los términos previstos	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
Proyección de la Calificación	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo	No extemporáneo
LINEA BASE	Cumplimiento en los términos			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Recopilar, consolidar y enviar información de manera oportuna. -Entrega de los reportes cuatro días antes de la fecha límite de reporte. - Seguimiento a la entrega Oportuna 			
RESPONSABLE	SISTEMAS - CALIDAD			



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/ SITUACIÓN ACTUAL	En la vigencia 2024 se logró captar al 100% de las gestantes antes de la semana 12 semanas de gestación			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Garantizar la adherencia a la guía específica de la hemorragia del III trimestre en un valor $\geq 0,80$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$	$\geq 0,85$
LINEA BASE	1.00			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Captación de la gestante a partir del resultado positivo en el laboratorio. -Mantener programa de control Prenatal -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 -Seguimiento mensual del indicador. 			
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/ SITUACIÓN ACTUAL	Para la vigencia 2024 no se presentaron casos de Sífilis Congénita en población atendida por la ESE			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Lograr un cumplimiento mayor al 0,80	0 casos	0 casos	0 casos	0 casos
Proyección de la Calificación	0 casos	0 casos	0 casos	0 casos
LINEA BASE	0 casos			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar prueba rápida para identificación de pacientes con Sífilis Congénita -Realizar seguimiento a la guía de detección y alteración de prueba de embarazo -Se realizará un comité ampliado o cove de los pacientes con mala adherencia 			
RESPONSABLE	SUBGERENCIA CIENTIFICA			



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

No.23 Indicador	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de enfermedad hipertensiva			
FORMULA	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			
OBSERVACIONES/ SITUACIÓN ACTUAL	El hospital al realizar la medición de la correspondiente Evaluación de aplicación de guía de atención de enfermedad hipertensiva se observa un cumplimiento del 100% para la vigencia 2024.			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Alcanzar un cumplimiento >=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90
Proyección de la Calificación	>=0,90	>=0,90	>=0,90	>=0,90
LINEA BASE	1,00			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar revisión de la Guía de atención de enfermedad hipertensiva -Realizar medición de adherencia de acuerdo al procedimiento institucional -Realizar seguimiento mensual de medición de adherencia a la guía de atención de enfermedad hipertensiva 			
RESPONSABLE	SUBGERENCIA CIENTIFICA			



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/ SITUACIÓN ACTUAL	El hospital al realizar la medición de la correspondiente Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo se observa un cumplimiento del 100% para la vigencia 2024.			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Lograr una variación ≤ 0	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$
Proyección de la Calificación	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$	$\geq 0,80$
LINEA BASE	1,0			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar revisión de la guía de manejo de crecimiento y desarrollo -Realizar medición de adherencia de acuerdo al procedimiento institucional -Realizar seguimiento mensual de medición de adherencia a la guía de atención de enfermedad hipertensiva 			
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/ SITUACIÓN ACTUAL	Para la vigencia 2024 se presentó un resultado de 0.0 para la medición de los reingresos al servicio de urgencia antes de 72 horas con el mismo diagnóstico.			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
Alcanzar un cumplimiento <=0,03	<=0,03	<=0,03	<=0,03	<=0,03
Proyección de la Calificación	<=0,03	<=0,03	<=0,03	<=0,03
LINEA BASE	0.003			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	-Realizar seguimiento mensual - Revisión de casos de reingreso a través de Medicamentos, médico tratante, mal diagnosticado			
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/ SITUACIÓN ACTUAL	Al realizar el seguimiento al indicador de oportunidad de medicina general se observa un resultado de 3.6 días.			
ESTÁNDARPROPUESTO	LOGROS PARA LA VIGENCIA			
	2024	2025	2026	2027
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	<=3 Días
Proyección de la Calificación	<=3 Días	<=3 Días	<=3 Días	<=3 Días
LINEA BASE	1.516			
ACTIVIDADES A DESARROLLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Contratar los médicos generales necesarios para lograr una atención oportuna. -Realizar revisión constante del cumplimiento de la meta. -Elaborar plan de mejoramiento, logrando aumentar la programación y rendimiento de la consulta externa. 			
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 SANCHEZ ALCALDE

Gerente

Hospital la Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.

