



ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUÁ
Empresa Social del Estado
NIT. 891.901.158-4

HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE
Empresa Social del Estado



PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2016-2019
“VOLVIENDO A SER LOS MEJORES

FELIPE JOSÉ TINOCO ZAPATA
Gerente

Tuluá
Diciembre de 2016



INTRODUCCIÓN

La Salud como un Derecho fundamental, debe garantizarse para todos los Seres Humanos, siendo un gran desafío de cualquier entidad, especialmente aquellas que desde la prestación del Servicio, deben alinear toda una organización hacia el propósito de alcanzar objetivos comunes como: mejorar las condiciones de vida de los habitantes, reducir los enormes costos sociales de enfermedades catastróficas, prevenir enfermedades crónicas no-transmisibles y controlar la propagación de aquellas que son transmisibles.

Como parte de la estructura institucional de salud, debe estar atenta a cambios en los Planes de Desarrollo Nacional, Departamental y Municipal, las Políticas Públicas y la normatividad que enmarcan la Gestión Pública de la Salud, realizando ajustes a su plan estratégico, para que la Entidad sea viable y responda con efectividad a su entorno dinámico, marcado por la incertidumbre, asegurando de este modo que los servicios intramurales, extramurales y especializados se oferten a la comunidad del municipio de Tuluá y su área de influencia.

De este modo, este proceso debe partir, de fortalecer la interacción todos los miembros de la organización en una única dirección estratégica, con el propósito de generar sinergia, es decir que el todo sea más que la suma de las partes (Kaplan & Norton, 2000), identificando su propósito, enmarcado desde su misión y visión institucional, las cuales definen la razón de ser de la Entidad y en dónde espera estar esta misma en el futuro.

Por lo cual debe definir las acciones, que permiten llevar a cabo los logros estratégicos propuestos, articulando las actividades recurrentes, de aquellas que son estratégicas, empoderando a los actores sociales, que permitan configurar los planes de acción, involucrando a los líderes de procesos de la organización, además de contar con el apoyo de los grupos operativos incluyendo la participación comunitaria, como un sustento fundamental para definir los propósitos de la gestión.

Se deben garantizar a través de la Gerencia de Desarrollo, la redefinición o actualización del contexto de lo que “es la Entidad” y lo que “espera ser en un futuro”, anticipando cambios en el entorno, relacionados con las necesidades y expectativas de los clientes y usuarios, la tecnología necesaria para apalancar los procesos de la organización (Beer, 1984), las relaciones con los grupos de interés o la regulación que influye en el proceso de transformación que tiene a cargo el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá.

Como principio básico de la gerencia pública, el Plan de Desarrollo Institucional es la herramienta fundamental para asegurar el cumplimiento de la razón de ser de la organización como Empresa Social del Estado, donde sus pilares de desarrollo y operación están orientados hacia el bienestar de la población a través de los servicios de salud, el desarrollo conjunto con la comunidad y el trabajo intersectorial que permite contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios, mejorando su estado de salud y sus hábitos de vida.

El Plan de Desarrollo del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe E.S.E es el resultado de conocer en detalle las necesidades en salud de una comunidad que participa activamente en el desarrollo de los servicios, así como del decidido propósito de la Gerencia y su equipo de trabajo por cumplir la razón de ser de la Empresa de conformidad con los lineamientos sectoriales a nivel Municipal, Departamental y Nacional.



REFERENTE HISTÓRICO

En 1947, los señores Ernesto Ortiz M. y Manuel Victoria Rojas donaron un lote de 6.400 mts², situados entre las carreras 37 y 38 con calle 27, para construir el Hospital regional como contribución al desarrollo de la población Tuluéña. Al adjudicar el terreno se emprendió de inmediato una serie de etapas con largos intervalos, la primera etapa que había de finalizar en 1.949. La segunda etapa se inicia en 1.956, para completar con una tercera fase de la citada construcción que se inicia a finales de 1.961.

Situaciones diversas llevan a suspender de nuevo la construcción. La cuarta etapa se inicia en 1.968 y sufre de nuevo una interrupción. La quinta etapa se emprende a comienzos de 1.971 se suspende para realizar nuevos y amplios contactos con las diferentes entidades Estatales para lograr la terminación de lo que es realidad hoy. El 21 de febrero de 1.972 es una fecha decisiva para Tuluá y su gente, porque bajo la dirección del médico Donaldo Libreros Rada se inicia la sexta y última etapa de la construcción que finaliza en febrero del siguiente año; fueron entonces necesarios 26 largos años para contemplar la realidad de lo que sería el hoy Hospital Regional Tomás Uribe Uribe.

El doctor Tomás Uribe Uribe, de quien toma el nombre la Institución, nació en la ciudad de Medellín, recibió su grado en la escuela de Medicina de Bogotá, luego viajó a Europa a especializarse en su profesión, de regreso fijó su residencia en Tuluá. Poseía don de gentes, bondadoso de corazón, su caridad no conoció límites y atendió gustosamente a todos los desvalidos. Asoció todos los actos de su vida a la práctica del bien y fue un desvelado propulsor del progreso moral e intelectual de la ciudad de Tuluá, por estas razones el hospital tomó el nombre en homenaje a este ilustre hombre.

- El Hospital Regional de la ciudad de Tuluá fue bautizado "Tomás Uribe Uribe", en 1.965 mediante la Ordenanza N° 40 del mismo y sancionada por el entonces Gobernador del Departamento del Valle, Humberto González Narváez. Se reglamentó mediante el Decreto N° 1055 del 17 de Agosto de 1.972.
- El Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe fue inaugurado el 24 de Marzo de 1.973 por el entonces Presidente Misael Pastrana Borrero, Gobernador del Valle Marino Rengifo Salcedo,
- Secretario Departamental de Salud Hernán Pérez Álvarez y su primer Director fue el Doctor Donaldo Libreros Rada.
- Con el paso del tiempo se han presentado modificaciones en su estructura organizacional, debidas al desarrollo de la Institución y a los nuevos requerimientos del entorno.
- Con la expedición de la Ley 10 de 1990, 60 de 1993 y 100 de 1993, las instituciones de salud iniciaron un proceso radical de cambio, es así como en el año de 1.996 por medio de la Ordenanza 005 de Enero 12, se transforma en Empresa Social del Estado, que le confiere autonomía administrativa y patrimonio propio.

REFERENTE POBLACIONAL

El Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe E.S.E. está ubicado en la Calle 27 con Carrera 39 esquina, cerca de la carretera Panamericana al Nororiente de Tuluá. Desde el punto de vista de las coordenadas geográficas, Tuluá se encuentra a 4° 05' de latitud norte y 76° 12' de longitud occidental.

El Municipio de Tuluá está ubicado en la zona centro del Departamento del Valle del Cauca a 102 km de Cali, a 172 km de Buenaventura y a 24 km. de Buga. Es atravesado de sur a norte por el río Tuluá. Su influencia socioeconómica se extiende sobre las localidades vecinas de Andalucía, Bugalagrande, Bolívar, Riofrío, Roldanillo, Trujillo, Zarzal, San Pedro, El Dovio, Sevilla y Caicedonia, cuya población total asciende a más de 700.000 habitantes según el DANE, (Proyección ajustada al censo de 2005).

Por su ubicación geográfica juega un papel de centro equidistante entre Cartago, Armenia y Pereira por una parte, y Cali la capital del Departamento por la otra. Tuluá es un epicentro regional, comercial, industrial, agrícola, turístico y prestador de servicios de excelente calidad. La estructura vial y de transporte generada por la vía panamericana en la doble calzada Buga – Tuluá – La Paila, al igual que la Troncal del Pacífico y vía Panorama, ha permitido que esta ciudad tenga acceso desde los municipios que la circundan.

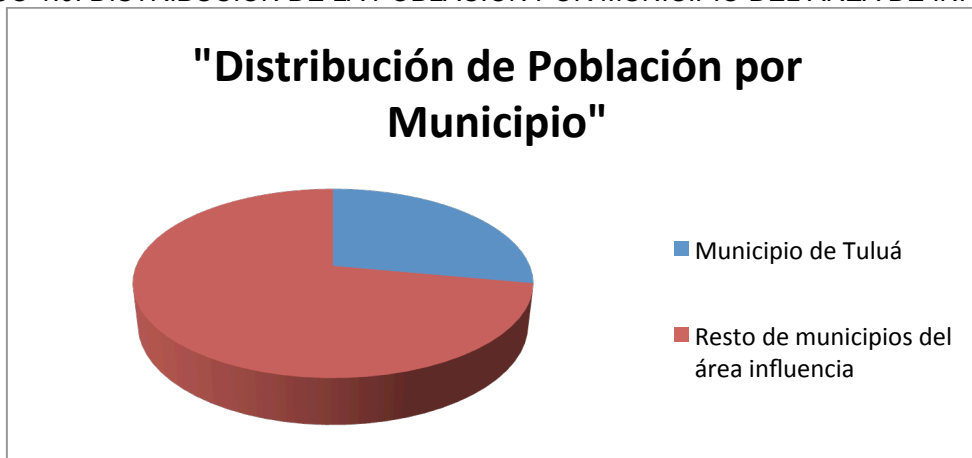
ÁREA DE INFLUENCIA.

El área de influencia del Hospital está compuesta por los Municipios ubicados en el norte y centro del Departamento del Valle del Cauca (Tabla 1.0), está concentrada especialmente en el municipio de Tuluá.

| Tabla 1. AREA DE INFLUENCIA POBLACIONAL DEL HOSPITAL | | |
|--|----------------|--------|
| Municipio de Tuluá | 206.610 | 27,93% |
| Resto de municipios del área influencia | 533.073 | 72,07% |
| Total | 739.683 | |

El área de influencia del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe cuenta con 739.683 habitantes, de los cuales el 27,93% corresponden al Municipio de Tuluá y el 72,07% restante corresponde a los Municipios (Gráfico 1.0): Andalucía, Bugalagrande, Riofrío, Trujillo, San Pedro, Buga, Darién, Yotoco, Guacarí, Restrepo, Zarzal, Bolivar, Roldanillo, La Victoria, La Unión, Toro, El Dovio, Versailles, Sevilla, Calcedonia.

GRÁFICO 1.0. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR MUNICIPIO DEL ÁREA DE INFLUENCIA



Fuente: Elaboración propia.

De igual manera, es fundamental establecer que el área de influencia incluye un municipio certificado en salud como Buga, pero cuenta además con seis municipios con más de treinta mil habitantes, siendo una población beneficiaria potencial, bastante amplia (Tabla 2.0). Siendo un punto focal, concretando las metas de cobertura y prestación de servicios de salud para la región, que para el caso del Valle del Cauca, representa un 16,03% de la población total del Departamento.

| Tabla 2. Distribución por Municipio | |
|-------------------------------------|-----------|
| Municipio | Población |
| Buga | 115.609 |
| Sevilla | 45.696 |
| Zarzal | 44.342 |



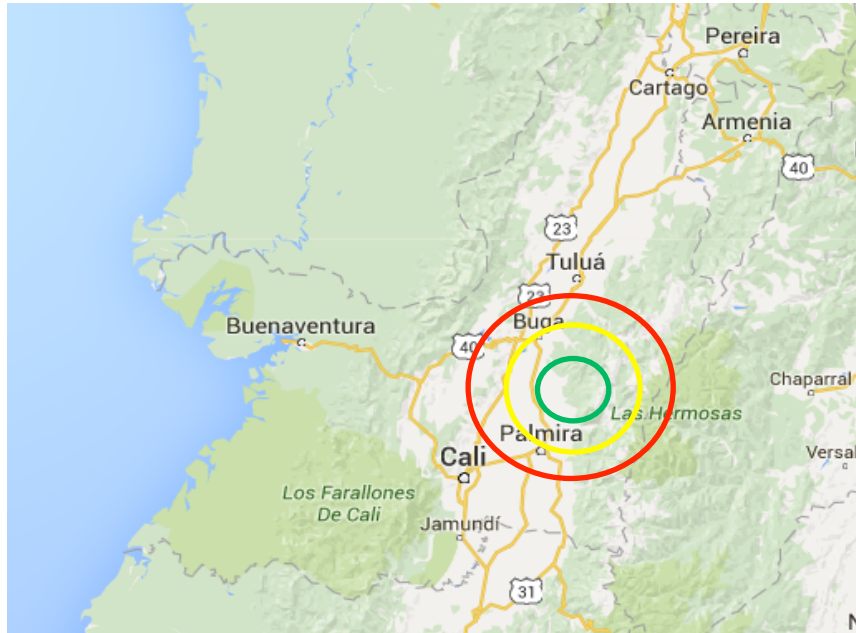
ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUÁ
Empresa Social del Estado
NIT. 891.901.158-4

| | |
|-------------------------|--------|
| La Unión | 36.452 |
| Guacarí | 33.955 |
| Roldanillo | 33.153 |
| Caicedonia | 30.032 |
| Bugalagrande | 21.264 |
| Trujillo | 18.223 |
| Andalucía | 17.865 |
| San Pedro | 17.644 |
| Toro | 16.277 |
| Restrepo | 16.145 |
| Yotoco | 16.119 |
| Calima El Darién | 15.712 |
| Riofrío | 15.193 |
| Bolívar | 13.827 |
| La Victoria | 9.453 |
| El Dovio | 8.701 |

La población que atiende el Hospital es población pobre no asegurada (PPNA – vinculada). La población restante corresponde a la población afiliada al régimen contributivo y población con capacidad de pago no afiliada.

EL HDTUU es un importante centro de referencia para la atención de eventos ECAT y SOAT.

Ilustración No. 1 MAPA MUNICIPIO DE TULUÁ

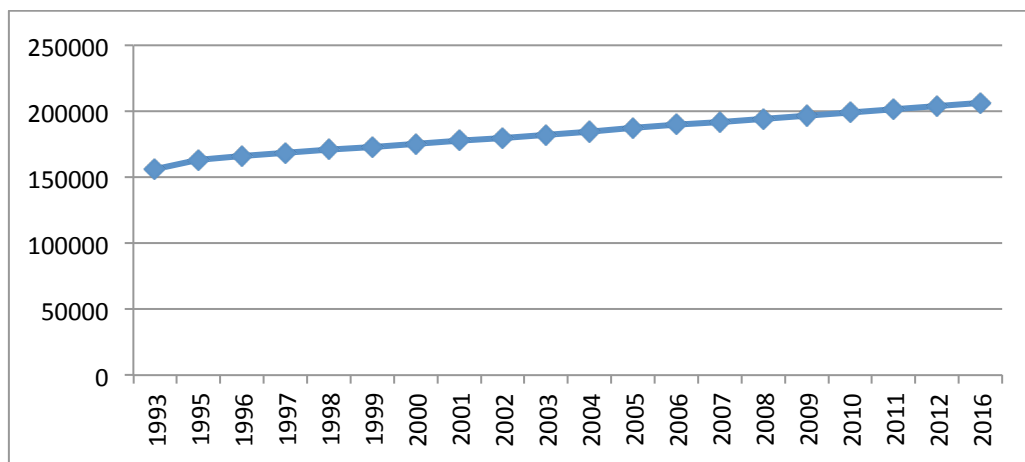


Dada la importancia del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe ESE, que tiene por competencia, cubrir una amplia zona de influencia, deben identificarse las complejidades inherentes en una operación tan vasta debido a que el tipo de servicios prestados y la complejidad que ellos requieren, generan la necesidad de tener servicios habilitados necesarios para suplir la demanda.

COMPORTAMIENTO DEMOGRÁFICO

El municipio de Tuluá, ha tenido un comportamiento de crecimiento demográfico constante, dentro del cual no se ha presentado una gran variación sustancial en el comportamiento (evidenciado en la Gráfica 1.0)

GRAFICO 2. COMPORTAMIENTO DE LA PROYECCIÓN POBLACIONAL



Fuente: proyección DANE 2005

De igual manera, se destaca que el Municipio es ampliamente urbano, concentrándose la mayor cantidad de la población en la cabecera urbana del municipio (Tabla 3.0)

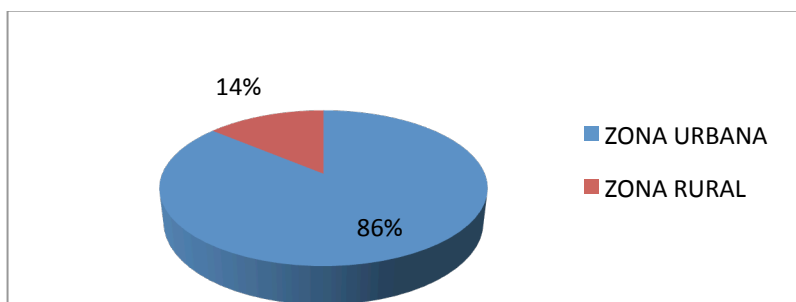
Tabla 3. Distribución de la población del municipio de Tuluá por zonas

| Zona | Población |
|-------------|-----------|
| ZONA URBANA | 177.758 |
| ZONA RURAL | 28.852 |

Fuente: Proyección DANE 2005

Según las cifras oficiales del DANE 2005, el municipio de Tuluá cuenta con una población de 206.610 personas, las cuales están concentradas mayoritariamente en la zona urbana del municipio con el 86% de la población total.

GRAFICO No. 2 Distribución de la Población Urbana y Rural del Municipio de Tuluá



Fuente: Proyección DANE 2005

PIRÁMIDE POBLACIONAL

Es fundamental anotar la presencia mayoritaria de mujeres y una población menor de 15 años que representa el 24.5% además de una Población Económicamente Activa que supera el 50% de la Población Total, generando dinámicas importantes para la sostenibilidad de los programas de asistencia social (Tabla 4.0).

Tabla 4. Pirámide Poblacional – 2005

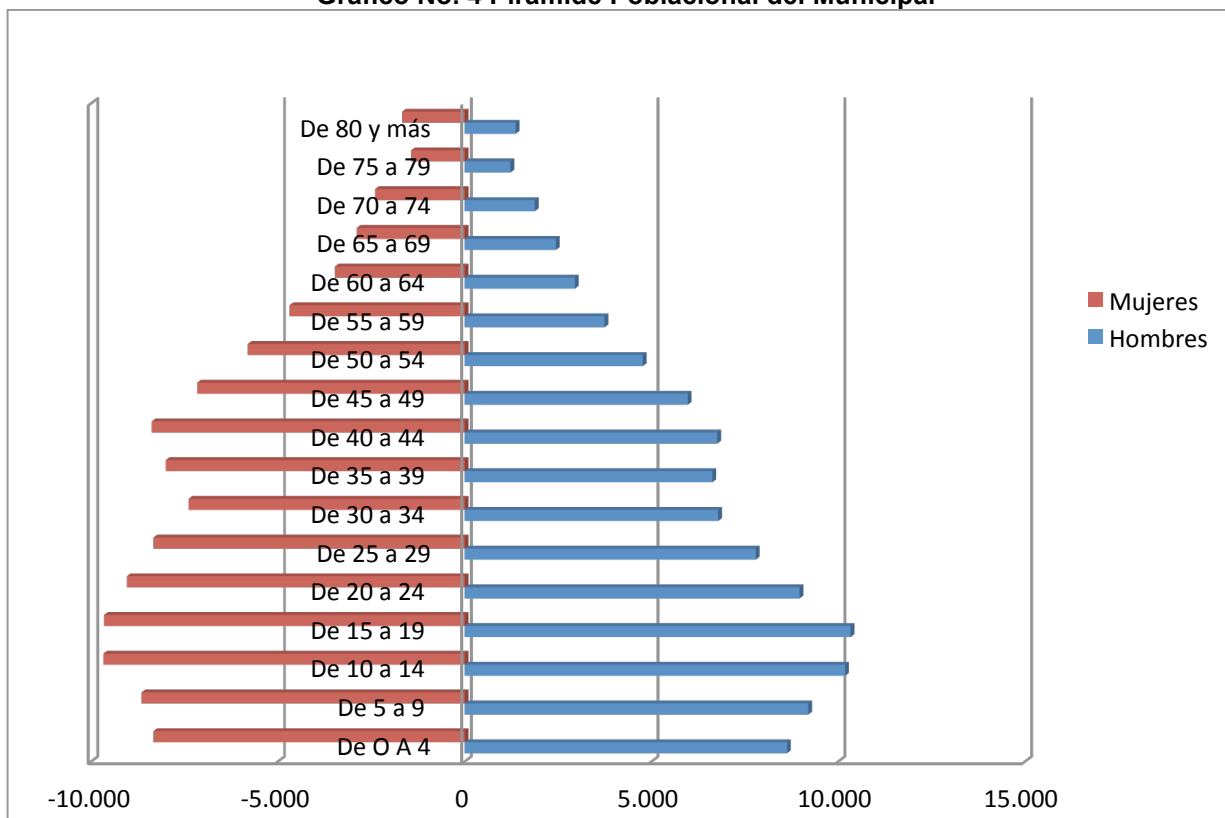
| EDAD (años) | HOMBRE | MUJER | TOTAL |
|-------------|--------|-------|--------|
| De 0 A 4 | 8.630 | 8.332 | 16.962 |
| De 5 a 9 | 9.199 | 8.652 | 17.851 |
| De 10 a 14 | 10.183 | 9.674 | 19.857 |
| De 15 a 19 | 10.329 | 9.657 | 19.986 |
| De 20 a 24 | 8.968 | 9.043 | 18.010 |
| De 25 a 29 | 7.792 | 8.332 | 16.124 |
| De 30 a 34 | 6.788 | 7.392 | 14.180 |
| De 35 a 39 | 6.630 | 8.002 | 14.632 |
| De 40 a 44 | 6.763 | 8.377 | 15.140 |
| De 45 a 49 | 5.971 | 7.160 | 13.131 |
| De 50 a 54 | 4.767 | 5.808 | 10.576 |

| EDAD (años) | HOMBRE | MUJER | TOTAL |
|-------------------|---------------|----------------|----------------|
| De 55 a 59 | 3.742 | 4.689 | 8.431 |
| De 60 a 64 | 2.950 | 3.474 | 6.425 |
| De 65 a 69 | 2.441 | 2.887 | 5.328 |
| De 70 a 74 | 1.877 | 2.400 | 4.277 |
| De 75 a 79 | 1.226 | 1.435 | 2.661 |
| De 80 y más | 1.364 | 1.676 | 3.040 |
| Total | 99.620 | 106.990 | 206.610 |
| PORCENTAJE | 48.20% | 51,80% | 100% |

Fuente : DANE Censo 2005

La pirámide poblacional del Municipio de Tuluá es una pirámide constrictiva, comparándola con el año 2005 se observa disminución tanto en la población femenina como masculina en los cuatro primeros quinquenios de la base y se seguirá disminuyendo para la proyección del 2020, siendo lo contrario en la cima donde las edades avanzadas para la proyección 2020 aumentarán especialmente la femenina, la cual hace referencia a que el Municipio se encuentra en transición demográfica, por su comportamiento en la natalidad y la mortalidad, evidenciando este fenómeno la mejoría de las condiciones de la población en términos de necesidades básicas satisfechas e indicadores (Secretaría de Salud de Tuluá, 2014).

Gráfico No. 4 Pirámide Poblacional del Municipal

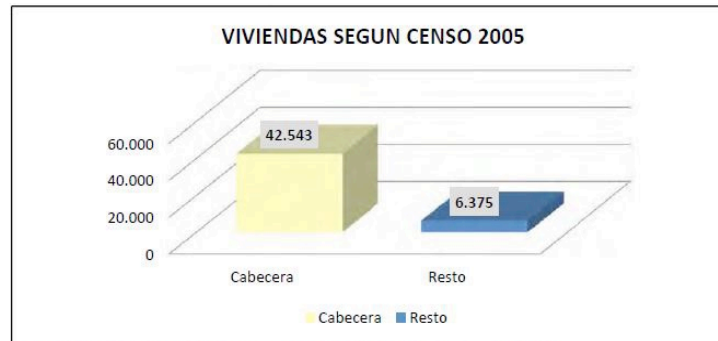


Fuente: DANE Proyección 2020.

En los grupos poblacionales para el Municipio de Tuluá en los años 2005, 2013 y 2020, se puede ver una gran variabilidad en los grupos poblacionales por edad. Es el caso del grupo con mayor peso poblacional

de 25 a 44 años con un 30%, el grupo de 60 a 79, presenta un peso de 10%; estos grupos muestran a través del tiempo un incremento poblacional; por el contrario los grupos de menor son 1,5 a 14, 15 a 24 años, presentan una tendencia a la disminución poblacional, los demás grupos están estables, comportamiento muy similar al observado en todo el Departamento del Valle del Cauca (Secretaría de Salud de Tuluá, 2014).

Gráfico No. VIVIENDAS DEL MUNICIPIO



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Para el año 2005 el territorio del Municipio de Tuluá, según información DANE, contaba con 42.543 viviendas ocupadas en la cabecera municipal y 6.543 viviendas en la población dispersa, siendo mayoritariamente urbana, permitiendo tener acceso a los servicios públicos domiciliarios que mejoran la calidad de vida de los habitantes del municipio.

Tabla No. Tipo de Vivienda

| Tipo de Vivienda | Número de Viviendas | Porcentaje |
|--------------------|---------------------|---------------|
| Casa-Casa Indígena | 34.536 | 70,60 |
| Apartamento | 12.034 | 24,60 |
| Cuarto-Otro | 2348 | 4,80 |
| Total | 48.918 | 100,00 |

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Para el censo de 2005 en el Municipio se encontró que el 70,60% que equivale a 34.536 viviendas eran tipo casa-casa indígena de una sola unidad, considerándose estas las que tienen acceso directo desde el exterior; con servicio de cocina y sanitario dentro de ésta, incluyendo las viviendas tradicionales indígenas, el 24,60% que equivale a 12.034 viviendas eran de tipo apartamento o viviendas que hace parte de una edificación mayor y el 4,80% que equivale a 2.348 eran de tipo cuarto, considerándose esta como la unidad de vivienda que forma parte de una casa o apartamento, que dispone de un solo espacio para zona social y dormitorio y no cuentan con sanitarios y cocina en su interior.

Tabla No. Viviendas con Servicios Públicos.

| SERVICIO PÚBLICO | Número de Viviendas | porcentaje de cobertura |
|--------------------------|---------------------|-------------------------|
| Energía Eléctrica | 47.989 | 98,10 |
| Alcantarillado | 46.863 | 95,80 |
| Acueducto | 47.597 | 97,30 |
| Gas Natural | 28.177 | 57,60 |
| Teléfono | 32.237 | 65,90 |

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

POBLACIÓN POR PERTENENCIA ÉTNICA

La principal etnia presente en el Municipio es la afrodescendiente, siendo el 8,1% de la población, la población indígena aunque tiene representación se encuentra en muy baja cantidad.

Tabla No. Distribución Étnica Municipio de Tuluá

| Comunidad | Total Pertenencia Étnica | % Porcentaje de Pertenencia Étnica |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| Indígena | 413 | 0,20% |
| ROM | 0 | 0,00% |
| Raizales | 21 | 0,01% |
| Negra, Mulata, Afrocolombiano | 16.735 | 8,10% |
| Ninguno de los anteriores | 189.461 | 91,70% |

ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTO DEMOGRÁFICO

Se observa un incremento en el control de la natalidad, a causa de políticas municipales de reducción de la fecundidad, especialmente en menores de edad (entre 14 y 17 años). Hecho que ha permitido mejorar las condiciones de vida generales de la población. Es esencial anotar, que ese impacto ha mejorado las condiciones de vida de los ciudadanos: incremento de la escolaridad, la inmersión de la mujer al mercado laboral y el espaciamiento en la fecundidad, reconocidos como factores que presentan los países desarrollados y que incrementan el producto interno bruto de una región (Secretaría de Salud de Tuluá, 2014).

“Tuluá presenta un gran problema social como Municipio expulsor, ya que es el segundo Municipio del Departamento que expulsa más cantidad de personas después de Buenaventura, expulsando más personas que incluso la capital del Departamento según cifras reportadas en la Base de Datos Registro Único de Víctimas – RUPD con corte a Febrero 2012 (14.547 personas), problemática social ocasionada por diferentes grupos armados al margen de la Ley que se han asentado en el Municipio y por el micro tráfico. Como Municipio receptor (16.677 personas, año 2012), ocupa el tercer puesto en el Departamento después de Cali y Buenaventura” (Secretaría de Salud de Tuluá, 2014).

La Población en Situación de Desplazamiento (PSD) vive una difícil situación social y económica que afecta su salud. Se trata de una población con bajo nivel de escolaridad y preparación técnica para ingresar a laborar en sus nuevos sitios de ubicación. Se observa la mortalidad masculina aumentada en jóvenes, muy probablemente a causa del desempleo, el incremento de grupos al margen de la Ley en el Municipio, que han generado muertes por causas externas que deben ubicarse en un plano de vigilancia para el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos. (ACNUR – 2014).

Se espera que con la firma del cese bilateral al fuego del 25 de agosto de 2016, la tendencia cambie al final del periodo, es decir, la demanda de servicios pediátricos y de ginecología y obstetricia vuelvan las



curvas normales en Colombia.

REFERENTE EPIDEMIOLÓGICO¹

La mortalidad es un indicador indirecto del estado de salud y las condiciones socioeconómicas de una comunidad, su comportamiento influye directamente en el tamaño y estructura de la población; por tanto la Organización Panamericana de la Salud ha determinado que los datos de mortalidad representan elementos fundamentales para cuantificar los problemas de salud. La información para el análisis fue provista por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, ubicada en el portal SISPRO.

El desarrollo de la lista OPS 6/61 se conceptualizó en 1987, y se utilizó por primera vez en 1992, su propósito principal fue el de facilitar las comparaciones entre países, para así ayudar a la OPS en la realización de análisis de mortalidad desde una perspectiva Regional. Este fue el instrumento utilizado por OPS durante muchos años para el acopio de datos de mortalidad, basados en la CIE-9.

Para el análisis de mortalidad se tomarán como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. La lista 6/67 contiene seis grandes grupos de causas:

- Signos, síntomas y afecciones mal definidas (R00-R99).
- Enfermedades transmisibles (A00-B99, G00-G03, J00-J22).
- Neoplasias (Tumores) (C00-D48).
- Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99).
- Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96).
- Causas externas (V01-Y89).
- Todas las demás enfermedades (D50-D89, E00-E90, F00- F99, G04-G98, H00-H59, H60-H95, J30-J98, K00-K93, L00- L99, M00-M99, N00-N99, O00-O99, Q00-Q99).

El análisis epidemiológico de estos eventos permite tener una visión de la agrupación de los casos en el tiempo y en determinadas zonas geográficas e igualmente determina la confluencia de factores relacionados los cuales deben ser considerados y tenidos en cuenta en la planificación de los servicios de salud, que hacen necesario indagar los causantes que enferman a las personas que deciden por diversas razones no consultar los servicios de salud, que curan sus males con remedios caseros o con medicinas alternativas y tradicionales.

Este documento tiene por fuente única la revisión de morbilidad de las causas de consulta general atendidas en las dos ESE, Hospital Tomas Uribe Uribe y Hospital Rubén Cruz Vélez y los particulares Clínica Oriente y Clínica San Francisco, en el periodo ya indicado.

MORTALIDAD GENERAL POR GRANDES CAUSAS

Ajuste de tasas por edad

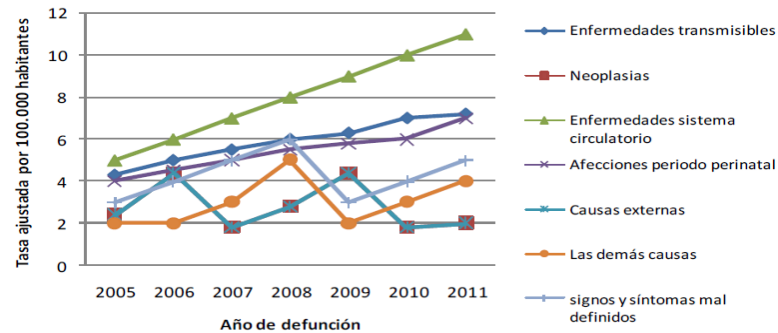
Para el análisis de mortalidad se tomaron como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Este análisis se desagregó por quinquenios y sexo en el periodo comprendido del 2005 al año disponible (2011) según información entregada por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual contiene información del DANE, ubicada en el portal SISPRO.

Histórica

¹ El Área de Epidemiología (Grupo ASIS) de la Secretaría de Salud del Municipio de Tuluá publicó el documento Análisis de la Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud, en el año 2014, el cual fue utilizado como referente, por ser el documento más reciente disponible para la elaboración del perfil epidemiológico del Municipio de Tuluá.

En relación con la mortalidad general por grandes causas se observa que en los siete años analizados, las enfermedades del sistema circulatorio son las que han ocupado las primeras causas de muerte en los habitantes del Municipio, presentando una tendencia creciente. Las enfermedades transmisibles y afecciones del periodo perinatal es el segundo grupo de mortalidad que tiene una mayor representación en Tuluá y en los últimos tres años analizados se observa un decrecimiento de la tendencia en la mortalidad por causas externas, por neoplasias y demás causas (Secretaría de Salud de Tuluá, 2014).

Gráfico No. Análisis Histórico



Fuente: Registro Individual de Defunción. DANE – SISPRO

Durante el 2010 murieron en Tuluá 928 personas.

- La primera causa de muerte no violenta es el infarto de miocardio, revisada las 10 primeras causas y agrupadas por tipo de patologías se observa que el 30% son de origen cardiovascular y que el 35% corresponde a enfermedades crónicas no trasmisibles.
- Los homicidios representan el 21.64% de las muertes totales y la accidentalidad el 3.66%. El 60% de las muertes en el año 2010 fueron hombres. El 5% en menores de 15 años, el 50% mayores de 64 años y el 45% el hombres económicamente activos.
- Para las mujeres de Tuluá la primera causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer de mama y de cérvix.

5.1.14: Mortalidad Municipio de Tuluá año 2010: diez primeras causa de mortalidad general masculina

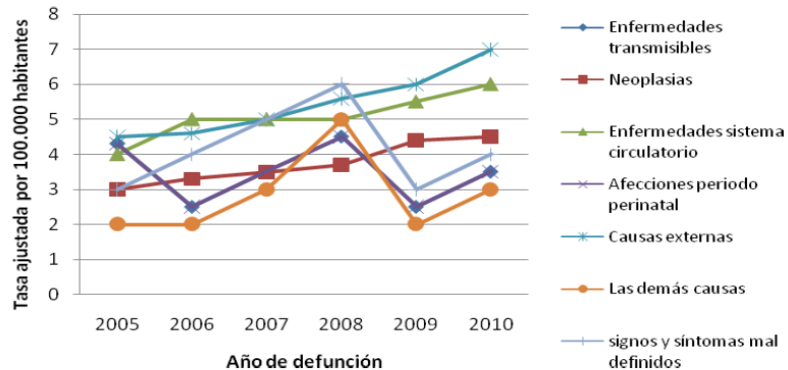
| No. Orden | Causas | No. Casos | % | Tasa X 100,000 hab |
|-----------|-----------------------------|-----------|-------|--------------------|
| 1 | Homicidio con arma de fuego | 124 | 21,64 | 129,25 |
| 2 | Infarto agudo de miocardio | 95 | 16,58 | 99,02 |
| 3 | Accidente cerebro vascular | 30 | 5,24 | 31,27 |
| 4 | Epoc | 25 | 4,36 | 26,06 |
| 5 | Accidente de transito | 21 | 3,66 | 21,89 |
| 6 | Cáncer gástrico | 17 | 2,97 | 17,72 |
| 7 | Insuficiencia cardiaca | 15 | 2,62 | 15,64 |
| 8 | Cáncer de pulmón | 15 | 2,62 | 15,64 |
| 9 | Neumonía | 14 | 2,44 | 14,59 |
| 10 | Vih / sida | 14 | 2,44 | 14,59 |
| | Subtotal | 370 | 64,57 | |
| | Resto | 203 | 35,43 | |
| | Total | 573 | 100 | |

Fuente: Certificados de Defunción- Salud Pública

La mortalidad general comparada con la mortalidad en los hombres del Municipio de Tuluá, se observa que en los hombres las causas externas ocupan el primer lugar, evidenciando aumento de casos entre

2008 y 2010, en los últimos años, le sigue en orden descendente las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias, signos y síntomas mal definidos, afecciones del periodo perinatal y las demás causas (Secretaría de Salud de Tuluá, 2014).

Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del Tuluá Valle del Cauca 2005 – 2011



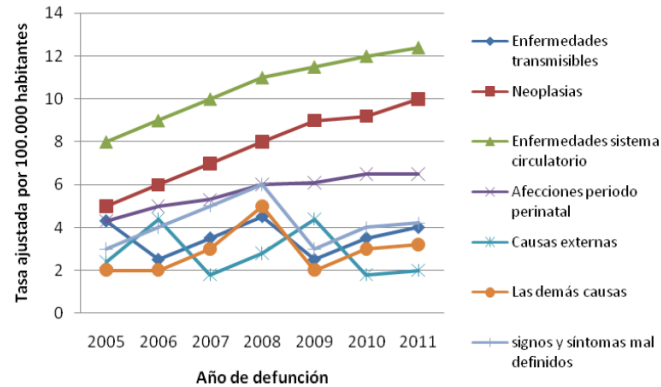
Fuente: Registro Individual de Defunción. DANE – SISPRO

5.1.15: Mortalidad Municipio de Tuluá año 2010: diez primeras causa de mortalidad general femenina.

| No. Orden | Causas | No. Casos | % | Tasa X 100,000 hab. |
|-----------|-----------------------------|-----------|-------|---------------------|
| 1 | Infarto agudo de miocardio | 49 | 13,8 | 47,43 |
| 2 | Accidente cerebro vascular | 33 | 9,3 | 31,94 |
| 3 | Epoc | 15 | 4,23 | 14,52 |
| 4 | Cáncer de mama | 15 | 4,23 | 14,52 |
| 5 | Insuficiencia cardiaca | 13 | 3,66 | 12,58 |
| 6 | Insuficiencia renal | 13 | 3,66 | 12,58 |
| 7 | Cáncer gástrico | 13 | 3,66 | 12,58 |
| 8 | Cáncer de colon | 12 | 3,38 | 11,62 |
| 9 | Homicidio con arma de fuego | 11 | 3,1 | 10,65 |
| 10 | Neumonía | 11 | 3,1 | 10,65 |
| | Subtotal | 185 | 52,11 | |
| | Resto | 170 | 47,89 | |
| | Total | 355 | 100 | |

Al igual que en la mortalidad general, en las mujeres, las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar, evidenciando un ascenso constante en la tasa de mortalidad por estos eventos de los años 2005 al 2011. En los últimos años, le sigue en orden descendente y presentando una tendencia creciente las neoplasias, las afecciones del periodo perinatal, los signos y síntomas mal definidos, las enfermedades transmisibles, las demás causas y las causas externas (Secretaría de Salud de Tuluá, 2014).

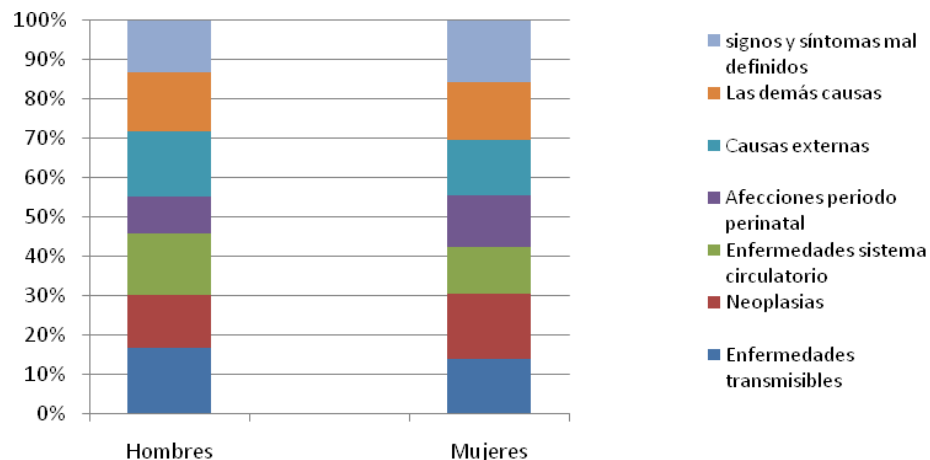
Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres de Tuluá, 2005 – 2011



Fuente: Registro Individual de Defunción. DANE – SISPRO

El principal grupo de causas que incide en los Años de Vida Potencialmente Perdidos en el Municipio de Tuluá corresponde a:

- Los de enfermedades transmisibles en los hombres y las neoplasias en las mujeres.
- En segundo lugar en los hombres le siguen las enfermedades por causas externas y descendiendo en términos proporcionales.
- Le siguen las enfermedades del sistema circulatorio, las demás causas, las neoplasias, los signos y síntomas mal definidos y las afecciones del periodo perinatal.
- En las mujeres en segundo lugar le siguen los signos y síntomas mal definidos, y descendiendo en términos proporcionales le siguen las demás causas, las enfermedades transmisibles, las enfermedades por causas externas, las afecciones del periodo perinatal y las enfermedades del sistema circulatorio. (Secretaria de Salud de Tuluá, 2014).



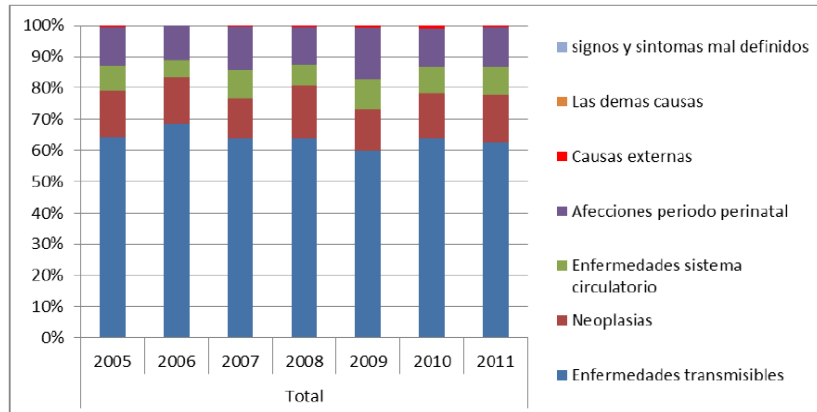
Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

En relación con la mortalidad general por grandes causas se observa que en los siete años analizados, las enfermedades transmisibles son las que han ocupado las primeras causas de muerte en los habitantes de Tuluá Valle del Cauca, presentando una tendencia decreciente.

Las neoplasias ocupan el segundo grupo de mortalidad que tiene una mayor representación en Tuluá, le

sigue la mortalidad por afecciones del periodo perinatal que en los últimos años presentó una disminución en la tasa de manera constante, en orden descendente le siguen las enfermedades del sistema circulatorio y enfermedades por causa externas.

Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general del municipio de Tuluá, 2005 – 2011



Fuente: Registro Individual de Defunción. DANE - SISPRO

Determinantes en Salud

Establecer los determinantes de Salud de una población requiere de múltiples estudios que comprenden la revisión de la causa de consulta y egreso hospitalarios, las condiciones de vida, alimentación, nutrición, medio ambiente y hábitos, los cuales permiten comprender las dinámicas bajo las cuales se articulan la toma de decisiones en salud, las políticas públicas de salud pública, con un énfasis en la necesidad de emprender acciones que propendan hacia reducir los riesgos condicionantes para los ciudadanos.

“La relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de los pobres que trabajaban en las grandes fábricas urbanas europeas. En este periodo surgieron la salud pública y la epidemiología, impulsadas por la necesidad de controlar las enfermedades infecciosas causantes de altas tasas de mortalidad entre la clase obrera” (OPS, 2005, pág. 5).

El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los ministerios de salud de varios países (World Health Organization, 2007; Sobal & Stunkard, 1989). Es además un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología (McLaren, 2007; Ali & Lindström, 2006). A pesar de su posicionamiento, es evidente que se trata de un campo de estudio en construcción, para algunos todavía no suficientemente delimitado, y cuya investigación presenta enormes retos metodológicos (Alvarez, 2009).

La observación de la realidad – la naturaleza tal como existe – y la organización racional de esas observaciones para describir, explicar, predecir, intervenir, controlar y modificar la realidad es el fundamento de la ciencia (Alvarez, 2009). Esta forma de percibir la realidad y, con ella, la generación de conocimiento, se ven necesariamente influidas por las concepciones dominantes en cada tiempo y lugar, los llamados paradigmas. Estos paradigmas, con sus elementos objetivos y subjetivos, postulan modelos y valores que forman un marco teórico y proveen una estructura coherente para entender la realidad (Berlinguer, 2007).

“El análisis de los determinantes intermedios de la salud se realiza utilizando las medidas de desigualdades sencillas como la diferencia relativa, la diferencia absoluta y para las medidas



complejas como el índice de concentración, los índices basados en comparaciones de dos a dos. Las medidas de desigualdad tan solo se estimarán para los indicadores que resulten en peor estado, utilizando variables que causen gradiente como pobreza, ingreso, nivel educativo y otras variables que estén disponibles” (Secretaría de Salud del Valle del Cauca, 2015, pág. 243).

También se van a estimar una categoría de indicadores que corresponde a circunstancias materiales que está conformada por cinco subgrupos: condiciones de vida; disponibilidad de alimentos; condiciones de trabajo; factores conductuales, psicológicos, culturales y sistema sanitario.

Condiciones de vida

Los indicadores de condiciones de vida que se han establecido para el análisis de los determinantes intermedios de la salud son:

Cobertura de servicios de electricidad: La cobertura en servicios de electricidad para el Valle del Cauca observada según censo DANE 2005 es del 96,5%, comparado con el promedio nacional del 93,6%, el departamento está por encima. Para el año 2012 esta cobertura es del 99,4%, dicho porcentaje representa para el Valle del Cauca condiciones favorables para la población reflejado en un mejor bienestar.

Cobertura de acueducto: La cobertura en acueducto para el Valle del Cauca observada según censo DANE 2005 es del 86,3%, comparado con el promedio nacional del 83,4%, este indicador refleja que dentro del departamento está por encima del promedio nacional, representando ello condiciones aceptables para la población vallecaucana. Para el año 2012 esta cobertura es del 99,5%.

Los municipios del Valle que presentan una menor cobertura de acueducto comparado con el nivel nacional son Ansermanuevo, Argelia, Bolívar, Buenaventura, Dagua, El Águila, El Cairo, El Dovio, Obando, San Pedro, Versalles, Trujillo y Vijes. Este indicador departamental refleja condiciones de favorabilidad y no evidencia diferencias estadísticamente significativas frente al promedio nacional.

Cobertura de alcantarillado: La cobertura en acueducto para el Valle del Cauca observada según censo DANE 2005 es del 77,4%, comparado con el promedio nacional del 73,1%, este indicador refleja que el departamento está por encima del promedio nacional, representando ello condiciones aceptables para la población vallecaucana. Para el año 2012 esta cobertura es del 99,2%.

Los municipios del Valle que están por debajo del indicador nacional son Argelia, Bolívar, Buenaventura, Dagua, El Águila, La Cumbre, Restrepo, Río Frio, San Pedro, Toro, Trujillo, Versalles, Vijes y Yotoco. Este indicador departamental refleja condiciones de favorabilidad y no evidencia diferencias estadísticamente significativas frente al promedio nacional.

Cobertura de servicios de telefonía: La cobertura en servicio de telefonía fija para el Valle del Cauca observada según censo DANE 2005 es del 35,9%, comparado con el promedio nacional del 53,4%, este indicador refleja que nuestro departamento está por debajo del promedio nacional; para el año 2012 esta cobertura es del 46,8%. Los municipios del Valle que están por encima del indicador nacional son Cali, Buga, Cartago, Palmira, Tuluá y Yumbo.

Este indicador departamental evidencia diferencias estadísticamente significativas frente al promedio nacional, al estar por debajo del promedio nacional.

Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada: Este porcentaje es un indicador que refleja el grado de privación de las hogares del Valle del Cauca al servicio de agua mejorada, según censo DNP – DANE 2005 es del 6,7%, que comparado con el promedio nacional del 17,2%.

Los municipios del Valle del Cauca que están por encima del promedio nacional son Ansermanuevo, Argelia, Bolívar, Buenaventura, Calima El Darién, Dagua, El Águila, El Cairo, El Dovio, La Cumbre,



Obando, Riofrio, San Pedro, Trujillo, Versalles y Yotoco.

Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas: Este porcentaje es un indicador que refleja el grado de privación de los hogares del Valle del Cauca al servicio de eliminación de excretas, según censo DNP – DANE 2005 es del 5,4%, que comparado con el promedio nacional del 17%, permite inferir que nuestro departamento presenta menor privación que el promedio nacional.

Los municipios del Valle del Cauca que están por encima del promedio nacional son Ansermanuevo, Argelia, Bolívar, Buenaventura, El águila, El Cairo, Toro y Versalles.

Concentración promedio anual de material particulado de 10 micras (PM10): Este indicador refleja el tamaño de las partículas suspendidas en el aire, menores e iguales a 10 micras que pueden afectar el tracto respiratorio de la población. Para el caso del Valle del Cauca según DANE/Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL 2010, esta concentración se encuentra en $49 \mu\text{g}/\text{m}^3$, comparado con el promedio nacional del $44 \mu\text{g}/\text{m}^3$, permite inferir que nuestro departamento está por encima del promedio nacional, su impacto es sobre la salud de la población vallecaucana al afectar las vías respiratorias principalmente en niños y adultos mayores.

Este indicador se ha venido ajustando a través de los años con los estándares internacionales de acuerdo con los niveles máximos permisibles, establecidos en las Normas de calidad del aire vigentes. En Colombia, estos niveles están dados por la Resolución 610 de 2010 del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial estableciendo que los niveles máximos permisibles a condiciones de referencia para PM10 son de $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en el año y $100 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en veinticuatro horas.

Coberturas útiles de vacunación contra rabia en Animales: Las coberturas de vacunación antirrábica en animales para el año 2012 en Colombia fueron del 70,5%, (3.505.399 animales), en el Valle del Cauca el porcentaje obtenido fue del 74,2% (374.843 animales). Las coberturas útiles de vacunación en Colombia están estimadas en el 90%. Datos de la SDS Grupo de Salud Ambiental indican que el número de animales a vacunar programado para el 2012 es de 505.274 (385.813 caninos y 119.461 felinos). El total de animales vacunados fue de 374.843 alcanzando una cobertura del 74,3% para caninos y felinos en el 2012.

Los indicadores de disponibilidad de alimentos son: En relación con la duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, en Colombia el 50% de las mamás dan 1,8 meses lactancia materna exclusiva, siendo inferior este indicador en el Valle del Cauca de 1,6. El Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer es de 9,1% en el Valle del Cauca unos puntos por encima de la reportada a nivel nacional 9,05%.

La Prevalencia de desnutrición global, la cual representa el retraso en talla y la desnutrición aguda en menores de cinco años en el Valle del Cauca es de 1,8% y para Colombia de 3,4%. Respecto al indicador retraso en talla según los patrones de crecimiento de la OMS, 13,2% de los niños colombianos menores de 5 años presentó retraso en talla ($< -2 \text{ DE}$) y de ellos el 3% se encontró en el rango de $< -3 \text{ DE}$ que significa retraso severo en talla. El Valle del Cauca fue uno de los departamentos con menos afectación en este indicador con una prevaencia de 6,0%, este indicador es el reflejo de la desnutrición crónica en menores de 5 años.

- La Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años en el Valle del Cauca es de 15,7% mientras que en Colombia es de 16,5%.
- La Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años en el Valle del Cauca es de 17,2% mientras que en Colombia es de 15,2% siendo más alto en el departamento, lo que implica generar estrategia de estilos de vida saludables dirigido a esta población.
- La Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses a 4 años en el Valle es de 28,2% mientras que a nivel nacional es de 27,5% lo que indica que el departamento está por encima de la nación en este indicador.



CONDICIONES DE TRABAJO

Incidencia de accidentalidad en el trabajo: El Valle del Cauca para el año 2012 en los 35 municipios reportados de los 42 arrojó un total de 80.979 casos de accidentes laborales representando el 13,28% del nivel nacional (609.881), siendo Cali la ciudad con el mayor número de casos reportados 51.796, seguido de Palmira con 6.423 casos, Yumbo con 5.542, Tuluá con 3.274; Buenaventura con 2.296; Buga con 2.252; Cerrito con 1.789; Cartago con 1.564, Florida con 1.332 y Zarzal con 1.160 casos. Estas ciudades corresponden a las de mayor actividad laboral en el departamento.

Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo: Para el Valle del Cauca en el año 2012 se presentaron 1.229 casos de enfermedades asociadas con el trabajo, representando el 12,9% del nivel nacional (9.524 casos). En los 35 municipios que reportaron enfermedades laborales, los 10 primeros lugares, fueron ocupados en su orden por Cali con 749 casos (61%); Yumbo con 156 casos (12,7%); Palmira con 92 casos el 7.5%; Tuluá con 39 casos; El Cerrito y Bugalagrande con 26 casos; Florida y Jamundí con 22 casos; Buga con 21 y finalmente Ginebra con 20 casos.

CONDICIONES FACTORES, PSICOLÓGICOS Y CULTURALES

Para el análisis de los indicadores de los factores psicológicos y culturales se utilizó tasas, prevalencias y porcentajes. Sus resultados se mencionan a continuación: Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumen frutas y verduras diariamente: El 18% de la población del Valle del Cauca consume frutas y verduras, siendo este superior al promedio nacional (11,75%).

Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años: La prevalencia para el Valle de Cauca en el consumo de alcohol en el último mes en la población de 11 a 18 años es de 41,31, comparada con la del nivel nacional de 39,81, refleja un comportamiento ligeramente superior lo cual nos indica que esta población se hace vulnerable a otros eventos de importancia en salud pública.

Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años): En cuanto al porcentaje de las mujeres unidas que usan algún método anticonceptivo, se encontró que en el Valle del Cauca el 81% de ellas utilizan algún método anticonceptivo, siendo más alto que el referente nacional 78,2.

Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años: En cuanto a la prevalencia del consumo de marihuana en el último año en la población escolar se encontró que para el Valle del Cauca fue de 4,54 y la nacional de 5,22; reflejando un menor consumo en este grupo poblacional.

Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años: En cuanto al porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años, se encontró que en el Valle del Cauca el porcentaje de transmisión en del 1,20%, siendo más bajo que el referente nacional 5,30%.

Cobertura de tratamiento antirretroviral: En relación con la cobertura de tratamiento antirretroviral se encontró el que en el Valle del Cauca la cobertura es del 98,67%, siendo más alta que el referente nacional 95%.

Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año: En cuanto a la prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita se encontró que el Valle del Cauca presenta una prevalencia en el último año de 8,35 siendo más baja que el referente nacional 8,65.

Prevalencia de fumadores actuales: En relación a la prevalencia de fumadores actuales se encontró el que en el Valle del Cauca fue de 10,50, siendo más bajo que el referente nacional 12,80.



Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar: En relación con la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar se encontró que para el Valle del Cauca fue de 159,14, siendo más bajo que el promedio nacional: 195,04; a pesar que el indicador presenta un comportamiento menor que el de la nación, es preocupante considerando el impacto que éste tiene en la salud pública del departamento.

Tasa de incidencia de violencia contra la mujer: En cuanto a la tasa de incidencia de violencia contra la mujer se encontró que para el Valle del Cauca fue de 566,10, siendo más bajo que el promedio nacional 686,31; a pesar que el indicador presenta un comportamiento menor que el de la nación, es preocupante considerando el impacto que este tipo de violencia de género tiene para la salud pública del departamento.

SISTEMA SANITARIO

Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia: El 12,7% de los hogares del Valle del Cauca presentan barreras de acceso a los servicios para el cuidado del grupo poblacional de primera infancia, siendo este inferior al promedio nacional (15,8%).

Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud: En cuanto al porcentaje de hogares con barreras de acceso se encontró que en el Valle del Cauca el 6,7% de los mismos cuentan barreras de acceso a los servicios de salud, siendo este inferior al promedio nacional (17,2%).

Cobertura de afiliación al SGSSS: El 92,4% de la población del Valle del Cauca se encuentra afiliada al sistema general de seguridad social en salud, siendo igual al del nivel nacional (92,1%).

Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos: La cobertura del biológico BCG para la población recién nacida del Valle del Cauca es del 85,6%, siendo menor que el del nivel nacional (88,8%).

Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año: En cuanto a coberturas útiles en la población menor de 1 año del biológico DPT se encontró que para el Valle del Cauca es del 95,2%, siendo mayor que la del nivel nacional (91,4%).

Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año: Para la cobertura útil del menor de un año en el biológico Polio se encontró que la del Valle del Cauca es del 95,2%, siendo mayor que la del nivel nacional (91,4%).

Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año: La cobertura del biológico Triple Viral para la población menor de un año del Valle del Cauca es del 94,6%, siendo mayor que el del nivel nacional (93,6%).

Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal: En el Valle del Cauca el 88% de los nacidos vivos cuentan con 4 o más consultas prenatales, siendo mayor que la del nivel nacional (83,2%).

Cobertura de parto institucional. El 90% de los partos en el Valle del Cauca son institucionales, siendo menor la cobertura que la del nivel nacional (97,9%).

Porcentaje de partos atendidos por personal calificado: El 99% de partos atendidos en el Valle del Cauca son por personal calificado, siendo mayor que la del nivel nacional (97,9%).

BRECHAS

| TULUA | INDICADORES |
|-------|-------------|
|-------|-------------|



| | C. Educ. | PS11 | Analf | Mor. Infan | C. Vacun | C. Acued. | Déf. Viv. Cual | Déf. Viv. Cuan | Ing. Fisc. | Ing. Trib. |
|--|----------|-------|-------|------------|----------|-----------|----------------|----------------|------------|------------|
| | 0,48 | 44,91 | 0,06 | 13,26 | 1,07 | 0,97 | 0,06 | 0,08 | 0,27 | 207,30 |

Las brechas que presenta el municipio están ligadas a educación (Pruebas Saber 11, Ingreso Fiscal e Ingreso Tributario), evidenciando que en términos generales, el municipio tiene unos indicadores superiores a los presentados por el nivel nacional, haciendo necesario evidenciar la necesidad de hacer énfasis en controlarlos para mejorar el comportamiento del municipio.

NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

La mitad de la población experimenta necesidades básicas insatisfechas con casi el 53% de los hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia. El porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia es mayor en los municipios menos privilegiados del departamento.

Prestación de servicios

El Departamento del Valle del Cauca configuró la red de prestadores públicos en el antiguo Sistema Nacional de Salud, adaptando la prestación de servicios a los conglomerados poblacionales formados según las regiones georeferenciadas donde las características sociales, culturales, económicas de la población, así como los medios de producción son similares, caracterizando la complejidad de los hospitales al número de habitantes de las ciudades y a las costumbres de las personas de movilizarse en la búsqueda de mercados mayores.

Con el proceso de adaptación a la Ley 100 de 1993, la totalidad de hospitales públicos hicieron su conversión a Empresas Sociales del Estado – ESE – manteniendo el nivel de atención histórico. Algunas ciudades intermedias, donde el hospital era de mediana complejidad crearon en los últimos años nuevas ESE de primer nivel, es el caso de Cartago, Buga, Buenaventura, Tuluá y Palmira. Actualmente la red pública de prestadores de servicios de salud el Valle del Cauca está conformada por 59 instituciones, de los cuales 56 son ESE y 3 son Hospitales de carácter privado.

MARCO LEGAL DEL PLAN ESTRATÉGICO DE DESARROLLO

La Constitución Política de Colombia de 1991 en el Artículo 49 en el cual establece que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud: Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”.

Leyes:

- Ley 9 de 1979. Establece el Código Sanitario Nacional.
- Ley 100 de 1993. Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social que incluye el Sistema de Salud, el Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios.
- Ley 152 de 1994. Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
- Ley 388 de 1997. Por la cual se modifica la Ley 9 de 1989, y la Ley 2 de 1991 y se dictan otras disposiciones.
- Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

- Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1450 de 2011. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014.
- Ley 1454 de 2011. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre: ordenamiento territorial y se modifican otras disposiciones.
- Ley 1751 de 2015. Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud.
- Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018. “Todos por un Nuevo País”.

Decretos:

- Decreto 1757 de 1994. Por medio del cual se reglamenta la Participación en el Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Decreto 2181 de 2006. Por el cual se reglamentan parcialmente las disposiciones relativas a planes parciales contenidas en la Ley 388 de 1997 y se dictan otras disposiciones en materia urbanística.
- Decreto 903 de 2014. Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema Único de Acreditación en Salud
- Decreto 2376 de 2010. Por medio del cual se regula la relación Docente-Servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud.

Resoluciones:

- Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud. Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, estableciendo responsabilidades para los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 425 de 2008, define la metodología para la elaboración, ejecución seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial.
- Resolución 0123 de 2012. Por la cual se modifica el artículo 2 de la resolución 1445 de 2006.
- Resolución 2003 del 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud.
- Resolución 2082 de 2014. Por la cual se dicta disposiciones sobre la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Ordenanzas:

- Ordenanza No. 415 de 2016. Plan de Desarrollo 2016 – 2019. “El Valle está en vos”.

Acuerdos:

- Acuerdo 117 de 1998 CNSSS: Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- Acuerdo No. 04 de 2016. Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Municipal “tulua enamora” para el periodo 2016 – 2019.

LA PLANEACIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EN EL CONTEXTO DE LA LEY 1122 DE 2007 O REFORMA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Artículo 2°. Evaluación por resultados. El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente Ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, solicitará a la Superintendencia Nacional de Salud suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad.

Cuando las entidades municipales no cumplan con los indicadores de que trata este artículo, los departamentos asumirán su administración durante el tiempo cautelar que se defina. Cuando sean los Departamentos u otras entidades del sector de la salud, los que incumplan con los indicadores, la administración cautelar estará a cargo del Ministerio de la Protección Social o quien este designe. Si hay reincidencia, previo informe del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud evaluará y podrá imponer las sanciones establecidas en la Ley.

Respecto de las Empresas Sociales del Estado, ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, niveles de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo.

Artículo 32. De la salud pública. La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

Artículo 33. Plan Nacional de Salud Pública. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

- a) El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio;
- b) Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable y la integración de estos en los distintos niveles educativos;
- c) Las acciones que, de acuerdo con sus competencias, debe realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras;
- d) El plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS;
- e) Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia

cero, que serán fijadas para cada año y para cada período de cuatros años;

f) Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana;

g) Las prioridades de salud pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir;

h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica;

i) Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria;

j) El Plan Nacional de Inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a ser incluidos y que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización;

k) El plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio;

l) El Plan incluirá acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como medidas orientadas a responder a comportamiento de los indicadores de mortalidad materna.

Parágrafo 1°. El Estado garantizará, que los programas de televisión en la franja infantil, incluyan de manera obligatoria la promoción de hábitos y comportamientos saludables.

Parágrafo 2°. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las entidades territoriales presentarán anualmente un plan operativo de acción, cuyas metas serán evaluadas por parte del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal efecto. Las personas que administran los recursos deberán contar con suficiente formación profesional e idónea para hacerlo.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los protocolos de atención que respondan a las prioridades definidas en el literal a) del presente artículo. El Ministerio definirá los protocolos de atención, remisión y tratamiento de los servicios de urgencias para los trastornos mentales de mayor prevalencia.

Parágrafo 4°. El Instituto Nacional de Salud se fortalecerá técnicamente para cumplir además de las funciones descritas en el Decreto 272 de 2004 las siguientes:

a) Definir e implementar el modelo operativo del Sistema de Vigilancia y Control en Salud Pública en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

b) Realizar los estudios e investigación que soporten al Ministerio de Salud y Protección Social para la toma de decisiones para el Plan Nacional de Salud.



PLATAFORMA DE DESARROLLO

El presente Plan de Desarrollo Institucional “VOLVIENDO A SER LOS MEJORES”, tiene incorporado un modelo temático de desarrollo con fundamento en los lineamientos políticos del ámbito Internacional, Nacional, Departamental y Local; además del marco conceptual del Modelo Estándar de Control Interno MECI y el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad en Salud que integra los elementos de Habilitación, Acreditación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud y Sistema de la Información para la Calidad.

El fundamento político y el marco conceptual usan como fuente estratégica el referente Institucional propio del Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe E.S.E a través de su trayectoria como Empresa Social del Estado y los resultados obtenidos así como el referente poblacional que hace alusión a la caracterización de la población objeto de los servicios dentro del área de influencia de la Empresa.

LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

El Modelo Estándar de Control Interno para entidades del Estado, se genera tomando como base el artículo 1° de la Ley 87 de 1993, el cual se encuentra compuesto por una serie de Subsistemas, Componentes y Elementos de Control.

El Modelo Estándar de Control Interno que se establece para las entidades del Estado proporciona una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación en las entidades del Estado, cuyo propósito es orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del Estado.

Este Modelo se ha formulado con el propósito de que las entidades del Estado obligadas puedan mejorar su desempeño institucional mediante el fortalecimiento del control y de los procesos de evaluación que deben llevar a cabo las Oficinas de Control Interno, Unidades de Auditoría Interna o quien haga sus veces.

La ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL URIBE URIBE DE TULUÁ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, mediante Resolución Número 1606 de Diciembre 31 de 2008, estableció y documentó el MECI 1000:2005, lo que significa que la cultura organizacional ha logrado, durante estos ocho, consolidar en buen número hacia el autocontrol que permitirá implementar las propuestas de cambio y desarrollo que aquí se están proponiendo. A título informativo es conveniente destacar algunas normas del Modelo Estándar de Control Interno:

Decreto 1599 de 2005: *Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.*

Artículo 1. *Adoptase el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005, el cual determina las generalidades y la estructura necesaria para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Control Interno en las entidades y agentes obligados conforme el artículo 5 de la Ley 87 de 1993. El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005 es parte integrante del presente decreto.*

Artículo 2. *El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas a que hace referencia el artículo 5 de la Ley 87 de 2005, será responsabilidad de la máxima autoridad de la entidad u organismo correspondiente y de los jefes de cada dependencia de las entidades y organismos, así como de los demás funcionarios de la respectiva entidad.*

Artículo 3. *El Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP- administrará y*



distribuirá para todas las entidades del Estado obligadas conforme el Artículo 5 de la Ley 87 de 1993, los instrumentos necesarios para el diseño, desarrollo e implementación de cada uno de los elementos, componentes y subsistemas del Modelo Estándar de Control interno.

Artículo 4. TRANSITORIO. *Las entidades obligadas a implementar el Sistema de Control Interno, deberán adoptar el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano en un término no superior a veinticuatro (24) meses contados a partir de la vigencia del presente decreto.*

Con el aporte de los diferentes niveles de la organización se ha logrado formular un plan, que si bien es cierto busca dinamizar el desarrollo de la Empresa articulado con elementos externos propios del entorno político, económico, social y por supuesto del subsector salud, también busca asegurar la sostenibilidad de la Empresa en el tiempo para que quienes se benefician de ella por sus servicios continúen aprovechando su oferta de valor para su bienestar propio.

De acuerdo con las políticas institucionales del Estado orientado a resultados, LAa ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado, ha construido su Direccionamiento Estratégico con una clara orientación hacia la satisfacción de áreas claves de resultado que se asocian con perspectivas corporativas para facilitar la formulación de las estrategias, así como de los medios de operación y control para el éxito de dichas estrategias. Sin desconocer los elementos de la gestión pública, la Empresa ha involucrado elementos técnicos de Planeación Estratégica para alinear la Estrategia, la Estructura y la Cultura de la organización.

Reconociendo los elementos políticos de gobierno, así como los legales de trámite y responsabilidad del Estado, el Plan propuesto articula las variables que convergen en el desarrollo de la Empresa Social del Estado con los intereses de los diferentes grupos sociales objeto de la Organización.

Con el ciudadano tuluense y la población vecina como foco central de acción, el Plan Estratégico de Desarrollo involucra la construcción de un sistema de gestión gerencial donde todos los niveles de la organización, internos y externos, se integran armónicamente a través de los procesos y del desarrollo de una cultura adecuada para el cumplimiento de los objetivos.

La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado busca fundamentalmente hacer realidad cada uno de los componentes del Direccionamiento Estratégico haciendo tangibles los propósitos e ideales empresariales a través de las estrategias que se representan en los indicadores de gestión y resultados de cada nivel de la organización.

El planteamiento estratégico está basado en los propósitos fundamentales de la Empresa Social del Estado que son la Rentabilidad Social y la Sostenibilidad Económica y alrededor de estos dos ejes de resultado se complementan y agregan los demás componentes de resultado.

INCIDENCIA DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE

Es importante resaltar que en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 se establece la creación del Modelo Integral de Atención en Salud, el cual establecerá nuevas reglas a las cuales cuando éstas se produzcan deberá adaptarse; dice así:

Artículo 61. *Del Modelo Integral de Atención en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS definirá el Modelo Integral de Atención en Salud el cual se aplicará a la población residente en el territorio colombiano, a los integrantes del SGSSS y a las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.*



El Modelo tendrá, entre otros, rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por ciclo y curso de vida, rutas de atención específicas por grupos de eventos, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC, funciones del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, la implementación de la gestión de riesgo en salud y el establecimiento de los esquemas de incentivos y conjuntos de información requeridos para su seguimiento y evaluación.

Parágrafo. *El MSPS elaborará las metodologías y lineamientos para la adaptación del Modelo en los ámbitos de zonas con población dispersa, rural y urbana. Para zonas con población dispersa y rural, podrá determinar la existencia de uno o varios aseguradores. Si se trata de un único asegurador, el MSPS establecerá las condiciones para su selección.*

El Plan Estratégico de Desarrollo de la ESE Hospital Departamental Uribe Uribe Empresa Social del Estado tiene como fuente principal para la formulación de las iniciativas estratégicas el Plan de Desarrollo Nacional, Departamental y Municipal, a su vez tiene como marco teórico elementos de gestión Gerencial y el contexto real del diagnóstico situacional de la Empresa y su área de influencia.

LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

Decreto 1011 de 2006. Mediante el cual se establece el Sistema Obligatorio de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Habilitación

Bajo la Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación en servicios de salud.

- Circular 000047 de 2006. Procedimiento de elaboración del Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares por parte de los profesionales independientes de salud.
- Habilitación de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios: www.supersalud.gov.co
- Resolución 1448 de 2006 Condiciones Habilitación para IPS que prestan servicios de Telemedicina
- Anexo Técnico 1. Instrucciones para Autoevaluación y Verificación de Instituciones Remisoras de Telemedicina
- Anexo Técnico 2. Instrucciones para Autoevaluación y Verificación de Centros de Referencia de Telemedicina
- Resolución 1315 de 2006. Condiciones de Habilitación para Centros de Atención en Drogadicción
- Anexo Técnico 1. Instrucciones para Autoevaluación y Verificación de Condiciones para Centros de Atención en Drogadicción
- Circular 036 de 2015. Inscripción y habilitación en el registro especial de prestadores de servicios de salud de las instituciones públicas y privadas que prestan el servicio de bienestar familiar.
- Resolución 3678 de 2014. Por la cual se modifica la resolución 2003 de 2014.
- Resolución 4445 de 1996. Por la cual se dictan normas para el cumplimiento de condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud y se dictan otras



disposiciones técnicas y administrativas.

ACREDITACIÓN

Resolución 0123 de 2012. Por la cual se modifica el artículo 2 de la resolución 1445 del 2006.

Resolución 2082 de 2014. Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Decreto 903 de 2014. Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.

Resolución 1445 de 2006. Funciones de la entidad acreditadora. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Acreditadas.

Manual de Estándares de Acreditación. Anexo Técnico 1: Para las entidades administradoras de planes de beneficios, Para las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarias

Para las instituciones prestadoras de servicios de salud ambulatorias: Para los laboratorios clínicos Para las instituciones que ofrecen servicios de imaginología.

Para las instituciones que ofrecen servicios de salud de habilitación y rehabilitación. Lineamiento para el desarrollo del proceso de otorgamiento de acreditación Anexo Técnico 2 Guía práctica de preparación para la acreditación en Salud

AUDITORÍA

Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación en servicios de salud.

Manual de Estándares de Verificación. Anexo Técnico 1 Manual único de procedimientos de habilitación. Anexo Técnico 2 Pautas de auditoría para el mejoramiento de la atención en salud

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

Resolución 1446 de 2006. Definición del sistema de información para la calidad e indicadores de monitorización. Fichas técnicas de los indicadores. Anexo Técnico Circular 30 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud. Instrucciones en materia de indicadores de calidad

- Reunión Técnica Nacional sobre Vigilancia de Eventos Adversos

MARCO CONCEPTUAL

Para asegurar la consistencia y coherencia de un marco lógico y teórico suficientemente estructurado para soportar la definición estratégica del Plan de Desarrollo de la Empresa se han articulado dos modelos de gestión que aportan enfoque gerencial, aseguramiento de la calidad y fortalecimiento institucional de manera independiente y en conjunto generando la sinergia estratégica necesaria para el desarrollo del Plan.

- Sistema de Gestión Integral: Entendido como un modelo gerencial que integra armónicamente los elementos estructurales de toda organización como son la gestión Estratégica, la Gestión de

Procesos y la Gestión de la Cultura.

El sistema de Gestión Integral ha sido adoptado para este Plan Estratégico de Desarrollo por su capacidad de enfocar la gestión de una organización como un todo, permitiendo así de una manera clara y precisa comprender la Empresa en su totalidad desde su Plan de Desarrollo.

- **Gestión Estratégica:** Es el sistema conductor de la gestión organizacional, aquí se integran las variables del contexto externo e interno de la Empresa dando espacio a las iniciativas estratégicas para alcanzar o llegar a estados o lugares anhelados dentro de los propósitos de la organización.
- **Gestión de Procesos:** Sistema que comprende la operación de la Empresa facilitando los elementos necesarios para la Gerencia del Día a Día desde los diferentes niveles de la Empresa. Su enfoque está basado en el ciclo gerencial básico PHVA y la aplicación del concepto de cadena de valor que se alinea de manera exacta con la formulación estratégica. Incluye la generación de ambientes de mejoramiento continuo y aprendizaje a través de la toma de decisiones basada en hechos y datos.
- **Gestión de la Cultura:** Es el elemento integrador entre la Gestión Estratégica y la Gestión de Procesos, en este subsistema se desarrollan las características propias del carácter o personalidad de la Empresa; en este componente se hacen tangible los diferentes rasgos que definen los comportamientos deseables en las personas que conforman la organización, comportamientos que deben estar alineados con las estrategias y los procesos definidos.
- **Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud:** Por definición es el tener un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar negativamente la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para evaluar su desempeño y con las acciones que se emprenden para corregir sus deficiencias.

Cada uno de sus elementos tiene un correspondiente nivel de alineación respecto al Sistema de gestión Integral de la calidad. A continuación se presentan los diferentes componentes del sistema y su relación con el sistema gerencial.

- **Componentes del Sistema Único de Acreditación en Salud:** Manual de Estándares, Proceso de Atención al Cliente Asistencial: Derechos y deberes de los pacientes; Acceso, Registro e ingreso; Evaluación y planeación de la atención; Ejecución del tratamiento; Evaluación del tratamiento; Salida y seguimiento; mejoramiento de la calidad.
- **Estándares de Apoyo Administrativo – De Direccionamiento:** Trabajo de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobernabilidad de la organización. Desarrollo del estándar de Direccionamiento
 - Lectura del entorno
 - Voz cliente interno
 - Necesidades del paciente y su familia
 - Replanteamiento de valores misión – visión por cambios de entorno
 - Liderazgo
 - Viabilidad financiera
 - Seguimiento trazadores
 - Conocimiento Junta Directiva

- **Gerencia:** Trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución. Desarrollo del estándar de Gerencia:
 - Identificación de clientes y necesidades
 - Garantía de recursos
 - Seguimiento y control al desarrollo de metas y objetivos de cada unidad funcional
 - Garantía de cumplimiento al respeto de derechos de clientes: dignidad, privacidad, seguridad
 - Protección y control de recursos humanos, financieros y físicos

- **Talento humano:** Gestión del recurso humano desde su planeación hasta su proceso de mejoramiento continuo. Desarrollo del estándar de Recursos Humanos:
 - Identificación y respuesta a necesidades de clientes internos
 - Planeación del recurso humano
 - Garantizar calificación y competencia del recurso humano:
 - Capacitación continua
 - Evaluación de desempeño
 - Confidencialidad y registro
 - Salud ocupacional
 - Seguridad industrial

- **Sistema de Información:** Integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización. Desarrollo del estándar de Sistema de Información:
 - Identificación y respuesta a necesidades de información de todos los clientes
 - Seguridad y confidencialidad
 - Consolidación información asistencial y administrativa

- **Ambiente físico:** Decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales. Desarrollo del estándar de Ambiente físico:
 - Gerencia de los riesgos físicos
 - Mantenimiento de la seguridad industrial
 - Preparación para emergencias y desastres
 - Readecuación del ambiente físico
 - Control de infecciones
 - Manejo seguro de equipos
 - Manejo seguro de desechos
 - Prevención y respuesta a incendios

FUNDAMENTO POLÍTICO

POLÍTICA INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO (OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE)

Se ha avanzado enormemente hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): la pobreza mundial sigue disminuyendo; más niños y niñas que nunca están escolarizados en la enseñanza primaria; la mortalidad infantil ha caído de forma espectacular; el acceso al agua potable ha aumentado notablemente; y millones de vidas se han salvado gracias a inversiones específicas en la lucha contra la malaria, el SIDA y la tuberculosis (ONU, 2015).



Los ODM están realmente cambiando la vida de las personas y, con un fuerte liderazgo y rendición de cuentas, estos avances se pueden extender a todos los países del mundo antes de la fecha límite de 2015. Tras esa fecha, los esfuerzos para alcanzar un mundo de prosperidad, igualdad, libertad, dignidad y paz continuarán con la misma intensidad.

Con la fecha límite para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para después de 2015, los líderes mundiales piden un ambicioso programa a largo plazo para mejorar la vida de las personas y proteger el planeta para las generaciones futuras. Se espera que este programa de desarrollo después de 2015 aborde muchas cuestiones, entre ellas, la erradicación de la pobreza y el hambre, la mejora de la salud y la educación, la construcción de ciudades más sostenibles, la lucha contra el cambio climático y la protección de los bosques y océanos (ONU, 2015).

Las Naciones Unidas colaboran con los gobiernos, la sociedad civil y otras partes implicadas para aprovechar el impulso generado por los ODM y mantenerlo con un ambicioso programa que se espera sea adoptado por los Países Miembros durante la Cumbre Especial sobre Desarrollo Sostenible ODS de septiembre de 2015:

1. Erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo
2. Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible
3. Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos para todas las edades
4. Garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa, y promover las oportunidades de aprendizaje permanente para todos
5. Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas
6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos
7. Asegurar el acceso a energías asequibles, fiables, sostenibles y modernas para todos
8. Fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todos
9. Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación
10. Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos
11. Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles
12. Garantizar las pautas de consumo y de producción sostenibles
13. Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos (tomando nota de los acuerdos adoptados en el foro de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático)
14. Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, mares y recursos marinos para lograr el desarrollo sostenible
15. Proteger, restaurar y promover la utilización sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de



manera sostenible los bosques, combatir la desertificación y detener y revertir la degradación de la tierra, y frenar la pérdida de diversidad biológica

16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles

17. Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sostenible

Relación con Objetivos de Desarrollo Sostenibles - ODS

La temática tiene relación con los siguientes objetivos y metas mundiales de los ODS:

- ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
- ODS 9: Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación
- ODS 11: Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles

Los tres objetivos de desarrollo sostenible que se identifican en el alineamiento en el Plan de Desarrollo 2016-2019, se encuentran concatenados en atención a que para garantizar la vida sana y promover el bienestar de la población en todas las edades, es necesario desarrollar infraestructura resiliente en salud, la cual se manifiesta en la capacidad del personal que trabaja en el Hospital para que se halle en capacidad de atender el retorno poblacional que con motivo del acuerdo de paz se avecina hacia la región.

Le corresponderá al personal resiliente del Hospital liderar que la ciudad de Tuluá y los asentamientos humanos vecinos desarrollen autónomamente su capacidad resiliente para asumir un nuevo proyecto de vida en un territorio previamente marcado por la violencia.

Metas: Mortalidad materna, mortalidad infantil y en la niñez evitable, enfermedades transmisibles y no transmisibles, consumo de sustancias psicoactivas, salud sexual y reproductiva, afiliación al Sistema General de Seguridad social en Salud, vacunación, administración de riesgo.

Política Nacional 2014-2018 “Todos por un Nuevo País”. Ley 1753 de 2015

“El propósito del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: “Todos por un Nuevo País” es construir una Colombia en paz, equitativa y educada. La paz, la equidad y la educación conforman un círculo virtuoso” (DNP, 2015, pág. 27).

Una sociedad en paz puede focalizar sus esfuerzos en el cierre de brechas y puede invertir recursos en mejorar la cobertura y calidad de su sistema educativo. Una sociedad equitativa en donde todos los habitantes gozan de los mismos derechos y oportunidades permite la convivencia pacífica y facilita las condiciones de formación en capital humano. Finalmente, una sociedad educada cuenta con una fuerza laboral calificada, que recibe los retornos a la educación a través de oportunidades de generación de ingresos y de empleos de calidad, y cuenta con ciudadanos que resuelven sus conflictos sin recurrir a la violencia (DNP, 2015).

De forma más simple: la paz favorece la equidad y la educación; la equidad propicia la paz y la educación; y la educación genera condiciones de paz y equidad. Por ello, el Plan Nacional de Desarrollo se concentra en estos 3 pilares, fundamentales para la consolidación de los grandes logros de los últimos 4 años y para el desarrollo de las políticas para los próximos 4, en pro de un nuevo país (DNP, 2015).



Para el logro de los objetivos del Plan, se trazan 5 estrategias transversales que aportan a los 3 pilares de la paz, la equidad y la educación; son ellas:

1. Competitividad e Infraestructura Estratégicas;
2. Movilidad Social;
3. Transformación del Campo;
4. Seguridad, Justicia y Democracia para la Construcción de Paz
5. Buen Gobierno.

Movilidad Social

La consolidación de la paz requiere avanzar de manera decisiva hacia la equidad. Durante el último cuatrienio se han logrado avances importantes pero aún persisten grandes retos. En 2012 se aprobó una reforma tributaria que redujo, por primera vez en más de 40 años, los costos de contratación de mano de obra formal.

Como resultado, desde enero del 2013 se han creado cerca de 1,2 millones de empleos formales, lo que se ha traducido en una disminución sustancial de la tasa de informalidad desde 2012, de 69,1 % a 65,6 % en noviembre de 2014. Mayor empleo formal significa mayores oportunidades de movilidad social lo que redundará en más equidad y mejores condiciones de vida para todos los colombianos. Además, los programas del Gobierno orientados a la promoción social han permitido grandes logros: más de 200.000 familias ingresaron al programa.

Más Familias en Acción; cerca de 300.000 nuevas familias se vieron beneficiadas por la Red Unidos; alrededor de 600.000 menores empezaron a recibir transferencias condicionadas; y el número de niños atendidos en programas de atención integral se duplicó en el primer cuatrienio del presidente Juan Manuel Santos. Como resultado, el País logró reducir el coeficiente de Gini en 2 puntos (de 0,56 a 0,54) entre el 2010 y el 2013, casi el doble de lo que se alcanzó entre 2002 y 2010. Sin embargo, a pesar de estos grandes avances, nuestro país continúa como uno de los tres países más desiguales de América y uno de los 15 más desiguales del mundo.

Políticas Sectoriales

La salud es un compromiso del Estado enmarcado en el enfoque de derechos, en el abordaje intersectorial e interdisciplinario y en la gestión del riesgo para avanzar significativamente en el goce efectivo del derecho a la salud, afectar los determinantes sociales de la salud y mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes de Colombia. De acuerdo con: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, Ley 152 de 1994; Ley 715 de 2001; Ley 1438 de 2011; Ley 1751 de 2015; Ley 872 de 2003; Ley 1523 de 2014; Decreto 3047 de Diciembre de 2013 y Decreto 859 de 2014; Resolución 1841 de 2013; Resolución 1536 de 2015; Resolución 518 de 2015; Resolución 4015 de 2013 y la Circular 040 de 2014, Decreto 1683 de 2013.

El proceso de planificación en salud se concreta en los Planes Territoriales de Salud - PTS, instrumento de política pública donde se define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios, para que durante el respectivo período de gobierno se avance hacia el logro de la visión en salud, y por lo tanto, hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, la mejora de condiciones de vida y salud y la disminución de la carga de enfermedad y la discapacidad evitables, con el fin de aportar hacia la paz y alcanzar mayor equidad en salud y desarrollo humano sustentable.

El marco de política de los PTS es el Plan Decenal de Salud Pública que, en correspondencia con la Ley 152 artículo 45, dispone que los departamentos, distritos y municipios deberán articular y ajustar los planes de desarrollo con las políticas, estrategias y programas del nivel Nacional que son de interés mutuo y que guarden relación con las acciones gubernamentales.



Por su parte, la Resolución 1536 de 2015, en su artículo 27 señala “Aprobación del PTS. El PTS por ser parte integral del Plan de Desarrollo, se aprobará de manera simultánea con éste en las asambleas departamentales y concejos distritales y municipales y se cargará a través de la plataforma habilitada del SISPRO para ser integrado a dicho sistema (...)”. Teniendo en cuenta lo anterior, el proceso de planeación en salud se incorpora en la agenda de formulación de los planes de desarrollo territoriales, en los cuales confluyen todos los sectores. Por lo tanto, los gobernantes y su equipo de trabajo deberán incluir en la agenda del PDT acciones para la formulación de los PTS con base en la Estrategia PASE a la Equidad en Salud y la Resolución 1536 de 2015.

Orientaciones para la elaboración de la parte estratégica en el PDT, está orientada desde la estructura del PTS; se estableció en la Resolución 1536 de 2015:

1. Análisis de situación de la salud bajo modelo de determinantes sociales de la salud
2. Priorización de la caracterización de la población afiliada a las EAPS, demás EPS, ARL
3. Priorización de la salud pública
4. Componente estratégico del plan territorial en salud
5. Componente de inversión plurianual del plan territorial en salud

El documento “Lineamientos Metodológicos, Técnicos y Operativos. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estrategia PASE a la Equidad en Salud” establece el procedimiento para definir objetivos y metas sanitarias de resultado y producto e indicadores y líneas de base, teniendo como referente el marco de competencia de la entidad territorial en salud.

La metodología para construir la parte estratégica parte del concepto de cadena de valor en donde, teniendo como insumo el análisis integral y priorización de los momentos de identificar y comprender, se definen las prioridades, los retos y a partir de ellos, se establecen los objetivos y metas sanitarias de resultado y producto que contribuirán con el logro de la visión de salud a 2021.

Seguridad Social en Salud

Se tiene como meta la universalización del aseguramiento desde el año 2002. Para ello se implementarán dos estrategias: i) universalización del régimen subsidiado para la población Sisbén 1 y ii) incremento de la afiliación al régimen contributivo y actualización del plan de beneficios. Esto implicará, entre otras, reducir la evasión y elusión de aportes al régimen contributivo, a través de la implementación universal de la planilla integrada de aportes y la interoperabilidad de los sistemas y registros de información de aportantes (RUA), afiliados (RUAF) y el SISBEN. Incrementar, hasta medio punto, el aporte de cotizaciones a cargo del empleador al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a partir de 2007; y transformar los recursos de subsidio de oferta a la demanda a partir de esa misma fecha. Igualmente, se promoverá el adecuado flujo de recursos y el saneamiento de la cartera de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de acuerdo con los lineamientos del CONPES.

Se debe tener en cuenta que la operación eficiente de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas será una premisa fundamental y este principio, también, se aplicará a aquellas IPS públicas donde las condiciones del mercado no permiten su supervivencia a partir de la venta de servicios a los diferentes pagadores. Para lograr una mayor eficiencia de los recursos se fortalecerá la gestión de las entidades territoriales en el manejo de la Red de Prestadores Públicos, garantizando el acceso, calidad, eficiencia y sostenibilidad financiera de las instituciones públicas y de la Red.

Para el efecto, las entidades territoriales deben viabilizar y adoptar el plan de organización de la red de prestadores de servicio de salud, previo concepto favorable del Ministerio de Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación. De otra parte, se adoptarán mecanismos con el propósito de adelantar el saneamiento de la cartera hospitalaria, para lo cual se identificarán fuentes de financiamiento para el cubrimiento de las obligaciones pendientes de pago, por parte de las entidades territoriales con



las IPS, por concepto de la atención de la población pobre no asegurada y con las ARS del régimen subsidiado.

- Es necesario el fortalecimiento del **Sistema de Información de la Protección Social** para el mejoramiento de la vigilancia en salud pública, el monitoreo, la evaluación y el ajuste de la unidad de pago por capitación y el comportamiento financiero de los agentes, la actualización de los planes de beneficios y el reconocimiento de los servicios no incluidos en éstos.
- Para el efecto, los agentes del SGSSS, deben diligenciar, recolectar, procesar, usar y enviar al Ministerio de la Protección Social, los registros individuales de la prestación de servicios (RIPS) en los términos y condiciones que éste defina. Su envío es obligatorio y constituirá un criterio de permanencia en el sistema y un indicador de gestión.
- Las **Entidades territoriales y las entidades Promotoras de salud**, deben concurrir en la gestión de la salud pública orientando sus acciones y programas al logro de las metas prioritarias en salud pública, definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y al control de los riesgos en salud de la población a su cargo.
- Se requiere que el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolle un **esquema de monitoreo** que permita conocer los resultados en la implementación y desarrollo del **Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad** a través de indicadores, así como un sistema de certificación, recertificación y registro único nacional para el mejoramiento del talento humano en salud.
- De otra parte, se adoptarán mecanismos con el propósito de adelantar el **saneamiento de la cartera hospitalaria**, para lo cual se identificarán fuentes de financiamiento para el cubrimiento de las obligaciones pendientes de pago, por parte de las entidades territoriales con las IPS, por concepto de la atención de la población pobre no asegurada y con las ARS del régimen subsidiado.

En el tema de salud pública, tiene especial importancia la reducción de la **mortalidad infantil y materna**; la **ampliación de la cobertura de vacunación** al 95%, el desarrollo de **acciones de educación y salud sexual y reproductiva**, acompañada del incremento de la prevalencia del uso de **métodos modernos de anticoncepción** en la población sexualmente activa, así como la creación y/o fortalecimiento de servicios diferenciados en salud sexual y reproductiva para adolescentes; de servicios la reducción de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino; el mantenimiento de la cobertura de atención institucional del parto; el aumento de la cobertura de terapia antirretroviral; la detención del crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo; la promoción de hábitos saludables de vida mediante campañas de actividad física para todos los colombianos, como propósito de prevención y control de las enfermedades no transmisibles; la reducción de la desnutrición global o crónica de la anemia en niños menores de 5 años y en mujeres gestantes y lactantes; la reducción de muertes por malaria o dengue; la reducción de la incidencia en municipios con malaria urbana, el mantenimiento de la prevalencia general de infección por VIH por debajo del 1,2%, y la reducción de los índices de infestación por Aedes en los municipios categoría especial 1 y 2, por debajo de 1.800 metros sobre el nivel del mar, por ser los que más problemas presentan.

En términos de riesgos profesionales y protección al cesante, se aumentará la afiliación al sistema de riesgos profesionales y el número de empresas afiliadas a dicho sistema, al tiempo que se buscará aumentar la cobertura en afiliación a pensiones, para lo cual también se desarrollarán mecanismos para que los Colombianos residentes en el exterior puedan incorporarse como independientes al Sistema General de Pensiones, ya sea en Régimen de Prima Media o Régimen de Ahorro Individual, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Cancillería reglamentarán la materia con el objetivo de garantizar la prestación de este servicio para todos nuestros Connacionales.

Ley 1751 de 2015. De la Política de Atención Integral en Salud



La Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud) tiene por objetivo “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”.

El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015).

Ley 1751 de 2015. Del Modelo Integral de Atención en Salud

El Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS definirá el Modelo Integral de Atención en Salud el cual se aplicará a la población residente en el territorio colombiano, a los integrantes del SGSSS y a las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

El Modelo tendrá, entre otros, rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por ciclo y curso de vida, rutas de atención específicas por grupos de eventos, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PIC, funciones del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, la implementación de la gestión de riesgo en salud y el establecimiento de los esquemas de incentivos y conjuntos de información requeridos para su seguimiento y evaluación.

PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO 2016 - 2019 “EL VALLE ESTÁ EN VOS”

Existe una alta privación y desigualdad en la población del Valle del Cauca, generadora de pobreza. Evidencia de ello es el IPM dado por el DANE para el año 2015, donde la población en situación de pobreza fue del 15,7%, impactando en los ingresos, la percepción y la calidad de vida, limitaciones en accesos a servicios básicos, bajos niveles de vida relacionados a la condición de la vivienda en donde habitan, el nivel de educación, el acceso a salud, a servicios públicos, alimentación, hacinamiento, entre muchos otros aspectos. Es así como el Departamento deberá contribuir en aspectos concretos para mejorar la vida de los vallecaucanos y generar desarrollo integral.

En materia de salud es importante apoyar por parte de la Gobernación del Valle del Cauca en un primer momento, en la superación de la crisis y colapso de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), generando gestión efectiva para el pago de las deudas de las EPS con los hospitales públicos del Departamento, como lo es el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”, el Hospital de Cartago, la ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá Empresa Social del Estado, el de Zarzal, Roldanillo e “Isaías Duarte Cancino” de Cali, como también en el jalonamiento de recursos nacionales e internacional para mejorar la infraestructura y tecnología de estos centros de atención de personas más vulnerables.

Segundo, se deberá impulsar el aumento de la cobertura de salud para aquellos que aún no están inscritos en ninguno de los regímenes del Sistema de Salud, contribuir a que los empleadores e independientes afilien a sus trabajadores a salud y pensión. También es necesario que el Departamento impulse lugares de trabajo seguros y que garanticen la salud laboral en sus empleados.

Tercero, es necesario contribuir en la creación de programas que busquen salud ambiental y sanitaria en



el Departamento, ya que existe alta concentración de partículas suspendidas en el aire.

Mejorar la calidad del servicio en salud será otra necesidad por la cual trabajar, en un primer momento en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, como también en la implementación de programas de prevención y atención integral en la salud sexual y reproductiva en los 42 municipios, con más concentración en aquellos con alta población en zona rural.

A su vez, contribuir en la salud mental de los vallecaucanos, ya que una de las causas de muerte en los hombres es por hechos violentos y ha aumentado el número de jóvenes consumidores de drogas ilícitas. La prevención y atención integral a enfermedades es otro punto en el cual se deberán generar programas que impacten las enfermedades que tienen mayores casos de mortalidad (enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cáncer y enfermedades huérfanas) en el Valle del Cauca.

Por último, se deberán impulsar programas de estilo de vida saludable para los vallecaucanos relacionados con nutrición y enfermedades prevenibles con el objetivo de garantizar salud preventiva en el Departamento.

Gestionaremos recursos para mejorar la atención de urgencias en el Valle por medio de la construcción, dotación y puesta en funcionamiento de centrales de trauma en Buenaventura, Tuluá y Cartago.

Salud en Todas las Políticas

- La acción del gobierno estará encaminada por medio del ejercicio efectivo de la rectoría del sistema de salud a nivel regional y la intervención positiva sobre los determinantes sociales de la salud.
- Trabajaremos para desarrollar un Sistema Integral de Salud Departamental basado en la estrategia de atención primaria en salud para lograr que los Vallecaucanos sean atendidos de manera fácil, continua, rápida, con calidad y calidez humana y cercana a su lugar de residencia

PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2016 - 2019

Objetivos Estratégicos

- Fortalecer el ejercicio de rectoría de la autoridad sanitaria, la acción coordinada sectorial, transectorial y la participación comunitaria para la reducción de las inequidades en salud en el Departamento del Valle del Cauca.
- Implementar entornos y ambientes seguros y saludables contribuyendo al logro de niveles óptimos de salud y bienestar en los vallecaucanos.
- Lograr la afectación positiva de los determinantes sociales, frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

Es importante identificar que entre las necesidades en salud del Valle, el municipio de Tuluá se encuentra en los porcentajes más altos para enfermedad isquémica del corazón según el INS acompañado de los municipios Bugalagrande, El Dovio, Cartago, El Águila y Bolívar.

Tabla 10. Índice de Necesidades en Salud del Valle del Cauca

| Municipio | Índice Necesidades Salud |
|-------------|--------------------------|
| Versalles | 15,75 |
| El Dovio | 12,03 |
| La Victoria | 7,01 |
| Caicedonia | 6,86 |
| Roldanillo | 6,13 |
| Yotoco | 5,71 |
| Cartago | 5,47 |
| Tuluá | 4,62 |
| Argelia | 4,31 |
| Bolívar | 3,59 |
| El Cerrito | 3,12 |
| Cali | 2,75 |
| Toro | 2,5 |
| Sevilla | 2,43 |
| Restrepo | 2,16 |
| Palmira | 1,92 |

Fuente: Plan Territorial de Salud 2016-2019.

PLAN MUNICIPAL DE DESARROLLO “TULUÁ ENAMORA” 2016 - 2019

El gran desafío para el Municipio de Tuluá es articular el desarrollo económico con el social. Para lograrlo, el Municipio cuenta con el Plan de Desarrollo 2016- 2019 que estructura la salud integral con eficiencia y eficacia bajo un gran programa denominado: Servicios de salud en equidad, humanizados e integral.

Este programa tiene ocho (8) grandes pilares: Salud ambiental, Salud sexual y reproductiva, Salud Mental, Seguridad alimentaria y nutrición, Vida saludable y Enfermedades no transmisibles, Enfermedades transmisibles, Salud pública en emergencias y desastres, Salud en el entorno laboral. Cada uno de estos subprogramas tiene acciones transversales dirigidas a alcanzar los objetivos y metas trazadas. El Municipio enfrenta grandes retos en el tema de salud pública. Muchos de ellos se originan en las diferencias que existen en las regiones aledañas entre los grupos poblaciones existentes, las debilidades de eficiencia en la gestión pública, la mala priorización y focalización de los recursos disponibles.

El Plan de Desarrollo 2016-2109 apunta a la equidad en salud para la población, independientemente de sus condiciones sociales, culturales o económicas, planteando los siguientes objetivos: Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida que modifiquen la situación de salud y disminuyan la carga de enfermedad existentes, mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

Como la salud pública es un compromiso de toda la comunidad, se plantea una articulación de actores, sectores públicos y privados, relacionados con la salud pública y comunitaria. También, el desarrollo de estrategias intersectoriales que impacten los determinantes sociales y económicos, y dar respuesta a los desafíos actuales como lo es disminuir los índices de morbimortalidad y los diferentes índices que marcan la problemática de condiciones biológicas, mentales, ambientales, entre otros.

DIAGNÓSTICO

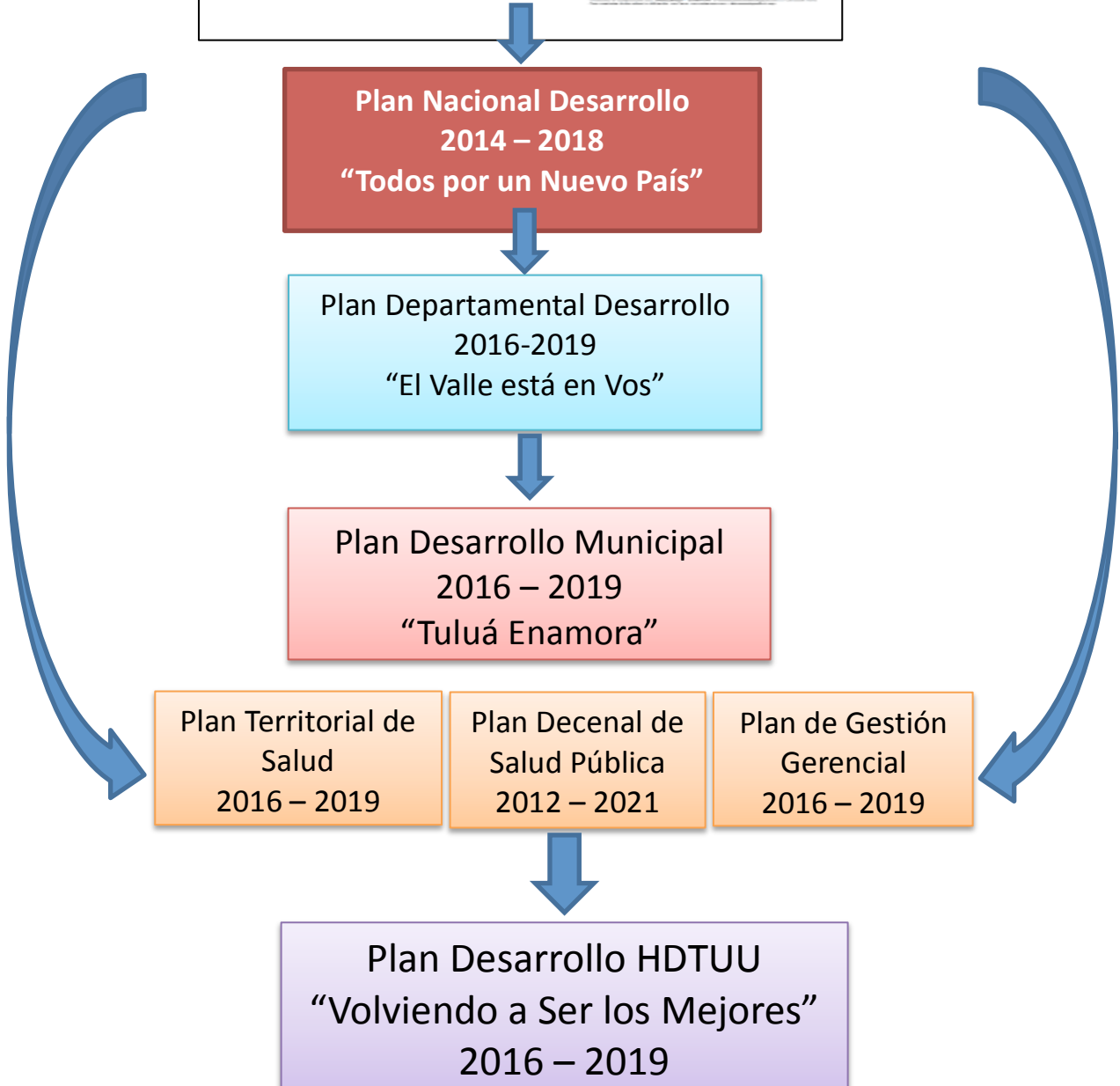
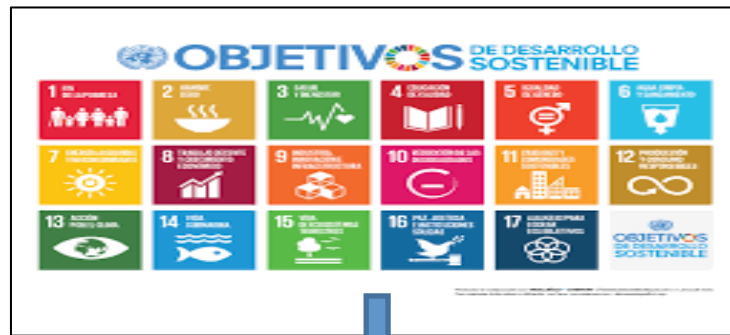
El Municipio de Tuluá en la actualidad, por efectos de la deficiencia en la programación y ejecución de las actividades del Plan Territorial de Salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población de diferente condición social, cultural y económica del Municipio; ha incrementado los índices



ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUÁ
Empresa Social del Estado
NIT. 891.901.158-4

de enfermedades por contaminación de aire, ruido, enfermedades de transmisión sexual y reproductivas, alto índices de consumos de psicoactivos en niños y jóvenes, enfermedades transmisible y no transmisibles, entre otros. El Plan de Desarrollo 2016-2019 subsector Salud en su estructura incorpora diferentes enfoques, como son: El enfoque de derechos de los ciudadanos, el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (niñez, juventud, adultos, personas mayores), el enfoque diferencial considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia y situaciones de desplazamiento, de la diversidad sexual y de los grupos étnicos. Estas circunstancias sociales han dado como resultado que las inequidades en salud estén determinadas por procesos que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

A continuación se presente un gráfico donde se esquematiza la relación de política en salud desde lo internacional, lo nacional, lo departamental y lo local para mostrar cómo influyen en la formulación del Plan de Desarrollo del Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe 2016-2019.



Marco Referencial del Plan Desarrollo

DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL POR AREAS FUNCIONALES.

Diagnostico área de Talento Humano

El Área de Talento Humano constituye un factor clave en los procesos gerencial de la organización y tiene a su cargo la formación de capital humano altamente calificado, alineado con el planeamiento estratégico de las mismas.

También el área de Talento Humano coordina y controla las situaciones administrativas de los servidores públicos, propendiendo hacia el desarrollo integral de los mismos.

Para diciembre del año 2016, se hizo una revisión y depuración del plan de cargos institucional y la Junta Directiva tomó la decisión de suprimir los cargos que se encontraban vacantes y la eliminación de los encargos, presentandose la nueva situación de la siguiente manera:

TABLA No. DISTRIBUCIÓN DE LA PLANTA DE CARGOS APROBADA

| PLANTA DE CARGOS | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------------------|------|------|------|------|
| TOTAL PLAN DE CARGOS | 388 | 388 | 388 | 269 |
| PLANTA DE PERSONAL | 309 | 283 | 268 | 254 |
| VACANTES | 79 | 105 | 120 | 15 |

Fuente: Oficina de Talento Humano del Hospital.

Los cargos que se encuentran vacantes para el año 2016 corresponden a funcionarios que han renunciado, jubilado o muerto, despues del ajuste que hizo la Junta Directiva en el mes de diciembre.

Del año 2012 al 2016, la planta de cargos provisionados del Hospital ha presentado el siguiente comportamiento:

TABLA No. COMPORTAMIENTO DE LA PLANTA DE PERSONAL VINCULADO

| TIPO DE VINCULACIÓN | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| CARRERA ADMINISTRATIVA | 133 | 121 | 109 | 98 | 104 |
| NOMBRAMIENTO PROVISIONAL | 103 | 101 | 89 | 87 | 83 |
| PERIODO PRUEBA | 16 | 16 | 16 | 16 | 0 |
| TRABAJADOR OFICIAL | 59 | 58 | 56 | 55 | 55 |
| PERIODO FIJO | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCION | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 |
| C.A-ENCARGO | 6 | 6 | 5 | 5 | 3 |
| CAR.EN COMISION | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| TOTAL | 324 | 309 | 283 | 268 | 254 |
| RETROACT | 136 | 123 | 104 | 97 | 81 |
| LEY 50 | 188 | 186 | 179 | 171 | 174 |
| TOTAL | 324 | 309 | 283 | 273 | 254 |
| ADMON | 114 | 112 | 106 | 98 | 93 |
| OPERATIVO | 208 | 195 | 174 | 168 | 157 |
| DIRECTIVO | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| TOTAL. | 324 | 309 | 283 | 268 | 254 |

Fuente: Oficina de Talento Humano del Hospital.



Informe Proceso Pensional

La Institución a través del Área de Talento Humano ha venido gestionando ante los diferentes fondos la pensión de los funcionarios las acciones necesarias para apoyarlos en el proceso de solicitud de su pensión de jubilación, lográndose adelantar desde el año 2013 y obteniendo los siguientes resultados:

PENSIONADOS: 2013

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| AUXILIARES AREA SALUD 07 | 11 |
| AUXILIARES AREA SALUD 01 | 2 |
| AUXILIARES ADMINISTRATIVOS-02 | 2 |
| AUXILIARES AREA SALUD 04 | 3 |
| AUXILIARES AREA SALUD 02 | 1 |
| MEDICO ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA | 1 |
| MEDICO GENERAL | 1 |
| CELADOR | 1 |
| MOTORISTA | 1 |
| TOTAL | 23 |

PENSIONADOS 2014

| | |
|--------------------------|-----------|
| ENFERMERA | 2 |
| AUXILIARES AREA SALUD 01 | 2 |
| AUXILIARES AREA SALUD 07 | 5 |
| TECNICO MANTENIMIENTO | 1 |
| TOTAL | 10 |

PENSIONADOS 2015

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| AUXILIARES AREA SALUD 07 | 5 |
| AUXILIARES ADMINISTRATIVOS | 7 |
| MEDICO ESPECIALISTA GINECOOBTERICIA | 1 |
| CAMILLERO | 1 |
| TOTAL | 14 |

PENSIONADOS 2016

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| AUXILIARES AREA SALUD 07 | 5 |
| AUXILIARES ADMINISTRATIVOS | 7 |
| MEDICO ESPECIALISTA GINECOOBTERICIA | 1 |
| CAMILLERO | 1 |
| TOTAL | 14 |

Al momento de la realización de este trabajo se puede hacer la siguiente relación:

- 38 funcionarios presentan pérdida de capacidad laboral, de los cuales 16 fueron reubicados exitosamente por recomendación del médico laboral, dos se encuentran incapacitados, 4 están pendientes por valoración del médico laboral, 5 se encuentran en proceso de pensión y los demás se les realiza seguimiento semestral para verificar el estado de su condición.
- 51 son prepensionales, de los cuales 18 ya radicaron documentación para la solicitud de pensión de jubilación.
- 53 solicitaron la reliquidación de su pensión de jubilación.

Esta suma da como resultado que 137 funcionarios de los 269 actuales están en una condición especial que requiere atención y que debe ser resulta su situación para poder responder a los requerimientos institucionales.



INFORME AVANCES CONTRATO DE CONCURRENCIA – CUOTAS PARTES

La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado, tiene cuotas partes de los retirados a diciembre 31 de 1993, que ya fueron pensionados por diferentes Instituciones, las cuales actualmente están cobrando por el tiempo laborado en esta Entidad.

| | |
|---------------------|-----------------|
| No. Cuotas partes | 53 |
| Vr. Cobros | \$2.697.812.144 |
| Vr. Proyección 2015 | \$8.077.064.310 |

La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado no tiene a su cargo el pago de las cuotas partes basado en lo siguiente:

En artículo 33 de la Ley 60 de 1993, creó el Fondo del Pasivo Prestacional del Subsector Salud como una cuenta especial a cargo del entonces Ministerio de Salud, para que la Nación se obligara con las entidades de salud en la financiación del pasivo causado hasta el 31 de Diciembre de 1993, por concepto de cesantías y pensiones de los funcionarios del sector salud que fueron reconocidos como beneficiarios de dicho Fondo en una proporción calculada en los términos establecidos en la misma ley.

La Ley 100 de 1993 en su artículo 242 establece que el fondo del pasivo prestacional para el subsector salud, de que trata la Ley 60 de 1993, cubrirá las cesantías netas acumuladas y el pasivo laboral por pensiones de jubilación causado a 31 de diciembre de 1993.

Que con la expedición de la Ley 715 de 2001, se suprimió el Fondo del Pasivo Prestacional del Subsector Salud y se trasladó la responsabilidad financiera de la Nación al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de conformidad con los artículos 61, 62 y 63 de la mencionada Ley.

Que la Dirección General del Presupuesto Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de conformidad con el Decreto 306 de 2004 avaló el monto del pasivo causado a 31 de Diciembre de 1993 por concepto de cesantías, pensiones de jubilación o vejez, invalidez y sustituciones pensionales, bonos pensionales, cuotas partes de bonos pensionales, cuotas partes pensionales, y reservas pensionales.

Que el Decreto 306 de 2004, define los procedimientos para desarrollar las competencias asignadas al Ministerio de Hacienda y Crédito Público especialmente lo relacionado con: i) la revisión de las concurrencias de la Nación y de las entidades territoriales e instituciones de salud; ii) los cálculos actuariales, iii) las certificaciones de beneficiarios; iv) la actualización financiera y actuarial de las mesadas pensionales, bonos pensionales, cuotas partes pensionales y del pasivo de cesantías causadas a 31 de diciembre de 1993; v) las obligaciones de los antes concurrentes y vi) los requisitos, condiciones y trámites que deban cumplirse para el pago de las concurrencias asignadas.

Que en relación con lo anterior, autoriza la celebración de convenios para pagar el pasivo, con lo cual se procede a la celebración del convenio para la cancelación del pasivo por concepto de cesantías, pensiones de jubilación o vejez, invalidez y sustituciones pensionales, bonos pensionales, cuotas partes de bonos pensionales, cuotas partes pensionales, y reservas pensionales causadas a 31 de diciembre de 1993, correspondiente a los trabajadores y ex trabajadores de las Instituciones Públicas del Sector Salud.

Que el Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo – en sentencia con fecha de 21 de octubre de 2010 (Radicado 5242 de 2010) Decretó "...la nulidad parcial de la expresión "...y las instituciones hospitalarias concurrentes" contenida en el literal d) artículo 3º, en los incisos 3º y 4º del numeral 1 del artículo 7º y en los artículos 10º y 11º del Decreto 306 de 2.004..." expedido por el Gobierno Nacional por las razones expuestas en la parte resolutive de esta providencia determinando: Las empresas sociales del estado no tenían vida jurídica al 31 de Diciembre del 1993, por tal razón no son concurrentes en el pago de este pasivo.



La Ley 1438 de 2011 artículo 78, Pasivo prestacional de las Empresas Sociales del Estado e instituciones del sector salud. En concordancia con el artículo 242 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 61, 62 y 63 de la Ley 715 de 2001, el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Hacienda y Crédito público y los entes territoriales departamentales firmarán los contratos de concurrencia y cancelarán el pasivo prestacional por concepto de cesantías, reserva para pensiones y pensiones de jubilación, vejez, invalidez y sustituciones pensionales, causadas en las instituciones del sector salud públicas causadas al finalizar la vigencia de 1993 con cargo a los mayores recursos del monopolio de juegos de suerte y azar y del fondo pensional que se crea en el Proyecto de Ley de Regalías. Parágrafo. Concédase el plazo mínimo de dos (2) años, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, para que las entidades territoriales y los hospitales públicos le suministren al Ministerio de Hacienda y Crédito Público la información que le permita suscribir los convenios de concurrencia y emitan los bonos de valor constante respectivos de acuerdo con la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial departamental. El incumplimiento de lo establecido en el presente artículo será sancionado como falta gravísima.

El Decreto 700 del 12 de abril de 2013 reiteró que la financiación del mencionado pasivo es responsabilidad de la Nación y las entidades territoriales, y determinó la responsabilidad que asumirán en el pago de la concurrencia.

La Circular del 29 de julio de 2013 expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público señaló que: “Si la entidad territorial tiene certeza de la existencia de «otras obligaciones pensionales con el sector salud», diferentes a las incluidas en un «Contrato de Concurrencia», (como las causadas por las entidades hospitalarias entre el 01 de Enero de 1994 y Junio 30 de 1995, fecha en que entró a regir el Sistema General de Seguridad Social en pensiones a nivel territorial, así como las generadas a favor de los empleados y empleados no beneficiarios de la concurrencia), puede utilizar los recursos de Lotto”.

El Decreto 728 de 2013 establece la metodología para la destinación de los recursos del Lotto Nacional que los municipios deberán utilizar para el saneamiento de las obligaciones pensionales de las empresas sociales del estado E.S.E. que de aquí en adelante se denominarán LA ENTIDAD DEL SECTOR SALUD.

Adicionalmente, La Corte Suprema De Justicia, Sala De Casación Penal, Sala De Decisión De Tutelas N° 2, en Sentencia del seis (6) de febrero de dos mil catorce (2014) Radicado No. 71698. Magistrada Ponente MARÍA DEL ROSARIO GONZÁLEZ MUÑOZ, consideró:

“El Ministerio de Hacienda y Crédito Público expidió el decreto 700 del 12 de Abril de 2013, mediante el cual reglamentó los artículos 61, 62 y 63 de la Ley 715 de 2001 y dispuso que la financiación del pasivo prestacional del subsector salud es responsabilidad de la Nación y los Entes Territoriales” (Negrilla y cursiva fuera del texto).

En el mismo sentido, la Corte Constitucional en Sentencia T-404/2015, ordenó al Ministerio de Hacienda y Crédito Público llevar a cabo la actualización del pasivo prestacional con el fin de incluir todas las provisiones y asegurar el pago de las Indemnizaciones Sustitutivas de pensión de jubilación y se modifique el acuerdo de concurrencia No. 001274 celebrado con el Departamento del Valle y el Municipio de Cali, para incluir estas partidas y defina la responsabilidad de estas entidades territoriales en la concurrencia conforme con las competencias definidas en el Decreto 700 de 2013, y exhortó al Ministerio de Hacienda para que en un término de tres meses actualice el pasivo pensional y se paguen todas las acreencias prestacionales de las personas retiradas antes del 31/12/1993”

La Ley 1753 del 09 de Junio de 2015 que regula el Plan Nacional de Desarrollo 2014 -2018 “Todos Por un Nuevo País” Artículo 147. Financiación del Pasivo Pensional del Sector Salud con recursos del FONPET y destinación de excedentes. Las entidades territoriales utilizarán los recursos acumulados en el FONPET abonados en el subsector salud como fuente de financiación del pasivo pensional de dicho subsector: se podrán atender las obligaciones pensionales establecidas en los contratos de concurrencia y las no incorporadas en dichos contratos siempre que su financiación se encuentre a cargo de las



respectiva entidad territorial, incluidas las correspondientes al pago de mesadas pensionales, bonos pensionales, cuotas partes de bonos pensionales y cuotas partes pensionales.

La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado fue reconocido en el FONDO DEL PASIVO PRESTACIONAL DEL SECTOR SALUD, mediante la resolución No 05148 enviado por el Ministerio de Salud hoy de la Salud y Protección Social de fecha 31 de diciembre de 1993.

Así mismo esta institución quedo incluida en el Contrato interadministrativo No. 01274 del 31 de diciembre de 1997 celebrado entre el Ministerio de Salud – FONDO NACIONAL DEL PASIVO PRESTACIONAL DEL SECTOR SALUD y el DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA, en dicho contrato se establecen las obligaciones y los porcentajes de concurrencias de estas dos instituciones para el pago de la deuda prestacional correspondiente a los funcionarios y exfuncionarios de los hospitales entre ellos La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado.

Mediante el convenio interadministrativo las Empresas Sociales del Departamento y algunas IPS, entre ellos La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado firmaron este convenio que tiene por objeto establecer el procedimiento para la liquidación y pago de las pensiones a que tienen derecho las personas de las instituciones y que son beneficiarios del fondo del Pasivo prestacional hasta el 31 de diciembre de 1993.

En conclusión, toda la normatividad relacionada deja claridad que el Gobierno Nacional y los entes territoriales son los competentes para cancelar el pasivo prestacional de las Entidades Hospitalarias así como lo establece el tenor literal del artículo 78 ley 1753 de 2015 por consiguiente no corresponde el pago de las cuotas partes y bonos pensionales dando cumplimiento no sólo a los lineamientos establecido para las entidades de Hospitalarias de la concurrencia sino con lo dispuesto en el decreto 1748 de 1995 y Decreto 1513 de 1998.

INCIDENCIA DEL PASIVO COLOMBIANO ²

La Ley 549 de 1999 en su artículo 9, estableció la responsabilidad de elaborar el cálculo actuarial del pasivo pensional de cada entidad territorial y sus entidades descentralizadas, de acuerdo con la metodología y dentro del programa que diseño el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Para dar cumplimiento a la anterior disposición, el Ministerio desde la Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social, viene adelantando el proyecto de “Seguimiento y Actualización de los Cálculos Actuariales del Pasivo Pensional de las Entidades Territoriales conocido como PASIVOCOL, el cual tiene por objeto cuantificar el pasivo pensional de las entidades territoriales y sus descentralizadas con base en la información que es suministrada por cada una de ellas y a través de la reconstrucción y registro de las historias laborales. El PASIVOCOL, se ha constituido en el instrumento por medio del cual la Entidad Territorial suministra la información necesaria para calcular y actualizar su pasivo pensional y para ellos se han definido los lineamientos que deben seguir las entidades desde la etapa de recolección de información, hasta la elaboración del cálculo actuarial. Para este año se actualizo la herramienta de captura de la información a PASIVOCOL 5.0.

Ya se entregó la primera información de los activo, al Ministerio, quedando pendiente por entrega la segunda etapa que consta de los retirados del año 1994 al 2015, para el mes de agosto.

Desde la Oficina de Talento Humano se proyecta y se elabora documentación relacionada con los funcionarios y exfuncionarios que laboran y han laborado respectivamente, como son los formatos 1, 2 y 3B, que es un estudio riguroso, por lo que se convierte en una actividad dispendiosa y de gran demanda; esta actividad implica una responsabilidad y compromiso por parte de la Jefatura de Talento Humano

² Con base en la capacitación en Bogota: (21 y 22 de abril de 2016).



puesto que estas certificaciones permiten el trámite de la pensión o jubilación al igual que la corrección de las historias laborales, esto fue debido al paso que hubo de ISS a Colpensiones donde la plataforma de cayó, produciendo muchos vacíos en los tiempos.

Dentro de las vigencias 2014 y 2015, la Jefatura de Talento humano ha entregado 276 certificaciones en formatos 1, 2, 3A-B, con destino a bono pensional, para los funcionarios y exfuncionarios.

También dentro de la vigencia 2015 y lo que lleva 2016, Se han resuelto a favor del Hospital 15 tutelas por bonos pensionales y cuotas partes.

Informe de cargos de la oferta pública.

Los artículos 125 y 130 de la Constitución Política son los que marcan el derrotero Constitucional que debe regir la provisión de cargos de carrera administrativa, cuya competencia está asignada a la Comisión Nacional del Servicio Civil.

En la visita que se realizó en la CNSC, se elevó la consulta de reportar los cargos a la oferta pública estando la entidad en proceso de reestructuración.

Es Obligatorio las Entidades reportar los cargos vacantes definitivamente independiente que la Institución entre o este en un proceso de reestructuración; para ese caso que ya esté firme con el acto administrativo de Reestructuración se solicitará a la Comisión la apertura del Registro para hacer los cambios, claro está que con soportes de porqué va suprimir estos cargos. Si no se reporta esto conlleva sanciones disciplinarias.

Organización de las hojas de vidas de los funcionarios activos e inactivos.

Actualmente se viene organizando cada hoja de vida de acuerdo con las tablas documentales circular 04 de 2003 y sus decretos reglamentarios y revisando que tengan la correspondiente documentación para la acreditación de la Entidad.

Programa de Bienestar Social e Incentivos

El objetivo del Programa de Bienestar Social e Incentivos de La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado es el de crear, mantener y mejorar la calidad de vida de sus funcionarios, elevar y mantener su sentido de pertenencia, su motivación y satisfacción, propendiendo por su desarrollo integral y por lo tanto el fortalecimiento institucional de la Entidad.

El Programa de Bienestar Social está enmarcado en Artículo 20 del Decreto 1567 de 1998, y en Artículo 34 del Decreto 1567 de 1998, en armonía con el artículo 125 del Decreto 1572 del mismo año, corresponde al Jefe de cada institución adoptar y desarrollar Internamente los planes de anuales de incentivos y de bienestar social para cada Institución.

El programa de Bienestar Social e incentivos se han establecido las siguientes áreas de acción o de intervención, cada una con planes o actividades diseñados para el logro de los objetivos específicos que pretende:

- Área Organizacional: El reconocimiento al mejor servidor, reconocimiento por antigüedad de 30 años de servicios a la institución,
- Área de Capacitación: Auxilio educativo a los hijos de los empleados y a los empleados que están estudiando,
- Área Deportiva: Realizar la jornada Deportiva, donde todos los empleados participaron en torneo corto de fútbol, juegos de mesa, como el sapo, dominó, parques, aeróbicos,
- Área cultural, Recreativa y Social: La celebración del día del niño, de la mujer, madre, celebración



de la navidad y la integración de fin de año.

Teniendo en cuenta lo anterior la Jefatura de la Oficina de Talento Humano considera importante llevar a cabalidad las diferentes actividades relacionadas con el PLAN DE BIENESTAR SOCIAL, las cuales incluyen recreación, actividad física e integración de los empleados. Desde el ámbito profesional y personal, la motivación, los incentivos y el reconocimiento permite fortalecer el potencial que los funcionarios tienen, lo cual se verá reflejado en la gestión y en las labores que cada uno de ellos desempeña. Para lo que va corrido el año 2016 se ha logrado integrar a los empleados en torno a la celebración del día de la madre, se entregó auxilios educativos a los hijos de los empleados y empleados, jornadas deporte, como torneo de futbol, integraciones, espacio que permitió el dialogo, la recreación y el esparcimiento de los funcionarios. Sin embargo cabe resaltar que el factor económico ha sido uno de los limitantes para poder llevar a cabalidad las acciones programadas para el Plan de Bienestar Social.

Plan Institucional de capacitación

Con base en la Constitución Política de Colombia, se ha estructurado unas políticas públicas que deben ser desarrollados por las entidades del Estado, en virtud de la normatividad vigente mediante Decreto 1567 de 1998, donde hay unas directrices para la adopción del Plan Nacional de Formación y Capacitación uno de los factores más contribuyentes para los cambios organizacionales al interior de las entidades.

Es de señalar que hay unos objetivos diseñados para llevar a cabo el proceso de Formación y Capacitación Institucional, entre ellas:

- Mejoramiento del Proceso Institucional
- Mejoramiento del nivel de prestación del servicio.
- Extensivo compromiso de los funcionarios en los Planes, Programas, Procesos y Objetivos de la Institución.

Sin embargo, de acuerdo con la normatividad relacionada con el Plan Institucional de Capacitación señalado mediante Decreto 1567 de 1998, que todas las entidades deben adoptar un Plan para incentivar además a los funcionarios que laboran en la Institución.

Es de importancia, plantear que el objetivo fundamental consiste en brindar al servidor público un mejoramiento en los procesos a su cargo, habilidades, cambio de actitud, compromiso frente a la Institución, un ambiente de integralidad, la capacidad individual sea extensivo para la colectividad de la entidad.

Nuestra Institución, La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado, ha implementado un Plan Institucional de Capacitación, donde ha diseñado unos aspectos de mayor relevancia como un Plan de Estímulos, Incentivos orientados no solo como por el esfuerzo personal sino por el incremento de competencias de personal asociada al desempeño.

Programa de Inducción y Reinducción

Objetivo:

Proporcionar información amplia y suficiente a los nuevos empleados y colaboradores sobre el funcionamiento de La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado y las responsabilidades y funciones del cargo para asegurar un adecuado desempeño laboral y sentido de pertenencia.

Ampliar y/o reforzar el conocimiento de empleado o colaborador sobre la Empresa, responsabilidades y funciones asignadas en procura de mejorar su desempeño laboral y el cumplimiento de los objetivos



organizacionales.

Durante el año 2016, se realizaron actividades de inducción (94) y reinducción (89), distribuidos de la siguiente manera, adicional de nuevas capacitaciones que fueron detectadas como necesarias:

| | |
|--|------------|
| Inducción y reinducción componente del proceso del sistema de la seguridad y salud | 183 |
| Auto cuidado | 83 |
| Protocolo atención riesgo biológico | 65 |
| Desarrollo lecciones aprendidas – evaluación de conocimiento | 81 |
| Taller de comportamiento seguro | 19 |
| Cuidado de manos – prevención STC | 9 |
| Inspección puestos de trabajo | 19 |
| Investigación AT | 27 |
| Manipulación sustancias químicas (hipoclorito) | 25 |
| Prevención AT | 29 |
| TOTAL | 357 |

SISTEMA INTEGRADOS DE GESTIÓN

Responsabilidades

1. Implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
2. Implementación, mantenimiento y mejora de la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública NTCGP 1000:2009, Sistema de Gestión Ambiental ISO 14001 y Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo OHSAS 18001.
3. Mantenimiento del Modelo Estándar de Control Interno.
4. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, PAMEC.
5. Programa de Seguridad del Paciente

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD (SOGCS, Decreto 1011 de 2006)

1. Sistema Único de Habilitación en Salud (Resolución 2003 de 2013): Habilitación mediana complejidad Imágenes Diagnósticas.
2. Sistema Único de Acreditación en Salud (Resolución 0123 de 2012): Definición de metodología, instrumentos de autoevaluación, planes de mejora y responsables por estándares.
3. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC): Conformación y convocatoria de grupos primarios de autoevaluación, definición de metodología y formatos, inicio se sesiones de autoevaluación.
4. Sistema de Información para la Calidad (Decreto 2193 de 2006, Circular 056 de 2009) Reportado oportunamente segundo semestre de 2015 (calidad), cuarto trimestre de 2015 y primer trimestre de 2016 (producción).

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

NORMA TECNICA DE CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000:2009 (Ley 872 de 2003, Decreto 4110 de 2004)

1. Actualización de la Plataforma Estratégica Institucional (Misión, Visión, Valores y Principios Institucionales, Política de Calidad y Política de Seguridad del Paciente [en fase de validación]).
2. Documentación y/o actualización de procedimientos financieros (Presupuesto, Tesorería, Contabilidad, Cartera, Facturación).
3. Documentación y/o actualización de procedimientos administrativos (Suministros, mantenimiento, control interno, servicios generales).

4. Documentación y/o actualización de procedimientos asistenciales (Guías Clínicas de Atención de Ginecología, Rehabilitación, Otorrinolaringología, Consulta Externa, Ortopedia, Servicio Farmacéutico y 40% de las Guías de Enfermería).
5. Definición y documentación de procedimientos de Gestión de Calidad y Educación Superior e Investigación.

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. Asignación de un Profesional de la Salud como Coordinador del Programa.
2. Reestructuración del Programa de Seguridad del Paciente.
3. Listas de chequeo de evaluación de la adherencia a protocolos y guías institucionales.
4. Encuesta de percepción en seguridad del paciente.
5. Socialización Programa de Seguridad del Paciente con funcionarios y usuarios del HDTUU.
6. Cronograma y ejecución de rondas de seguridad por áreas funcionales (mañana y tarde).
7. Gestión de Eventos Adversos reportados en la vigencia 2015.
8. Gestión de Eventos Adversos reportados en la vigencia 2016.

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

1. Diagnóstico MECI para verificar porcentaje de implementación (Fase de actualización).
2. Capacitación líderes de procesos para realizar y/o actualizar el mapa de riesgos por proceso: Gerencia, Control y Mejoramiento, Calidad, Ventanilla Única, Talento Humano, Jurídica, Financiero, Laboratorio Clínico, Facturación, Talento Humano, Sistemas, Estadística, Suministros y Farmacia.
3. Socialización del Código de Ética y Código de Buen Gobierno de la Entidad.
4. Actualización de Mapa de Riesgos Institucional de acuerdo con los riesgos más relevantes de los procesos.
5. Capacitaciones en Políticas de Administración del Riesgo.

PROYECTOS

1. Capacitación en Sistemas de Gestión de Calidad, Ambiental y Seguridad y Salud en el Trabajo a todo el personal.
2. Selección y capacitación de auditores internos de calidad.
3. Auditoría Interna de Suficiencia.
4. Seguimiento y actualización del PAMEC.
5. Planes de mejora de autoevaluación de Acreditación.
6. Formulación de los mapas de riesgo por procesos e Institucional.

INDICADORES DE CALIDAD

El Hospital mide mensualmente los indicadores de Calidad establecidos por el Decreto 2193 de 2004, Circular 056 de 2009 y se inició la medición de los indicadores establecidos en la Circular 0256 de 2016.

Los indicadores de calidad del Hospital, han tenido el siguiente comportamiento desde el año 2010 al 2016:

TABLA No. INDICADORES DE CALIDAD

| Indicadores de calidad | Unidad de medida | HISTORICO | | | | | | | ESTÁNDAR INSTITUCIONAL | % RELACIÓN EJECUTADO/ ESPERADO | VALOR ESPERADO 2016 |
|--|------------------|-----------|------|------|------|------|------|------|------------------------|--------------------------------|---------------------|
| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | | | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la Consulta Médica General | Días | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 4 | 3 | 136,67% | 3 |

| Indicadores de calidad | Unidad de medida | HISTORICO | | | | | | | ESTÁNDAR INSTITUCIONAL | % RELACIÓN EJECUTADO/ ESPERADO | VALOR ESPERADO 2016 |
|--|---------------------|-----------|----------|----------|----------|----------|---------|----------|------------------------|--------------------------------|---------------------|
| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | | | |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la Consulta Médica Interna | Días | 21 | 12 | 17 | 21 | 14 | 16 | 17 | 30 | 55,43% | 30 |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la Consulta Ginecobstetricia | Días | 15 | 16 | 15 | 21 | 15 | 21 | 8 | 5 | 151,00% | 5 |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la Consulta Pediatría | Días | 14 | 14 | 5 | 26 | 16 | 13 | 7 | 5 | 144,40% | 5 |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita en la Consulta Cirugía general | Días | 30 | 15 | 16 | 24 | 16 | 20 | 11 | 20 | 56,60% | 20 |
| Tiempo promedio de espera para la atención en consulta de Urgencias | Minutos | 50 | 45 | 27 | 22 | 19 | 19 | 30 | 30 | 100,00% | 30 |
| Tiempo promedio de espera para la atención en servicio de Imagenología | Días | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 100,00% | 1 |
| Tiempo promedio de espera para la atención en consulta de Odontología General | Días | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | - | - | 3 | 0,00% | 3 |
| Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía programada | Días | 43 | 27 | 23 | 27 | 18 | 27 | 25 | 30 | 83,33% | 30 |
| Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados | Relación porcentual | 62,00 % | 0,21% | 0,12% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 1,00% | 0,00% | 1 |
| Proporción de cancelación de cirugía programada | Relación porcentual | 8,80% | 0,80% | 25,84 % | 3,42% | 0,05% | 13,13 % | 8,47% | 100,00% | 8,47% | 100 |
| Proporción de pacientes con hipertensión Arterial Controlada | Relación porcentual | 56,59 % | 64,53 % | 63,39 % | - | - | - | - | - | 0,00% | - |
| Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas. | Relación porcentual | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,00% | - |
| Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días. | Relación porcentual | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,00% | - |
| Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas | Relación porcentual | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,00% | - |
| Tasa de Infección intrahospitalaria | Tasa por mil | 0,19% | 0,37% | 0,58% | 1,09% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 1,00% | 0,00% | 1 |
| Proporción de vigilancia de eventos adversos | Relación porcentual | 93,00 % | 100,0 0% | 100,0 0% | 100,0 0% | 100,0 0% | 50,00 % | 100,0 0% | 100,00% | 100,00% | 100 |

| Indicadores de calidad | Unidad de medida | HISTORICO | | | | | | | ESTÁNDAR INSTITUCIONAL | % RELACIÓN EJECUTADO/ ESPERADO | VALOR ESPERADO 2016 |
|---|---------------------|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------------|--------------------------------|---------------------|
| | | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | | | |
| Proporción de satisfacción global de usuarios de la IPS | Relación porcentual | 97,78 % | 92,97 % | 91,42 % | 97,82 % | 98,00 % | 98,03 % | 96,80 % | 90,00% | 107,56% | 90 |
| Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo. | Relación porcentual | - | - | - | - | - | - | - | - | 0,00% | - |

Fuente: Oficina de Estadística HDTUU.

De 12 indicadores de calidad reportados, 6 indicadores cumplen en el 100% con la meta institucional establecida; los 6 indicadores restantes corresponden a oportunidad de consulta Ginecoobstetricia, oportunidad de consulta de pediatría, oportunidad de consulta de cirugía programada y proporción de cancelación de cirugía programada. No se cumple con la oportunidad del servicio ya que el stock de los especialistas necesarios para prestar los servicios adecuadamente no resultaba suficiente para la demanda de atención. Para años anteriores, especialmente 2015, se presentaron dificultades, adicional a las mencionadas, relacionadas con el bloqueo del área administrativa del Hospital por parte de los sindicatos, que entorpeció la compra de insumos y contratación de personal; el paro de los médicos especialistas por la falta de oportunidad en el pago de sus honorarios y la renuncia de personal asistencial.

ATENCIÓN AL USUARIO

El Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe cuenta con **Oficina de Atención al Usuario**, con personal calificado y altamente comprometido con la satisfacción de los usuarios y pacientes de la Institución.

El objetivo principal de la Oficina de Atención al Usuario es identificar diariamente las necesidades y expectativas tanto de los pacientes como de sus familiares, por medio de mecanismos que permitan interpretar, satisfacer y dar pronta respuesta a sus insatisfacciones, quejas y reclamos.

Desde esta oficina se lideran los procesos de:

1. Orientación al Usuario: informando a los usuarios y pacientes que se acercan a las ventanillas del área de consulta externa.
2. Divulgación de Derechos y Deberes: se visitan permanentemente los servicios del Hospital, hablando con los pacientes y sus familias, hablándoles acerca de sus derechos y deberes.
3. Evaluación de la Satisfacción del Usuario: se hacen rondas diarias por todos los servicios de la Institución, encuestando a los pacientes sobre diversos tópicos, con el fin de monitorear la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, al final del mes se consolida la información y se presentan el informe de satisfacción de los usuarios.
4. Gestión de petición, quejas y reclamos: Se dispone de una persona dedicada a recibir todas las solicitudes de los pacientes y sus familias y a gestionarlas, ya sea dando solución inmediata o mediata a dichas solicitudes, de este proceso se hace un consolidado mensual. Las respuestas a las quejas son de obligatorio cumplimiento. El trabajo en equipo y el compromiso institucional hacen que la calidad en la atención sea nuestro principal propósito.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA COMUNIDAD

En relación con la percepción de los colombianos sobre su estado de salud, la ENS 2007 mostró que aproximadamente el 76% de la población estima que su salud es buena o muy buena, independientemente del régimen de afiliación. Así mismo, el monitoreo de los indicadores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud muestra que el 80% de los usuarios están satisfechos con los servicios y el trato recibido por parte de las Entidades Promotoras de Salud EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS. No obstante, la percepción ciudadana frente a la problemática de salud y las condiciones de bienestar general resaltan la necesidad del abordaje integral de todos los



Determinantes Sociales de la Salud, de manera que se garanticen todos los aspectos básicos que hacen de la seguridad humana, en todas sus acepciones, el eje del desarrollo humano y social, superando desigualdades e iniquidades en salud y con la máxima participación social en todas las decisiones. (Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021).

El Modelo de Prestación de Servicios de Salud de La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado, está dirigido a los usuarios de la Institución y a todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), esencial para el adecuado acceso a los servicios ofertados y para la contratación de prestación de servicios de salud. Se cuenta con un portafolio de servicios habilitados bajo la resolución 2003 de 2014 y actualizado en la vigencia 2016 por la oficina de Calidad. (Tabla 1)

TABLA No. SERVICIOS HABILITADOS

| ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES QUE INSCRIBIO EN EL REGISTRO DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD. | |
|--|--|
| 1. Anestesia | 8. Medicina Interna |
| 2. Cardiología | 9. Oftalmología |
| 3. Cirugía General | 10. Ortopedia y Traumatología |
| 4. Cirugía Pediátrica | 11. Otorrinolaringología |
| 5. Dermatología | 12. Pediatría |
| 6. Ginecología y Obstetricia | 13. Urología |
| 7. Medicina Física y Rehabilitación | 14. Cirugía Plástica y Estética |
| SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO | |
| 1. Diagnóstico Cardiovascular | 2. Laboratorio Clínico |
| 3. Radiología e Imágenes Diagnósticas | 4. Toma de Muestras de Laboratorio Clínico |
| 5. Laboratorio Citologías Cérvico-Uterinas | 6. Laboratorio de Patología |

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad

De acuerdo con lo establecido en el Proceso de Transformación de la Organización de la Red de Servicios de Salud del Departamento del Valle del Cauca, el Área Geográfica Centro Tuluá, además de los servicios de baja y mediana complejidad que actualmente presta, deberá prestar servicios de mediana y alta complejidad con especialización en Obstetricia, Pediatría, Unidad de Cuidado Intensivo Adultos, Neonatal, Pediatría, Oncológica, Unidad de Salud Mental y Unidad Renal. Al respecto, el Hospital ha avanzado en la búsqueda de un Psiquiatra para que inicie la atención ambulatoria, mientras se define y adecúa un espacio para la atención de pacientes internos y se pone en marcha la atención por Hospital Día.

En relación con la Unidad de Cuidado Intensivo, se ha hecho contactos con proveedores especializados interesados en la prestación de este servicio y se espera que inicie la prestación del servicio para el mes de febrero o marzo de 2017.

Para las unidades Oncológica y Renal, se deben realizar estudios de costos para determinar la viabilidad de la apertura de los servicios dado que implica, además de adecuaciones físicas y dotación de equipos, la vinculación de personal especializado y compra de insumos costosos, sujetos a importaciones con variabilidad de disponibilidad y precios asociados a la tasa representativa del mercado para el dólar.

Laboratorio Clínico

En el Laboratorio Clínico se realizan análisis de mediana complejidad, microbiológicos, inmunológicos, hormonales, parasitológicos, fisicoquímicos y bioquímicos durante las 24 horas del día. Se efectúan pruebas para transfusión sanguínea y de hemocomponentes.

Laboratorio de Patología



Realiza entre otros exámenes:

Biopsias, Citologías por aspiración, Tiroides, Ganglios linfáticos, Citologías vaginales tumorales y funcionales, Citología de esputo, Citología de líquido gástrico, Citología de líquido bronquial, Citología de orina

Consulta de profesionales en las siguientes áreas:

Optometría, Oftalmología, Psicología, Fonoaudiología, Trabajo Social, Terapia Respiratoria, Nutrición y Dietética, Fisioterapia.

Servicio de Hospitalización

En Colombia según cifras declaradas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, el total de disponibilidad de camas declaradas a 2012 es de 139.646, distribuidas así: en la red pública, 57.582 camas; en la red privada, 78.968 camas; y en la red mixta, 2.500 camas; para una razón de 2,96 camas por 1.000 habitantes para el País; la cual se corresponde con el índice internacional establecido por la OMS de $2,5 \pm 0,4$ camas por 1.000 habitantes. Sin embargo, la distribución de este índice es de 1,2 en la red pública; en contraste con la red privada, que cuenta con 1,68 camas por 1.000 habitantes (Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021).

En La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado, tiene una capacidad instala discriminada por servicio asistencial de la siguiente manera:

TABLA No. CAPACIDAD INSTALADA

| CAMAS POR SERVICIO (La suma del número de camas por servicio no deberá exceder la cifra señalada arriba) | | | |
|---|-----|---------------------|-----|
| Servicio | No. | Servicio | No. |
| UCI | 0 | Hospitalización | 18 |
| Pediatría | 22 | Trabajo de parto | 23 |
| Medicina interna | 28 | Quirúrgicas | 35 |
| Urgencia (observación) | | Cirugía ambulatoria | 0 |
| Otros _____ | | Otros | |
| SALAS ESPECIALES | | | |
| Tipo de sala | No. | Tipo de sala | No. |
| Salas de cirugía | 3 | Salas de parto | 1 |
| Otros | | | |

Fuente: Oficina de Calidad HDTUU

El Hospital no

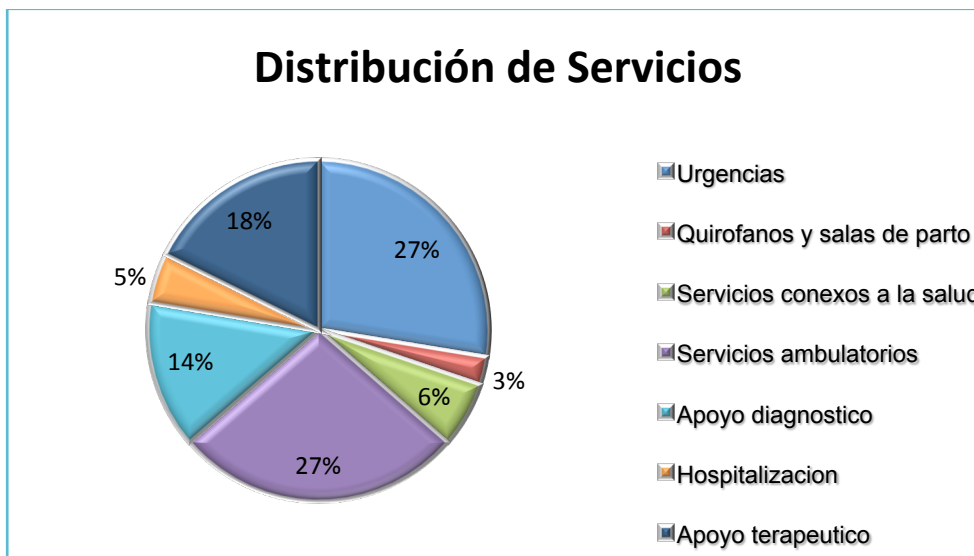
TABLA No. COMPORTAMIENTO DE USO DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS

| CARACTERÍSTICAS ASISTENCIALES | | | |
|-------------------------------|-------|------|------|
| | 2014 | 2015 | 2016 |
| Porcentaje ocupacional | 43,86 | 38,9 | 65 |
| Giro cama | 3,84 | 3,39 | 5,22 |
| Promedio estancia | 3,46 | 3,49 | 3,8 |

Fuente: Oficina de Estadística HDTUU

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

En el análisis de prestación de servicios de salud se observa que el servicio de mayor demanda es el de Urgencias seguido de servicios ambulatorios y apoyo diagnóstico, debido a que muchos de los servicios habilitados del Hospital no cuentan con el personal suficiente para la prestación del servicio, incluyendo especialistas y sub-especialistas:



La morbilidad se concibe como un fenómeno dinámico, manifestado por alteraciones anatómicas y funcionales, algunas veces aparentes que expresan la agresión y la reacción del organismo ante ella, evolucionando en el tiempo hacia la curación o la muerte.

Por otro lado, la morbilidad cambia las relaciones sociales establecidas: produce cambios en los roles familiares, ausentismo laboral, entre otros, afectando a diferentes grupos poblacionales. Finalmente, la medición de la morbilidad identifica necesidades, orienta la prestación adecuada de los servicios, redefine programas y guía las estrategias de inducción a la demanda.

Este análisis de morbilidad permitió recolectar y analizar la información acerca del comportamiento de las enfermedades valoradas en cada uno de los diferentes servicios de la Institución teniendo en cuenta los diagnósticos que con mayor frecuencia aparecen en la base de datos generales, por la cual se han tomado los servicios asistenciales con un listado general de las 20 primeras causas de morbilidad (Contributivo, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Quirúrgicas y Urgencias). Para el presente informe se utilizaron los códigos de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión CIE-10.

TABLA No. MORBILIDAD GENERAL POR CONSULTA EXTERNA AÑO 2014

| CIE 10 | CAUSA | N° CASOS | % | Tasa x 100.000 Hb. |
|--------|--|----------|-------|--------------------|
| R104 | OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS | 2.213 | 19,63 | 551 |
| N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 1.397 | 12,39 | 348 |
| A09X | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 1.257 | 11,15 | 313 |
| B349 | INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA | 1.159 | 10,28 | 288 |
| J449 | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA | 1.025 | 9,09 | 255 |
| R509 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | 1.017 | 9,02 | 253 |
| M545 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO | 939 | 8,33 | 234 |
| I10X | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) | 808 | 7,17 | 201 |
| R51X | CEFALEA | 748 | 6,63 | 186 |
| N40X | HIPERPLASIA DE LA PROSTATA | 711 | 6,31 | 177 |
| | Total | 11.274 | 100 | 2.805 |

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital

TABLA No. MORBILIDAD GENERAL POR CONSULTA EXTERNA AÑO 2015

| CIE 10 | CAUSA | N° CASOS | % | Tasa x 100.000 Hb. |
|--------|----------------------------------|----------|-------|--------------------|
| B349 | INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA | 3.420 | 25,37 | 851 |

| | | | | |
|------|--|--------|-------|-------|
| R104 | OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS | 2.241 | 16,63 | 558 |
| R509 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | 1.929 | 14,31 | 480 |
| A09X | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 1.345 | 9,98 | 335 |
| N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 1.294 | 9,60 | 322 |
| J449 | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA | 869 | 6,45 | 216 |
| L031 | CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS | 795 | 5,90 | 198 |
| R51X | CEFALEA | 611 | 4,53 | 152 |
| M545 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO | 499 | 3,70 | 124 |
| J180 | BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA | 475 | 3,52 | 118 |
| | Total | 13.478 | 100 | 3.354 |

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital

TABLA No. MORBILIDAD GENERAL HOSPITALARIA AÑO 2014

| CIE 10 | CAUSA | N° CASOS | % | Tasa X 10.000 Hab. |
|--------|---|----------|-------|--------------------|
| k359 | APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 329 | 16,25 | 8 |
| O800 | PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE | 301 | 14,87 | 7 |
| N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 206 | 10,18 | 5 |
| D259 | LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION | 196 | 9,68 | 5 |
| K808 | OTRAS COLELITIASIS | 186 | 9,19 | 5 |
| N40X | HIPERPLASIA DE LA PROSTATA | 181 | 8,94 | 5 |
| R104 | OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS | 174 | 8,60 | 4 |
| K429 | HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA | 165 | 8,15 | 4 |
| K409 | HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA | 149 | 7,36 | 4 |
| j449 | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA | 137 | 6,77 | 3 |
| | Total | 2.024 | 100 | 50 |

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital

TABLA No. MORBILIDAD GENERAL HOSPITALARIA AÑO 2015

| CIE 10 | CAUSA | N° CASOS | % | Tasa X 10.000 Hab. |
|--------|---|----------|-------|--------------------|
| K359 | APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | 377 | 24,67 | 9 |
| O800 | PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE | 274 | 17,93 | 7 |
| R104 | OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS | 135 | 8,84 | 3 |
| D259 | LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION | 131 | 8,57 | 3 |
| N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 130 | 8,51 | 3 |
| K800 | CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA | 108 | 7,07 | 3 |
| K429 | HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA | 105 | 6,87 | 3 |
| H110 | PTERIGION | 104 | 6,81 | 3 |
| K409 | HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA | 83 | 5,43 | 2 |
| L031 | CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS | 81 | 5,30 | 2 |
| | Total | 1.528 | 100 | 38 |

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital

TABLA No. MORTALIDAD GENERAL AÑO 2014

| CIE 10 | CAUSA | N° CASOS | % | Tasa X 10.000 Hab. |
|--------|--|----------|-------|--------------------|
| I679 | ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA | 5 | 17,86 | 0 |
| j449 | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA | 4 | 14,29 | 0 |
| I469 | PARO CARDIACO, NO ESPECIFICADO | 3 | 10,71 | 0 |
| I500 | INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA | 3 | 10,71 | 0 |
| B24X | ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION | 3 | 10,71 | 0 |
| A419 | SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA | 2 | 7,14 | 0 |
| E148 | DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS | 2 | 7,14 | 0 |
| I48X | FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR | 2 | 7,14 | 0 |

| | | | | |
|------|--------------------------------------|-----------|------------|----------|
| J159 | NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA | 2 | 7,14 | 0 |
| R092 | PARO RESPIRATORIO | 2 | 7,14 | 0 |
| | Total | 28 | 100 | 1 |

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital

TABLA No. MORTALIDAD GENERAL AÑO 2014

| CIE 10 | CAUSA | Nº CASOS | % | Tasa X 10.000 Hab. |
|--------|--|-----------|------------|--------------------|
| J449 | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA | 7 | 21,21 | 0 |
| R960 | MUERTE INSTANTANEA | 4 | 12,12 | 0 |
| N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO | 3 | 9,09 | 0 |
| I500 | INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA | 3 | 9,09 | 0 |
| K922 | HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA | 3 | 9,09 | 0 |
| J90X | DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE | 3 | 9,09 | 0 |
| I679 | ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA | 3 | 9,09 | 0 |
| A419 | SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA | 3 | 9,09 | 0 |
| J159 | NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA | 2 | 6,06 | 0 |
| C509 | TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA | 2 | 6,06 | 0 |
| | Total | 33 | 100 | 1 |

Fuente: Oficina de Estadística del Hospital

TABLA No. 10 PRIMERAS CAUSAS DE HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE CONTRIBUTIVO AÑO 2016

| No | Código | Diagnóstico | No |
|----|--------|--|----|
| 1 | K359 | APENDICITIS AGUDA | 32 |
| 2 | N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS | 30 |
| 3 | R104 | OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS | 16 |
| 4 | L031 | CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS | 12 |
| 5 | I10X | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) | 11 |
| 6 | R509 | FIEBRE | 10 |
| 7 | J449 | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA | 8 |
| 8 | J189 | NEUMONIA | 7 |
| 9 | K922 | HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL | 6 |
| 10 | A91X | FIEBRE DEL DENGUE HEMORRAGICO | 6 |

Fuente: Oficina de Estadística - HDTUU

TABLA No. 10 PRIMERAS CAUSAS DE HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA AÑO 2016

| No | Código | Diagnóstico | Total |
|----|--------|---|-------|
| 1 | N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS | 23 |
| 2 | J189 | NEUMONIA | 13 |
| 3 | I500 | INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA | 12 |
| 4 | J449 | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA | 10 |
| 5 | A91X | FIEBRE DEL DENGUE HEMORRAGICO | 9 |
| 6 | L031 | CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS | 7 |
| 7 | A90X | FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO] | 7 |
| 8 | I10X | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) | 6 |
| 9 | A09X | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 5 |
| 10 | R509 | FIEBRE | 5 |

Fuente: Oficina de Estadística - HDTUU

TABLA No. 10 PRIMERAS CAUSAS DE HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA AÑO 2016

| No | Código | Diagnóstico | Total |
|----|--------|---------------------------------|-------|
| 1 | O809 | PARTO UNICO ESPONTANEO | 312 |
| 2 | O821 | PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA | 126 |
| 3 | O034 | ABORTO ESPONTANEO: INCOMPLETO | 69 |
| 4 | O200 | AMENAZA DE ABORTO | 47 |

| | | | |
|----|------|--|----|
| 5 | Z359 | SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO | 40 |
| 6 | Z349 | SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO | 32 |
| 7 | O829 | PARTO POR CESAREA | 28 |
| 8 | O470 | FALSO TRABAJO DE PARTO ANTES DE LA 37 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION | 23 |
| 9 | O021 | ABORTO RETENIDO | 15 |
| 10 | O479 | FALSO TRABAJO DE PARTO SIN OTRA ESPECIFICACION | 15 |

Fuente: Oficina de Estadística – HDTUU

TABLA No. 10 PRIMERAS CAUSAS DE HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE PEDIATRIA AÑO 2016

| No | Código | Diagnóstico | Total |
|----|--------|---|-------|
| 1 | J180 | BRONCONEUMONIA | 40 |
| 2 | P599 | ICTERICIA NEONATAL | 30 |
| 3 | N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS | 22 |
| 4 | K359 | APENDICITIS AGUDA | 18 |
| 5 | R509 | FIEBRE | 16 |
| 6 | A91X | FIEBRE DEL DENGUE HEMORRAGICO | 16 |
| 7 | J189 | NEUMONIA | 15 |
| 8 | A09X | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 14 |
| 9 | P369 | SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO | 11 |
| 10 | A90X | FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO] | 11 |

Fuente: Oficina de Estadística - HDTUU

TABLA No. 10 PRIMERAS CAUSAS DE HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE QUIRURGICAS AÑO 2016

| No | Código | Diagnóstico | Total |
|----|--------|--|-------|
| 1 | K359 | APENDICITIS AGUDA | 144 |
| 2 | R104 | OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS | 50 |
| 3 | D259 | LEIOMIOMA DEL UTERO | 49 |
| 4 | K800 | CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA | 45 |
| 5 | K808 | OTRAS COLELITIASIS | 20 |
| 6 | N939 | HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL | 16 |
| 7 | K403 | HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA | 11 |
| 8 | K409 | HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA | 9 |
| 9 | K804 | CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS | 9 |
| 10 | N419 | ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LA PROSTATA | 9 |

Fuente: Oficina de Estadística - HDTUU

TABLA No. 10 PRIMERAS CAUSAS DE HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS AÑO 2016

| No | Código | Diagnóstico | Total |
|----|--------|---|-------|
| 1 | B349 | INFECCION VIRAL | 2433 |
| 2 | R104 | OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS | 1108 |
| 3 | A09X | DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 953 |
| 4 | R509 | FIEBRE | 536 |
| 5 | R51X | CEFALEA | 502 |
| 6 | N390 | INFECCION DE VIAS URINARIAS | 406 |
| 7 | M545 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO | 375 |

| | | | |
|----|------|-----------------------|-----|
| 8 | J209 | BRONQUITIS AGUDA | 286 |
| 9 | Z017 | EXAMEN DE LABORATORIO | 211 |
| 10 | N200 | CALCULO DEL RIÑON | 209 |

Fuente: Oficina de Estadística - HDTUU

TABLA No. 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD INSTITUCIONAL AÑO 2016

| No | Código | Diagnóstico | Total |
|----|--------|--|-------|
| 1 | J449 | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA | 4 |
| 2 | N189 | INSUFICIENCIA RENAL CRONICA | 3 |
| 3 | C64X | TUMOR MALIGNO DEL RIÑON | 3 |
| 4 | I219 | INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO | 3 |
| 5 | J441 | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA | 2 |
| 6 | B349 | INFECCION VIRAL | 2 |
| 7 | R960 | MUERTE INSTANTANEA | 2 |
| 8 | J159 | NEUMONIA BACTERIANA | 1 |
| 9 | D010 | CARCINOMA IN SITU DEL COLON | 1 |
| 10 | K800 | CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA | 1 |

Fuente: Oficina de Estadística - HDTUU

RECURSOS FÍSICOS Y BIOSEGURIDAD

El área de recursos físicos y bioseguridad está conformada por el área de servicios generales, seguridad física, ambulancias, lavandería, alimentación, gestión ambiental y seguridad y salud y en el trabajo.

SERVICIOS GENERALES:

El área de servicios generales se encarga de realizar el aseo a cada una de las salas con las cuenta el hospital, para la programación de la limpieza se ha dividido el Hospital en 12 salas a las cuales se ha asignado una persona la ejecución de dicha tarea.

Recurso Humano: 13 Colaboradores de Planta, de los cuales uno se encuentra con incapacidad permanente. 9 Colaboradores Contratistas.

Elementos de Limpieza: Se cuenta con una dotación mensual de los elementos de limpieza como lo son trapeadores, escobas, recogedores y bolsas plásticas. Además de los productos químicos de limpieza como hipoclorito de sodio, detergentes.

En general el personal cuenta con la experiencia y el conocimiento para la ejecución de las tareas, sin embargo, en la mayoría de las personas se presentan restricciones médicas que limitan la eficiencia y la rotación de personal entre salas, limitando la eficiencia de los procesos.

Oportunidades de Mejora a implementar:

- Listas de verificación para la limpieza de salas.
- Control de los productos químicos usados.
- Presupuesto mensual para el consumo de productos.
- Implementación de indicadores de eficiencia.
- Modificación en la rotación de los turnos y el personal.
- Planes de capacitación en riesgo químico y manipulación de residuos hospitalarios.

SEGURIDAD FÍSICA:



El área de seguridad física se encarga del control del ingreso de los usuarios en cada una de las puertas del hospital, así como de preservar la seguridad al interior del mismo.

Recurso Humano: 10 Colaboradores de Planta – 1 Colaborador Contratista.

Oportunidades de Mejora a implementar:

- Procedimientos para el control de ingreso de los usuarios.
- Procedimientos para la inspección y realización de rondas de vigilancia.
- Modificación al esquema de turnos.

AMBULANCIAS:

Se encarga del transporte de los usuarios en casos de remisiones a otros centros médicos ya sea dentro de la ciudad como hacia otros municipios.

Recurso Humano: 6 Colaboradores de Planta -1 Colaborador contratista.

Vehículos: 2 Ambulancias Tipo TAB.

Oportunidades de Mejora a implementar:

- Seguimiento a los formatos de verificación de entrega de turnos.
- Control al mantenimiento preventivo de los vehículos.
- Lista de verificación para el traslado de usuarios.
- Planes de capacitación.

LAVANDERÍA:

Se encarga del lavado y desinfección de la ropa usada en cada una de las salas del Hospital, así como garantizar su disponibilidad.

Recurso Humano: 6 Colaboradores de planta de los cuales uno se encuentra con incapacidad permanente en proceso de evaluación por la EPS – ARL. En general el personal cuenta con la experiencia y el conocimiento para la ejecución de las tareas, sin embargo, en la mayoría de las personas se presentan restricciones médicas que limitan la eficiencia de los procesos.

Equipos de limpieza: Se cuenta con 2 lavadoras para material contaminado con sangre, una de las cuales presenta fallas mecánicas por lo que se encuentra trabajando a la mitad de su capacidad. Se tienen 2 lavadoras para ropa común. 3 secadoras, de las cuales 2 se encuentran averiadas y una trabaja a la mitad de su capacidad. Actualmente la limitante de equipos y personal afectan considerablemente la capacidad de esta área.

Oportunidades de Mejora a implementar:

- Control de los productos químicos usados.
- Presupuesto mensual para el consumo de productos.
- Implementación de indicadores de eficiencia.
- Modificación en la rotación de los turnos y el personal.
- Planes de capacitación en riesgo químico y manipulación de residuos hospitalarios.

ALIMENTACIÓN:

Se encarga almacenamiento, cocción y distribución de los alimentos a cada una de las salas del Hospital.

Recurso Humano: 9 Colaboradores de planta de los cuales uno se encuentra con incapacidad



permanente en proceso de evaluación por la EPS – ARL. 1 Colaborador contratista.

Equipos de cocción: Se cuenta con estufas industriales, refrigeradores, y alacenas para el almacenamiento de alimentos.

Infraestructura: Los mesones son muy bajos lo que genera dolores osteomusculares a los colaboradores, el techo en la zona de almacenamiento de alimentos se encuentra en pésimo estado y en cualquier momento puede caer sobre algún funcionario.

Oportunidades de Mejora a implementar:

- Control y estandarización a las recetas y consumo de alimentos.
- Presupuesto mensual para el consumo de alimentos.
- Implementación de indicadores de eficiencia.
- Modificación en la rotación de los turnos y el personal.
- Planes de inspección y capacitación en buenas prácticas de alimentos.

GESTIÓN AMBIENTAL:

El área de gestión ambiental cuenta con un programa de manejo de residuos sólidos hospitalarios, una política ambiental, un plan de uso eficiente y ahorro de agua, un plan de uso eficiente y ahorro de energía. Sin embargo, estos programas les falta divulgación, seguimiento y metas.

Oportunidades de Mejora a implementar:

- Plan de gestión ambiental para el Hospital.
- Objetivos, metas e indicadores para cada uno de los programas.
- Plan de seguimiento a los indicadores.
- Plan de uso eficiente del papel.
- Divulgación y capacitación de la política y objetivos ambientales.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:

El área de seguridad y salud en el trabajo cuenta con programas de sensibilización y toma de conciencia implementados por la asesora de la ARL, sin embargo falta delegar un funcionario del Hospital que se encargue de darle seguimiento a estos planes. Se cuenta con un plan de emergencias desactualizado, no se cuenta con un procedimiento para la identificación y evaluación de los riesgos inherentes a cada una de las áreas y se evidencia una identificación insuficiente para la ruta de evacuación, los puntos de encuentro y los riesgos.

Oportunidades de Mejora a implementar:

- Objetivos, metas e indicadores para cada uno de los programas.
- Plan de seguimiento a los indicadores.
- Capacitación en Riesgo Químico.
- Rotulación e identificación de áreas.
- Planes de inspección para cada área.
- Indicadores de severidad, ausentismo y frecuencia para accidentes laborales.

FACTURACION DE SERVICIOS DE SALUD

Actualmente La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado cuenta con dos sistemas de facturación PUNTOEXE para la consulta externa y SIHOS para urgencias, cirugía y hospitalización, ambos sistemas no trabajan en línea con las áreas productivas (Servicios Asistenciales), lo que no permite evaluar en tiempo real los niveles de producción de la Institución, también se detecta déficit en el sistema de costos para los ejercicios de paquetes quirúrgicos y ofertas mercantiles, como así

lineamientos claros en los procesos de admisión, facturación y el área no cuenta con auditoria médica concurrente y de cuentas.

En los aspectos más relevantes del proceso se encuentra lo siguiente:

1. Ausencia de socialización de la información contractual de los convenios establecidos por la Institución.
2. Concentración de funciones en el área de facturación.
3. Sistema de información sin mecanismos de control por falta de mantenimiento.
4. Desarticulación del proceso misional con el administrativo.
5. Ausencia de capacitaciones al personal y actualizaciones del norma.

TABLA No. VENTAS DE SERVICIOS EVENTOS

| | | No. DE USUARIOS UNICOS ATENDIDOS POR COMPRADOR | VALOR ANUAL FACTURADO AL COMPRADOR | VALOR ANUAL PAGADO POR EL COMPRADOR | VALOR ANUAL GLOSADO POR EL COMPRADOR | VALOR EN REZAGO |
|-------------|------|--|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| CAFESALUD | 2010 | 6.365 | 2.322.692.956 | 1.393.657.606 | 116.134.648 | 812.900.702 |
| | 2011 | 5.234 | 2.810.211.383 | 2.378.274.991 | 140.510.569 | 291.425.823 |
| | 2012 | 5.467 | 2.460.387.557 | 2.910.631.839 | 123.019.378 | -573.263.660 |
| | 2013 | 5.234 | 2.460.387.557 | 1.234.567.435 | 123.019.378 | 1.102.800.744 |
| | 2014 | 5.246 | 2.227.583.300 | 1.542.256.096 | 111.379.165 | 573.948.039 |
| | 2015 | 734 | 420.616.616 | 1.774.149.146 | 21.030.831 | -1.374.563.361 |
| | 2016 | 6.789 | 4.715.146.175 | 1.623.141.167 | 235.757.309 | 2.856.247.699 |
| EMSSANAR | 2010 | 3.457 | 2.363.186.205 | 1.770.242.416 | 118.159.310 | 474.785.582 |
| | 2011 | 5.215 | 2.502.688.173 | 3.262.116.672 | 125.134.409 | -884.562.908 |
| | 2012 | 8.778 | 5.477.154.261 | 6.244.796.253 | 273.857.713 | -1.041.433.191 |
| | 2013 | 0 | 9.315.899.023 | 6.232.468.944 | 465.794.951 | 2.617.635.128 |
| | 2014 | 9.678 | 6.225.843.402 | 4.787.419.105 | 311.292.170 | 1.127.132.127 |
| | 2015 | 3.456 | 1.327.200.831 | 5.307.721.862 | 66.360.042 | -4.046.881.073 |
| | 2016 | 7.890 | 6.389.869.450 | 4.818.241.652 | 319.493.473 | 1.252.134.326 |
| NEPS | 2010 | 1.230 | 1.503.428.568 | 719.886.225 | 75.171.428 | 708.370.915 |
| | 2011 | 1.234 | 635.165.255 | 817.890.095 | 31.758.263 | -214.483.103 |
| | 2012 | 1.311 | 411.448.261 | 209.446.702 | 20.572.413 | 181.429.146 |
| | 2013 | 1.348 | 584.646.414 | 245.854.253 | 29.232.321 | 309.559.841 |
| | 2014 | 1.567 | 648.600.755 | 120.159.971 | 32.430.038 | 496.010.746 |
| | 2015 | 776 | 214.926.805 | 102.273.352 | 10.746.340 | 101.907.113 |
| | 2016 | 2.346 | 2.143.432.512 | 826.680.594 | 107.171.626 | 1.209.580.292 |
| COMFABOY | 2010 | 6.785 | 9.639.481.359 | 5.121.023.696 | 481.974.068 | 4.036.483.595 |
| | 2011 | 5.321 | 6.476.410.301 | 5.657.914.151 | 323.820.515 | 494.675.635 |
| | 2012 | 3.232 | 2.706.702.469 | 458.858.926 | 135.335.123 | 2.112.508.420 |
| | 2013 | 2.623 | 1.291.599.778 | 667.165.894 | 64.579.989 | 559.853.895 |
| | 2014 | 2.223 | 1.214.820.110 | 667.165.894 | 60.741.006 | 486.913.211 |
| | 2015 | 348 | 207.380.835 | 637.076.507 | 10.369.042 | -440.064.714 |
| | 2016 | 1.198 | 1.042.391.395 | 1.042.391.395 | 52.119.570 | -52.119.570 |
| COMFANARIÑO | 2010 | 2.341 | 2.070.684.712 | 1.492.256.184 | 103.534.236 | 474.894.292 |
| | 2011 | 1.890 | 1.639.192.579 | 1.492.256.184 | 81.959.629 | 64.976.766 |
| | 2012 | 2.657 | 2.513.435.213 | 1.492.256.184 | 125.671.761 | 895.507.268 |
| | 2013 | 2.457 | 2.331.686.830 | 1.492.256.184 | 116.584.342 | 722.846.305 |
| | 2014 | 2.145 | 2.111.056.337 | 1.492.256.184 | 105.552.817 | 513.247.336 |
| | 2015 | 1.356 | 1.365.224.782 | 1.492.256.184 | 68.261.239 | -195.292.641 |
| | 2016 | 3.456 | 6.226.865.088 | 1.492.256.184 | 311.343.254 | 4.423.265.650 |

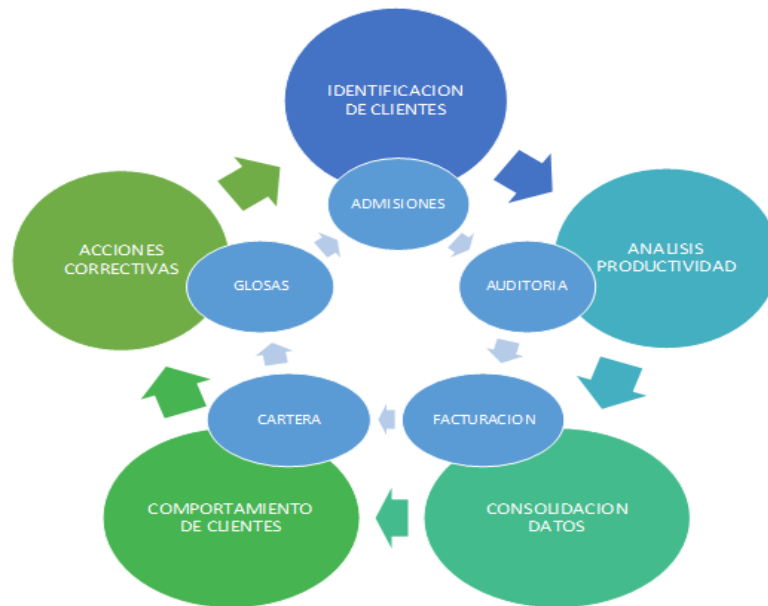
Actualmente el proceso de facturación viene en proceso de mejora en cuanto a niveles de venta la cual se correlaciona con la apertura de nuevos servicios, no obstante al no contar con herramienta informática actualizada y ajustada a las necesidades del Hospital conlleva a la consolidación de datos no oportuna lo que limita la toma de desiciones gerenciales.

No obstante lo que se requiere es implementar un nuevo sistema de información que integre todos los actores de la cadena productiva y reingeniería al proceso de facturación, no sólo integrando admisiones y facturación, sino un nuevo modelo que permita visualizar el panorama de financiero teniendo como eje principal el área de facturación. A continuación se presenta el flujograma del nuevo modelo propuesto, el cual abarca el ciclo financiero del proceso de facturación lo que permitirá la trazabilidad y la medición la

productividad por áreas y funcionarios; además optimizará los tiempos de presentación de las cuentas y generar dinamismo a nivel de ingresos.

Para lograr tal fin es necesario reevaluar los roles de cada funcionario para la optimización de tiempos y medir la real necesidad de personal del área y definir los métodos y tiempos del proceso.

Una vez definido el proceso matriz se determinarán los puntos de convergencia de los procesos asistenciales en el proceso administrativo, lo que permitirá consolidar los nuevos procesos a implementar y del mismo modo las unidades de negocio del Hospital.



DIAGNOSTICO CONTROL INTERNO.

Con acta No 001 se socializo y se aprobó el PGA 2016 y el cronograma de auditorías 2016 para cada una de las áreas estipuladas en dicho cronograma.

Las auditorías internas, denominadas en algunos casos como auditorias de primera parte, se realizan por, o en nombre de, la propia organización, para la revisión por la dirección y con otros fines internos, y pueden constituir la base para la auto evaluación de una organización.

En cumplimiento de la misión, los objetivos institucionales de La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado y teniendo como fundamento las Leyes 87 de 1993 y 1474 de 2011, y además, dando cumplimiento a la implementación del **MECI** en atención al Decreto 0943 de 2014 y respecto al Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento; la Oficina de Control Interno **OCI** elaboró el Plan General de Auditorias **PGA 2016**; instrumento de planificación para ejercer la vigilancia de la gestión de dicho ente conforme al mandato constitucional y legal y a las políticas y lineamientos de la Institución, el cual tiene como propósito articular, armonizar y estandarizar el proceso de supervisión de la gestión a través de la aplicación de la Auditoria con enfoque integral.

El Plan de Auditorias tiene como finalidad contar con una adecuada planificación de la actividad de evaluación y control, permitiendo consolidar el fortalecimiento institucional de La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado y así reafirmar la visión proyectada por la Entidad. De allí que su focalización se dé en la Gestión, evaluando en forma independiente los

procedimientos mediante los cuales se ejecutan las actividades y tareas, estableciendo posibles deficiencias, irregularidades, errores, riesgos, pérdida de recursos y bienes en la ejecución de las actividades de la Entidad.

Con base en lo anterior, el diseño e implementación de la Auditoría Interna como elemento estándar de Control, debe estar orientado a la construcción de métodos, procedimientos y herramientas que al utilizarse en procesos de evaluación independiente apoyen la protección de los intereses de la organización pública, proporcionando las bases para una acción correctiva adecuada.

Igualmente, su orientación es la de promover el cumplimiento efectivo de la finalidad social de la entidad pública, instruyendo recomendaciones de cambio que mejoren la gestión de las operaciones.

La Auditoría Interna como herramienta de gestión y elemento Estándar de Control Interno, actúa adicionalmente como función asesora de la máxima autoridad de la Entidad y su nivel directivo, focalizando su acción permanente a la protección de los intereses de la organización.

Durante lo transcurrido en este año 2016 y dando cumplimiento al cronograma de auditorías a la fecha se han realizado las siguientes auditorías:

- Contratos con las EPS
- Carnetización institucional
- Atención al usuario "SIAU"
- Sistemas
- Auditoría de cuentas médicas
- Suministros
- Talento humano
- Mantenimiento
- Jurídica

Es importante resaltar que, para la realización de las auditorías, se ha contado con el apoyo de los funcionarios responsables de estas áreas. Como también mencionar que se ha evidenciado un amplio conocimiento en el manejo de su cargo, en las áreas donde se han encontrado debilidades se hace necesario realizar planes de mejoramiento.

Se han realizado un total de nueve (9) auditorías de 16 programadas con un porcentaje de ejecución equivalente a un 56.25%.

Informe MECI

- ✓ Dentro del proceso del MECI se estructuró y se viene actualizando a medida que se van desarrollando las acciones dentro del Hospital.
- ✓ De los 11 procesos con que cuenta el HDTUU, se desprenden 32 subprocesos de los cuales 22 ya cuentan con mapa de riesgos terminado con cada jefe de área, quedando pendientes 10 procesos, para los cuales ya están programadas las capacitaciones.
- ✓ Se está desarrollando el Proceso de actualización del Plan de Comunicaciones.
- ✓ Encuestas de Autocontrol de las diferentes áreas de la institución con su respectivo informe por parte del área de control interno.
- ✓ Socializaciones del Código de Ética y Buen Gobierno.
- ✓ Modificación de resolución 421 de 31 de Marzo de 2014 por la resolución 302 de Abril de 2016 por medio de la cual se conforma el grupo MECI dentro del HDTUU.
- ✓ Encuesta Modelo Estándar de Control Interno: MECI – Calidad. (DAFP)

ANÁLISIS ESTRATEGICO INTERNO

| ANÁLISIS ESTRATÉGICO INTERNO | | | |
|-------------------------------------|---|--|--|
| | Grupos-Capacidades Fortaleza/Debilidad | (1) Fortalezas | (2) Debilidades |
| 1 | Capacidad Directiva | | |
| 1.1 | Dirección de la Entidad | Equipo experimentado y con capacidad de realizar los cambios estructurales | - Clima Organizacional. - Desconocimiento del entorno. |
| 1.2 | Capacidad de Planificación | Capacidad y Experiencia para realizar procesos prospectivos | Limitados recursos financieros y organizacionales para realizar procesos operativos. |
| 1.3 | Orientación al Logro | Conocimiento estructural y metodológico para cumplir los resultados. | Limitadas expectativas y capacidad de aceptar la innovación promovida por acciones estratégicas. |
| 1.4 | Toma de Decisiones Estratégicas | Estructura flexible y capacitada para mejorar los procesos decisionales. | - Limitada Delegación. - Escasa Información disponible que Apoye la Toma de Decisiones. |
| 1.5 | Comunicación y Asertividad | Conocimientos sólidos frente a procesos y procedimientos. | Carencia de sistemas formales de comunicación interna y externa. |
| 1.6 | Sistema de Control Interno | Calificación satisfactoria del Modelo Estándar de Control Interno | Componente Estratégicos faltantes. |
| 2 | Capacidad Tecnológica | | |
| 2.1 | Capacidad de Ejecución Técnica | Herramientas de apoyo a la ejecución que optimizan el trabajo. | Concentración en las capacidades por parte de grupos especializados. |
| 2.2 | Innovación | Limitada capacidad de promover cambios estructurales. | - Escasa Inversión en procesos innovadores. - Limitada capacidad de generar innovación. |
| 2.3 | Aplicación Tecnológica. | Conocimiento e implementación en áreas básicas. | Obsolescencia de equipos y sistemas de información, adecuados a los requerimientos de la entidad. |
| 2.4 | Integración de sus sistemas computarizados | Visión prospectiva de los requerimientos. | -Sistemas de información disgregados. -Ausencia de un sistema de control a los costos y a la gestión financiera. |
| 2.5 | Controles a Sistema de Información | | -Escasa Inversión. -Inexistencia de un sistema de protección y monitoreo a la información. |
| 3 | Capacidad del Talento Humano | | |
| 3.1 | Competencias del Talento Humano | Evaluación periódica al Talento Humano. | - Resistencia al cambio. - Desactualización en saberes. |
| 3.2 | Pertinencia | Manual de Funciones claro y específico. | - Preexistencia de cargos que no cumplen con la realidad de la entidad. - Necesidad de personal con capacidades sofisticadas. |
| 3.3 | Cargas Laborales | Estructura flexible en algunas áreas de acuerdo a la demanda. | - Puestos de trabajo desbalanceados con cargas. - Generación de puestos de trabajo, sin sistematización. |
| 4 | Capacidad Competitiva | | |
| 4.1 | Impacto a Grupos de Interés | Garantía en la prestación de servicios. | - Limitada planeación en la ejecución del gasto. - Exceso de cuentas por cobrar. |
| 4.2 | Eficiencia en la prestación del servicio. | Posicionamiento en la zona de influencia. | Ineficiencia en procesos no misionales. |
| 4.3 | Atención a Quejas y Reclamos | Se cuenta con el SIAU operando | Inexistente vinculación de la información para el mejoramiento continuo. |
| 4.4 | Grupos de Interés / Quejas y Reclamos | El SIAU de cobertura en todos los servicios. | Incapacidad de generar respuestas formales, por falta de un proceso articulado. |
| 4.5 | Alianzas Estratégica | Convenios entre ESES para prestación de servicio. | Convenios que no generan relaciones GANAR - GANAR |
| 5 | Capacidad Financiera | | |
| 5.1 | Déficit/Superávit acumulado o proyectado | Ninguna | Déficit con tendencia a crecer |
| 5.2 | Estructura de Ingresos | Ninguna | Escasa diversificación y dependencia. |
| 5.3 | Estructura de Gastos | Sistema de Presupuestos existente. | Los presupuestos de ingresos no concuerdan con la realidad de gastos |

| ANÁLISIS ESTRATÉGICO INTERNO | | | |
|-------------------------------------|---|---|--|
| | Grupos-Capacidades Fortaleza/Debilidad | (1) Fortalezas | (2) Debilidades |
| 5.4 | Efecto (fiscal-económico-financiero) de las políticas de Ingresos | Ninguna | Flujo de caja deficitario |
| 5.5 | Efecto (fiscal-económico-financiero) de las políticas de Gastos | Ninguna | Limitación económica para inversión. En el presupuesto no se cuenta con un rubro específico para actualizaciones tecnológicas. |
| 5.6 | Estructura y sostenibilidad de la Deuda | No aplica | No aplica |
| 5.6 | Información Financiera | Existe una metodología que identifica el orden y el modo para el proceso de consolidación de la Información | Falta de espacios para el proceso de planeación y verificación de los productos a entregar. |

| ANÁLISIS ESTRATÉGICO EXTERNO | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|
| | Factores Oportunidad/Amenaza | (1) Oportunidades | (2) Amenazas |
| 1 | Económicos | | |
| 1.1 | Inflación | Ninguna | La inflación controlada no es acorde con el incremento de los costos de prestación de servicio y las políticas de definición de precios de venta. |
| 1.2 | Devaluación | Ninguna | Las necesidades de adquisición tecnológica y de insumos son altas y en su mayoría de importados, sus precios se incrementan demasiado con la creciente devaluación del peso frente al dólar. |
| 1.3 | Incrementos Salariales de Aplicación General | Ninguna | Las políticas centralizadas para los salarios afecta económicamente a la empresa que no define las políticas salariales y en su mayoría se encuentran por encima de políticas nacionales y de presupuesto propio. Además, de las ventajas excesivas en la convenciones laborales existentes. |
| 1.4 | Políticas de Precios | La posibilidad de contar con un tarifario único nacional que posibilite que otros criterios incidan en la definición de precios de venta. | La dependencia total para la definición de precios de venta ante las aseguradoras por los altos niveles de competencia en precios del mercado. |
| 1.5 | Políticas de transferencias de Recursos (tipo de transferencias_ Giro directo o inversión) | Ninguna | El proyecto de centralización de transferencia de recursos, la posible aplicación real de la norma de contratación de la red pública, la inoperancia del ente territorial para los debidos procesos de contratación y pago de cuentas. |
| 1.6 | Estabilidad cambiaria | No aplica | No aplica |
| 1.7 | Tendencias Inflacionarias | Ninguna. | La inflación controlada no está de acuerdo con el incremento de los costos de prestación de servicio y las políticas de definición de precios de venta. |
| 1.8 | Crecimiento Económico | Con el crecimiento productivo se incrementa el empleo y con los recursos para el subsidio de servicios de salud. | Ninguna. |
| 2 | Políticos | | |
| 2.1 | Normas que afectan los objetivos de la entidad | Las normas constantemente actualizadas y con mayor exigencia en los niveles de calidad en salud apoyan el objetivo de Aseguramiento de la Calidad. Proyectos de ley para tarifario único y ampliación de cobertura que apoyan el objetivo de | La posibilidad de que otras entidades privadas participe de los ingresos del régimen subsidiado. Deudores del Hospital calificados por la Superintendencia Nacional de Salud con medida preventiva y en riesgo de intervención pueden transformar la cartera |

| ANÁLISIS ESTRATÉGICO EXTERNO | | | |
|-------------------------------------|---|--|--|
| | Factores Oportunidad/Amenaza | (1) Oportunidades | (2) Amenazas |
| 1 | Económicos | | |
| | | sostenibilidad económica. | vigente de recaudo lento a dudoso. |
| 2.2 | Cambios en la política general que afectan la entidad | Ninguna | No ha habido políticas de gestión del ente territorial probablemente por la alta rotación de gobernantes. |
| 2.5 | Modificaciones Legales a las fuentes de ingresos de la entidad | Proyecto de ley de tarifario único Fortalecimiento por parte del legislador en cuanto a la normalización que apunta a implementar procesos de calidad en la Institución. | |
| 2.6 | Decisiones sobre el ingreso y retiro de servidores públicos | El reinicio del proceso de concurso de carrera administrativa. | El ingreso de personal a la planta de cargos sin estudios previos que justifiquen la necesidad |
| 3 | Sociales | | |
| 3.1 | Situaciones de orden publico | Reconocimiento de la comunidad como parte de su sector | Ninguna |
| 3.4 | Situaciones de desplazamiento social | Es un mercado de población a atender y contratado por el ente territorial. | Ninguna. |
| 3.5 | Nivel de delincuencia | Reconocimiento de la comunidad como parte de su sector | |
| 3.6 | Reconocimiento de la población por su trayectoria en el mercado | La oferta de servicios con oportunidad y calidad. | Clínicas e instituciones privadas que ofertan tarifarios bajos |
| 4 | Tecnológicos | | |
| 4.1 | Automatización de Procesos | Desarrollar proyectos de Sistema de Información para prestación de servicios de salud y para automatización de procesos administrativos y de soporte. | Falta de recursos para proyectos de inversión que incluyen tecnología para automatización de procesos. |
| 4.2 | Resistencia a cambios tecnológicos | Reiniciar el proceso de desarrollo tecnológico a partir de la implementación de una prueba piloto. | Las Instituciones privadas cuentan con excelente capacidad tecnológica. |
| 4.3 | Capacidad y compromiso para acceder a nuevas tecnologías | Compromiso empresarial de tipo estratégico y municipal. | Falta de recursos para inversión. |
| 4.4 | Eficientes Sistemas de comunicación | Desarrollar el proyecto de conectividad municipal. | Falta de recursos para inversión. |
| 5 | Competitivos | | |
| 5.1 | Regulaciones específicas que afectan la entidad | Disminución gradual del proteccionismo del mercado posibilita competir a nivel de calidad. | Baja participación en la contratación del régimen subsidiado con las aseguradoras y el ente territorial, |
| 5.2 | Alianzas estratégicas para ejecutar Programas y Proyectos | Alianza con CENAL, SENA, UNILIBRE, UNIVALLE, UCEVA y ONG´s para el desarrollo de proyectos organizacionales y comunitarios. | Incumplimiento en los contratos, son amenazas grandes para la recuperación de la cartera. |
| 5.3 | Formación y competencia de los servidores públicos | Ninguna | Quedar por fuera del mercado por falta de competencia laboral que afecta la calidad de los servicios. |
| 5.4 | Apoyo de la cooperación internacional | Construir relaciones estratégicas con organismos internacionales. | Poca credibilidad del sector publico regional para ejecución de proyectos. |
| 5.5 | Competencia | Limitada oferta de servicios de ayuda diagnosticas | Desequilibrio financiero del Sistema de Salud |
| | | Ser considerado como punto de referencia de la región, es decir, congregar las actividades y procedimientos del área de influencia. | Incertidumbre del Sector Asegurador La actualización del POS con lo que disminuyen los ingresos por SGP. La incursión de clínicas privadas con tarifario inferiores al mercado |
| | | La opción de convertirse en un hospital universitario, porque | |

| ANÁLISIS ESTRATÉGICO EXTERNO | | | |
|------------------------------|--|--|---|
| | Factores Oportunidad/Amenaza | (1) Oportunidades | (2) Amenazas |
| 1 | Económicos | | |
| | | existe en su área de influencia facultad de medicina y enfermería donde los estudiantes hacen sus prácticas y puede recibir recursos por el Ministerio de Educación. | |
| 6 | Geográficos | | |
| 6.1 | Facilidad de acceso y transporte que rodea el entorno de la entidad | Ser considerado como punto de referencia de la región, es decir, congregar las actividades y procedimientos del área de influencia. | Ninguna |
| 6.2 | Nivel de desarrollo económico y social de las regiones que rodean la entidad | Mercado potencial por ser un Hospital referente con varios Municipios circunvecinos que rodean la entidad. La ubicación geográfica del Hospital que se encuentra estratégicamente ubicado facilitando los medios de comunicación y transporte para el área. | Bajos niveles de educación y calidad de vida de la población que prioriza necesidades y limita el acceso a salud. |

DIAGNOSTICO SISTEMAS DE INFORMACIÓN

No hay un software sistemático que opere un sistema de información integral que se desempeñe en tiempo real en todas las áreas.

En el área de facturación opera el software PUNTO EXE, el área Administrativa maneja el Sistema SION que integra las áreas de contabilidad, presupuesto y tesorería, pero que es muy incipiente.

DIAGNOSTICO ÁREA JURÍDICA Y CONTRATACIÓN

Al 30 de noviembre de 2016 el Departamento Jurídico realizó la actualización de la situación de los procesos judiciales por los cuales cursa la Institución. La situación de los procesos judiciales es:

TABLA No. PROCESOS JUDICIALES A NOVIEMBRE 30 DE 2016

| COD | Tipo de proceso | Total procesos | Estado actual | | | | | | | | |
|-----|--|----------------|-------------------|----------|-----------------|----------|-------------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | | | Primera instancia | | Fallos en firme | | Segunda instancia | | Sin fallo | | |
| | | | En contra | A favor | En contra | A favor | En contra | A favor | 1ª inst | 2ª inst | |
| 11 | Acción de lesividad | | | | | | | | | 0 | 0 |
| 12 | Acción de nulidad simple | | | | | | | | | 0 | 0 |
| 13 | Acción de nulidad y restablecimiento del derecho | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| 14 | Acción de reintegro | | | | | | | | | 0 | 0 |
| 15 | Acción de reparación directa | 39 | 4 | 9 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 26 | 5 |
| 16 | Acción de tutela | | | | | | | | | 0 | 0 |
| 17 | Acción popular | | | | | | | | | 0 | 0 |
| 18 | Ejecutivo contractual | 12 | 12 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | Levantamiento de fuero sindical | | | | | | | | | 0 | 0 |
| 20 | Proceso ejecutivo laboral | | | | | | | | | 0 | 0 |
| 21 | Proceso laboral administrativo | | | | | | | | | 0 | 0 |
| 22 | Proceso ordinario laboral | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 23 | Otros | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 24 | Total | 60 | 21 | 9 | 12 | 0 | 8 | 0 | 0 | 30 | 10 |

Fuente: Oficina Jurídica del Hospital

TABLA No. IMPACTO FINANCIERO DE LOS PROCESOS JUDICIALES

| COD | Tipo de proceso | Procesos Fallados en Contra | | | Procesos en Trámite | | Embargos | |
|-----|--|-----------------------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| | | Total fallos en contra | Valores pagados (\$) | Valores pendientes de pago (\$) | No. Procesos en riesgo de perderse | Valor estimado contingencia (\$) | No. Procesos con embargos | Valor de las sumas embargadas (\$) |
| 11 | Acción de lesividad | | | | | | - | - |
| 12 | Acción de nulidad simple | | | | | | | |
| 13 | Acción de nulidad y restablecimiento del derecho | - | - | - | 5 | 88.259.300 | - | - |
| 14 | Acción de reintegro | | | | | | | |
| 15 | Acción de reparación directa | 8 | - | 1.151.031.986 | 31 | 14.745.587.281 | - | - |
| 16 | Acción de tutela | | | | | | | |
| 17 | Acción popular | | | | | | | |
| 18 | Ejecutivo contractual | 12 | 978.854.650 | 1.319.033.645 | - | - | 7 | 110.688.914 |
| 19 | Levantamiento de fuero sindical | | | | | | | |
| 20 | Proceso ejecutivo laboral | | | | | | | |
| 21 | Proceso laboral administrativo | | | | | | | |
| 22 | Proceso ordinario laboral | - | - | - | 2 | - | - | - |
| 23 | Otros | - | - | - | 2 | 751.984.011 | - | - |
| 24 | Total | 20 | 978.854.650 | 2.470.065.631 | 40 | 15.585.830.592 | 7 | 110.688.914 |

Fuente: Oficina Jurídica del Hospital

DIAGNÓSTICO FINANCIERO

ANÁLISIS DE LOS ESTADOS FINANCIEROS COMPRENDIDOS EN LOS PERIODOS 2010 A 2016

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT: 891.901.158-4
BALANCE GENERAL
(Cifras expresadas en pesos)

| | 30/06/2016 | DIC 31 | DIC 31 | DIC-31 | DIC-31 | DIC-31 | DIC-31 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 |
| Código | ACTIVO | | | | | | |
| | 13.867.831.000 | 5.991.878.000 | 9.442.848.000 | 4.639.759.000 | 7.220.597.000 | 4.984.055.000 | 7.431.659.000 |
| 11 Efectivo | 68.072.000 | 71.078.000 | 287.404.000 | 42.111.000 | 1.181.220.000 | 654.931.000 | 271.125.000 |
| 1105 Caja | 4.996.000 | 510.000 | 1.147.000 | 11.048.000 | - | 659.000 | 3.514.000 |
| 1110 Bancos y corporaciones | 63.076.000 | 70.568.000 | 286.257.000 | 31.063.000 | 1.181.220.000 | 654.272.000 | 267.611.000 |
| 14 Deudores | 13.269.457.000 | 5.539.281.000 | 8.832.218.000 | 4.514.841.000 | 5.954.415.000 | 3.930.262.000 | 7.043.974.000 |
| 1409 Servicios de Salud | 12955575000 | 4902016000 | 8.321.169.000 | 7.313.538.000 | 6.201.315.000 | 6.318.976.000 | 7.910.168.000 |
| 1413 Transferencias por cobrar | | | | | | | |
| 1420 Avances y anticipos entregados | 8076000 | | 253.049.000 | | 129.133.000 | 127.190.000 | 130.789.000 |
| 1424 Recursos entregados en Administracion | | | | | | | |
| 1425 Depositos Entregados | 81612000 | 177923000 | 248.950.000 | 336.166.000 | 340.936.000 | | 53.095.000 |
| 1470 Otros deudores | 439895000 | 579965000 | 9.050.000 | 325.050.000 | 2.552.500.000 | | |
| 1480 Provisión para deudores | -215701000 | -120623000 | | -3.459.913.000 | -3.269.469.000 | -2.515.904.000 | -1.050.078.000 |
| 15 Inventarios | 530.302.000 | 381.519.000 | 323.226.000 | 82.807.000 | 84.962.000 | 398.862.000 | 116.560.000 |
| 1518 Materiales para la prestación de servicios | 530.302.000 | 381.519.000 | 323.226.000 | 82.807.000 | 84.962.000 | 2.113.887.000 | 1.831.585.000 |
| 1580 Provisión para protección de inventarios | | | | | | 1.715.025.000 | 1.715.025.000 |
| | | | | | | | |
| 19 Otros activos | - | - | - | - | - | - | - |
| 1905 Gastos pagados por anticipado | | | | | | | |
| 1996 Bienes y Derechos en Investigac. Activa | | | | | | | |
| 1997 Provisión para bienes y derechos en Invest. Activa | | | | | | | |
| | 21.436.309.000 | 18.811.471.000 | 18.130.965.000 | 21.600.475.000 | 21.708.368.000 | 27.895.497.000 | 17.225.717.000 |
| 12 Inversiones | 65.443.000 | 65.443.000 | 65.443.000 | 65.443.000 | 64.876.000 | 55.849.000 | 49.422.000 |
| 1207 Inversiones Patrimoniales | 65.443.000 | 65.443.000 | 65.443.000 | 65.443.000 | 64.876.000 | 55.849.000 | 49.422.000 |
| 14 Deudores | 0 | 0 | 0 | 3.515.584.000 | 3.328.385.000 | 9.270.074.000 | 7.322.831.000 |
| 1409 Servicios de Salud | | | | 3.459.913.000 | 3.269.469.000 | 2.515.904.000 | 368.695.000 |
| 1413 Transferencias por Cobrar | | | | | | | |
| 1420 Avances y anticipos entregados | | | | | | | |



ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUÁ
Empresa Social del Estado
 NIT. 891.901.158-4

| | | 30/06/2016 | DIC 31 | DIC 31 | DIC-31 | DIC-31 | DIC-31 | DIC-31 |
|-----------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 |
| 1470 | Otros deudores | 2.676.902.000 | 2.771.979.000 | 2.851.542.000 | 55.671.000 | 58.916.000 | 3.183.707.000 | 3.183.707.000 |
| 1424 | Recursos entregados en Administración | | | | | | 3.570.463.000 | 3.770.429.000 |
| 1480 | Provisión para Deudores | -2.676.902.000 | -2.771.979.000 | -2.851.542.000 | | | | |
| 16 | Propiedades, planta y equipo | 2.202.933.000 | 2.389.854.000 | 2.814.974.000 | 3.038.525.000 | 3.517.275.000 | 3.906.628.000 | 4.587.011.000 |
| 1605 | Terrenos | 872.489.000 | 872.489.000 | 872.489.000 | 872.489.000 | 872.489.000 | 872.489.000 | 872.489.000 |
| 1635 | Bienes Muebles en Bodega | 68.735.000 | 69.284.000 | 68.683.000 | 131.761.000 | 131.723.000 | 293.139.000 | 361.677.000 |
| 1636 | Propiedad, Planta y equipo en Mantto | 15.237.000 | 15.237.000 | 15.237.000 | 15237000 | 15237000 | 15237000 | 429805000 |
| 1640 | Edificaciones | 6.915.818.000 | 6.915.818.000 | 6.915.818.000 | 6.788.274.000 | 6.788.274.000 | 6.788.274.000 | 6.318.191.000 |
| 1655 | Maquinaria y equipo | 478.874.000 | 478.875.000 | 478.875.000 | 476.013.000 | 476.013.000 | 476.012.000 | 434.269.000 |
| 1660 | Equipo médico y científico | 8.867.875.000 | 8.867.875.000 | 8.862.314.000 | 8.703.480.000 | 8.620.873.000 | 8.562.950.000 | 8.499.148.000 |
| 1665 | Muebles, enseres y equipos de oficina | 1.152.300.000 | 1.060.004.000 | 1.016.396.000 | 1.011.559.000 | 992.779.000 | 966.124.000 | 949.249.000 |
| 1670 | Equipos de comunicación y computación | 826.636.000 | 813.386.000 | 768.919.000 | 716.833.000 | 712.385.000 | 710.585.000 | 694.529.000 |
| 1675 | Equipo de transporte, tracción y elevac. | 337.660.000 | 337.660.000 | 337.660.000 | 337.661.000 | 335.690.000 | 333.629.000 | 329.797.000 |
| 1680 | Equipo de comedor, cocina, desp. y hotele. | | | | | | | |
| 1685 | Depreciación acumulada | -17.332.691.000 | 17.040.774.000 | 16.521.417.000 | 16.014.782.000 | 15.428.188.000 | 15.111.811.000 | 14.302.143.000 |
| 19 | Otros activos | 19.167.933.000 | 16.356.174.000 | 15.250.548.000 | 14.980.923.000 | 14.797.832.000 | 14.662.946.000 | 5.266.453.000 |
| 1905 | Bienes de arte y cultura | | | 934.543.000 | | | | |
| 1910 | Cargos diferidos | 13.400.000 | 6.020.000 | 33.023.000 | 40.645.000 | 27.858.000 | | |
| 1950 | Responsabilidades | | | | | | | |
| | Otros activos | 174.499.000 | 217.901.000 | 174.500.000 | 816.529.000 | 630.959.000 | 494.746.000 | 324.732.000 |
| 1970 | Intangibles | 241.320.000 | 241.320.000 | | | | | |
| 1975 | Amortización acumulada de intangibles | -284.169.000 | -131.950.000 | -116.683.000 | -101.416.000 | -86.150.000 | -60.891.000 | -17.466.000 |
| 1999 | Valorizaciones | 19.022.883.000 | 16.022.883.000 | 14.225.165.000 | 14.225.165.000 | 14.225.165.000 | 14.229.091.000 | 4.959.187.000 |
| | TOTAL ACTIVO | 35.304.140.000 | 24.803.349.000 | 27.573.813.000 | 26.240.234.000 | 28.928.965.000 | 32.879.552.000 | 24.657.376.000 |
| | CUENTAS DE ORDEN DEUDORAS | 13.540.774.000 | 6.768.773.000 | 13.537.546 | 15.456.170.000 | 15.455.674.000 | 2.863.186.000 | 2.379.948.000 |
| 8120 | Litigios y Demandas | | | | | | | |
| 8315 | Activos retirados | | | | | | | |
| 8333 | Facturación glosada en venta de serv de salud | 1744447000 | 1652833000 | 1.652.833 | 1.656.330.000 | 1.656.082.000 | 1.431.593.000 | 1.189.974.000 |
| 8390 | Otras cuentas deudoras de control | 5115940000 | 5115940000 | 5.115.940 | 6.071.755.000 | 6.071.755.000 | | |
| 8905 | Derechos Contingentes por contra (CR) | | | 6.768.773 | | | | |
| 8915 | Deudoras de Control por contra (CR) | 6680387000 | | | 7.728.085.000 | 7.727.837.000 | 1.431.593.000 | 1.189.974.000 |

| | | 30/06/2016 | DIC 31 | DIC 31 | DIC-31 | DIC-31 | DIC-31 | DIC-31 |
|---------------|--|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 |
| Código | PASIVO | | | | | | | |
| | CORRIENTE | 13.178.738.000 | 7.574.487.000 | 7.844.424.000 | 7.550.724.000 | 7.314.788.000 | 4.324.051.000 | 5.531.872.000 |
| 23 | Obligaciones financieras | 1.200.000.000 | - | - | - | - | - | - |
| 2301 | Administración de liquidez | | | | | | | |
| 2302 | Créditos Obtenidos | 1.200.000.000 | | | | | | |
| 24 | Cuentas por pagar | 3.365.091.000 | 5.368.720.000 | 4.972.883.000 | 3.899.043.000 | 5.303.375.000 | 2.620.369.000 | 4.007.423.000 |
| | Adquisición de bienes y servicios nacionales | 1.271.832.000 | 1.967.966.000 | 2.663.011.000 | 1.498.781.000 | 3.656.713.000 | 1.674.378.000 | 2282177000 |
| 2425 | Acreedores | 1.994.327.000 | 3.042.642.000 | 2.158.615.000 | 2.003.135.000 | 1321074000 | 633227000 | 1169547000 |
| 2436 | Retención en la fuente e impuesto de timbre | 74.950.000 | 81.787.000 | 129.469.000 | 89.698.000 | 45606000 | 158705000 | 43702000 |
| 2437 | Retención de Impto de Industria y Comercio | | | | | | | |
| 2440 | Impuestos, contribuciones y tasas por pagar | 23.982.000 | 49.254.000 | 21.381.000 | 13.290.000 | 28623000 | 138059000 | 328537000 |
| 2450 | Avances y anticipos recibidos | | | | | | | |
| 2455 | Depósitos recibidos de terceros | | | | | | | |
| 2490 | Otras cuentas por pagar | | | | | | | |
| 2460 | Sentencias y Conciliaciones | | 227.071.000 | 407.000 | 294139000 | 251359000 | 16000000 | 183460000 |
| 25 | Obligaciones laborales | 444.376.000 | 819.175.000 | 1.097.841.000 | 1.785.498.000 | 510.036.000 | 465.847.000 | 844.982.000 |
| 2505 | Salarios y prestaciones sociales | 444.376.000 | 819.175.000 | 1.097.841.000 | 1.785.498.000 | 510036000 | 465847000 | 844982000 |
| 2510 | Pensiones por pagar | | | | | | | |
| 27 | Pasivos estimados | 4.316.328.000 | 1.386.592.000 | 1.714.593.000 | 1.829.916.000 | 1.490.491.000 | 1.196.502.000 | 458.521.000 |
| 2710 | Provisión para contingencias | 3.848.386.000 | 870.228.000 | 1.439.099.000 | 1.800.737.000 | 1121285000 | 1196502000 | |
| 2715 | Provisión para prestaciones sociales | 467.942.000 | 516.364.000 | 275.494.000 | | 369206000 | | 458521000 |
| 2790 | Otras provisiones | | | | 29179000 | | | |
| 29 | Otros Pasivos | 3.852.943.000 | - | 59.107.000 | 36.267.000 | 10.886.000 | 41.333.000 | 220.946.000 |
| 2996 | Obligaciones en Investigac. Activa | | | | | | | |
| | Otros Pasivos | 3852943000 | | 59107000 | 36267000 | 10886000 | 41333000 | 220946000 |
| | NO CORRIENTE | 9.407.295.000 | 5.830.922.000 | 4.309.144.000 | 4.192.989.000 | 4.645.873.000 | 4.782.127.000 | 5.540.923.000 |
| 24 | Cuentas Por Pagar | 9.353.298.000 | 5.663.195.000 | 4.259.979.000 | 4.098.872.000 | 4.574.600.000 | 4.008.752.000 | 4.725.509.000 |
| 2425 | Acreedores | 3.077.452.000 | 992.302.000 | 1.360.000.000 | 865.004.000 | 670393000 | 817039000 | 571316000 |
| 2450 | Avances y Anticipos Recibidos | | | | | | | |
| 2490 | Otras Cuentas por pagar | 6.275.846.000 | 4.670.893.000 | 2.899.979.000 | 3.233.868.000 | 3904207000 | 3191713000 | 4154193000 |
| | Obligaciones Bancarias de largo plazo | | | | | | | |
| 25 | Obligaciones laborales | 53.997.000 | 167.727.000 | 49.165.000 | 94.117.000 | 71.273.000 | 773.375.000 | 815.414.000 |
| 2505 | Salarios y prestaciones sociales | 53.997.000 | 167.727.000 | 49.165.000 | 94.117.000 | 71273000 | 773375000 | 815414000 |



ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUÁ
Empresa Social del Estado
 NIT. 891.901.158-4

| | | 30/06/2016 | DIC 31 | DIC 31 | DIC-31 | DIC-31 | DIC-31 | DIC-31 |
|------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 |
| 2510 | Pensiones y prestaciones económicas por pagar | | | | | | | |
| | TOTAL PASIVO | 22.586.033.000 | 13.405.409.000 | 12.153.568.000 | 11.743.713.000 | 11.960.661.000 | 9.106.178.000 | 11.072.795.000 |
| | PATRIMONIO | 12.718.107.000 | 11.397.940.000 | 15.420.245.000 | 14.496.521.000 | 16.968.304.000 | 23.773.374.000 | 13.584.581.000 |
| 32 | Patrimonio institucional | 12.718.107.000 | 11.397.940.000 | 15.420.245.000 | 14.496.521.000 | 16.968.304.000 | 23.773.374.000 | 13.584.581.000 |
| 3208 | Capital fiscal | -4.927.619.000 | 892.403.000 | -31.322.000 | 2.440.464.000 | 9241606000 | 8431719000 | 3928496000 |
| 3225 | Utilidad o pérdida de ejerc. anteriores | | | | | | | |
| 3230 | Resultados del ejercicio | -1.679.833.000 | -5.820.022.000 | 923.726.000 | -2.471.784.000 | -6801143000 | 809888000 | 4503223000 |
| 3235 | Superávit por donación | 302.676.000 | 302.676.000 | 302.676.000 | 302.676.000 | 302676000 | 302676000 | 193676000 |
| 3240 | Superávit por valorización | 19.022.883.000 | 16.022.883.000 | 14.225.165.000 | 14.225.165.000 | 14225165000 | 14229091000 | 4959186000 |
| 3245 | Revalorización del patrimonio | | | | | | | |
| 3250 | Ajustes por inflación | | | | | | | |
| 3255 | Patrimonio institucional incorporado | | | | | | | |
| 3258 | Efectos de saneamiento contable | | | | | - | | |
| | TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO | 35.304.140.000 | 24.803.349.000 | 27.573.813.000 | 26.240.234.000 | 28.928.965.000 | 32.879.552.000 | 24.657.376.000 |
| | CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS | 24.329.091.000 | 7.114.955.000 | 7.114.955.000 | 15.343.808.000 | 26.843.552.000 | 22.694.020.000 | 22.373.540.000 |
| 9120 | Litigios o Demandas | 11336493000 | | 6.286.902.000 | 6.676.248.000 | 13309321000 | 11234555000 | 11074315000 |
| 93 | Acreedoras de control | 828053000 | | 828.053.000 | 995.656.000 | 112455000 | 112455000 | 112455000 |
| 9905 | Responsabilidades Conting. Por contra (DB) | 12164545000 | 7114955000 | | 7.671.904.000 | 13421776000 | 11347010000 | 11186770000 |

TABLA No. CUENTAS POR COBRAR

| Razón social | Concepto | Saldo a la fecha de corte | hasta60 | De 61 a 90 | De 91 a 180 | De 181 a 360 | Mayor 360 | Monto glosado | Monto recuperable | Monto por castigar | Valor Pendiente de Radicar |
|--|--|---------------------------|---------------|-------------|-------------|--------------|---------------|---------------|-------------------|--------------------|----------------------------|
| CAFESALUD | SUBS | 2.175.616.785 | 1.871.542.760 | 143.079.923 | 143.079.923 | 143.888.648 | 17.105.454 | 683.763.508 | 2.175.616.785 | - | 721.507.198 |
| ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA EMSSANAR | SUBS | 1.757.280.070 | 1.597.703.101 | 145.773.067 | 145.773.067 | 1.741.834 | 1.232.465 | 151.766.345 | 1.757.280.070 | - | 825.639.360 |
| PLIQ CALISALUD | SUBS | 1.656.639.128 | - | - | - | - | 1.656.639.128 | - | - | 1.656.639.128 | - |
| COOMEVA EPS S.A | CONT | 1.595.461.505 | 388.186.944 | 804.827.120 | 804.827.120 | 257.480.150 | 144.967.291 | 105.320.179 | 1.595.461.505 | - | 132.116.739 |
| NUEVA EPS S.A | CONT | 1.097.659.431 | 343.990.471 | 361.854.973 | 361.854.973 | 362.091.088 | 29.722.899 | 110.626.359 | 1.097.659.431 | - | 146.785.756 |
| PLIQ EPS CAPRECOM | SUBS | 737.985.493 | - | - | - | 191.086.292 | 546.899.201 | 42.471.250 | - | 737.985.493 | - |
| ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD | SUBS | 493.586.701 | 159.800.651 | 217.132.194 | 217.132.194 | 98.699.883 | 17.953.973 | 85.205.742 | 493.586.701 | - | 100.025.872 |
| SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A SOS | CONT | 451.010.650 | 73.773.533 | 181.515.451 | 181.515.451 | 46.050.422 | 149.671.244 | 238.228.489 | 451.010.650 | - | 68.074.549 |
| SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD | ATENCION CON CARGO AL SUB. A LA OFERTA | 438.233.009 | 282.611.425 | - | - | 135.380.714 | 20.240.870 | - | 438.233.009 | - | 70.492.564 |
| ASOC. MUTUAL BARRIOS UNIDOS AMBUC | SUBS | 349.704.016 | 218.154.369 | 48.932.082 | 48.932.082 | 3.656.939 | 3.437.919 | 1.647.565 | 349.704.016 | - | 68.488.887 |
| CONSORCIO FONDO DE ATENCION EN SALUD PPL | REGIMEN ESPECIAL | 212.500.707 | 71.141.997 | 141.358.710 | 141.358.710 | - | - | - | 212.500.707 | - | 26.616.300 |
| CAFESALUD | CONT | 210.360.397 | 210.360.397 | - | - | - | - | - | 210.360.397 | - | 220.000.324 |
| COOSALUD ESS | SUBS | 184.187.117 | 101.351.893 | 82.835.224 | 82.835.224 | - | - | - | 184.187.117 | - | 36.897.032 |
| QBE SEGUROS | SOAT ECAT | 110.105.537 | 17.342.000 | 9.466.700 | 9.466.700 | 7.500.525 | 75.796.312 | 76.562.862 | 110.105.537 | - | 11.829.900 |
| PLIQ SALUDCOOP EPS | CONT | 100.029.864 | - | 1.327.707 | 1.327.707 | 20.101.025 | 78.601.132 | 38.748.974 | - | 100.029.864 | - |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS ARP | RIESGOS PROFESIONALES | 84.217.549 | - | 5.540.900 | 5.540.900 | 3.363.849 | 75.312.800 | 13.954.870 | 84.217.549 | - | 7.145.302 |
| PLIQ SELVA SALUD S.A EPS | SUBS | 76.359.000 | - | - | - | - | 76.359.000 | - | - | 76.359.000 | - |
| SALUD TOTAL S.A EPS | CONT | 72.267.593 | - | 8.696.000 | 8.696.000 | 3.775.300 | 59.796.293 | 11.477.765 | 72.267.593 | - | 3.296.112 |
| COMPENALCO VALLE EPS | CONT | 71.956.368 | 354.800 | 4.305.191 | 4.305.191 | 2.542.700 | 64.753.677 | 11.346.125 | 71.956.368 | - | 3.670.716 |
| SEGUROS DEL ESTADO S.A | SOAT ECAT | 64.500.897 | 10.510.700 | 7.007.800 | 7.007.800 | 16.195.105 | 30.787.292 | 26.157.602 | 64.500.897 | - | 4.705.300 |
| AXA COLPATRIA SEGUROS S.A | SOAT ECAT | 61.472.348 | 9.650.856 | 6.231.609 | 6.231.609 | 4.264.677 | 40.292.794 | 46.070.430 | 61.472.348 | - | 5.604.702 |
| PLIQ GUAITARA | SUBS | 44.624.306 | - | - | - | - | 44.624.306 | - | - | 44.624.306 | - |
| COOMEVA EPS S.A | SUBS | 43.381.105 | 12.976.080 | 10.638.900 | 10.638.900 | 8.279.200 | 11.486.925 | - | 43.381.105 | - | 4.509.625 |
| NUEVA EPS S.A | SUBS | 43.283.911 | 14.521.183 | 7.839.000 | 7.839.000 | 11.957.200 | 8.966.528 | - | 43.283.911 | - | 3.612.004 |
| CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES | SOAT ECAT | 42.899.147 | 430.600 | 3.100.700 | 3.100.700 | 3.109.885 | 36.257.962 | - | 42.899.147 | - | 84.100 |
| SALUD VIDA EPS S.A | CONT | 42.417.394 | - | 6.084.909 | 6.084.909 | 6.866.000 | 29.466.485 | - | 42.417.394 | - | 46.500 |
| ALCALDIA DE TULUA | OTRAS CXC SERVICIOS DE SALUD | 39.503.300 | - | - | - | - | 39.503.300 | - | 39.503.300 | - | - |
| PLIQ CONDOR S.A EPS | SUBS | 38.762.290 | - | - | - | - | 38.762.290 | - | - | 38.762.290 | - |
| PLIQ SALUD COLOMBIA EPS | CONT | 36.391.047 | - | - | - | - | 36.391.047 | - | - | 36.391.047 | - |

La cartera con vencimiento superior a 360 días representa el 38,82% del total general y se encuentra



representada de la siguiente manera:

Se encuentran reclasificadas a deudas de difícil cobro la suma de \$2.764 millones y se encuentran provisionados \$2.893 millones.

Es importante mencionar que para el primer trimestre el Hospital no incluyó en sus estados financieros la cartera no radicada según argumentación por la implementación del nuevo software.

El Hospital registra en cuentas de orden facturación glosada en venta de servicios de salud por valor de \$1.653 millones.

PASIVOS

Los pasivos alcanzaron la suma de \$16 mil millones al 31 de marzo del actual periodo. Estos presentan un incremento del 25,80%, es decir, \$3.340 millones más que en el mismo periodo de la vigencia anterior. Los incrementos se ven representados en las cuentas por pagar (+\$808 millones), obligaciones corrientes y los ingresos recibidos por anticipado (\$ 2.298 millones).

En los últimos cinco años las obligaciones se han incrementado en un 72% (+\$6.834 millones) como se relaciona a continuación:

| | | TOTAL | CORRIENTE | NO CORRIENTE |
|---------------|--|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| 2 | PASIVOS | 22.586.033.803 | 13.178.736.980 | 9.407.296.823 |
| 2.1 | OPERACIONES DE BANCA CENTRAL, ENTIDADES FINANCIERAS Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE FOMENTO Y DESARROLLO REGIONAL | - | | |
| 2.2 | OPERACIONES DE CRÉDITO PÚBLICO | - | | |
| 2.3 | OBLIGACIONES FINANCIERAS | 1.200.000.000 | 1.200.000.000 | |
| 2.4 | CUENTAS POR PAGAR | 9.216.831.869 | 3.365.090.505 | 5.851.741.364 |
| 2.4.01 | ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS NACIONALES | 3.641.051.043 | 1.271.831.696 | 2.369.219.347 |
| 2.4.01.01 | BIENES Y SERVICIOS | 3.641.051.043 | 1.271.831.696 | 2.369.219.347 |
| 2.4.01.02 | PROYECTOS DE INVERSIÓN | - | | |
| 2.4.25 | ACREEDORES | 5.071.779.045 | 1.994.326.586 | 3.077.452.459 |
| 2.4.36 | RETENCIÓN EN LA FUENTE E IMPUESTO DE TIMBRE | 75.619.691 | 75.619.691 | - |
| 2.4.40 | IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y TASAS POR PAGAR | 428.382.090 | 23.312.532 | 405.069.558 |
| 2.4.40.23 | CONTRIBUCIONES | 428.382.090 | 23.312.532 | 405.069.558 |
| 2.4.45 | IMPUESTO AL VALOR AGREGADO - IVA | | | |
| 2.4.50 | AVANCES Y ANTICIPOS RECIBIDOS | - | - | - |
| 2.5 | OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL | 498.373.007 | 444.376.009 | 53.996.998 |
| 2.5.05 | SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES | 498.373.007 | 444.376.009 | 53.996.998 |
| 2.5.05.01 | NÓMINA POR PAGAR | 361.573.025 | 361.573.025 | |
| 2.5.10 | PENSIONES Y PRESTACIONES ECONÓMICAS POR PAGAR | - | | |
| 2.7 | PASIVOS ESTIMADOS | 7.484.987.000 | 4.316.327.076 | 3.168.659.924 |
| 2.7.05 | PROVISIÓN PARA OBLIGACIONES FISCALES | - | | |
| 2.7.10 | PROVISIÓN PARA CONTINGENCIAS | 7.017.045.388 | 3.848.385.464 | 3.168.659.924 |
| 2.7.10.05 | LITIGIOS | 7.017.045.388 | 3.848.385.464 | 3.168.659.924 |
| 2.7.10.06 | OBLIGACIONES POTENCIALES | - | | |
| 2.7.10.09 | OTRAS PROVISIONES PARA CONTINGENCIAS | - | | |
| 2.7.15 | PROVISIÓN PARA PRESTACIONES SOCIALES | 467.941.612 | 467.941.612 | - |
| 2.7.90 | PROVISIONES DIVERSAS | - | | |
| 2.9 | OTROS PASIVOS | 3.852.943.390 | 3.852.943.390 | - |

| | | | | |
|-------------|--|--------------------|---------------|--------------------|
| 2.9.05 | RECAUDOS A FAVOR DE TERCEROS | 1.511.423.520 | 1.511.423.520 | - |
| 2.9.05.80 | RECAUDOS POR CLASIFICAR | 1.511.423.520 | 1.511.423.520 | |
| 2.9.05.90 | OTROS RECAUDOS A FAVOR DE TERCEROS | - | | |
| 2.9.10 | INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO | 2.341.519.870 | 2.341.519.870 | |
| 2.9.15 | CRÉDITOS DIFERIDOS | - | | |
| 2.9.17 | ANTICIPO DE IMPUESTOS | - | | |
| 2.10 | OTROS PASIVOS DIFERENTES A LOS ANTERIORES | 332.898.537 | | 332.898.537 |

Los gastos de administración presentan un aumento del 46,53%, es decir, \$536 millones más que el periodo de la vigencia inmediatamente anterior. Los gastos de administración que presentaron un aumento fueron los sueldos y salarios (+ \$55 millones), las contribuciones efectivas (+ \$61 millones) y los gastos generales (+ \$425 millones).

| | | ENTRE 31-90 DÍAS | ENTRE 91- 180 DÍAS | MONTO VENCIDO ENTRE 181-360 DÍAS | MONTO VENCIDO POR MAS DE 361 DÍAS |
|---------------|--|----------------------|-----------------------|--|--|
| 2 | PASIVOS | 3.730.906.427 | 3.064.357.468 | 867.146.009 | 6.238.636.899 |
| 2.1 | OPERACIONES DE BANCA CENTRAL, ENTIDADES FINANCIERAS Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE FOMENTO Y DESARROLLO REGIONAL | | | | |
| 2.2 | OPERACIONES DE CRÉDITO PÚBLICO | | | | |
| 2.3 | OBLIGACIONES FINANCIERAS | | | | |
| 2.4 | CUENTAS POR PAGAR | 1.837.054.396 | 732.766.281 | 795.269.828 | 5.851.741.364 |
| 2.4.01 | ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS NACIONALES | 793.649.103 | 229.782.320 | 248.400.273 | 2.369.219.347 |
| 2.4.01.01 | BIENES Y SERVICIOS | 793.649.103 | 229.782.320 | 248.400.273 | 2.369.219.347 |
| 2.4.25 | ACREEDORES | 987.281.146 | 502.983.961 | 504.061.479 | 3.077.452.459 |
| 2.4.40 | IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y TASAS POR PAGAR | 23.312.532 | - | - | 405.069.558 |
| 2.4.40.23 | CONTRIBUCIONES | 23.312.532 | | | 405.069.558 |
| 2.5 | OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL | 360.137.782 | 12.362.046 | 71.876.181 | 53.996.998 |
| 2.5.05 | SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES | 360.137.782 | 12.362.046 | 71.876.181 | 53.996.998 |
| 2.5.10 | PENSIONES Y PRESTACIONES ECONÓMICAS POR PAGAR | | | | |
| 2.7 | PASIVOS ESTIMADOS | - | - | - | - |
| 2.9 | OTROS PASIVOS | 1.533.714.249 | 2.319.229.141 | - | - |
| 2.9.05 | RECAUDOS A FAVOR DE TERCEROS | 1.511.423.520 | - | - | - |
| 2.9.05.80 | RECAUDOS POR CLASIFICAR | 1.511.423.520 | | | |
| 2.9.10 | INGRESOS RECIBIDOS POR ANTICIPADO | 22.290.729 | 2.319.229.141 | | |
| 2.10 | OTROS PASIVOS DIFERENTES A LOS ANTERIORES | | | | 332.898.537 |

Los gastos por concepto de provisiones, agotamiento, depreciaciones y amortizaciones presentan un aumento del 129,38% (+ \$116 millones).

Los ingresos no operacionales presentan un aumento del 2.398%, es decir, \$603 millones más comparados con el periodo anterior. Este incremento se ve representado principalmente es los ingresos por margen de contratación de servicios de salud.



Los gastos no operacionales presentaron una disminución de \$95 millones. Esto reflejado principalmente en la disminución del gasto por ajuste de ejercicios anteriores que impactó de una manera importante el resultado del ejercicio de la vigencia anterior.

La pérdida del ejercicio comparando los dos periodos presenta un incremento del 135% al pasar de un déficit \$1.189 millones a uno de \$2.794 millones, \$1.605 millones más comparando el mismo trimestre del periodo anterior. Dicho incremento se ve representado en la facturación no radicada no incluida durante el primer trimestre y en el incremento frecuente de costos y gastos (Principalmente los gastos generales) pese a la disminución de la venta de servicios.

La pérdida generada por el Hospital genera un alto riesgo en la continuidad de la prestación de los servicios de la institución.

La Gestión de la Continuidad del Negocio de la Entidad debe ser un proceso sistemático que comprenda el desarrollo de estrategias de recuperación y la construcción anticipada de respuestas para atender impactos potenciales que puedan amenazar la continuidad de las operaciones, buscando salvaguardar los intereses de los grupos de interés, la gobernabilidad, la reputación y las actividades misionales de creación del Hospital.

Una vez realizado el análisis del Estado de Actividad Financiera, Económica, Social y Ambiental, a continuación destacamos aquellos aspectos sobre los cuales consideramos la administración debe dar la mayor importancia con el fin de disminuir los riesgos en la continuidad de la prestación de los servicios:

- ✓ Se evidencian los proyectos para fortalecer la Gestión de la Continuidad del Hospital pero no los avances para el cumplimiento a los mismos. No se dio alcance a las medidas para la consecución de las metas propuestas en el marco del **Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero**, por lo tanto fue incluido en el **Plan de Gestión Integral del Riesgo** de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ✓ La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe de Tuluá Empresa Social del Estado debe realizar un esfuerzo mayor para disminuir sus gastos de funcionamiento y así obtener un margen de rentabilidad que le permita cumplir con las medidas formuladas en el marco del **Plan de Gestión Integral del Riesgo**, presentado a la Superintendencia Nacional de Salud en el mes de noviembre de 2016.
- ✓ La Entidad debe continuar con la depuración de los pasivos y así obtener un valor conciliado de las deudas contraídas en el corto y largo plazo para determinar la capacidad de pago que se tiene. Es importante mencionar que las obligaciones de la Institución no se encuentran actualizadas con los intereses de mora generados por el incumplimiento de sus obligaciones.
- ✓ La Entidad debe fortalecer sus políticas y gestión de recaudo de cartera para obtener un mayor fortalecimiento de sus ingresos.
- ✓ La administración debe adoptar alternativas oportunas, viables y efectivas que minimicen los impactos económicos ante la compleja situación por la que atraviesa el Hospital. De acuerdo con los principios básicos del **Plan de Gestión Integral del Riesgo**, se evidenció el no cumplimiento de los mismos debido a que no hubo aumento de los ingresos por concepto de Servicios de Salud y por el contrario se presentaron incrementos en los gastos y costos del ejercicio. Igualmente no se evidenciaron avances sustanciales en el recaudo de la cartera la cual no muestra una notoria recuperación.

PLATAFORMA DE GESTIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO

Componentes Estratégicos



Misión

Brindar atención integral y humanizada en salud a la población de Tuluá y su área de influencia para satisfacer sus necesidades y expectativas, a través de la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios, de nivel II, de mediana y alta complejidad, apoyado con procesos de docencia e investigación bajo los atributos de calidad y seguridad, innovando con talento humano competente, infraestructura y tecnología amigable con el medio ambiente para lograr sostenibilidad y bienestar Institucional.

Visión

La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado en el año 2021 será un Hospital regional con sistema único de acreditación implementado, integrado al modelo de red de servicios de salud del Valle, con recurso humano competente y comprometido con las políticas Institucionales, con equipos de alta tecnología, infraestructura acorde a su desarrollo y auto-sostenible financieramente, con capacidad para atender la demanda de los servicios de salud ofertados, de forma oportuna, segura y humanizada, generando credibilidad y confianza en nuestros usuarios.

Nuestros Principios y Valores

- Transparencia
- Humanización
- Ética
- Igualdad
- Responsabilidad Social

Política de Calidad

La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado orienta su gestión hacia la prestación de servicios seguros y humanizados, centrados en la atención integral del usuario, la investigación y apoyo a la formación del talento humano del subsector; contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de salud de la comunidad y el funcionamiento institucional, a través de la optimización de los recursos, generando Credibilidad y confianza en la región.

Política de Seguridad del Paciente

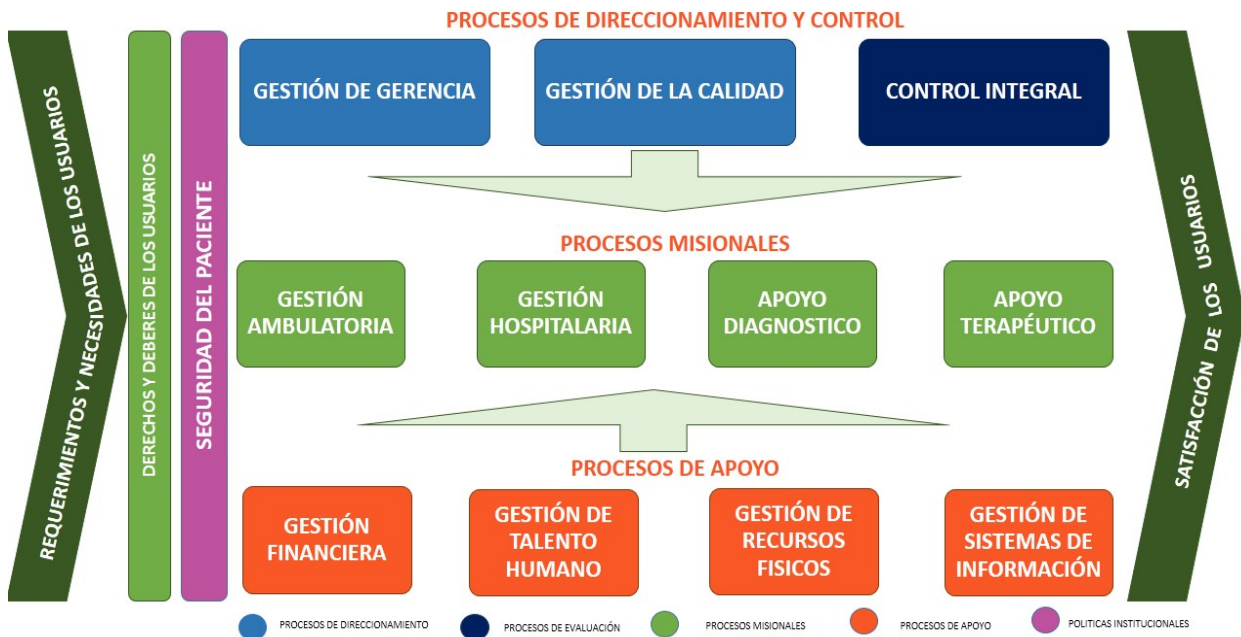
El Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, ESE, fomenta la cultura de la prevención de la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, identificando y gestionando las acciones inseguras para minimizar la ocurrencia de eventos adversos, avanzando hacia la construcción de una institución segura y competitiva.

Cambio Cultural

La Seguridad del paciente es una prioridad estratégica en el Hospital. La Cultura del reporte. Promueve y facilita la discusión de los errores de manera que se pueda aprender de ellos, se implementan planes de mejoramiento, propicia entornos seguros, quien reporta error o evento adverso es recompensado.

Herramientas para promover cultura del reporte: Evaluaciones de conocimiento sobre Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, termómetros que miden la calidad donde se toca el tema de seguridad del paciente, lavado de manos, higienización de manos, utilización de los medicamentos en forma segura, y reporte de eventos adversos, rondas de seguridad, seguimiento del desarrollo de los planes de mejoramiento de acuerdo con el análisis y resultados del reporte de eventos adverso.

Mapa de Procesos



Descripción de la Metodología

En la elaboración del Plan de Desarrollo 2016-2019 “Volviendo a Ser los Mejores” se pretende establecer un direccionamiento claro y estratégico, con una metodología prospectiva dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para lograr que el proyecto alcance las pretensiones establecidas es necesario que La ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe Empresa Social del Estado, a través de la vigencia 2016 – 2019, continúe promoviendo la participación social en salud de los usuarios de la ESE, con el fin de legitimar su gestión, frente a los Usuarios, razón de Ser de la Entidad.

Contando como base, en el diagnóstico institucional, que permite conocer sus debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas, para formular proyectos a partir de datos, que permiten identificar áreas y situaciones problemáticas, que permiten definir las estrategias de funcionamiento que apalancan los objetivos de la Organización, a través de su Direccionamiento Estratégico Institucional.

En la etapa de diagnóstico Institucional se utilizó, además, la metodología de análisis de brechas, teniendo en cuenta que la Institución no es nueva y que existe una plataforma estratégica previamente definida (misión, visión y objetivos).

El objetivo de esta metodología es determinar los logros y las dificultades que tiene la Institución en relación con el cumplimiento de su plataforma estratégica. La base fue la definición de brechas:

“Se definen como brechas a las distancias existentes entre la institución que somos hoy y la institución que dibujamos o imaginamos para el mañana, a partir de las definiciones de misión, visión y objetivos”.

El ejercicio fue de gran utilidad ya que nos permitió evaluar la eficacia de la Organización y fue la base



para la formulación de una nueva plataforma estratégica que sea coherente con los cambios en el entorno y en la normatividad en salud. Es indispensable la definición de indicadores y estándares que permitan comparar el desempeño del sistema frente a lo deseado, para encontrar brechas, corregir las deficiencias y lograr el resultado que se espera de la atención: el mejoramiento de las condiciones de salud.

Para ello fue necesario identificar primero los elementos que componen las definiciones de misión, visión, objetivos y calidad. En un taller con una participación masiva del personal administrativo y asistencial, en el que se entregaron documentos impresos de la plataforma estratégica existente para su revisión, se logró definir las oportunidades de mejora o brechas para reducir el componente de subjetividad.

Se indagó sobre las razones que sustentaban el tamaño de la brecha definida las cuales se consideraron como oportunidades de mejora. En el mismo momento se pidió que se definieran acciones para cerrar las brechas, estas acciones son retomadas más adelante y se convertirán en imperativos estratégicos.

Durante la realización de los talleres se planteó la actualización del direccionamiento estratégico institucional para estar acordes con los cambios gubernamentales, normativos, a los cambios en el portafolio de servicios y a los cambios del entorno.

Apoyándonos en esta propuesta, se analizó minuciosamente la plataforma estratégica existente y se definió una nueva realizando un análisis metódico de cada uno de sus componentes y estableciendo las brechas entre los que somos y lo que queremos ser en el nuevo planteamiento, tomando como referentes los objetivos del plan de desarrollo previamente trazados y la complejidad de los servicios ofrecidos.

El plan está estructurado bajo tres objetivos estratégicos, el primer objetivo es: Educación Superior e Investigación, segundo objetivo, Modernización de los procesos Administrativos y Clínicos y el último objetivo es la Sostenibilidad Financiera, Estos objetivos están basados en la necesidad que tiene el municipio de Tuluá y el departamento del Valle del Cauca, que buscan promover el desarrollo y mejorar la calidad en la atención en salud.

En la apertura programática el plan desarrollo “volviendo hacer los mejores” se estructuró en tres componentes: Dirección y Gerencia; Financiera y administrativa; y el último componente es la gestión Clínica. Esto permite organizar y estructurar de manera idónea la forma de operar estratégicamente el plan desarrollo.

Objetivos del Plan de Desarrollo

El Plan de Desarrollo “Volviendo a Ser los Mejores” es una iniciativa, que busca generar cambios estructurales que aporten a convertir la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe en un referente municipal y regional, para la intervención integral en Salud, aportando mejoramiento de la Calidad de vida de los Habitantes del Valle del Cauca.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. EDUCACION SUPERIOR E INVESTIGACION - ESI.

Fortalecer la relación docencia – servicio, con las instituciones de educación superior y para el trabajo, promoviendo la sinergia necesaria para que los procesos de formación, investigación e innovación, se constituyan en propósitos comunes que favorezcan el cumplimiento de la Misión Institucional.

2. MODERNIZACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y CLINICOS.

Adaptar el modelo gerencial – administrativo y de prestación de servicios de salud, a la estructura por procesos, definido en el Sistema Integral de Gestión de la Calidad, logrando una organización más moderna y eficiente, con una modernización y conservación de la infraestructura física, privilegiando el desarrollo tecnológico y su sostenibilidad, la sistematización de la información y la calidad en la prestación del servicio.

3. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.

Desarrollar estrategias financieras y de mercadeo, que permitan la optimización de la capacidad instalada y de los recursos disponibles, el crecimiento de la Institución con servicios de alta complejidad rentables y de mayor impacto, la sostenibilidad en el tiempo y el mejoramiento en la calidad de los servicios prestados.

LINEAS ESTRATEGICAS

OBJETIVOS ESTRATEGICO 1:

1. EDUCACIÓN SUPERIOR E INVESTIGACIÓN

1.1. Programa: Educación Superior e Investigación

Fortalecer la relación docencia – servicio, con las instituciones de educación superior y para el trabajo, promoviendo la sinergia necesaria para que los procesos de formación, investigación e innovación, se constituyan en propósitos comunes que favorezcan el cumplimiento de la Misión Institucional

1.1.1. Subprograma: Fomento de la investigación y la innovación.

- 1.1.1.1. **Elaboración de proyectos.** Presentación de proyectos de corte regional en líneas priorizadas por el Sistema Regional de Regalías u otra entidad financiadora.
- 1.1.1.2. **Fortalecer la cooperación técnica** con otras entidades educativas, para mejorar la planeación y toma de decisiones en la Entidad.
- 1.1.1.3. **Formación de equipos de APS en la mediana y alta complejidad.** Trabajo conjunto para la formación de redes integradas de salud y trabajo en equipo, para cualificar el recurso humano.
- 1.1.1.4. **Fortalecimiento de la planeación estratégica institucional.** Utilización de herramientas administrativas y de dirección, que permitan incrementar las posibilidades de éxito y logro de metas.

1.1.2. Subprograma: Relación docente asistencial.

- 1.1.2.1. **Articular en forma armónica las acciones de las instituciones educativas y el HDTUU,** para cumplir la función social a través de la atención en salud y la formación del recurso humano.
- 1.1.2.2. **Investigación conjunta aplicada a la toma de decisiones.** Aunar esfuerzos a través de los Convenios establecidos, para generar sinergia de conocimientos y experiencias exitosas.

- 1.1.2.3. **Fortalecimiento de servicios de salud.** Fortalecer los programas que están dentro del convenio docencia servicio.

OBJETIVO ESTRATEGICO: 2.

2. MODERNIZACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y CLINICOS

Adaptar el modelo gerencial – administrativo y de prestación de servicios de salud, a la estructura por procesos definido en el Sistema Integral de Gestión de la Calidad, logrando una organización más moderna y eficiente, con una modernización y conservación de la infraestructura física, privilegiando el desarrollo tecnológico y su sostenibilidad, la sistematización de la información y la calidad en la prestación del servicio.

2.1. Programa: Sistema de Gestión Integral.

Lograr el mejoramiento continuo de la atención en salud, para la satisfacción del cliente.

2.1.1. **Subprograma: Autoevaluación al cumplimiento de los requisitos del Sistema Único de Habilitación.** Verificar el cumplimiento y mantenimiento de los requisitos del Sistema Único de Habilitación.

2.1.2. **Subprograma: Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud – PAMEC,** garantizando la calidad de la atención en salud como un mecanismo sistémico y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada, tomando como referente los componentes SOGCS y los atributos de calidad que son: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad.

2.1.3. **Subprograma: Autoevaluación con Estándares del Sistema único de Acreditación.** Identificar los aspectos prioritarios hacia los cuales enfocar el mejoramiento continuo de la Organización, para alcanzar altos estándares de calidad.

2.1.4. **Subprograma: Modelo Estándar de Control Interno (MECI)** estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo.

2.1.5. **Subprograma: Sistema de Información para la Calidad.** Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

2.1.6. **Subprograma: Sistemas de Gestión Integrados:** se implementa la NTCGP – 1000 como plataforma de integración para los otros sistemas de articulación de gestión institucional.

2.1.7. **Subprograma Seguridad del Paciente.** Reducir el riesgo durante el proceso de atención en salud. Buenas prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. Implementar estrategias para la identificación, reducción y prevención de eventos adversos.

2.2. **Programa Sistema de Información Estadística.** Mejorar la calidad de la información, su acceso y su integración en la Institución.

2.2.1. **Subprograma Depuración de historias clínicas, información y conservación: Desarrollo tecnológico para la información.** Creación, mantenimiento del hardware y software, para el mejoramiento de los servicios informáticos. Acceso y disponibilidad de la información misional, de apoyo y administrativa, como herramienta fundamental de consulta y toma de decisiones.

- 2.3. **Programa: Complejo Hospitalario:** Construir relaciones mutuamente beneficiosas con entidades públicas y privadas. (Anexo 1, 2, 5, 6, 8 y 10).
- 2.3.1. **Subprograma: Formulación de alianzas estratégicas y alianzas público privadas,** que permitan fortalecer e innovar en infraestructura y equipos.
- 2.3.2. **Subprograma: Ejecución de alianzas estratégicas y alianzas públicos privadas,** que permitan fortalecer e innovar en infraestructura y equipos.
- 2.4. **Programa de Talento humano.** Lograr la optimización y cualificación del talento humano, en función de la calidad de los servicios ofertados.
- 2.4.1. **Subprograma Bienestar Social e Incentivos.** Mejoramiento del conjunto de factores que mejoran la calidad de vida, de los empleados y su grupo familiar.
- 2.4.2. **Subprograma Gestión de la Cultura Organizacional:** Diagnóstico y fortalecimiento de la cultura organizacional que permita una interpretación organizativa que facilite organizar el Hospital y hacerlo más competitivo.
- 2.4.3. **Subprograma Humanización y sensibilización:** Proceso de planeación de la atención, debe tener una política de atención humanizada que incluya criterios para el paciente y el personal de la Institución. Atención Humanizada con Enfoque al Usuario, Familia y Trabajador. Implementar estrategias para promover la cultura institucional enfocada en un ambiente de atención y trabajo humanizado.
- 2.4.4. **Subprograma de Nomina:** Optimización del proceso de nómina de lo manual a automático.
- 2.4.5. **Subprograma Inducción y reinducción:** Establecer orientaciones generales para la planeación, ejecución y evaluación de los procesos de inducción y reinducción al cumplimiento de los fines sociales del Hospital. Formación de las habilidades organizacionales y técnicas de los empleados, con base en el requerimiento de competencias en la Entidad.
- 2.4.6. **Subprograma: Vinculación y evaluación del desempeño laboral:** Establecer criterios y estándares para la productividad, competitividad y el desempeño del recurso humano, como también el sistema de consecuencias, producto del análisis de la evaluación. estandarización del modelo de talento humano, basado en las funciones y competencias.
- 2.5. **Programa Tomas Uribe Uribe sin Riesgo Laboral: Reducción en la intensidad y severidad de lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo.**
- 2.5.1. **Subprograma: Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.** OHSAS y sus aliados trabajan juntos para alcanzar a educar y dirigir a los patronos y sus empleados a mejorar la seguridad en el lugar de trabajo.
- 2.5.2. **Subprograma: Bioseguridad.** Medidas preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos, radioactivos o químicos.

- 2.6. Programa: Planificación Hospitalaria.** Fortalecer los equipos de trabajo con técnicas y herramientas propias de la administración pública.
- 2.6.1.Subprograma: Estandarización de la metodología de planificación hospitalaria.** Adopción de un modelo estandarizado, para el uso de técnicas y herramientas que mejoren la planificación hospitalaria hacia la toma de decisiones asertivas de la Alta Gerencia.
- 2.6.2.Subprograma: Seguimiento, control y evaluación de los planes institucionales.** Sistema de articulación para el seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan de Desarrollo y los Planes Operativos.
- 2.6.3.Subprograma: Banco de proyectos institucional.** Creación de la instancia que liga la planeación, programación y el seguimiento de programas y proyectos de inversión pública, por medio de sus componentes y funciones.
- 2.7. Programa: Transparencia Institucional.** Conservar todas las actuaciones administrativas, manejo de recursos y prestación de servicios del HDTUU, manteniendo el principio de legalidad y transparencia.
- 2.7.1.Subprograma: Lucha anticorrupción.** Acciones públicas enmarcadas en desarrollar una cultura anticorrupción, con base en las políticas nacionales y departamentales.
- 2.7.2.Subprograma: Rendición de cuentas.** Acciones de divulgación e información de la gestión pública en cumplimiento de la Ley 489 de 1998.
- 2.8. Programa: Ambiental. Promover una cultura ambiental institucional en torno del reciclaje, la conservación de los recursos ambientales y políticas de cambio climático.**
- 2.8.1.Subprograma: Gestión Ambiental: NTC ISO 14001,** Mejoramiento de los procesos y acciones dirigidas a resolver, mitigar y prevenir los problemas de carácter ambiental, con el propósito de lograr el desarrollo sostenible.
- 2.8.2.Subprograma: Emergencias y Desastres.** Formulación y aplicación de acciones que garanticen la oportuna atención de emergencias y desastres en concordancia y coherencia con las disposiciones operativas y legales de orden nacional y departamental.
- 2.9. Programa de Auditoría Clínica: Proceso sistemático por medio del cual se lleva a cabo la verificación de actividades previamente definidas y estandarizadas mediante la utilización de técnicas especializadas ajustadas a normas generalmente aceptadas.**
- 2.9.1.Subprograma de Auditoría Concurrente:** De forma sistemática, continua e integral la calidad de la asistencia médica que se le ofrece al paciente hospitalizado, la cual incluye los procedimientos empleados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, teniendo en cuenta el uso racional y adecuado de los servicios y el resultado final obtenido. Además que lo que se le facture, corresponda a la cobertura según la normatividad vigente.
- 2.9.2.Subprograma de Auditoría Médica:** Evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias.

- 2.10. Programa: Servicios Integrales en Salud. Mejoramiento de los servicios de mediana y alta complejidad orientados a la satisfacción del usuario.**
- 2.10.1. Subprograma Urgencias:** Optimización en los tiempos del triage, oportunidad y accesibilidad en la atención nuestros usuarios.
 - 2.10.2. Subprograma Hospitalización:** Cobertura y calidad en la prestación de los servicios.
 - 2.10.3. Subprograma Laboratorio Clínico:** Exámenes de laboratorios simples y especializados, procedimientos diagnósticos y equipos de alta tecnología para pruebas especializadas.
 - 2.10.4. Subprograma: Servicios Especiales de Cirugía.** Mejoramiento en la prestación de los servicios especiales de cirugía de manera integral, con base a las disposiciones del Sistema Único de Acreditación en Salud.
 - 2.10.5. Subprograma: Servicios Diagnósticos y Terapéuticos:** Fortalecimiento en la eficiencia de la prestación de los servicios diagnósticos y terapéuticos.
 - 2.10.6. Subprograma: Unidad de Salud Mental:** Cobertura y oportunidad en la atención especializada de pacientes con trastornos mentales.
 - 2.10.7. Subprograma: Unidad de Cuidados Intensivos:** Cobertura en los servicios especializados como referente del centro y norte del Departamento.
 - 2.10.8. Subprograma: Rehabilitación:** Restituir de la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes.
- 2.11. Programa de Telemedicina y Telenfermería: Facilitar el acceso a la comunidad de servicios de salud a distancia en el tratamiento, diagnóstico o rehabilitación a través de profesionales de la salud, utilizando tecnologías de información y comunicación.**

OBJETIVO ESTRATEGICO 3.

3. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

Desarrollar estrategias financieras y de mercadeo, que permitan la optimización de la capacidad instalada y de los recursos disponibles, el crecimiento de la Institución con servicios de alta complejidad rentables y de mayor impacto, la sostenibilidad en el tiempo y el mejoramiento en la calidad de los servicios prestados.

- 3.1. Programa: Plan de Gestión Integral del Riesgo. Lograr la normalización en la operación interna del Hospital, garantizando la provisión oportuna de insumos y medicamentos y el cumplimiento de las obligaciones contractuales.**
- 3.1.1. Subprograma: Recuperación de cartera.** Disposiciones legales y operativas que permitirán garantizar la consistencia de los registros contables.
 - 3.1.2. Subprograma: Automatización de la Información Financiera y Fiscal:** Cubrirá los procesos de contabilidad, presupuesto, tesorería, cartera, facturación, etc.

- 3.1.3.Subprograma: Saneamiento Fiscal y Financiero:** Mejoramiento del procedimiento de la revisión y verificación de documentos contables. Gestión y control de recursos. Acciones encaminadas al mejoramiento de los ingresos y disminución del gasto público.
- 3.2. Programa: Suministros, medicamentos y dispositivos médicos. Lograr la optimización, disponibilidad y control de suministros, medicamentos y material médico quirúrgico en la Institución.**
- 3.2.1.Subprograma: Política Institucional de Compras.** Criterios generados desde la Dirección General del Hospital, frente a los plazos, calidad, oportunidad, pagos, y tipo de proveedores, para las compras de medicamentos e insumos médicos.
- 3.3. Programa Mercadeo y Comunicaciones. Contribuir con el aumento de los ingresos institucionales, a través de la implementación y mercadeo de nuevos servicios.**
- 3.3.1.Subprograma Implementación del Plan Institucional de Mercadeo.** Desarrollo de acciones y estrategias, dispuestos a identificar necesidades del mercado y el usuario.
- 3.3.2.Subprograma Gestiona del Plan Comunicacional:** Construir una visión compartida y el perfeccionamiento de las relaciones humanas del Hospital con sus grupos de interés, para facilitar el cumplimiento de los objetivos institucionales y sociales. Comunicación e Información dirigida al paciente y la familia. Promover el mejoramiento continuo de la información suministrada al paciente y la familia, en el marco de sus deberes y derechos.
- 3.4. Programa Procesos Jurídicos: Gestionar y asesorar los procesos jurídicos que atentan contra la estabilidad financiera del Hospital. Convenir con las partes, por medio de acuerdos que satisfacen los procesos misionales del HDTUU.**
- 3.4.1.Subprograma: Contratación y convenios:** Contrato o convención es un acto por el cual una parte se obliga con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o de muchas personas. Realizar una contratación justificada a la necesidad misional del Hospital.
- 3.4.2.Subprograma: Conceptos y asesoría jurídica:** Ofrecer asesoría y conceptos jurídicos a las altas directivas y colaboradores directos del Hospital.
- 3.4.3.Subprograma: Defensa Judicial:** Propender hacia la gestión oportuna y veraz de tutelas, demandas y derechos de petición que pongan en riesgo los intereses económicos y la viabilidad del Hospital.
- 3.5. Programa Infraestructura Física y Equipos Fijos. Desarrollar un instrumento rector para la promoción, desarrollo y reordenamiento de la infraestructura de los servicios de salud; con el fin de racionalizar y priorizar los recursos para la inversión y operación sustentable. (Anexo 3, 4, 7 y 9).**
- 3.5.1.Subprograma: Infraestructura física y Mobiliario:** Construcción de la infraestructura física para mejoramiento de los servicios. Cumplimiento en la ejecución de proyectos de infraestructura física, contemplados en el Plan de Inversiones con aforo presupuestal e inscritos en Banco de Proyectos del Hospital.

- 3.5.2.Subprograma: Planos Hospitalarios:** Dimensionamiento en áreas, que corresponde a los espacios o ambientes físicos necesarios que se deben tener en cuenta en los proyectos de construcción de la Institución, acordes con el estudio de oferta y demanda y la normatividad vigente del Sector Salud.
- 3.5.3.Subprograma de Equipos Fijos y de Infraestructura:** Priorización de recursos de inversión tecnológica para la modernización de equipos fijos y de infraestructura.
- 3.5.4.Subprograma: Gestión Documental de Infraestructura:** Gestión documental y continuidad al reordenamiento físico funcional y reforzamiento estructural del Hospital, con base en las normas y exigencias legales que rigen a las instituciones prestadoras de salud, principalmente las de sismo resistencia y habilitación.
- 3.6. Programa: Equipos Biomédicos: Garantizar el funcionamiento adecuado y la dotación de los equipos biomédicos y eléctricos del HDTUU.**
- 3.6.1.Subprograma Fortalecimiento del plan de mantenimiento, preventivo, correctivo y metrología.** Acciones y disposiciones legales de la Dirección General del Hospital, para la sostenibilidad del funcionamiento óptimo de los equipos biomédicos y eléctricos.
- 3.6.2.Subprograma: Modernización tecnológica de equipos biomédicos.** Priorización de recursos de inversión tecnológica para la modernización de equipos biomédicos.
- 3.7. Programa de Informática: Mejoramiento de los procesos de generación, mantenimiento y conservación de la información producida por el Hospital en la atención de los usuarios.**
- 3.7.1.Subprograma de Infraestructura Tecnológica:** Formulación de plan de mantenimiento de equipos informáticos, redes tecnológicas e implementación del plan de adquisición, renovación y reposición de equipos tecnológicos.
- 3.7.2.Subprograma: Software Administrativo y de Historia Clínicas:** Implementación, mantenimiento y capacitación del software integrado de historia clínica digital.
- 3.7.3.Subprograma Infraestructura Informática:** Garantizar la asistencia técnica informática, así como la actualización de herramientas informáticas a equipos de cómputo.
- 3.8. Programa de Facturación: Optimización del proceso de facturación para disminuir el porcentaje de glosas levantadas al Hospital.**
- 3.8.1.Subprograma de Auditoría de Cuentas:** Evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, la utilización de herramientas jurídicas definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para los cobros coactivos. Aplicación de métodos y acciones financieras para la mitigación del indicador de riesgo fiscal y financiero.
- 3.8.2.Subprograma: Facturación y Radicación de Facturas:** Eficiencia en la radicación de facturas para el mejoramiento de los ingresos del Hospital. Fortalecimiento de los procesos de facturación. Disposiciones legales y operativas encaminadas al mejoramiento continuo de procedimiento de facturación.