
 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	<p align="center">COMUNICACIÓN OFICIAL</p>		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

PLAN DE GESTIÓN INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA -ISABU 2020 – 2023

ABRIL 2020



**GOBERNAR
ES HACER**

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:


**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE
BUCARAMANGA
NIT. 800.084.206-2**

INSTITUCIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD

GERENTE: GERMAN JESÚS GÓMEZ LIZARAZO

Decreto de Nombramiento No 0097 de marzo 24 de 2020

Diligencia de Posesión No. 0193 de marzo 26 de 2020

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

Mayo de 2020

PRESENTACIÓN


El presente Plan de Gestión, se constituye en el documento que refleja los compromisos a asumir por parte de la Gerencia de la ESE ISABU, para el periodo comprendido entre el 2020- 2023, los cuales incluyen las metas y actividades en las áreas de Dirección y Gerencia, área Financiera y Administrativa, y el área Clínica o Asistencial.

Por lo anterior, el plan de Gestión una vez aprobado, se constituirá como base para el Desarrollo de la Entidad, guardando coherencia con el Plan Estratégico de la ESE, su Plan de Desarrollo y los Planes Operativos que se desprendan de éste.

El plan de gestión presentado a la Junta Directiva contiene los resultados a alcanzar durante el periodo 2020-2023, las actividades proyectadas a ser realizadas y las metas que serán evaluadas de manera semestral.

Este plan permitirá realizar una observación minuciosa, incorporando información periódica a través del monitoreo permanente y su confrontación con indicadores trazadores como los establecidos en la Resolución 408 de 2018 y los propuestos por la Entidad. Lo que permitirá analizar efectos inmediatos en las medidas adoptadas, de tal forma que se puedan proyectar comportamientos para anticipar posibles resultados y realizar ajustes conforme al análisis y monitorización realizada.

De esta manera se podrá determinar la relevancia, impacto, eficacia, eficiencia y sostenibilidad de las acciones y estrategias aquí planteadas y su respectiva contribución a la consecución de resultados en la sostenibilidad financiera de la ESE en el mediano y largo plazo.


GERMAN JESÚS GÓMEZ LIZARAZO
 Gerente ESE ISABU



 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVO	6
3. ALCANCE	6
4. APLICABLE	6
5. RESPONSABLE	6
6. MARCO LEGAL	6
7. METODOLOGÍA	7
8. PLATAFORMA ESTRATÉGICA	8
9. PORTAFOLIO DE SERVICIOS	10
10. DESARROLLO DE LAS FASES DE PLANEACIÓN	12
10.1 FORMULACIÓN. ANÁLISIS SITUACIONAL	12
10.1.1. DIAGNÓSTICO INICIAL	13
- Área Dirección y Gerencia	13
- Área Financiera y Administrativa	15
- Área Gestión Clínica o Asistencial	16
10.1.2 MATRIZ DIAGNÓSTICO INICIAL	19
10.1.3 MATRIZ DE LOGROS Y COMPROMISOS	25
10.1.4 MATRIZ DE METAS	30
10.1.5 MATRIZ DE EVALUACIÓN	31
10.2 FASE DE PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN	34
10.3 FASE DE EVALUACIÓN	34
11. SOCIALIZACIÓN Y DESPLIEGUE DEL PLAN DE GESTIÓN DE LA ESE	35

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad	
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad	
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019	
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:	5/38

PLAN DE GESTIÓN ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA – ISABU

1. INTRODUCCIÓN

El presente Plan de Gestión de la E.S.E. ISABU, está planteado para ejecutarse durante el periodo 2020-2023, y su elaboración se encuentra alineada a lo establecido en la Ley 1438 de 2011 y las Resoluciones 710 de 2012, 743 de 2013 y 408 de 2018 del Ministerio de Salud, a través de las cuales se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión del Gerente y su respectiva evaluación por parte de la Junta Directiva, en las diferentes áreas de Gestión.


Para poder desarrollar este ejercicio, se inició con un análisis objetivo y realista del escenario actual de la ESE, siempre con miras hacia el futuro de manera ambiciosa, buscando el crecimiento integral como empresa y cumplir con su esencialidad misional.

Este proceso de gestión buscó definir y establecer los objetivos que se pretenden lograr en este cuatrienio, así como las actividades que se llevarán a cabo para alcanzarlos. Lo anterior teniendo como premisa una mejor toma de decisiones y la firme intención de lograr un posicionamiento de la Entidad en el mercado.

Los compromisos acordados permitirán orientar la ESE ISABU hacia la definición de su plan de desarrollo, asignación de recursos, tiempos y responsabilidades, que facilitarán el cumplimiento de la gerencia y el seguimiento por parte de la Junta Directiva de la institución.

A continuación, se describe la estructura general que corresponde a un instrumento idóneo, para reflejar los aspectos estratégicos y operativos inherentes a la planificación del cumplimiento de la misión de la Institución, a saber:

- Primera parte, presentación de las características internas de la Entidad, como son la identificación del hospital, modelo de red, cultura corporativa y lineamientos estratégicos, misión, visión, principios y valores corporativos y portafolio de servicios.
- Segunda parte, formulación del Plan de Gestión por cada área de Gestión. Corresponde a la presentación de los diferentes indicadores objeto de evaluación, en los cuales se determina la línea base a través de una evaluación cuantitativa y cualitativa, planteamiento de escenarios de intervención, donde se definen los compromisos y las actividades a desarrollar, el indicador su respectiva fórmula, estándar propuesto, línea base y las metas de cumplimientos propuestas por la Gerencia en forma anual de 2020 a 2023.
- Tercera parte, socialización y Despliegue del Plan de Gestión de la ESE.

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

2. OBJETIVO

Lograr que la Entidad fije procedimientos, metas y programas, orientados al logro de los objetivos institucionales, con el fin de restablecer la solidez económica y financiera de la ESE y asegurar de esta forma la continuidad, la calidad y la oportunidad en la prestación del servicio público de salud.

3. ALCANCE

El Plan de Gestión de la ESE ISABU inicia desde la formulación, presentación y aprobación de las metas y compromisos del plan para el cuatrienio y finaliza con el seguimiento y evaluación de su cumplimiento por parte de la Junta Directiva de la institución.

4. APLICABLE


El Plan de Gestión institucional para la vigencia 2020-2023 aplica a todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga.

5. RESPONSABLE

Gerente

6. MARCO LEGAL

- 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. Artículo 73: procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Artículo 74: Evaluación del plan de gestión del director o gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.
- Resolución 710 de 2012. Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las empresas sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la junta directiva, y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 743 de 2013. Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 408 de 2018. Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y se dictan otras disposiciones.


 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

7. METODOLOGÍA

De conformidad con la Resolución 710 de 2012, la formulación del Plan de Gestión contempla el desarrollo de 5 fases.



- Fase 1: Preparación. En esta fase se identifican las fuentes de información para establecer la línea base de los indicadores. Para el desarrollo de esta etapa se contó con las fichas técnicas de los indicadores de dirección, financieros, administrativos y asistenciales del Anexo 2 de la Resolución 408 de 2018, cuya medición se viene realizando desde la vigencia 2017.
- Fase 2: Formulación. En esta fase se consolida la información de la línea base de cada uno de los indicadores del anexo No.2 de la Resolución 408 de 2018. En esta etapa se revisaron los indicadores por área y se elaboró la matriz de diagnóstico por indicadores, sin embargo, se aclara que no se cuenta con informe de ejecución donde se registre los resultados obtenidos de los indicadores durante la vigencia 2019, se tomará la información presentada por el área de planeación de la ESE y registrada en el informe de Empalme entregado por el Gerente anterior. Adicionalmente se define la matriz de compromisos, actividades y metas para el cuatrienio 2020-2023.
- Fase 3: Aprobación. En esta fase se realiza la presentación de la propuesta del plan de gestión gerencial de la ESE ISABU para la vigencia 2020-2023, para la respectiva aprobación por parte de la Junta Directiva.
- Fase 4: Fase de Ejecución. Una vez aprobado el plan de gestión gerencial su desarrollo contempla tres momentos. El primero inicia con la notificación a las unidades funcionales y/o subgerencias donde se elaboran los planes de acción enfocados al cumplimiento de los indicadores del plan de gestión; en segunda instancia se realiza seguimiento a la ejecución de actividades de manera sistemática debidamente soportada. Finalmente se presenta el informe anual de cumplimiento del plan de gestión a la Junta Directiva.

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad	
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad	
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019	
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:	8/38

- Fase 5. Evaluación. Con base en las metas establecidas en el plan de gestión de la ESE ISABU, se realiza la evaluación anual de los resultados y de la gestión del Gerente para los años 2020, 2021, 2022 y 2023 de conformidad con los indicadores del anexo No.2 de la Resolución 408 de 2018.

8. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Es el eje central del proceso de desarrollo de la ESE, es la planeación estratégica, que permite tomar decisiones en situaciones futuras altamente variables, determinando herramientas que identifiquen la manera más efectiva de lograrlo.

Es por ello que para el año 2016 se inició con la estructuración del Plan de Desarrollo como herramienta estratégica de gestión que permite formular y evaluar un conjunto de proyectos y programas de manera eficiente según sea el nivel de prioridad, facilitando la toma de decisiones y permitiendo el cumplimiento de la misión y visión de la ESE ISABU (2016- 2020).

MISIÓN

“Somos la empresa social del estado organizada en red, que ofrece a los ciudadanos de Bucaramanga y su área de influencia, servicios de salud primarios y complementarios con altos estándares de calidad, enfoque preventivo e integral, humanización y vocación docencia servicio.”


VISIÓN

“Para el año 2020 la E.S.E ISABU, será una empresa auto sostenible líder en el desarrollo del modelo integral de atención en salud MIAS, con talento humano competente, infraestructura moderna y tecnología de punta, para goce efectivo de la salud de los ciudadanos de Bucaramanga y su área de influencia.

PRINCIPIOS Y VALORES


La salud es el bien más preciado del hombre y está establecida como un derecho fundamental universal de todo ser humano, por tal motivo los principios y valores de la E.S.E ISABU están enfocados en orientar el comportamiento de todos los clientes tanto externos como internos en pro realizarse como personas y como institución, permitiendo una sana y agradable convivencia.

- **Compromiso:** La responsabilidad de nuestras labores, tareas, actividades y la obligación en el cumplimiento de los deberes se ve en el sentido de pertenencia que los empleados muestran a la institución, buscando con ello llegar a la misión para la cual fue creada la ESE ISABU. La Institución cuenta con funcionarios comprometidos moralmente hacia la entidad quienes exhiben comportamientos que van alineados con los objetivos misionales ya que se asumen esos objetivos como propios, prestando servicios que van más allá de la línea del deber y tomando iniciativas que resultan beneficiosas para la entidad.
- **Transparencia:** La verdadera amistad lleva a que el vínculo entre compañeros sea sincero y leal, apuntando esto al crecimiento personal e institucional. Es por ello que el factor humano de la empresa es prioridad aprestándonos a la unión, a la fraternidad y al interés por nuestro compañero(a) de labores sin

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

distinción alguna, demostrando así la integración total de la familia ESE ISABU. Por otro lado, la E.S.E ISABU considera los hechos de corrupción como acciones inaceptables e intolerables dentro de la entidad, para esto se trabaja arduamente en prevenir y evitar estos sucesos, brindando una contratación transparente, además de toda la información requerida por la ciudadanía, acatando los lineamientos del gobierno nacional.

- **Compañerismo:** Hace más fácil tomar decisiones cuando se trabaja en equipo dando como resultado soluciones de manera clara e inequívoca. Adicionalmente permite compartir las tareas encomendadas y nos conduce a la ayuda en casos de problemas, necesidades o catástrofes.
- **Solidaridad:** Con este valor se demuestra el alto grado de integración interna y externa, cuando se adhiere totalmente a una causa, situación o circunstancia lo que implica asumir y compartir beneficios y riesgos. En la institución se busca unir lazos para cobijar de nuestros servicios y voluntad de trabajo a nuestros usuarios y comunidad en general, cuando su estado de indefensión en cuanto a la salubridad se requiere.
- **Respeto:** El respeto es un valor fundamental para hacer posibles las relaciones de convivencia y comunicación eficaz entre las personas, ya que son condición indispensable para el surgimiento de la confianza en la sociedad, igualmente este valor permite que los funcionarios y quienes prestan sus servicios en la institución puedan reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades de todas las personas, es por ello que reconocemos y respetamos los derechos y formas de pensamiento tanto de compañeros de labor como de los usuarios permitiendo así que se viva en paz, en una sana convivencia con base en normas y principios.
- **Tolerancia:** Es de vital importancia contar con la capacidad de escuchar y aceptar a los demás, comprendiendo el valor de las distintas formas de entender la vida, sin permitir que estas formas atenten contra los derechos de los demás. Es por ello que la consigna para la E.S.E ISABU es que permanezca la armonía a pesar de las diferencias, contribuyendo así a la cultura de la paz, donde se acepta la riqueza infinita de las diversas formas de pensamiento y expresión de las personas.
- **Liderazgo:** La E.S.E ISABU se forman líderes basados en el conocimiento, la confianza, modelos de conducta y la integridad que lleva a la capacidad de conducir a los demás para alcanzar un objetivo o meta, teniendo claro que como líderes se toman decisiones que influyen en la institución de manera positiva.

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
			Código:	F-1400-27	Versión

9. PORTAFOLIO DE SERVICIOS

La ESE Instituto de Salud de Bucaramanga es una entidad de baja complejidad con servicios complementarios de mediana complejidad, cuanta con 22 centros de salud de atención ambulatoria de baja complejidad y dos unidades atención hospitalaria siendo estas dos la Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita - UIMIST y Hospital local del Norte – HLN.

Localización:


Tabla No 1. Localización de las Unidades Hospitalarias y Centros de Atención

Unidades Hospitalarias y Centros de Atención		Localización
Hospital Local del Norte - H.L.N.		Cr. 9A Cl 12 Colseguros
Unidad Intermedia de Atención Materno Infantil Santa Teresita – UIMIST		Cr. 21 No. 12 - 02
Zona 1 - Norte	C.A. Sector COLORADOS	Av. 52N N°. 21 - 89
	C.A. Sector CAFÉ MADRID	ClI 34 norte N° 8a bis-18
	C.A. Sector VILLA ROSA	Cr. 11 N°. 18B - 50
	C.A. Sector REGADEROS	Cr. 23C N°. 1 – 04
	C.A. Sector	IPC Km. 2 Vía a la costa
	C.A. Sector SAN RAFAEL	Cl. 4 No. 10 - 45
	C.A. Sector KENNEDY	Temporalmente en H.L.N.
Zona 2 – Centro Oriente	C.A. Sector ROSARIO	Cl. 34 No. 35 - 57
	C.A. Sector MORRO RICO	Km. 4 Vía Pamplona
	C.A. Sector COMUNEROS	Cl. 10 No. 17 – 28
	C.A. Sector GIRARDOT	Cr. 6 No. 25 - 34
	C.A. Sector GAITÁN	Cr. 12 No. 16 - 10
	C.A. Sector SANTANDER	Cl. 27 No. 8 occ. - 35
Zona 3 - Sur	C.A. Sector CONCORDIA	Cl. 53 No. 21 - 63
	C.A. Sector LA JOYA	Cl. 41 No. 4 - 31
	C.A. Sector CPO. HERMOSO	Cl. 45 No. 0 occ. - 199
	C.A. Sector MUTIS	Cr 3W No. 57 - 51
	C.A. Sector PABLO VI	Cr 10E No. 67ª - 08
	C.A. Sector LA LIBERTAD	Cr. 32 No. 99 - 18
	C.A. Sector CRISTAL ALTO	Cl. 122 No. 19 - 65
	C.A. Sector TOLEDO PLATA	Cl. 105 No. 15D - 28
	C.A. Sector BUCARAMANGA	Cl. 69 No. 10 - 01

Fuente: Informe de Gestión Proceso de Empalme vigencia 2016-2019

SERVICIOS AMBULATORIOS

- Consulta de Medicina General.
- Consulta Odontológica General.

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad	
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad	
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019	
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:	11/38

- Consulta y Actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad: incluyen actividades de capacitación, información y educación continua en relación con los siguientes programas y componentes: Maternidad Segura “La Magia del Amor”, Control Prenatal, Recién Nacido, Crecimiento y Desarrollo, PAI, IAMI, AIEPI, Salud Oral, Detección Temprana de Alteraciones de la Agudeza Visual, Control de Planificación Familiar, Detección Temprana de Alteraciones del Joven, Detección Temprana de Cáncer de Cérvix y Mama y Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor. x Consulta de Medicina Especializada: Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía General y Pediátrica, Medicina Interna, Dermatología, Ortopedia, Cirugía Plástica y Urología. x Apoyo Terapéutico: Fisioterapia, Fonoaudiología, Trabajo Social, Nutrición, Psicología y Farmacia. x Apoyo Diagnóstico: Laboratorio Clínico, Ecografías, Rayos X, Electrocardiografía y Monitoreo Fetal

SERVICIOS HOSPITALARIOS

- Servicios de Urgencias: Medicina General y Ginecobstetricia, Sala de Observación, Sala de Partos e Interconsulta de Medicina Especializada en Pediatría, Medicina Interna, Cirugía Ginecobstetricia y Cirugía General.
- Servicios de Quirúrgicas y Obstétricas: En las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía General.
- Internación en las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Neonatología y Cirugía General.
- Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, de primero y segundo nivel de atención.
- Otros servicios: Sala de Rehidratación Oral, Sala General de Procedimientos Menores, Sala ERA de Adultos y Pediátrica, Sala de Yesos.

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

- Atención Primaria en Salud (A.P.S.).
- Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C.).
- Vigilancia Epidemiológica.

En la vigencia 2020 se realizó ajustes en la distribución de los centros de salud en virtud de la Resolución 0058 del 4 de febrero de 2020, estableció la zonificación de los centros de salud del Municipio de Bucaramanga en dos (2) zonas para la supervisión y coordinación de los servicios habilitados en los veintidós (22) centros de salud, quedando las zonas de la siguiente manera


 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
			Código:	F-1400-27	Versión

Tabla No 2 . Ubicación de las sedes que conforman la red de la ESE ISABU de acuerdo a la resolución 0058 del 4 de febrero de 2020 unidades

Unidades Hospitalarias y Centros de Atención		Localización
Hospital Local del Norte - H.L.N.		Cr. 9A Cl 12 Colseguros
Unidad Intermedia de Atención Materno Infantil Santa Teresita – UIMIST		Cr. 21 No. 12 - 02
Zona 1 - Norte	C.A. Sector COLORADOS	Av. 52N N°. 21 - 89
	C.A. Sector CAFÉ MADRID	Cll 34 norte N° 8a bis-18
	C.A. Sector VILLA ROSA	Cr. 11 N°. 18B - 50
	C.A. Sector REGADEROS	Cr. 23C N°. 1 – 04
	C.A. Sector IPC	Km. 2 Vía a la costa
	C.A. Sector SAN RAFAEL	Cl. 4 No. 10 - 45
	C.A. Sector KENNEDY	Temporalmente en H.L.N.
	C.A. Sector GAITÁN	Cr. 12 No. 16 - 10
	C.A. Sector GIRARDOT	Cr. 6 No. 25 - 34
	C.A. Sector SANTANDER	Cl. 27 No. 8 occ. - 35
Zona Surorienté	C.A. Sector ROSARIO	Cl. 34 No. 35 - 57
	C.A. Sector MORRO RICO	Km. 4 Vía Pamplona
	C.A. Sector COMUNEROS	Cl. 10 No. 17 – 28
	C.A. Sector CONCORDIA	Cl. 53 No. 21 - 63
	C.A. Sector LA JOYA	Cl. 41 No. 4 - 31
	C.A. Sector CPO. HERMOSO	Cl. 45 No. 0 occ. - 199
	C.A. Sector MUTIS	Cr 3W No. 57 - 51
	C.A. Sector PABLO VI	Cr 10E No. 67 ^a - 08
	C.A. Sector LA LIBERTAD	Cr. 32 No. 99 - 18
	C.A. Sector CRISTAL ALTO	Cl. 122 No. 19 - 65
	C.A. Sector TOLEDO PLATA	Cl. 105 No. 15D - 28
	C.A. Sector BUCARAMANGA	Cl. 69 No. 10 - 01

Fuente: Informe de Gestión Proceso de Empalme vigencia 2016-2019

10. DESARROLLO DE LAS FASES DEL PLAN DE GESTIÓN

10.1 FORMULACIÓN. ANÁLISIS SITUACIONAL

El Instituto de Salud de Bucaramanga se creó mediante los Decretos 665 y 668 de diciembre de 1989, siendo inicialmente un establecimiento público descentralizado del orden municipal. En el año de 1994 todas las entidades descentralizadas prestadoras de servicios de salud fueron reestructuradas mediante el Decreto 1876 del 3 de agosto del mismo año y el ISABU obtiene la modalidad de Empresa Social del Estado con la categoría especial de Entidad Descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuya función esencial es la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del


UIMIST

Carrera 21 Calle 12-02 San Francisco

Conmutador:6973009-6719613

Web: www.isabu.gov.co

Bucaramanga, Departamento de Santander, Colombia

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

Estado y como parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Instituto de Salud de Bucaramanga fue convertido en Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga (ESE ISABU) mediante el acuerdo municipal No. 031 de julio 30 de 1997, constituyéndose en la red pública de atención del primer nivel de complejidad para el municipio de Bucaramanga del orden descentralizado; actualmente está conformada por 24 puntos de atención, distribuidos en 22 Centros de Salud de atención ambulatoria de baja complejidad y 2 unidades de atención hospitalaria, siendo éstas la Unidad Intermedia Materno Infantil Santa Teresita - UIMIST y el Hospital Local del Norte - HLN.

10.1.1 DIAGNÓSTICO INICIAL

- Área de Dirección y Gerencia

La ESE ISABU, realizó el proceso de autoevaluación frente a los estándares de acreditación, en forma anual iniciando este proceso en el año 2017 evaluando el año 2016, en el 2018 se evaluó el 2017, en el 2019 se evaluó el 2018 y en el mes de febrero de 2.020 se evaluará el año 2019.

Para la autoevaluación de estándares de acreditación se aplica la matriz de autoevaluación emanada del Ministerio de Salud y Protección social, en el 2019 se autoevaluó de acuerdo a la resolución 5095 del 2.018.


A continuación, podemos evidenciar el resultado de la aplicación de la matriz de autoevaluación por año.

Tabla No 3. Autoevaluación Estándares de Acreditación 2016- 2019

AUTOEVALUACION ESTANDARES ACREDITACION	2,016	2,017	2,018	2,019
ESTANDAR	PROMEDIO			
ESTANDAR CLIENTE ASISTENCIAL	1.1	1.58	1.91	2.1
ESTANDAR DE DIRECCIONAMIENTO	1.2	2.01	2.9	2.23
ESTANDAR DE GERENCIA	1.2	1.97	2.26	3.2
ESTANDAR DE DE TALENTO HUMANO	1.3	1.44	2	1.9
ESTANDAR AMBIENTE FISICO	1	1.2	1.68	2.22
ESTANDAR GERENCIA DE LA TECNOLOGIA	1	1.57	1.81	2.51
ESTANDAR GERENCIA DE LA INFORMACION	1	1.72	1.4	3.0
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO CONTINUO	1.1	1.72	1.88	2.00
PROMEDIO TOTAL	1.11	1.65	1.98	2.4

Fuente: Oficina de Calidad – Matriz de Autoevaluación

Finalizada la fase de autoevaluación, se identifican los procesos prioritarios institucionales, los cuales se convierten en insumo para la construcción del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad	
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad	
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019	
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:	14/38

La oficina de Calidad de la ESE, presenta un consolidado que permite identificar las principales actividades desarrolladas en las vigencias 2015 a 2019 y establece unas recomendaciones para continuar con el proceso de mejoramiento continuo que ha venido adelantando la institución.


Tabla No 4. Implementación PAMEC 2016-2019

SITUACIÓN EN 2015	SITUACIÓN EN 2016	PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS 2017	PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS 2018	PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS 2019	SITUACIÓN DE LA ESE AL TÉRMINO DE LA GESTIÓN	RECOMENDACIONES
Se evidencia un documento PAMEC 2.012-2.015, el cual cumple con los criterios mínimos que debe contener este tipo de documento, sin embargo, no se cuenta con evidencia del cumplimiento de los pasos de la ruta crítica,	En el 2.016 no se realizó el PAMEC, teniendo en cuenta que la administración inició en julio de 2.016, tiempo en el cual no es posible desarrollar un PAMEC, pues este requiere de mínimo un año para el desarrollo de la ruta crítica.	Durante la vigencia 2017 la ESE desarrolló un documento PAMEC que describe de manera secuencial y estructurada, el desarrollo de cada uno de los pasos de la ruta crítica del PAMEC con enfoque en acreditación en la ESE ISABU bajo resolución 123 2012, se evidencian soportes y un porcentaje de 97,4% de cumplimiento. En el 2.017 la ESE ISABU fue catalogada por la secretaria de salud departamental como una de las Eses del departamento que cumplió al 100% con la ruta crítica PAMEC	Durante la vigencia 2018 la ESE desarrolló un documento PAMEC que describe de manera secuencial y estructurada, el desarrollo de cada uno de los pasos de la ruta crítica del PAMEC con enfoque en acreditación en la ESE ISABU bajo resolución 123 2012, se evidencia soportes y un porcentaje de 97,6%.	Durante la vigencia 2019, la ESE ISABU afianza el PAMEC como herramienta para dar comienzo al ciclo de preparación hacia acreditación como propósito fundamental el mejoramiento continuo de la calidad, la cultura organizacional y aprendizaje organizacional de cada uno de los colaboradores de la organización, usuarios, familiares y partes interesadas, con un porcentaje de cumplimiento con corte a 31 de diciembre de 2.019 de 97,8%, es decir de 451 acciones de mejoramiento programadas se cumplió con 445 acciones.	Al finalizar la gestión se entrega un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad consolidado, con unas bases sólidas para continuar con el ciclo PHVA, Un PAMEC reconocido a nivel departamental y nacional como de los mejores, líderes empoderados y capacitados, indicadores de calidad definidos con ficha técnica construida para continuar con su medición.	Continuar con la cultura del mejoramiento continuo, afianzar los grupos primarios incentivando cada día la participación de más funcionarios, implementar el balance score card o tablero de mando de indicadores en el software Panacea.

Fuente: Oficina de Calidad ESE ISABU

Gestión de Planeación y Direccionamiento Estratégico – Plan de Desarrollo

Se encuentra que la ESE ISABU, diseñó el Plan de Desarrollo el cual fue aprobado mediante la resolución N°0372 el 30 de diciembre de 2016 para el período 2016-2020 y fue denominado “ISABU AVANZANDO CON LOS CIUDADANOS”

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

Fueron planteados cuatro objetivos estratégicos para la vigencia 2016-2020:

- Atención al usuario y su familia con servicios seguros y de calidad.
- Prevención y saneamiento fiscal y sostenibilidad financiera.
- Fortalecimiento institucional bajo un sistema integrado de gestión.
- Articulación en redes para la prestación de servicios de salud.

De tal forma que se diseñaron programas, proyectos y actividades, que constituyen el Plan de acción, enfocados en dar cumplimiento a los 4 objetivos estratégicos planteados en el Plan de desarrollo.

Los planes de Acción diseñados, fueron monitorizados en forma trimestral, dando así cumplimiento al indicador N° 3 Gestión de ejecución del plan de desarrollo. La publicación de estos planes de acción se realizó en forma anual, conforme a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 en el artículo 74, cumpliendo con su publicación antes del 31 de enero de cada año, en la página web institucional.

- Área Financiera y Administrativa

Riesgo Fiscal y Financiero

La Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga (ESE ISABU) para la vigencia 2019 el Ministerio emitió la Resolución 1342 del 29 de mayo de 2019 en donde el resultado del índice de riesgo: SIN RIESGO FISCAL Y FINANCIERO.


La evolución del gasto por Unidad de Valor Relativo (UVR) producida el cual su calculo es gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometidos dividido en el número de UVR producidas cuyo reporte es generado en el SIHO y en la vigencia 2018 su resultado fue 10.592 y en 2019 fue de 11.003 para una variación de las vigencias de 1.04.

La proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido por la ESE ISABU mediante los mecanismos de compras conjuntas, compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o compras a través de mecanismos electrónicos para la vigencia 2019 fue 0.78

El valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios fue de 0

La utilización de la información del Registro Individual de Prestaciones – RIPS, trimestralmente se presenta ante la Junta Directiva el análisis de la prestación de servicios de salud, durante la vigencia 2019 se presentaron 4 informes.

El resultado del equilibrio presupuestal con recaudo, correspondiente al valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluyendo el recaudo de cuentas por cobrar de vigencias anteriores) sobre el valor de la ejecución de gastos comprometidos en la vigencia (incluyendo el valor comprometido de cuentas por pagar de vigencias anteriores); el resultado para la vigencia 2019 fue de 0,84 .

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

La oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la circular única expedida por la Superintendencia nacional de salud se dio cumplimiento durante la vigencia 2019 al igual que la oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2 capitulo 8 titulo 3 parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016 -decreto único reglamentario del sector de salud y protección social o la norma que la sustituya.

- Área de Gestión Clínica o Asistencial

Actualmente la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga – ISABU, presta servicios de salud de Baja complejidad y por complementariedad servicios de mediana complejidad, su estructura la constituye un edificio de 2 unidades hospitalarias y 22 Centros de Salud, con una capacidad de 89 camas habilitadas según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, distribuidas entre hospitalización, 31 camillas de observación, 3 quirófanos y 4 salas de partos, así como consultorios 65 de consulta externa utilizadas por los usuarios adultos y pediátricos que requieren diagnóstico y tratamiento.

Para lograr comprender la preponderancia de estos indicadores, dentro del plan de gestión, se recurre a sustentar su valoración, tomando en cuenta el análisis de éste desde una perspectiva epidemiológica, a la luz del análisis de causalidad de la mortalidad materna en la región, para dar cumplimiento a este propósito, se toma como referencia el presente contexto tomado del INFORME EPIDEMIOLOGICO DE SANTANDER, Año 9, Número 2, abril - junio de 2015 ISSN 2215 – 7700, Lilibeth López Moreno, Enf. MSc. Rafael Esquiaqui Felipe, Bt. MSc.

“Perfil de mortalidad materna y mortalidad perinatal en Santander Informe Epidemiológico de Santander - Año IX, Número 2 (2015)


Durante el período 2009-2014, en el departamento de Santander se notificaron 82 muertes maternas, con una razón entre 54,0 y 72,9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (NV); encontrándose que el máximo valor se presentó en el año 2009.

De acuerdo con lo anterior, el departamento de Santander está cumpliendo con las metas propuestas por el Plan Decenal de Salud Pública (meta para mortalidad materna menor de 62,4 por 100.000 NV) y con las metas propuestas en los ODM a 2015 (meta para mortalidad materna menor a 45,0 por cada 100.000 NV).

Con relación al control y supervisión de la gestación, que se realiza con la asistencia al control prenatal (CPN), en los años de estudio se encontró que el promedio de CPN entre los casos de muerte en Santander durante 2009 a 2014 fue de $3,2 \pm 3,4$ controles.

En el año 2014, se evidenció un mejor comportamiento con un promedio de $5,4 \pm 3,5$ controles, siendo el más alto durante el período de análisis; mientras que en el 2012 se obtuvo un promedio inferior a dos CPN ($1,6 \pm 1,8$)

En general, el 57,3% de las gestantes que fallecieron no realizaron CPN (32,9%) o estos fueron inferiores a cuatro (24,4%); además, la semana de inicio promedio de CPN fue la $12,3 \pm 9,3$ semanas. El CPN fue realizado

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

por médico general en el 48,7% de los casos, y por médico obstetra en el 15,8%. Con relación al nivel de atención de los servicios de salud a donde acudieron estas madres, un 39,0% de ellas fueron atendidas en el primer nivel y un 17,0% en el segundo nivel. El momento de ocurrencia de la muerte más frecuente fue el puerperio que supera las 24 horas posparto (41,5%), seguido de las muertes que ocurren durante la gestación (31,7%), y en último lugar se encontraron las muertes ocurridas en el puerperio menor de 24 horas.

Los diagnósticos relacionados con la mortalidad materna fueron la sepsis puerperal en el 7,3% de los casos, los trastornos hipertensivos del embarazo como la eclampsia en el 1,2%, y la pre eclampsia en el 4,2%; la hemorragia en el 11,0% (9) y la embolia obstétrica en el 2,4% (2). En 10 de los casos notificados durante el período de análisis no se relacionó una causa básica de defunción conocida. Dentro de las causas indirectas las más frecuentes se concentraron en el grupo de las neoplasias con un 22,5% de los casos (9), seguido de las enfermedades respiratorias con un 12,5% (5) y las enfermedades cardiovasculares con un 7,5% (3).

Los casos de mortalidad materna durante el período 2009-2014 se agruparon principalmente en los municipios del área metropolitana de Bucaramanga y Barrancabermeja según la información notificada al SIVIGILA; concentrando el 40,2% de los casos, con 17 y 16 muertes maternas, respectivamente. De los casos de mortalidad materna el 70,7% se presentaron en la cabecera municipal, estos resultados indican de forma indirecta el mejoramiento en la capacidad de atención en los servicios de salud, así como en las condiciones de oportunidad y barreras de acceso contempladas en las demoras tipo 3 y 4. Dentro de los antecedentes maternos se encontró que el promedio de edad de las gestantes fallecidas fue de aproximadamente 28 años, más de la mitad pertenecían al régimen subsidiado y poco menos de un tercio de las gestantes fallecidas tenían como nivel de escolaridad más frecuente la secundaria, indicando esto de forma indirecta una falta de conocimiento y compromiso con el binomio madre-hijo, así como la necesidad de diseñar estrategias de educación a población con estas características. Se recomienda orientar las acciones de reducción de la mortalidad materna en el departamento hacia la inducción de la demanda para acudir a los servicios de salud, especialmente al control prenatal. Asimismo, es necesario mejorar el acceso a la prestación de los servicios de salud, y fortalecer la capacidad técnico científico y resolutivo del personal médico y de todo el equipo de salud asistencial.

Según el plan de desarrollo de Santander 2016-2019: se registró una razón de mortalidad materna de 55,5 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Y “declara una tendencia creciente en los años recientes”, estableciendo como meta la reducción a 50,0 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. En el año 2018 se presentaron 521 muertes maternas, pasando al año 2019 con 468 muertes maternas, que corresponde a una reducción del 10% en valores absolutos.

Por otro lado, según el Instituto Nacional de Salud, y tomando como fuente SIVIGILA, DANE, Estadísticas Preliminares 2019, la mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01-48 de 2019, se encuentran como causas directas en primer lugar la Hemorragia Obstétrica con 54 casos, correspondiendo al 19,6%, en un segundo lugar el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con 51 casos, representando el 18,5%.

Si tomamos en cuenta la razón de mortalidad materna según entidad territorial y de residencia y de Colombia (semana epidemiológica 9 de 2020): la razón de muerte materna por 100,000 vivos en Colombia fue de 51,0 y en Santander 22,0, siendo después de Antioquia el Departamento con la menor razón de mortalidad materna.



 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

Tabla No 5. Causas de Mortalidad año 2019 (Nación, Santander y Municipios área metropolitana)

DIAGNÓSTICO	NACIONAL	SANTANDER	BUCARAMANGA	FLORIDABLANCA	GIRON	PIEDRECUESTA
000 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	3.796	78	25	12	5	6
101 Enfermedades infecciosas intestinales	1.026	50	22	4	3	1
102 Tuberculosis	1.003	45	22	4	1	3
103 Ciertas enfermedades transmisibles por vectores y rabia	365	54	7	4	2	0
104 Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	82	5	2	0	0	0
105 Meningitis	265	18	5	3	3	0
106 Septicemia, excepto neonatal	1.156	28	8	5	1	1
107 Enfermedad por el VIH (SIDA)	2.361	83	30	20	3	7
108 Infecciones respiratorias agudas	9.366	346	131	34	14	17
109 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	791	52	10	7	5	6
201-2014 Patología neoplásica en diferentes ubicaciones*	44.039	2.224	793	365	147	168
215 Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	3.704	152	52	20	8	12
301 Fiebre reumática aguda y enfermedades reumáticas crónicas	93	3	2	0	0	0
302 Enfermedades hipertensivas	8.770	458	112	39	20	22
303 Enfermedades isquémicas del corazón	37.516	1.737	438	204	92	97

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

DIAGNÓSTICO	NACIONAL	SANTANDER	BUCARAMANGA	FLORIDABLANCA	GIRON	PIEDECUESTA
304 Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	5.790	312	103	33	16	15
305 Paro cardíaco	4	0	0	0	0	0
306 Insuficiencia cardíaca	2.406	62	18	6	2	4
307 Enfermedades cerebrovasculares	15.275	737	248	69	40	41
308 Aterosclerosis	64	2	1	0	0	0
309 Las demás enfermedades del sistema circulatorio	3.060	201	62	17	17	11
401 Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	109	4	0	0	1	0
402 Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	281	18	3	3	3	0
403 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	240	7	0	2	0	0
404 Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	1.437	43	10	1	2	3
405 Sepsis bacteriana del recién nacido	659	12	0	2	0	1
406 Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	983	39	12	5	7	1
501-514 Accidentes de tránsito, caídas, por arma de fuego, ahogamiento, exposición a tóxicos o sustancias nocivas, suicidios, homicidios	29.232	1.044	314	84	90	76


UIMIST

Carrera 21 Calle 12-02 San Francisco

Conmutador:6973009-6719613


Web: www.isabu.gov.co

Bucaramanga, Departamento de Santander, Colombia

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

DIAGNÓSTICO	NACIONAL	SANTANDER	BUCARAMANGA	FLORIDABLANCA	GIRON	PIEDRECUESTA
601 Diabetes mellitus	7.663	550	168	80	39	44
602 Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	1.852	65	18	8	2	3
603 Trastornos mentales y del comportamiento	1.338	82	30	16	2	5
604 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	5.454	268	109	42	20	20
605 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	15.916	639	176	60	29	30
606 Resto de enfermedades del sistema respiratorio	3.845	277	100	25	13	16
607 Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	1.764	75	21	10	6	5
608 Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	2.839	274	79	26	24	15
609 Resto de enfermedades del sistema digestivo	7.437	320	98	36	16	14
610 Enfermedades del sistema urinario	6.530	240	82	21	10	16
611 Hiperplasia de la próstata	454	33	8	4	0	2
612 Embarazo, parto y puerperio	468	17	5	0	3	1
613 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2.313	109	37	19	11	11
614 Resto de las enfermedades	6.446	448	161	66	24	48
Total Muertes mayores a 48 horas (2019 Preliminar)	238.192	11.211	3.522	1.356	681	722

Fuente: DANE: Defunciones por grupos de edad y sexo, según departamento, municipio de residencia y grupos de causas de defunción (Lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 de OPS)

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad	
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad	
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019	
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:	21/38

En el Análisis de las demoras encontradas en los casos de mortalidad materna en el departamento durante el período 2009-2014, se observó que:

La demora 1 se presentó en un 31,0% de los casos, y entre las principales barreras se encontraron las siguientes:

- Desconocimiento del problema por parte de las gestantes.
- Desconocimiento de los factores de riesgo por parte de las gestantes durante la gestación.
- Desconocimiento de los derechos y deberes en salud.

La demora 4 se presentó en el 25,0% de los casos notificados en el período 2009-2014, en esta demora se encontraron asociados los factores contribuyentes:

- Inconveniente en la oportunidad del servicio de salud para atender a la gestante.
- Programas de promoción y prevención ineficientes (identificación de factores de riesgo durante controles prenatales).
- Falta de evaluación y cumplimiento de protocolos.

La demora 3 analizada arrojó como principal factor asociado la remisión inoportuna y la inaccesibilidad geográfica; mientras que la demora tipo 2 se encontró asociada a factores sociodemográficos como inconvenientes económicos, familiares y culturales para acudir de manera oportuna a los servicios de salud.


Por lo anterior, en el plan de Gestión se valora el comportamiento de la Captación de Gestantes antes de la semana 12 durante la vigencia 2019, la cual se mantuvo en el 70.75% en promedio. Se evidenció varias causas por las cuales las madres llegan de manera tardía al control prenatal dentro de ellas una de las más relevantes corresponde a trámites administrativos, debido a que se encuentran zonificadas en otras ciudades y no han realizado el respectivo traslado.

Se sugiere continuar con la búsqueda y captación desde las pruebas positivas de embarazo y demanda inducida por las estrategias de Atención Primaria en Salud – Plan de Intervenciones Colectivas – y a través del equipo Extramural de la ESE.

Realizar el control y seguimiento diario al registro de pruebas de embarazo, ingreso al control prenatal, haciendo el respectivo reporte a la Gerencia y Subgerencia Científica. Identificar las gestantes que no ingresan en forma temprana al control prenatal, y Educar a la población en la importancia del ingreso temprano al Programa de Control Prenatal.

En cuanto a la valoración del indicador de Evaluación a la adherencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo adoptada mediante Resolución 238 de 2 de octubre de 2017 de la Gerencia de la ESE ISABU; se realiza de los registros evidenciados en las historias clínicas digitales de controles de primera vez, control o seguimiento por medicina general y control o seguimiento por enfermería de la vigencia 2019, realizados en los centros de salud de la ESE ISABU. Se evaluó la aplicación de guía de manejo del Programa de Crecimiento y Desarrollo por medio de la revisión de los registros de 1010 historia clínica realizadas por Medicina General y Enfermería. Se considera que aplicó estrictamente la guía las historias clínicas que tuvieron un cumplimiento óptimo mayor o igual al 80%.

Para la evaluación en la aplicación de la guía para el manejo del Programa de Riesgo cardiovascular (enfermedad hipertensiva) adoptada mediante Resolución 238 de 2 de octubre de 2017 de la Gerencia de la ESE ISABU; es producto de la evaluación extraída de los registros evidenciados en las historias clínicas digitales de controles de primera vez y control o seguimiento por medicina general de la vigencia 2019 realizados en los Centros de salud de la ESE ISABU.

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:


Se evaluó la aplicación de guía de manejo del Programa de Riesgo Cardiovascular por medio de la revisión de los registros de historia clínica realizadas por Médicos; se evaluaron historias clínicas de consulta primera vez como también las Historias Clínicas de consulta de control o seguimiento para un total de 710 historias evaluadas.

Se considera que se aplicó estrictamente la guía de las historias clínicas que tuvieron un cumplimiento óptimo y adecuado mayor o igual al 80%, este valor es homologado con el valor de calificación que propone el indicador de la Resolución 408 de 2018 que debe ser superior al 80% del total evaluado


10.1.2 MATRIZ DE DIAGNÓSTICO INICIAL

En esta matriz se registra el diagnóstico de manera cuantitativa y cualitativa de las tres áreas de gestión que agrupan indicadores de Dirección 20%, Indicadores Administrativos y financieros 40% e indicadores asistenciales 40%, de acuerdo a la siguiente tabla:


ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LÍNEA BASE	ESTÁNDAR PARA CADA AÑO	EVALUACION CUALITATIVA
Dirección y Gerencia (20%)	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,21	>=1,2	<p>La Entidad realizó un proceso de autoevaluación donde definió como calidad esperada los estándares de Acreditación (Resolución 5095 de 2018) y frente a ellos realizó la respectiva comparación, obteniéndose de esta forma la calidad observada.</p> <p>La ESE presenta realiza el proceso de autoevaluación desde el año 2017, arrojando un resultado en el primer año de 1.1 y finalizando en el año 2019 con un resultado de 2.4. En el año 2018 se obtuvo una calificación de 1,98.</p> <p>Determinando el indicador se obtiene un resultado de 1.21.</p>
Dirección y Gerencia (20%)	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	1,0	>=0,9	<p>En el 2019, se trabajó el PAMEC enfocado en acreditación.</p> <p>Los planes de mejoramiento se implementaron de acuerdo al ciclo PHVA según directrices de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, es así como se generaron 451 acciones de mejoramiento de las cuales se cumplieron con 445, las 6 actividades que no cumplieron el ciclo PHVA se retomaran en el PAMEC 2020.</p>

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:


Dirección y Gerencia (20%)	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	1,0	>=0,9	<p>Durante la vigencia 2017 se obtuvo un cumplimiento del 98.84% ya que, de las 173 actividades planteadas, se lograron ejecutar 171. Durante la vigencia 2018 se obtuvo un cumplimiento del 100% ya que se lograron ejecutar las 123 actividades programadas. Durante la vigencia 2019 se obtuvo un cumplimiento del 100% lográndose ejecutar las 58 actividades programadas.</p> <p>Sin embargo, es necesaria la elaboración de un nuevo Plan de Desarrollo Institucional o la revisión y ajuste del actual, de conformidad con el Plan de Desarrollo Nacional y Departamental el cual se encuentra en etapa de formulación, lo cual será sometido a consideración de la Junta Directiva, por cuanto hay plazo hasta el 30 de junio de presentar el plan ante este órgano directivo.</p>		
Financiera y Administrativa (40%)	4	Riesgo fiscal y financiero	SIN RIESGO	Sin riesgo fiscal y financiero	<p>Para la fecha de elaboración del Plan de Gestión, el Ministerio de Salud y Protección Social no ha publicado la Resolución por medio de la cual categoriza el Riesgo de las Empresas Sociales del Estado con base a los estados financieros reportados por la ESE a 31 de diciembre de 2019. Por tal razón, no se puede establecer la línea base para este indicador, se notificará a la Junta Directiva en cuanto se realice la publicación de la categorización del riesgo por parte del Ministerio de Salud.</p> <p>La ESE conforme a los estados financieros del año 2018 fue categorizado por este Ente SIN RIESGO.</p>		
Financiera y Administrativa (40%)	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) producida	1,038	<=0,90	<p>Consultada la Plataforma SIHO – Ficha Técnica, se encuentra para el gasto por UVR producida los siguientes resultados:</p> <p>Año 2018: 10.592,22 Año 2019: 11.003,82</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">11.003,82</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; border-top: 1px solid black;">10.592,22</td> </tr> </table> <p>Resultado Línea Base: 1,038</p> <p>A pesar que la UVR producida presenta un leve incremento de 2,77% pasando de 3.157.993,27 en el año 2018 a 3.774.544,63 en el año 2019, no fue representativo frente al incremento de los gastos de funcionamiento y</p>	11.003,82	10.592,22
11.003,82							
10.592,22							

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:


					de operación y prestación de servicios. Por lo anterior, se observa que para producir 1 UVR se pasó de gastar en el año 2018 \$10.592 a \$11.003, 82 en el año 2019
Financiera y Administrativa (40%)	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	0,78	$\geq 0,7$	La proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido por la ESE ISABU mediante los mecanismos de compras conjuntas, compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado y/o compras a través de mecanismos electrónicos para la vigencia 2019 fue 0.78
Financiera y Administrativa (40%)	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	0	Cero (0) o variación negativa	El valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios fue de 0.
Financiera y Administrativa (40%)	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS	3	4	En la vigencia 2019 se presentaron tres (3) informes de análisis de prestación de servicios RIPS a la Junta Directiva.
Financiera y Administrativa (40%)	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0,84	≥ 1	El resultado de equilibrio presupuestal con recaudo, de acuerdo con la ficha técnica SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social para la vigencia 2019 evidencia un valor de 0,84
Financiera y Administrativa (40%)	10	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.	Cumple	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Según certificación de la Superintendencia Nacional de Salud, se cumple con la oportunidad en la entrega del reporte
Financiera y Administrativa (40%)	11	Oportunidad en el 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 la sustituya.	Cumple	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Según certificación del Ministerio de Salud y Protección Social, sobre oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2019 de que trata el decreto 2193 de 2004, se muestra cumplimiento dentro de los términos legales.
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	0,71	$\geq 0,85$	Con la Estrategia la Magia del Amor y su herramienta de CAPGEST, ha venido en forma gradual incrementando la captación de gestantes antes de la semana 12 de gestación, obteniéndose los siguientes

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad	
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad	
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019	
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:	25/38

					resultados, de acuerdo a la monitorización que se realiza en forma trimestral: Primer trimestre 2019: 72% Segundo trimestre 2019: 70% Tercer trimestre 2019: 71% Cuarto trimestre 2019: 70%
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	0	0 casos	
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específico: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.	0,9	>=0,9	<p>1er Trimestre 2019: De las 187 historias clínicas auditadas se presenta un cumplimiento de Adherencia de la guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva de 186 historias clínicas para un porcentaje de cumplimiento del 99%, con un umbral de desempeño bueno en la adherencia a la guía de HTA; se socializará el resultado en comité de Historias Clínicas y a los profesionales de la ESE ISABU.</p> <p>2do Trimestre 2019: De las 172 historias clínicas auditadas se presenta un cumplimiento de Adherencia de la guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva de 170 historias clínicas para un porcentaje de cumplimiento del 99%, con un umbral de desempeño bueno en la adherencia a la guía de HTA; se socializará el resultado en comité de Historias Clínicas y a los profesionales de la ESE ISABU.</p> <p>3er Trimestre 2019: De las 179 historias clínicas auditadas se presenta un cumplimiento de Adherencia de la guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva de 171 historias clínicas para un porcentaje de cumplimiento del 96%, con un umbral de desempeño bueno en la adherencia a la guía de HTA; se socializará el resultado en comité de Historias Clínicas y a los profesionales de la ESE ISABU.</p> <p>4to Trimestre 2019: De las 172 historias clínicas auditadas se presenta un cumplimiento de Adherencia de la guía de Atención de Enfermedad Hipertensiva de 170 historias clínicas para un porcentaje de cumplimiento del 99%, con un umbral de desempeño bueno en la adherencia a la guía de HTA; se socializará el resultado en comité</p>

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

					de Historias Clínicas y a los profesionales de la ESE ISABU.
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.	1,0	$\geq 0,8$	<p>1er Trimestre 2019: De las 268 historias clínicas auditadas se presenta un cumplimiento de Adherencia de la guía de Crecimiento y Desarrollo de 268 historias clínicas para un porcentaje de cumplimiento del 100%, con un umbral de desempeño bueno en la adherencia a la guía; se socializará el resultado en comité de Historias Clínicas y a los profesionales de la ESE ISABU.</p> <p>2do Trimestre de 2019: De las 271 historias clínicas auditadas se presenta un cumplimiento de Adherencia de la guía de Crecimiento y Desarrollo de 271 historias clínicas para un porcentaje de cumplimiento del 100%, con un umbral de desempeño bueno en la adherencia a la guía; se socializará el resultado en comité de Historias Clínicas y a los profesionales de la ESE ISABU.</p> <p>De las 269 historias clínicas auditadas se presenta un cumplimiento de Adherencia de la guía de Crecimiento y Desarrollo de 268 historias clínicas para un porcentaje de cumplimiento del 99.63%, con un umbral de desempeño bueno en la adherencia a la guía; se socializará el resultado en comité de Historias Clínicas y a los profesionales de la ESE ISABU.</p> <p>4to Trimestre 2019: De las 202 historias clínicas auditadas se presenta un cumplimiento de Adherencia de la guía de Crecimiento y Desarrollo de 202 historias clínicas para un porcentaje de cumplimiento del 100%, con un umbral de desempeño bueno en la adherencia a la guía; se socializará el resultado en comité de Historias Clínicas y a los profesionales de la ESE ISABU.</p>
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	0.002	≤ 0.03	<p>El principal motivo de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 hora, corresponde al paciente HIPERFRECIENTADOR que acude para manejo de medicamentos oral y / o vía venosa.</p> <p>Se tiene pendiente revisar este programa con</p>


 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

					las EPS para manejo por Medico Familiar.
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	3	<=3	<p>La oficina de Calidad consolida, mide y analiza los indicadores de calidad de acuerdo a la Resolución 256 del 2016, 1552 del 2.13 y decreto 2193 de 2004.</p> <p>Respecto al indicador de Medicina general se cuenta con la medición de oportunidad de Medicina General primera vez cumpliendo con lo establecido Resolución 256 del 2016 y cuantificación de total de citas de medicina general dando cumplimiento a la resolución 1552 del 2013.</p> <p>Durante la vigencia se realizó análisis y seguimiento mensual a este indicador lo que permitió mejorar la oportunidad de 4 días en el 2016 para la asignación de consulta de medicina general a 3 días en el 2019. Las estrategias implementadas fueron el aumento de horas médico y reorganización de estas horas de acuerdo a la demanda de cada centro de salud, zonificación de usuarios, nueva infraestructura centro de salud café Madrid.</p>


10.1.3 MATRIZ DE LOGROS Y COMPROMISOS

Para cada una de las áreas y de acuerdo con los lineamientos propuestos, se fijan las metas cuantitativas, alcanzables y tendientes a la mejoría hasta donde sea posible, las cuales reflejan el resultado esperado en cada semestre, para cada indicador definido en la Resolución 408 de 2018.


ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS PARA EL CUATRENIO	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
Dirección y Gerencia (20%)	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Continuar con el proceso de autoevaluación objetivo, que permita impactar en forma positiva el proceso de atención en salud en la Entidad	<ol style="list-style-type: none"> En el año 2020 se realizará revaloración de la autoevaluación frente a los estándares de acreditación con corte a 31 de diciembre de 2019, Elaborar los planes de mejoramiento tomando como insumo las oportunidades de mejora determinadas en la autoevaluación cualitativa realizada. Realizar seguimiento y aplicación de ajustes conforme a los resultados del seguimiento

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:


ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS PARA EL CUATRENIÓ	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
Dirección y Gerencia (20%)	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Obtener resultados superiores al 90% de cumplimiento de las acciones de mejoramiento programadas para cada vigencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar las acciones específicas que conformarán los planes de mejoramiento tomando como insumo las oportunidades de mejora priorizadas en la autoevaluación cualitativa realizada. 2. Establecer indicadores de desempeño que permitan medir la calidad del proceso o del resultado del mismo, identificando los puntos débiles y si están cumpliendo los requerimientos de los clientes. 3. Realizar seguimiento y aplicación de ajustes conforme a los resultados del seguimiento
Dirección y Gerencia (20%)	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Elaborar un Plan de Desarrollo que logre centralizar esfuerzos de todos los colaboradores de la Entidad, de tal forma que se impacte positivamente el proceso de atención en salud y la sostenibilidad financiera de la ESE, y de esta forma se pueda marcar diferencia frente a otros prestadores de servicios de salud de la región.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseño y elaboración del Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023. 2. Socializar el Plan de Desarrollo Institucional 3. Capacitar a los líderes de los procesos de la ESE en la metodología para la formulación de los Planes Operativos Anuales-POA. 4. Enunciar los POAS por procesos que faciliten el despliegue del Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023. 5. Consolidar en el cuadro de mando la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional a través del seguimiento de las actividades y avances de los POA por proceso de la vigencia. 6. Definir e implementar ajustes en caso de desviación frente a lo programado 7. Presentar informe de ejecución y resultados ante la Junta Directiva.
Financiera y Administrativa (40%)	4	Riesgo fiscal y financiero	Mantener la sostenibilidad financiera a través de medidas de fortalecimiento institucional que asegure la continuidad de la prestación del servicio público de salud de forma eficiente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer el recaudo mediante el mejoramiento del proceso de facturación y radicación de cuentas, depuración de la cartera, gestión de glosas. 2. Determinar mecanismos que aseguren un volumen de ingresos y que éstos sean correspondientes a lo realmente realizado, disminuyendo el riesgo de subfacturación 3. Actualizar el portafolio de servicios y tarifas competitivas en el mercado basado en un estudio de costos que garantice la sostenibilidad financiera de la ESE ISABU 4. Generar un proceso de racionalización del gasto implementando un sistema de costos hospitalario y la definición de puntos de control que permitan su monitorización. 5. Desarrollo de la Gestión de representación judicial oportuna, sustentada y seguimiento a los Procesos jurídicos que se encuentren instaurados contra la ESE, con el fin de reducir nivel de pérdidas con alto impacto pecuniario a la institución

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:


ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS PARA EL CUATRENIO	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
Financiera y Administrativa (40%)	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) producida	Producir servicios de salud con estándares de calidad optimizando el uso de los recursos utilizados para estos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer un punto de equilibrio que permita controlar los gastos respecto a los ingresos de la ESE 2. Reportar con oportunidad cada uno de los servicios prestados asegurando la producción de UVR 3. Contención de los costos y gastos de operación asegurando una óptima utilización de estos recursos al momento de prestar los servicios de salud
Financiera y Administrativa (40%)	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	Realizar la compra de medicamentos y dispositivos médicos superior al 70% anual por alguno de los mecanismos establecidos en la resolución 408 de 2018.	Examinar la viabilidad de realizar alianzas estratégicas con otras ESE de la Región. Realizar compras de medicamentos y material médico quirúrgico a cooperativas regionales.
Financiera y Administrativa (40%)	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	Mejorar el flujo de caja a través de un programa de recuperación de cartera, con participación integral, continua y de estricto seguimiento gerencial, que permita mejorar el porcentaje de recuperación de recursos por prestación de servicios, posibilitando el pago de las obligaciones operacionales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestionar un proceso de recuperación de cartera con participación integral, continua y estricto seguimiento gerencial. 2. Generar informes de indicadores de recuperación de cartera por edades, empresas, vigencias y métodos de recuperación, con el fin de retroalimentar en tiempo real información necesaria para la toma de decisiones por parte de la alta dirección.
Financiera y Administrativa (40%)	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones – RIPS	Fortalecer la gestión del conocimiento como apoyo para la toma de decisiones, utilizando como herramienta los RIPS, que permite analizar las frecuencias de uso, tendencias de morbilidad y volúmenes de actividades, facilitando la correcta toma de decisiones, el establecimiento de planes y programas orientados a satisfacer las necesidades de la población	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseño de la presentación del informe de análisis de los RIPS para la Junta Directiva 2. Análisis de las frecuencias de uso, morbilidad, y volúmenes de actividad por unidades funcionales. 3. Generación del informe final (documento) por periodos trimestrales 4. Presentación y sustentación del informe ante la Junta Directiva 5. Direccionamiento de la oferta de servicios conforme al resultado de los análisis a nivel de Junta Directiva <p>Nota: Si bien es cierto existe una estructura de informe con contenidos mínimos como son: producción por unidades funcionales, frecuencias de uso, ventas por Entidades Responsables del Pago, Unidad de valor cápita por servicios, la alta dirección a través de la oficina de calidad, podrá incluir</p>

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS PARA EL CUATRENIO	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
				contenidos temáticos, relacionados con indicadores de costo de producción por unidades funcionales, indicadores de capacidad resolutoria conforme a remisiones recepcionadas y realizadas, y comparativos de UVR y grado de confiabilidad conforme al valor económico de producción.
Financiera y Administrativa (40%)	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Mantener la sostenibilidad financiera a través de medidas de fortalecimiento institucional que asegure el flujo de los recursos necesario para prestar los servicios de salud	<ol style="list-style-type: none"> Determinar mecanismos que aseguren un volumen de ingresos y que éstos sean correspondientes a lo realmente realizado, disminuyendo el riesgo de subfacturación Actualizar el portafolio de servicios y tarifas competitivas en el mercado basado en un estudio de costos que garantice la sostenibilidad financiera de la ESE ISABU Generar un proceso de racionalización del gasto implementando un sistema de costos hospitalario y la definición de puntos de control que permitan su monitorización. Definir e implementar un proceso de depuración de cartera, que garantice los siguientes pasos esenciales para el logro de su objetivo: <ol style="list-style-type: none"> Trazabilidad de la factura Radicación Oportuna Depuración de Cartera Respuesta oportuna a las glosas Cobro de cartera por vía conciliatoria, pre jurídica y jurídica.
Financiera y Administrativa (40%)	10	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.	Conforme a las Circulares – Supersalud, se convierte en un imperativo la calidad de la información y la oportunidad del reporte a las diferentes fuentes integradas a SISPRO, y a través de la plataforma de intercambio de información PSIS del Sistema integral de información de la Protección Social (SISPRO), es así que el sistema de información para la calidad es un componente del SOGC del Sistema General de Seguridad Social en Salud, obligando por tal razón a una monitorización estricta, continua, observable y aplicable como insumo en los diferentes planes de mejoramiento institucional	<ol style="list-style-type: none"> Elaboración anual del cronograma con la respectiva actualización de los contenidos, fechas y periodos de reporte de la información. Socialización de los contenidos requeridos por el ente de control externo a los encargados de la fuente de información primaria. Definir como punto de control a través del encargado de control interno el cumplimiento del cronograma y a su vez la confiabilidad del contenido. Presentación a nivel de Comité Técnico institucional de los contenidos y resultados de la información reportada a los entes de control, con fines de retroalimentación a los diferentes planes de mejoramiento institucional, dando cumplimiento al concepto estricto de monitorización transversal.
Financiera y Administrativa (40%)	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del	Reportar oportunamente la información al Ministerio de	Reportar oportunamente los Informes del Decreto 2193/14 de conformidad con la normatividad vigente.

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS PARA EL CUATRENIÓ	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
		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 la sustituya.	Salud, en cumplimiento del Decreto 2193/14	Monitorear y hacer seguimiento en el cumplimiento de entrega de la información por parte de las áreas responsables de su generación y registro.
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	Captación de mujeres embarazadas en temprana edad gestacional y vinculación inmediata al programa de Control Prenatal de la ESE	<ol style="list-style-type: none"> Búsqueda activa de mujeres en estado gravídico, a través del grupo extramural comunitario de la ESE ISABU y listados censales de las EPS Diagnóstico precoz institucional en los diferentes servicios asistenciales de la ESE.
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	Cumplimiento estricto de la guía de práctica clínica para control prenatal de la ESE, en cuanto a la toma de pruebas treponémica y serológica	<ol style="list-style-type: none"> Revisión y eventual actualización de la herramienta utilizada para la evaluación de adherencia a las guías de esta patología. Evaluación mensual de la adherencia a la guía utilizando la herramienta debidamente actualizada. Valoración en caso de evento adverso mortalidad, por causa de morbilidad objeto de medición en el Plan de Gestión Gerencial. Socialización de resultados de la evaluación a nivel de comité _____ Elaboración de plan de intervención conforme a los resultados obtenidos.
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específico: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.	Mejorar o mantener el nivel de adherencia porcentual a la guía de manejo clínico de atención de Enfermedad Hipertensiva	<ol style="list-style-type: none"> Revisión y eventual actualización de la herramienta utilizada para la evaluación de adherencia a las guías de esta patología. Evaluación mensual de la adherencia a la guía utilizando la herramienta debidamente actualizada. Valoración en caso de evento adverso mortalidad, por causa de morbilidad objeto de medición en el Plan de Gestión Gerencial. Socialización de resultados de la evaluación a nivel de comité de Historias Clínicas Elaboración de plan de intervención conforme a los resultados obtenidos.
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.	Mejorar o mantener el nivel de adherencia a la guía de manejo de Crecimiento y desarrollo, de tal forma que le permita a la Institución promocionar el crecimiento y desarrollo, detectar tempranamente y realizar el enfoque primario de	<ol style="list-style-type: none"> Revisión y eventual actualización de las herramientas utilizadas para la evaluación de adherencia a las guías de estas patologías. Evaluación mensual de la adherencia a las guías utilizando la herramienta debidamente actualizada. Valoración en caso de evento adverso mortalidad, por causa de morbilidad objeto de medición en el Plan de Gestión Gerencial.

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	LOGROS Y COMPROMISOS PARA EL CUATRENIIO	ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR
			alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años y de alteraciones del desarrollo en niños menores de 5 años.	<ol style="list-style-type: none"> Socialización de resultados de la evaluación a nivel de comité de Historias Clínicas Elaboración de plan de intervención conforme a los resultados obtenidos.
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Evaluar resultados relacionados con la atención en salud brindada durante la atención del paciente y detectar problemas de calidad en la atención	<ol style="list-style-type: none"> Solicitar al personal de estadística el suministro de los datos de identificación de los pacientes que reingresan a urgencias en menos de 72 horas por la misma causa. Presentación y análisis de los casos en el comité de la institución. Generación de un plan de mejoramiento sobre aspectos o puntos que puedan incidir en forma negativa en la prestación del servicio. Seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento para establecer el nivel de impacto en la prestación de servicios de salud.
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Mantener la oportunidad de atención en consulta ambulatoria de medicina general inferior o igual a 3 días	<ol style="list-style-type: none"> Fortalecer el procedimiento de asignación de citas de consulta médica especializada, realizando seguimiento permanente del servicio de consulta externa. Garantizar el número de horas de especialistas que permita cubrir la demanda del servicio. Garantizar la dotación adecuada del servicio de consulta externa, según requisitos de habilitación. Realizar seguimiento al sistema de información y call center que permita la captura y el reporte de la información.

10.1.4 MATRIZ DE METAS

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	METAS PARA LOS PERIODOS			
			2020	2021	2022	2023
Dirección y Gerencia (20%)	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	1,2	1,2	1,2	1,2
Dirección y Gerencia (20%)	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	>=0.9	>=0.9	>=0.9	>=0.9
Dirección y Gerencia (20%)	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	>=0.9	>=0.9	>=0.9	>=0.9
Financiera y Administrativa (40%)	4	Riesgo fiscal y financiero	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO	SIN RIESGO
Financiera y	5	Evolución del gasto por unidad	ENTRE 1.0 Y 1.1	ENTRE 1.0 Y 1.1	ENTRE 1.0 Y 1.1	ENTRE 1.0 Y 1.1


UIMIST

Carrera 21 Calle 12-02 San Francisco


Conmutador:6973009-6719613

Web: www.isabu.gov.co

Bucaramanga, Departamento de Santander, Colombia

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
			Código:	F-1400-27	Versión

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	METAS PARA LOS PERIODOS			
			2020	2021	2022	2023
Administrativa (40%)		de valor relativo (UVR) producida				
Financiera y Administrativa (40%)	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	>=0.7	>=0.7	>=0.7	>=0.7
Financiera y Administrativa (40%)	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior	0	0	0	0
Financiera y Administrativa (40%)	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	4	4	4	4
Financiera y Administrativa (40%)	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	>=0.8	>=0.8	>=0.8	>=0.8
Financiera y Administrativa (40%)	10	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.	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
Financiera y Administrativa (40%)	11	Oportunidad en el 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 la sustituya.	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	>=0.85	>=0.85	>=0.85	>=0.85
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	0 casos	0 casos	0 casos	0 casos
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específico: Guía de	>=0.9	>=0.9	>=0.9	>=0.9


 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
			Código:	F-1400-27	Versión

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	METAS PARA LOS PERIODOS			
			2020	2021	2022	2023
		atención de Enfermedad Hipertensiva.				
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.	>=0.8	>=0.8	>=0.8	>=0.8
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	≤ 0,03	≤ 0,03	≤ 0,03	≤ 0,03
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	3	3	3	3


10.1.5 MATRIZ DE EVALUACIÓN

Según el artículo 3 de la resolución 408/18 "...cuando uno de los indicadores no sea aplicable a la Empresa Social del Estado, la ponderación establecida para ese indicador definida en el anexo No.3 de la norma en mención, se distribuirá proporcionalmente de acuerdo con el peso de cada una de las ponderaciones de los indicadores restantes que hacen parte de la misma área de gestión, aplicables de acuerdo con el nivel de atención de la ESE.

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	EVALUACIÓN CUANTITATIVA				
			LÍNEA BASE	RESULTADO PERÍODO EVALUADO	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN	RESULTADO PONDERADO
Dirección y Gerencia (20%)	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.				0,05	
Dirección y Gerencia (20%)	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.				0,05	
Dirección y Gerencia (20%)	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional				0,10	
Financiera y Administrativa (40%)	4	Riesgo fiscal y financiero				0,05	
Financiera y Administrativa	5	Evolución del gasto por unidad de valor relativo				0,05	

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:


ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	EVALUACIÓN CUANTITATIVA				
			LÍNEA BASE	RESULTADO PERÍODO EVALUADO	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN	RESULTADO PONDERADO
(40%)		(UVR) producida					
Financiera y Administrativa (40%)	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) Compras a través de mecanismos electrónicos.				0,05	
Financiera y Administrativa (40%)	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios personal de planta y por concepto de contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior				0,05	
Financiera y Administrativa (40%)	8	Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS				0,05	
Financiera y Administrativa (40%)	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo				0,05	
Financiera y Administrativa (40%)	10	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.				0,05	
Financiera y Administrativa (40%)	11	Oportunidad en el 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				0,05	

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

ÁREA DE GESTIÓN	No. INDIC.	INDICADOR	EVALUACIÓN CUANTITATIVA				RESULTADO PONDERADO
			LÍNEA BASE	RESULTADO PERÍODO EVALUADO	CALIFICACIÓN	PONDERACIÓN	
		Protección Social o la norma que la sustituya.					
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación				0,07	
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.				0,05	
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específico: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.				0,05	
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.				0,05	
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	25	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas				0,05	
Gestión Clínica o Asistencial (40%)	26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general				0,05	

10.2 FASE DE PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN

- 1) En esta fase, el Gerente de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga, presenta el proyecto de Plan de Gestión a la Junta Directiva de la entidad, dentro de los 30 días hábiles siguientes a su posesión en el cargo.
- 2) La Junta Directiva cuenta con 15 días hábiles siguientes a la presentación, para evaluar el proyecto de Plan de Gestión presentado para el periodo 2020-2023, dentro de los cuales se deberá realizar Junta Directiva para su aprobación.
- 3) El gerente podrá presentar observaciones al Proyecto de Plan de Gestión en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los 10 días hábiles siguientes.
- 4) En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido en la Ley 1438 de 2011, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado.

 <p>E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

- 5) La fase de aprobación estará terminada cuando se haya aprobado el Plan de Gestión mediante Acuerdo de la Junta Directiva dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado dicho plan.

10.3 FASE DE EVALUACIÓN

La evaluación del Plan es un proceso soportado en información válida y confiable, de periodicidad anual. Para ello el Gerente deberá presentar a la Junta Directiva el Informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión de la vigencia anterior con corte a 31 de diciembre, a más tardar e11° de abril de cada año.

El informe anual de gestión del gerente o director de la Empresa Social del Estado deberá contener los logros de los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la Institución y un análisis comparativo con los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, incluidos en el plan de Gestión aprobado por la junta directiva, junto con un informe motivado de las causas de las Desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de éstas en la gestión de la Entidad.


Conforme al artículo 3 de la Resolución 408 de 2018, si el gerente no se desempeñó durante la totalidad de la vigencia, no se realizará evaluación respecto de dicha vigencia.

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

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

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 días (15) hábiles.

Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y ésta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del Gerente aún sin terminar su 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.

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2	COMUNICACIÓN OFICIAL		Elaboró:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	06/03/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) No. 05/ 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

11. SOCIALIZACIÓN Y DESPLIEGUE DEL PLAN DE GESTIÓN EN LA ESE

Una vez aprobado el Plan de Gestión por parte de la Junta Directiva de la Entidad y conforme a lo establecido en la Resolución 710 de 2012, el despliegue del Plan de Gestión se realizará a través de la elaboración de planes de acción, con la asignación de responsabilidades.

Para tal fin, la Empresa Social del Estado, previo al despliegue recurre a dos estrategias de socialización a saber:

1. Presentación del Plan de Gestión al Grupo Directivo de la ESE ISABU.
2. Presentación del plan de Gestión por grupos primarios de profesionales asistenciales



GERMAN JESUS GOMEZ LIZARAZO
Gerente ESE ISABU

P/E: MARGARITA MARIA PINTO DIAZ - CPS
 CARLOS GOMEZ - CPS
 CRISTIAN EDUARDO CEPEDA - Jefe Oficina Asesora de Planeación

Revisó: GERMAN JESÚS GÓMEZ LIZARAZO - Gerente

COPIA CONTROLADA